



Universidad de Oviedo  
*Universidá d'Uviéu*  
*University of Oviedo*

## **Facultad de Derecho**

GRADO EN DERECHO

## **TRABAJO FIN DE GRADO**

LA PROPOSICIÓN DE LEY ORGÁNICA DE REGULACIÓN DE  
LA EUTANASIA PRESENTADA POR EL GRUPO SOCIALISTA  
DEL CONGRESO EN LA XII LEGISLATURA: ANÁLISIS CRÍTICO

Realizado por: Pelayo-Martín Sánchez Álvarez

Convocatoria: Junio - Julio



## **RESUMEN**

En este trabajo se estudia la eutanasia y su posible regulación en España, al hilo de la proposición de Ley Orgánica presentada por el grupo socialista en la XII Legislatura, que ha decaído tras la convocatoria de elecciones, sin perder por ello su interés, pues el debate sigue vivo. En primer lugar, se explica el concepto de eutanasia activa, diferenciándolo de las modalidades de eutanasia pasiva y activa indirecta con las que se suele confundir. En segundo lugar, se analiza el encaje constitucional de esta práctica en relación a la dignidad humana y al derecho a la vida que consagra nuestra norma suprema. En tercer lugar, se entra a estudiar minuciosamente el contenido íntegro de la mencionada proposición de Ley, teniendo presente nuestra normativa constitucional y sanitaria, con una mención especial a la figura de las instrucciones previas y el testamento vital. Por último, se proponen recomendaciones y mejoras para complementar esta proposición de Ley, haciéndola aún más garantista, con especial hincapié en las cuestiones relacionadas con los menores, incapaces y la necesidad de desarrollar con más profundidad la regulación del funcionamiento de los órganos encargados de tutelar el derecho que se reconoce.

## **ABSTRACT**

This paper studies euthanasia and its possible regulation in Spain, following the Organic Law proposal presented by the socialist group in the XII Legislature, which has declined after the call for elections, without losing its interest, as the debate is still alive. In the first place, the concept of active euthanasia is explained, differentiating it from the passive and indirect active euthanasia modalities with which it is usually confused. Secondly, the constitutional fit of this practice in relation to human dignity and the right to life that enshrines our supreme norm is analyzed. In the third place, the detailed content of the mentioned Law proposal is carefully studied, bearing in mind our constitutional and health regulations, with a special mention to the figure of advance directives and vital will. Finally, recommendations and improvements are proposed to complement this Law proposal, making it even more guarantee, with special emphasis on issues related to minors, and the need to develop in more depth the regulation of the functioning of the bodies in charge of protecting the right that is recognized.

## INDICE DE ABREVIATURAS

Art.	Artículo
Arts.	Artículos
ATC	Auto del Tribunal Constitucional
CC	Código Civil
CE	Constitución Española
CP	Código Penal
CEAS	Comités de Ética para la Asistencia Sanitaria
FJ	Fundamento Jurídico
Nº	Número
STC	Sentencia del Tribunal Constitucional
STJCE	Sentencia del Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas
TC	Tribunal Constitucional
TFUE	Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea
TJUE	Tribunal de Justicia de la Unión Europea
UE	Unión Europea

## INDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	7
<b>2. CONCEPTO DE EUTANASIA</b> .....	9
2.1 EUTANASIA PASIVA.....	9
2.2 EUTANASIA ACTIVA INDIRECTA.....	12
2.3 EUTANASIA ACTIVA DIRECTA.....	14
<b>3. ENCAJE CONSTITUCIONAL DE LA EUTANASIA</b> .....	17
3.1 DIGNIDAD HUMANA Y LIBRE DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD.....	17
3.2 DERECHO A LA VIDA.....	22
<b>4. LA PROPOSICIÓN DE LEY ORGÁNICA DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA PRESENTADA POR EL GRUPO SOCIALISTA</b> .....	28
4.1 OBJETO Y ÁMBITO DE APLICACIÓN.....	28
4.2 TITULARES DEL DERECHO A SOLICITAR Y RECIBIR LA AYUDA A MORIR.....	29
4.2.1 ¿Quién puede solicitar y recibir la prestación? .....	29
4.2.2 Condiciones/Garantías para solicitar la prestación.....	29
4.2.2.1 Nacionalidad/residencia.....	29
4.2.2.2 Mayoría o minoría de edad.....	31
4.2.2.3 Capacidad e incapacidad.....	34
4.2.2.4 Condiciones clínicas.....	37
4.2.2.5 La importancia del consentimiento informado.....	38
4.2.2.6 Los requisitos que ha de reunir la solicitud.....	39
4.2.3 Garantías en el acceso a la prestación y en su aplicación.....	41
4.2.3.1 Posibilidad de revocar la solicitud.....	41
4.2.3.2 Motivos de denegación de la solicitud.....	41
4.2.3.3 Inclusión en la cartera de servicios comunes.....	42
4.2.3.4 Manual de buenas prácticas.....	42

<b>4.3 FACULTATIVOS RESPONSABLES DE LA PRESTACIÓN</b> .....	43
4.3.1 Deberes/garantías previas a la realización de la prestación.....	44
4.3.2 Deberes/garantías en la realización de la prestación.....	46
4.3.3 Deberes/garantías posteriores a la realización de la prestación.....	47
4.3.4 Derecho a la objeción de conciencia.....	49
4.3.5 Protección de datos personales.....	50
<b>4.4 COMISIÓN DE CONTROL Y EVALUACIÓN</b> .....	51
4.4.1 Creación y composición.....	51
4.4.2 Funciones.....	51
<b>4.5 LA DESPENALIZACIÓN</b> .....	55
<b>5. CONCLUSIONES</b> .....	57
<b>6. REFERENCIAS</b> .....	62
6.1 NORMATIVAS.....	62
6.2 JURISPRUDENCIALES.....	63
6.3 BIBLIOGRÁFICAS.....	64

# 1. INTRODUCCIÓN

Este trabajo responde al interés del autor en formarse y conocer más sobre la figura de la “eutanasia activa” en España y en profundizar sus conocimientos sobre Derechos Fundamentales.

La eutanasia es un término cargado de un fuerte significado ideológico, moral y, por ende, político, que no siempre se utiliza correctamente, dando lugar a confusiones. Las opiniones a favor o en contra de esta institución están muy polarizadas y se echa en falta la visión de sanitarios y juristas especializados en la materia.

Con la presentación de la proposición de Ley de regulación de la eutanasia en el Congreso vuelve a estar en la esfera pública este debate con la reproducción e incluso multiplicación de los errores conceptuales mencionados, por lo que conviene centrar y delimitar el término, distinguiéndolo de otras figuras que no lo son realmente.

La proposición ha decaído por la convocatoria de elecciones, pero no por ello ha perdido su interés, pues el debate sigue vivo y posiblemente la iniciativa vuelva a reiterarse en la nueva legislatura, vistos los programas electorales de los partidos que concurren a las elecciones.

Además, no se pueden olvidar los casos que han existido y existen en España, en un intento de poner voz a quienes, por desgracia, no pueden tenerla y a aquellos colectivos que reclaman una regulación sobre la que, estando de acuerdo o no, los juristas debemos reflexionar, debatir y estudiar detenidamente la posibilidad de su implantación, independientemente de las conclusiones a las que podamos llegar.

Mientras se ha estado redactando este trabajo, por ejemplo, ha surgido el caso de María José Carrasco y su marido Ángel Hernández. Esta mujer sufría desde hace muchos años de una enfermedad degenerativa conocida como “esclerosis múltiple” y decidió quitarse la vida, comprando por internet una sustancia letal: pentobarbital sódico. El matrimonio esperaba que se aprobase la proposición de Ley de eutanasia antes de realizarlo, pero, al paralizarse con la convocatoria de nuevas elecciones, no quisieron esperar más. Se hizo una grabación en la que claramente se ve que la mujer solicita la ayuda para morir y finalmente su marido se la proporciona, asumiendo el riesgo que conlleva de ser condenado a prisión. En nuestra región, dos asturianas enfermas terminales están preparadas para seguir el camino que ha marcado María José Carrasco con la ayuda de su marido, evidenciándose de nuevo la actualidad de este tema.

La regulación de la eutanasia no sólo supondría una derogación o reforma del Código Penal que castiga la cooperación al suicidio en el Artículo 143.4, además, implicaría el establecimiento de una serie de requisitos y garantías para el paciente a la hora de solicitarla, a la hora de su práctica y tras la realización de la misma, así como también unas garantías para el profesional que presta la ayuda, como el reconocimiento a ejercer el derecho a la objeción de conciencia. Estos aspectos están previstos en la proposición de ley del grupo socialista sobre la que versa este trabajo.

El trabajo se estructura en cuatro bloques temáticos. El primero trata sobre el concepto de eutanasia activa que regula la proposición de ley, logrando diferenciarla de la eutanasia pasiva y activa indirecta. El segundo bloque se corresponde con el encaje constitucional de esta figura y en él se estudian los artículos 10 y 15 de nuestra Carta Magna, entrando a valorar si la despenalización de la eutanasia activa vulneraría estos preceptos y, en caso de no hacerlo, de qué modo debería regularse para que sea compatible con los mismos. En el tercero se analiza la proposición de ley en cuestión, sus diferentes elementos, desde un punto de vista crítico-constructivo, proponiendo mejoras que harían su contenido más garantista. El cuarto y último apartado se corresponde con las conclusiones y en él se formulan opiniones fundamentadas jurídicamente tanto sobre la proposición de ley, como sobre las diferentes posiciones que mantiene la doctrina.

Para poder abordar estas cuestiones se ha manejado legislación constitucional, penal y sanitaria, así como distintas fuentes doctrinales (monografías, obras colectivas, artículos de revista, páginas web) y jurisprudenciales. Más allá del campo estrictamente constitucional, como se acaba de señalar, en ocasiones ha sido inevitable acercarse al ámbito civil, penal o administrativo, para poder explicar todas y cada una de las figuras jurídicas que se han ido encontrando en el camino, al tratarse de una materia transversal.



## 2. CONCEPTO DE EUTANASIA

La eutanasia es un término cuyo significado etimológico significa “*buena muerte*”.

En sentido técnico bajo la denominación genérica de eutanasia es posible distinguir una variada tipología –eutanasia pasiva, eutanasia activa indirecta, eutanasia activa directa-, cuyo significado y alcance intentaremos esclarecer, para determinar cuál es de entre ellas la que se convertirá en objeto de nuestro estudio. Ya adelantamos que solamente la eutanasia activa directa es la única que en sentido estricto del término es una verdadera eutanasia, porque precisa de una petición libre y razonada del paciente y el fin en sí mismo es la muerte.

### 2.1 EUTANASIA PASIVA

Son situaciones en las que una omisión origina la muerte del paciente con una enfermedad incurable. El tratamiento de ese paciente únicamente le mantiene con vida y retrasa su muerte de forma artificial. Aquí se toma la decisión de “no administrar el tratamiento” o “retirar el tratamiento”. Con estas prácticas no se busca acabar con la vida del paciente, ya que lo que precipita la muerte del paciente es su propia enfermedad y es inevitable. El tercero en su intervención mediante una omisión busca evitar que la muerte sea dolorosa y provoque un sufrimiento innecesario. No será la eutanasia que analizaremos en este estudio. Dentro de esta categoría podemos diferenciar según se realice con o sin el consentimiento del paciente.

Cuando un paciente rechaza un tratamiento recomendado por el médico o simplemente no desea continuar con el mismo, no plantea ningún problema, ya que la posición de garante<sup>1</sup> que posee un médico queda anulada, primando el respeto al derecho del paciente a la autodeterminación<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Código Penal (Artículo 196): “El profesional que, estando obligado a ello, denegare asistencia sanitaria o abandonare los servicios sanitarios, cuando de la denegación o abandono se derive riesgo grave para la salud de las personas, será castigado con las penas del artículo precedente en su mitad superior y con la de inhabilitación especial para empleo o cargo público, profesión u oficio, por tiempo de seis meses a tres años”.

<sup>2</sup> 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: (Artículo 2). Principios básicos: “1. La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica. 2. Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley. 3. El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles. 4. Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito. 5. Los pacientes o usuarios tienen el deber de facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera leal y verdadera, así como el de colaborar en su obtención, especialmente cuando sean necesarios por razones de interés público o con motivo de la asistencia sanitaria. 6. Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto

Si un paciente no quiere un determinado tratamiento no se le debe aplicar. Incluso sería ilegal e ilegítima la decisión de aplicar un tratamiento contra su voluntad. Como ejemplos en España hemos tenido los famosos y no poco controvertidos casos de “rechazo a tratamientos médicos”, concretamente en las transfusiones de sangre, por parte de pacientes Testigos de Jehová, de los que tenemos abundante jurisprudencia<sup>3</sup> y los episodios de huelgas de hambre de presos del GRAPO, en las que nuestro Tribunal Constitucional, al planteárseles la cuestión de si habría una vulneración de sus Derechos Fundamentales al someterles a alimentación forzosa, decide finalmente que “garantizar el derecho a la integridad física y moral de los internos en un Centro Penitenciario es una obligación de la Administración<sup>4</sup>.”

Si no hay consentimiento del paciente, en este caso sí existe una posición de garante en la figura del médico. Aquí ya no estamos ante un supuesto de autonomía del paciente en ejercicio de su autodeterminación, por lo que es muy importante de cara a la seguridad jurídica establecer garantías para el enfermo y garantías para el médico (o familiar o allegado), para que, llegado el caso y de cumplir los requisitos establecidos, se le exonere de responsabilidad criminal.

Con la eutanasia pasiva se nos pueden plantear bastantes dudas ¿Retirar un respirador artificial es una acción o una omisión? En opinión de Molero Martín-Salas es una omisión, ya que el tratamiento únicamente permite alargar la vida de manera artificial y se decide no administrarlo o retirarlo. Aunque se trate de una acción esta supone un “no hacer” (no se administra un determinado tratamiento) o un “dejar de hacer” (se desconecta un respirador), encontrándonos ante una omisión<sup>5</sup>. En esta figura eutanásica es muy importante la existencia de una enfermedad terminal, que Marcelo Palacios define como aquella que sea incurable, progresiva, avanzada y, el pronóstico de vida del paciente sea inferior a seis meses<sup>6</sup>.

Facilitaría mucho la controversia en estos casos si existieran instrucciones previas. Estas son un medio por el que una persona puede dejar constancia de su voluntad en un momento dado de su vida, anticipándose a una situación en la que no pueda expresarla. La figura más conocida dentro de las instrucciones previas son los conocidos como *testamentos vitales* que cuentan con la

---

de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente. 7. La persona que elabore o tenga acceso a la información y la documentación clínica está obligada a guardar la reserva debida.

<sup>3</sup> STC 154/2002 de 18 de julio.

<sup>4</sup> STC 120/1990 de 27 de junio, FJ 8.

<sup>5</sup> Molero Martín-Salas, M.P. “*La libertad de disponer de la propia vida desde la perspectiva constitucional*”. Centro de Estudios Políticos y Constitucionales. Madrid, 2014.

<sup>6</sup> Palacios Alonso, M. “Asistencia al a muerte con dignidad y Convención sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina (Convención de Asturias de Bioética), en Presno Linera, M.A. (coordinador). “*Autonomía Personal, cuidados paliativos y derecho a la vida*”. Procuradora General del Principado de Asturias. Universidad de Oviedo, 2011. Página 35.

cobertura de la Ley de Autonomía del Paciente<sup>7</sup>, existiendo, a día de hoy, registros oficiales de los mismos a nivel autonómico y estatal, tras haber sido regulado por Ley<sup>8</sup>. Pensemos que esta voluntad, siendo reconocida válidamente, supliría la del paciente, porque se entiende que al momento de redactar su documento era perfectamente capaz. El problema que puede darse sería en el caso de que pueda haber cambios entre lo deseado al momento de realizar el testamento y lo que podría desear al momento que debe ser aplicado, ya sea por avances de la medicina o por el estado de ánimo del paciente. No obstante, un consentimiento informado<sup>9</sup> y un testamento vital haría más sencilla la justificación de la legitimidad del acto médico, como una manifestación del paciente en su derecho a la autodeterminación<sup>10</sup>.

En la Ley de autonomía del paciente se prevé que no se apliquen las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico<sup>11</sup>, por lo que podríamos entender que introducir en el mismo una actuación de eutanasia sería discutible, aunque se podría prever la situación de prevenir una eutanasia si el paciente, llegado el momento, desea que se le mantenga con vida. El testamento vital, siendo una figura muy útil e innovadora, actualmente, no está muy extendida y apenas se utiliza. Sería conveniente que su regulación fuese desarrollada por un reglamento.

---

<sup>7</sup> Ley de Autonomía del Paciente (Artículo 11.1): “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 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.”

<sup>8</sup> Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal.

<sup>9</sup> Ley de Autonomía del Paciente (Artículo 8): “1. Toda actuación en el ámbito de la salud del paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso. 2. El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente. 3. El consentimiento escrito del paciente será necesario para cada una de las actuaciones especificadas en el punto anterior de este artículo, dejando a salvo la posibilidad de incorporar anejos y otros datos de carácter general, y tendrá información suficiente sobre el procedimiento de aplicación y sobre sus riesgos. 4. Todo paciente o usuario tiene derecho a ser advertido sobre la posibilidad de utilizar los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen en un proyecto docente o de investigación, que en ningún caso podrá comportar riesgo adicional para su salud. 5. El paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento.

<sup>10</sup> De Montalvo Jääskeläinen, F. “*Muerte digna y Constitución: Los límites del testamento vital*”. Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas. Cátedra de bioética nº 18. Madrid, 2009.

<sup>11</sup> Artículo 11.3 de la Ley de Autonomía del Paciente.

## 2.2 EUTANASIA ACTIVA INDIRECTA

Al igual que en el anterior supuesto tampoco en este caso nos encontramos ante la eutanasia que está en debate, pero conviene explicarla para despejar dudas y que no se confunda una verdadera eutanasia de aquello que no lo es en el sentido estricto del término. La eutanasia activa indirecta es lo que denominaríamos “cuidados paliativos”, consistente en la administración de medicación para evitar el dolor, que puede acortar la vida<sup>12</sup>, siendo conocido en el ambiente médico como “principio del doble efecto”. Con este principio se justificaría dar medicamentos que tienen un doble efecto: 1) el beneficio de aliviar un sufrimiento y 2) el efecto de acortar la vida del paciente que se encuentra cerca de la muerte si es la única posibilidad de aliviarle de su sufrimiento<sup>13</sup>.

Núñez Paz la define como “la aplicación de analgésicos o lenitivos a una persona próxima a la muerte patológica o traumática con objeto de eliminar o paliar los graves sufrimientos físicos insoportables padecidos, siendo este el propósito fundamental, aun cuando tal aplicación ocasione una disminución de la resistencia orgánica y una anticipación del momento de la muerte”<sup>14</sup>.

Tanto la eutanasia activa indirecta como la pasiva (omisión) son consideradas no punibles por la gran mayoría de la doctrina y es una práctica comúnmente aceptada y extendida entre los sanitarios. Se considera que lo que exonera de responsabilidad es la intencionalidad, porque no se busca matar al enfermo, sino paliar su dolor.

Hay un delgado margen entre la eutanasia activa (añadamos “directa”) y la activa indirecta, siendo muy esclarecedor atender a la tesis defendida por Gómez Tomillo, de los tres elementos necesarios que deben darse para considerarla una práctica legítima y, por ende, que no rompa la buena praxis médica:

---

<sup>12</sup> Código de Ética y Deontología Médica. (Artículo 27): “1. El médico tiene el deber de intentar la curación o mejoría del paciente siempre que sea posible. Y cuando ya no lo sea, permanece su obligación de aplicar las medidas adecuadas para conseguir el bienestar del enfermo, aun cuando de ello pudiera derivarse, a pesar de su correcto uso, un acortamiento de la vida. En tal caso el médico debe informar a la persona más allegada al paciente y, si lo estima apropiado, a éste mismo. 2. El médico no deberá emprender o continuar acciones diagnósticas o terapéuticas sin esperanza, inútiles u obstinadas. Ha de tener en cuenta la voluntad explícita del paciente a rechazar el tratamiento para prolongar su vida y a morir con dignidad. Y cuando su estado no le permita tomar decisiones, el médico tendrá en consideración y valorará las indicaciones anteriores hechas por el paciente y la opinión de las personas vinculadas responsables. 3. El médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de éste.

<sup>13</sup> Michalowski, S. “El rol del consentimiento informado en la discusión de la legalización de la eutanasia activa”, en Mendoza Buergo, B. (coordinadora). “Autonomía personal y decisiones médicas: cuestiones éticas y jurídicas”. Thomson Reuters, Aranzadi. Cizur Menor (Navarra). Página 262.

