

TRABAJO FIN DE GRADO
Grado en Derecho
Facultad de Derecho
Universidad de La Laguna
Curso 2021/2022
Convocatoria: septiembre

EL DELITO DE LA EUTANASIA TRAS LA APROBACIÓN DE LA NUEVA LEY
The crime of euthanasia after the approval of the new law

Realizado por la alumna: Marina Cejas Afonso

Departamento: Disciplinas jurídicas básicas

Área de conocimiento: Derecho Penal



ABSTRACT
<p>Euthanasia has always been a concept that is not easy to define. In this project, I will try to give a definition to this crime typified in our Penal Code, whose law punishes behaviors related to both euthanasia and assisted suicide with prison. I will establish a descriptive concept in order to understand what euthanasia is, in addition to its history over time and how society has perceived this practice, as well as the most important aspects. Information on the philosophical and criminal legal doctrine, moral issues and the different positions acquired, as well as comparative law in different countries that have already legalized euthanasia. I will talk about the modification of art. 143.4 CP and the new law, with the consequences and repercussion, the consent of the patient and the rights to receive the information to give that consent, the functions of the doctors and the requirement and the process.</p> <p>Key Words : euthanasia, terminal illness, availability of human life, healthcare, and consent.</p>

RESUMEN (entre 150 y 350 palabras)

La eutanasia ha sido desde siempre un concepto que no es fácil de definir, y eso nos lleva a su dificultad de comprensión. En este trabajo intento dar una definición de este delito tipificado en nuestro Código Penal e intentaré establecer un concepto descriptivo para poder entender qué es la eutanasia, además de su historia a lo largo del tiempo y cómo la percibe la sociedad, a la vez que abordaré el derecho comparado y cómo algunos países ya la han legalizado, así como sus aspectos más importantes. Hablaré del régimen jurídico y de la modificación del art. 143.4 CP y de la nueva Ley Reguladora de la eutanasia, así como sus consecuencias y repercusión, la despenalización y las funciones del personal sanitario involucrado y sobre el consentimiento del paciente y su derecho a recibir la información necesaria; los requisitos y procedimiento de la ayuda a morir y más precedentes en esta ley.

Palabras clave: eutanasia, enfermedad terminal, disponibilidad de la vida humana, personal sanitario y consentimiento.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	5
II. DISPONIBILIDAD A LA PROPIA VIDA.....	6
1. EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA VIDA EN LA CONSTITUCIÓN.....	6
2. EL MARCO INTERNACIONAL DE PROTECCIÓN DEL DERECHO A LA VIDA	7
III. POSTURAS FRENTE A LA PRÁCTICA DE LA EUTANASIA: ENTRE LA REPRESIÓN PUNITIVA Y LEGALIZACIÓN.....	8
1. LA VIDA COMO VALOR ABSOLUTO: DETRACTORES DE LA PRÁCTICA DE LA EUTANASIA	8
2. LA LIBRE AUTODETERMINACIÓN DE LA PERSONA HUMANA: DEFENSORES DE LA REGULACIÓN NO PUNITIVA DE LA EUTANASIA	10
IV. EUTANASIA: CONCEPTO Y CLASES	11
1. CONCEPTO DE EUTANASIA Y DELIMITACIÓN FRENTE AL SUICIDIO ASISTIDO	11
2. CLASES DE EUTANASIA.....	13
V. DERECHO COMPARADO	14
VI. EL DELITO DE EUTANASIA Y LA DESPENALIZACIÓN PARCIAL OPERADA POR LA LEY ORGÁNICA 3/2021, DE 24 DE MARZO, DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA	15
1. ÁMBITO DE APLICACIÓN Y ELEMENTOS DEL ART. 143 CP.....	15
A) El sujeto pasivo debe sufrir un padecimiento grave, crónico e imposibilitante, o una enfermedad grave e incurable, con sufrimientos físicos o psíquicos, constantes e insoportables	16
B) Obligatoriedad del consentimiento del paciente y derecho a recibir información... 18	
C) Petición expresa, seria e inequívoca del sujeto pasivo de querer morir.....	19
D) Negación del paciente al tratamiento.....	21

E) Denegación por parte del médico responsable de la prestación de ayuda para morir.....	22
3. LA EUTANASIA COMO DERECHO: LA DESPENALIZACIÓN DE LA EUTANASIA.....	22
A) Ámbito de aplicación de la LORE.....	22
B) Funciones de los profesionales sanitario.....	23
C) Procedimiento para solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir.....	24
a) Derecho y requisitos para solicitar la prestación de ayuda a morir	24
b) Fases del procedimiento	25
VII. CONCLUSIÓN	30
VIII. BIBLIOGRAFÍA.....	31

I. INTRODUCCIÓN Y ACERCAMIENTO A LA EUATANSIA

La eutanasia ha sido desde siempre un concepto que no es fácil de definir y eso nos lleva a su dificultad de comprensión. En este trabajo intento dar una definición de este delito tipificado en nuestro Código Penal, cuya ley castiga con penas de prisión a las conductas relacionadas tanto con la eutanasia como con el suicidio asistido.

El primer escrito que encontramos donde aparece el concepto de eutanasia es en un fragmento del poeta cómico griego Cratino en el siglo V a.C., que explica que es la forma de morir disfrutando de las cosas buenas de la vida, tales como comer bien, vivir bien, etc.¹ Y más adelante, el también poeta Meandro es el que va a vincular la idea de la buena muerte con la perfección moral en la vida, y la eutanasia como lo mejor que se puede pedir a los dioses, una “muerte dulce”.

En el periodo greco-romano encontramos con Cicerón otra aproximación del concepto de eutanasia, donde escribía la frase *Bene igitur tu, qui euvqanasi,an, bene! Delinque patriam!* en una de sus cartas a Ático, el cual su significado es es la de una muerte noble y sin cobardía, con lo cual la amplitud de su sentido todavía pervive. Y con el historiador Suetonio, nos acercamos más a una mayor estimación, alegando en uno de sus textos que “Alcanzó así una muerte dulce y a la medida de sus deseos, pues casi siempre, cuando oía que alguien había muerto rápidamente y sin dolor, pedía para él y para los suyos una similar euvqanasia (siendo esta la palabra que solía usar para referirse a lo que entendemos por eutanasia)”. Comprendemos entonces que hasta esta etapa de la historia, la eutanasia era una situación que se relacionaba con la buena muerte, algo deseable por todo el mundo.

