



Universidad de Oviedo
Universidá d'Uviéu
University of Oviedo

Facultad de Derecho
PCEO DERECHO Y ADE

TRABAJO DE DERECHO CIVIL

EUTANASIA: EL DERECHO A MORIR DIGNAMENTE

Realizado por: Claudia López Pérez, Élica Muñiz Ron, Natalia Pañeda Quiñones

Curso: 2021-2022

«El derecho de nacer parte de una verdad: el deseo de placer. El derecho de morir parte de otra verdad: el deseo de no sufrir. La razón ética pone el bien o el mal en cada uno de los actos. Un hijo concebido contra la voluntad de la mujer es un crimen.

Una muerte contra la voluntad de la persona también. Pero un hijo deseado y concebido por amor es, obviamente, un bien. Una muerte deseada para liberarse de un dolor irremediable, también»

Ramón Sampedro

Resumen: El propósito de este trabajo se basa en explicar en qué consiste la eutanasia, así como sus distintos enfoques legislativos en España. Además, debido a la controversia y dificultad del tema, se emplean sentencias de otros países (tanto de la Unión Europea como de otros países de nuestro entorno) para comparar los distintos puntos de vista y las diferencias normativas entre los lugares en los que la eutanasia está aprobada y en los que no.

Palabras clave: Suicidio asistido, eutanasia, derecho a la vida.

Abstract: The purpose of this paper is based on explaining the inner working of euthanasia, just as the different angles of the legislative approach in Spain. Moreover, due to the controversy and difficulty of the theme, we used different sentences from other countries (both Europe and surroundings) to compare different points of view and the normative differences between places where euthanasia is approved and where is not.

Keywords: Assisted suicide, euthanasia, right to life.

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

Art.	Artículo
Arts.	Artículos
CC	Código Civil
CCDL	Carta Canadiense de Derechos y Libertades
CE	Constitución Española
CP	Código Penal
EEUU	Estados Unidos
ELA	Esclerosis Lateral Amiotrófica
LO	Ley Orgánica
LORE	Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia
Nº	Número
Pág.	Página
Págs.	Páginas
RAE	Real Academia Española
TC	Tribunal Constitucional
TEDH	Tribunal Europeo de Derechos Humanos
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura

Índice

1. Introducción	8
2. Concepto de eutanasia	9
2.1. Antecedentes históricos	9
2.2. Concepto	9
2.2.1. Tipos de eutanasia y figuras similares	10
3. Regulación de la eutanasia	11
3.1. Análisis de la Ley Orgánica 2/2021 de Regulación de la Eutanasia	12
3.1.1. Estructura	12
3.1.2. Requisitos, procedimiento y conceptos	13
4. Críticas a la eutanasia	16
5. Tratados y convenios internacionales	18
5.1. La doctrina del Tribunal Europeo de Derechos Humanos	19
6. Derecho comparado	21
6.1. La eutanasia en Canadá	21
6.1.1. Introducción	21
6.1.2. Punto de vista de la sentencia – Cartes v. Canadá	22
6.2. Países en los que reconocen alguna forma de asistencia a la muerte libremente decidida por una persona	26
6.2.1. Países europeos	26
6.2.2. Países no europeos	28
7. Jurisprudencia comparada	30
Conclusiones	31
Referencias	32

1. INTRODUCCIÓN

La eutanasia se ha convertido en una de las cuestiones más debatidas en los últimos años, generando un conflicto el derecho a la vida y el derecho a una muerte digna, a la dignidad y autonomía del paciente, además del conflicto religioso que esto plantea.

Este no es un debate que queda reducido al ámbito sanitario o jurídico, sino que afecta a cada uno de los individuos de la sociedad de manera consustancial.

El propósito de este trabajo es analizar el concepto de eutanasia teniendo en especial en cuenta la forma de regulación de la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia (LORE) de una manera crítica e imparcial, sin perder de vista la perspectiva internacional.

Se realiza un estudio de las diferentes opiniones que han surgido en los Tratados internacionales que han tenido lugar a lo largo del siglo XX y XIX, los cuales han marcado la regulación de este derecho en los diferentes ordenamientos jurídicos.

Es por ello que se analiza rigurosamente las diferentes normas que amparan este derecho en países de nuestro entorno, prestando especial interés al derecho y jurisprudencia canadiense, ante la carencia de esta en territorio nacional debido a la corta trayectoria de la LORE en España.

De esta forma, nos cuestionamos si hay un «deber vivir», en lugar de un «derecho a la vida».

2. CONCEPTO DE EUTANASIA

2.1. Antecedentes históricos

La eutanasia no es concepto nuevo de la sociedad actual, sino que ya ha sido practicada desde las primeras civilizaciones humanas. Estas también se cuestionaron su viabilidad. Ya el mismísimo Platón hizo referencias a este concepto como una forma de lograr que todos los ciudadanos aporten a la sociedad, rechazando a aquellos que fuesen «inútiles».

Esta es una idea que se contrapone a la de Aristóteles, que veía la eutanasia como un acto contrario a la razón. En esta línea argumental también continuó Hipócrates.

Posteriormente, en la Edad Media, la Iglesia Católica condenó la eutanasia al considerarla como un acto contrario al amor que el hombre se debe así mismo, a la sociedad y también al amor de Dios.

No obstante, en el Renacimiento tuvo lugar un cambio radical de la mentalidad. Filósofos, como Francis Bacon, opinaban que el deber del médico también era procurar una muerte pacífica y sencilla.

Asimismo, en el siglo XIX, aumentó el interés por este asunto no carente de polémica. Algunos de los filósofos más relevantes de esta época se debatieron por su posibilidad, entre ellos, Karl Marx defendió una postura a favor.

En el siglo XX, la eutanasia jugó un papel notablemente frívolo durante el III Reich, Hitler la aprobó con el objetivo de eliminar a los enfermos incurables, entre los que se encontraban deficientes mentales, minusválidos, alcohólicos... Sin embargo, en este periodo lo que prevalecía era la opinión médica, el paciente no era autónomo en la decisión¹.

2.2. Concepto

La palabra «eutanasia» proviene de los vocablos griego «eu», que significa bueno, y «*thanatos*», que significa muerte.

La definición que da la Real Academia Española (RAE) a este concepto es:

Intervención deliberada para poner fin a la vida de un paciente sin perspectiva de cura. Muerte sin sufrimiento físico.

La Ley Orgánica de la Regulación de Eutanasia (LORE) ofrece la siguiente definición: acto deliberado de dar fin a la vida de una persona, producido por voluntad expresa de la propia persona y con el objeto de evitar un sufrimiento. Además, limita su significado a «aquella que se produce de manera activa y directa». Es por ello que quedan excluidas de la nueva ley las actuaciones por omisión (eutanasia pasiva²) o la activa indirecta³.

¹ Merodio Sáenz de Buruaga, A. «Análisis y regulación de la eutanasia». *Universidad de Cantabria. Grado en Derecho* [TFG] (2021). Pág.7.

² No adopción de tratamientos necesarios para prolongar la vida.

³ Utilización de fármacos para aliviar el sufrimiento, aunque puedan producir la muerte (cuidados paliativos).

La eutanasia constituye una manifestación del *agere licere*, al privarse de la vida propia. La decisión de acabar con la propia vida, para algunos, no debería de ser un derecho, sino simplemente una manifestación de libertad genérica.

Legalizar la eutanasia en la mayoría de los sistemas jurídicos, que ya la han aprobado, ha supuesto un dilema sobre si lo prioritario es la vida o la libertad, qué valores deben primar en el Derecho.

2.2.1. TIPOS DE EUTANASIA Y FIGURAS SIMILARES

Suicidio asistido: proporcionar al paciente los medios necesarios para suicidarse, desde la prescripción de los medicamentos hasta el asesoramiento sobre dosis letales. En este caso, es el propio enfermo es el que se administra el fármaco para morir, de ahí que se denomine suicidio. Todo el proceso se realiza bajo la supervisión de un facultativo, que no podrá estar presente en el momento en que el paciente ingiera el medicamento⁴.

Cuidados paliativos: cuidados que mejoran la calidad de vida del paciente al aliviar el dolor, el sufrimiento y otros síntomas provocados por una enfermedad grave y potencialmente mortal. También abordan los problemas psicológicos, emocionales, espirituales, sociales y prácticos que conlleva la enfermedad. La finalidad de estos cuidados integrales no es curar al enfermo, sino controlar los síntomas que padece y ofrecerle apoyo para vivir de la mejor manera posible hasta su muerte⁵.