<sup>14</sup> Núñez Paz, M.A. “La buena muerte: el derecho a morir con dignidad”. Tecnos. Madrid, 2006. Página 139.

- Que se trate de una técnica necesaria. No puede existir ninguna otra alternativa que resulte eficaz sin llevar aparejada un acortamiento de la vida del enfermo.
- Que la dosis de fármaco empleada no sea superior a la estrictamente necesaria para paliar el dolor.
- Realizar una ponderación entre los beneficios que se van a producir (paliar el dolor) y las consecuencias del tratamiento (aceleración de la muerte). No es entendible arriesgar la vida por una simple molestia. Ante la duda se debe optar por disminuir el sufrimiento<sup>15</sup>.

Las sedaciones terminales son una práctica muy común cuando una persona se encuentra en la fase final de su vida. En esta práctica médica el objetivo perseguido es acabar con la consciencia del enfermo para evitar el sufrimiento y la agonía de esa fase de la enfermedad como pueden ser episodios frecuentes de dolor, delirios, depresión, amnesia, paranoia... Es destacable, a modo de ejemplo, el controvertido caso de un Médico español, el Doctor Luís Montes, acusado de mala praxis por aplicar sedaciones a enfermos terminales en el Hospital Severo Ochoa de Leganés, que finalmente fue absuelto de todos los cargos por un Auto de la Audiencia Provincial de Madrid, el 27 de enero de 2008. Hasta su muerte en abril de 2018 fue presidente de la asociación Derecho a Morir Dignamente. Si se acepta entre la doctrina como no punible la eutanasia activa indirecta, no tiene sentido que sí lo sean las sedaciones terminales, ya que, aunque se busque la inconsciencia del enfermo, el objetivo sigue siendo el mismo: paliar síntomas extremadamente graves y en fase muy avanzada, que, aunque acorte la vida, no busca su muerte.

Es más recomendable denominarla “sedación en la agonía” a ojos de Rey Martínez, ya que “es la línea que separa una “sedación” de una “eutanasia. El objetivo en una sedación es aliviar un sufrimiento extremo, mientras que en una eutanasia es provocar la muerte para liberar a una persona de su sufrimiento. El proceso en una sedación es una prescripción de fármacos ajustados a la respuesta del paciente y en una eutanasia es la prescripción de fármacos a dosis letales que garanticen una muerte rápida. El resultado en una sedación es el alivio del sufrimiento, mientras que el resultado de la eutanasia no es otra cosa que la muerte del paciente”<sup>16</sup>.

---

<sup>15</sup> Gómez Tomillo, M. “Tratamiento y límites jurídicos penales de la eutanasia activa indirecta. El derecho a no sufrir”, en Gómez Tomillo, M. (director). *“Aspectos médicos y jurídicos del dolor, la enfermedad terminal y la eutanasia.”* Fundación Lilly: Unión Editorial. Madrid, 2008. Páginas 202 a 204.

<sup>16</sup> Rey Martínez, F. *“Eutanasia y Derechos Fundamentales”*. Centro de Estudios Políticos y Constitucionales. Madrid, 2008. Páginas 128 y 129.

El Tribunal Constitucional, cuando desestima la inconstitucionalidad del Art. 15 del Estatuto de Autonomía de Cataluña<sup>17</sup>, que reconocía el “derecho a recibir un adecuado tratamiento del dolor y cuidados paliativos integrales y a vivir con dignidad el proceso de su muerte, así como el derecho a expresar su voluntad de forma anticipada para dejar constancia de las instrucciones sobre las intervenciones y los tratamientos médicos que puedan recibir. Instrucciones que deben ser respetadas en los términos que establecen las leyes”, afirma que todo ello se compadece con el derecho fundamental a la vida y a la integridad física y moral, siendo incluso una consecuencia obligada e implícita de ese derecho fundamental. El Tribunal además considera que “vivir con dignidad el proceso de la muerte” es una manifestación del derecho a la vida digna deducido de los Artículos 10.1 -Dignidad de la persona- y 15-Derecho a la vida- de la Constitución Española y niega una relación de esta práctica con practicar una muerte asistida.

Proporcionar tratamientos paliativos a un paciente en fase terminal de una enfermedad, repleto de dolores insoportables, no contradice el deber objetivo de cuidado que ha de soportar un sanitario. No es comprensible reprocharle nada a un médico que utilice un tratamiento de este tipo, con posibilidad de riesgo de muerte, si su principal objetivo es acabar con el sufrimiento y el dolor de su paciente. No puede considerársele responsable de la muerte, sino al contrario; de producirse la muerte sin haberle aplicado ningún tratamiento anestésico ni paliativo, sería jurídicamente reproachable haber alargado un sufrimiento, teniendo la posibilidad en su mano de haberlo evitado.

## **2.3 EUTANASIA ACTIVA DIRECTA**

Estamos ante lo que podemos denominar “la verdadera eutanasia”, y es la que se convertirá en objeto de nuestro estudio. Actualmente es un delito<sup>18</sup>, según se establece en el Código Penal.

La eutanasia activa o “prestación de ayuda para morir” consiste en “proporcionar una sustancia que tiene como consecuencia la muerte de una persona; se puede producir en dos modalidades: a) la administración directa de una sustancia a una persona que lo haya requerido y que cause su muerte, o b) la prescripción o suministro de una sustancia a una persona que lo haya requerido,

---

<sup>17</sup> STC 31/2010, 28 de junio. FJ 19.

<sup>18</sup> Código Penal (Artículo 143.4): “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”.

de manera que esta se la pueda auto administrar para causar su propia muerte”<sup>19</sup>. Debe haberlo solicitado repetidamente, en pleno uso de sus facultades, sin haber estado coaccionado o influido de ningún modo por un tercero y estando seguro de que su deseo es “la muerte”.

En la proposición del grupo socialista se prevé para los casos de “enfermedad grave e incurable” o “discapacidad grave crónica”; por tanto, es conveniente que superemos el concepto de “paciente”, ya que no hablamos únicamente de enfermos. Además, la prestación la puede realizar un familiar, allegado o incluso cabe que se autoadministre la sustancia el propio solicitante; aun estando siempre el médico presente, no tendrá un protagonismo principal en todos los casos.

Rey Martínez considera que la eutanasia activa (podemos añadirle el calificativo de “directa”) “es una conducta que enfoca directamente a la propia existencia, aún adoptada en el contexto de una enfermedad grave y/o incurable que cause padecimientos insoportables al paciente, y que provoca instantáneamente el desenlace fatal, de modo que es irrevocable”<sup>20</sup>.

Existe una contradicción en este punto que me interesa destacar ¿Por qué está peor catalogado ayudar a quien no depende de ningún soporte vital que a quien depende del mismo retirándose? Rey Martínez estima que la prohibición del suicidio asistido violaría la garantía constitucional de igual protección, porque los enfermos terminales y competentes sin depender de un tratamiento de soporte vital están igualmente situados que los que si dependen del mismo y, sin embargo, el Estado los trata de un modo diferente, porque a unos se les permite acelerar sus muertes rechazando el tratamiento y a otros que no dependen de ningún soporte vital no se les permite acelerarla mediante la prescripción de drogas autoadministradas<sup>21</sup>. La argumentación para mantener esta distinción es la misma que explicamos anteriormente en el contexto de las sedaciones terminales: en ambos casos se trata de acelerar la muerte, pero el resultado varía debido a que por un lado se quiere paliar el sufrimiento y del otro se busca acabar con la vida sin tapujos. Lo que no se tiene en cuenta en este tipo de valoraciones es ¿dónde queda la libertad del paciente o del sujeto solicitante? La vida es un derecho, pero ¿es también una obligación? Respondería a esta cuestión con el concepto de “*paternalismo jurídico*”. Según García San Miguel, esta corriente jurídica “considera legítimo imponerle al individuo su propio bien, ya positivamente: obligándole a hacer aquello que le conviene, ya negativamente: impidiéndole

---

<sup>19</sup> Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia presentada por el Grupo Parlamentario Socialista en la XII Legislatura (Artículo 3.6 Definiciones). “Prestación de ayuda para morir”.

<sup>20</sup> Rey Martínez, F. “*Eutanasia y Derechos Fundamentales*”. Centro de Estudios Políticos y Constitucionales. Madrid, 2008. Páginas 119 y 120.

<sup>21</sup> Rey Martínez, F. “*Eutanasia y Derechos Fundamentales*”. Centro de Estudios Políticos y Constitucionales. Madrid, 2008. Páginas 123 y 124.

hacerse daño a sí mismo<sup>22</sup>. Esta limitación de la libertad de la persona es perfectamente entendible en nuestro moderno Estado Social de Derecho en ciertos casos en que se busca frenar la crueldad y el egoísmo humano (abolición de la esclavitud, prohibición de venta de órganos...), no así cuando viene motivada por un exceso de doctrina moral del legislador que llega a anular la libertad del individuo. Tomás-Valiente Lanuza alude al paternalismo para justificar este tipo de decisiones por parte del legislador<sup>23</sup>. “Es una actitud por la que se toman decisiones sobre la vida o salud de otro. Si este se encuentra en una situación de incompetencia básica, la medida supondría un beneficio objetivo para él, presumiendo que consentiría si cesase la situación de incompetencia”<sup>24</sup>. El paternalismo surge ante el déficit de competencia (menores, incapaces), pero es difícil de justificar si con un consentimiento informado previo un paciente en pleno uso de sus facultades toma la decisión de no continuar viviendo en un estado que no desea, se debería impedir el cumplimiento de su voluntad.

---

<sup>22</sup> García-San Miguel Rodríguez-Arango, L. “Sobre el paternalismo”, en García San Miguel Rodríguez-Arango, L. (coordinador). *“El libre desarrollo de la personalidad: El artículo 10 de la Constitución”*. Fundación para el análisis y los estudios sociales. Universidad de Alcalá de Henares. Madrid, 1995. Página 11.

<sup>23</sup> Tomás-Valiente Lanuza, C. “Nuevas y viejas formas de paternalismo: algunas consideraciones generales y el derecho a rechazar tratamientos médicos”, en Presno Linera, M.A. (coordinador). *“Autonomía personal, cuidados paliativos y derecho a la vida”*. Procuradora General del Principado de Asturias. Universidad de Oviedo, 2011. Páginas 107 a 141.

<sup>24</sup> Atienza, M. “Juridificar la bioética. Una propuesta metodológica”, en Cambrón, A. (coordinador). *“Entre el nacer y el morir”*. Biblioteca Comares de Derecho y Ciencias de la Vida, Granada, 1998.



### 3. ENCAJE CONSTITUCIONAL DE LA EUTANASIA

#### 3.1 DIGNIDAD HUMANA Y LIBRE DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD

El art. 10.1 de la Constitución señala: “1. La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social”.

La dignidad de la persona es un principio que impregna los derechos fundamentales, que son su concreción; es “un pórtico introductorio de todo el título y en él se recalca el carácter básico del individuo, de su dignidad como tal, y de sus derechos para el orden político”<sup>25</sup>.

El concepto de dignidad humana, trasladado a la eutanasia activa directa divide al sector doctrinal. Hay autores que relacionan estrechamente la eutanasia como una manifestación de la dignidad de la persona y otros, en cambio, desechan ese planteamiento. Al hablar de eutanasia, tanto sus defensores como sus detractores sacan a colación términos como “dignidad”, “vida digna”, “muerte digna”; sin embargo ¿sabemos qué se entiende por dignidad humana? Aunque su definición puede abordarse desde diversas perspectivas, intentaremos hacerlo desde una perspectiva iuspositiva. Jiménez Campo acude para definirla a distintas sentencias del Tribunal Constitucional<sup>26</sup>, por ejemplo, su pronunciamiento sobre la despenalización del aborto en 1985, entendiendo la dignidad humana como “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”. Por tanto, la dignidad humana no es un derecho en sí mismo, al menos con una razón de ser propia, sino que aporta un marco de inspiración y unos criterios a seguir a la hora de interpretar los derechos fundamentales y sus límites, que no pueden suponer un “menosprecio para la estima que, en cuanto ser humano merece la persona”<sup>27</sup>.

El artículo 10 habla de los “*derechos inviolables que le son inherentes*”, a lo que debemos prestar una atención especial. Como hemos señalado anteriormente este artículo actúa como pórtico introductorio de todos los derechos que contiene el Título I garantizados por la misma Carta

---

<sup>25</sup> Pérez Tremps, P. “Capítulo 3: Derechos y Deberes de los Ciudadanos”. En López Guerra, L.; Espín, E.; García Morillo, J.; Pérez Tremps, P.; Satrustegui, M. (coordinadores). “*Derecho Constitucional. Volumen I: El ordenamiento constitucional. Derechos y deberes de los ciudadanos.*” Tirant Lo Blanch. Valencia, 2010. Página 121.

<sup>26</sup> Jiménez Campo, J. “Artículo 10.1”. En Rodríguez-Piñero y Bravo-Ferrer, M.; Casas Baamonde, M.E. (directores). “*Comentarios a la Constitución Española. Tomo I*”. Fundación Wolters Kluwer, Boletín Oficial del Estado, Tribunal Constitucional y Ministerio de Justicia. Madrid, 2018. Páginas 217 a 221.

<sup>27</sup> STC 120/1990, de 27 de junio, sobre alimentación forzosa a reclusos en huelga de hambre. FJ 4.

Magna<sup>28</sup>. El término “*inviolable*” supone una abstención del poder público de disponer de estos derechos. En cambio, el término “*inherente*”, interrelacionado con la dignidad de la persona, puede dar lugar a confusiones. Jiménez Campo defiende que parece que se señala a un “orden prejurídico: los derechos humanos”, para aportar legitimación política a la Constitución<sup>29</sup>. Molero Martín-Salas habla de la dignidad humana como un valor orientador, que sirve de criterio de interpretación de todos los derechos como núcleo esencial de todos ellos, que debe mantenerse inalterado a pesar de las limitaciones o restricciones que puedan sufrir; no siendo un derecho subjetivo tiene las mismas garantías, además de que no puede ser vulnerada. Según señala “tanto los terceros como los poderes públicos deben respetar la dignidad de los demás, debiendo abstenerse de aquellas actuaciones que puedan atentar contra ella, además los poderes públicos no solo deberán impedir las medidas que puedan menoscabarla, sino que fomentarán aquellas otras que la favorezcan<sup>30</sup>. Según esto podemos llegar a afirmar que el término “*inherentes*” refuerza la idea de que los derechos son disponibles para su titular e indisponibles para los poderes públicos.

El libre desarrollo de la personalidad es otro pilar importante de este artículo 10.1 que merece atención, sobre todo, si estamos hablando de la libertad de decisión sobre la vida y su final, en un contexto de eutanasia activa. El libre desarrollo de la personalidad no es una libertad en sentido general, sino que es una libertad dentro del respeto a la ley; siendo un principio que sirve para interpretar el texto constitucional en su conjunto, a su vez, precisa de una interconexión con el resto de principios y reglas para que sea efectivo.

Jiménez Campo nos habla de tres posibles proyecciones de este principio, fruto de toda la jurisprudencia de nuestro Tribunal Constitucional:

1. Principio general de libertad: La libertad comienza donde acaban las prohibiciones legales, pudiendo hacerse todo lo que la ley no prohíbe. La expresión “*principio general de libertad*” fue enunciada en repetidas ocasiones por el Tribunal Constitucional<sup>31</sup>. Esta

---

<sup>28</sup> Derechos como la integridad física y moral y la prohibición de la tortura (art. 15); Libertad ideológica, religiosa y de culto (art. 16); Libertad personal, que solo puede ser privada mediante sentencia firme en virtud de una sanción prevista en el Código Penal (art. 17); Honor, intimidad personal y familiar y derecho a la propia imagen (art. 18); Libertad de expresión, de pensamiento, de cátedra, de comunicación e información (art. 18); La educación, como fundamento del libre desarrollo de la personalidad (art. 27); Objeción de conciencia (art. 30.2).

<sup>29</sup> Jiménez Campo, J. “Artículo 10.1”, en Rodríguez-Piñero y Bravo Ferrer, M.; Casas Baamonde, M.E. “*Comentarios a la Constitución Española. Tomo I*”. Tomo I. Fundación Wolters Kluwer, Boletín Oficial del Estado, Tribunal Constitucional y Ministerio de Justicia. Madrid, 2018. Página 223.

<sup>30</sup> Molero Martín-Salas, M.P. “*La libertad de disponer de la propia vida desde la perspectiva constitucional*”. Centro de Estudios Políticos y Constitucionales. Madrid, 2014. Página 73.

<sup>31</sup> STC 83/1984, de 24 de julio. FJ 3.

proyección, trasladada a un contexto de eutanasia activa directa despenalizada, haría posible que el sujeto pueda disponer de su vida.

2. Pluralismo en la sociedad y libertad ideológica: Es una vinculación al legislador, de modo que su moralidad no podría trasladarse a la legislación, que posteriormente sería aplicable en un proceso judicial. La libertad ideológica y el pluralismo, como bienes protegidos en la Constitución limita el exceso de fórmulas morales a la hora de legislar que puedan coartar la libertad del individuo.
3. Limitación para el paternalismo jurídico: Como apuntamos anteriormente para la eutanasia activa directa, vinculada al principio de libertad dentro del respeto a la ley, podríamos incluirla en este supuesto (siempre y cuando la eutanasia sea despenalizada). Se trata de respetar las decisiones libres y voluntarias de la persona, siendo ejemplificador los “rechazos a tratamientos médicos”, considerados por el Tribunal Constitucional como una manifestación de la “*libre autodeterminación de la persona*” como una “*manifestación del agere licere*”<sup>32</sup>. En la jurisprudencia del Tribunal Constitucional se ha excluido la posibilidad de vincular el libre desarrollo de la personalidad a un derecho a morir con sustento en el artículo 15<sup>33</sup>.

El libre desarrollo de la personalidad implicaría del poder público una actitud de “no injerencia”, de modo que el Ordenamiento Jurídico no ponga trabas a la libertad personal del individuo, siempre que no entre en conflicto con otras normas. En su integridad física y moral, “el consentimiento del paciente a cualquier intervención sobre su persona forma parte de su facultad de autodeterminación y le legitima para decidir libremente sobre las medidas terapéuticas y tratamientos que puedan afectar a su integridad, escogiendo entre distintas posibilidades, consintiendo su práctica o rechazándolas”<sup>34</sup>. Molero Martín-Salas, como hemos dicho, va más allá, al afirmar que “tanto los terceros como los poderes públicos deben respetar la dignidad de los demás, debiendo abstenerse de aquellas actuaciones que puedan atentar contra ella, además los poderes públicos no solo deberán impedir las medidas que puedan menoscabarla, sino que

---

- STC 113/1994, de 14 de abril. FJ 11.

- STC 107/1996, de 12 de junio. FJ 9.

<sup>32</sup> STC 120/1990, de 27 de junio. FJ 7; FJ 11.

<sup>33</sup> Constitución Española (Artículo 15). “Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes. Queda abolida la pena de muerte, salvo lo que puedan disponer las leyes penales militares para tiempos de guerra.”

<sup>34</sup> Presno Linera, M.A. “Dignidad humana y libre desarrollo de la personalidad”, en Chueca Rodríguez, R.L. “*Dignidad humana y derecho fundamental*”. Centro de Estudios Políticos y Constitucionales. Madrid, 2015.

fomentarán aquellas otras que la favorezcan”<sup>35</sup>. Un ejemplo de medidas que fomentan el respeto a la dignidad de las personas son las aprobaciones de los Códigos de Ética y Deontología Médica<sup>36</sup> a partir de la aprobación de la Constitución en 1978.

Llegados a este punto ¿La dignidad humana consagrada en el artículo 10 de nuestra norma suprema obliga al legislador a regular el suicidio asistido? No, pero tampoco la prohibiría, es decir, la proposición de ley sobre la que versa este trabajo no entraría en conflicto con este precepto de la Constitución, así como tampoco de este artículo puede desprenderse que la eutanasia activa forme parte de la dignidad humana. Se argumenta a menudo que la eutanasia es un ejercicio de “muerte digna”, como una manifestación de la “dignidad de las personas ante el final de su vida”, argumentación que en un lenguaje coloquial puede ser válida, pero no sirve en nuestro ámbito jurídico. Se suele acudir a este precepto para defender una inconstitucionalidad del artículo 143 del Código Penal, por negar el derecho a disponer de la propia vida (el suicidio autoproducido no supone problema), pero podría servir para justificar totalmente lo contrario, obligando al Estado a impedir acciones eutanásicas garantizando la vida por encima de todo. Por lo tanto, me reafirmo en las palabras de Tomás-Valiente Lanuza cuando señala que lo correcto en estos casos es identificar la dignidad con la esfera de desarrollo de la libertad personal o, mejor dicho, de “*libre desarrollo de la personalidad*”, que entiende el “*hombre como ser autónomo para adoptar sus propias decisiones*”<sup>37</sup>. El problema se plantea cuando una persona es autónoma para librar sus propias decisiones, pero físicamente está impedida para llevarlas a cabo y necesita el auxilio de un tercero; para que ese tercero no sea castigado penalmente se precisa que el suicidio asistido sea despenalizado.