A medida que va transcurriendo el tiempo, el concepto de eutanasia va sufriendo cambios y adquiriendo nuevos significados. En el año 1906, Francis Bacon expresaba en su obra *De dignitate et augmentis scientiarum*: “Estimo ser oficio del médico no solo restaurar

¹ CAMAAMAÑO, J. M., “Breve historia de la eutanasia. Aproximación al concepto” en *Moralia*, nº 35, 2012, págs. 181-211.

la salud, sino también mitigar los dolores y tormentos de las enfermedades: y no solo cuando esta mitigación del dolor, como de cualquier otro síntoma peligroso, ayuda y conduce a la recuperación, sino también cuando, habiéndose esfumado toda esperanza de recuperación, sirve solo para conseguir una salida de la vida más dulce y plácida. Pues no es pequeña felicidad (que el mismo Cesar Augusto pedía para sí) esta ‘Eutanasia’; esta fue especialmente notada en la muerte de Antonino Pío, que no pareció que se muriera, sino que fue a modo de un adormecimiento dulce y placentero [...]. Pero en nuestros tiempos, los médicos hacen cuestión de escrúpulo y religión el estar junto al paciente cuando ha sido desahuciado; siendo así que, a mi juicio, si no quieren faltar a su oficio e incluso a la humanidad, deben adquirir las habilidades y prestar atención a cómo puede el moribundo dejar la vida más fácil y silenciosamente. A esta parte la llamamos investigación sobre la ‘Eutanasia externa’ (para distinguirla de la Eutanasia que mira a la preparación del alma) y la incluimos entre las cosas deseadas”. Ya nos vamos acercando al concepto de eutanasia de muerte suave y tranquila, en la que el enfermo muere sin dolor ni sufrimiento, en un contexto médico.

II. DISPONIBILIDAD SOBRE LA PROPIA VIDA

1. EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA VIDA EN LA CONSTITUCIÓN.

La práctica de la eutanasia no es una acción que ha nacido en la actualidad, si no que la sociedad la ha ido experimentando desde muchos siglos atrás, y, sin embargo, todavía no hemos alcanzado la descripción perfecta de qué es la eutanasia.

No existe en la Constitución Española el concepto de eutanasia como tal, pero sí podemos hablar del derecho a la vida, recogida en su art. 15, que nos explica 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.” La cuestión viene dada respecto a que si la interpretación de este artículo permite hablar de un derecho a morir. Con este contenido no tenemos mucha información sobre la eutanasia, ya que no dice que la vida no sea disponible por su titular si no que más bien se pronuncia en contra de la tortura y los tratos inhumanos o degradantes, y a favor de la vida y del derecho a la

integridad física y moral. Tampoco especifica si se exige un modo de vivir digno o si este es o no renunciable, o cómo debe ser entendida la expresión “derecho a la vida”², solo se puede afirmar que es algo que se debe proteger y se entiende que es valioso su disfrute. Hay quienes asumen que la eutanasia viola el derecho a la vida, quizás desde un punto de vista o un entendimiento erróneo, ya que en esta, la eutanasia, no se renuncia a su derecho, sino a su ejercicio.

No podemos olvidar que este art. 15 del derecho a la vida debe interpretarse a la par con otros artículos también de la CE, como lo son el art. 10.1 CE, que afirma que “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”, seguido del art. 16³, que garantiza la libertad ideológica y religiosa, junto con el art. 20⁴, que habla de la libertad de expresión. Por lo tanto el derecho a morir podría verse amparado por el derecho a la libertad ideológica, ya que el significado de la vida y la muerte la muerte y con ello la propia decisión de morir, afecta a la libertad ideológica, y en muchos casos a la libertad religiosa. Por lo tanto ampara que cada uno es libre de tener sus propias ideas y de manifestarlas, el único límite que la Constitución Española es la del mantenimiento del orden público protegido por la ley.

2. EL MARCO INTERNACIONAL DE PROTECCIÓN DEL DERECHO A LA VIDA

Para tratar el ámbito internacional, acudimos al artículo 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 que establece el derecho a la vida, al art. 18 que habla del derecho a la libertad de pensamiento y al art. 5 de libertad de pensamiento, de conciencia

² ÁLVAREZ GÁLVEZ, I., La eutanasia voluntaria, Dykinson, Madrid, 2004, pág 170

³ Artículo 16 de la Constitución Española: “1. Se garantiza la libertad ideológica, religiosa y de culto de los individuos y las comunidades sin más limitación, en sus manifestaciones, que la necesaria para el mantenimiento del orden público protegido por la ley.”

⁴ Artículo 20 de la Constitución Española: “1. Se reconocen y protegen los derechos: a) A expresar y difundir libremente los pensamientos, ideas y opiniones mediante la palabra, el escrito o cualquier otro medio de reproducción.”

y religión y prohíbe las torturas y las penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes; al igual que el art. 2 del Convenio Europeo para la protección de los Derechos Humanos de 1950 y el art. 6 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de 1966 que también nos hablan del derecho a la vida. Así pues, el art. 15 de la CE debe ponerse en contacto con estos textos internacionales.

III. POSTURAS FRENTE A LA PRÁCTICA DE LA EUTANASIA: ENTRE LA REPRESIÓN PUNITIVA Y LEGALIZACIÓN

1. LA VIDA COMO VALOR ABSOLUTO: DETRACTORES DE LA PRÁCTICA DE LA EUTANASIA

Debido a la cantidad de preguntas que genera la eutanasia, deriva en un debate todavía inacabable, que resulta de lo más complicado resolver, del que además forma dos bandos: quienes rechazan la eutanasia y consideran la vida como valor absoluto, y por otro lado, quienes la defienden, alegando que cada persona puede tomar sus propias decisiones. Siguiendo en la línea de aquellos detractores de la práctica de la eutanasia, algunos piensan que podrían existir abusos legales a raíz de la despenalización de la eutanasia como delitos tales como abusos inintencionados, coacciones u homicidios encubiertos,⁵ ya que sería más fácil la realización, podría existir más motivación y quizás se puedan encubrir. Además, podría provocar actitudes y comportamientos socialmente negativos, tales como la deshumanización y la mercantilización en el morir.

Es de uso común que no es posible que los médicos tengan un porcentaje del cien por cien en sus diagnósticos, es decir, podrían equivocarse, y por lo tanto aquello que motivó al paciente a tomar la decisión de pedir la ayuda a morir podría ser motivada de forma incorrecta y fatal. Pero, también es de uso común que la ley puede tener aplicaciones incorrectas.

⁵ MARCOS, A. M.; TORRE, J. D. L., Y de nuevo la eutanasia: una mirada nacional e internacional, Dyckinson, Madrid, 2019, pág 17.

Los enfermos incurables o crónicos son personas que se encuentran en una posición de inimaginable fragilidad y vulnerabilidad, es por eso que algunas personas tienden a creer que esa solicitud de pedir la ayuda a morir está de alguna forma coaccionada por la propia situación fatídica en la que se encuentran.

Otro de los motivos por los que algunos se posicionan en contra de la eutanasia es la mala imagen que nace del médico y la mala relación que podría suponer entre este y el paciente, convirtiendo los centros médicos en lugares donde los pacientes y familiares no se sintieran a salvo.

Al final, el paciente se encuentra en una situación tan extrema, con un malestar físico inimaginable, con muchísimos deseos de curación, sumándole a esto que desconoce sobre medicina y no se encuentre en su mayor momento de lucidez, la solicitud que nace de esa decisión de pedir ayuda para morir es encontrada por algunos como no real, ya que alegan que el paciente no se encuentra en una situación en la que pueda llevar las riendas de la situación.