Sedación terminal: procedimiento médico consistente en la administración de medicamentos con un fuerte efecto tranquilizante y sedante a una persona que padece una enfermedad terminal y un sufrimiento insoportable y no controlable. Se diferencia de la eutanasia en que su intención es aliviar el sufrimiento del paciente, aunque sea disminuyendo su conciencia, no provocar la muerte⁶.

Distanasia: prolongación médicamente inútil de la agonía de un paciente sin perspectiva de cura. Puede, incluso, constituir un delito contra la integridad moral al actuar en contra de la voluntad del paciente y conducirlo a una muerte en condiciones inhumanas⁷.

Adistanasia o *antidistanasia*: lo contrario a la distanasia. Consiste en suspender la prolongación artificial de la vida del enfermo, dejando que el proceso patológico termine con su vida, es decir, en no poner obstáculos a una muerte inminente⁸.

⁴ Navarro Martínez, J. A. *El derecho a la eutanasia*. *Revista andaluza de Administración Pública*, nº102. Septiembre-diciembre (2018). Pág. 109.

⁵ *Ibidem* 110.

⁶ *Ibidem*.

⁷ Real Academia Española: Diccionario de la lengua española. <https://dle.rae.es/distanasia?m=form>

⁸ *Ibidem*.

3. REGULACIÓN DE LA EUTANASIA

La eutanasia comenzó a ser realmente debatida en España desde los años 70, cuando las UCIs empezaron a prolongar la vida de manera artificial, sin asegurar una mayor calidad de vida en España. Esta situación se dio conjuntamente con los avances en medicina que no en todos los casos ha supuesto una mayor calidad de vida. Consecuentemente, se ha incrementado el número de situaciones crónicas.

Además, los cambios sociales han implicado que muchas personas mayores se encuentren en graves situaciones de soledad y desamparo, empeorando aún más su estado anímico. Incluso, en ciertos colectivos vulnerables, la situación de estas personas en estado terminal puede suponer un coste inasumible.

Teniendo en cuenta estos argumentos, cabe entender que el derecho debe avanzar al «ritmo de la vida», el legislador debe tener en cuenta a la generalidad, sin reducirse a casos concretos. El Estado debe estar con los ciudadanos hasta el último momento de su vida.

Es por ello que desde 1994 con la historia visible de Ramón Sampedro hubo 17 iniciativas parlamentarias. Sin embargo, el 18 de marzo de 2021 el Pleno del Congreso de los Diputados aprobó la propuesta socialista por 202 votos a favor, 141 en contra y 2 abstenciones la LO 3/2021 de marzo. La ley entraría en vigor a los 3 meses de su completa publicación en el BOE, es decir, el 25 de junio de ese mismo año. El artículo (art.) 17 LORE (creación y composición de las Comisiones de Garantía y Evaluación) tendría una *vacatio legis* de tan solo un día.

El Ministro de Sanidad Salvador Illa reflexionaba así sobre la aprobación: «como sociedad, no podemos permanecer impasibles ante el sufrimiento intolerable que padecen muchas personas; España es una sociedad democrática lo suficientemente madura como para afrontar esta cuestión que impone sentido común y humanidad»⁹.

Esta ley está orientada a garantizar el correcto ejercicio de una muerte digna siempre que se den las circunstancias determinadas por ley. Así, aquellas personas que se encuentren en situaciones insostenibles podrán recibir ayuda médica para morir en función de sus situación y necesidades. Supone el reconocimiento de la libertad y autonomía individual. Dicha ley no obliga a nadie, sino que reconoce la autonomía individual de una muerte digna. Asimismo, tampoco se opone a la coexistencia de cuidados paliativos para aquellos pacientes que así lo prefieran, aunque esto no está regulado por ley.

La entrada en vigor de la LORE supone la creación de una nueva prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud y un nuevo derecho individual. Asimismo, el art. 143 Código Penal (CP) ha sido modificado, de tal forma que lo que antes era delito ha pasado a constituirse en derecho.

La regulación de este derecho tiene como punto de partida los derechos constitucionales fundamentales. El art. 10.1 Constitución Española (CE) recoge que la «*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*».

⁹ Marín Cáceres, L. «De delito a derecho: comentario a la ley 3/2021 de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia». *Revista Estudios Jurídicos. Segunda Época*, N° 21 (2021). Recuperado de <https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/rej/article/view/6795>

Asimismo, el art. 15 CE recoge que «todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes».

Mención también al art. 1.1 CE que establece como valor superior la libertad, en esta la autonomía de decidir cómo morir. Además, el art. 16 CE promulga la libertad ideológica y de conciencia; mientras que el art. 18.1 CE establece el derecho a la intimidad.

La eutanasia supone la ponderación entre esta colisión de derechos, la LORE supone una excepción con la colisión de derechos, ya que suele prevalecer el derecho a la vida. No obstante, el propio Tribunal Constitucional (TC) reconoce que no existe ningún derecho absoluto. Cabría realizar la similitud del conflicto de la eutanasia con el que tuvo lugar en los años 80 con la aprobación del aborto en España (1985).

Teniendo esto en cuenta, cabe interpretar la ley de eutanasia como una lesión a la vida en circunstancias insoportables, pero que sirve para proteger la dignidad de la persona (fundamento clave). Así, se logra evitar un tratamiento en contra de la voluntad del paciente y permitir la plena autonomía de la persona.

Por otro lado, ya fuera de la CE, el CP contempla en el ya citado artículo 143.3 que «el que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de una persona que sufriera un padecimiento grave, crónico e incapacitante, o una enfermedad grave e incurable, con sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables, por la petición expresa, seria e inequívoca de esta, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los apartados 2¹⁰ y 3¹¹».

Asimismo, la Ley General de Sanidad 14/1986, establece en su art. 10 el derecho del paciente y de sus familiares a recibir información sobre las distintas alternativas de tratamiento y su evolución, además del derecho del paciente a elegir entre las diferentes posibilidades.

3.1. Análisis de la Ley Orgánica 2/2021 de Regulación de la Eutanasia

Como ya se venía señalando, la LORE entró en vigor el 25 de junio de 2021, convirtiendo a España en el séptimo país del mundo en su aprobación.

Al tratarse de una norma con rango de ley (orgánica) todas las disposiciones de igual o inferior rango que contradigan o se opongan a lo establecido en dicha ley, quedarán derogadas.

3.1.1. ESTRUCTURA

La LORE se compone de cinco capítulos, siete disposiciones adicionales, una disposición transitoria, una disposición derogatoria y cuatro disposiciones finales.

El capítulo I delimita el concepto de eutanasia y su ámbito de aplicación a aquellas personas que se encuentren en territorio español. Asimismo, se establecen definiciones concretadoras de lo que significa «consentimiento informado», «padecimiento grave,

¹⁰ El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años.

¹¹ Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona.

crónico e inhabilitante», «enfermedad grave e incurable», «médico responsable», «médico consultor», «médico consultor», «objeción de conciencia sanitaria»¹², «prestación de ayuda para morir» y «situación de incapacidad¹³ de hecho»¹⁴.

No obstante, existen críticas a algunos términos que serán analizadas en el punto 4 del presente documento.

El capítulo II versa sobre el derecho a solicitar la prestación, requisitos y posible denegación.

El capítulo III analiza el procedimiento de la prestación de ayuda para morir, incluyendo los pasos de la solicitud en los casos generales y aquellos en los que exista una incapacidad de hecho, la verificación previa de la Comisión de Garantía y Evaluación, la realización de la prestación y la posterior comunicación a la Comisión de Garantía y Evaluación.

El capítulo IV contempla las garantías en el acceso a la prestación de ayuda para morir, de tal modo que todos los mayores de edad que así lo requieran puedan acceder, incluyendo a personas con discapacidad. Además, se promulga la confidencialidad de esta prestación y la objeción de conciencia de sanitarios directamente implicados.

El capítulo V regula el funcionamiento de las Comisiones de Garantía y Evaluación, será un órgano multidisciplinar que incluya personal médico, de enfermería y juristas. Este órgano resolverá reclamaciones y solicitudes pendientes; verificará si la prestación se ha realizado de acuerdo a la ley; detectará problemas en el cumplimiento; resolverá dudas; y elaborará un informe anual. Por otro lado, garantizará la confidencialidad y guardará secreto.

Las disposiciones adicionales promulgan garantías del correcto funcionamiento de la prestación (régimen sancionador, informe anual, protección a personas con discapacidad, recursos judiciales, garantías de los servicios de salud y el funcionamiento de las Comisiones de Garantía y Evaluación) formación al personal, difusión de dicha ley y modificaciones legislativas.