¿Qué sucede con la eutanasia pasiva? La veo relacionada con la dignidad en muchas ocasiones. El médico puede estar en una posición en la que de seguir manteniendo un tratamiento médico podría alargar un sufrimiento. Al abstenerse de prestar un tratamiento (que no retirarlo) tendría lugar la denominada *ortotanasia* (del griego *orthos*, normal/correcto; del griego *thanatos*, muerte)

---

<sup>35</sup> Molero Martín-Salas, M.P. “*La libertad de disponer de la propia vida desde la perspectiva constitucional*”. Centro de Estudios Políticos y Constitucionales. Madrid, 2014. Página 73.

<sup>36</sup> El Código de Ética y Deontología Médica ya recoge como uno de los principios generales de la medicina, el respeto a la dignidad humana. Se encuentra en su artículo 4: “1. La profesión médica está al servicio del hombre y de la sociedad. En consecuencia, respetar la vida humana, la dignidad de la persona y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad, son los deberes primordiales del médico. 2. El médico debe atender con la misma diligencia y solicitud a todos los pacientes, sin discriminación alguna. 3. La principal lealtad del médico es la que debe a su paciente y la salud de éste debe anteponerse a cualquier otra conveniencia. 4. El médico nunca perjudicará intencionadamente al paciente ni le atenderá con negligencia. Evitará también cualquier demora injustificada en su asistencia.

<sup>37</sup> Tomás-Valiente Lanuza. C. “*La disponibilidad de la propia vida en el derecho penal*”. Centro de Estudios Políticos y Constitucionales. Madrid, 1999. Página 368.

como una muerte dada a su tiempo, cuando no se puede hacer nada por la vida del paciente y por respeto a la dignidad humana se le impone al médico el deber de no intervención, permitiendo que la muerte siga su curso<sup>38</sup>. Es incluso obligatoria esta práctica desde la deontología médica<sup>39</sup>.

Por último ¿cómo entra en cuestión la dignidad en una eutanasia activa indirecta? El proporcionarle paliativos a un enfermo para aliviar su sufrimiento, aunque estos acorten su vida, está avalado por la deontología médica, al igual que la modalidad de eutanasia pasiva que vimos anteriormente<sup>40</sup> y, como hemos apuntado, no se busca la muerte, sino paliar el dolor, aunque de ello pueda aparejarse un acortamiento de la vida. El propio Tribunal Constitucional niega la relación de esta práctica con el suicidio asistido y la considera una manifestación de la dignidad humana consagrada en este artículo 10.1<sup>41</sup>.

Al referirse a la eutanasia, excesivamente se usa el argumento de “la dignidad”, pero realmente estamos hablando de una libertad, en la que cada ser humano es libre a la hora de decidir cómo y cuándo quiere morir, como titular de su propia vida. Rey Martínez no usa el argumento de la dignidad para defender la despenalización de la eutanasia directa; usa el concepto de “*libre desarrollo de la personalidad*” del artículo 10.1, siendo esto más concreto. Todo lo que no se prohíbe está permitido y, de prohibirse, se debe adecuar a una proporcionalidad, teniendo que aportar el legislador, al limitar el ejercicio de una libertad, como podría ser la eutanasia, las razones proporcionadas de esa limitación. En lugar de justificar el encaje de la eutanasia, sería justificar, el “por qué no encaja”<sup>42</sup>.

---

<sup>38</sup> Méndez de Carvalho, G. “*Suicidio, eutanasia y Derecho Penal: Estudio del art. 143 del Código Penal español y propuesta de lege ferenda*”. Editorial Comares. Granada, 2009. Páginas 272 y 273.

<sup>39</sup> Código de Ética y Deontología Médica (Artículo 27.2). “El médico no deberá emprender o continuar acciones diagnósticas o terapéuticas sin esperanza, inútiles u obstinadas. Ha de tener en cuenta la voluntad explícita del paciente a rechazar el tratamiento para prolongar su vida y a morir con dignidad. Y cuando su estado no le permita tomar decisiones, el médico tendrá en consideración y valorará las indicaciones anteriores hechas por el paciente y la opinión de las personas vinculadas responsables.”

<sup>40</sup> Código de Ética y Deontología Médica (Artículo 27.1).” 1. El médico tiene el deber de intentar la curación o mejoría del paciente siempre que sea posible. Y cuando ya no lo sea, permanece su obligación de aplicar las medidas adecuadas para conseguir el bienestar del enfermo, aun cuando de ello pudiera derivarse, a pesar de su correcto uso, un acortamiento de la vida. En tal caso el médico debe informar a la persona más allegada al paciente y, si lo estima apropiado, a éste mismo.”

<sup>41</sup> STC 31/2010, 28 de junio. FJ 19.

<sup>42</sup> Rey Martínez, F. “*Eutanasia y derechos fundamentales*”. Centro de Estudios Políticos y Constitucionales. Madrid, 2008. Página 165.

### 3.2 DERECHO A LA VIDA

El artículo 15 de la Constitución dispone: “todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes. Queda abolida la pena de muerte, salvo lo que puedan disponer las leyes penales militares para tiempos de guerra.” Se encuentra en el Título Primero de la CE, en el segundo capítulo llamado “*derechos y libertades*”, ocupando la primera posición en la sección primera “*de los derechos fundamentales y de las libertades públicas*”.

El derecho a la vida es troncal en nuestro Ordenamiento Jurídico, como apunta el Tribunal Constitucional<sup>43</sup>. Tomás-Valiente Lanuza, a consecuencia de estos pronunciamientos extrae la conclusión de que este derecho marca una doble exigencia al poder estatal: 1) abstenerse de lesionar y 2) obligación positiva de garantizar su eficacia con un adecuado sistema legal de protección<sup>44</sup>. Las garantías para la eficacia se trasladan al ámbito civil y al penal. En el ámbito penal los delitos contra la vida tienen una tipificación de diferentes graduaciones. La eutanasia es uno de los *delitos de inducción y cooperación al suicidio*: aunque se solicitara ayuda a morir de forma inequívoca, el tercero que colabore en su suicidio será castigado<sup>45</sup>. En el ámbito civil existe un régimen de indemnizaciones que pueden consistir en “dar o en hacer”, además de la correspondiente sanción penal, para reparar los daños contra la vida de las personas en diferentes vertientes<sup>46</sup>.

La interpretación de este derecho no es simple ni sencilla, siendo ejemplo de ello la continua evolución jurisprudencial que existe sobre la materia y las continuas discusiones y debates sobre la figura del “*nasciturus*”, primero, en un voto particular de una sentencia, consecuencia de un

---

<sup>43</sup> STC 53/1985, de 11 de abril. En el Fundamento Jurídico 3 la define como “el derecho fundamental esencial y troncal en cuanto es el supuesto ontológico sin el que los restantes derechos no tendrían existencia posible”.

- STC 48/1996, de 25 de marzo. En su Fundamento Jurídico 2 señala que “tiene un carácter absoluto y está entre aquellos que no pueden verse limitados por pronunciamiento judicial alguno ni por ninguna pena, excluidas que han sido de nuestro ordenamiento jurídico la de muerte y la tortura”.

<sup>44</sup> Tomás-Valiente Lanuza, C. “Artículo 15”, en Rodríguez-Piñero y Bravo Ferrer, M.; Casas Baamonde, M.E. “*Comentarios a la Constitución Española. Tomo I*”. Edita: Fundación Wolters Kluwer, Boletín Oficial del Estado, Tribunal Constitucional y Ministerio de Justicia. Madrid, 2018. Página 376.

<sup>45</sup> Código Penal (Artículo 143.4). “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.

<sup>46</sup> Ejemplo de ello son: el Libro I Título V del Código Penal: “De la responsabilidad civil derivada de los delitos y de las costas procesales” y el régimen legal de resarcimiento por daños causados que apunta la STC 181/2000, de 20 de junio en su fundamento jurídico 8 que desde un punto de vista constitucional basta con que el legislador civil fije una pautas indemnizatorias respetuosas con la dignidad (por ejemplo en el cálculo de la cuantía para reparar el daño en un accidente de tráfico a las víctimas).

recurso de amparo ante una condena por delito de aborto realizado fuera de España, en la que, el feto carece de la condición de “persona”<sup>47</sup>. Posteriormente, a raíz de la despenalización del aborto, se presentó un recurso previo de inconstitucionalidad contra el texto definitivo del proyecto de Ley Orgánica del 5 de julio de 1985 que aprobaba la reforma del Art. 417 bis del antiguo C.P, en el que el Tribunal admitió la constitucionalidad de los supuestos en los que el aborto consentido por la mujer no era punible, esto es, si había un “grave peligro para la vida o salud física/psíquica de la madre, consecuencia de una violación o con riesgo de que el feto nazca con graves taras físicas o psíquicas”, no así su concreta regulación<sup>48</sup>. No deja de ser polémica la cuestión, ya que olvidamos algo primordial ¿Y qué hay de la libertad de la mujer embarazada? Si no se dieran los supuestos que preveía la Ley y una mujer fuese obligada a gestar, sería contrario a su dignidad, integridad física y psíquica, libre desarrollo de la personalidad y su intimidad personal<sup>49</sup>. Actualmente está en vigor una ley del aborto que establece un sistema de plazos<sup>50</sup>, pudiendo practicarse un aborto durante las primeras 14 semanas de gestación de forma perfectamente legal. Se presentó un recurso de inconstitucionalidad contra esta Ley, pero el Tribunal no se ha pronunciado aún. También se ha pronunciado sobre recursos de inconstitucionalidad presentados contra la Ley 42/1988, de Donación y Utilización de Embriones y Fetos Humanos, o de sus Células, Tejidos u Órganos<sup>51</sup> y la Ley 35/1988, de Técnicas de Reproducción Asistida<sup>52</sup>. En conclusión ¿Cuándo comienza la vida? Rodríguez Mourullo defiende que comienza la vida,

---

<sup>47</sup> Voto particular que formula Tomás y Valiente afirmando que el feto no tiene la condición de persona y no es titular del derecho fundamental en cuestión, en la STC 75/1984, de 27 de junio.

<sup>48</sup> En la STC 53/1985 DE 11 de abril en su Fundamento Jurídico 5 se definió la vida humana como “un devenir, un proceso que comienza con la gestación, en el curso del cual una realidad biológica va tomando corpórea y sensitivamente configuración humana, y que termina en la muerte; es un conjunto sometido por efectos del tiempo a cambios cualitativos de naturaleza somática y psíquica que tienen un reflejo en el *status* jurídico público y privado del sujeto vital”. El Tribunal no consideraba, por tanto, al *nasciturus* como un titular del derecho a la vida, ya que aun siendo esta un bien jurídico con protección positiva si existe una colisión entre la vida humana en formación y la vida de la madre prevalecerá la segunda.

<sup>49</sup> Voto particular formulado el magistrado Francisco Tomás y Valiente en la STC 70/1985 de 31 de mayo considerando inconstitucional el artículo 411 del Código Penal y su tipificación del delito de aborto.

<sup>50</sup> Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva de la Interrupción Voluntaria del Embarazo.

<sup>51</sup> En la STC 212/1996, de 19 de diciembre en su Fundamento Jurídico 5 se defiende la constitucionalidad de la Ley al tratarse de “*embriones no viables*” sin perspectivas de convertirse en un ser humano, por lo que no son un bien constitucionalmente protegido, como sí sucede con un feto.

<sup>52</sup> STC 116/1999, de 17 de junio. FJ 9: “Es fundamental en orden a examinar la conformidad de este sistema de requisitos a las exigencias de protección jurídico-constitucional que se derivan del art. 15 C.E por cuanto descartada-incluso por los recurrentes- que la investigación con finalidad diagnóstica, terapéutica o preventiva pueda suponer infracción alguna del art. 15 C.E, el resto de las hipótesis a que se refiere la Ley solo resultan permitidas en la medida en que tengan por objeto preembriones no viables, es decir, incapaces de vivir en los términos precisados por la STC 212/1996”.

siempre y cuando se den los presupuestos biofisiológicos<sup>53</sup>. La vida, por tanto, comienza desde la gestación, pero se va graduando, hasta tener la plena individualidad humana con el nacimiento<sup>54</sup>, adquiriendo la titularidad del derecho<sup>55</sup>. Esto no impide que se pueda proteger la vida del *nasciturus*, de hecho el Tribunal Constitucional le impone al Estado la obligación de protegerle<sup>56</sup>.

Habiendo delimitado el inicio de la vida nos corresponde abordar el final de la misma. En primer lugar ¿Cuándo acaba la vida? El Código Civil fija la muerte como el momento de extinción de la personalidad civil<sup>57</sup>. En segundo lugar ¿Qué entendemos por muerte? Podemos responder que la muerte en nuestra legislación es la cesación de la actividad cerebral<sup>58</sup> y la parada cardiorrespiratoria<sup>59</sup>. A quien le corresponde diagnosticar la muerte es al médico conforme sus conocimientos, limitándose a introducir los criterios a tener en cuenta para su diagnóstico<sup>60</sup>.

Existen pronunciamientos del Tribunal Constitucional acerca de personas que han querido disponer de su vida, siendo muy interesante destacar en primer lugar las controvertidas huelgas de hambre de los presos del GRAPO<sup>61</sup>, supuesto que toca el concepto del derecho “a la integridad física y moral” del artículo 15 de la Constitución, protegiéndose a la persona “no sólo contra

---

<sup>53</sup> Rodríguez Mourullo, G. “Artículo 15: Derecho a la vida”, en Alzaga Villaamil, O. (director). “Comentarios a la Constitución Española de 1978. Tomo II: Artículos 10 a 23.” Cortes Generales Editoriales de Derecho Reunidas. Edersa. Madrid, 1997.

<sup>54</sup> Los artículos 29 y 30 apuntan al nacimiento como el momento en que se adquiere la personalidad, teniendo al concebido como nacido para los efectos que le sean favorables con las condiciones de haber nacido con vida, una vez producido el entero desprendimiento del seno materno.

<sup>55</sup> STC 53/1985. FJ 5.

<sup>56</sup> En el Fundamento Jurídico 7 de la STC 53/1985 de 11 de abril se define la protección para el *nasciturus* con una obligación para el Estado de abstenerse de interrumpir o ponerles obstáculos a la gestación y el establecimiento de un sistema legal para la defensa de la vida para protegerla efectivamente, incluyendo como última garantía, las normas penales.

<sup>57</sup> Artículo 32 del Código Civil.

<sup>58</sup> Ley 30/1979, de 27 de octubre, sobre extracción y trasplante de órganos (Artículo 5.1). “La extracción de órganos u otras piezas anatómicas de fallecidos podrá hacerse previa comprobación de la muerte. Cuando dicha comprobación se base en la existencia de datos de irreversibilidad de las lesiones cerebrales y, por tanto, incompatibles con la vida, el certificado de defunción será suscrito por tres Médicos, entre los que deberán figurar, un Neurólogo o Neurocirujano y el Jefe del Servicio de la unidad médica correspondiente, o su sustituto; ninguno de estos facultativos podrá formar parte del equipo que vaya a proceder a la obtención del órgano o a efectuar el trasplante.

<sup>59</sup> Real Decreto 1723/2012, de 28 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención, utilización clínica y coordinación territorial de los órganos humanos destinados al trasplante y se establecen requisitos de calidad y seguridad. (Artículo 3.8). “A los efectos de este real decreto, se entenderá por: 8. Certificación de muerte: acto médico en virtud del cual se deja constancia escrita del diagnóstico de la muerte de un individuo, bien sea por criterios neurológicos (muerte encefálica) o por criterios circulatorios y respiratorios. Esta constancia escrita no sustituye la posterior y preceptiva cumplimentación del certificado médico de la defunción, establecida en la Ley 20/2011, de 21 de julio, del Registro Civil.

<sup>60</sup> Núñez Paz, M.A. “La buena muerte: el derecho a morir con dignidad”. Tecnos. Madrid, 2006. Página 244.

<sup>61</sup> STC 120/1990, de 27 de junio.



ataques dirigidos a lesionar su cuerpo o su espíritu, sino también contra toda clase de intervención en esos bienes que carezca del consentimiento de su titular”<sup>62</sup>. El Tribunal en este caso ha hecho, como bien apunta Tomás-Valiente Lanuza, una interpretación del anclaje constitucional en base al “consentimiento/rechazo informado”<sup>63</sup>. El derecho a la integridad física se lesiona con las conductas que perjudiquen al enfermo, pero también con las conductas que aun teniendo un fin sanitario sean contra su voluntad. La integridad física la define el Tribunal como “un derecho de autodeterminación que tiene por objeto su propio sustrato corporal distinto del derecho a la salud o a la vida, y que se traduce en el marco constitucional como un derecho fundamental a la integridad física”<sup>64</sup>. En esta huelga de hambre los internos tenían una relación de especial sujeción a la Administración Penitenciaria y esta tenía el deber de garantizar la integridad física de los mismos<sup>65</sup>, por lo que se les suministró alimentación forzada contra su voluntad. Esta cuestión dividió al Tribunal Constitucional. Se emitieron unos votos particulares discrepantes con la decisión del Tribunal, por un lado, no se está conforme con la decisión de justificar limitaciones a derechos fundamentales por el hecho de estar interno en un Centro Penitenciario, conservando su derecho a la voluntariedad en las decisiones sanitarias. Se critica que la intención humanitaria de salvaguardar la vida del interno lo único que ha conseguido es prolongar la agonía de los internos, no siendo justificativa esa limitación de sus derechos fundamentales<sup>66</sup>, debiendo haberse estimado el recurso de amparo<sup>67</sup>. Otra visión alternativa frente a la postura que adoptó el pleno se observa en un voto particular, “un enfoque del problema desde esta última perspectiva -la del enfermo que es además recluso- en lugar de la adoptada por la Sentencia -la del recluso que es además enfermo- hubiera permitido llegar a una solución favorable a la concesión del amparo”<sup>68</sup>.

---

<sup>62</sup> STC 120/1990 de 27 de junio. FJ 8.

<sup>63</sup> Tomás-Valiente Lanuza, C. “Artículo 15” en Rodríguez-Piñero y Bravo Ferrer, M.; Casas Baamonde, M.E. *Comentarios a la Constitución Española. Tomo I.* Edita: Fundación Wolters Kluwer, Boletín Oficial del Estado, Tribunal Constitucional y Ministerio de Justicia. Madrid, 2018. Página 386.

<sup>64</sup> STC 154/2002, de 18 de Julio. FJ 9.

<sup>65</sup> Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria (Artículo 3.4). “La Administración penitenciaria velará por la vida, integridad y salud de los internos.”

<sup>66</sup> Constitución Española (Artículo 25.2). “Las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas hacia la reeducación y reinserción social y no podrán consistir en trabajos forzados. El condenado a pena de prisión que estuviere cumpliendo la misma gozará de los derechos fundamentales de este Capítulo, a excepción de los que se vean expresamente limitados por el contenido del fallo condenatorio, el sentido de la pena y la ley penitenciaria. En todo caso, tendrá derecho a un trabajo remunerado y a los beneficios correspondientes de la Seguridad Social, así como el acceso a la cultura y al desarrollo integral de su personalidad”.

<sup>67</sup> Voto particular que formula el Magistrado don Miguel Rodríguez-Piñero y Bravo-Ferrer en el recurso de amparo, abocado al Pleno, núm. 443/1990. Párrafo segundo, tercero y cuarto.

<sup>68</sup> Voto particular que formula el Magistrado don Jesús Leguina Villa a la Sentencia dictada en el recurso de amparo núm. 443/90. Párrafo tercero.