Podemos acudir a dos famosas sentencias de los tribunales norteamericanos (ambas del año 1996) que son *Washington v. Glucksberg* y *Vacco v. Quill*, para tener una base de la idea de la no despenalización de la eutanasia y el suicidio asistido por médico. Con ellas se realizó una ampliación del Informe del *Task Force on Life & Law* del Estado de Nueva York cuyo texto es de 1994 y que fue ratificado en un suplemento de abril de 1997, por el que el Estado tendría 3 objetivos legítimos para estar en contra, y son: preservar la vida de sus ciudadanos, prevenir los suicidios y mantener la integridad de los profesionales médicos.

Estos son los diez riesgos asociados a la despenalización de la eutanasia y/o suicidio asistido:

1. Enfermedad mental no diagnosticada o no correctamente tratada.
2. Síntomas físicos manejados inecuadamente.
3. Insuficiente atención al sufrimiento y temores de los pacientes en trance de morir.
4. Vulnerabilidad de grupos socialmente marginados.
5. Devaluación de la vida de los discapacitados.
6. Sentido de obligación: la legalización del suicidio asistido podría enviar el mensaje de

que el suicidio es una respuesta socialmente aceptable a las enfermedades terminales o incurables. Algunos pacientes podrían sentirse presionados a tomarse esa opción, particularmente quienes se sienten como una carga para los suyos.

7. Diferencia del paciente hacia las recomendaciones del médico.
8. Incentivos económicos a limitar los cuidados paliativos. El suicidio asistido es bastante más barato que los cuidados paliativos y de apoyo en el fin de la vida.
9. Arbitrariedad de los límites propuestos. Será difícil, si no imposible, contener la opción del suicidio asistido a los enfermos terminales competentes con sufrimiento incontrolable; previsiblemente se extenderá a enfermos que no son competentes o que no son terminales.
10. Imposibilidad de desarrollar un control afectivo. La naturaleza privada e íntima de este tipo de decisiones impedirá cualquier esfuerzo por controlar los eventuales errores y abusos.⁶

La famosa teoría de la pendiente resbaladiza, que sugiere que la regulación de la eutanasia iniciará una serie de sucesos negativos en cadena, llevando a concluir que no sería posible trazar una frontera entre los casos de eutanasia libre y voluntariamente formulada y otros en los que el sujeto no sería competente para adoptar tal decisión, y que una vez que se hubieran integrado en la práctica médica el suicidio asistido y la eutanasia, las garantías que inicialmente se opusieran a su realización se volverían más elásticas e inestables.⁷

2. LA LIBRE AUTODETERMINACIÓN DE LA PERSONA HUMANA: DEFENSORES DE LA REGULACIÓN NO PUNITIVA DE LA EUTANASIA.

El mayor argumento a favor de la libre autodeterminación de la persona humana es que la despenalización de la eutanasia y/o el suicidio asistido no obliga a aquellos que opinan de otra forma.

El conocido teólogo Hans Küng piensa que “En ejercicio de su responsabilidad, el

⁶ GIMBEL GARCÍA, J. F., El derecho al suicidio asistido por médico en el caso de enfermos terminales y pacientes con discapacidades graves crónicas, Uned, 2019, págs 37-38.

⁷ GIMBEL GARCÍA, J. F., El derecho al suicidio asistido por médico en el caso de enfermos terminales y pacientes con discapacidades graves crónicas, Uned, 2019, pág. 40

enfermo grave puede pedir ayuda a morir; la eutanasia directa no iría en contra de la religión cristiana si cumpliera con ciertas condiciones: la solicita el propio enfermo, que tiene una enfermedad insoportable, la lleva a cabo el médico, que debe consultar antes con un colega y documentar después su actividad”

En cuanto al argumento de la pendiente resbaladiza, algunos relativizan su importancia poniendo sobre la mesa ideas que como la de Ronald Dworkin “una vez comprendemos que la negativa a legalizar la eutanasia es en sí misma dañosa para muchas personas; entonces advertimos que hacer lo mejor que se pueda para determinar y mantener un límite defendible reconociendo el riesgo y tratando de reducirlo, de que otros pueden establecer en el futuro el límite de manera diferente, es preferible a abandonar totalmente a esas personas”.⁸

IV. EUTANASIA: CONCEPTO Y CLASES

1. CONCEPTO DE EUTANASIA Y DELIMITACIÓN FRENTE AL SUICIDIO ASISTIDO

La Real Academia Española define la eutanasia como “la intervención deliberada para poner fin a la vida de una paciente sin perspectiva de cura o muerte sin sufrimiento físico”. Proviene del latín “euthanasia”, en el que este a su vez proviene del griego “εὐθανασία”, donde “eu” significa bueno y “thanatos”, muerte. Es decir, una muerte sin dolor ni padecimientos, una “muerte dulce”.

La eutanasia se entiende como la muerte suave y sin dolor, la “buena muerte”. Una persona que sufre una enfermedad terminal incurable o una situación de discapacidad irreversible según el estado de la ciencia médica, requiere la privación de su vida por otra persona realizada por razones humanitarias, para poner fin a sus sufrimientos.⁹

⁸ GIMBEL GARCÍA, J. F., El derecho al suicidio asistido por médico en el caso de enfermos terminales y pacientes con discapacidades graves crónicas, Uned, 2019, pág. 44.

⁹ ROMEO CASABONA, C. M.: “Capítulo 1, el homicidio y sus formas”, en AA.VV. (ROMEO

Por lo tanto, entendemos que es la producción de la muerte de una persona sin sufrimientos físicos o morales realizada por razones humanitarias a requerimiento de una persona enferma.

De antemano, toda cooperación dolosa con actos necesarios a suicidio es típica; sin embargo, caben situaciones en las que la cooperación en el suicidio pueda ser un acto humanitario realizado para acabar con los padecimientos inútiles de quien no quiere vivir más debido a una grave enfermedad, por lo que le brindaría la ayuda de morir, siendo esta sin dolor. Esta tercera persona interviene facilitando por medio de la acción o la omisión la muerte de quien lo solicita de forma inequívoca, debido a que padece insoportables padecimientos físicos y/o psíquicos.

El problema viene dado cuando hay que concretar caso por caso si se trata o no de eutanasia, ya que tendríamos que analizar si existe voluntad o no de morir, la participación de ese tercero, y sobretodo, que se dé el tipo de enfermedad, padecimiento o mal que provoca la acción de matar a otro para liberarle de su agonía.

Pero no es solo el propio concepto de eutanasia el que debemos de tener claro, hay que entender además qué es el suicidio asistido y la inducción al suicidio, para poder así dibujar los límites y acercarnos más a una comprensión completa, ya que se tiende a mezclar estas concepciones. Por lo tanto, el suicidio asistido significa proporcionar con conocimiento y de forma intencional a una persona los medios o procedimientos para suicidarse, como podría ser el asesoramiento sobre dosis letales de medicamentos, la prescripción de dichos medicamentos letales o su suministro, por lo tanto comprendemos que se trata de un médico el que acabaría desencadenando la muerte del paciente que la solicita. Por otro lado, la inducción al suicidio es aquel acto realizado por quien induce directa y eficaz a otra persona, que no había adoptado la decisión de suicidarse, a quitarse la vida debido a esta inducción.