Asimismo, la disposición derogatoria pone fin al delito del art. 143.4 CP de práctica de la eutanasia para los casos contemplados en la ley¹⁵.

3.1.2. REQUISITOS, PROCEDIMIENTO Y CONCEPTOS

En el punto anterior ya han sido analizados los pasos y conceptos más generales, algunos de los más importantes se desarrollarán con mayor profundidad a continuación.

La eutanasia debe estar solicitada de manera voluntaria y por escrito. El paciente debe encontrarse en una situación grave, crónica, inhabilitante e incurable, que se puede apreciar por un facultativo médico o por varios especialistas¹⁶.

¹² El personal que tenga conflictos de intereses con el paciente no podrá participar en el proceso.

¹³ Actualmente, la terminología de «incapacidad», acorde a la Ley 8/2021, de 2 de junio, es incorrecto. Sin embargo, la LORE no ha actualizado este aspecto, por lo que se mantiene la terminología señalada por la ley.

¹⁴ El art. 3.b) LORE hace referencia a la «incapacidad de hecho» como: «situación en la que el paciente carece de entendimiento y voluntad suficientes para regirse de forma autónoma, plena y efectiva por sí mismo, con independencia de que existan o se hayan adoptado medidas de apoyo para el ejercicio de su capacidad jurídica».

¹⁵ Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (LORE).

¹⁶ Esta previsión no tiene precedentes en el Derecho civil español, dado que la incapacidad es siempre *de iure* y solo se puede ser declarada en un procedimiento contradictorio con intervención del forense del fiscal. En particular, plantea un problema de interpretación y aplicación el artículo 9 en relación con el artículo 5.2

Asimismo, el paciente deberá ser mayor de edad, contar con nacionalidad o residencia en España o llevar más de un año en el país. Asimismo, el paciente deberá ser informado en todo momento de su cuadro clínico y de las diferentes alternativas.

En cuanto al procedimiento, debe existir una separación de al menos quince días desde la solicitud hasta la práctica de la misma.

Fases del procedimiento (se contempla la revocación del paciente en cualquier momento):

El paciente debe presentar una primera solicitud al médico responsable u otro sanitario que lo trasladará al médico responsable. Debe estar solicitada sin presión externa, por escrito (incluyendo fecha y firma del solicitante) u otro medio que permita dejar constancia (en caso de que no haya una tercera persona que pueda realizar la solicitud por el paciente, será el médico que lo trata), permitiendo que todo aquel que lo desee lo solicite.

En el supuesto de que el solicitante se encuentre en una situación que no le permita tales acciones, se emplearán los apoyos necesarios para la solicitud. Consecuentemente, será posible que un tercero realice la solicitud, siempre en presencia del médico responsable.

En un plazo de 10 días el médico responsable informará al paciente sobre si la solicitud ha sido aprobada o rechazada, motivando sus razones. En caso de que haya sido rechazada, el paciente podrá recurrir ante la Comisión en un plazo de 15 días (art 7 LORE).

En el supuesto de que se dé la aprobación, a partir de la segunda solicitud, se iniciará un proceso deliberativo con el paciente, que mostrará las diferentes alternativas, incluidos los cuidados paliativos. Transcurridos al menos 15 días¹⁷ de la primera solicitud, el paciente presentará una segunda solicitud. Posteriormente, se le dará más información al paciente. En las 24 horas siguientes, el médico responsable dará su decisión de si continua o no con el procedimiento.

No obstante, si por una causa sobrevenida, el paciente perdiera su capacidad de prestar consentimiento, se llevará a cabo el procedimiento descrito en el art. 5.2 que establece una valoración del médico responsable de la «incapacidad de hecho». Es decir, si hay un testamento vital¹⁸ previo se dará la ayuda a morir tal y como haya sido rogado en dicho documento.

En caso de que no exista ninguna causa de incapacidad, se seguirá el procedimiento ordinario, con la cual, tras la aceptación de la primera solicitud, el médico responsable se ocupará del proceso deliberativo con el paciente para la segunda solicitud.

Tras 24 horas, el médico responsable comunicará esa circunstancia al equipo asistencial. Asimismo, el médico responsable deberá comunicar a un médico consultor (especialista en la patología del paciente) las circunstancias y corroborar si puede acceder a dicho servicio.

de la LORE —que regula del procedimiento a seguir cuando se aprecie si existe incapacidad de hecho permanente certificada por un médico—.

¹⁷ Si el médico considera que la pérdida de capacidad para la segunda solicitud es inminente, podrá disminuir este plazo.

¹⁸ Documento en el que una persona deja constancia escrita de su voluntad con relación a los tratamientos médicos a los que desea someterse o no, en caso de enfermedad, llegado el momento en que no pueda expresarse por sí misma; o, una vez fallecida, sobre el destino de su cuerpo o de sus órganos.

Si se deniega en dicho proceso, el paciente podrá recurrir a la Comisión de Garantía y Evaluación. En caso contrario, el médico responsable pondrá en conocimiento de dicho organismo la situación del paciente (antes de realizar la eutanasia) (art. 9 LORE).

La Comisión de Garantía y Evaluación designará a un médico y un jurista que verifiquen los requisitos, emitiendo la resolución en un máximo de siete días. La resolución definitiva se pondrá en conocimiento del presidente para que la traslade al médico responsable en caso de que sea afirmativo.

En caso de recibir la resolución afirmativa, el paciente consciente podrá comunicar al médico responsable la modalidad que desee:

- Administración directa al paciente de sustancia por parte del profesional sanitario competente (art. 3.g) 1ª).
- Prescripción al paciente por parte del profesional sanitario de una sustancia que pueda autoadministrarse¹⁹.

Una vez realizada la eutanasia, el médico responsable remitirá a la Comisión de Garantía y Evaluación de su Comunidad Autónoma o Ciudad Autónoma los aspectos señalados en el art. 12 LORE. Asimismo, la eutanasia tendrá consideración de muerte natural a todos los efectos.

Esto supone la aplicación de las consecuencias jurídicas determinadas en el Código Civil. El art. 32 CC establece que la muerte de las personas extingue la personalidad civil, produciéndose la sucesión *mortis causa* (art. 657 CC).

¹⁹ Ídem.

4. CRÍTICAS A LA EUTANASIA

La crítica fundamental que se le hace a la eutanasia es el hecho de que, según la doctrina del Tribunal Supremo, existe «derecho a la vida», pero no «derecho a la muerte». El derecho a la vida es un derecho fundamental (art. 15 CE). Consecuente, se cuestiona si existe un derecho a disponer de la propia vida.

La eutanasia tiene como pilar fundamental la libertad y autonomía de la persona. Sin embargo, cabe tener en cuenta que la voluntad de la persona no es condición necesaria y suficiente para legitimar las elecciones, sobre todo si tenemos en cuenta que, en el caso de la eutanasia, ese deseo significa no sufrir, depende de la condición existencial del paciente. Si hay otras posibilidades con los recursos médicos actuales de salvar esa vida, no se practicará la prestación.

Al final, el juicio último sobre la práctica o no de la eutanasia la tiene el médico responsable. De tal modo, que la fundamentación en la libertad puede ser cuestionable.

Asimismo, importantes organizaciones como la Asociación Médica Mundial, en su Declaración sobre la eutanasia y la ayuda al suicidio del 21 de octubre de 2019 muestra su firme rechazo a la eutanasia y ayuda al suicidio. Además, numerosas confesiones religiosas se oponen a su práctica, lo que genera un conflicto con la Iglesia Católica.

Como se decía anteriormente, la eutanasia está encaminada a la generalidad, como cualquier otra ley. Pese a ello, son muchos los que critican la amplitud de casos que contempla ¿un joven de 18 años con fuerte depresión podría recibir la prestación al encontrarse en una situación insoportable que no puede ser aliviado?

Consecuentemente, incluso, entre los propios defensores de la eutanasia, se aboga por la eutanasia para casos terminales. En esta línea argumental se encuentran algunos psiquiatras al incluir enfermedades psíquicas.

Asimismo, el uso de «personas con padecimiento crónico e imposibilitante», puede resultar discriminatorio para personas con discapacidad que se encuentra en esa misma situación. Precisamente este aspecto contradice al Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas que recomendó que «no existan disposiciones que permitan la eutanasia por motivos de discapacidad, ya que tales disposiciones contribuyen a la estigmatización de la discapacidad, lo cual puede propiciar la discriminación»²⁰.

Por otro lado, esta ley menciona solo de paso la alternativa de los cuidados paliativos. Asociaciones que defienden esta última opción consideran que la «dignidad humana» en enfermedades avanzadas es un concepto amplio que no puede quedar reducido a la opción de la eutanasia.