El Tribunal Constitucional no impide que una persona pueda acabar con su vida, suicidándose, decidiendo cuando es el momento en el que acabe la misma. Bastida Freijedo en base a la jurisprudencia constitucional<sup>69</sup> defiende que “esa disposición constituye una manifestación del “*agere licere*”, en cuanto que la privación de la vida propia o la aceptación de la propia muerte es un acto que la ley no prohíbe y no, en ningún modo, un derecho subjetivo que implique la posibilidad de movilizar el apoyo del poder público para vencer la resistencia que se oponga a la voluntad de morir, ni mucho menos, un derecho subjetivo de carácter fundamental en el que esa posibilidad se extienda incluso frente a la resistencia del legislador, que no puede reducir el contenido esencial del derecho. En virtud de ello, no es posible admitir que la Constitución garantice en su art. 15 el derecho a la propia muerte y, por consiguiente, carece de apoyo constitucional la pretensión de que la asistencia médica coactiva es contraria a ese derecho constitucionalmente existente”<sup>70</sup>. Reforzando nuestra posición de que el artículo 15 no lleva aparejado un reconocimiento de la libertad de disponer de la vida, sino que es una simple manifestación de la libertad de la persona, aunque sí que podríamos considerar que la decisión de acabar con la vida de uno mismo puede incluirse dentro del libre desarrollo de la personalidad. Rovira Viñas sentencia que en un Estado democrático no puede prohibirse jurídicamente el suicidio, ya que la existencia no puede regularse jurídicamente<sup>71</sup>.

¿Se puede solicitar a un médico o allegado ayuda para morir si el sujeto está impedido físicamente para hacerlo? Bastida Freijedo defiende que no siendo una manifestación del derecho a la vida del artículo 15 tiene perfectamente cabida en nuestro ordenamiento constitucional si se reformase el Código Penal y se establecen las garantías convenientes. Del mismo modo en que sucedió con el aborto o en los delitos de lesiones, permitiéndose con el consentimiento válido, libre, consciente y expreso en los trasplantes de órganos, esterilizaciones y cirugías hechas por un profesional eximir de responsabilidad criminal a quien lo practique<sup>72</sup>,

---

<sup>69</sup> STC 120/1990 de 27 de junio. FJ 7.

- STC 137/1990 de 19 de julio. FJ 5.

<sup>70</sup> Bastida Freijedo, F.J. “El derecho fundamental a la vida y a la autonomía del paciente”, en Presno Linera, M.A. (coordinador). “*Autonomía personal, cuidados paliativos y derecho a la vida*”. Procuradora General del Principado de Asturias. Universidad de Oviedo, 2011. Página 57.

<sup>71</sup> Rovira Viñas, A. “*Autonomía Personal y Tratamiento Médico: Una aproximación constitucional al consentimiento informado*”. Thomson Aranzadi. Pamplona, 2007. Página 61.

<sup>72</sup> Código Penal (Artículo 156). “No obstante lo dispuesto en el artículo anterior, el consentimiento válida, libre, consciente y expresamente emitido exime de responsabilidad penal en los supuestos de trasplante de órganos efectuado con arreglo a lo dispuesto en la ley, esterilizaciones y cirugía transexual realizadas por facultativo, salvo que el consentimiento se haya obtenido viciadamente, o mediante precio o recompensa, o el otorgante sea menor de edad o carezca absolutamente de aptitud para prestarlo, en cuyo caso no será válido el prestado por éstos ni por sus representantes legales. No será punible la esterilización acordada por órgano judicial en el caso de personas que de forma permanente no puedan prestar en modo alguno el consentimiento al que se refiere el párrafo anterior, siempre

puede hacerse del mismo modo con la eutanasia, eximiendo de responsabilidad penal en una reforma del Artículo 143.4 C.P. si se dan los requisitos establecidos en la Ley que lo desarrolle.

En conclusión, la vida es disponible, pero se limita a que lo pueda hacer uno mismo. No es disponible si precisa la ayuda de terceros, porque esas conductas a día de hoy son punibles, salvo que se trate de una conducta omisiva (eutanasia pasiva). Si se acepta la eutanasia pasiva, a mi entender, una ley que despenalizase la eutanasia activa no chocaría con la Constitución si se establecen los requisitos y garantías para practicarla minuciosamente. El único bloqueo que tiene hoy es el Código Penal. Considero que el principal argumento constitucional para defender un encaje de la eutanasia en nuestro Ordenamiento Jurídico no debe centrarse únicamente en el Artículo 15 y podría incluso complicar la defensa de la misma. Para hablar de “constitucionalidad” son aconsejables las distinciones “entre *lo constitucionalmente admisible* y *lo constitucionalmente impuesto u obligado*; podría incluso introducirse una tercera categoría intermedia, la de *lo constitucionalmente aconsejable/deseable*”<sup>73</sup>.

Caben muchas interpretaciones, pero no hay lugar a dudas, la posible despenalización de la eutanasia sería perfectamente compatible con este derecho fundamental, al igual que del mismo modo lo sería su no despenalización y el continuar con nuestra regulación prohibicionista. Resulta difícil la defensa de la libertad de disponer de la propia vida únicamente en base al Artículo 15.

---

que se trate de supuestos excepcionales en los que se produzca grave conflicto de bienes jurídicos protegidos, a fin de salvaguardar el mayor interés del afectado, todo ello con arreglo a lo establecido en la legislación civil.”

<sup>73</sup> Tomás-Valiente Lanuza, C. “*La disponibilidad de la propia vida en el Derecho Penal*”. Centro de Estudios Políticos y Constitucionales. Madrid, 1999. Página 306.

## 4. LA PROPOSICIÓN DE LEY ORGÁNICA DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA PRESENTADA POR EL GRUPO SOCIALISTA

Tras las cuestiones generales ya apuntadas, vamos ahora a analizar críticamente el contenido de la proposición de ley presentada por el grupo parlamentario socialista en el Congreso de los Diputados<sup>74</sup>.

### 4.1 OBJETO Y ÁMBITO DE APLICACIÓN

El objeto de la proposición de ley es la solicitud de auxilio al suicidio (eutanasia activa directa) y la forma de realizarlo. Así se indica en su Art. 1, con remisión a los artículos posteriores que señalan las circunstancias, procedimiento y garantías que deben reunirse. Por otro lado, también se ocupa de los deberes de los profesionales sanitarios que se encargan de atender a estas personas, delimitando su marco de actuación y las obligaciones de las administraciones e instituciones implicadas para que el derecho que se está reconociendo se aplique correctamente.

La proposición de ley maneja para ello diferentes conceptos clínicos y médicos, que ella misma define en su Art. 3, sin grandes novedades respecto de la Ley de Autonomía del Paciente o de los Códigos de ética y deontología médica, tales como el “consentimiento informado”, “discapacidad grave crónica”, enfermedad grave e incurable”, “concepto de médico consultor”, “objeción de conciencia”, “prestación de ayuda para morir”, “situación de incapacidad de hecho” y “valores vitales”.

La muerte producida por la práctica que regula la proposición de ley se va a considerar como una muerte natural a todos los efectos, según dispone la Disposición adicional primera de la proposición, inclusive en el campo del seguro de vida. Esta cuestión, aunque parezca menor, no solamente importa de cara a estos seguros<sup>75</sup>, también con ello se asegura que no pueda ser conocido por terceros un aspecto que pertenece a la intimidad del fallecido, como es la forma en la que ha decidido morir.

---

<sup>74</sup> Proposición de Ley Orgánica 122/000239 de Regulación de la Eutanasia presentada por el Grupo Parlamentario Socialista del 21 de mayo de 2018. Núm. 270-1. Serie B: Proposiciones de Ley. Boletín Oficial de las Cortes Generales.

<sup>75</sup> Ley 50/1980 de 8 de octubre de Contrato de Seguro (Artículo 93) “Salvo pacto en contrario, el riesgo de suicidio del asegurado quedará cubierto a partir del transcurso de un año del momento de la conclusión del contrato. A estos efectos se entiende por suicidio la muerte causada consciente y voluntariamente por el propio asegurado.

El ámbito de aplicación de la proposición de Ley abarca el ámbito público y el privado, abriendo incluso la puerta a que la eutanasia pueda practicarse en domicilios particulares si se solicita. En resumen, se aplica a todo aquel responsable de la toma de decisiones vinculadas al proceso de poner fin a una vida a petición de la persona titular de la misma, al personal sanitario involucrado ya sea de forma directa o indirecta en ese proceso y también a las aseguradoras y mutuas que estén prestando servicios en territorio español<sup>76</sup>.

## **4.2 TITULARES DEL DERECHO A SOLICITAR Y RECIBIR LA AYUDA A MORIR**

### **4.2.1 ¿Quién puede solicitar y recibir la prestación?**

La titularidad del derecho a solicitar la prestación la poseen todas las personas que basen su petición en una decisión autónoma y libre con conocimiento de causa sobre “su proceso” y que cumplan con una serie de condiciones que la ley determina y que inmediatamente analizaremos<sup>77</sup>.

Por tanto, el sujeto pasivo de una acción eutanásica, como la que regula la proposición de ley, el que recibirá la prestación, en definitiva, es el solicitante; la persona que padece una enfermedad en fase terminal o una situación irreversible que precisa de la ayuda a morir con el fin de aliviar su sufrimiento.

### **4.2.2 Condiciones/Garantías para solicitar la prestación**

#### *4.2.2.1 Nacionalidad/residencia*

En el artículo 5. 1º de la proposición de ley se establece como condición para poder solicitar la ayuda para morir la de tener la nacionalidad española o residencia legal en España. Este requisito puede resultar controvertido, si tenemos en cuenta que la sanidad española se reconoce a los nacionales o residentes legales en España, pero también existe un Decreto-Ley sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud<sup>78</sup>, en la Ley de Extranjería se establece en el Artículo 14.3 que “los extranjeros, cualquiera que sea su situación administrativa, tienen derecho a los servicios

---

<sup>76</sup> Artículo 2 de la Proposición de Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia: “Ámbito de aplicación”.

<sup>77</sup> Proposición de Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia (Artículo 4. Derecho a solicitar ayuda para morir): “1. Se reconoce el derecho de las personas a solicitar y recibir ayuda para morir, cuando concurren las circunstancias determinadas en esta ley. 2. La decisión de solicitar la prestación de ayuda para morir ha de ser una decisión autónoma, entendiéndose por tal aquella que está fundamentada en el conocimiento sobre los hechos más relevantes de su proceso, después de haber sido informada adecuadamente por el equipo sanitario que le atiende. Debe quedar constancia de esa información en la historia clínica.”

<sup>78</sup> Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud.

y prestaciones sociales básicas” y que según el Artículo 10.2 de la Constitución los derechos fundamentales y libertades reconocidas por la Constitución se interpretarán conforme la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales ratificados por España.

Es evidente la intención del legislador en el Artículo 5.1 de la proposición de ley: “evitar el turismo sanitario para morir”. En España hemos vivido una situación similar con el aborto, cuando su práctica era ilegal, viajando muchas mujeres al extranjero para practicarlo (Reino Unido, mayoritariamente), pero lo hacían en el sector privado. Una práctica como la eutanasia, aunque no fuera legal en su país de origen, estaría incluida en el marco europeo de prestación de servicios, por lo tanto, podría practicarse en cualquier país de la Unión donde no fuese una práctica castigada penalmente<sup>79</sup> en el sector privado. Con la pertenencia a la Unión Europea se debe respetar el Derecho de la Unión en el ámbito de la prestación de servicios<sup>80</sup> y no lo contradice el hecho de que cada Estado establezca sus requisitos<sup>81</sup>.

La posición de la doctrina, como es el caso de Goñi Urriza, en materia de tratamientos al final de la vida, más aún en un contexto de eutanasia, es entender que ciudadanos europeos que quieren acceder a un tratamiento no permitido en el país de origen (actualmente la eutanasia activa en España, pero aun despenalizándose, seguirá habiendo Estados que no la permitan) pueden obtener la prestación del servicio en la Unión Europea en el marco de la sanidad privada, al margen del sistema público<sup>82</sup>. Cada Estado, por tanto, tendría su propia competencia para establecer los servicios que se van a prestar en el marco de la Seguridad Social y los requisitos que han de cumplirse, además de que el Estado de origen ha de aprobar previamente la autorización de desplazamiento para someterse a un tratamiento sanitario en otro Estado

---

<sup>79</sup> STJCE de 4 de Octubre de 1991, C-159/90, *The Society for the Protection of Unborn Children Ireland Ltd contra Stephen Grogan*, 1991: En esta sentencia el Tribunal aclara que la interrupción médica de un embarazo por parte de un nacional irlandés, en otro Estado Miembro, como es el Reino Unido es perfectamente legal conforme al Artículo 56 del TFUE. No se debe tener en cuenta el valor moral de la práctica médica en Irlanda o si está prohibido allí.

<sup>80</sup> Artículo 56 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea (TFUE): “En el marco de las disposiciones siguientes, quedarán prohibidas las restricciones a la libre prestación de servicios dentro de la Unión para los nacionales de los Estados miembros establecidos en un Estado miembro que no sea el del destinatario de la prestación. El Parlamento Europeo y el Consejo, con arreglo al procedimiento legislativo ordinario, podrán extender el beneficio de las disposiciones del presente capítulo a los prestadores de servicios que sean nacionales de un tercer Estado y se hallen establecidos dentro de la Unión.”

<sup>81</sup> Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. *DOCE* C/83/339, de 30 de marzo de 2010. (Artículo 35. Protección de la salud). “Toda persona tiene derecho a acceder a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la atención sanitaria en las condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas nacionales. Al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión se garantizará un nivel elevado de protección de la salud humana.”

<sup>82</sup> Goñi Urriza, N. “Ley aplicable al documento de voluntades anticipadas en un contexto internacional”, en Arcos Vieira, M.L. “*Autonomía del paciente e intereses de terceros: límites*”. (directora). Thomson Reuters, Aranzadi. Cizur Menor (Navarra), 2016. Página 263

Miembro, bloqueando el turismo sanitario para practicarse la eutanasia en el sector público. El Estado europeo de origen, en el marco de la Libre Circulación de pacientes no está obligado a abonar los gastos contraídos si esta asistencia sanitaria no está prevista allí. Habrá que estar pendiente del desarrollo de esta ley y si llegado el momento se aprueba cómo se va a regular la práctica de la eutanasia en la medicina pública. La proposición de ley la prevé en el ámbito privado, y en este ámbito no debería haber ningún problema para que un extranjero, con o sin residencia legal, pudiera acceder a esta prestación dentro de la medicina privada.

Actualmente contamos con una sanidad de acceso universal. Hubo períodos en que no era una realidad, siendo de todos sabido, y siendo motivo de orgullo, que nuestros profesionales nunca dejaron a un ser humano sin atender. “Especialmente el colectivo de médicos de asistencia primaria, personalmente o a través de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC) han manifestado en gran número su intención de seguir atendiendo a los inmigrantes<sup>83</sup>”.

#### 4.2.2.2 *Mayoría o minoría de edad*

El artículo 5. 1º exige para solicitar y obtener la prestación de ayuda a morir ser mayor de edad. Se trata de una cuestión polémica por distintos motivos.

La Ley de autonomía del paciente, como sucede en otros países occidentales, ya contempla una mayoría de edad médica a los 16 años, otorgándose el consentimiento por representación “cuando el paciente menor no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención”<sup>84</sup>.

La fijación de una determinada edad para valorar la capacidad aporta mayor seguridad jurídica que recurrir tan sólo a un criterio más ambiguo como el del “*grado de madurez*”. Esa “*madurez*” es considerada por gran parte de la doctrina como un proceso en constante evolución<sup>85</sup> y puede actuar de modo complementario al criterio cronológico, arrojando más luz. En relación a la figura

---

<sup>83</sup> Terés Quilés, J. “Seminario Internacional de Bioética UNESCO. La equidad y el acceso a los recursos sanitarios. Por un sistema nacional de salud de acceso universal. Dos declaraciones a favor de una sanidad de acceso universal: Col·legi Oficial de Metges de Barcelona y Comitè de Bioètica de Catalunya”. *Revista de bioètica y derecho: publicación del Máster en bioètica y derecho de la Universidad Autònoma de Barcelona*. Número 29, 2013. Páginas 89 a 95.

<sup>84</sup> Se refiere la Ley de Autonomía del Paciente al consentimiento por representación en supuestos de menores de edad en el Artículo 9, apartados 3, 4, 5, 6 y 7.

<sup>85</sup> Moreno Pardillo, M. “Autonomía y tratamiento médico de menores con alteraciones mentales”, en Mendoza Buergo, B. (coordinadora). “*Autonomía personal y decisiones médicas: cuestiones éticas y jurídicas*”. Civitas. Universidad Autónoma de Madrid. Cizur Menor (Navarra), 2010. Página 208.

del menor maduro, recogida en la Ley de autonomía del Paciente<sup>86</sup>, González Carrasco destaca: 1) un reconocimiento de niveles progresivos de autonomía; 2) una titularidad exclusiva en los llamados derechos personalísimos; 3) el papel benefactor de los padres, que está limitado por el grado de madurez, considerando que no es un ejercicio de la patria potestad ilimitado, sino que ha de buscar el mejor interés del menor; 4) la diferenciación clara entre los menores por tramos de edad (menores de 12, entre 12 y 16 y a partir 16 años).

Entonces, aunque la plena capacidad se alcance a los 18 años, a los 16 años, atendiendo también a su grado de madurez, tendrían capacidad suficiente en uso de su autonomía en materia sanitaria para prestar un consentimiento válido de cara a aceptar o rechazar un tratamiento médico, sin perjuicio de que se escuchara a los padres para que sean partícipes de la decisión. Esa relevancia de la opinión del menor se manifiesta en el Código de deontología médica<sup>87</sup>. La representación de un menor en estos casos, si procede, solo puede tener como fin la protección de sus intereses. Como sabemos, en la legislación sobre menores se establece una interpretación restrictiva a las limitaciones de sus derechos<sup>88</sup> y en el Código Civil también se exceptúa la representación del menor en circunstancias en las que se vean envueltos los derechos de la personalidad<sup>89</sup>. Cuando se trata de un menor de 16 años y mayor de 12 años es entendible que aquí quepa el consentimiento por representación, aunque el menor pueda ser escuchado. Por debajo de los 12 años decidirán también sus padres.

Me parece evidente que la proposición de ley se refiere a la mayoría de edad jurídica de 18 años, no teniendo en cuenta la clínica. Esta posición adoptada por el legislador puede ser ambigua y polémica planteándonos la siguiente pregunta: ¿El Estado puede impedir a un menor el acceso

---

<sup>86</sup> González Carrasco, E. "Autonomía y tratamiento médico del menor", en Mendoza Buergo, B. (coordinadora). *"Autonomía personal y decisiones médicas: cuestiones éticas y jurídicas"*. Civitas. Universidad Autónoma de Madrid. Cizur Menor (Navarra), 2010.

<sup>87</sup> Código de ética y deontología médica (Artículo 10.6). "La opinión del menor será tomada en consideración como un factor que será tanto más determinante en función de su edad y su grado de madurez."

<sup>88</sup> Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil (Artículo 2.1). "Las limitaciones a la capacidad de obrar de los menores se interpretarán de forma restrictiva y, en todo caso, siempre en el interés superior del menor".

<sup>89</sup> Código Civil (Artículo 154.2 párrafo 2º). "Si los hijos tuvieren suficiente madurez deberán ser oídos siempre antes de adoptar decisiones que les afecten".

Código Civil (Artículo 162.1º). "Los padres que ostenten la patria potestad tienen la representación legal de sus hijos menores no emancipados. Se exceptúan: 1º. Los actos relativos a los derechos de la personalidad que el hijo, de acuerdo con su madurez pueda ejercitar por sí mismo. No obstante, los responsables parentales intervendrán en estos casos en virtud de sus deberes de cuidado y asistencia. 2º. Aquellos en que exista conflicto de intereses entre los padres y el hijo. 3º. Los relativos a bienes que estén excluidos de la administración de los padres. Para celebrar contratos que obliguen al hijo a realizar prestaciones personales se requiere el previo consentimiento de este si tuviere suficiente juicio, sin perjuicio de lo establecido en el Artículo 158".



a la eutanasia hasta adquirir la mayoría de edad plena? Podría ser un paternalismo jurídico desproporcionado.

Para sostener mi postura, siguiendo a Molero Martín-Salas<sup>90</sup>, considero importante distinguir, igual que en el caso anterior, distintos escenarios en función de la edad y la madurez del menor:

- Menores entre 12 y 16 años: Decidirán sus padres, en todo caso. Estos deben adoptar las decisiones concernientes al menor, de acuerdo con su personalidad, y con respecto a sus derechos, integridad física y mental<sup>91</sup>. Es decir, se consultaría al menor, teniendo en cuenta su opinión, pero será vinculante la visión de sus padres.
- Menores entre 16 y 18 que sean incapaces o no sean suficientemente maduros: En estos supuestos, aplicaríamos los mismos criterios que para los menores de edades comprendidas entre los 12 y los 16 años, teniendo en cuenta si este va adquiriendo una progresiva madurez durante este período. A la situación de incapacidad me referiré más adelante.
- Menores de 16 a 18 años, que aparentemente puedan ser considerados maduros: Ante este supuesto mi opinión es bastante clara: tienen capacidad de decidir sobre su vida. Su madurez es totalmente diferente a los casos anteriores, aunque habría que analizar caso por caso y hacer una ponderación de riesgos ante las decisiones que está tomando. Un menor con una edad comprendida entre estas franjas podría emanciparse<sup>92</sup>, trabajar<sup>93</sup> e incluso dar consentimiento para la práctica de un aborto<sup>94</sup>. Es la mayoría de edad clínica.