En el suicidio asistido no se realiza nada en el cuerpo de otra persona, y desde luego no se anula la reflexibilidad de la acción, habida cuenta de que es el mismo sujeto el que

CASABONA, C. M., SOLA RECHE, E., BOLDOVA PASAMAR, M.A., Coordinadores): Derecho Penal. Parte Especial, Ed. Comares, Granada, 2016, pág. 37.

ejecuta y el que recibe la acción del verbo matar. Por otro lado, y ya en el plano jurídico, el suicidio asistido se diferencia de la eutanasia en que es la propia persona la que va a poner fin a su vida, bien con los medios que se le proporciona quien realice la asistencia. El Código Penal establece penas de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona (art. 143.2 CP), penas que se ven aminoradas en varios grados en el caso de que el suicida en cuestión reúna una serie de requisitos de contextos eutanásicos (art. 143.4 CP).¹⁰

2. CLASES DE EUTANASIA.

Si ya el concepto de eutanasia nos deja quizás con algunas incógnitas, tenemos que adentrarnos en las distintas clases en las que esta se desarrolla. Distinguimos entre:

-Eutanasia voluntaria (o consentida) y eutanasia involuntaria (o cocotansaia): la primera es aquella que tiene lugar con el consentimiento del enfermo; mientras que la segunda se produce sin ese consentimiento.

-Eutanasia autónoma y heterónoma: en la autónoma es el propio paciente el que prepara los medios para su muerte y la provoca (en este caso se plantea el problema de su proximidad con el suicidio); en la heterónoma el enfermo necesita la acción u omisión de terceros para morir.

-Eutanasia directa y eutanasia indirecta: la primera consiste en “la realización de un acto que deliberadamente provoca la muerte del paciente”; mientras que la indirecta es “la acción en que la muerte o la abreviación de la vida pueden resultar como efecto secundario no pretendido en sí”. En este último caso, se la denomina así de un modo impropio porque es el caso de los llamados cuidados paliativos, y que trataremos en el siguiente epígrafe del trabajo. Sin embargo, ofrecemos aquí una breve definición de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos: “Cuidado total activo de los pacientes cuya

¹⁰ GIMBEL GARCÍA, J. F., El derecho al suicidio asistido por médico en el caso de enfermos terminales y pacientes con discapacidades graves crónicas, Uned, 2019, pág 37.

enfermedad no responde a tratamiento curativo. El control del dolor y de otros síntomas y de problemas psicológicos, sociales y espirituales es primordial”.

Eutanasia activa y pasiva: en el primer caso la muerte del enfermo se produce mediante una acción, mientras que en el segundo se realiza mediante una omisión.¹¹

Suele ocurrir que exista confusión para poder distinguir entre eutanasia activa y eutanasia pasiva. Una forma de simplificarlo y para un entendimiento más sencillo, sería afirmar que la diferencia se encuentra entre dejar morir y matar.¹²

V. DERECHO COMPARADO

Varios países son los que han legalizado la eutanasia, regularizándolo de diversas formas. Empezaremos hablando de Oregón, ya que es el primero en el mundo, en 1994, que ha legalizado la eutanasia. Es para los casos de pacientes que padecen enfermedades terminales y que sean ciudadanos de ese estado. Además, es necesario otra serie de requisitos para que los médicos puedan dar la prescripción del fármaco letal de forma legal: hay que ser mayor de edad y ser plenamente capaz; el paciente debe formular su petición de forma verbal en dos ocasiones separadas por un intervalo de al menos quince días y en presencia de dos testigos; se debe confirmar el diagnóstico por el médico que lo atiende y un segundo médico consultor. Además, el médico le debe informar al paciente de las posibles alternativas al suicidio asistido, como la existencia de residencias con asistencia sanitaria, de unidades de cuidados paliativos y de tratamiento del dolor.

El siguiente país es Holanda, cuya ley de la eutanasia entra en vigor en 2002. A diferencia con el estado de Oregón, no se exige que el paciente sufra una enfermedad terminal, pero sí que esta ocasione padecimientos insoportables y sin esperanza de mejora. Otra diferencia es que se puede pedir la eutanasia para menores entre dieciséis y dieciocho años y si los padres o tutores han participado en el proceso de decisión, y para los casos

¹¹ RODRÍGUEZ DEL CUERPO, N., La diferencia entre eutanasia y pasiva: implicaciones éticas y jurídicas, Facultat de Ciències socials, 2011, págs 21-23.

¹² DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO, M. Y BARBER BURUSCO, S., “Participación en el suicidio y eutanasia. Esbozo del tratamiento penal en España” en *Nuevo Foro Penal*, nº 79, 2012, pág. 123.

de menores de dieciséis años, los padres o tutores deberán en este caso manifestar su acuerdo explícito con la decisión del menor. Si la muerte del paciente ha sido como consecuencia de la eutanasia, el médico informa directamente al forense municipal enviando los informes y documentos correspondientes que acrediten el cumplimiento de la ley.

También fue en 2002 cuando se aprobó la ley en Bélgica. A diferencia de los países anteriores, en ella no se menciona de forma explícita el suicidio asistido, la ley habla siempre de eutanasia. La ley belga, además, no exige que solo puedan acogerse a ella los ciudadanos belgas. Deben transcurrir un mínimo de 30 días entre la petición de la realización de la eutanasia y la realización, pudiendo acogerse a ella solo mayores de edad y menores emancipados.

Para el caso de Suiza, la eutanasia está castigada penalmente, sin embargo la ayuda al suicidio no. Es un solución intermedia entre la impunidad absoluta y la represión indiscriminada, solo castiga aquellos casos en lo que la ayuda al suicidio obtendría por ello, en caso de que ocurriera, algún beneficio; sería, por lo tanto, un acto “egoísta”. Además, en Suiza, esta ayuda no es necesaria la asistencia de un médico.¹³

VI. EL DELITO DE EUTANASIA Y LA DESPENALIZACIÓN PARCIAL OPERADA POR LA LEY ORGÁNICA 3/2021, DE 24 DE MARZO, DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA.

1. ÁMBITO DE APLICACIÓN Y ELEMENTOS DEL ART. 143.4 CP.

El delito de eutanasia se encuentra recogido en nuestro Código Penal, en concreto en el artículo 143. El punto número 1 de este art. nos habla de la inducción al suicidio, el punto número 2 de la cooperación necesaria, el punto número 3 de la cooperación ejecutiva, pero es el 143.4 el que realmente nos interesa, ya que es el que nos relata el delito de la

¹³ REYES, A., “La eutanasia y el suicidio médicamente asistido” en *Psicooncología*, nº 2-3, 2008 págs.328-39.

eutanasia (aunque no menciona este término), que establece lo siguiente: “El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de 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”. Al encontrarse después de esta sucesión de puntos, da la impresión de que la eutanasia se trata de una modalidad del suicidio, ya que se trata de un sujeto que desea morir. Y el artículo sigue así en su apartado 5: “No obstante lo dispuesto en el apartado anterior, no incurrirá en responsabilidad penal quien causare o cooperare activamente a la muerte de otra persona cumpliendo lo establecido en la ley orgánica reguladora de la eutanasia”. Este apartado número 4 había sido modificado, y además añadido el apartado 5 con efecto el 25 de junio de 2021 por la nueva Ley Orgánica 3/2021 de 24 de marzo de la que más adelante entraré en detalles.