En el art. 16.1 LORE contempla la opción de que en caso de que el paciente se encuentre impedido, un tercero. Sin embargo, esta expresión deja varias dudas frentes ¿quién será esa persona? ¿será un familiar? ¿un cuidador? ¿habrá que demostrar que no exista conflicto de intereses (por ejemplo, un hijo que quiere la herencia de su padre)? ¿qué efectos puede tener sobre el paciente? ¿podrá sentirse presionado ante este tercero? ¿no será contradictorio al principio de autonomía que defiende la propia eutanasia? El requisito de plena voluntariedad resulta un tanto utópico, ya que en la mayoría de los casos existen factores externos que condicionan la decisión. En muchos

²⁰ Marcos del Cano, A. M. «¿Existe un derecho a la eutanasia? Panorama internacional de la Ley Orgánica de la eutanasia en nuestro país.» Teoría & Derecho. Revista de pensamiento jurídico. N° 29 (2021). Págs. 128-151.

de los casos, aquel que toma esta decisión en muchos lo hace por sentirse una carga familiar o económica. De este debate también surge el paradigma de qué se puede considerar vida digna.

Consecuentemente, sus detractores alegan que dicha ley persigue el ahorro de economías domésticas y del propio sistema sanitario. Precisamente, la actual ley está inspirada en el sistema holandés, donde se están disminuyendo los problemas de la financiación de las pensiones desde su aplicación. No cabe duda de que en España la longevidad se estaba convirtiendo en un riesgo financiero.

Asimismo, cabe mencionar que el hecho de que la eutanasia se convierta en una de las prestaciones de la Sanidad Pública supondrá la desconfianza de algunos sectores, que verán la eutanasia como una medida rápida y económica para el Estado.

Volviendo a las críticas sobre matices concretos de la redacción de la LORE, en la definición de «médico responsable» no se especifica cuál será su especialidad (¿será una rama concreta o aquel facultativo con formación en el ámbito de la patología?).

Por otro lado, la objeción de conciencia²¹ del sanitario no podrá ser sobrevenida, de modo que aquel sanitario que en la mayoría de los casos la practica la eutanasia no suponga una lesión grave para su conciencia, no podrá negarse si se encuentra en un caso problemático (situación sobrevenida) (por ejemplo, si se encuentra con que debe practicar la eutanasia a un joven de 18 años con fuerte depresión).

También relacionado con la objeción de conciencia, la LORE solo menciona que solo podrán ser objetores los profesionales sanitarios directamente implicados. Esto plantea la cuestión de si el personal de celadores o el de limpieza podrá ejercer este derecho ¿o acaso su labor no es lo suficientemente importante como para tenerla en cuenta?

²¹ Incumplimiento de una obligación legal, de naturaleza personal, cuya realización produciría en el individuo una lesión grave de su propia conciencia o de sus creencias. Se define igualmente como «negativa a cumplir un mandato de la autoridad o una norma jurídica, invocando la existencia, en el fuero de la conciencia, de un imperativo que prohíbe dicho cumplimiento o la pretensión de incumplir una ley —o desoír un precepto— de naturaleza no religiosa, por motivos religiosos o ideológicos».

5. TRATADOS Y CONVENIOS INTERNACIONALES

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

Recomendación relativa a los Derechos de los Enfermos y los Moribundos, adoptada en la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa 1976: Aconseja la creación de Comisiones nacionales de encuesta (compuestos de representantes de diferentes profesiones) que se encarguen de la elaboración de reglas éticas para el tratamiento de los enfermos moribundos; de determinar los principios médicos de orientación en materia de utilización de medidas especiales en vista de prolongar la vida y de examinar la cuestión de las declaraciones escritas hechas por personas jurídicamente capaces, autorizando a los médicos a renunciar a las medidas para prolongar la vida.

Código internacional de la Ética Médica (1949): Se establece como misión principal de los médicos el resguardar la vida humana desde el momento de la concepción.

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

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

Protección de los enfermos en la etapa final de su vida, asamblea parlamentaria del Consejo de Europa. Recomendación 1418 (1999), adoptada el 25 de junio de 1999: La Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa ha aprobado una recomendación a los Estados Miembros (Entre los que se encuentra España) sobre la protección de los agonizantes en la etapa final de su vida. El texto aboga por la definición de los cuidados paliativos como un derecho subjetivo y recalca que el deseo de morir no genera un derecho legal del paciente ni un argumento jurídico para que un mediador practique la eutanasia.

Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la Eutanasia, adoptada por la 39ª Asamblea Médica Mundial, Madrid, España, octubre 1987 y reafirmada por la 170ª Sesión del Consejo Divonne-les-Bains, Francia, mayo 2005: En ella se expone que la eutanasia, o, mejor dicho, el acto deliberado de poner fin a la vida del enfermo, por mucho que se por voluntad propia o por solicitud de sus familiares, es contraria a la ética. Sin embargo, no hay oposición respecto a que el medico considera la decisión del paciente de que el proceso natural de la muerte siga su curso en la fase terminal de su enfermedad.

Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre el suicidio con ayuda médica, adoptada por la 44ª Asamblea Médica Mundial Marbella, España, septiembre de 1992

y revisada en su redacción por la 170 Sesión del Consejo Divonne-les-Bains, Francia, mayo 2005: En ella se expone que, al igual que la eutanasia, el suicidio asistido es contrario a la ética. El médico que sea participe en dicho acto estará actuando contra la ética. Sin embargo, el derecho de llevar a cabo un tratamiento médico es un derecho básico del paciente y el médico actúa éticamente, incluso si al respetar ese deseo el paciente fallece.

5.1. La doctrina del Tribunal Europeo de Derechos Humanos

En esta situación debe también tomarse en consideración muy especial la doctrina del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, que obviamente ha de ser respetada por todos aquellos países que son parte del Consejo de Europa y están ligados por el Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales (aprobado en Roma el 4 de noviembre de 1950 y vigente desde el 3 de septiembre de 1953).

Se trata de una doctrina en evolución que tiene una particular relevancia en el debate general sobre la cuestión tratada y, cada vez más, en el intercambio de ideas y métodos de interpretación que se realiza mediante el diálogo judicial y en un marco multinivel de protección de los derechos humanos y las libertades fundamentales.

A este respecto, son de peculiar relevancia para la materia que estamos tratando los casos *Pretty* (2002), *Haas* (2011) y *Gross* (2013).

En ***Pretty vs. Reino Unido***, el Tribunal se afincó en un entendimiento «sagrado» del derecho a la vida según el artículo 2 del CEDH, amparando así la prohibición absoluta de la asistencia al suicidio. Sin embargo, en esta misma sentencia se abrió la puerta mediante el recurso al derecho al respeto de la vida privada (art. 8) para encuadrar determinadas decisiones y actuaciones sobre el final de la vida libremente decidido, pero acabó anteponiéndose en el caso concreto la legitimidad de la prohibición británica del suicidio asistido con el fin de que pudieran prevenirse situaciones de abuso.

En el caso ***Haas***, relativo a Suiza, donde, como más tarde se expone, se permite el suicidio asistido siempre que no sea por motivos egoístas, el Tribunal reconoce ya abiertamente «el derecho de una persona a decidir de qué forma y en qué momento debe terminar su vida, siempre y cuando esté en condiciones de forjar libremente su voluntad y actuar en consecuencia» como «uno de los aspectos del derecho al respeto de la vida privada en el sentido del artículo 8 CEDH». Sin embargo, el Tribunal acabó a su vez considerando legítima la restricción de las autoridades suizas (en este caso la exigencia de prescripción médica para la distribución de pentobarbital sódico) para asegurar la protección de la persona frente a una decisión que pudiera no ser tomada de manera libre, meditada, reiterada y con capacidad de discernimiento.

Finalmente, en el caso ***Gross***, también relativo a Suiza, la Corte reconoce la vulneración del derecho de la demandante a la vida privada y, en su marco, la decisión de acabar con su vida, ante la inexistencia de «directrices claras, aprobadas por el Estado definiendo las circunstancias bajo las cuales los médicos están autorizados a prescribir la receta solicitada en casos donde un individuo ha llegado a una decisión seria, en el

ejercicio de su libre albedrío, de poner fin a su vida». Esta Sentencia fue anulada por la Gran Sala el 30 de septiembre de 2014, si bien no por motivos de fondo²².