Este cuadro ejemplifica mi crítica constructiva, considerando conveniente ser tenidas en cuenta ciertas matizaciones respecto a qué considera la proposición de ley por mayoría de edad para someterse esta práctica. Entiendo, que no diciendo nada, solo prevé la práctica para mayores de edad a partir de 18 años, pero sería deseable ir más allá.

---

<sup>90</sup> Molero Martín-Salas, M.P. "*La libertad de disponer de la propia vida desde la perspectiva constitucional*". Centro de Estudios Políticos y Constitucionales. Madrid, 2014. Páginas 183 a 187.

<sup>91</sup> Artículo 154 del Código Civil.

<sup>92</sup> Artículos 317 y siguientes del Código Civil.

<sup>93</sup> Artículo 6.1 del Texto Refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores.

<sup>94</sup> Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo (Artículo 13). "Son requisitos necesarios de la interrupción voluntaria del embarazo: Primero. Que se practique por un médico especialista o bajo su dirección. Segundo. Que se lleve a cabo en centro sanitario público o privado acreditado. Tercero. Que se realice con el consentimiento expreso y por escrito de la mujer embarazada o, en su caso, del representante legal, de conformidad con lo establecido en la Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica. Podrá prescindirse del consentimiento expreso en el supuesto previsto en el artículo 9.2.b) de la referida Ley."

#### 4.2.2.3 Capacidad e incapacidad

Se establece en el artículo 5, 1º el requisito de ser capaz y consciente al momento de la solicitud. Las incapacitaciones se hacen en virtud de sentencia judicial si se dan las causas que establece el Código Civil como enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que impidieran a una persona gobernarse por sí misma, pudiendo reunirse en una persona la condición de ser menor y además incapaz, llegando a persistir en ocasiones, después de alcanzar la mayoría de edad<sup>95</sup>.

Según el Médico Forense Esbec Rodríguez convergen tres factores en una incapacidad<sup>96</sup>:

- 1) Factor psicopatológico: Un trastorno mental cuya naturaleza y profundidad son motivos suficientes para justificar la incapacitación.
- 2) Factor cronológico: Implica padecimientos permanentes en el tiempo o habituales.
- 3) Factor adaptativo: Imposibilidad de promover sus intereses y gobernarse por sí mismo.

En la proposición de ley también hablan de incapacitaciones de hecho, como aquellas en las que la persona no tiene capacidad de tomar decisiones o su estado físico o psíquico no le permite hacerse cargo de su situación, sin que tenga que existir una resolución judicial que lo declare<sup>97</sup>.

Según Sánchez González, la incapacitación puede ser temporal o permanente<sup>98</sup>:

- 1) Respecto de los incapacitados temporalmente, entendemos que la prestación del consentimiento podría aplazarse. Por lo tanto, se esperaría a que sea el propio sujeto el que, tras recibir la información debidamente, pueda decidir prestando el consentimiento informado. La autora se refiere a la prestación del consentimiento a la hora de aceptar o rechazar un tratamiento, pero sería extrapolable a la prestación de ayuda a morir.
- 2) Respecto de los incapacitados de forma permanente, aquellos que tendrán su incapacidad de forma indefinida, no pudiendo prestar consentimiento a medio, largo plazo, o incluso nunca, en la proposición de ley que estamos analizando no se prevé la figura del representante, únicamente la del documento de instrucciones previas (testamento vital, por ejemplo), si se ha suscrito en un momento anterior en el que sí estaban

---

<sup>95</sup> Artículo 199 a 201 del Código Civil.

<sup>96</sup> Esbec Rodríguez, E. "Un nuevo modelo de modificación y delimitación de la capacidad de obrar de la persona con discapacidad". *Revista de Psicopatología Clínica Legal y Forense*, Vol. 12, 2012. Páginas 121 a 147 (Página 127).

<sup>97</sup> Artículo 3.7 de la proposición de ley.

<sup>98</sup> Sánchez González, M.P. "*La impropia llamada objeción de conciencia a los tratamientos médicos*". Tirant lo Blanch. Valencia, 2002. Página 126 a 138.

plenamente capacitados<sup>99</sup>, habiéndose cumplido la condición de sufrir una enfermedad grave e incurable o una discapacidad grave crónica.

Es una cuestión controvertida, ya que de no existir ningún documento de instrucciones previas no se podrá acceder a esta prestación, tal y como prevé la Ley. En un contexto de eutanasia activa no tiene cabida, en mi opinión, la participación del representante, ya que la principal diferencia respecto a todas las demás (pasiva y activa indirecta) es que es plenamente solicitada por el paciente, en pleno uso de sus facultades.

Molero Martín-Salas en el supuesto de que la enfermedad sea incurable, en fase terminal, con desenlace inevitable y con graves sufrimientos considera justificada la eutanasia activa indirecta mediante la aplicación de cuidados paliativos y tratamientos que acaben con el dolor, aunque puedan acortar la vida. También considera aceptable la justificación de la eutanasia pasiva, inaplicando el tratamiento o retirar el mismo (siendo necesaria la figura del representante en este caso: médico, familiar, allegado o Juez)<sup>100</sup>.

En el caso de existir un testamento vital prestado con anterioridad a la situación de incapacidad, que se practique la eutanasia, dando cumplimiento al contenido de la voluntad del sujeto manifestado en el mismo, me parece algo totalmente comprensible y que no debe dar lugar a dudas. Las dudas que podrían surgir serían relativas a la validez de dicho testamento en el caso de que se sospeche de que sea falso. Las "*instrucciones previas*", o "*voluntades anticipadas*", cuya figura más conocida es el testamento vital, se trata de un documento mediante el cual "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 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"<sup>101</sup>, lo que facilita mucho la labor.

---

<sup>99</sup> Artículo 6 de la Proposición de Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia. "Solicitud de la prestación de ayuda para morir por personas en situación de incapacidad de hecho mediante un documento de instrucciones previas o documento equivalente".

<sup>100</sup> Molero Martín Salas, M.P. "*La libertad de disponer de la propia vida desde la perspectiva constitucional*". Centro de Estudios Políticos y Constitucionales. Madrid, 2014. Página 180 y 181.

<sup>101</sup> Artículo 11.1 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Contamos con un Registro oficial de testamentos vitales tanto a nivel autonómico, como estatal<sup>102</sup>. A día de hoy, como afirma Ruiz-Rico Ruiz, no se da una solución a las situaciones en las que los responsables sanitarios se encuentren con una decisión individual del paciente y tengan dudas de su tratamiento, sobre si acelerar o acortar su vida, según lo dispuesto en el mismo<sup>103</sup>. Es importante recalcar su principal característica “es una voluntad anticipada”, es decir, el consentimiento fue prestado anteriormente, por lo que desconoceríamos cual sería la postura del sujeto en el momento presente, aunque es un debate ya superado; la propia ley de autonomía del paciente le reconoce validez, así como también el Código de ética y Deontología Médica<sup>104</sup>. En supuestos de rechazos a tratamientos médicos, considero plenamente válido un consentimiento que se ha prestado en un momento previo y en supuestos eutanásicos, como señala Molero Martín-Salas, también deberían admitirse, siempre que la petición cumpla todos los requisitos que ha de reunir un consentimiento válido, con la garantía de estar escrito. Por otra parte, la autora despeja las dudas sobre si la persona pudiera haber cambiado de parecer entre el momento que otorgó instrucciones previas, considerando que, si una persona ya sin haber sentido el sufrimiento ya decide libremente y tiene claro que no quiere llegar a sentirlo, su decisión podría considerarse aún más contundente<sup>105</sup>.

En cuanto a la omisión a la figura del representante en el contenido de la proposición de ley, la considero perfectamente comprensible, ya que no entiendo que tenga cabida en los contextos de eutanasia activa o suicidio asistido, tratándose de un derecho personalísimo como es la vida, sobre todo, cuando para producir la muerte se precisa de una conducta activa del médico. Para la práctica de la eutanasia activa se debe estar plenamente seguro de la voluntad del sujeto y veo muy complejo el ejercicio de interpretación de su voluntad previa a la situación de incapacidad, no aportando ninguna garantía ni certeza. No

---

<sup>102</sup> Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal.

<sup>103</sup> Ruiz-Rico Ruiz, G. “El derecho a una muerte digna desde la perspectiva del estado autonómico español. Una especial referencia al caso de la legislación andaluza.” *Revista de ciencias jurídicas*. ISSN 1137-0912. N.º 15-15,2009. Páginas 273 a 290.

<sup>104</sup> Código de Ética y Deontología Médica (Artículo 27.2). “2. El médico no deberá emprender o continuar acciones diagnósticas o terapéuticas sin esperanza, inútiles u obstinadas. Ha de tener en cuenta la voluntad explícita del paciente a rechazar el tratamiento para prolongar su vida y a morir con dignidad. Y cuando su estado no le permita tomar decisiones, el médico tendrá en consideración y valorará las indicaciones anteriores hechas por el paciente y la opinión de las personas vinculadas responsables”.

<sup>105</sup> Molero Martín-Salas, M.P. “*La libertad de disponer de la propia vida desde la perspectiva constitucional*”. Centro de Estudios Políticos y Constitucionales. Madrid, 2014. Páginas 136 y 137.

obstante, sería interesante desarrollar esta cuestión en profundidad, con la participación de los Comités, en los casos que los familiares o allegados del incapacitado tengan una opinión contraria a la del profesional médico o en casos en los que haya otorgado instrucciones previas, ya que sí se prevé que en ellas se pueda designar un representante.

#### *4.2.2.4 Condiciones clínicas*

Las condiciones clínicas se encuentran reguladas en el Artículo 5. 4º de la proposición de ley. Para poder solicitar y obtener ayuda para morir se requiere “sufrir una enfermedad grave e incurable o padecer una discapacidad grave crónica en los términos establecidos en esta ley”. Para comprobar que entiende la proposición de ley por una enfermedad grave e incurable y por una discapacidad grave crónica, debemos atender a las definiciones del artículo 3.2 y 3.3:

- Discapacidad grave crónica: La Ley la define como una situación en la que la persona afectada tiene una invalidez generalizada de valerse por sí mismo y sin posibilidades fundadas de recuperarse, con una seguridad de que esa incapacidad persista durante el resto de la vida de la persona. Entiende las limitaciones como aquellas que inciden sobre su autonomía física y sus actividades de la vida diaria, su capacidad de expresión y de relación, provocando unos sufrimientos físicos o psíquicos constantes e intolerables sin posibilidad de ser aliviados. También menciona las ocasiones en que dichas limitaciones implican depender absolutamente de apoyo tecnológico.
- Enfermedad grave e incurable: Se define en la Ley como una enfermedad que por su naturaleza provoca sufrimientos físicos o psíquicos, constantes e insoportables, sin ninguna expectativa de ser aliviados o de llegar a un punto que el paciente pudiera tolerarlos. Señala que el pronóstico de vida en estos casos es limitado y la fragilidad del paciente aumenta con el paso del tiempo.

Si una persona se encontrase impedida físicamente para hacer la solicitud por escrito en el documento que contiene la fecha y hora de solicitud, se prevé en la propia Ley que otra persona mayor de edad y plenamente capaz pueda fecharlo y firmarlo. Esa persona tiene que señalar que el solicitante no puede firmar el documento, exponiendo las razones. El documento se firma en presencia de un médico que hará la rúbrica, y en caso de no ser el médico responsable, el que esté presente se lo entregará, incorporando posteriormente el escrito a la historia clínica. Recordemos que esto no tiene que ver con una incapacidad de las que mencionamos anteriormente; no se está supliendo la voluntad por medio de un representante, únicamente afecta a la hora de escribir la solicitud. El requisito de prestar consentimiento es primordial.

#### 4.2.2.5 La importancia del consentimiento informado

El consentimiento informado lo define la propia proposición de ley en el artículo 3.1 como “la conformidad libre, voluntaria y consciente de una persona, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que, a petición suya, tenga lugar una de las actuaciones descritas en el apartado 6 de este artículo”. Las actuaciones a las que se refiere son la prestación de la ayuda a morir, ya sea por administrar directamente una sustancia que causa la muerte o la prescripción de la misma al solicitante para que pueda auto administrársela<sup>106</sup>. El solicitante también deberá conocer información sobre su proceso, como recoge el artículo 5.2. Esto implica que además de conocer de su padecimiento, también será informado de las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, incluyendo el poder acceder a cuidados paliativos.

Un consentimiento sobre esta actuación, y cualquier otra de ámbito sanitario, como defiende Rovira Viñas, debe otorgarse ante quien vaya a ejecutar y responsabilizarse de la actuación, no pudiendo delegar esta responsabilidad en ningún otro médico, ni en otro miembro del personal sanitario; de este modo nos aseguramos de que el paciente sepa quién va a ser el personal interviniente y lo decisivo de su papel. El consentimiento informado es crucial para que la aplicación de un tratamiento médico sea legítima. En este caso es primordial, ya que la decisión del paciente es la provocación de su propia muerte. El consentimiento informado no es solo parte de la asistencia clínica, sino que es un instituto relevante constitucionalmente para la realización y vigencia del principio de autonomía, de la libertad como valor y los derechos fundamentales que la Constitución protege de forma reforzada<sup>107</sup>.

En la Ley de Autonomía del Paciente<sup>108</sup> es un requisito para practicar cualquier tratamiento y nuestra jurisprudencia lo considera un derecho humano fundamental<sup>109</sup>. Se puede prescindir de dicho consentimiento en los casos que supongan un grave riesgo para la salud pública, pudiendo realizarse un internamiento obligatorio de personas, o en los casos que haya un riesgo inmediato

---

<sup>106</sup> Artículo 3.6 de la proposición de ley.

<sup>107</sup> Rovira Viñas, A. “*Autonomía Personal y Tratamiento Médico: una aproximación constitucional al consentimiento informado*”. Thomson, Aranzadi. Pamplona, 2007. Páginas 35 y 36.

<sup>108</sup> Al consentimiento informado la Ley de Autonomía del Paciente lo define en su artículo 3 como: “La conformidad libre, voluntaria y consciente de una paciente 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”.

<sup>109</sup> En la STS 447/2001 de 11 de mayo en su Fundamento Jurídico 7 se define como “un derecho humano fundamental como manifestación del derecho a la libertad, a decidir por sí mismo en lo relativo a la propia persona y la propia vida y como consecuencia de la autodisposición sobre el propio cuerpo, como una consecuencia necesaria del derecho a la vida, integridad física y la libertad de conciencia.”

grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no haya ningún modo de obtener su autorización ,pudiendo pedirse la opinión de los familiares o allegados.

Como apunte, debe tenerse en cuenta el conocido como *consentimiento no informado o derecho a no saber*, reconocido en el ámbito europeo, el derecho de un sujeto de no ser informado sobre aspectos que afectan a su salud<sup>110</sup>, y en nuestra propia legislación interna<sup>111</sup>. Este derecho no debe ir más allá de los supuestos que reconoce la ley en situaciones de debilidad al conocer su situación clínica, permitiéndole continuar en un estado de ignorancia. Arcos Vieira pone el foco en las posiciones de la jurisprudencia y la doctrina sobre los consentimientos genéricos e imprecisos en los que se incluían cláusulas como “obviar la información mínima que el paciente debe conocer a la hora de decidir, teniendo esa obviedad un punto importante de ineficacia del consentimiento si está por debajo del mínimo necesario para decidir conscientemente, por debajo de la *lex artis*”. Es por eso que el deber profesional de informar previamente al consentimiento no queda excluido, aunque haya un deseo expreso del paciente en no querer conocerlo, primando siempre la puesta en marcha de la medida exigida por la *lex artis*. El “*deseo a ignorar*” del paciente y el deber profesional de silencio son situaciones que han de ser excepcionales, en 3 supuestos: 1) previstos legalmente; 2) justificadas solamente por el valor superior del respeto a la dignidad del paciente no autónomo, que se excluye por razones objetivas, en su beneficio y 3) si esas circunstancias especiales se mantienen<sup>112</sup>.

#### 4.2.2.6 Los requisitos que ha de reunir la solicitud

La solicitud, tal y como se plantea en el artículo 5. 3º de la proposición de ley ha de ser:

- Voluntaria: Este requisito es una manifestación del principio de autonomía de la voluntad, más aún en un contexto sanitario o de una eutanasia. No puede haber ninguna otra razón que no sea la voluntad del enfermo, ni tampoco criterios basados en una supuesta comodidad de los familiares, para evitar darle los cuidados que precisara.

---

<sup>110</sup> “*Principles of the Rights of Patients in Europe: A Common Framework*.” Texto impulsado por la OMS en Europa. Se recoge en el punto 2.3 como una excepción al derecho de los pacientes a ser plenamente informados sobre el estado de salud, finalidad del tratamiento, riesgos y beneficios, en los supuestos que la información resultase gravemente perjudicial para el paciente sin expectativas de que produzca efectos positivos.

<sup>111</sup> Ley de Autonomía del Paciente (Artículo 9.1): “Cuando el paciente manifieste expresamente su deseo de no ser informado, se respetará su voluntad haciendo constar su renuncia documentalmente, sin perjuicio de la obtención de su consentimiento previo para la intervención”.

<sup>112</sup> Arcos Vieira, M.L. “Consentimiento no informado”, en Arcos Vieira, M.L. (directora). “*Autonomía del Paciente e Intereses de Terceros: Límites*” Thomson Reuters, Aranzadi. Cizur Menor (Navarra).

- Por escrito: Esto se exige para obtener mayor seguridad jurídica y tener certeza de que se han cumplido todos los requisitos y garantías. El documento estará firmado y fechado por el solicitante<sup>113</sup>.
- Repetición mínima en una ocasión, con una separación de quince días naturales: Garantiza que la solicitud de ayuda a morir es deseo firme del paciente y se cumpla, como dice Parejo Guzmán, que la voluntad del solicitante se pueda deducir sin que existan dudas<sup>114</sup>. Esa repetición implica, a juicio de Tomás-Valiente Lanuza, una solicitud reflexionada, definitiva no sujeta a un estado de ánimo puntual<sup>115</sup>.
- Sin presión externa: Al hablar de ausencia de presiones entendemos que el paciente ha tomado esa decisión de forma autónoma, sin estar manipulado por nadie. Hace que el consentimiento sea válido y no existan vicios en el mismo, como enumera el Código Civil: prestar consentimiento con *error, violencia, intimidación* o *dolo*<sup>116</sup>. Una decisión libre implicaría, a juicio de Laporta Sanmiguel, además de la ausencia de presiones externas, que las preferencias del sujeto sean también libres, considerando que ha decidido libremente si la preferencia por lo que ha elegido también se ha formado libremente. Una preferencia que haya sido forzada o inducida ya no sería una decisión libre, ni válida, a ojos del Derecho<sup>117</sup>. Fundamento de esto es el requisito que plantea Tomás-Valiente Lanuza de que solo sería correcta si la petición de la ayuda, además de firmada y fechada, sea en presencia del médico responsable y no de testigos vinculados a él económicamente, siendo una garantía de la ausencia de influencias indebidas en la adopción de la decisión<sup>118</sup>.
- Deben pasar otros quince días desde la última solicitud para poder realizarse la prestación. Aporta seguridad y certeza en la petición, haciendo que esté reflexionada y actualizada al sentir del paciente. Es similar al exigido para practicar un aborto<sup>119</sup>.

---

<sup>113</sup> Artículo 7.1 de la Proposición de Ley.

<sup>114</sup> Parejo Guzmán, M.J. “*La eutanasia, ¿un derecho?*”. Thomson, Aranzadi. Cizur Menor (Navarra), 2005. Página 234.

<sup>115</sup> Tomás-Valiente Lanuza, C. “*La cooperación al suicidio y la eutanasia en el nuevo código penal (art. 143)*”. Tirant lo Blanch. Valencia, 2000. Página 133.

<sup>116</sup> Artículo 1265 del Código Civil.

<sup>117</sup> Laporta Sanmiguel, F.J. “Algunas incógnitas del principio de autonomía personal en tratamientos médicos”, en Mendoza Buergo, B. (coordinadora). “*Autonomía personal y decisiones médicas: Cuestiones éticas y jurídicas*.” Thomson Reuters, Aranzadi. Cizur Menor (Navarra), 2010. Página 27.

<sup>118</sup> Tomás-Valiente Lanuza, C. “Posibilidades de regulación de la eutanasia solicitada. Documento de trabajo 71/2005.” *Laboratorio de alternativas*. Número 71, 2005. Página 40.