Ocurrió el 20 de diciembre de 2019 cuando se presentó una Proposición de la Ley Orgánica 10/95, de 23 de diciembre, del Código Penal para la despenalización de la eutanasia y la ayuda al suicidio,¹⁴ donde se recomienda la modificación del art. 143 del Código Penal, defendiendo que toda persona tiene derecho a morir si lo desea, y que el paciente puede decidir si rechazar el tratamiento o no, y a que se le pueda facilitar la muerte practicando la eutanasia si este se encuentra en pleno uso de sus facultades.

A) El sujeto pasivo debe sufrir un padecimiento grave, crónico e imposibilitante o una enfermedad grave e incurable, con sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables.

Siguiendo las indicaciones del art. 41 de la Constitución Española, los poderes públicos garantizarán la asistencia sanitaria y una serie de prestaciones sociales suficientes y

¹⁴ Proposición de Ley de reforma de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, de despenalización de la eutanasia y la ayuda al suicidio (Orgánica) (corresponde al número de expediente 125/000016 de la XIII Legislatura)

especiales, manteniendo un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, además de que en el art. 43.1 CE se reconoce el derecho a la protección de la salud. Por lo tanto y en concordancia con el art. 143.4 CP, existen una serie de enfermedades que requieren prestación de asistencia sanitaria, como lo son las enfermedades crónicas, las enfermedades terminales. El art. 14.1 de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud nos brinda información sobre el régimen jurídico en cuanto a enfermedades crónicas y nos explica que la atención sociosanitaria comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social. La continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las Administraciones públicas correspondientes, como bien se explica en su apartado número 3 del mismo artículo.

No existe una definición exacta de enfermedad terminal, pero podemos acudir al art. 5 en su apartado o) de la Ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte, que explica el concepto de situación terminal, alegando que es la presencia de una enfermedad avanzada, incurable y progresiva, sin posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, con un pronóstico de vida limitado y en que pueden concurrir síntomas intensos y cambiantes que requieran una asistencia paliativa específica.

Hay que tener en cuenta que poco a poco ha ido aumentando, junto con el envejecimiento de la población, la prevalencia de algunas enfermedades crónicas, y con ello, también se ha avanzado en la calidad de vida de los enfermos. Es entonces cuando sale a relucir el concepto de cuidados paliativos. Esta serie de mejoras de la atención de los enfermos en fase avanzada y terminal suponen una serie de medidas tales como la implementación de recursos específicos, la mejora de ateriód en recursos de atención primaria, Hospitales Generales y Centros de larga estancia, además de formación de profesionales y educación de la sociedad y su participación a través del voluntariado o la facilitación del uso de analgésicos opioides.

Por lo tanto, cuando una persona se encuentre en situación de enfermedad terminal (es decir, en presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, falta de

posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes y además un pronóstico de vida limitado, se le concede unos cuidados paliativos, debido a que la enfermedad supone un gran impacto emocional en el paciente y familiar, relacionado con la presencia de la muerte.¹⁵

B) Obligatoriedad del consentimiento del paciente y derecho a recibir información

Como ya se ha afirmado con anterioridad, el paciente debe desear morir, es decir, tiene que existir la voluntad de este sujeto de que una tercera persona acabe con su sufrimiento, y que esa voluntad se manifieste para que el sujeto activo la conozca, provocando así que, a raíz de la existencia de este consentimiento, el comportamiento del sujeto activo no se considerará una conducta penalmente típica. El art. 4.2 LORE nos indica que *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 su proceso médico, después de haber sido informada adecuadamente por el equipo sanitario responsable. En la historia clínica deberá quedar constancia de que la información ha sido recibida y comprendida por el paciente.*

Para que la sanidad pueda actuar, el consentimiento previo de los pacientes o usuarios es fundamental, y para eso es necesario que el paciente reciba toda la información adecuada, como bien se explica en el art. 2.2 de la Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos obligaciones en materia de información y documentación clínica. Además, el art. 4.3 LORE explica que *en los procedimientos regulados en esta Ley, se garantizarán los medios y recursos de apoyo, materiales y humanos, incluidas las medidas de accesibilidad y diseño universales y los ajustes razonables que resulten precisos para que las personas solicitantes de la prestación de ayuda para morir reciban la información, formen y expresen su voluntad, otorguen su consentimiento y se comuniquen e interactúen con el entorno, de modo libre, a fin de que su decisión sea individual, madura y genuina, sin intromisiones, injerencias o influencias indebidas.*

¹⁵ SECPAL, *Guía de Cuidados Paliativos*. Disponible en: [Guía de Cuidados Paliativos \(secpal.com\)](http://Guía de Cuidados Paliativos (secpal.com))

Una vez recibida la información, el paciente tiene derecho a decidir libremente entre todas las opciones clínicas disponibles,¹⁶ ya que ese consentimiento es informado, es libre, voluntaria y consciente, manifestada en pleno uso de sus facultades.¹⁷

Por regla general, ese consentimiento será verbal, según el art. 8.2 de la LAP, sin embargo se podrá prestar por escrito para casos como 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. Además, el paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento, como bien se expresa en el art. 8.5 LAP.

C) Límites del consentimiento

En el ámbito de padecimientos graves y enfermedades terminales, a veces es difícil que el paciente pueda dar un consentimiento debido a la posibilidad de pérdida de conciencia, por lo tanto, la ley nos facilita la posibilidad de que los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas sin necesidad de este consentimiento, cuando ocurra los siguientes casos: cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley y cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando a sus familiares y las personas correspondientes vinculadas por él, cuando las circunstancias lo permitan.¹⁸ También es posible que para los casos en los que el paciente no pueda tomar decisiones, se le podrá otorgar el consentimiento por representación, siguiendo las indicaciones del art. 9.3 LAP. Si el paciente carece de representante legal serán entonces las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho las que prestarán tal

¹⁶ Artículo 2.3 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y sus derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

¹⁷ Artículo 3 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y sus derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

¹⁸ Artículo 9.2 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y sus derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Siguiendo las líneas del consentimiento por representación, se amplía su ámbito para aquellos casos en los que el paciente tenga la capacidad modificada judicialmente y conste en sentencia o para aquellos pacientes que sean menores de edad y no sean capaces de comprender el alcance de la intervención, donde será el representante legal del menor quien dará o no dará el consentimiento tras escuchar su opinión, a menos que se trate de menores emancipados o mayores de 16 años que no se encuentre con limitaciones de capacidad o comprensión; sin embargo, deberán dar el consentimiento los representaciones legales aunque estos menores sean emancipados o mayores de 16 años si la situación es de grave riesgo para la vida y salud del menor. Ante todo, hay que atender siempre a lo establecido en el art. 9.6 LAP: *la decisión deberá adoptarse atendiendo siempre al mayor beneficio para la vida o salud del paciente.*

Por lo tanto, reafirmamos que el facultativo proporcionará toda la información básica y necesaria antes de que el paciente dé su consentimiento por escrito. Esta información se trata tanto de las consecuencias relevantes o de importancia de la intervención y los riesgos relacionadas con ella, además de las contraindicaciones. El apartado 2 del art. 10 LAP nos dice que *el médico responsable deberá ponderar en cada caso que cuanto más dudoso sea el resultado de una intervención más necesario resulta el previo consentimiento por escrito del paciente.* Para poder entender el concepto de médico responsable, acudimos al art 3 LAP que no explica que es un profesional que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del paciente o del usuario, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial.