Conforme puede suponerse del contenido material primordial de esta doctrina, en estas situaciones es del todo necesaria la elaboración de una ponderación que, valorando y tomando en consideración los hechos y aspectos más relevantes, iguale todos los bienes jurídicos protegidos y los correspondientes derechos que estén en eventual conflicto en el marco de la interrelación entre el ordenamiento estatal y el internacional regional europeo. Si bien el Tribunal lógicamente estima a los Estados obligados a proteger la vida de las personas bajo su jurisdicción, con ello se refiere «a la prevención y sanción de conductas dañinas de la vida realizadas en contra de la voluntad de la víctima, un contexto totalmente diferente del de la ayuda a morir solicitada por un enfermo».

²² TEDH, Caso Pretty vs. Reino Unido, Sentencia de 29 de abril de 2002; Caso Haas vs. Suiza, Sentencia de 20 enero 2011 (Sala 1.ª); Caso Gross vs. Suiza, Sentencia de 14 de mayo 2013 (Sección 2.ª).

6. DERECHO COMPARADO

El país pionero en aprobar la eutanasia fue Holanda, tras ella llegó Bélgica y Luxemburgo; mientras que Suiza ha aprobado únicamente el suicidio asistido, no la eutanasia. No obstante, los países que la han despenalizado no han considerado la eutanasia como un «derecho» ni como prestación del sistema público como sí ocurre en España.

Asimismo, son otros los países del entorno europeo en los que también se debaten su aprobación, como Italia o Alemania²³.

No obstante, cabe mencionar la existencia de dos tipos de tratamiento normativo de la eutanasia.

Por un lado, hay países que despenalizan las conductas eutanásicas cuando no son una conducta egoísta, es decir, son compasivas. En este tipo de ordenamientos existen grandes ambigüedades e indeterminaciones.

Por otro lado, otros países, entre los que se encuentra España, regulan la práctica de la eutanasia para determinadas situaciones contempladas por ley y siguiendo unas condiciones y requisitos también determinados por el ordenamiento²⁴.

Cabe señalar que el primer tipo ha sido rechazado por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, al considerar que se requiere un régimen preciso y específico²⁵.

6.1. La eutanasia en Canadá

6.1.1. INTRODUCCIÓN

Vivimos tiempos de cambio, de transformación debido a un desarrollo vertiginoso de las fuerzas productivas adoptando el nombre de revolución científico-técnica (Muchos de estos cambios son de naturaleza estructural, sistémicos o civilizatorios).

El poder de la emergente tecnología médica, en relación con el final de existencia humana exige a ojos de muchos un reajuste de la definición del sistema de derechos, incluidos los derechos fundamentales, dotando a los individuos y a la sociedad de herramientas jurídicas y políticas que les permita protegerse del vendaval tecnológico a que estamos asistiendo, en el que no todo son ventajas.

En paralelo al desarrollo de avances tecnológicos y científicos se está produciendo un cambio de paradigma en el ámbito sanitario que tiene que ver con la emergencia del valor de la autonomía personal de los individuos.

El ciudadano, la persona definitiva se ha convertido en el eje del sistema sanitario, sin embargo, este cambio de paradigma no está resultando un proceso ni lineal ni pacífico.

²³ Marcos del Cano, A. M. «¿Existe un derecho a la eutanasia? Panorama internacional de la Ley Orgánica de la eutanasia en nuestro país.» *Teoría & Derecho. Revista de pensamiento jurídico*. Nº 29 (2021). Págs. 128-151.

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

²⁵ Álvarez Gálvez, Í. «Un comentario sobre el caso de Gross c. Suiza (Tribunal Europeo de Derechos Humanos, caso Nº 67810/10.» *Revista Tribuna Internacional. Publicación del Departamento de Derecho Internacional* Nº 8 (2015). Págs. 227-238.

En el ámbito del derecho comparado, se ha producido un cierto nivel de acuerdo al respecto de tres tipos de acciones²⁶:

- a. Necesidad del consentimiento informado (decide el paciente sobre la aplicación o interrupción de los tratamientos).
- b. Derecho de los pacientes a combatir el dolor con analgésicos o incluso sedaciones.
- c. Limitación de medidas de soporte vital, evitando el llamado «encarnizamiento terapéutico».

Sin embargo, no existe consenso al propósito del suicidio asistido por médico o la eutanasia.

Por lo tanto, el paisaje jurídico y legislativo internacional, se resumiría afirmando que tales conductas son constitutivas de delito en la mayoría de los países occidentales, exceptuando: Los Países Bajos, Bélgica, Luxemburgo, Suiza, Oregón, Washington, Montana, Columbia y, desde el 2021, España.

6.1.2. PUNTO DE VISTA DE LA SENTENCIA – CARTES V. CANADÁ

Problema social, el conflicto jurídico, y el Fallo

Determina la Corte Suprema de Canadá en el primer párrafo de la Sentencia el problema social sobre el que se pretende actuar, el cual tiene su base en que, en Canadá, constituía delito ayudar a otra persona a poner fin a su propia vida (art. 241. B) Criminal Code).

Como consecuencia, las personas que están gravemente enfermas no pueden solicitar la asistencia médica para morir, estando condenadas en palabras de la propia corte, «... a una vida de sufrimiento grave e intolerable». Dichas personas han de enfrentarse a una dicotomía: Quitarse la vida antes de tiempo (A menudo por medios violentos o peligrosos) o sufrir hasta que mueran por causas naturales. En ambos casos, la elección es cruel.

De este problema se infiere otro de naturaleza jurídica, que los magistrados formulan así: La prohibición criminal que pone a las personas en esta situación ¿Viola la Carta Canadiense de Derechos y Libertades, específicamente en los artículos 7 (derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de la persona) y 15 (igualdad de trato por y bajo la ley)?

Por un lado, se encuentra la autonomía y dignidad de un adulto competente y por otro, la santidad de la vida y la necesidad de proteger a los vulnerables.

La Corte Suprema se mostró de acuerdo, y tras una exhaustiva revisión del caso, el Juez de primera instancia determinó que el art. 241.b) del Código Penal canadiense supone una violación grave al derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de la persona consagrado en el art. 7 del CCDL.

La demanda

En el año 2009, Gloria Taylor fue diagnosticada con una enfermedad neurológica fatal denominada esclerosis lateral amiotrófica (ELA). Esta enfermedad produce una debilidad muscular progresiva, de modo que, primero pierden la capacidad de utilizar

²⁶ Gimbel García, J. F. «Eutanasia Y Suicidio Asistido En Canadá. Una panorámica De La Sentencia Carter V. Canadá Y Del Consiguiente Proyecto De Ley C-14 Presentado Por El Gobierno Canadiense». *Revista De Derecho De La UNED (RDUNED)*, N.º 19 (2016). Págs. 351-78.

sus manos y pies, más tarde la capacidad de caminar, de tragar, de hablar y, con el tiempo de respirar.

Esta mujer, presentó una demanda al Tribunal Supremo de la Columbia Británica solicitando una muerte con asistencia médica con el fin de, en sus palabras, «No morir lentamente, pieza por pieza»²⁷.

Las leyes canadienses no permitían atender la solicitud de la señora Taylor en ninguna de las formas que pudiera concretarse y esta, no contaba con los medios económicos para viajar a Suiza. Esto, la dejaba ante la elección de matarse a sí misma mientras aún era capaz, o renunciar a la capacidad de ejercer control alguno sobre la forma y el momento de su muerte. La incapacidad de traer un final pacífico a su vida genera un sufrimiento psíquico para muchos enfermos terminales o pacientes con minusvalías graves.

Hay que tener en cuenta, que la solicitud de la demanda no se refiere a la validez constitucional de la prohibición penal de la ayuda al suicidio asistido por médico, ni tampoco de la eutanasia activa directa, sino que utilizan un concepto (auxilio médico a morir) que puede comprender, al menos en opinión del Tribunal, ambas prácticas.

Historia judicial

DECISIÓN EN PRIMERA INSTANCIA

El juez de primera instancia tuvo que plantearse si la prohibición de ayuda a morir (Código Penal) violaba los artículos 7 y 15 de su constitución, referida a las garantías de libertad y de igualdad. Si bien el objetivo de la prohibición general esta racionalmente conectado con el fin, un sistema estrictamente limitado de excepciones cuidadosamente monitoreado también podría cumplir ese objetivo²⁸.

Así pues, el juez de primera instancia concluyó que la prohibición era más amplia de lo necesaria, ya que, en su opinión, un sistema con garantías adecuadamente diseñados y administrados ofrece un medio menos restrictivo para alcanzar el objetivo propuesto. Los graves efectos negativos de la prohibición absoluta aparecían desproporcionados en relación con sus efectos positivos.