<sup>119</sup> En el Artículo 14 de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo se requiere tres días tras haber informado a la embarazada.



## 4.2.3 Garantías en el acceso a la prestación y en su aplicación

### 4.2.3.1 Posibilidad de revocar la solicitud

En la proposición de ley se prevé la revocabilidad de la solicitud, pudiendo hacerlo en cualquier momento, incorporándolo a su historia clínica. La revocabilidad está prevista en la Ley de Autonomía del Paciente en lo relativo al consentimiento informado<sup>120</sup>. Al igual que se puede revocar también se puede aplazar la misma. Un aplazamiento en estos casos no va a arriesgar la vida del paciente (no tiene alternativas, ni tratamientos que le puedan curar, sino no cumpliría los requisitos para solicitar la prestación), siendo una garantía que busca una reflexión por parte del paciente, pudiendo cambiar de opinión.

### 4.2.3.2 Motivos de denegación de la solicitud

La denegación de la solicitud de prestación de ayuda para morir se puede reclamar ante la Comisión de Control y Evaluación por parte de los familiares, allegados e incluso el propio solicitante si no se encuentra conforme con esa postura. La posibilidad de reclamar ante la Comisión ha de ser comunicada por el médico responsable a la familia.

La motivación de la denegación, además de los requisitos del artículo 13 b de la Ley (documento segundo), son parte de los deberes y obligaciones del médico responsable de la prestación a los que nos referiremos más adelante al hablar de los facultativos responsables. La objeción de conciencia está excluida como una causa de denegación que puede obstruir el acceso a la prestación<sup>121</sup>. Ha de ser una decisión individual del médico, desechando, como denomina Jorqui Azofra, las “objeciones de conciencia institucionales”<sup>122</sup>.

---

<sup>120</sup> 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. (Artículo 8.5) “El paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento.

<sup>121</sup> Artículo 12 de la Proposición de Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia. “Ejercicio del derecho a la objeción de conciencia por las y los profesionales sanitarios implicados en la prestación de la ayuda para morir.

<sup>122</sup> Jorqui Azofra, M. “¿Disentir bajo la objeción de conciencia sanitaria?”, en Arcos Vieira, M.L. (directora). “*Autonomía del paciente e intereses de terceros: límites*” Thomson Reuters, Aranzadi. Cizur Menor (Navarra). Página 304.

#### 4.2.3.3 Inclusión en la cartera de servicios comunes

En el artículo 16 de la proposición de Ley, como una garantía del acceso a la prestación, se incluye esta práctica en la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud<sup>123</sup>, siendo de financiación pública incluso si se practica en el domicilio particular del solicitante. Fijados por el Estado esos servicios comunes, cada Comunidad Autónoma puede aumentar esas prestaciones. Sin embargo, en este caso, al incorporarse ya la prestación que nos ocupa a la cartera de servicios comunes, se consigue de este modo que en todas las Comunidades Autónomas se asegure la prestación de este derecho y pueda exigirse a los poderes públicos.

“Los servicios públicos de salud deben de aplicar las medidas necesarias para garantizar este derecho siempre y cuando se cumplan los requisitos y presupuestos establecidos”, establece el artículo en su párrafo final.

#### 4.2.3.4 Manual de buenas prácticas

Se encuentra recogido en el artículo 17 de la proposición de ley, con el título de “*Medidas para garantizar la prestación por los servicios de salud*”, instando al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud<sup>124</sup> a que elabore un manual de buenas prácticas con los contenidos mínimos y comunes que sirvan para orientar la buena aplicación de la ley. Además, esta práctica se podrá efectuar no solamente en los centros públicos, sino que también puede hacerse en centros privados o en el domicilio del solicitante si así es su deseo. De este modo se asegura que la prestación de ayuda a morir sea accesible a todos, garantizándoles una buena calidad.

---

<sup>123</sup>Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (Artículo 7). “1. El catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud tiene por objeto garantizar las condiciones básicas y comunes para una atención integral, continuada y en el nivel adecuado de atención. Se consideran prestaciones de atención sanitaria del Sistema Nacional de Salud los servicios o conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores y de promoción y mantenimiento de la salud dirigidos a los ciudadanos. El catálogo comprenderá las prestaciones correspondientes a salud pública, atención primaria, atención especializada, atención sociosanitaria, atención de urgencias, la prestación farmacéutica, la ortoprotésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario. 2. Las personas que reciban estas prestaciones tendrán derecho a la información y documentación sanitaria y asistencial de acuerdo con la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.”

- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Se encuentran en el Anexo II y III de la Ley la cartera de servicios comunes tanto en atención primaria como en atención especializada.

<sup>124</sup> Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (Artículo 69): 1. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud es el órgano permanente de coordinación, cooperación, comunicación e información de los servicios de salud entre ellos y con la Administración del Estado, que tiene como finalidad promover la cohesión del Sistema Nacional de Salud a través de la garantía efectiva y equitativa de los derechos de los ciudadanos en todo el territorio del Estado. 2. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud elevará anualmente una memoria de las actividades desarrolladas al Senado.

### 4.3 FACULTATIVOS RESPONSABLES DE LA PRESTACIÓN

El sujeto activo en el contexto de la acción eutanásica regulada en esta proposición de Ley es la persona que produce la muerte de otra. ¿Quién estaría capacitado para hacerlo? ¿Únicamente el médico? ¿Un familiar o allegado? ¿Médicos y profesionales sanitarios y familiares o allegados?

Entiendo que pueden practicarla ambos, siendo más garantista y profesional que lo realice el médico debido a la posibilidad de que pueda aplicarle los sedantes necesarios y evitarle el mayor sufrimiento sujeto a la más estricta profesionalidad, de hecho la proposición de Ley solo prevé dos modalidades de la prestación de la ayuda a morir en su artículo 3.6:

- 1) La administración directa de una sustancia a una persona que lo haya requerido y que cause su muerte: Aquí estamos ante el reconocimiento del médico como el sujeto activo encargado de practicar y provocar la muerte del paciente, sin lugar a dudas.
- 2) La prescripción o suministro de una sustancia a una persona que lo haya requerido, de modo que la propia persona se la pueda auto administrar para causar su propia muerte: En este caso, no se especifica qué procedimiento ha de seguirse si esa persona se encuentra impedida físicamente para hacerlo (inmovilidad total, por ejemplo), si podría administrárselo un allegado o un familiar; del artículo 10 b) entendemos que podría tener cabida, siempre que el médico cumpla con su deber de “observación y apoyo a este hasta el momento de su fallecimiento”.

Por tanto, entiendo que pueden ser el sujeto activo tanto un médico como un familiar o allegado, siempre y cuando, tratándose de estos últimos, a la hora de practicar la eutanasia estén supervisados por el médico en todo momento. Es una opinión diferente de la de Parejo Guzmán, defendiendo teniendo de paradigma la legislación belga con “la referencia a la clase médica que resulta obligada y de exclusividad<sup>125</sup>, dejando de lado la posibilidad de participación de familiares o allegados. Hay que tener en cuenta que una persona en esas circunstancias de sufrimiento en una fase final de su vida es perfectamente comprensible que desee hacerlo alejado del ambiente de un hospital, con sus seres queridos, en su hogar o en un lugar donde él se sienta plenamente cómodo y satisfecho. Hay que establecer una proporción entre la fijación de los protocolos de actuación que garanticen esta actuación con el respeto a la decisión del paciente de querer ser ayudado por un familiar o un allegado<sup>126</sup>.

---

<sup>125</sup> Parejo Guzmán, M.J. “*La eutanasia: ¿un derecho?*”. Thomson Aranzadi. Cizur Menor (Navarra), 2005. Página 380.

<sup>126</sup> Molero Martín Salas, M.P. “*La libertad de disponer de la propia vida desde la perspectiva constitucional*”. Centro de Estudios Políticos y Constitucionales. Madrid, 2014. Página 118.

### 4.3.1 Deberes/garantías previas a la realización de la prestación

Una vez que se produce la solicitud se abre un proceso de obligado cumplimiento para el médico responsable. Este proceso se regula en el Artículo 9 de la proposición de ley y consiste en:

1. Iniciación de un proceso deliberativo con el solicitante sobre su diagnóstico, las distintas alternativas terapéuticas posibles que puede tener a su alcance junto con los resultados esperables de los mismos y los cuidados paliativos de los que pueda disponer. Esta información, como se expresa en la proposición de ley, ha de transmitirse de forma clara y comprensible.
2. Verificación de la voluntariedad de la solicitud: El médico va a realizar una comprobación de la voluntad del paciente y debe cerciorarse de que no exista ninguna coacción sobre él, de modo que la petición de ayuda a morir sea un deseo autónomo. Como ya hemos explicado anteriormente, requiere una reiteración en la solicitud que también ha de comprobar el propio médico en este punto.
3. Comprobación de las condiciones clínicas: El médico tiene que constatar que el solicitante padece: 1) *enfermedad grave o incurable*; 2) *discapacidad grave crónica*.
4. Trasladar la información a los familiares/allegados del solicitante: Esta información la trasladará si el solicitante lo desea. Si este no quisiera, no se les comunicará su decisión a los familiares, ya que ha de respetarse su voluntad como titular del derecho a la información asistencial<sup>127</sup>.
5. Comunicación con el equipo asistencial: Se hará en el caso de que exista dicho equipo. No obstante, siempre es muy importante que se comunique a los profesionales de enfermería. Las comunicaciones versarán, además de sobre la petición de ayuda para morir, del estado de las deliberaciones que haya tenido o esté teniendo con el solicitante, en todo momento.
6. Consulta a otro facultativo ajeno al equipo asistencial: Esta consulta es importante de cara a tener la visión más objetiva posible. Será ajeno al equipo que asiste al paciente, pero ha de ser competente en el ámbito de las patologías sufridas (imaginemos un paciente que sufre de cáncer terminal, habrá de dirigirse a otro oncólogo). Este médico debe estudiar la historia clínica del paciente de nuevo y realizar un examen al paciente para corroborar todas las condiciones que se le exigen para acceder a la prestación<sup>128</sup> en un

---

<sup>127</sup> Ley de Autonomía del Paciente (Artículo 5.1). “El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita.”

<sup>128</sup> Son las garantías recogidas en el Artículo 5 de la proposición de ley que hemos expuesto anteriormente.

plazo máximo de 10 días. Posteriormente debe realizar un informe que se trasladará al solicitante, pasando a formar parte de su historia clínica. Este requisito es aceptable y comprensible, pero debemos tener presente que el solicitante puede estar sufriendo exageradamente y, cuanto más tiempo transcurra y más plazos se establezcan, mayor tiempo va a estar padeciéndolo.

7. Asegurarse del transcurso de los quince días mínimos tras la firma de la última solicitud: Este paso es obvio. Es uno de los requisitos para poder realizar la prestación. En la Ley se establece una garantía de poder acortar los plazos si el médico apreciara que la muerte o la pérdida de capacidad para otorgar consentimiento informado sea inminente. Se prevé que el periodo lo establezca el propio médico valorando las distintas variables que concurren, dejando constancia en la historia clínica.
8. Comprobación de las instrucciones previas: Si existieran situaciones de incapacidad de hecho (sin incapacitación judicial) se comprobará si el solicitante ha otorgado un testamento vital u otro documento semejante. Si lo hubiera otorgado, el médico está obligado a su consulta directa y a aplicar el contenido en el documento. Considero que este punto debería desarrollarse en la comprobación de lo dispuesto en las instrucciones previas: ¿Si el paciente ha dejado constancia de que desea que se le practique una eutanasia y pasado un tiempo ha habido descubrimientos en la medicina para su padecimiento que le aseguren un éxito? En este caso no se procedería a aplicarse lo dispuesto en dichas voluntades. Esta posición la comparte Molero Martín-Salas en el supuesto de testamentos vitales que prevén esta situación, cuando la enfermedad del solicitante no es incurable o si no padece una discapacidad grave crónica<sup>129</sup>.
9. Puesta en conocimiento a la Comisión de Control y Evaluación: Es el último de los pasos a seguir antes de practicarle la eutanasia al solicitante. Se lo ha de comunicar al presidente de la Comisión, la cual realizará su correspondiente control previo. Se puede omitir el control previo de la Comisión<sup>130</sup> en los casos que haya una muerte o pérdida de capacidad inminente que hemos explicado anteriormente, que en ese caso el control será “*a posteriori*”. Tras la comunicación, el presidente de la Comisión ha de designar en los dos días siguientes, a dos miembros de esta: un médico y un jurista. Estos dos miembros antes del pronunciamiento de la Comisión deben comprobar si concurren los requisitos y

---

<sup>129</sup> Molero Martín-Salas, M.P. “*La libertad de disponer de la propia vida desde la perspectiva constitucional*”. Centro de Estudios Políticos y Constitucionales. Madrid, 2014.

<sup>130</sup> Ese control previo se encuentra en el Artículo 15 de la proposición de ley con el título “*Control previo de las condiciones establecidas en esta ley para el ejercicio del derecho*”.

condiciones establecidos para ejercitar correctamente este derecho. Estos miembros tienen acceso a la documentación de la historia clínica y pueden solicitar entrevistas con el médico responsable, con el equipo asistencial que actúe bajo su dirección e incluso con el propio solicitante. En un plazo siete días como máximo emitirán un informe con los requisitos para acceder a la prestación. Si la decisión del informe es desfavorable hay una posibilidad de reclamación para el solicitante. Sea cual sea la decisión se ha de comunicar al médico responsable. De la Comisión de Control y Evaluación y todas sus funciones hablaré más adelante.

#### **4.3.2 Deberes/garantías en la realización de la prestación**

En el artículo 10 de la proposición de ley se establece cómo ha de realizarse la eutanasia. Debe hacerse con el máximo cuidado y profesionalidad, fijando dos modos diferentes de participación del médico en el proceso, según el tipo de prestación de la ayuda para morir:

- Si la prestación es por medio de la administración directa de una sustancia: El médico en este caso, como es obvio, asistirá al solicitante hasta el momento en que se produzca la muerte. Tiene un papel activo.
- Si la prestación consiste en la prescripción de una sustancia para la autoadministración: A mi entender, se refiere a que sea el propio paciente quien ingiera o se inyecte esa sustancia o que decida que se lo practique un familiar o allegado. El médico en este caso mantendrá un papel de observación y apoyo hasta que se produzca la muerte. Tiene, por tanto, una labor de supervisión.

En todo el proceso, tanto previo como posterior a la práctica de la eutanasia, se han de respetar por parte de todo el personal sanitario los valores vitales del solicitante, por lo que los criterios de actuación de estos no pueden imponerse sobre los del paciente<sup>131</sup>. Conviene matizar esta cuestión, porque no es extensible a todas las situaciones. Si el solicitante, tiene distintas posibilidades planteadas por el profesional sanitario puede elegir la que desee. ¿Qué sucede si solo tiene una única opción avalada por la “*lex artis*” para su dolencia y el paciente solicita una eutanasia cuando no está prevista en ese supuesto? Recordemos que “la autonomía del paciente le habilita a negarse a una determinada intervención aún con riesgo de su vida, pero no le habilita

---

<sup>131</sup> Artículo 11 de la proposición de ley.

siempre a elegir el tratamiento o técnica a aplicar”<sup>132</sup>. El paciente no puede plantearle al médico una práctica contraria a cualquier praxis médica. No obstante, ante una enfermedad incurable o discapacidad grave crónica, una acción eutanásica no plantea problema. Este artículo 11 de la Ley se refiere más bien a la actitud que ha de tomar el médico durante todo el proceso: desde la solicitud hasta la puesta en marcha de la prestación. Esta actitud a la que me refiero incluye el abstenerse de realizar ni tan siquiera cualquier reproche o juicio de valor al paciente en todo momento.

#### **4.3.3 Deberes/garantías posteriores a la realización de la prestación**

Tras la realización de la eutanasia, una vez fallecido el paciente, el médico ha de seguir un procedimiento determinado de comunicación a la Comisión de Control y Evaluación, regulado en el Artículo 13 de la proposición de ley (ya ha habido una comunicación anterior, el último paso antes de la prestación de ayuda para morir<sup>133</sup>). Debe remitir dos documentos separados (se denominarán “*documento primero*” y “*documento segundo*”) e identificados con un número de registro a la Comisión de su Comunidad Autónoma en un plazo máximo de cinco días hábiles tras la muerte:

1. “*Documento primero*”: Ha de estar sellado por el médico responsable, conteniendo lo siguiente:
  - Nombre completo y domicilio del solicitante y de la persona autorizada que lo asistiera. Como he señalado antes, dentro de las dos formas que contempla la ley de practicar la eutanasia (administración directa de sustancia/prescripción de la misma) se contempla que la practique un allegado además de auto administrársela el propio solicitante tras haber sido prescrita.
  - Nombre completo, dirección y número de identificación profesional del médico responsable. La proposición matiza que puede ser el número de colegiado o un equivalente.

---

<sup>132</sup> Beltrán Aguirre, J.L. “Autonomía del paciente: límites derivados de la cartera de servicios, de la organización y funcionamiento de los centros sanitarios y de otros derechos y bienes enfrentados” en Arcos Vieira, M.L. (directora). “*Autonomía del paciente e intereses de terceros: límites*”. Thomson Reuters, Aranzadi. Cizur Menor (Navarra), 2016. Página 118.

<sup>133</sup> Artículo 9.9 de la proposición de ley.

- Nombre completo, dirección y número de identificación profesional de los médicos y demás profesionales que hayan sido consultados por el médico responsable<sup>134</sup>.
- Nombre completo del representante designado por el solicitante: Se incluirá si el solicitante lo hubiera designado mediante instrucciones previas.

2. “*Documento segundo*”: Este documento incluirá:

- Sexo y edad del solicitante.
- Fecha y lugar de la muerte.
- Tiempo transcurrido entre la primera y la última petición hasta la muerte del solicitante.
- Descripción de la patología padecida por el solicitante (enfermedad grave e incurable/discapacidad grave crónica).
- Naturaleza del sufrimiento continuo e insoportable padecido y razones por las que se considera que no tenía perspectivas de mejoría.
- Información sobre la voluntariedad, reflexión, reiteración y ausencia de presiones externas en la petición.
- Copia del documento de instrucciones previas (o figura equivalente, como testamento vital), en el caso de que existiera uno.
- Procedimiento seguido por el médico responsable y el resto del equipo de profesionales sanitarios para la prestación de ayuda para morir.
- Capacitación de los médicos consultados y las fechas de las consultas.

Estos dos documentos también deben presentarse en caso de denegación de la solicitud de la prestación, independientemente de que exista una reclamación por parte del solicitante o de sus familiares/allegados, en un plazo de quince días hábiles tras recibir la solicitud. El único cambio sería que en el documento segundo se incluirían los datos clínicos relevantes para evaluar el caso junto con el motivo de denegación<sup>135</sup>.

---

<sup>134</sup> Se refiere a la obligación de consultar a los médicos que no formen parte del equipo médico, competentes en el mismo ámbito de patología que padece el solicitante, comprendida en el Artículo 9.6 de la proposición de ley, que hemos estudiado con anterioridad.

<sup>135</sup> Artículo 14 de la proposición de ley.



#### 4.3.4 Derecho a la objeción de conciencia

La Ley reconoce el derecho a la objeción de conciencia en su Artículo 12, suponiendo que el rechazo o la negativa a realizar la eutanasia por este motivo de conciencia es una decisión individual de la persona que está implicada en practicar la eutanasia. La debe manifestar previamente y por escrito<sup>136</sup>. Se creará por parte de la Administración Sanitaria de cada Comunidad Autónoma un Registro de Profesionales sanitarios objetores de conciencia e inscribirán en él las declaraciones de estos de cara a mejorar la gestión de las prácticas de eutanasia. Los fines de este registro son de agilización, así se tiene constancia de qué médicos no van a estar dispuestos a practicar la eutanasia, encomendándose directamente a quienes no aparezcan en ese registro. Se prevé en el Código de ética y deontología médica que se comunique la condición de objetor, si se considera conveniente, ante la posibilidad de tener algún conflicto de tipo administrativo o en su ejercicio, para que les puedan ayudar o asesorar<sup>137</sup>. Aunque en la ley no se establezca, este registro de objetores es confidencial.

Hay que tener en cuenta que el ejercicio del derecho a la objeción de conciencia, como sucede en las objeciones en el aborto, no puede menoscabar el acceso asistencial a la prestación, siendo una decisión individual del sanitario con una relación directa o necesaria con esta práctica<sup>138</sup>. No pueden acogerse a esta figura aquellos profesionales que únicamente realizan labores administrativas o de gestión del caso, porque no son titulares de este derecho.

El legítimo derecho a la objeción de conciencia tiene unos límites, al estar implicado el derecho de un tercero. El médico no puede prescindir de sus obligaciones de información sobre el tratamiento al paciente, teniendo una posición de privilegio. Una situación en la que un médico se niega a informar de las condiciones de la prestación para condicionar la decisión final del paciente vulneraría los derechos e intereses de este, siendo ineludible por tanto la obligación de

---

<sup>136</sup> Esta forma necesaria para la objeción es por respeto hacia los derechos individuales del paciente. Los intereses de uno y de otro deben respetarse y no puede estar por encima de sus obligaciones de asistencia mínimas, por eso, al hacerlo anticipadamente y por escrito, quedando acreditado, permite que el médico pueda ser suplido por otro profesional rápidamente y no entorpecer el proceso.

<sup>137</sup> Artículo 26.2 del Código de Ética y Deontología Médica.

<sup>138</sup> Al referirnos al “profesional sanitario directamente implicado” hablamos de aquellos que mantienen una relación directa con el deber jurídico cuyo cumplimiento se pretende evitar (provocar la muerte de un paciente, en este caso). En la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, en su artículo 3 se define al personal sanitario como “el personal que ostenta esta condición en virtud de nombramiento expedido para el ejercicio de una profesión o especialidad sanitaria ya sea por poseer un título universitario de tipo sanitario o de la rama de Ciencias de la Salud, o por tratarse de técnicos, de cualquier grado, del propio ámbito”.

dar una información veraz que abarque todas las posibles alternativas ante las que podría enfrentarse el paciente, incluida aquella en la que no se esté moralmente de acuerdo<sup>139</sup>.

La objeción de conciencia, en casos de urgencia, debe ser renunciable si no hay ningún otro profesional disponible o capaz en ese momento de practicar el tratamiento o el proceso correspondiente. Jorqui Azofra afirma que ante esos casos sus convicciones estarían en un segundo plano, prevaleciendo las ineludibles necesidades del paciente<sup>140</sup>. La autora se refiere a las objeciones de conciencia ante prácticas de interrupción del embarazo, pero puede extenderse este principio de respeto a las necesidades del paciente a los supuestos de eutanasia activa, ya que, de aprobarse esta regulación, el médico responsable tendría una posición de garante ante el solicitante.

Por lo tanto, concluyo que, al igual que ante otras prácticas, se debe hacer previamente, a nivel individual y sin que de ningún modo perturbe el camino y protocolo a seguir para conseguir el deseo legítimo de un paciente que cumple todos los requisitos para ser considerado titular del derecho que en esta proposición de ley se quiere reconocer.

#### **4.3.5 Protección de datos personales**

Se encuentra en los Artículos 18 y 19. Se asegura la intimidad de las personas implicadas y la confidencialidad en el tratamiento de los datos personales por parte de los centros. Las historias clínicas de los pacientes se custodiarán por los centros prestadores del servicio, implantándose medidas de seguridad de alto nivel que se prevén en la normativa de protección de datos. El tratamiento, acceso, cesión y cancelación de los datos se va a regir por el reglamento comunitario<sup>141</sup> y por la legislación nacional<sup>142</sup>. Como vimos, se manejan constantemente numerosos datos personales, tanto del paciente como de los sanitarios que intervienen en el proceso, así como de los objetores de conciencia que van a figurar en el correspondiente registro, teniendo garantizada su intimidad y su confidencialidad sea cual sea su papel en el proceso.

---

<sup>139</sup> Jorqui Azofra, M. “¿Disentir bajo la objeción de conciencia sanitaria?”, en Arcos Vieira, M.L. (directora). “*Autonomía del paciente e intereses de terceros: límites*” Thomson Reuters, Aranzadi. Cizur Menor (Navarra), 2016. Página 297.

<sup>140</sup> Jorqui Azofra, M. “¿Disentir bajo la objeción de conciencia sanitaria?”, en Arcos Vieira, M.L. (directora). “*Autonomía del paciente e intereses de terceros: límites*”. Thomson Reuters, Aranzadi. Cizur Menor (Navarra), 2016. Página 304.

<sup>141</sup> Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos).

<sup>142</sup> Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

## **4.4 COMISIÓN DE CONTROL Y EVALUACIÓN**

Este órgano nace con esta Ley. Podríamos definirla como una especie de órgano colegiado *ad hoc*, creado única y exclusivamente para desarrollar esta prestación en los centros sanitarios, llevando toda la carga administrativa, de gestión y supervisión durante todo el proceso. Está regulada en el Capítulo V de la proposición de ley. Me centraré en explicar cómo se crean, su forma de organización, las funciones que tiene y las garantías por las que ha de velar.

### **4.4.1 Creación y composición**

En el Artículo 20 se dispone que estas Comisiones existirán en todas las Comunidades y Ciudades Autónomas. Van a ser los Gobiernos autonómicos los que se encarguen de crear estos organismos, ya que son las Comunidades Autónomas quienes tienen cedidas las competencias en materia de sanidad. Se establece para ello un plazo de tres meses, contados desde la fecha de entrada en vigor de la ley.

Estas Comisiones deben tener su propio reglamento de orden interno, elaborado por los órganos de las Administraciones autonómicas que sean competentes. Mientras este reglamento no sea aprobado, la proposición de ley prevé que las Comisiones se regirán por las reglas de los Artículos 17 y 18 de la Ley 50/2015, de 1 de octubre de Régimen Jurídico del Sector Público, regulándose así el funcionamiento y desarrollo de las convocatorias y sesiones de este órgano colegiado y las actas de las mismas<sup>143</sup>.

### **4.4.2 Funciones**

Las funciones de la Comisión se regulan en el Artículo 21. Me he referido a ellas anteriormente, al hablar de las obligaciones de los profesionales y su protocolo a seguir antes de autorizar la práctica de la prestación de ayuda para morir, durante el periodo de tiempo entre la reiteración de las solicitudes y después de la práctica de la prestación. La Comisión interviene como órgano colegiado ejerciendo funciones de verificación y control de todos los requisitos a la hora de aceptar o denegar la solicitud.

Los miembros de la Comisión, según establece el Artículo 22, deberán guardar secreto sobre el contenido de sus deliberaciones y proteger la confidencialidad de los implicados en estas

---

<sup>143</sup> Se prevé en la Disposición adicional tercera de la proposición de ley.

prácticas. Deben guardar datos que hayan podido conocer de profesionales sanitarios, pacientes, familiares y allegados; estos últimos habrán pasado por una situación muy personal, en la que los profesionales sanitarios no deben permitir que se traspase los más absolutos límites de la intimidad de la familia y seres queridos del solicitante.

Las funciones que establece la Ley son:

1. Resolver las reclamaciones que se hayan formulado, si ha habido denegaciones de solicitud de ayuda a morir. Esta posibilidad la debe conocer el solicitante, sus familiares o allegados. También va a entrar a resolver los informes previos desfavorables, si, en lo que dispone el artículo 15 sobre el control previo de las condiciones, tras recibir la comunicación, el médico y el jurista comprueban que no concurren los requisitos para solicitar la prestación de ayuda para morir. Si hay un dictamen favorable, la Comisión va a requerir a la dirección del centro para que en un plazo máximo de siete días se facilite esa prestación solicitada a través de otro médico o de un equipo externo. Es decir, si el médico tiene un pronunciamiento desfavorable frente a la Comisión y esta acaba decidiendo lo contrario, se agilizará el proceso de nuevo para poner en marcha el protocolo con un equipo médico y un responsable del mismo diferente.
2. Verificar las condiciones y procedimientos recogidos en el “documento segundo”: La Comisión va a comprobar a partir de los datos plasmados en ese documento, que se respetaron las condiciones de validez y el proceso que ha de seguirse para realizar la prestación.

Si hay duda, se puede decidir por mayoría simple levantar el anonimato y comprobar el “documento primero”. Al levantarse el anonimato, en el caso de ponerse en entredicho la imparcialidad de algún miembro de la Comisión que pueda afectar a la decisión, este puede retirarse del órgano de forma voluntaria o, de lo contrario, ser recusado. La Ley prevé otra opción en caso de duda: acudir al médico responsable de la información recogida en la historia clínica para resolver esas dudas, así se recaba más información.

Tienen un plazo máximo de dos meses para pronunciarse sobre el cumplimiento de las condiciones y los requisitos legales en el caso examinado. Si hay 2/3 o más de la Comisión que consideren que no se cumplen las condiciones y el procedimiento, se dirigirán a la dirección del centro o al Ministerio Fiscal para la apertura de una investigación. La cuestión de dirigirse a la fiscalía es seria, estaríamos hablando de un delito penal; de no cumplirse los requisitos, podría ser un delito de inducción al suicidio no amparado por la protección de esta ley.

3. Comprobación que los derechos reconocidos en la proposición de ley se garanticen en cada Comunidad Autónoma.
4. Detección de incidencias en el cumplimiento de los objetivos de la Ley: Se establece que propongamos mejoras concretas para incorporarlas a los manuales de buenas prácticas.
5. Resolución de dudas durante la aplicación de la Ley: Cualquier médico, profesional sanitario, familiar, miembro del equipo, miembros de otros equipos que sean consultados y el resto de implicados van a poder dirigirse a esta Comisión, para que ante cualquier intervención se sientan respaldados y legitimados.
6. Elaboración de un informe anual de la aplicación de la ley: No se ha profundizado más en la proposición de ley. Esta función la veo interesante si se realiza con fines estadísticos, pudiendo comprobar en que ramas de la medicina se encuentran más personas en situaciones terminales o de discapacidad crónica, con fines de investigación o para poder perfilar la prestación, mejorando su realización a medida que avanza el tiempo.
7. Funciones que les atribuyan los Gobiernos autonómicos: Cada Autonomía podrá encomendarle las funciones que considere, sin perjuicio de las que les impone la Ley.

En relación a esta última cuestión, en las Comunidades autónomas disponen adicionalmente de los denominados Comités de Ética para la Asistencia Sanitaria, que podrían tener un papel muy importante en el derecho del que estamos hablando. La figura de la comisión de control y evaluación tiene una clara similitud con estas unidades que llevan en funcionamiento en nuestros hospitales desde hace medio siglo. Se encargan de evaluar, orientar y aconsejar a la hora de aplicar un tratamiento, así como fomentar los principios éticos de inspiración de la práctica sanitaria y orientar a la hora de seguir un protocolo de investigación. Reciben diferentes denominaciones dependiendo de la Comunidad Autónoma de la que estemos refiriéndonos, por ejemplo, son llamados Comités de Ética Asistencial en Cataluña y País Vasco; Comité de Ética para la Asistencia Sanitaria en Madrid o Comités de Ética para la Atención Sanitaria (CEAS) en el Principado de Asturias. Tienen todos los mismos aspectos comunes, recogidos a nivel estatal, en la Circular 3/1995<sup>144</sup>. En Asturias encontramos su regulación en el Decreto 109/2005<sup>145</sup>.

---

<sup>144</sup> Circular 3/1995, de 30 de abril, de creación y acreditación de comités asistenciales de ética. Dirección General del Instituto Nacional de Salud.

<sup>145</sup> Decreto 109/2005, de 27 de octubre, por el que se establece el régimen jurídico para la creación y acreditación de los comités de ética para la atención sanitaria. B de 7 de noviembre de 2005.

Las funciones de estos comités en el Decreto<sup>146</sup>, los resume la autora Simó Martínez<sup>147</sup>:

- Formación ética de los miembros del comité y de los profesionales médicos.
- Análisis de casos clínicos problemáticos y elaboración de informes para la orientación de profesionales, pacientes o familiares que lo soliciten.
- Elaboración de directrices sobre temas relacionados con la política sanitaria de la institución en la que ejercen su asesoramiento.

En mi opinión, estos Comités podrían llegar mucho más allá si complementan las labores de la Comisión de Control y Evaluación, no siendo incompatible la existencia de ambas. Principalmente extraño en la actual proposición de ley la introducción de más mecanismos para suplir la voluntad del paciente, la existencia de más opiniones en el caso de que la opinión de los familiares y allegados pudiesen contradecir la del propio enfermo o la del médico. Los CEAS complementarían el consentimiento del paciente para someterse a esta práctica y podrían ayudar a la Comisión para aclarar reclamaciones de familiares o allegados ante una denegación (descargando de tanta responsabilidad al médico responsable), así como también facilitaría el respeto a los derechos del paciente cuando este no pueda manifestar su voluntad. Para reforzar esta opinión, ciñéndonos a los pasos establecidos para el análisis de cada caso clínico planteado, desarrollados por Simó Martínez, no habría dudas de las garantías que proporciona:

- Presentación del caso por la persona que va a tomar la decisión.
- Discusión del aspecto clínico de la historia.
- Identificación de los problemas morales que presenta.
- Elección por la persona responsable del caso del problema moral que le preocupa y quiere analizar.
- Identificar los valores en conflicto.
- Identificar los márgenes de actuación.
- Buscar puntos intermedios.
- Analizar el curso de acción óptimo.
- Decisión final.

---

<sup>146</sup> Decreto 109/2005 (Artículo 2.1). “El comité de ética para la atención sanitaria es un órgano consultivo e interdisciplinar, al servicio de los profesionales y usuarios del sistema de salud, creado para analizar y asesorar sobre las cuestiones de carácter ético que se suscitan como consecuencia de la labor asistencial, con el objetivo de proteger los derechos de los pacientes y mejorar la calidad de la asistencia sanitaria”.

<sup>147</sup> Simó Martínez, R. “Los comités de ética para la atención sanitaria”, en Presno Linera. M.A. (coordinador). “*Autonomía Personal, cuidados paliativos y derecho a la vida*”. Procuradora General del Principado de Asturias). Universidad de Oviedo, 2011. Páginas 250 y siguientes.

- Comprobación de la consistencia de la decisión tomada y si se somete a la legalidad. La prueba de legalidad se hará con la respuesta a varias cuestiones: ¿Es legal esa decisión? ¿Estarías dispuesto a defenderla públicamente? ¿Tomarías la misma decisión en el caso de esperar algunas horas o días?

La prueba de legalidad haría mucho más garantista la decisión, con el protagonismo del jurista en este proceso; con la prueba de la publicidad se defendería la decisión públicamente con un buen argumentario y con la prueba de la consistencia temporal se tendría por seguro que la opinión es firme. Tras ello se haría un informe de la recomendación o la decisión adoptada para enviárselo al médico responsable y, al igual que sucede con las Comisiones de Control y Evaluación, se archivarían para mantener su privacidad respetando la protección de datos.

La Comisión de Control y Evaluación es un órgano creado exclusivamente para la práctica de la eutanasia activa, mientras que los CEAS tienen una competencia mucho más amplia. Deberían haber sido tenidos en cuenta en la regulación que estamos tratando y haberles encomendado un papel a cumplir en todo el proceso de esta ley.

#### **4.5 LA DESPENALIZACIÓN**

La proposición de Ley establece una derogación normativa de las disposiciones del mismo o de inferior rango que se opongan a ella. Por otro lado, como hemos visto, la penalización de esta práctica es el principal obstáculo y para derribarlo precisa de un paso importante, que no es otro que la modificación del Artículo 143.4 del Código Penal, que castiga la eutanasia activa con la tipificación de la asistencia al suicidio, quedando redactado de la siguiente forma, en el supuesto de que llegase algún día a entrar en vigor:

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

*Se entiende por enfermedad grave e incurable aquella que por su naturaleza origina sufrimientos físicos o psíquicos, constantes e insoportables, sin posibilidad de alivio que él o la paciente considere tolerable, con un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva.*

*Se entiende por discapacidad grave crónica la situación en la que se produce en la persona afectada una invalidez de manera generalizada de valerse por sí misma, sin que existan posibilidades fundadas de curación y, en cambio, sí existe seguridad o gran probabilidad de que*

*tal incapacidad vaya a persistir durante el resto de la existencia de esa persona. Se entienden por limitaciones aquellas que incidan fundamentalmente sobre su autonomía física y actividades de la vida diaria, así como sobre su capacidad de expresión y relación, originando por su naturaleza sufrimientos físicos o psíquicos constantes e intolerables, sin posibilidad de alivio que él o la paciente considere tolerable. En ocasiones pudiere suponer la dependencia absoluta de apoyo tecnológico”.*

En el Artículo 143, el resto de los apartados, 1,2 y 3: inducción al suicidio, cooperación al suicidio, suicidio asistido (sin concurrir supuestos de enfermedad), quedan excluidos y no son despenalizados.



## 5. CONCLUSIONES

Durante el desarrollo del trabajo, al profundizar sobre esta cuestión, he podido hacerme una opinión mucho más sólida y no es otra que la total necesidad de aprobar una ley como la que aquí se expone.

Al comenzar introduciendo este estudio me refería al caso de María José Carrasco y su esposo, aún por resolver en el ámbito penal. Al no haber Ley, ¿qué alternativas tenían ella y su marido? La respuesta es clara; resignarse a esperar o adoptar la decisión que han tomado, que implica el riesgo de ingresar en prisión, asumiendo las consecuencias. Si nos paramos a reflexionar, la negativa a asumir el reto de regular una eutanasia activa en España es similar a lo que ha sucedido con las prácticas abortivas, siendo castigadas penalmente en los años 70 y parte de los 80: Quién podía permitírselo viajaba al extranjero para practicárselo y quien no podía hacerlo lo llegaba a practicar igualmente en unas condiciones clínicas, higiénicas y sanitarias de un nivel espeluznante con una cifra estimada de 100 abortos clandestinos al año.

Esta proposición de ley, si llegara a entrar en vigor, podría plantear bastantes ventajas, además de la garantía de no ser penalizado un sujeto por facilitar la prestación en estos casos. Abre la posibilidad de no necesitar ser uno mismo quien tenga que asumir la responsabilidad de haber colaborado en la muerte de un familiar o una persona muy cercana. El que ha colaborado en el suicidio asistido de María José Carrasco (su marido) ha tenido que pasar por el trauma que, como ha expresado en declaraciones a la prensa, deja patente la enorme carga psicológica y física de una ausencia de regulación legal: *“estoy sufriendo por dos razones: una, por perder a mi mujer y otra, porque tuve que hacerlo yo”*. Este caso me ha hecho reflexionar sobre esta cuestión; la posibilidad de que sea un tercero quien lo haga, algo que la proposición de ley contempla, elimina esa carga moral que supone tener que ejecutar esa decisión sobre un ser querido. La prestación de ayuda para morir la va a practicar un profesional sanitario, sin perjuicio de que en determinados casos la pueda prestar un familiar y allegado, cumpliéndose unos requisitos. El hecho de que lo practique un profesional sanitario entre otras cosas aseguraría unas condiciones clínicas óptimas y, probablemente, no sería necesario haber esperado tanto, alargando su sufrimiento hasta un nivel incalculable. Más allá de la conmoción que provoca este caso concreto, al igual que el de Ramón Sampredo en su día, lo cierto es que ha servido para que muchas personas, además de sensibilizarnos, reflexionemos sobre la posibilidad de despenalización y regulación de la eutanasia, sin que la existencia de esta justifique una mengua en otras prestaciones sanitarias dirigidas a proteger la salud de los ciudadanos.

¿Cuál sería el encaje constitucional de esta proposición de ley? La proposición de ley la define como un “derecho a solicitar y recibir ayuda para morir”, siempre y cuando se den los requisitos que define la propia ley tanto en lo relativo al procedimiento a seguir, como respecto de las condiciones que ha de reunir el solicitante. La definición se encuentra en el artículo 1 y los requisitos, a los que hemos dedicado apartados específicos, cumplen todas las garantías para ser una norma de encaje constitucional<sup>148</sup>.

En lo relativo al artículo 10 de la Constitución, considero que esta proposición de ley regula una libertad, manifestación del reconocimiento en la norma constitucional del “libre desarrollo de la personalidad”, interrelacionado con el principio general de libertad del artículo 1.1 de la Constitución. Esta proposición de ley busca regular una libertad de disponer de la vida, estableciendo requisitos y limitaciones. Es decir, el sujeto se mueve dentro de un espacio de libertad reglada (hacer todo lo que la ley no prohíbe). La eutanasia es, ante todo, una manifestación de la libertad.

Por otro lado, hemos descartado que una regulación de la eutanasia activa directa, como es el caso, pueda ser contraria al derecho a la vida y a la integridad física del artículo 15. No considero que de este mismo artículo se derive la necesidad constitucional de regular un derecho a morir, pero tampoco lo impediría. Por mucho que el legislador haya de proteger la vida, estamos hablando de una manifestación de una libertad personal, que, como en el suicidio, es una manifestación del libre desarrollo de la personalidad. El suicidio no se castiga (la tentativa), y aquí estamos ante un supuesto de una persona que quiere morir, pero no puede hacerlo por sus propios medios, precisando de un tercero que le ayude a realizarlo. Se respeta esa decisión personal, emitida de un modo determinado a través de la petición emanada del solicitante, siempre de forma voluntaria, reiterada, sin presiones externas y de forma autónoma. Respecto a la vida cabe decir que es un derecho de todos, pero no es una obligación en la que el Estado haya de imponer mantenerla en cualquier circunstancia, tratándose de un bien jurídico cuyo titular es la persona misma. No hay una obligación de vivir coactivamente, más aún si tenemos en cuenta la dignidad humana como valor que impregna todo el ordenamiento, elegir como y cuando morir en determinadas situaciones es un ejercicio de libertad.

---

<sup>148</sup> Me refiero expresamente a las condiciones para solicitar la prestación de ayuda para morir del Artículo 5 de la proposición de ley. No obstante, los requisitos y el procedimiento son la práctica totalidad de la norma: desde la forma en la que ha de realizarse la solicitud, las garantías antes, durante y después de la solicitud, así como la observancia durante el proceso, los deberes y obligaciones de los facultativos, los órganos que crea la proposición y sus funciones. Todo ese contenido forma parte de las condiciones. Son la condición “sine qua non” para que esta práctica pueda ser llamada “eutanasia” y más concretamente, en nuestro lenguaje jurídico: “eutanasia activa directa” (con todas las características que implica).

Podemos apreciar un exquisito cuidado por parte del legislador, evitando el cuestionamiento de la proposición de ley por atacar los derechos fundamentales mencionados<sup>149</sup>; procedimentalmente, siendo una norma que desarrolla el derecho fundamental a la vida, ha de tener el rango de Ley orgánica, como así establece la Constitución<sup>150</sup>.

La existencia de una ley reguladora de la eutanasia en ningún caso debe ser sustituida por una ley estatal sobre cuidados paliativos, ni tampoco tendría que esperar, como a veces se defiende, a que esta fuera aprobada<sup>151</sup>, al tratarse, según hemos indicado, de cuestiones totalmente diferentes, que nada tienen que ver una con la otra: los cuidados paliativos, aunque puedan acortar la vida, no son considerados una eutanasia en sentido estricto. Aunque sobre ellos ya han normado las Comunidades Autónomas<sup>152</sup>, considero necesaria una legislación estatal de cuidados paliativos, que regule esta materia en sus líneas más generales, pero rechazo el argumento de que una y otra sean contradictorias entre sí. Son importantes ambas. Es primordial que no se busque evitar el debate sobre la eutanasia activa directa con el argumento de los cuidados paliativos, ya que en absoluto tienen nada que ver. El precedente de la proposición de ley presentada en el Congreso es un buen comienzo.

La proposición de ley que ha sido objeto de estudio me ha merecido en líneas generales una valoración positiva, al tratarse de una regulación muy avanzada, con un contenido notable y muy

---

<sup>149</sup> Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Disposición final segunda. Carácter de la ley y título competencial). “Los artículos 1; 2; 3; 4; 5; 6; 7; 8; 9; 10; 11; 12, apartado 1; 18, apartado 1; 19; 22; disposiciones adicionales primera, segunda y cuarta; disposición derogatoria y disposiciones finales primera, segunda y tercera tienen rango de Ley orgánica al constituir desarrollo del derecho fundamental a la vida en relación con otros derechos fundamentales, de acuerdo con lo establecido en el artículo 81 de la Constitución. Los artículos 16, 17 y disposición adicional quinta son de directa aplicación en todo el Estado al amparo de lo previsto en el artículo 149.1.1ª de la Constitución. Los artículos 12, apartados 2 y 3; 13; 14; 15; 18, apartado 2; 20; 21; y disposición adicional tercera, se dictan al amparo del artículo 149.1.16 de la Constitución. El Estado y las Comunidades Autónomas adoptarán, en el ámbito de sus respectivas competencias, las medidas necesarias para la efectividad de esta ley.

<sup>150</sup> Constitución Española (Artículo 81). “1. Son leyes orgánicas las relativas al desarrollo de los derechos fundamentales y de las libertades públicas, las que aprueben los Estatutos de Autonomía y el régimen electoral general y las demás previstas en la Constitución. 2. La aprobación, modificación o derogación de las leyes orgánicas exigirá mayoría absoluta del Congreso, en una votación final sobre el conjunto del proyecto.”

<sup>151</sup> Quisiera señalar que ha habido una intención de legislar esta cuestión, concretamente hubo una proposición de ley presentada por el grupo parlamentario de ciudadanos en la XII legislatura llamada “Proposición de Ley de 16 de diciembre de 2016 de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida.” Ha habido un fuerte consenso en torno a esta materia, pero finalmente hubo una convocatoria de elecciones, no llegando a ser aprobada. Es un precedente que puede significar un buen punto de partida de ahora en adelante.

<sup>152</sup> Por citar algunos ejemplos:

- La Comunidad Valenciana: Ley 16/2018, de 28 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de atención al final de la vida.
- Principado de Asturias: Ley del Principado de Asturias 5/2018, de 22 de junio, sobre derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso del final de la vida.

garantista con todos los implicados, ya sea el sujeto solicitante, como los facultativos llamados a practicar la prestación. Sin duda, puede ser un buen punto de partida, sin perjuicio de que pueda aún perfilarse y completarse buscando su mejora. He mencionado la necesidad de revisar las cuestiones relativas a los menores, concretamente teniéndose en cuenta su mayoría de edad clínica, diferenciándose en tramos (mayores de 12, 16 y 18 años), así como prestar una mayor atención a los casos de incapacidad, contando con la herramienta de las “instrucciones previas”, de la cual la proposición socialista tuvo bien en acordarse, pero que en mi opinión necesita más desarrollo. Una de las cuestiones respecto de las que mantengo una posición más crítica ha sido la regulación de la Comisión de Control y Evaluación. La aplicación supletoria en lo relativo a su funcionamiento de la Ley 40/2015 del Régimen Jurídico del Sector Público, en tanto las Comunidades Autónomas no aprueben su reglamento regulador, servirá para que no se puedan poner obstáculos a la realización de estas prácticas y sus principales órganos funcionen correctamente, mientras no exista un desarrollo normativo de carácter autonómico, en cada caso. A título personal, considero importante señalar algunos apuntes y recomendaciones para hacer de la Comisión de Control y Evaluación un órgano eficiente:

- 1º. Mayor peso para médicos y juristas: En la Ley solamente se prevé la designación de entre sus miembros de un médico y un jurista para realizar el control previo de las condiciones<sup>153</sup>. La evaluación de los requisitos va a recaer solamente en dos miembros, con demasiado peso y responsabilidad. Sin dudar de la profesionalidad de los mismos lo considero notoriamente deficiente. En primer lugar, el médico designado entiendo que debería ser de la misma especialidad que la del médico responsable que esté tratando al paciente y debería existir al menos un especialista en salud mental para así verificar la competencia y el estado mental del paciente. Por otra parte, podría ser interesante que se cuente con la opinión de otro jurista. Esto garantizaría también una mayor pluralidad y diferentes perspectivas y puntos de vista.
- 2º. Incorporación de un trámite de audiencia para el solicitante: Estamos hablando de una norma que pretende regular una libertad personal. Siempre que esté capacitado para emitir su opinión debería escuchársele. En ocasiones se comete el error de valorar el sufrimiento de una persona e incluso cuestionarlo, sin tenerle en cuenta. Su declaración no ha de ser vinculante para la decisión final del órgano, pero sí obligatorio antes de emitir su valoración. Esto humanizaría todo el proceso.

---

<sup>153</sup> Son las condiciones recogidas en el Artículo 15 de la Proposición de Ley de regulación de la eutanasia, estudiados anteriormente en profundidad.

3º. Deberían acortarse los plazos de reiteración entre una y otra solicitud: La repetición de la solicitud en tramos de quince días es perfectamente entendible. Pero a estos plazos se van añadiendo otros, que se van concatenando. Quince días entre una petición y otra sumándole otros quince días mínimos tras la última solicitud. ¿No se supone que el solicitante está sufriendo? Debería disponerse legalmente la posibilidad de realizar determinados trámites y procedimientos entre la primera y segunda solicitud, asumiendo el riesgo de que en la segunda el solicitante se arrepienta y decida echarse atrás. Esta cuestión es perfectamente entendible si existiere la audiencia que planteo. Haría más ágiles todas las fases. No conviene caer en un mal, que a menudo juega en contra de todos, comúnmente conocido como “*burocracia*”, pudiendo deteriorar la salud pública y alargando aún más el sufrimiento del solicitante, de forma innecesaria.

A modo de conclusión, la eutanasia en mi modesta opinión es un ejercicio de libertad sobre uno mismo. Lástima que el debate sobre la misma no se suela articular como debiera a causa de una confusión de planos y de conceptos. Esperemos que esa circunstancia cambie, más pronto que tarde.

## 6. REFERENCIAS

### 6.1 NORMATIVAS

#### - UNIÓN EUROPEA

- Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea del año 2000.
- Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea del año 2010.
- Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos.

#### - ESTATAL

- Constitución Española de 1978.
- Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria.
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.
- Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor.
- Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
- Proposición de Ley Orgánica 122/000239 de Regulación de la Eutanasia de 21 de mayo de 2018.
- Ley 30/1979, de 27 de octubre, sobre extracción y trasplante de órganos.
- Ley 50/1980 de 8 de octubre de Contrato de Seguro.
- 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.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Proposición de Ley, de 16 de diciembre de 2016, de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida.
- Real Decreto, de 24 de julio de 1889, por el que se publica el Código Civil.
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
- Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal.
- Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud.
- Real Decreto 1723/2012, de 28 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención, utilización clínica y coordinación territorial de los órganos humanos destinados al trasplante y se establecen requisitos de calidad y seguridad.
- Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud.
- Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de Octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores.

#### - AUTONÓMICA

- Ley de la Comunidad Valenciana 16/2018, de 28 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de atención al final de la vida.
- Ley del Principado de Asturias 5/2018, de 22 de junio, sobre derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso del final de la vida.
- Decreto del Principado de Asturias 109/2005, de 27 de octubre, por el que se establece el régimen jurídico para la creación y acreditación de los comités de ética para la atención sanitaria.

## **- COLEGIOS PROFESIONALES**

- Código de Ética y Deontología Médica de la Organización Médica Colegial de España de 2018.

## **6.2 JURISPRUDENCIALES**

### **- TRIBUNAL DE JUSTICIA DE LA UNIÓN EUROPEA**

- Sentencia del Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas de 4 de Octubre de 1991, C-159/90, *The Society for the Protection of Unborn Children Ireland Ltd* contra *Stephen Grogan*, 1991.

### **- TRIBUNAL CONSTITUCIONAL**

- Sentencia del Tribunal Constitucional 75/1984, de 27 de junio.
- Sentencia del Tribunal Constitucional 83/1984, de 24 de julio.
- Sentencia del Tribunal Constitucional 53/1985, de 11 de abril.
- Sentencia del Tribunal Constitucional 70/1985, de 31 de mayo.
- Sentencia del Tribunal Constitucional 120/1990, de 27 de junio.
- Sentencia del Tribunal Constitucional 137/1990, de 19 de julio.
- Sentencia del Tribunal Constitucional 113/1994, de 14 de abril.
- Sentencia del Tribunal Constitucional 48/1996, de 25 de marzo.
- Sentencia del Tribunal Constitucional 107/1996, de 12 de junio.
- Sentencia del Tribunal Constitucional 212/1996, de 19 de diciembre.
- Sentencia del Tribunal Constitucional 116/1999, de 17 de junio.
- Sentencia del Tribunal Constitucional 154/2002, de 18 de julio.
- Sentencia del Tribunal Constitucional 31/2010, 28 de junio.

### **- TRIBUNAL SUPREMO**

- Sentencia del Tribunal Supremo 447/2001, de 11 de mayo.

## 6.3 BIBLIOGRÁFICAS

- Arcos Vieira, M.L. "Consentimiento no informado", en Arcos Vieira, M.L. (directora). *"Autonomía del Paciente e Intereses de Terceros: Límites"* Thomson Reuters, Aranzadi. Cizur Menor (Navarra), 2016.
- Atienza, M. "Juridificar la bioética. Una propuesta metodológica", en Cambrón, A. (coordinador). *"Entre el nacer y el morir"*. Biblioteca Comares de Derecho y Ciencias de la Vida, Granada, 1998.
- Bastida Freijedo, F.J. "El derecho fundamental a la vida y a la autonomía del paciente", en Presno Linera, M.A. (coordinador). *"Autonomía personal, cuidados paliativos y derecho a la vida"*. Procuradora General del Principado de Asturias. Universidad de Oviedo, 2011.
- Beltrán Aguirre, J.L. "Autonomía del paciente: límites derivados de la cartera de servicios, de la organización y funcionamiento de los centros sanitarios y de otros derechos y bienes enfrentados" en Arcos Vieira, M.L. (directora). *"Autonomía del paciente e intereses de terceros: límites"*. Thomson Reuters, Aranzadi. Cizur Menor (Navarra), 2016.
- De Montalvo Jääskeläinen, F. *"Muerte digna y Constitución: Los límites del testamento vital"*. Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas. Cátedra de bioética nº 18. Madrid, 2009.
- Esbec Rodríguez, E. "Un nuevo modelo de modificación y delimitación de la capacidad de obrar de la persona con discapacidad". *Revista de Psicopatología Clínica Legal y Forense*, Vol. 12, 2012.
- García-San Miguel Rodríguez-Arango, L. "Sobre el paternalismo", en García San Miguel Rodríguez-Arango, L. (coordinador). *"El libre desarrollo de la personalidad: El artículo 10 de la Constitución"*. Fundación para el análisis y los estudios sociales. Universidad de Alcalá de Henares. Madrid, 1995.
- Gómez Tomillo, M. "Tratamiento y límites jurídicos penales de la eutanasia activa indirecta: el derecho a no sufrir", en Gómez Tomillo, M. (director). *"Aspectos médicos y jurídicos del dolor, la enfermedad terminal y la eutanasia."* Fundación Lilly: Unión Editorial. Madrid, 2008.
- González Carrasco, E. "Autonomía y tratamiento médico del menor", en Mendoza Buergo, B. (coordinadora). *"Autonomía personal y decisiones médicas: cuestiones éticas y jurídicas"*. Civitas. Universidad Autónoma de Madrid. Cizur Menor (Navarra), 2010.
- Goñi Urriza, N. "Ley aplicable al documento de voluntades anticipadas en un contexto internacional", en Arcos Vieira, M.L. (directora). *"Autonomía del paciente e intereses de terceros: límites"*. Thomson Reuters, Aranzadi. Cizur Menor (Navarra), 2016.
- Jiménez Campo, J. "Artículo 10.1", en Rodríguez-Piñero y Bravo-Ferrer, M.; Casas Baamonde, M.E. (directores). *"Comentarios a la Constitución Española. Tomo I"*. Fundación Wolters Kluwer, Boletín Oficial del Estado, Tribunal Constitucional y Ministerio de Justicia. Madrid, 2018.
- Jorqui Azofra, M. "¿Disentir bajo la objeción de conciencia sanitaria?", en Arcos Vieira, M.L. (directora). *"Autonomía del paciente e intereses de terceros: límites."* Thomson Reuters, Aranzadi. Cizur Menor (Navarra), 2016.
- Laporta Sanmiguel, F.J. "Algunas incógnitas del principio de autonomía personal en tratamientos médicos", en Mendoza Buergo, B. (coordinadora). *"Autonomía personal y decisiones médicas: Cuestiones éticas y jurídicas."* Thomson Reuters, Aranzadi. Cizur Menor (Navarra), 2010.
- Méndez de Carvalho, G. *"Suicidio, eutanasia y Derecho Penal: Estudio del art. 143 del Código Penal español y propuesta de lege ferenda"*. Editorial Comares. Granada, 2009.
- Michalowski, S. "El rol del consentimiento informado en la discusión de la legalización de la eutanasia activa", en Mendoza Buergo, B. (coordinadora). *"Autonomía personal y decisiones médicas: cuestiones éticas y jurídicas"*. Thomson Reuters, Aranzadi. Cizur Menor (Navarra).
- Molero Martín Salas, M.P. *"La libertad de disponer de la propia vida desde la perspectiva constitucional"*. Centro de Estudios Políticos y Constitucionales. Madrid, 2014.
- Moreno Pardillo, M. "Autonomía y tratamiento médico de menores con alteraciones mentales", en Mendoza Buergo, B. (coordinadora). *"Autonomía personal y decisiones médicas: cuestiones éticas y jurídicas"*. Civitas. Universidad Autónoma de Madrid. Cizur Menor (Navarra), 2010.
- Núñez Paz, M.A. *"La buena muerte: el derecho a morir con dignidad"*. Tecnos. Madrid, 2006.
- Palacios Alonso, M. "Asistencia al a muerte con dignidad y Convención sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina (Convención de Asturias de Bioética)", en Presno Linera, M.A. (coordinador). *"Autonomía Personal, cuidados paliativos y derecho a la vida"*. Procuradora General del Principado de Asturias. Universidad de Oviedo, 2011.
- Parejo Guzmán, M.J. *"La eutanasia, ¿un derecho?"* Thomson, Aranzadi. Cizur Menor (Navarra), 2005.



- Pérez Tremps, P. "Capítulo 3: Derechos y Deberes de los Ciudadanos", en López Guerra, L.; Espín, E.; García Morillo, J.; Pérez Tremps, P.; Satrústegui, M. (coordinadores). *"Derecho Constitucional. Volumen I: El ordenamiento constitucional. Derechos y deberes de los ciudadanos."* Tirant Lo Blanch. Valencia, 2010.
- Presno Linera, M.A. "Dignidad humana y libre desarrollo de la personalidad", en Chueca Rodríguez, R.L. *"Dignidad humana y derecho fundamental"*. Centro de Estudios Políticos y Constitucionales. Madrid, 2015.
- Rey Martínez, F. *"Eutanasia y Derechos Fundamentales"*. Centro de Estudios Políticos y Constitucionales. Madrid, 2008.
- Rodríguez Mourullo, G. "Artículo 15: Derecho a la vida", en Alzaga Villaamil, O. (director). *"Comentarios a la Constitución Española de 1978. Tomo II: Artículos 10 a 23."* Cortes Generales Editoriales de Derecho Reunidas. Edersa. Madrid, 1997.
- Rovira Viñas, A. *"Autonomía Personal y Tratamiento Médico: Una aproximación constitucional al consentimiento informado"*. Thomson Aranzadi. Pamplona, 2007.
- Ruiz-Rico Ruiz, G. "El derecho a una muerte digna desde la perspectiva del estado autonómico español. Una especial referencia al caso de la legislación andaluza." *Revista de ciencias jurídicas*. ISSN 1137-0912. N.º 15-15, 2009.
- Sánchez González, M.P. *"La impropriadamente llamada objeción de conciencia a los tratamientos médicos"*. Tirant lo Blanch. Valencia, 2002.
- Simó Martínez, R. "Los comités de ética para la atención sanitaria", en Presno Linera, M.A. (coordinador). *"Autonomía Personal, cuidados paliativos y derecho a la vida"*. Procuradora General del Principado de Asturias. Universidad de Oviedo, 2011.
- Terés Quilés, J. "Seminario Internacional de Bioética UNESCO. La equidad y el acceso a los recursos sanitarios. Por un sistema nacional de salud de acceso universal. Dos declaraciones a favor de una sanidad de acceso universal: Col·legi Oficial de Metges de Barcelona y Comité de Bioética de Catalunya". *Revista de bioética y derecho: publicación del Máster en bioética y derecho de la Universidad Autónoma de Barcelona*. Número 29, 2013.
- Tomás-Valiente Lanuza, C. *"La disponibilidad de la propia vida en el Derecho Penal"*. Centro de Estudios Políticos y Constitucionales. Madrid, 1999.
  - *"La cooperación al suicidio y la eutanasia en el nuevo código penal (art. 143)"*. Tirant lo Blanch. Valencia, 2000.
  - "Posibilidades de regulación de la eutanasia solicitada. Documento de trabajo 71/2005." *Laboratorio de alternativas*. Número 71, 2005.
  - "Nuevas y viejas formas de paternalismo: algunas consideraciones generales y el derecho a rechazar tratamientos médicos", en Presno Linera, M.A. (coordinador). *"Autonomía personal, cuidados paliativos y derecho a la vida"*. Procuradora General del Principado de Asturias. Universidad de Oviedo, 2011.
  - "Artículo 15" en Rodríguez-Piñero y Bravo Ferrer, M.; Casas Baamonde, M.E. *"Comentarios a la Constitución Española. Tomo I."* Fundación Wolters Kluwer, Boletín Oficial del Estado, Tribunal Constitucional y Ministerio de Justicia. Madrid, 2018.