Se debe mencionar también las instrucciones previas recogidas en el art. 11 LAP, donde nos dice que una persona, mayor de edad, capaz y libre, por medio de este documento, manifiesta anticipadamente su voluntad sobre el destino de su cuerpo o sus órganos para que una vez llegue el momento en que no pueda expresarlos personalmente, se pueda saber sus deseos en base a los cuidados y tratamientos de su salud, incluso el destino de su cuerpo una vez fallecido, además de que el mismo documento podrá designar un representante para que procure el propio cumplimiento de las instrucciones previas. El

apartado 2 de este mismo artículo nos explica que *cada servicio de salud regulará el procedimiento adecuado para que, llegado el caso, se garantice el cumplimiento de las instrucciones previas de cada persona, que deberán constar siempre por escrito.*

Hay que añadir que estas instrucciones previas no serán aplicadas si son contrarias al ordenamiento jurídico, a la «lex artis», ni a las que no correspondan con lo supuesto que haya previsto el interesado en el momento de manifestarlas; pudiendo además revocarse en cualquier momento mientras se deje constancia por escrito.

D) Negación del paciente al tratamiento

El paciente, tras recibir la información necesaria con respecto a su situación, dada por el médico responsable, tendrá derecho a dar su consentimiento para aceptar recibir el tratamiento, como para rechazarlo si es lo que desea, constanding esta negación por escrito.

19

Pero, además del derecho a negarse a recibir el tratamiento, también existe el derecho del paciente a renunciar a recibir dicha información previa a ese consentimiento, como bien se explica en el art. 9.1 LAP, que dice que *la renuncia del paciente a recibir información está limitada por el interés de la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad y por las exigencias terapéuticas del caso. 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.*

Existe la posibilidad de que el paciente se arrepienta de su decisión, si es el caso, no supone inconveniente, se puede revocar su solicitud en cualquier momento, incluso pedir el aplazamiento de la administración de ayuda para morir.²⁰

El médico responsable debe acatar este derecho de renuncia transmitido por el paciente, ya que si no es así, se le castigaría por un delito de coacciones, ya que se trataría de una

¹⁹ Artículo 2.4 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y sus derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

²⁰ MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

persona que compeliere a otra a efectuar lo que no quiere y sería castigado con la pena de prisión de seis meses a tres años o con multa de 12 a 24 meses, según la gravedad de los medios empleados.²¹

Esto no se debe confundir para los casos en lo que el sanitario, estando obligado a dar asistencia sanitaria, denegara esta o abandona sus servicios, ya que se trataría de un delito de omisión del deber de socorro, recogido en el art. 196 CP y se castigaría con las penas del artículo precedente en su mitad superior y con la que inhabilitación especial de su profesión por tiempo de seis meses a tres años.

E) Denegación por parte del médico responsable de la prestación de ayuda para morir

En este caso estamos hablando de la negación al tratamiento por parte del médico, donde el art. 7 LORE ampara este comportamiento, explicando que las denegaciones de la prestación de ayuda para morir deberán realizarse siempre por escrito y de manera motivada por el médico responsable. Además, dicha denegación deberá realizarse en el plazo de diez días naturales desde la primera solicitud y ante esto, en el plazo de quince días podrá presentar una reclamación la persona que presentó la solicitud en primer lugar ante la Comisión de Garantía y Evaluación competente.

2. LA EUTANASIA COMO DERECHO: LA DESPENALIZACIÓN DE LA EUTANSIA

A) Ámbito de aplicación de la LORE

El 24 de marzo de 2021 se aprueba la nueva ley reguladora de la eutanasia, entrando en vigor el 25 de junio, produciendo un cambio en la sociedad española. La Ley Orgánica, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia da por fin una lo más cercano a una respuesta jurídica, sistemática, equilibrada y garantista a la eutanasia, tan compleja como demandada por la sociedad.

²¹ Artículo 172 del Código Penal.

Regula el derecho de toda persona, siempre que cumpla las condiciones, a morir, así mismo las obligaciones y el procedimiento del personal sanitario. En cuanto al ámbito de aplicación, el art. 2 nos brinda esta información alegando que *esta Ley será de aplicación a todas las personas físicas o jurídicas, públicas o privadas, que actúen o se encuentren en territorio español. A estos efectos, se entenderá que una persona jurídica se encuentra en territorio español cuando tenga domicilio social, sede de dirección efectiva, sucursal, delegación o establecimiento de cualquier naturaleza en territorio español.*

B) Funciones de los profesionales sanitario

Por un lado, tenemos la figura de médico responsable, y acudimos al art. 3 LORE para tener una definición, y nos dice que es el “facultativo que tiene a su cargo coordinar toda la información y la asistencia sanitaria del paciente, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, y sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales”.

Otro profesional sanitario envuelto en esta acción es el médico consultor. Seguimos en el art. 3 LORE, esta vez en su apartado e, y nos afirma que es el “facultativo con formación en el ámbito de las patologías que padece el paciente y que no pertenece al mismo equipo del médico responsable”. Ambas figuras, el médico responsable y el médico consultor, están sujetas al secreto de confidencialidad respecto a los datos a los que tengan acceso durante el proceso.

Esta vez no se encuentra en el art. 3 LORE, sin embargo existe el equipo asistencial, que realiza junto al médico responsable la prestación y asiste al paciente hasta el momento de la muerte, colabora así con el médico responsable.

Además, habrá una Comisión de Garantía y Evaluación en cada Comunidad Autónoma y Ciudad Autónoma para verificar que se cumpla lo establecido en la LORE. Deben resolver las reclamaciones por denegación de la prestación y los posibles conflictos de

C) Procedimiento para solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir

a) Requisitos para solicitar la prestación de ayuda a morir

En el art. 5 LORE nos encontramos con los requisitos para recibir la ayuda para morir, que son los siguientes:

- a) Tener nacionalidad española o residencial en España o certificado de empadronamiento que acredite un tiempo de permanencia en territorio español superior a doce meses, tener la mayoría de edad y ser capaz y consciente en el momento de la solicitud.
- b) Disponer por escrito de la información que exista sobre su proceso médico, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación.
- c) Haber formulado dos solicitudes de manera voluntaria y por escrito, o por medio de otro que permita dejar constancia, y que no sea el resultado de ninguna presión externa, dejando separación de al menos 15 días naturales ente ambas.
- d) Sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e incapacitante, certificada por el médico responsable.
- e) Prestar consentimiento informado previamente a recibir la prestación de ayuda para morir (dicho consentimiento se incorporará a la historia del paciente)

No serán de aplicación los apartados b), c) y e) cuando el médico responsable certifique que el paciente no se encuentra en pleno uso de sus facultades ni pudiera prestar conformidad libre, voluntaria y consciente para realizar las solicitudes.