APELACIÓN Y JURISPRUDENCIA EN EL CASO RODRÍGUEZ

La mayoría de la Corte de Apelaciones permitió el recurso del estado canadiense a la Sentencia que se produjo en primera instancia, en base al argumento de que el juez está obligado a seguir la decisión de la Corte Suprema en el caso Rodríguez V. Canadá.

La Corte de Apelaciones concluyó que, ni los nuevos problemas jurídicos invocados, permitirían una salida distinta de lo decidido en el caso Rodríguez veintiún años antes.

Los hechos en el caso Rodríguez eran muy similares a los del caso Carter (ambos eran mujeres, muriendo de ELA, y ambas solicitaban la asistencia médica para morir cuando su sufrimiento se hiciera intolerable).

En este caso, la mayoría de la Corte sostuvo que la prohibición privo a la Sra. Rodríguez de la seguridad de la persona a la par que la disposición violaba el principio de no discriminación.

²⁷ Ídem.

²⁸ Ídem.

A pesar de la decisión de la Corte, el debate social y jurídico sobre la muerte con asistencia médica continuo en Canadá.

Como quedo evidenciado en la apelación realizada al fallo en primera instancia, la Corte Suprema debía dilucidar si el Tribunal inferior del que procedía la causa (Corte Suprema de la Columbia Británica) podía o no desvincularse del precedente establecido por la Corte Suprema de Canadá en el caso Rodríguez.

Para ello hay que tener en cuenta la existencia de una doctrina según la cual los tribunales inferiores deben seguir las decisiones de los tribunales superiores, lo que resulta fundamental en cualquier estado de derecho que se precie.

Sin embargo, los tribunales pueden reconsiderar resoluciones de tribunales superiores (en Canadá), en dos situaciones:

- Si se presenta un nuevo problema legal.
- Si hay un cambio de las circunstancias o pruebas que cambian radicalmente los parámetros del debate.

Ambas condiciones se cumplían en el caso Carter.

ARGUMENTARIO BÁSICO DE LA SENTENCIA Y CONFLICTO DE DERECHOS

El derecho a la vida

1. Sobre su naturaleza

La prohibición penal que impide la muerte asistida por médico tuvo el efecto de obligar a algunas personas a quitarse la vida antes de tiempo, por miedo a no poder hacerlo cuando hubieran alcanzado un sufrimiento intolerable. Este hecho nunca fue cuestionado por la fiscalía.

Algunas opiniones judiciales relevantes en la Sentencia constatan que el derecho a la vida protege algo más que su mera existencia física. De tal manera, el Juez Finch, es de la opinión de que el usufructo de la vida está «íntimamente ligado a la forma en que una persona valora su experiencia vivida».

El derecho a la vida también debe incluir el derecho a morir con dignidad, ya que esto también es una parte integral de esta facultad.

Sobre la base de eso, la Corte Suprema no entiende que la formulación existencial del derecho a la vida requiera de una prohibición absoluta de la ayuda a morir o que los individuos no puedan renunciar a su derecho a la vida. Esto crearía un «deber de vivir» en lugar de un «derecho a la vida».

Reconoce igualmente la sentencia que la significación de la vida es uno de nuestros valores sociales más importantes, pero ya no consiste en exigir que toda vida humana sea preservada a toda costa.

El Tribunal niega que pueda otorgarse un valor absoluto al derecho a la vida reconocido en la CCDL, pero también se niega a reconocer un derecho constitucional al suicidio. También fundamenta constitucionalmente el derecho a la ayuda médica para morir en el mismo pilar que legitima la limitación del esfuerzo terapéutico o la sedación paliativa que acorta como efecto secundario la vida de los pacientes.

2. Riesgos asociados a la legalización

Los posibles riesgos asociados a la legalización de la muerte asistida²⁹:

- Deterioro cognitivo, depresión...
- Coerción
- Influencia indebida
- Manipulación psicológica o emocional
- Prejuicios sistemáticos contra las personas mayores o con discapacidad
- Posibilidad de ambivalencia o diagnóstico erróneo

En resumen, las conclusiones más relevantes del alto Tribunal canadiense son:

1. Es posible para los médicos, con el debido cuidado y atención, evaluar adecuadamente la capacidad de decisión de los pacientes.

2. Los riesgos asociados a la muerte con asistencia médica pueden limitarse a través de un sistema cuidadosamente diseñado y supervisado por salvaguardias.

3. Una prohibición general no es necesaria a fin de cumplir sustancialmente los objetivos de protección de la vida y de la población vulnerable. Un miedo teórico o especulativo no puede justificar una prohibición absoluta.

El derecho de libertad

Algunos autores determinan que en la sentencia de Carter se elimina la distinción entre la eutanasia pasiva y activa indirecta y el suicidio asistido y la eutanasia activa directa. Las hacen coincidir dentro del mismo derecho de autonomía que tiene el paciente para adoptar decisiones médicas en relación con el final de la vida.

Por otro lado, la distinción entre la ayuda médica en el morir y la ayuda médica a morir no resulta un asunto pacífico en la doctrina.

Algunos no ven la existencia de diferencia ética entre unas prácticas y otras, incluso hay quienes sostienen que ciertas prácticas adscritas a la llamada eutanasia pasiva pueden ser más crueles para el paciente que la práctica de la eutanasia activa.

Otros autores subrayan la diferencia entre matar o suicidarse y dejarse morir, afirmando que «En los dos primeros casos, la causa de la muerte es a manos de un tercero o del propio paciente, mientras que, en el tercer caso, la muerte es la enfermedad subyacente».

Adecuación a los principios fundamentales de justicia y juicio de proporcionalidad

El art. 7 del CCDL no especifica cuáles son los principios fundamentales de justicia que nunca se pueden violar cuando se pretenda limitar los derechos de la vida. La jurisprudencia de la Corte Suprema de Canadá los ha ido identificando y definiéndolos de la siguiente forma:

Principio de arbitrariedad: exige la existencia de una conexión racional entre el objeto de la ley y el límite que impone a los derechos.

Principio de no sobre inclusión: Si la ley en cuestión, aunque suprima y limite derechos de manera que en general resulta coherente con el objetivo de la ley va o no va demasiado lejos al negar los derechos de algunos individuos de una manera que no guarda relación con el objeto.

²⁹ Ídem.

Principio de no resultar manifiestamente desproporcionada a su finalidad: Compara pues el propósito de la ley, tomada en sentido literal, con sus efectos negativos sobre los derechos del demandante³⁰.

El Fallo

La sentencia falla que la prohibición absoluta de la ayuda al suicidio no es la medida limitativa del derecho menos gravosa y que resulta desproporcionada, declarando nulos a renglón seguido los arts. 241(b) y el art. 14 del Código Penal canadiense, en la medida que prohíben la muerte con asistencia médica para una persona adulta competente que da su consentimiento a la terminación de la vida y tiene una condición médica grave e irremediable.

Por otro lado, se invita al parlamento y a las legislaturas provinciales para responder, si así lo deciden, mediante la promulgación de una legislación coherente con los parámetros constitucionales establecidos en esta sentencia.

Por último, en opinión del Tribunal, el nuevo derecho que se reconoce tiene su encaje constitucional en el art. 7 de la CCDL (Carta Canadiense de Derechos y Libertades), y que corresponde al poder legislativo fijar los contornos, contenido y límites de este derecho.

6.2. Países en los que reconocen alguna forma de asistencia a la muerte libremente decidida por una persona

6.2.1. PAÍSES EUROPEOS

Holanda fue el primer país a nivel mundial en poseer una ley reguladora de la eutanasia y el suicidio asistido en abril de 2002 mediante la Ley 26691/2001 «Ley de terminación de la vida a petición propia y de auxilio al suicidio». No obstante, desde 1973 se llevaban a cabo actos de eutanasia y suicidio asistido no penados, a raíz del caso Postma, en el que el tribunal consideró que no se puede mantener con vida a una persona en contra de su voluntad.

La ley holandesa permite igualmente la aplicación de la ayuda para morir a menores de edad, siendo estos mayores de 12 años, siempre que se les considere capaces de hacer una evaluación razonada de sus intereses y que uno de los padres esté de acuerdo con la decisión.

Uno de los aspectos más controvertidos de la ley holandesa, además de incluir a menores de edad, es el practicar la eutanasia en pacientes cuya causa de sufrimiento es única o principalmente un trastorno psicológico, lo que expresamente está prohibido en otros países.

En el caso de **Bélgica**, la iniciativa parlamentaria comienza en 1999. En el transcurso de estos trabajos cabe destacar una publicación de noviembre de 2000³¹. Es en mayo de 2002, cuando finalmente Bélgica aprobó una ley reguladora de la eutanasia, también

³⁰ Ídem.

³¹Deliens, L.: «End-of-life decisions in medical practice in Flanders, Belgium: a nationwide survey. », *The Lancet*, Vol. 356 (2000). Págs. 1806-1811. Recuperado de: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2800%2903233-5>

conocida como *Ley relativa a la eutanasia*, pero no del suicidio asistido. Los criterios y mecanismos de control son similares a los de la ley holandesa.

La gran singularidad de la ley belga es que, desde la modificación de 28 de febrero de 2014 se puede aplicar la eutanasia en menores de edad, siempre que estos estén dotados de capacidad de discernimiento y conscientes en el momento de la solicitud. Para que a un menor de edad se le practique la eutanasia debe encontrarse además en situación terminal y los padres deben estar de acuerdo. A día de hoy es el único país sin límite de edad para la eutanasia.

En **Luxemburgo** se encuentran reguladas tanto la eutanasia como el suicidio asistido desde 2009, mediante la Ley de 16 de marzo de ese mismo año. Sigue el modelo holandés y belga, aunque a diferencia de estos, Luxemburgo no contempla supuestos para la aplicación en menores de edad.

En **Suiza** no existen leyes que regulen concretamente la eutanasia ni el suicidio asistido. Conforme la redacción realizada por ley de 23 de junio de 1989 (en vigor, desde el 1 de enero de 1990), el artículo 114 prohíbe la eutanasia. A su vez, de acuerdo con la redacción efectuada por la ley de 13 de diciembre de 2002 (en vigor desde el 1 de enero de 2007), el artículo 115 del Código Penal solo condena la asistencia al suicidio si esta aparece promovida por fines egoístas. Esta falta de legislación ante la asistencia al suicidio por motivos no egoístas permite que Suiza cuente con una forma de suicidio asistido bastante diferente al aplicado en otros países.

En este país, no existe regulación específica en cuando a las normas respecto a la edad, por lo que técnicamente sería legal la asistencia a aquellos menores de edad que cumplieran los requisitos.

En el caso de **Austria**, el Tribunal Constitucional del país, mediante sentencia de 11 de diciembre de 2020 (G 139/2019-71), ha declarado inconstitucional (y, por ello, ha determinado que debe ser derogada) la prohibición de asistencia al suicidio contenida en el artículo 78 del Código Penal-*StGB*- de 1974³² (la frase «o le ayuda a hacerlo»). La derogación entraría en vigor el 31 de diciembre de 2021.

Apoyándose en la doctrina del TEDH, afirma que «la autodeterminación abarca tanto el derecho a moldear la propia vida como también el derecho a una muerte digna» y que dicho derecho no solo cubre el derecho de la persona que decide suicidarse, sino también el de buscar la ayuda necesaria de un mediador para llevarlo a cabo.

En cuanto a **Alemania**, su Código Penal castiga la eutanasia activa, así como su tentativa. A su vez, el Código despenaliza el suicidio asistido esporádico, llevado a cabo por familiares de manera aislada. Esto posiciona al suicidio asistido fuera del acto médico y prohíbe la existencia de empresas privadas dedicadas a ayudar a morir.

Finalmente, en **Italia**, La Corte Constitucional se ha pronunciado sobre la inconstitucionalidad de la prohibición general e inmatizada de la ayuda al suicidio en el caso Cappato (Ordinanza N. 207/2018 y Sentenza núm. 242/2019). Pese a su importancia, el alcance de esta sentencia es, ciertamente, limitado, en tanto que no supone un reconocimiento general del suicidio asistido en cualesquiera contextos eutanásicos, sino que únicamente contempla, para cuando el paciente se halle en una situación terminal.

³² «El que induce a otro a suicidarse o le ayuda a hacerlo se castiga con pena privativa de libertad de seis meses a cinco años».

6.2.2. PAÍSES NO EUROPEOS

En el caso de **Estados Unidos**, la legalización del suicidio asistido es una cuestión estatal. Con inicio en 1997, a día de hoy son 10 estados y un distrito federal los que han aprobado el suicidio asistido dentro de un plan de cuidados al final de la vida: Oregón (1997), Washington (2009), Montana (2009), Vermont (2013), California (2016), Colorado (2016), Hawái (2019), Maine (2019), New Jersey (2019), New México (2021) y el Distrito Federal de Columbia / Washington D.C. (2017)³³.

Todos ellos tienen leyes reguladoras semejantes, con la excepción de Montana, que a diferencia de las demás, su legislación respecto al suicidio asistido se basa en la sentencia emitida por la Corte Suprema en el caso *Baxter v. Montana*³⁴. Consideran que la ley vigente no prohíbe el suicidio asistido, equiparándolo legalmente a la limitación del esfuerzo terapéutico.

En el resto de los estados, la ley regula el suicidio asistido de pacientes mayores de 18 años con un pronóstico de vida inferior a 6 meses y sufrimiento que no puede ser aliviado. En ningún estado es legal el suicidio asistido de pacientes no terminales.

Colombia es el único país de Latinoamérica en el que la eutanasia y/o el suicidio asistido están permitidos. Su evolución legislativa comprende varios periodos: por la sentencia C-293 de 1997, de 20 de mayo, de la Corte Constitucional, se consideró que el derecho fundamental a vivir en forma digna implica el derecho fundamental a morir con dignidad, por lo que se instó al Congreso a crear una regulación de la asistencia para morir. La sentencia T-970 de 2014, de 15 de diciembre, volvió a instar a la creación de una regulación para la correcta prestación de lo que consideraban el derecho fundamental a morir con dignidad. En 2015 finalmente se creó dicha regulación, en base a lo dispuesto en ambas sentencias, abordando solamente el tema de la eutanasia y no del suicidio asistido.

Por resolución de 9 de marzo de 2018, atendiendo a la sentencia T-544 del 2017, se reguló la aplicación de la eutanasia en adolescentes y en niños mayores de 6 años, siempre que se les considere capacitados para tomar una decisión libre, voluntaria, informada e inequívoca.

En el caso de **Australia**, hay que destacar que, aunque se ha dicho que Holanda fue el primer país en legalizar la eutanasia, esto no es del todo cierto. En 1995, se aprobó en el estado del Territorio del Norte de Australia una ley que regulaba la eutanasia en pacientes terminales. La ley entró en vigor en Julio de 1996 y se mantuvo vigente hasta marzo de 1997, tras ser derogada por el Parlamento, mediante una ley federal.

Actualmente el estado de Victoria cuenta con una ley de muerte asistida, *Voluntary Assisting Dying Act*, creada en 2017 y que entró en vigor en junio de 2019. Se trata de una de las leyes más extensas del país, y regula el suicidio asistido y la eutanasia en

³³ Oregón (Death with Dignity Act, 1997), Washington (Death with Dignity Act, 2008), Vermont (Patient Choice and Control at End of Life Act, 2013), Colorado (End of Life Options Act, 2016), California (End of Life Options Act, 2016), Hawaii (Our Care, Our Choice Act, 2019), New Jersey (Aid in Dying for the Terminally Ill Act, 2019), Maine (Death with Dignity Act, 2019), Montana (Montana Rights of the Terminally Ill Act).

³⁴ Sentencia de la Corte Suprema de Montana de 31 de diciembre de 2010, N° DA 09-0051, Robert BAXTER, Stephen Speckart, M.D., C. Paul Loehnen, M.D., Lar Autio, M.D., George Risi, Jr., M.D., and Compassion & Choices, Plaintiffs and Appellees, v. STATE of Montana and Steve Bullock, Defendants and Appellants (2010).

pacientes terminales con sufrimiento que no puede ser aliviado de un modo que la persona considere aceptable.

En 2019, el Estado de Australia Occidental aprobó una ley de muerte asistida muy parecida a la de Victoria. La principal diferencia es que equipara la eutanasia y el suicidio asistido. Dicha ley entró en vigor en 2021.

En octubre de 2020, **Nueva Zelanda** aprobó su Ley de decisión al final de la vida (*The End of Life Choice*) por referéndum, tras un resultado a favor del 65.1% de los votantes. La ley había sido aprobada en 2019 en el Parlamento, pero requería una aprobación de más del 50% en referéndum.

Se trata de una ley reguladora tanto del suicidio asistido como de la eutanasia en pacientes terminales, mayores de edad, con sufrimiento físico o psíquico que no pueda ser aliviado en unas condiciones que consideren aceptables. Esta ley entro en vigor el 7 de noviembre de 2021.

7. JURISPRUDENCIA COMPARADA

PROPUESTA DE LEY DEL GOBIERNO CANADIENSE

La Corte Suprema de en su párrafo 125 adopto finalmente forma de una propuesta de Ley que Justin Trudeau (primer ministro de anda), presento el 14 de abril del 2016 con el fin de legalizar en Canadá la asistencia médica para morir en los casos de enfermos con condiciones médicas «graves e irreversibles» y que «se acerquen al final de su vida»³⁵.

La Corte Suprema de Canadá dio un plazo de un año al Gobierno para crear una nueva legislación, pero el ejecutivo, liderado en aquel momento por Stephen Harper, nunca dio pasos en esta dirección. Fueron una serie de factores determinantes los que propiciaron la toma de posición del ejecutivo canadiense.

Modificación del Código Penal en orden a crear excepciones para el delito de homicidio consentido, la ayuda en el suicidio, y la administración de sustancias nocivas.

De prosperar el proyecto de ley, la inducción o la ayuda en el acto suicida seguirán penada, con penas que pueden llegar a los 14 años de cárcel.

Ahora bien, ni el médico, ni la enfermera practicante, ni el farmacéutico, ni ninguna otra persona que ayude a prestar a una persona asistencia médica para morir cometerán delito alguno, si lo hacen de conformidad con lo estipulado en la sección 241.2.

Definiciones y sistema de garantías

La administración o el suministro de la sustancia legal puede ser realizada tanto por un médico como por una enfermera practicante.

Por otro lado, son titulares de este derecho las personas que cumplan de manera simultánea los siguientes criterios:

- Beneficiarios de los servicios de salud financiados por el gobierno de Canadá (ciudadanos canadienses).
- Tener al menos 18 años de edad y ser capaces de tomar decisiones con respecto a su salud.
- Tener una condición médica grave e irremediable.
- Haber realizado una solicitud voluntaria de asistencia médica para morir que no se dio como resultado de presión externa.
- Haber dado su consentimiento informado para recibir asistencia médica en morir.

Además, se define el estado de «dolencia dolorosa e irremediable» como:

- Enfermedad o discapacidad grave e incurable.
- Estado de deterioro avanzado e irreversible de su capacidad.
- La enfermedad, discapacidad... les hace soportar sufrimiento físico o psicológico que resulta intolerable.
- La muerte natural se ha convertido en algo razonablemente previsible teniendo en cuenta todas las circunstancias médicas.

³⁵ Gimbel García, J. F. «Eutanasia Y Suicidio Asistido En Canadá. Una panorámica De La Sentencia Carter V. Canadá Y Del Consiguiente Proyecto De Ley C-14 Presentado Por El Gobierno Canadiense». *Revista De Derecho De La UNED (RDUNED)*, n.º 19 (2016) Págs. 351-78.

CONCLUSIONES

Nos encontramos ante un cambio profundo para España, el ordenamiento jurídico ha pasado de considerar lo que antes era delito un derecho. La propuesta socialista responde a cambios de paradigmas sociales que reclamaban que el Derecho se adaptase a los nuevos ritmos de la vida.

El fundamento de este nuevo derecho se ampara en la libertad y autonomía de las personas, sin que pueda prevalecer la opinión o presiones de terceros. De este modo, se trate de aliviar el sufrimiento físico y psíquico en casos excepcionales en los que el paciente se encuentra en situaciones graves e incurables; además de evitar prácticas clandestinas que podrían resultar peligrosas. Esto es muestra de que el Estado debe estar con el ciudadano hasta el último momento de sus vidas.

Este debate tiene muchas aristas, la redacción de la LORE ha suscitado numerosas críticas. Asimismo, se cuestionan las consecuencias sociales y económicas que puede generar a corto y a largo plazo.

Por otro lado, los distintos ordenamientos jurídicos han aportado una visión global y coyuntural, enriqueciendo la perspectiva de este derecho. Además, se tienen en cuenta sus distintas variables en los ordenamientos jurídicos de nuestro entorno.

Tras investigar y realizar este trabajo, parece claro que no existe el «derecho a la muerte» sino el «derecho a una vida digna». Puesto que la muerte forma parte del proceso de la vida, el derecho a una vida digna debe incluir el derecho a una buena muerte que alivie el sufrimiento y en condiciones de humanidad.

REFERENCIAS NORMATIVAS

Internacionales

Protección de los enfermos en la etapa final de su vida, asamblea parlamentaria del Consejo de Europa. Recomendación 1418 (1999), adoptada el 25 de junio de 1999.

Código internacional de la Ética Médica (1949).

Comité de ética de la SECPAL. Declaración sobre la eutanasia de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. *Medicina Paliativa*, Nº 1. (2002) 37-40.

Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre el suicidio con ayuda médica, adoptada por la 44ª Asamblea Médica Mundial. (1992, revisada en 2005).

Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la Atención de Pacientes con Fuertes Dolores Crónicos en las Enfermedades Terminales (1990).

Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la Eutanasia (2005).

Declaración de Venecia sobre la Enfermedad terminal, 35ª Asamblea Médica Mundial (1983).

Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos UNESCO (2005).

ESTATALES

Constitución Española de 1978.

Ley núm 13/1983, de 24 de octubre, de Reforma del Código Civil en materia de Tutela (artículo segundo).

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

Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.

Jurisprudenciales

Sentencia de la Corte Suprema de Montana de 31 de diciembre de 2010, Nº DA 09-0051, Robert BAXTER, Stephen Speckart, M.D., C. Paul Loehnen, M.D., Lar Autio, M.D., George Risi, Jr., M.D., and Compassion & Choices, Plaintiffs and Appellees, v. STATE of Montana and Steve Bullock, Defendants and Appellants (2010).

Páginas web

Derechoamorrir.Org, 2022, <https://derechoamorrir.org/>. Fecha de acceso: 18 de marzo de 2022.

Real Academia Española: Diccionario de la lengua española. Vers. 23.5 en línea <https://www.rae.es/>. Fecha de acceso: 26 de marzo de 2022.

Bibliográficas

Álvarez Gálvez, Í. «Un comentario sobre el caso de Gross v. Suiza (Tribunal Europeo de Derechos Humanos, caso Nº 67810/10)» *Revista Tribuna Internacional*. Nº 8 (2015).

Cámara Villar, G. «La regulación de la eutanasia y el suicidio asistido en el mundo. Panorama general y comparado». Rodríguez Blanco (coord.) *Anuario de Derecho Eclesiástico del Estado*. Estudios Biblioteca Jurídica Digital. (2021).

De la Torre Díaz, J. «La eutanasia, siete argumentos para pensar». *El Cronista del Estado social y democrático de derecho*, nº79 (2019) págs. 22-27.

Díaz Lopez, A. «La eutanasia.» *Universidad de Oviedo. Grado en Derecho* [TFG] (2017). Recuperado de: https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/43209/TFG_AliciaDiazLopez.

Feijoo Velaz, J. «Estudio médico-legal de la evolución legislativa de la eutanasia en España y en otros países.» *Universidad de Valladolid. Grado en Medicina* [TFG] (2021). Recuperado de: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/47440/TFG-M2107.pdf;jsessionid=CFF7A2C9DDB6EBC762FA1C7AD159FF0A?sequence=1>

Gimbel García, J. F. «Eutanasia Y Suicidio Asistido En Canadá. Una panorámica De La Sentencia Carter V. Canadá Y Del Consiguiente Proyecto De Ley C-14 Presentado Por El Gobierno Canadiense». *Revista De Derecho De La UNED (RDUNED)*, n.º 19 (2016).

Marcos del Cano, A. M. «¿Existe un derecho a la eutanasia? Panorama internacional y análisis de la Ley Orgánica de la eutanasia de nuestro país.» *Teoría & Derecho. Revista De pensamiento jurídico* 29 (2021).

Marín Cáceres, L. «De delito a derecho: comentario a la ley de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.» *Revista Estudios Jurídicos, Segunda Época* Nº 21 (2021) 3-14 Recuperado de: <https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/rej/article/view/6795>.

Merodio Sáenz de Buruaga, A. «Análisis y regulación de la eutanasia». *Universidad de Cantabria. Grado en Derecho* [TFG] (2021). Recuperado de: <https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/23519>.

Navarro Martínez, J. A. «El derecho a la eutanasia.» *Revista andaluza de Administración Pública* Nº 102 (2018).

Steck N, Egger M, Maessen M, Reisch T, Zwahlen M. «Euthanasia and assisted suicide in selected European countries and US states: systematic literature review» *Revista Bioética* (2016).

Deliens, L.: «End-of-life decisions in medical practice in Flanders, Belgium: a nationwide survey.», *The Lancet*, Vol. 356 (2000) Recuperado de: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2800%2903233-5>. doi:10.1016/S0140-6736(00)03233-5