En cuanto a los requisitos de la solicitud de prestación de ayuda para morir, acudimos justo al art. siguiente de la LORE, el art.6, que nos indica lo siguiente:

-La solicitud de prestación de ayuda para morir deberá hacerse por escrito, debiendo

²² MARÍN CÁCERES, L., “De delito a derecho: comentando a la Ley 3/2021 de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia” en *Revista de Estudios Jurídicos*, nº 21, 2021, págs 5-6.

estar el documento fechado y firmado por el paciente solicitante, o por cualquier otro medio que permita dejar constancia de la voluntad inequívoca de quien la solicita, así como del momento en que se solicita.

En el caso de que por su situación personal o condición de salud no le fuera posible fechar y firmar el documento, podrá hacer uso de otros medios que le permitan dejar constancia, o bien otra persona mayor de edad y plenamente capaz podrá fecharlo y firmarlo en su presencia. Dicha persona ha de mencionar el hecho de que quien demanda la prestación de ayuda para morir no se encuentra en condiciones de firmar el documento e indicar las razones.

-El documento deberá firmarse en presencia de un profesional sanitario que lo rubricará. Si no es el médico responsable, lo entregará a este. El escrito deberá incorporarse a la historia clínica del paciente.

El solicitante de la prestación de ayuda para morir podrá revocar su solicitud en cualquier momento, incorporándose su decisión en su historia clínica. Asimismo, podrá pedir el aplazamiento de la administración de la ayuda para morir.

Para los casos de incapacidad nos informa que la solicitud de prestación de ayuda para morir podrá ser presentada al médico responsable por otra persona mayor de edad y plenamente capaz, acompañándolo del documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documentos equivalentes legalmente reconocidos, suscritos previamente por el paciente. En caso de que no exista ninguna persona que pueda presentar la solicitud en nombre del paciente, el médico que lo trata podrá presentar la solicitud de eutanasia. En tal caso, dicho médico que lo trata estará legitimado para solicitar y obtener el acceso al documento de instrucciones previas, voluntades anticipadas o documentos equivalentes a través de las personas designadas por la autoridad sanitaria de la Comunidad Autónoma correspondiente o por el Ministerio de Sanidad, de conformidad con la letra d) del punto 1 del artículo 4 del 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.

b) Fases del procedimiento.

El procedimiento a seguir por el médico responsable para estos casos en los que existe una solicitud de prestación de ayuda a para morir es el que, una vez recibida tal solicitud, el médico responsable en un plazo máximo de dos días naturales y una vez verificado que se cumplen los requisitos, realizará con el paciente solicitante un proceso deliberativo sobre su diagnóstico, posibilidades terapéuticas y resultados esperables, así como sobre posibles cuidados paliativos, asegurándose de que comprende la información que se le facilita. Aunque la información sea explicada por el médico responsable directamente al paciente, deberá hacerse igualmente por escrito en un plazo máximo de cinco días naturales.

Transcurrido el plazo previsto y una vez recibida la segunda solicitud, el médico responsable, en el plazo de dos días naturales, retomará con el paciente solicitante el proceso deliberativo al objeto de atender, en el plazo máximo de cinco días naturales, cualquier duda o necesidad de ampliación de información que se le haya planteado al paciente tras la información proporcionada después de la presentación de la primera solicitud. Una vez transcurridas veinticuatro horas tras la finalización del proceso deliberativo al que se refiere el apartado anterior, el médico responsable recabará del paciente solicitante su decisión de continuar o desistir de la solicitud de prestación de ayuda para morir. En el caso de que el paciente manifestara su deseo de continuar con el procedimiento, el médico responsable deberá comunicar esta circunstancia al equipo asistencial, especialmente a los profesionales de enfermería, así como, en el caso de que así lo solicitara el paciente, a los familiares o allegados que señale. Igualmente, deberá recabar del paciente la firma del documento del consentimiento informado. Si ocurre el caso de que el paciente decidiera desistir de su solicitud, el médico responsable pondrá este hecho igualmente en conocimiento del equipo asistencial.

El médico responsable deberá consultar a un médico consultor, quien, tras estudiar la historia clínica y examinar al paciente en el plazo máximo de diez días naturales desde la fecha de la segunda solicitud, a cuyo efecto redactará un informe que pasará a formar parte de la historia clínica del paciente. Las conclusiones de dicho informe deberán ser comunicadas al paciente solicitante en el plazo máximo de veinticuatro horas.

En caso de informe desfavorable del médico consultor sobre el cumplimiento de las condiciones, el paciente podrá recurrir a la Comisión de Garantía y Evaluación en los términos previstos en el artículo 7.2.

El médico responsable, antes de la realización de la prestación de ayuda para morir, lo pondrá en conocimiento del presidente de la Comisión de Garantía y Evaluación, en el plazo máximo de tres días hábiles, al efecto de que se realice el control previo previsto en el artículo 10.²³

Por último, para los casos en lo que se aprecie que exista una situación de incapacidad de hecho, el médico responsable está obligado a aplicar lo previsto en las instrucciones previas o documento equivalente.²⁴

Una vez recibida la comunicación médica, el art. 10 LORE nos indica que el Presidente de la Comisión de Garantía y Evaluación designará en un plazo de dos días, a un médico y a un jurista para que comprueben si concurren los requisitos y condiciones para que se dé la ayuda a morir pedida por el paciente. A continuación, en el plazo de siete días, emitirán un informe con los requisitos, y si la decisión es favorable, el informe será la resolución para la realización de la prestación, y si es desfavorable, quedará abierta la posibilidad de reclamar. Puede ocurrir que no haya un acuerdo entre los dos miembros, entonces la solución será elevar la verificación al pleno de la Comisión de Garantía y Evaluación para que ellos decidan. Será el presidente quien conocerá la resolución definitiva para trasladársela al médico responsable para que realice la prestación de ayuda para morir, fuera en caso, todo ello en el plazo de dos días; y si fueran desfavorables, podrán ser recurridas ante jurisdicción contencioso-administrativa.

Para los casos en los que la resolución sea positiva y efectivamente debe realizarse la prestación de ayuda para morir siguiendo los protocolos y demás criterios. Si el paciente se encuentra consciente, a pesar de la dificultad que supone comunicarlo con sus propias palabras, el paciente deberá comunicar al médico responsable la forma en la que prefiere recibir esa ayuda a morir que le permitirá por fin su descanso; y el médico, a su vez y como respuesta de humanidad, asistirá al paciente hasta el momento de su muerte,

²³ Artículo 8 Ley Orgánica de regulación de la eutanasia.

²⁴ Artículo 9 Ley Orgánica de regulación de la eutanasia.

manteniendo la debida observación y apoyo. Una vez realiza la prestación de ayuda para morir se seguirán los correspondientes pasos de comunicación a la Comisión de Garantías y Evaluación recogidos en el art. 12 LORE.²⁵

La prestación de ayuda para morir tiene una serie de garantías, como lo son el hecho de que serán los servicios públicos quienes garantizarán este derecho y que además esta prestación estará incluida en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud y será de financiación pública, como bien recoge el art. 13 LORE.

El art. 14 LORE por otro lado nos informa que la prestación se realizará en centros sanitarios públicos, privados o concertados, y en el domicilio. Además, según el art 15: *los centros sanitarios que realicen la prestación de ayuda para morir adoptarán las medidas necesarias para asegurar la intimidad de las personas solicitantes de la prestación y la confidencialidad en el tratamiento de sus datos de carácter personal.*

Hay que tener en cuenta que lo sanitarios implicados, tratándose de una situación tan complicada, podrán ejercer su derecho a la objeción de conciencia de forma anticipada

²⁵ Artículo 12 Ley de regulación de la eutanasia: Una vez realizada la prestación de ayuda para morir, y en el plazo máximo de cinco días hábiles después de esta, el médico responsable deberá remitir a la Comisión de Garantía y Evaluación de su Comunidad Autónoma o Ciudad Autónoma los siguientes dos documentos separados e identificados con un número de registro:

a) El primer documento, sellado por el médico responsable, referido como «documento primero», deberá recoger los siguientes datos:

1.º) Nombre completo y domicilio de la persona solicitante de la ayuda para morir y, en su caso, de la persona autorizada que lo asistiera.

2.º) Nombre completo, dirección y número de identificación profesional (número de colegiado o equivalente) del médico responsable.

3.º) Nombre completo, dirección y número de identificación profesional del médico consultor cuya opinión se ha recabado.

4.º) Si la persona solicitante disponía de un documento de instrucciones previas o documento equivalente y en él se señalaba a un representante, nombre completo del mismo. En caso contrario, nombre completo de la persona que presentó la solicitud en nombre del paciente en situación de incapacidad de hecho.

b) El segundo documento, referido como «documento segundo», deberá recoger los siguientes datos:

1.º) Sexo y edad de la persona solicitante de la ayuda para morir.

2.º) Fecha y lugar de la muerte.

3.º) Tiempo transcurrido desde la primera y la última petición hasta la muerte de la persona.

4.º) Descripción de la patología padecida por la persona solicitante (enfermedad grave e incurable o padecimiento grave, crónico e incapacitante).

5.º) Naturaleza del sufrimiento continuo e insoportable padecido y razones por las cuales se considera que no tenía perspectivas de mejoría.

6.º) Información sobre la voluntariedad, reflexión y reiteración de la petición, así como sobre la ausencia de presión externa.

7.º) Si existía documento de instrucciones previas o documento equivalente, una copia del mismo.

8.º) Procedimiento seguido por el médico responsable y el resto del equipo de profesionales sanitarios para realizar la ayuda para morir.

9.º) Capacitación de los médicos consultores y fechas de las consultas.

y por escrito. Es al final una decisión individual del profesional y quiere, quizás, una gran carga emocional.²⁶

²⁶ Artículo 16 Ley de regulación de la eutanasia

VII. CONCLUSIÓN.

La mayor conclusión a la que he llegado haciendo este trabajo es que, del mismo modo que existe desde siempre la necesidad del ser humano de desear una “muerte dulce”, el esquivar el sufrimiento, el cesar su malestar, existe de igual manera la dificultad de poder manifestar un concepto totalmente claro de lo que es la eutanasia, y con él, que la sociedad se posicione de un lado o de otro. Los derechos fundamentales como el derecho a la vida, el derecho a la libertad, a la libertad ideológica, el derecho a la dignidad... siempre han tenido su contrario por el que existe una discusión, y la eutanasia, por lo tanto, recoge muchas controversias. Muchos individuos están a favor de su existencia, y muchos otros no. El ser humano no podrá estar de acuerdo sobre el mismo tema de forma unánime, resulta imposible.

A mi parecer, creo que el hecho de que exista la posibilidad de que el paciente, encontrándose en la situación en la que está, se le dé la posibilidad de que, de forma individual (ya que solo le concierne a él), decida qué hacer sobre su propia vida, por lo que me parece un acierto despenalización parcial del delito de eutanasia para estos casos. De forma personal, tuve un familiar que, al estar tratándose en cuidados paliativos tomó la decisión de pedir morir, ya que no deseaba seguir sufriendo de ninguna de las maneras posibles. A mí, a pesar de todo, agradecí que pudiera hacerlo, ya que era lo que ella deseaba. Por mucho que los médicos, los familiares, pensemos diferente, es un derecho individual de cada titular y no podría ser de otra forma.

De todos modos, a pesar de la decisión exclusiva del paciente, para los médicos y allegados es igual de difícil tener que afrontar este dilema. Los médicos, aunque para algunos pueda suponer una quiebra en la relación médico-paciente, a mi parecer, solo afianza más este vínculo. Al final, los sanitarios no solo están para curar enfermedades sino también para hacer todo lo que está en sus manos para mitigar el dolor de sus pacientes.

Estando a favor o en contra, creo firmemente que todos deberíamos de tener el derecho a decidir sobre nuestra propia vida. Una vida digna, sin dolor ni sufrimiento.

Una muerte honrosa, muchas veces, dignifica incluso una vida innoble.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

Legislación

-Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y sus derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica

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

-Ley Orgánica 3/2021, De 24 DE marzo, de regulación de la eutanasia

-Constitución Española del año 1978

-Proposición de Ley de reforma de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, de despenalización de la eutanasia y la ayuda al suicidio (Orgánica) (corresponde al número de expediente 125/000016 de la XIII Legislatura)

Autores

-ÁLVAREZ GÁLVEZ, I., La eutanasia voluntaria, Dykinson, Madrid, 2004.

-GIMBEL GARCÍA, J. F., El derecho al suicidio asistido por médico en el caso de enfermos terminales y pacientes con discapacidades graves crónicas, Uned, 2019.

-MARCOS, A. M.; TORRE, J. D. L., Y de nuevo la eutanasia: una mirada nacional e internacional, Dyckinson, Madrid, 2019.

-RODRÍGUEZ DEL CUERPO, N., La diferencia entre eutanasia y pasiva: implicaciones éticas y jurídicas, Facultat de Ciènces socials, 2011.

-ROMEO CASABONA, C.M., Derecho Penal. Parte Especial, Comares, S.L., Granada, 2016.

Artículos de revista

-CAMAAMAÑO, J. M., “Breve historia de la eutanasia. Aproximación al concepto” en *Moralia*, nº 35, 2012, pp. 179-211.

-DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO, M. Y BARBER BURUSCO, S., “Participación en el suicidio y eutanasia. Esbozo del tratamiento penal en España” en *Nuevo Foro Penal*, nº 79, 2012, pp. 115-149.

-MARÍN CÁCERES, L., “De delito a derecho: comentando a la Ley 3/2021 de 24 de marzo, de regulación de la-REYES, A., “La eutanasia y el suicidio médicamente asistido” en *Psicooncología*, nº 2-3, 2008 pp. 323-337.

Páginas web

-SECPAL, *Guía de Cuidados Paliativos*. Disponible en: Guía de Cuidados Paliativos (secpal.com)

-MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO