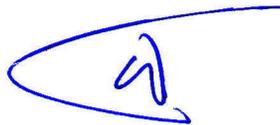


VISTO BUENO DEL O DE LA TUTOR/A DEL TRABAJO FIN DE MÁSTER

El profesor Vicente J. Navarro Marchante, como Tutor del Trabajo Fin de Máster titulado “La eutanasia, un tema pendiente en España”, realizado por Melanie Pérez Hernández, informa favorablemente el mismo, dado que reúne las condiciones necesarias para su defensa.

En cumplimiento de lo previsto en la Guía docente de la asignatura, se propone la calificación de Notable 8, en atención a que se ha realizado un estudio de las diferentes proposiciones de ley sobre un tema de discusión política y jurídica en la sociedad española, con análisis de derecho comparado y conclusiones de lege ferenda.

En La Laguna, a 21 de enero de 2020.



Fdo.: Vicente J. Navarro Marchante

Máster en Abogacía

Escuela de Doctorado y Estudios de Postgrado

Ilustre Colegio Abogados SC Tenerife

Curso: 2019-2020

Convocatoria: Enero

LA EUTANASIA, UN TEMA PENDIENTE EN ESPAÑA

EUTHANASIA, A PENDING ISSUE IN SPAIN

Realizado por la alumna: Melanie Pérez Hernández

Tutorizado por el Profesor: Vicente Jesús Navarro Marchante

Departamento: Derecho Constitucional, Ciencia Política y Filosofía del Derecho

Área de conocimiento: Derecho Constitucional

ÍNDICE:

RESUMEN	4
1. INTRODUCCIÓN	5
2. CONTENIDO BÁSICO DE LA NORMATIVA EN MATERIA DE EUTANASIA. ANÁLISIS DE LAS PROPOSICIONES DE LEY ESPAÑOLAS. ...	8
CAPÍTULO I. OBJETO, ÁMBITO DE APLICACIÓN, PRINCIPIOS INSPIRADORES Y DEFINICIONES	8
1. OBJETO.....	8
2. ÁMBITO DE APLICACIÓN.....	9
3. PRINCIPIOS INSPIRADORES.....	10
4. DEFINICIONES: MENCIÓN AL CONTENIDO DE LA LEY.....	11
4.1. Especial mención al médico responsable y a los profesionales farmacéuticos.	13
CAPÍTULO II.- DERECHOS DE LAS PERSONAS SOLICITANTES	14
1. DERECHOS DE LOS PACIENTES O SOLICITANTES.....	14
2. DERECHOS RECONOCIDOS A LOS PROFESIONALES MÉDICOS: LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA.....	21
CAPÍTULO III.- REQUISITOS DE ACCESO	23
1. REQUISITOS SUBJETIVOS/OBJETIVOS EXIGIDOS A LOS PACIENTES. ...	23
1.1. El supuesto de las personas incapaces.....	32
2. REQUISITOS FORMALES DE LA SOLICITUD DE EUTANASIA.....	33
CAPÍTULO IV.- PROCEDIMIENTO DE MATERIALIZACIÓN DE LA EUTANASIA	33
1. EL MODELO SOCIALISTA: EL CONTROL PREVIO.....	33
1.1 Documentos a remitir una vez efectuada la eutanasia.....	35
2. EL MODELO GENÉRICO: CONTROL POSTERIOR.....	36
2.1 Documentos a remitir a la Comisión. Especial mención al formulario belga..	36
CAPÍTULO V.- DEBERES Y OBLIGACIONES DEL PERSONAL MÉDICO SANITARIO	40
1. DEBERES RESPECTO DE LOS PACIENTES.....	40
2. DEBERES EN EL MARCO DE LA PROPIA ACTUACIÓN DE LOS MÉDICOS.....	41
2.1 Especial mención a los Deberes en las voluntades anticipadas.....	42
CAPÍTULO VI.- CONTROL DE LA PRESTACIÓN: LAS COMISIONES EVALUADORAS	43
1. ÁMBITO ESPACIAL DE LA COMISIÓN.....	44

2. ESTRUCTURA INTERNA DE LA COMISIÓN.	44
3. FUNCIONES DE LA COMISIÓN.....	45
CAPÍTULO VII.- GARANTÍAS PARA EL ACCESO A LA PRESTACIÓN. ...	46
CAPÍTULO VIII.- RÉGIMEN DE INFRACCIONES Y SANCIONES.	48
1. INFRACCIONES Y SANCIONES DE LA LEY DE CIUDADANOS.....	49
CAPÍTULO IX.- ENTRADA EN VIGOR Y ADAPTACIÓN DE LA LEY A LA NORMATIVA VIGENTE.	49
1. MODIFICACIONES EN LA NORMATIVA ESPAÑOLA.	50
2. DETERMINACIÓN DE LA MODALIDAD LEGISLATIVA.....	52
3. BREVES CONCLUSIONES FINALES.....	53
4. BIBLIOGRAFÍA	54

ABSTRACT

Euthanasia and its regulation is an issue which has been included in Spanish politics for years and which has been on the rise again in recent times. Far from writing a project about the intricacies of the concept, of its character or not of fundamental right, the main idea is to make an approach to the legislative proposals that have been presented in recent years by the different parliamentary groups.

A full analysis will be made of the content of each of them with respect to the provision of death assistance, from the most generic aspects to the most specific assumptions, and all this with reference to existing regulations in other countries of the European Union, such as Holland or Belgium, among others. All this in order to finally shape the basic content that should integrate any norm or disposition on euthanasia that could be approved in our country.

Is Spain on the right path towards an appropriate regulation of euthanasia? That is the question that will be tried to clarify.

RESUMEN (entre 150 y 350 palabras)

La eutanasia y su regulación es un tema que ha azotado la política española durante años y que vuelve a pisar fuerte en estos últimos tiempos. Lejos de redactar un trabajo sobre los entresijos del concepto, de su carácter o no de derecho fundamental, la idea principal es hacer un acercamiento a las Proposiciones de ley que han sido presentadas en los últimos años por los distintos grupos parlamentarios.

Se realizará un análisis íntegro de lo contenido en cada una de ellas respecto de la prestación de ayuda para morir, desde los aspectos más genéricos hasta los supuestos más concretos, y todo ello teniendo como referencia las regulaciones existentes en otros países de la Unión Europea, como Holanda o Bélgica, entre otros. Todo ello para finalmente acabar conformando el contenido básico que debería integrar cualquier norma o disposición sobre eutanasia que pudiera aprobarse en nuestro país.

¿Está España en el camino correcto hacia una regulación adecuada de la eutanasia? Esa es la pregunta que se intentará aclarar.

1. INTRODUCCIÓN.

La eutanasia ha sido y sigue siendo unos de los grandes debates sociales a los que se ha tenido que enfrentar el Gobierno Español. Recientes casos como el de Fernando Cuesta, enfermo de ELA que acudió a Suiza para morir dignamente¹, o el de Ángel y María José, que deseaban con ansia la aprobación de la ley que garantizara el derecho a morir de ella, enferma desde 1989², e incluso el de países vecinos como el de Marieke Vervoort³, campeona paralímpica belga que apostó por la eutanasia para poner fin a su sufrimiento tras una larga enfermedad, son algunos de los que han inspirado la redacción del presente trabajo.

No se trata entablar un estudio bioético, jurídico o moral sobre la eutanasia respecto de cuáles son sus acepciones, si el derecho a una muerte digna es un derecho fundamental o si se integra en el contenido del derecho a la vida. Se trata de hacer un análisis sobre la legislación española, que deja constancia de la necesidad del establecimiento en nuestro país de una regulación sobre el auxilio a la muerte, y por ende, desgranar las propuestas que hay sobre la mesa.

De hecho, la demanda social en este aspecto, es cada vez mayor. Recientes encuestas como la realizada por IPSOS⁴, que data del año 2018, reflejan que 8 de cada 10 españoles, lo que supone en torno al 85%, se muestran a favor de la regularización de la eutanasia. Apenas el 15% de la ciudadanía muestran, por el contrario, su disconformidad.⁵

¹ Álvarez, Pablo y Tuñón, Pablo (29/09/2019). *Un enfermo de ELA comparte su suicidio en televisión para exigir la eutanasia*. El Periódico.com Recuperado de: <https://www.elperiodico.com/es/politica/20190928/enfermo-ela-suicidio-protesta-eutanasia-7656282>

² Vinaixa, Lucía (04/04/2019). *Eutanasia por amor tras una vida juntos: Ángel prefiere 10 años de cárcel que ver sufrir a María José*. Periódico El Español. Recuperado de: https://www.elespanol.com/reportajes/20190404/eutanasia-juntos-angel-prefiere-sufrir-maria-jose/388462510_0.html

³ Sánchez, Álvaro (23/10/2019). *“Muere la campeona paralímpica Marieke Vervoort tras recibir la eutanasia”* Periódico El País. Recuperado de: https://elpais.com/deportes/2019/10/22/actualidad/1571777795_278951.html

⁴ Ipsos es una empresa líder en investigación de mercados a nivel global, con sede central en la capital francesa, París. Desde 2014, Ipsos cuenta con oficinas en 88 países y emplea a 16.530 personas. <https://www.ipsos.com/es-es>

⁵ IPSOS (05/11/2018). *El 85% de los españoles a favor de regularizar la eutanasia*. Recuperado de <https://www.ipsos.com/es-es/el-85-de-los-espanoles-favor-de-regularizar-la-eutanasia>

La normativa española vigente en la materia, hace referencia solamente en lo que se refiere al reconocimiento del derecho de los pacientes a rechazar los tratamientos que puedan alargar su vida, hablamos por tanto de la Ley de la Autonomía del Paciente del año 2002⁶ (en adelante, Ley de Autonomía del Paciente). En la misma línea, se consagran algunas leyes autonómicas, denominadas leyes de muerte digna, como por ejemplo las de las comunidades de Andalucía, Navarra, Aragón y País Vasco, entre otras. Todo ello sobre la base que sienta el artículo 143 apartado 4 del Código Penal⁷ castigando al que realice actos necesarios y directos para provocar la muerte de una persona que sufra una enfermedad grave o padecimiento difícil de soportar.

La primera iniciativa en entrar al Congreso de los Diputados fue la de Ciudadanos⁸, una proposición que contó con el sí del Partido Popular, del Partido Socialista y de Unidas Podemos. Sin embargo, no tuvo demasiadas opciones ante la disolución ulterior de las cámaras, dado que finalmente no vio la luz.

Mismas consecuencias tuvo la siguiente proposición, presentada por el grupo Unidas Podemos en el año 2017, dado que sólo obtuvo 86 votos a favor de Unidos Podemos, ERC, PNV y el grupo mixto, frente a los 131 votos en contra del PP, Foro Asturias y UPN y las abstenciones del PSOE, Ciudadanos, PdeCAT y Nueva Canarias.⁹ Es posteriormente, con la llegada de los socialistas al Gobierno Español, cuando se inicia la verdadera lucha por tramitar una ley sobre la eutanasia, una ley que fuera más allá de la regulación de los cuidados paliativos que ofrecía la de Ciudadanos.

La primera proposición de los socialistas, que entró en las Cortes Generales en mayo de 2018, se presentaba como una gran novedad, una regulación histórica en nuestro país que permitiría incorporar la eutanasia como un derecho cubierto por el Sistema Nacional de Salud. A pesar de ello, la Ley encontró muchos obstáculos en su tramitación, teniendo lugar en ese tiempo, el mediático caso de Ángel y María José,

⁶ Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, núm. 274, de 15 de noviembre de 2002, páginas 40126 a 40132 (7 págs.)

⁷ Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Boletín Oficial del Estado, núm. 281, de 24/11/1995. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-10566>

⁸ Ejerique, Raquel (13/06/2016). *Ciudadanos propone una Ley de Muerte Digna con medidas que ya existen*. Periódico Digital El Diario.es. Recuperado de: https://www.eldiario.es/sociedad/Ciudadanos-programa-Ley-Muerte-Digna_0_524597862.html

⁹ Villar, Fernando (22/03/2017). *El Congreso rechaza la iniciativa de Unidos Podemos para despenalizar la eutanasia*. Periódico digital 20 minutos. Recuperado de: <https://www.20minutos.es/noticia/2991394/0/congreso-rechaza-propuesta-podemos-eutanasia/>

mencionado anteriormente. El deseo de Ángel no se cumplió, la ley no se aprobó, y ayudó a morir a su mujer, aceptando las consecuencias que ello tendría.¹⁰

Este caso hizo que la sociedad se volcará más en la demanda de una ley que regulara este procedimiento, circunstancia que aprovechaba el Partido Socialista para seguir apostando por su propuesta, y todo ello a pesar de la presentación por el Partido Popular de una enmienda, que retrasaba aún más su llegada, si bien no fue apoyada por ningún otro grupo parlamentario. Pero la vida de la ley no llegó mucho más allá, el bloqueo de la Mesa así lo impedía.

Los socialistas volvieron a registrar su proposición de Ley Orgánica de regulación de la Eutanasia en julio del pasado año 2019¹¹, introduciendo algunas modificaciones sustanciales. Empero, los frustrados intentos de Pedro Sánchez en formar gobierno nos avocaron a nuevas elecciones y ello dejaba de nuevo en el aire la aprobación del mencionado texto. De manera análoga, Unidas Podemos registró en el Congreso por segunda vez, el 22 de julio de 2019¹², su propuesta de regulación de la eutanasia.

Tantas trabas e impedimentos para dar luz verde a la regulación han dado lugar a sucesos como el que saltaba en las noticias recientemente. Alrededor de unos veinte socios de la asociación española del Derecho a Morir Dignamente (en adelante, DMD) adquirirían por internet la sustancia letal llamada *Pentobarbital*, utilizada para los procedimientos de eutanasia en aquellos países donde su práctica es legal, y procedente en este caso de Estados Unidos.

La policía nacional visitaba el pasado diciembre varios domicilios e incautaba las sustancias, sin orden judicial que la respaldara, circunstancia que ha sido denunciada por DMD, recordando a sus socios que comprar o tener esta sustancia para consumo propio no constituye la comisión de un delito. Fuentes policiales afirman que la

¹⁰ Ángel Hernández, marido de María José Carrasco, ha sido acusado de un delito de cooperación al suicidio, cuyas penas oscilan entre los dos y los diez años de prisión. Su caso fue investigado por un juzgado de Instrucción de Madrid que decidió inhibirse a favor de un Juzgado de Violencia sobre la Mujer, amparándose en la Ley de violencia de género y en la doctrina del TS que determina que aquellos delitos en relación con el homicidio que haya cometido una persona contra quien fuera su esposa o con la que haya tenido análoga relación de afectividad, deben ser investigados por juzgados específicos.

¹¹ Redacción Médica (30/07/2019). *El PSOE rescata su ley de eutanasia con cambios en el papel del médico*. Recuperado de: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/parlamentarios/el-psoe-rescata-su-ley-de-eutanasia-con-cambios-en-el-papel-del-medico-7028>

¹² Cordero, Paco (18/07/2019). *Podemos reta al PSOE y registra de nuevo su ley para regular la eutanasia*. Recuperado en: https://www.consalud.es/politica/parlamentos/podemos-reta-al-psoe-y-registra-de-nuevo-su-ley-para-regular-la-eutanasia_66611_102.html

investigación está abierta, y desde el Ministerio de Sanidad se confirma el conocimiento de esta situación tan compleja que abarca más países.¹³

Por todo ello, la finalidad primordial de este trabajo consiste en analizar y consolidar el contenido básico que debe abordar cualquier norma o disposición en materia de Eutanasia, teniendo como referencia el contenido regulado por las distintas proposiciones presentadas.

Dicho contenido esencial se estructurará en nueve capítulos que se desarrollarán a lo largo del presente texto para acto seguido, realizar un examen de derecho comparado, destacando aquellos países europeos que cuenten con regulaciones sobre eutanasia y suicidio asistido. Se expondrán las regulaciones de Holanda, Bélgica, Luxemburgo y Suiza, principalmente, aunque se hará referencia sucinta a otros países, ya sea porque tengan aspectos similares o porque cuenten con unas diferencias notables a destacar.

2. CONTENIDO BÁSICO DE LA NORMATIVA EN MATERIA DE EUTANASIA. ANÁLISIS DE LAS PROPOSICIONES DE LEY ESPAÑOLAS.

CAPÍTULO I. OBJETO, ÁMBITO DE APLICACIÓN, PRINCIPIOS INSPIRADORES Y DEFINICIONES.

Este capítulo encuadraría lo que comúnmente se conoce como *Disposiciones generales*. Las disposiciones generales se utilizan para establecer los enunciados relativos a los aspectos más genéricos de la materia que regula la norma jurídica de que se trate. En ese sentido, deben establecerse artículos relativos al objeto de la ley, su ámbito de aplicación, sus principios inspiradores, así como las definiciones de los términos más recurrentes.

1. OBJETO.

Resulta obvio que el **objeto de una ley** sobre la eutanasia sea la de regular ese derecho que corresponde a toda persona a poner fin a su vida, siempre que cumpla con unas determinadas condiciones, así como el procedimiento que ha de seguirse, las

¹³ Remacha, Belén (16/12/2019). “*Derecho a Morir Dignamente denuncia la incautación policial de un fármaco para la eutanasia a varios enfermos*”. Periódico digital El diario.es. Recuperado de: https://www.eldiario.es/sociedad/Derecho-morir-eutanasia-farmaco_0_974653146.html

garantías que han de tenerse en cuenta y las obligaciones que han de observarse por los profesionales sanitarios, por cuanto en ellos y ellas recae la responsabilidad de realizar la prestación con la mayor diligencia. Así lo recogen las tres proposiciones.

A pesar de que el texto de Ciudadanos¹⁴ recoge una redacción similar, podemos deducir de su lectura que el objeto va a diferir en cierto punto, pues lo que pretende no es regular derechos en materia de eutanasia o suicidio asistido, sino de establecer una ampliación de los derechos de los pacientes en el marco de los cuidados paliativos, previstos ya en la Ley de Autonomía del Paciente. De igual manera, es de destacar que el texto Unidas Podemos¹⁵, incluye un segundo apartado en el que equipara los efectos de la ley de la eutanasia al suicidio médicamente asistido, por lo que regula ambas situaciones.

2. ÁMBITO DE APLICACIÓN.

El ámbito de aplicación de la ley es otro de los puntos importantes, pues debemos delimitar la validez de la misma tanto en el aspecto subjetivo como espacial. En lo que respecta al ámbito subjetivo, es preciso mencionar los sujetos a los que va a resultar de aplicación el texto, pudiendo ser todas las personas físicas o jurídicas, públicas o privadas que actúen o se encuentren en el territorio español, así lo precisa el Partido socialista¹⁶. Además, establece que se entenderá que la persona jurídica se encuentra en territorio español cuando tengan: **a)** Domicilio social en España; **b)** Sede de dirección efectiva en España; **c)** Sucursal, delegación o establecimiento de cualquier índole en territorio español. Por otra parte, si bien se entiende que la ley será de aplicación en el

¹⁴Proposición de Ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida. Presentada por el Grupo Parlamentario Ciudadanos (16/12/2016). Boletín Oficial de las Cortes Generales, XII legislatura, Serie B, núm 66-1. Recuperado de:

http://www.congreso.es/portal/page/portal/Congreso/Congreso/Iniciativas?_piref73_2148295_73_1335437_1335437.next_page=/wc/servidorCGI&CMD=VERLST&BASE=IW12&PIECE=IWA2&FMT=INITXDIS.fmt&FORM1=INITXLBA.fmt&QUERY=%28proposicion+adj2+ley%29.tipo.&DOCS=283-283

¹⁵ Proposición de Ley orgánica sobre la eutanasia, presentada por el Grupo Parlamentario Confederal de Unidas Podemos-En Comú Podem-Galicia en Común (22/07/2019). Boletín Oficial de las Cortes Generales, XIII Legislatura, Serie B, núm 62-1. Recuperado de:

http://www.congreso.es/portal/page/portal/Congreso/Congreso/Iniciativas?_piref73_2148295_73_1335437_1335437.next_page=/wc/servidorCGI&CMD=VERLST&BASE=IW13&PIECE=IWA3&FMT=INITXDIS.fmt&FORM1=INITXLUS.fmt&QUERY=%28I%29.ACIN1.&DOCS=36-36

¹⁶ Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista (30/07/2019). Boletín Oficial de las Cortes Generales, XIII Legislatura, Serie B, Núm 64-1. Recuperado de:

http://www.congreso.es/portal/page/portal/Congreso/Congreso/Iniciativas?_piref73_2148295_73_1335437_1335437.next_page=/wc/servidorCGI&CMD=VERLST&BASE=IW13&PIECE=IWA3&FMT=INITXDIS.fmt&FORM1=INITXLUS.fmt&QUERY=%28I%29.ACIN1.&DOCS=33-33

territorio español, incluyendo las Comunidades y/o Ciudades Autónomas, ello no se menciona expresamente.

En el caso de la proposición de Ciudadanos, se especifica que serán las personas que se encuentren en el proceso final de su vida, el personal implicado en el cuidado o atención sanitaria, los centros, servicios y establecimientos sanitarios, tanto públicos como privados, y las entidades aseguradoras y mutualidades que presten sus servicios en el territorio nacional, los sujetos a los que se les aplique la ley. A diferencia de la anterior, se alude al territorio español como marco de aplicación espacial de la ley, sin perjuicio de la normativa que pudiera desarrollar, en su caso, cada una de las Comunidades Autónomas en el ámbito de sus competencias.

La Proposición de Unidas Podemos es la que resulta más escueta de contenido en ese aspecto, pues sólo alude al desarrollo de la ley en todos los ámbitos sanitarios y socios sanitarios, públicos o privados, en los que se preste asistencia para morir a personas. A pesar de ello, es la única que recoge que el ámbito de aplicación se puede extender a los domicilios particulares, cuando así se solicite. Respecto de este último punto, se ha de resaltar que el primer texto de los socialistas sobre la eutanasia recogía igualmente la posibilidad de amplificar los efectos de la ley a los domicilios. Sin embargo, ese punto se excluye del texto más reciente, si bien sigue haciéndose alusión al mismo en otros apartados, como se verá más adelante.

3. PRINCIPIOS INSPIRADORES.

Un tema tan recurrente y tan socialmente demandado como es la regulación de la ayuda para morir, debe contener una serie de principios que inspiren y determinen esa regulación, aunque se pueda desarrollar de forma más detallada en la exposición de motivos. Así, Unidas Podemos recoge la libertad y la dignidad humana en toda su amplitud, desde el desarrollo de los principios de autonomía, solidaridad, beneficencia y no maleficencia.

Ciudadanos dedica en este caso un artículo entero a determinar los principios básicos que inspiran su texto, siendo éstos: la garantía del pleno respeto al derecho a la dignidad de la persona en el proceso final de su vida, la libertad, autonomía y voluntad de la persona, el rechazo o interrupción de un tratamiento para la dolencia, la garantía el

derecho a recibir cuidados paliativos, la igualdad y ausencia de discriminación y por último, la garantía de una atención sanitaria personalizada, mediante el trabajo conjunto de los distintos sistemas de salud y servicios sociales.

4. DEFINICIONES: MENCIÓN AL CONTENIDO DE LA LEY.

Para finalizar este apartado, hemos de mencionar y definir los términos más recurrentes a lo largo de la ley, ya sean de carácter jurídico o médico en aras de otorgar mayor claridad a la hora de enfrentarnos a dichos conceptos, entender su significado y conocer el alcance de los mismos. Algunas ejemplos de estas *Definiciones* pueden ser: eutanasia, suicidio asistido, enfermedad grave e incurable, médico responsable, cuidados paliativos,... etc. En este punto, y a la vista de las definiciones, podemos hacernos a la idea de lo que la ley pretende regular, esto es, si hablamos de Eutanasia, suicidio asistido o cuidados paliativos.

Ciudadanos regula los cuidados paliativos en general, haciendo referencia a conceptos como la obstinación terapéutica o la sedación paliativa. Unidas Podemos habla de eutanasia y de suicidio médicamente asistido, pero en el caso del Partido Socialista, se habla de prestación de ayuda para morir, estableciendo que se podrá producir de dos modos distintos: **administración directa al paciente** por el profesional sanitario de la sustancia que ponga fin a su vida, o la prescripción o suministro de la sustancia al paciente para que, ya sea en el centro sanitario o en su domicilio, pueda **auto administrársela** y provocar su muerte.

Por lo tanto, aunque no se mencionen expresamente, se puede comprobar que ambas modalidades se corresponden con la Eutanasia y el Suicidio médicamente asistido. Por ese motivo, puede resultar quizás confuso el hecho de que la ley no extienda su aplicación a los domicilios particulares, como hemos visto que sí hace Unidas Podemos, pues se hace referencia al mismo como lugar en el que se lleva a cabo la auto suministración de la sustancia por el propio paciente (esto es, el suicidio asistido).

No ha sido, sin embargo, este modelo el que ha adoptado un país como Suiza, principalmente porque la práctica de la eutanasia no es legal, si bien la existencia de un

vacío legal en el Código Penal suizo¹⁷ hace posible el Suicidio Asistido. En concreto, se trata del contenido de los artículos 114 y 115 del meritado texto, que llevan por rúbrica: “Homicidio a petición de la víctima” e “Incitación al suicidio asistido”, respectivamente.

Siguiendo ese orden, se señala:

“Any person who for commendable motives, and in particular out of compassion for the victim, causes the death of a person at that person’s own genuine and insistent request is liable to a custodial sentence not exceeding three years or to a monetary penalt”.

Todo aquél que, dejándose llevar por un móvil honorable, especialmente piadoso, cause la muerte a una persona bajo una petición seria y apremiante será castigado con una pena privativa de libertad de hasta tres años o con una pena pecuniaria.

De otro lado,

“Any person who for selfish motives incites or assists another to commit or attempt to commit suicide is, if that other person thereafter commits or attempts to commit suicide, liable to a custodial sentence not exceeding five years or to a monetary penalty”.

Todo aquél que, empujado por un móvil egoísta, incite a una persona al suicidio, o le haya prestado su ayuda para ello, será, tanto si el suicidio se consume como si sólo llega a ejecutarse, castigado con una pena privativa de libertad de hasta cinco años o a una pena pecuniaria. Es decir, que cuando se trata de ayudar a una persona a morir bajo su petición, la finalidad con la que se lleva a cabo esa práctica debe ser de lo más respetable y piadosa; y en el supuesto del suicidio asistido, se castiga cuando la conducta que mueva esa acción revista de un tinte interesado.

Llegamos pues a la conclusión de que en este último supuesto, del artículo 115, existe ausencia de reglamentación legislativa respecto a cuándo el suicidio asistido se lleva a cabo mediante el *“móvil honorable, especialmente piadoso”*.

¹⁷ Code pénal suisse du 21 décembre 1937 (Etat le 1er novembre 2019). Recuperado de: <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19370083/index.html>

4.1. Especial mención al médico responsable y a los profesionales farmacéuticos.

Importante es también dejar constancia de otra definición importante como es la del **médico responsable**, pues será profesional sanitario encargado de coordinar la información y asistencia sanitaria del paciente, constituyéndose como el principal interlocutor en todo lo que se refiera a la atención del paciente en el procedimiento. Así, recogen las proposiciones españolas que el médico responsable es aquel que acompaña al paciente en todo momento, sin perjuicio de otros profesionales que puedan tener algún tipo de intervención de menor entidad, y esto es sin duda, acertado.

Países como Holanda, hacen especial hincapié en su legislación¹⁸, en que sea el médico encargado del caso del paciente, y ello puede constituir una doble finalidad: por un lado, garantizar el adecuado devenir del procedimiento, pues es el profesional que mejor puede valorar la situación y saber qué decisión tomar; y por otro, dotar de seguridad jurídica al procedimiento, evitando que, aquellas personas que residan en lugares donde no está permitida la práctica de la eutanasia, puedan trasladarse temporalmente para acceder a ella, a través de cualquier profesional disponible.

Pero no sólo el médico que atiende normalmente a un paciente es el único que puede practicar eutanasia en Holanda¹⁹. Se prevé que un médico diferente también esté legitimado a petición del solicitante, si bien este profesional tiene la carga de demostrar que se informó suficiente de la situación de éste y además, de plasmar en el informe que remitirá posteriormente al Comité, las conversaciones que haya mantenido con el paciente sobre su situación. En este caso, nos referimos a situaciones excepcionales en las que el médico encargado no se encuentre disponible, y la salud del paciente se haya menoscabado considerablemente.

Incluso hay legislaciones como la de Bélgica²⁰, que mencionan e incluyen como sujeto o parte del procedimiento al profesional farmacéutico, estableciendo que será el

¹⁸ “*The Termination of Life on Request and Assisted Suicide, (Review Procedures) Act*” (2002) Ley de Comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio. Recuperado de: <https://derechoamorrir.org/eutanasia-mundo/>

¹⁹ Aycke O. A. Smook (2016) “*La eutanasia en Holanda: más de cuarenta años de experiencia*” Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas, núm. 41.

²⁰ “*Ley del 28 de mayo 2002 relativa a la Eutanasia Completada por la ley del 10 de noviembre 2005*”. Traducción de: Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente 12/2016.

encargado de entregar la sustancia letal prescrita al médico. Será el Rey el que fijará los criterios de prudencia y las condiciones a las cuales deben satisfacer la prescripción y la entrega de los medicamentos que se utilizaran como sustancias letales, tomando las medidas necesarias para asegurar la disponibilidad de las sustancias letales, incluso en las oficinas de farmacias accesibles al público. Se habla por tanto de su responsabilidad, lo que implica que si el farmacéutico actúa conforme a una prescripción médica que cumple lo contenido legalmente, no incurre en responsabilidad alguna.²¹

CAPÍTULO II.- DERECHOS DE LAS PERSONAS SOLICITANTES.

La eutanasia constituye aquel comportamiento de una persona que padece una enfermedad o padecimiento grave e incurable y que influye negativamente en su calidad de vida. Constituye una práctica en la que entroncan los intereses de la persona que quiere poner fin a su sufrimiento, y los del tercero que con su intervención hace posible la anticipación del momento de la muerte (Díez Ripollés, 1995).²²

1. DERECHOS DE LOS PACIENTES O SOLICITANTES.

La persona que solicite la ayuda de eutanasia o ayuda para morir, goza de una serie de derechos, y ellos se deben ver reflejados en el texto de la ley. No se trata sólo de plasmar los derechos que podamos incluir respecto de la propia prestación, sino de integrar los derechos que conviven y que se relacionan con la situación de eutanasia y que se encuentran recogidos tanto a nivel nacional, en nuestra norma suprema, como a nivel europeo, en textos como el Convenio Europeo de protección de los derechos humanos (CEDH)²³ o en la Carta europea de Derechos fundamentales²⁴, si concretamos.

Hablamos del derecho al respeto a la vida privada y familiar, del derecho a la libertad de pensamiento, conciencia o religión, de la no discriminación e incluso del derecho a la integridad física. Pero sin duda, el derecho más importante a la par de controversial, es el Derecho a la vida, por cuanto se discute si el contenido del mismo incluye el derecho de la persona a elegir la forma en la que dispone de ella, esto es, el derecho a morir.

²¹ Artículo 3 bis introducido por la Ley 10 de noviembre de 2005.

²² Díez Ripollés, Jose Luis (1995) “*Eutanasia y Derecho*” Anuario de filosofía del derecho XII 83 .114

²³ Convenio para la protección de los derechos humanos y de las libertades fundamentales, hecho en Roma el 4 de noviembre de 1950. Boletín Oficial del Estado núm. 243 de 10 de Octubre de 1979.

²⁴ Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2016/c 202/02). Diario Oficial de la Unión Europea. Recuperado de: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=celex:12016P/TXT>

En ese sentido, la Corte Constitucional de la República de Colombia mediante sentencia del año 1997, entendía que eran perfectamente relacionables la autonomía de la persona, en cuanto al libre desarrollo de su personalidad y el derecho a elegir sobre el final de su vida ante una grave enfermedad, entendiéndose por tanto que solo el titular del derecho a la vida puede decidir cuándo resulta conciliable con la dignidad humana. Añade además que *“los derechos fundamentales no obstante su consagración constitucional y su importancia, no son absolutos y, por tanto, necesariamente deben armonizarse entre sí con los demás bienes y valores protegidos por la Carta, pues, de lo contrario, ausente esta indispensable relativización, la convivencia social y la vida institucional no serían posibles”*²⁵

Igualmente, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos declaró mediante sentencia nº 67810/10, en el año 2013²⁶ que el suicidio asistido se encuadra dentro del derecho que tiene la persona a decidir sobre el fin de su vida, y que por tanto entra dentro el contenido del artículo 8 de la Convención de Derechos Humanos relativo al Derecho al *respeto de la vida privada y familiar*.

Pero sin entrar en ese debate, hemos de centrarnos en los derechos contenidos en las proposiciones españolas, ya que cada grupo parlamentario enumera o menciona distintos. Por un lado, Partido Socialista y Unidas Podemos, recogen principalmente el derecho general a solicitar la ayuda para morir, siempre y cuando el solicitante cumpla con los requisitos establecidos. Además, esa solicitud debe ser consecuencia de una decisión voluntaria, basada en el conocimiento de las circunstancias más relevantes de su estado de salud, después de haber sido informado o informada por el médico responsable.

No se mencionan más derechos de los pacientes, cosa que es consecuencia de que ya exista una regulación de estos derechos por la Ley de Autonomía del Paciente que hemos mencionado. Se argumenta de esa manera, que ese marco jurídico creado por la Ley 41/2002 y por las diferentes leyes autonómicas, hace que no sea necesario incluir el contenido de las mismas en el texto que regule la eutanasia. A pesar de ello, se considera conveniente que, aunque no se pormenoricen cada uno de ellos, se nombren de manera sucinta y se haga remisión a la mencionada disposición.

²⁵ Sentencia C-239/97 de 20 de mayo de 1997 de la Corte Constitucional de la República de Colombia.

²⁶ Caso Gross v. Suiza (2013) Sección 2 del Tribunal Europeo de Derechos Humanos. Estrasburgo

Y es en ese sentido en el que oscila la proposición de Ciudadanos, ya que menciona y regula una amplia lista de derechos que asisten a las personas que se encuentran en la etapa final de su vida, y se desglosan de la siguiente manera:

1. ***Derecho a la información asistencial***, que consiste en que, la persona que tenga que afrontar la difícil decisión de poner fin a su vida, reciba toda la información relacionada con su salud, y debiendo quedar recogida la información solicitada, por el paciente o por terceros, en el historial clínico del mismo. Así, aquellas personas que padezcan o sufran una enfermedad irreversible en los que se determine la posibilidad de fallecimiento a medio o largo plazo, tienen derecho a ser informados de que tienen la posibilidad de recurrir a la redacción de un testamento vital o últimas instrucciones, con el fin de que tomen una decisión con la mayor antelación posible, y cuando la situación les permita hacerlo de forma reflexiva.

Se prevé la posibilidad de que, a pesar del ofrecimiento de la información asistencial por los profesionales, el paciente rechace voluntariamente el ser informado. Esa decisión deberá respetarse, pero siempre advirtiendo que conocerlas es pertinente, debiendo el paciente nombrar a una persona que reciba la información en su representación. Esta designación deberá constar por escrito ya que debe incluirse en la historia clínica del paciente. De igual manera, si nos encontramos en el supuesto de un paciente que por su estado físico o psíquico, se ve incapacitado para comprender la información, la misma puede ser brindada a un representante.

Si la persona se encuentra incapacitada legalmente, resulta obvio que la información sea facilitada al representante legal. Pero, en caso de no tener representante, ya sea por no haber sido declarado judicialmente incapaz o por otra causa, se entiende posible al cónyuge o pareja de hecho que conviva con el paciente, o a la persona que, sin ser su cónyuge, conviva o esté a cargo de la asistencia o del cuidado de éste, y a los familiares hasta el cuarto grado de consanguinidad. El paciente puede además, solicitar la información por escrito, a fin de que pueda consultar con otro facultativo y conseguir una segunda opinión sobre su estado de salud.

Ese derecho se limita, permitiendo al médico responsable que, por razones objetivas, no informe a la persona enferma de su estado ya que el conocimiento del mismo podría provocar un empeoramiento en modo grave. En ese sentido, el profesional deberá dejar constancia de su decisión e informarlo a las personas

vinculadas al paciente. Se deja claro que esta excepción no será aplicable en pacientes con situación terminal, salvo que se trate de medidas destinadas a aliviar el sufrimiento.

2. Derecho a la toma de decisiones y al consentimiento informado. A este derecho se hace alusión en momentos anteriores, cuando hablábamos de los principios que inspiraban el nacimiento de esta ley, pues no hay duda de que las personas que se encuentren en el proceso de fallecimiento, tienen derecho a tomar decisiones que se refieran a las intervenciones sanitarias a las que puedan ser sometidos, ya sea mediante lo que la ley denomina declaración de voluntades anticipadas u otro tipo de instrucciones que se prevén en el Ordenamiento jurídico. La toma de decisiones debe ser libre y voluntaria, una vez que hayan valorado la información facilitada sobre su estado.

El consentimiento informado, por su parte, resulta ser uno de los documentos más importantes dentro de las intervenciones sanitarias, pues constituye la conformidad libre y voluntaria del paciente en relación a las actuaciones que sobre su salud vayan a practicarse²⁷. Con carácter general, será verbal, aunque siempre ha de ser necesaria su constatación por escrito cuando nos refiramos a “*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*”. Entendiendo la eutanasia como una intervención que se asemeja con las mencionadas, debe ser manifestado oralmente y plasmado por escrito.

3. Derecho a otorgar instrucciones previas. El documento de instrucciones previas es aquel en el que se manifiesta, de forma anticipada por una persona, su voluntad respecto de determinadas circunstancias relativas a su fallecimiento, para el caso de que llegado el momento, no pueda expresarlas por sí mismo. En otros países, se les denomina simplemente **documento de voluntades o directivas anticipadas**. Suiza es uno de los países que se refiere a ellas, aunque comúnmente las denomina “**Testamento vital**”, previsto para aquellas personas que no puedan expresar su voluntad, y que dejen constancia por escrito de qué atención médica desea o rechaza.

²⁷ Artículo 3 de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, núm. 274, de 15 de noviembre de 2002, páginas 40126 a 40132 (7 págs.)

Así, el apartado 1º del artículo 370 del Código Civil Suizo²⁸ dispone: “*Cualquier persona capaz de discernir puede determinar, con instrucciones anticipadas, el tratamiento médico al que consienten o no en caso de que se vuelvan incapaces de discernir*”

En ese sentido, la presente proposición, en términos similares a la Ley de Autonomía del Paciente, permite al paciente la manifestación anticipada de su voluntad respecto de los cuidados y tratamientos, pudiendo realizar la misma a través de documento público o documento otorgado conforme a lo establecido en la normativa de las Comunidades Autónomas, debiendo ser en este caso inscrito en el Registro Nacional de Instrucciones Previas. Estas instrucciones previas podrán ser objeto de modificación o revocación por el paciente en cualquier momento.

A pesar de que no se configure por las otras proposiciones como un derecho, la posibilidad de solicitar la ayuda para morir a través de las últimas voluntades o instrucciones previas sí que se recoge a lo largo de la redacción de las mismas, como se estudiará más adelante.

Es más, Suiza recoge en su Código Civil el **derecho intervención de la autoridad de protección de adultos**²⁹ y lo aplica por analogía a las instrucciones anticipadas. Se trata de la facultad que tiene cualquier persona cercana al paciente para pelar por escrito a la autoridad de protección de adultos cuando:

Cualquier persona cercana al paciente puede apelar por escrito a la autoridad de protección de adultos cuando:

- 1º No se respetan las instrucciones anticipadas del paciente;
- 2º Los intereses del paciente están o pueden estar en riesgo;
- 3º Las instrucciones anticipadas no son una expresión de la libre voluntad del paciente

4. Derecho al rechazo y a la retirada de la intervención. Se refiere el derecho de la persona a rechazar el tratamiento o procedimiento que haya propuesto el personal sanitario pertinente, así como revocar el consentimiento informado que se haya

²⁸ Code civil suisse du 10 décembre 1907 (Etat le 1er janvier 2020). Consultado en: <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19070042/index.html>

²⁹ Artículo 373 Código Civil Suizo. Consultado en: <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19070042/index.html>

otorgado a cualquier intervención. Tanto el rechazo del tratamiento como la revocación del consentimiento informado deberán ser por escrito.

5. Derecho de información asistencial y la toma de decisiones en los casos de personas incapacitadas y menores de edad. Si nos referimos a personas que hayan sido declaradas incapaces por la autoridad judicial, se estará a lo que diga la sentencia. Si hablamos de personas incapacitadas de hecho, estos derechos serán ejercidos por:

- a) La persona designada específicamente a tal fin en la declaración de voluntad vital anticipada.
- b) La persona que actúe como representante legal.
- c) El cónyuge o persona vinculada por análoga relación de afectividad.
- d) Los familiares de grado más próximo y dentro del mismo grado el de mayor edad.
- e) En última instancia, quién decidan las autoridades judiciales.

La proposición de Ciudadanos se refiere también a los menores y les otorga no solamente el derecho a ser informados de su enfermedad, de forma adaptada a su edad y capacidad de comprensión, sino a todos los derechos que se comprenden en los artículos 18 a 21 de la Ley de protección a la Infancia y la Adolescencia (LIA)³⁰

Estos derechos no solo hacen referencia a los derechos de salud de los menores, sino también a aquellos otros que deben garantizar las administraciones sanitarias, tales como la recepción de toda la información relacionada con su estado, el acompañamiento durante la estancia hospitalaria, incluso la disposición de lugares adecuados que respondan a sus necesidades, cuidados, educación y juegos.

Cuando el menor no tenga la capacidad suficiente como para comprender el alcance de su situación de salud, actuarán en su nombre sus representantes legales, escuchando la opinión del menor si tiene doce años. En el caso de menores emancipados o con dieciséis años, no cabe que se preste el consentimiento por representación, si bien los progenitores podrán ser informados en caso grave, y su opinión será tenida en cuenta.

³⁰ Ley 3/2005, de 18 de febrero, de Atención y Protección a la Infancia y la Adolescencia. Boletín oficial del Estado núm. 274, de 14 de noviembre de 2011, páginas 117217 a 117276 (60 págs.) Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2011-17778>

Es destacable que Suiza habla de la **toma de decisiones**, pero no referida a los menores de edad. Prevé por su parte que en ausencia del documento de directivas anticipadas, los familiares y/o cuidadores están autorizados para tomar decisiones que se basen en la presunta voluntad del paciente, si bien en vez de esta opción, es posible designar a un representante. De esa manera, el Código Civil Suizo, dispone:

“También puede designar a una persona física a quien se le pedirá que consulte con el médico sobre la atención médica que se le administrará y que decida en su nombre en caso de que sea incapaz de discernir. Ella puede dar instrucciones a esa persona”³¹

6. Derecho a los cuidados paliativos integrales y al tratamiento al dolor, indicando que estas personas tienen derecho a que se les facilite cualquier posibilidad de alivio del dolor, incluida la sedación paliativa, si el dolor causa un grave sufrimiento. En estos casos, los centros sanitarios deberán disponer de los medios necesarios para prestar dichos cuidados.

7. Derecho de acompañamiento y del Derecho a la intimidad personal y familiar. En virtud de éstos, todas estas personas que se encuentren en el proceso final de su vida tienen derecho a que sean acompañados en los centros sanitarios de su entorno familiar, afectivo y social y además a recibir la asistencia espiritual que consideren. En ambos casos, podrán limitarse los derechos mencionados en el caso de que la presencia de determinadas personas sea desaconsejable.

En lo que respecta a la intimidad personal y familiar, se reconoce como derecho de los pacientes, instando a los centros a que faciliten habitación individual para los mismos. Pero no solamente se menciona la intimidad en ese ámbito, pues se hace referencia al derecho de protección de todos los datos del paciente respecto de su situación sanitaria, así como todos los documentos incluidos en la misma.

Podemos observar en este apartado de la proposición, en términos generales, una gran influencia de la legislación de Luxemburgo que, si bien cuenta con normativa en materia de eutanasia, también dispuso análogamente la regulación de los cuidados

³¹ Artículo 370.2 del Código Civil Suizo. Consultado en: <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19070042/index.html>

paliativos³² en el año 2009, incluyendo disposiciones sobre la directiva anticipada y el acompañamiento al final de la vida.

Así, reconoce el derecho a los cuidados paliativos de la persona solicitante, dirigidos a cubrir las necesidades físicas, psíquicas y espirituales de la persona; el derecho de manifestar su voluntad mediante las directivas anticipadas, que deben ser consignadas por escrito y firmadas por el autor; y finalmente del derecho de acompañamiento de la persona en el momento final de su vida, y consecuentemente del permiso que debe solicitar el acompañante. Éste último, consiste en el establecimiento de un permiso remunerado en favor del trabajador (ya sea autónomo o trabajador por cuenta ajena) que lo solicite para acompañar a ascendientes o descendientes hasta el segundo grado, cónyuge o pareja de hecho que padezca una enfermedad grave y se encuentre en fase terminal. Dicho permiso tendrá una duración de hasta **cinco días**.

Asimismo, éste es un derecho reconocido en un país como Suiza, que a pesar de tener una regulación un tanto especial, cómo veremos más adelante, hace alusión a la posibilidad de que en el caso de los residentes suizos que deseen morir acompañados, se permita practicar el suicidio en sus propios hogares; y en el supuesto de extranjeros, es posible que se designe a un acompañante, teniendo lugar el fallecimiento en algunos de los locales facilitados por la entidad.

2. DERECHOS RECONOCIDOS A LOS PROFESIONALES MÉDICOS: LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA.

Pero no solamente se van a reconocer derechos a los pacientes o solicitantes, sino también a los profesionales médicos. Efectivamente, hay un derecho que debe reconocerse, en este caso, a estos profesionales y es el mencionado **Derecho a la Objeción de Conciencia**. Ésta permite que el médico o médica, por motivos éticos o ideológicos, se abstenga de dispensar la prestación de ayuda para morir. La Constitución española no contempla como tal un derecho genérico a la objeción de conciencia, sino que regula supuestos más concretos como la objeción al servicio militar y la cláusula de conciencia de los periodistas.

³² Ley de 16 de marzo de 2009 relativa a los cuidados paliativos, a la directiva anticipada y al acompañamiento al final de la vida. Diario Oficial del Gran Ducado de Luxemburgo, núm 46. Recuperado de: <https://derechoamorir.org/eutanasia-mundo/>

De hecho, ha sido el Tribunal Constitucional, en sentencia de 27 de octubre de 1987³³, el que ha precisado que la objeción de conciencia es un derecho constitucional, más no fundamental, reconociendo sin embargo que su protección debe ser a semejanza de los derechos fundamentales mediante el recurso de amparo constitucional. Y es que se trata de un derecho reconocido por la Doctrina constitucional en especial a los que desempeñen funciones en el ámbito sanitario y en determinadas prácticas, como por ejemplo la dispensa de medicamentos para la interrupción voluntaria del embarazo. En el caso de una práctica como la de la eutanasia, es manifiestamente elemental su inclusión en la ley.

El Partido Socialista le dedica un artículo, garantizando el ejercicio del mismo por el personal sanitario en el momento de prestar la ayuda, debiendo dejar constancia de esa manifestación con la antelación suficiente y por escrito. En ese sentido, propone la creación de un **Registro de Profesionales Sanitarios Objetores de Conciencia** por las administraciones sanitarias, inscribiéndose en ellas todas las declaraciones de objeción de conciencia.

Unidas Podemos también reconoce la objeción de conciencia, pero a diferencia de la anterior, recoge más específicamente el procedimiento a seguir cuando un profesional decide negarse a practicar la eutanasia. Esto en ningún caso podrá suponer una limitación del derecho de acceso a la misma que tiene paciente, además de que la negativa del médico debe ser una decisión individual.

En cuanto al procedimiento, se establecen los siguientes factores a tener en cuenta:

“c) El profesional sanitario que decidiera ejercer la objeción de conciencia deberá comunicárselo a la persona que solicite la eutanasia en el mismo momento de la solicitud y manifestarlo por escrito a la dirección de la institución sanitaria responsable, así como comunicárselo en el momento de la solicitud a la persona solicitante.

d) El profesional sanitario que decidiera ejercer la objeción de conciencia estará obligado a ofrecer al solicitante de eutanasia otro médico que no ejerza la objeción de

³³ Sentencia del Tribunal Constitucional 161/1987, de 27 de octubre. Boletín Oficial del Estado núm. 271, de 12 de noviembre de 1987.

conciencia, compartiendo con este la información necesaria para el correcto manejo del caso.

e) En la situación de que el personal médico o de enfermería ejerciera la objeción de conciencia resultando en un impedimento efectivo al ejercicio del derecho a la eutanasia, la Comisión de Evaluación de la presente ley deberá subsanar dicha traba y facilitar el acceso de la persona demandante de la eutanasia a un equipo de profesionales sanitarios no objetores”.

Por último, es notable mencionar un derecho de la normativa de Luxemburgo, el denominado ***Rechazo de la obstinación no razonable***, que corresponde al médico y que consiste en la posibilidad de abstenerse de realizar determinados exámenes y tratamientos no recomendables, pues según los conocimientos médicos actuales, los mismos no aportarían alivio, ni mejoría, ni mejor pronóstico en la esperanza de vida. Constituiría una acción parecida al ejercicio de la objeción de conciencia, pero en el ámbito de los cuidados paliativos.

CAPÍTULO III.- REQUISITOS DE ACCESO.

Las personas que tienen intención de acceder a la prestación de eutanasia deben cumplir con una serie de condiciones o circunstancias, todas ellas pensadas con la finalidad de consolidar un acceso controlado, pero siempre bajo la premisa de la igualdad y no discriminación en el mismo, bajo ningún concepto.

Podemos hablar por tanto, de establecer dos categorías de requisitos: **a)** Subjetivos-Objetivos, que van a ser exigidos a las personas solicitantes; y **b)** Formales, del documento de la solicitud. En ese sentido, las proposiciones de Unidas Podemos y Partido Socialista son las que enumeran las circunstancias que deben cumplir los solicitantes de eutanasia, ya que como hemos visto, la ley de ciudadanos no pasa de la línea de los cuidados paliativos.

1. REQUISITOS SUBJETIVOS/OBJETIVOS EXIGIDOS A LOS PACIENTES.

En lo que respecta a lo que vamos a denominar requisitos subjetivos-objetivos de los pacientes, el texto de los socialistas establece los siguientes:

1º. Ser nacional español o tener la residencia legal en España, mayor de edad, y con capacidad suficiente en el momento de la solicitud.

En primer lugar, al establecer este requisito, se excluye la posibilidad de que personas que no sean nacionales o residentes españoles vengán a solicitar la eutanasia, porque en sus países no les sea posible.

No es el caso de países como Bélgica o Suiza. En cuanto al primero, no se recoge entre sus requisitos la exigencia de nacionalidad belga o residencia en el lugar para acceder a la eutanasia. En el caso del segundo, hablamos de un país donde como ya se ha dicho, el suicidio asistido (recordemos que la eutanasia no es legal) se realiza mediante la intervención de unas organizaciones que prestan estos servicios de autodeterminación, autonomía y dignidad ante el proceso de la muerte, y cada una de ellas establece sus propios requisitos y límites. Sin embargo, previamente, es común a todas, el haber solicitado la inscripción mediante la cumplimentación de un formulario de membresía ya que ostentar la condición de socio de la organización es uno de los requisitos fundamentales sin el cual no se podrá acceder al suicidio asistido.

Algunas de estas organizaciones, como EXIT³⁴, exigen que el domicilio principal deba estar establecido en territorio suizo, es decir, no es suficiente quedarse durante unos días o ir de visita, restringiendo así la entrada de cualquier persona no residente. Sin embargo, otras como Dignitas³⁵, solo requieren ser miembro de dicha organización, seas residente en suiza o en el extranjero.

Este respaldo legal ha propiciado el fenómeno conocido como *“Turismo de la muerte”*³⁶, esto es, ciudadanos residentes en países extranjeros, sobretodo de países como Reino Unido, Alemania y Francia, que viajan a Suiza o a Bélgica para cumplir su deseo de morir. De hecho, Bélgica se ha visto saturada en los últimos años con la

³⁴ Página web EXIT: <https://exit.ch/>

³⁵ Página web Dignitas: <http://www.dignitas.ch/>

³⁶ Albuja, Cristina Z. (05/07/2016) *“El derecho al suicidio asistido en Suiza atrae al “turismo de la muerte”*. Periódico El Confidencial. Recuperado de: https://www.elconfidencial.com/mundo/2016-07-05/eutanasia-suiza-turismo-muerte_1227670/

llegada de pacientes provenientes de Francia, llegando a representar el 80% de los solicitantes, ya que en el país vecino está penada con la cárcel.³⁷

Y es que los servicios que ofrece el caso de Suiza respecto de esta prestación contienen no solo la atención médica específica para el paciente, sino alojamiento para los familiares que lo acompañen, servicios religiosos y funerarios e incluso transporte a las instalaciones donde se practica la ayuda, aunque es cierto que depende de la organización con la que el solicitante se ponga en contacto. De ahí que se le dé la connotación de *turismo*.

En contadas ocasiones algunas regiones de Suiza han intentado limitar el suicidio asistido con la finalidad de reducir este turismo de la muerte. Esto es posible ya que Suiza se conforma como un Estado Federal donde la Constitución protege la autonomía de cada uno de los cantones que conforman el país. Así, una de las características más importantes del sistema suizo es permitir la participación activa de los cantones (y por ende, de los ciudadanos) en las decisiones más importantes a nivel federal.

Para ello, se dota a los mismos de instrumentos de intervención como las iniciativas cantonales y el referéndum (Título IV, Capítulo I, Artículos 136 y ss), sin olvidarnos de que también cuentan con representación en la Segunda Cámara del Parlamento Suizo y de que, para poder llevar a cabo una modificación constitucional, se requiere mayoría no solo de los ciudadanos, sino de los propios cantones. De los veintitrés cantones que conforman el Estado, se dota a tres de ellos con medio voto y a los veinte restantes con un voto, por lo que para alcanzar la mayoría requerida, se necesitan doce de los veintitrés votos cantonales.

Así las cosas, el cantón de Zúrich convocó en el año 2011, a petición del partido Unión democrática Federal (UDF), el primer referéndum que recogía dos principales iniciativas: **a)** prohibir el suicidio asistido y **b)** limitar el acceso a éste permitirlo sólo para los ciudadanos locales, impidiendo a los extranjeros e incluso a personas residentes en otros cantones, beneficiarse de esta práctica. La primera de las iniciativas obtuvo una rotunda negativa, pues solo un 15% de los votos fueron favorables. No fueron muy

³⁷ Sánchez, Álvaro (05/01/2019) “El médico belga que ayuda a morir a los franceses”. Periódico El País. Recuperado de: https://elpais.com/sociedad/2018/12/10/actualidad/1544475522_949983.html

diferentes los resultados respecto de la segunda de las propuestas, pues también obtuvo solamente un 22% de votos favorables.³⁸

Posteriormente, en el año 2012 se volvió a convocar un referéndum sobre el suicidio asistido, esta vez en el cantón de Vaud, en el cual aprobó por el 61.6% de los votos la iniciativa que proponía aprobar una legislación que permitiera el suicidio asistido en Establecimientos médicos sociales, circunstancia que se vio favorecida al dictarse la sentencia anteriormente mencionada (sentencia n° 67810/10 de 2013). En la misma línea oscilaba el cantón de Neuchâtel presenta en 2017 a la Asamblea Federal³⁹ una iniciativa consistente en especificar las condiciones del suicidio asistido de las personas que lo solicitan, teniendo en cuenta sus circunstancias, y en el establecimiento de una regulación de las organizaciones de suicidio asistido, pero sin embargo, es archivada igualmente.

En lo que respecta a la consciencia en el momento de la solicitud, es notable destacarlo, ya que por ejemplo en el caso de un país como Canadá, que cuenta igualmente con regulación en la materia⁴⁰, se exige capacidad no solo en el momento de la solicitud sino también en el momento de la muerte. El caso de Audrey Parker⁴¹ así lo refleja, pues la maquilladora canadiense tuvo que poner fin a su vida antes de lo previsto dado que la legislación canadiense exige un consentimiento final, que implica que la persona se encuentre consciente y con lucidez en el instante de la muerte. No podía predecir el momento en el que el cáncer que padecía iba a afectar a su estado, y por ende, a su capacidad de decisión, por lo que tuvo que acceder a la eutanasia en un momento que ella no había elegido.

La respuesta social que se generó a raíz de este suceso navega en torno a la modificación de la legislación canadiense en ese punto. Expertos señalan que, si bien el principal objetivo de su introducción fue la de proteger a personas en situación de vulnerabilidad, lo cierto es que no se puede obviar que casos como estos dejan entrever

³⁸ BBC news (15/05/2011) “Switzerland: Zurich votes to keep assisted suicide” Recuperado de: <https://www.bbc.com/news/world-europe-13405376>

³⁹ Asamblea Federal. El Parlamento suizo (20/09/2017) “Iniciativa Cantonal Neuchâtel: Las condiciones para el suicidio asistido” Recuperado de: <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20170315>

⁴⁰ Bill C-14, Canada’s federal law on medical assistance in dying (2016) Recuperado de: https://laws-lois.justice.gc.ca/PDF/2016_3.pdf

⁴¹ Porras Ferreyra, Jaime (9/11/2018) “Una mujer adelanta su muerte para cumplir la ley de eutanasia en Canadá”. Periódico el País. Recuperado de: https://elpais.com/sociedad/2018/11/09/actualidad/1541775548_087980.html

la posible alteración de la voluntad de los solicitantes. Por ello, es importante la aclaración de que sea en el momento inicial de la solicitud y así evitar los problemas que puedan surgir.

Por su parte, Unidas Podemos recoge que podrán acceder los mayores de 18 años, capaces y conscientes, **así como los menores emancipados legalmente**. Por lo tanto, incluye a los menores con edades comprendidas entre los dieciséis (ya que es la edad exigida para la emancipación por nuestro Código Civil)⁴² y los dieciocho años, como pacientes que puedan solicitar la eutanasia.

Holanda, siendo el primer país europeo en regular la eutanasia,⁴³ ya contemplaba en su ley de 2002 la eutanasia en menores de edad, y lo hace atendiendo a la siguiente clasificación:

- Menor que cuente con, al menos, **dieciséis años**, que ya no pueda expresar su voluntad de morir, pero que previamente si lo estuviera y redactara una declaración por escrito donde hiciera constar su deseo de terminar su vida. Es decir, se permite que se practique la ayuda para morir a una persona que no puede expresar un consentimiento en el momento, pero que lo prestara en un momento anterior en el que supuestamente era conocedor y consciente.

- Menores que tengan una edad comprendida entre los **dieciséis y dieciocho** años, o incluso con una edad entre los **doce y los dieciséis**, con capacidad de discernir sobre sus intereses. En estos casos, el médico o médica puede practicar la eutanasia o auxilio al suicidio, dando la posibilidad de que el padre, madre, tutor legal o persona con la patria potestad, participe en la toma de decisiones.

Esto supuso en su momento establecimiento de un gran y peligroso marco de actuación para los profesionales sanitarios, y que en su día provocó que se practicasen eutanasias a menores que no la habían pedido pero en las que mediaba el consentimiento de los padres, siendo diecisiete casos en concreto; e incluso sin que

⁴² Artículo 317 del Real Decreto de 24 de julio de 1889 por el que se publica el Código Civil. «Gaceta de Madrid» núm. 206, de 25/07/1889. Disponible en: <https://boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1889-4763>

⁴³ Álvarez Gálvez, Íñigo (2002) La Eutanasia voluntaria autónoma. Madrid, España. Editorial Dykinson pp. 214 y ss

hubiera mediado petición ni del menor ni de sus padres. Estos últimos fueron solamente tres casos.⁴⁴

Pero no solo se permite la eutanasia a adultos y menores de edad, sino que esta prestación ya abarca también a los **recién nacidos**. En la práctica, ya era algo común, incluso antes de que se promulgara la ley de eutanasia, que se llevara a cabo la ayuda para morir a bebés recién nacidos, pues tras los resultados de dos encuestas realizadas a nivel nacional en los años 1995 y 2001, se llegó a la conclusión de que la mayoría de bebés con una edad de menos de 12 meses, con enfermedades o padecimientos incurables, fallecieron como consecuencia de que se suspendieran los tratamientos de soporte vital. A pesar de ello, solamente se revisaron tres casos de eutanasia a bebés, o como se denomina, eutanasia neonatal, entre 1997 y 2005. En los tres, se daba la circunstancia de que los recién nacidos padecían ciertas malformaciones genéticas que eran imposibles de tratar, como por ejemplo la espina bífida.⁴⁵

No obstante se trataba de una práctica que carecía de transparencia, por lo que en el año 2005, la Facultad de Medicina de la Universidad de Groningen publica el “*Protocolo de Groningen para la eutanasia de los recién nacidos*”⁴⁶, que establece cinco criterios que hacen viable la eutanasia a estos menores:

- a) El diagnóstico y el pronóstico deben ser confirmados;
- b) Debe existir sufrimiento insoportable y sin remedio;
- c) Debe haber confirmación mediante segunda opinión de un médico independiente.
- d) Ambos padres deben dar su consentimiento informado
- e) El procedimiento debe llevarse a cabo de forma cuidadosa y acorde con los estándares médicos

Los resultados fueron muy dispares a lo que se esperaba en un principio, pues se redujeron los casos de eutanasia neonatal debido al cambio que se produjo en sistema sanitario ya que empezó a incluir la detección prenatal de determinados padecimientos,

⁴⁴ Richard Fenigsen, M.D., Ph. D (2004) “*Eutanasia holandesa. El nuevo estudio ordenado por el Gobierno*”. Issues in Law & Medicine, Volume 20, Number 1.

⁴⁵ Moreno Villares, José Manuel; Galiano Segovia, María José (2005) “*La eutanasia en niños en Holanda: ¿El final de un plano inclinado?* Cuadernos de Bioética, vol. XVI, núm. 3, 2005, pp. 345-356

⁴⁶ Dr. Verhagen, A A Eduard (2013) “*The Groningen Protocol for newborn eutanasia; which way did the slippery slope tilt?*” Centro Médico Universitario de Groningen (Países Bajos). Artículo traducido por el Grupo de Internacional de DMD.

por lo que aumentó el número de abortos y se redujo el de las eutanasias. De hecho, la realización de este tipo de terminaciones en neonatos es prácticamente nula

2°. Tener a su disposición todas aquellas informaciones relativas a su padecimiento, alterativas y posibilidades de actuación, incluidos los cuidados paliativos.

Esto es ejercitar su derecho a ser informados, que debe ser garantizado por el personal médico sanitario por cuanto constituye una de las obligaciones principales de éstos. Además denota del carácter residual que tiene la eutanasia por cuanto siempre debe constituir la última ratio.

3°. Formular dos solicitudes de manera voluntaria, que deberán recogerse por escrito, con una separación de quince días naturales entre ambas.

El hecho de que en España deban ser dos demuestra uno de los aspectos importantes de la voluntariedad y es la persistencia en la solicitud, es decir, que el paciente mantenga su deseo de morir. Todo ello porque puede darse el supuesto de que la persona se arrepienta de su decisión y decida revocar su solicitud.

Esta formalidad del número de solicitudes es algo diferente que establece este grupo parlamentario, así como Unidas Podemos. Los países europeos reguladores que venimos mencionando, no hablan de dos solicitudes, de una única solicitud escrita que podrá, eso sí, ser modificada o revocada. Sólo se limitan a mencionar la constancia en la solicitud de ayuda para morir, pero no en lo que se refiere a su plasmación o en su caso comprobación.

4°. Sufrir una enfermedad grave o padecer una discapacidad grave crónica.

Lo que conlleva que se haya realizado un diagnóstico previo por el médico de esa enfermedad, y que ello se haga constar. Sin embargo, no se hace referencia explícita a si la enfermedad o discapacidad debe ser solo física o si se incluyen los padecimientos psicológico y es un aspecto sumamente importante del que hay que dejar constancia.

Unidas Podemos, por su parte, señala que la persona ha de encontrarse en la fase terminal de una enfermedad o padecer **sufrimientos físicos o psíquicos intolerables**. Aquí, como se puede apreciar, sí que se menciona la inclusión de los padecimientos mentales.

Aunque podría resultar acertado abarcar estos padecimientos dentro de la prestación de eutanasia, lo cierto es que constituiría una práctica arriesgada, que requeriría de un control mucho más exhaustivo de las condiciones. De entrada, la exigencia de la voluntariedad de la solicitud podría excluir este tipo de padecimientos por cuanto el paciente puede no encontrarse en condiciones de expresarla o de tomar decisión alguna en ese punto.

Es decir, ante ese tipo de enfermedades, las capacidades de a persona se ven limitadas, y puede que su deseo de morir sea calificado como un síntoma más de su enfermedad. Sin embargo, hay que ser consciente de que nos encontramos con personas que, a pesar de no padecer una enfermedad terminal, igualmente su situación les conlleva un enorme sufrimiento, y en muchos casos, sin garantías de mejora.

Así, en palabras de Nel González Zapico, presidente de la Confederación Salud Mental en España, en una entrevista por el Caso Noa, joven holandesa que solicitó la eutanasia debido a un trauma de abusos sexuales que la acompañó durante años *“una persona deshecha por el dolor psíquico tiene, por lo pronto, su correlación física”*. *“La gente no se queja de vicio, el dolor psíquico es a veces incluso peor que el físico”*⁴⁷.

Ello ha constituido un tema de debate importante en cuanto a su inclusión dentro del ámbito de la eutanasia y el suicidio asistido, implicando por tanto un estudio más riguroso de cada caso en concreto y el establecimiento de medidas específicas. Como veremos posteriormente, en aquellos países donde es legal, y donde permiten ayudar a morir a personas con patologías psiquiátricas suelen establecerse, por ejemplo, unos requisitos más estrictos o incluso exigirse algún documento justificativo, como es el informe psiquiátrico.

Por su parte, en el caso de la legislación holandesa, no se especifica, al igual que la proposición socialista, si el sufrimiento debe ser solo físico, o si por el contrario se incluye el padecimiento de carácter psicológico, por lo que se viene entendiendo a priori que cabe cualquiera de los dos supuestos. De hecho, los casos eutanasia en estos supuestos han ido aumentando considerablemente, pues según el último informe del

⁴⁷ Yanke, Rebeca (6/06/2019) *“El caso Noa: ¿Está justificada la eutanasia cuando se tiene una enfermedad mental?”* Publicado en el Periódico El Mundo. Recuperado de: <https://www.elmundo.es/papel/historias/2019/06/06/5cf7f91021efa0d0678b466d.html>

Colegio de médicos de los Países bajos, entre los años 2015 a 2018 los casos de pacientes con trastornos psiquiátricos solicitantes de eutanasia pasaron de 36 a 56⁴⁸.

El de Aurelia Brouwers es uno de los tantos casos que se presentan, joven holandesa de 29 años decidió someterse a la eutanasia después de años de padecer problemas de salud mental y de intentar quitarse la vida varias veces. Un médico apoyó su solicitud y le suministró la sustancia letal que terminaría con su vida en el pasado año 2018.⁴⁹

Irremediablemente, el posible marco de opciones o situaciones que puedan incluirse en la práctica de la eutanasia no se va a quedar ahí, regulando solamente estos supuestos que hemos analizado. Las organizaciones suizas prevén que, incluso, se amplíe el marco a los padecimientos relacionados con la edad, que conlleven una disminución de la calidad de vida de la persona. Un ejemplo de ello es el caso del científico David Goodal⁵⁰ que solicitó el suicidio asistido en Suiza alegando una notable pérdida de calidad de vida que le provocaban sus 104 años, y no una enfermedad incurable o terminal.

Yendo aún más allá, recientemente ha sido tema de debate en Suiza el caso de un peligroso criminal que se puso en contacto en julio de 2018 con esta organización para solicitar asistencia al suicidio. Esta persona cumplió su condena de diez años por violación, pero sigue recluido en las dependencias carcelarias al ser recluido de por vida tras una medida que se introdujo en 2004 por votación popular. Dados sus padecimientos psíquicos, insiste en querer acabar con su vida, pues su calidad de vida se ha visto minimizada considerablemente.⁵¹

Las autoridades suizas tienen intención de consultar esta situación durante el principio del presente año, por lo que han solicitado la opinión del Centro Suizo de Competencias en Materia de Ejecución de Sanciones Penales (CSCSP). Aún eso, las

⁴⁸ Informe del Colegio de Médicos de Holanda (2018) “*Eutanasia en cifras 2018*” Recuperado de: <https://derechoamorir.org/eutanasia-mundo/>

⁴⁹ Pressly, Linda (09/08/2018) “*The troubled 29-year-old helped to die by Dutch doctors*” Recuperado de: <https://www.bbc.com/news/stories-45117163>

⁵⁰ “*Un científico australiano de 104 años viaja a Suiza para solicitar el suicidio asistido*” Periódico el País (2/05/2018) Recuperado de: https://elpais.com/internacional/2018/05/02/actualidad/1525246724_910552.html

⁵¹ Clarín.com (8/01/2020). “*¿Eutanasia en Suiza para los presos enfermos? Duro debate sobre la ayuda al suicidio*” Recuperado de: https://www.clarin.com/mundo/-eutanasia-suiza-presos-enfermos-duro-debate-ayuda-suicidio_0_bULNey6P.html

opiniones bailan en todos los sentidos: los expertos entienden que debería permitirse bajo ciertas condiciones, en función del derecho a la autodeterminación del que gozan todas las personas, aun siendo presos, mientras que otros apelan a las víctimas de estos delitos y sus familias.

5º. Prestar el consentimiento informado, que se incorporará a la historia clínica.

No encontramos referencia como tal a la exigencia del consentimiento informado en algunos países europeos. Sólo se habla de incluir en la historia médica la solicitud así como el conjunto de peticiones, tratamientos e intervenciones que se hayan suscrito, así como el contenido de las voluntades anticipadas. Y es que no podemos olvidar que el consentimiento informado es la expresión más clara de la constatación del deber u obligación del personal médico de información al paciente. Por lo tanto, la inclusión por parte de las proposiciones españolas es más que idónea.

Sin entrar demasiado en su estudio, ya que nos movemos en el marco de la regulación europea, el estado de California sí que menciona en su ley⁵² la exigencia del consentimiento informado del paciente entre otros requisitos, ya que como sabemos, Estados Unidos cuenta con regulación en materia de suicidio asistido.

En concreto, hablamos de los estados de Oregón, Washington, Montana, Vermont, Colorado y California. (Hawái, Nueva Jersey y Washington DC también cuentan con dicha regulación pero con limitada a pacientes con una esperanza de vida de 6 meses o menos).⁵³

1.1. El supuesto de las personas incapaces.

En el caso específico de pacientes que estén en situación **de incapacidad permanente**, y que no son capaces de expresar su voluntad, se prevé como solución la redacción de un documento de últimas voluntades, o como se le denomina en la Ley de Autonomía del Paciente, las instrucciones previas, a las cuales hemos hecho referencia en el apartado de Derechos de los Pacientes de la proposición de Ciudadanos.

⁵² California End of Life Option Act (2016). Recuperado de: https://leginfo.ca.gov/faces/billTextClient.xhtml?bill_id=201520162AB15

⁵³ Sánchez Jiménez, Enrique (1999) “*La eutanasia ante la moral y el Derecho*”. Universidad de Sevilla, España.

Así, es posible que estos pacientes puedan ser beneficiarios de la eutanasia siempre que cumplan con el requisito número cuatro anteriormente citado, esto es, que padezcan enfermedad grave o discapacidad grave crónica.

2. REQUISITOS FORMALES DE LA SOLICITUD DE EUTANASIA.

En cuanto a los requisitos formales, como cualquier otro documento, la solicitud de eutanasia o suicidio deberá hacerse por escrito, estando fechado y firmado por la persona solicitante. La firma deberá hacerse en presencia de un profesional sanitario, que posteriormente lo rubricará y lo incorporará a la historia clínica del paciente.

En el caso de que la persona no se encuentre en condiciones de poder escribir el documento de la solicitud, pero sí con capacidad de discernimiento, podrá encomendar dicha redacción a una persona mayor de edad de su elección.

Como ya se anunció anteriormente, se establece la posibilidad de que la solicitud sea revocada en cualquier momento, de pedir un aplazamiento de la administración de la ayuda para morir o además de que sea denegada. En ese último supuesto, se exige que se motive por el médico o médica responsable, por escrito, las causas de la denegación, informando al paciente de que dispone de la posibilidad de presentar en el plazo de **cinco días hábiles** una reclamación ante la Comisión de Control y Evaluación. Así lo dispone la proposición del Partido Socialista.

CAPTÍTULO IV.- PROCEDIMIENTO DE MATERIALIZACIÓN DE LA EUTANASIA.

En este capítulo, hemos de determinar las fases que van a integrar el proceso de eutanasia, desde el momento en que el paciente expone su solicitud hasta que se hace efectiva la realización de la prestación.

1. EL MODELO SOCIALISTA: EL CONTROL PREVIO.

Los modelos propuestos toman como referencia el de algunos países europeos reguladores de la eutanasia, aunque en concreto el del Partido Socialista introduce acertadamente, un control más severo.

Así, el médico deberá llevar a cabo un proceso deliberativo con el paciente sobre su diagnóstico, posibles tratamientos y resultados, así como la posibilidad de los cuidados paliativos, dejando claro que la eutanasia es la última de las soluciones. Una vez transcurridas veinticuatro horas del proceso deliberativo, arriba mencionado, el médico deberá comprobar que la decisión del paciente es la de continuar o la de decaer de la solicitud de ayuda para morir. En el caso de que pretenda continuar adelante, deberá recabar la firma del consentimiento informado y comunicarlo al equipo asistencial, profesionales de enfermería, familiares y allegados. Si por el contrario, el paciente recapacita y se desvincula de su solicitud, se deberá poner en conocimiento del equipo asistencial igualmente.

El profesional tendrá que comprobar que el paciente padezca enfermedad grave o discapacidad crónica. Para ello, recabará la ayuda de un médico o médica consultor, que deberá redactar un informe en el plazo de diez días naturales, después de consultar la historia clínica del paciente. Por último, pondrá en conocimiento del presidente o presidenta de la Comisión de evaluación y control, la petición del paciente. No obstante, en casos excepcionales de muerte o pérdida de capacidad inminentes, se podrá obviar el citado control previo.

Lo novedoso en este procedimiento es el primer control al que debe ser sometido, previo a la realización efectiva de la prestación de ayuda para morir. En ese marco, una vez que el médico o médica remita la solicitud a la Comisión, ésta va designar en los dos días siguientes a dos miembros para que comprueben si efectivamente concurren los requisitos. Posteriormente, deberán elevar su propuesta de denegación o de aprobación a la Comisión en el plazo de siete días naturales, sin que sea vinculante para la decisión definitiva de la Comisión. Esa resolución definitiva deberá ponerse en conocimiento del médico o médica para que conozca si debe proceder o no a practicar la ayuda.

Las resoluciones definitivas que resulten desfavorables en cuanto a la práctica de la prestación, son susceptibles de ser recurridas ante la jurisdicción contencioso-administrativa. Si, por el contrario, hemos recibido una comunicación favorable por la comisión, la efectiva realización de la prestación debe hacerse siempre con el máximo cuidado y profesionalidad, dando la posibilidad al paciente que se encuentre consciente, de poder elegir la modalidad en que se preste dicha asistencia, es decir, mediante la

administración de la sustancia por un médico (eutanasia), o por sí mismo (suicidio asistido)

1.1 Documentos a remitir una vez efectuada la eutanasia.

Una vez efectuada la prestación, y en el plazo máximo de **cinco días**, el médico debe remitir de nuevo a la Comisión de Control y evaluación de su ciudad autónoma o comunidad autónoma, dos documentos que tendrán el siguiente contenido:

El **primer documento**, deberá recoger:

- Nombre completo y domicilio de la persona solicitante de la ayuda para morir y, en su caso, de la persona autorizada que lo asistiera.
- Nombre completo, dirección y número de identificación profesional (número de colegiado o equivalente) del médico o médica responsable.
- Nombre completo, dirección y número de identificación profesional de las y los médicos y demás profesionales consultados por el médico o la médica responsable sobre la aplicación de la ayuda para morir.
- Si la persona solicitante disponía de un documento de instrucciones previas o documento equivalente y en él se señalaba a un o una representante, nombre completo del mismo.

El **segundo documento**, por su parte, contendrá los siguientes datos:

- Fecha y lugar de la muerte.
- Tiempo transcurrido desde la primera y la última petición hasta la muerte de la persona.
- Descripción de la patología padecida por la persona solicitante (enfermedad grave e incurable o discapacidad grave crónica).
- Naturaleza del sufrimiento continuo e insoportable padecido y razones por las cuales se considera que no tenía perspectivas de mejoría.
- Información sobre la voluntariedad, reflexión y reiteración de la petición, así como sobre la ausencia de presión externa.
- Si existía documento de instrucciones previas o documento equivalente, una copia del mismo.
- Procedimiento seguido por el médico o la médica responsable y el resto del equipo de profesionales sanitarios para realizar la ayuda para morir.

- Capacitación de las y los médicos consultados y fechas de las consultas.

2. EL MODELO GENÉRICO: CONTROL POSTERIOR.

En el caso de Unidas Podemos, no se habla de ese control previo a la realización de la eutanasia o el suicidio asistido. El médico recibe la solicitud de eutanasia, comprueba que se cumplen los requisitos necesarios y practica la ayuda para morir. El papel de las Comisiones en el control de la misma solo tendría cabida en un momento posterior, valorando si la actuación del profesional médico es correcta o no. Este es el modelo que se sigue en la mayoría de los países europeos, pero no puede obviar el problema que acarrea. Dejar toda la responsabilidad del proceso deliberativo en manos del médico, sin dejar que las Comisiones de expertos tengan un papel más decisivo, podría tener consecuencias graves, como ya hemos visto que ha sucedido.

2.1 Documentos a remitir a la Comisión. Especial mención al formulario belga.

En cuanto a los documentos a presentar en la Comisión, Unidas Podemos prevé para ellos el mismo contenido que establece la proposición socialista. Y es que dicho contenido se basa en la transposición de lo recogido en el formulario de solicitud de eutanasia del que dispone Bélgica⁵⁴, si bien éste es mucho más detallado ya que consta de distintas secciones:

1. La primera parte estará destinada a indicar los datos del paciente, de los médicos, de aquellas personas a las que se haya consultado, de las personas de confianza, en el supuesto de que se trate de un supuesto de últimas voluntades, y por último los datos del farmacéutico que ha suministrado la sustancia que causa la muerte. Estos datos son de carácter confidencial.

2. La segunda parte, también confidencial, debe ser rellenada por el médico que ha practicado la eutanasia y contendrá:

- Lugar, sexo y fecha de nacimiento del paciente.

⁵⁴ Documento de la Comisión Federal de Control y Evaluación de la eutanasia, Bélgica. “*Declaración de la práctica de una eutanasia*”. Recuperado de: [https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/cfcee-document-denregistre-ment-dune-euthanasie](https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/cfcee-document-denregistrement-dune-euthanasie)

- Fecha, hora y lugar del fallecimiento
- Diagnóstico de la patología o afección grave e incurable del paciente

Si el paciente demanda la eutanasia mediante petición directa al médico, se cumplimentan los siguientes puntos:

- Naturaleza y descripción del sufrimiento constante e insoportable
- Razones por las cuales el sufrimiento era refractario
- Elementos que han posibilitado asegurar que la solicitud era voluntaria, razonada, reiterada y sin presión externa.
- Pronóstico del fallecimiento, es decir, si se podía prever en un breve plazo de tiempo
- Procedimiento seguido por el médico, debiendo indicar:

A. La fecha de la solicitud y si esta fue redactada, fechada y firmada por el paciente, o en caso contrario, si estaba incapacitado y fue redactada por un médico en presencia de una persona elegida por el paciente sin interés en su fallecimiento.

B. Se debe señalar además si se informó al paciente de su estado de salud y su esperanza de vida, si se llegó a un acuerdo con él o ella sobre este punto, y si se informó al paciente de las posibles terapias a aplicar y sus respectivas consecuencias.

C. Finalmente, se debe manifestar si hay persistencia del sufrimiento físico o síquico del paciente, si la Solicitud eutanasia es reiterada, si se ha llevado a cabo un proceso de conversación con el equipo sanitario o algún miembro del equipo sobre la solicitud del paciente, incluso si la ha habido con familiares, allegados o terceras personas que desee.

D. Para terminar este apartado, se debe referenciar el conjunto de los procedimientos seguidos así como los documentos escritos se adjuntan al informe médico.

El formulario finaliza con la opinión del médico o médica, que sea independiente y ajeno al caso del paciente, al que se le haya pedido opinión sobre su situación. Deberá constar un resumen de su diagnóstico, así como los datos de su cualificación profesional y la fecha en que se realiza la consulta.

Así, debe hacerse referencia a las personas o instancias consultadas, el procedimiento que se ha llevado a cabo para la eutanasia, que debe ser intravenosa u oral, así como el nombre y la cantidad del producto que se ha utilizado para poner fin a la vida del paciente. El médico podrá añadir informaciones complementarias, si lo desea.

En el caso de que existan **voluntades anticipadas**, el modelo del formulario difiere en algunos aspectos. Las voluntades anticipadas deben ser las establecidas en el decreto 2/04/2003⁵⁵, que son aquellas que reúnen los requisitos que vimos anteriormente, y den tenerse en cuenta las elaboradas en los últimos cinco años. Se debe reflejar la fecha de la declaración y si está firmada por el paciente, pues en caso contrario, a causa de que el paciente sea incapaz físicamente para redactarla, lo hará na tercera persona, mayor de edad, sin interés en la muerte del paciente. Se adjuntará la certificación de la incapacidad.

Debe manifestarse, afirmativa o negativamente, si el estado de inconsciencia del paciente era irreversible, con pronóstico de no recuperación, debiendo igualmente adjuntar la opinión del médico elegido para consultar el estado del enfermo, indicando los mismos aspectos que en el caso anterior.

Se debe marcar la casilla correspondiente en materia de conversaciones, si se han tenido con las personas de confianza del paciente que hayan designado ellos mismos en el documento de voluntades anticipadas, con el equipo sanitario y con los allegados que haya manifestado la persona de confianza.

Este formulario, al igual que el anterior, finaliza con el señalamiento de las instancias consultadas, debiendo indicar por cada persona la calidad y la fecha de la misma; el procedimiento utilizado para practicar la eutanasia y los productos utilizados concluyendo las informaciones complementarias que el profesional médico desee adjuntar.⁵⁶

⁵⁵ Service Public federal Sante publique, Securite de la Chaine Alimentaire et Environnement. “AR 02/04/2003 fixant les modalités suivant lesquelles la déclaration anticipée relative à l'euthanasie est rédigée, reconfirmée, révisée ou retirée”. Recuperado de: https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/ar20030402mb_frn1.pdf

⁵⁶ Comisión Federal de Control y Evaluación de la eutanasia (CFCEE). “Aclaraciones destinadas a la profesión médica” (2015). <https://derechoamorrir.org/eutanasia-mundo/>

El caso de Suiza es quizás el que más difiere en lo que se refiere a la práctica del suicidio asistido, pues los hospitales o centros de salud públicos no realizan habitualmente esta práctica. Como ya se anunció al principio, la solicitud debe hacerse a través de la puesta en contacto con las organizaciones dedicadas a este tipo de procedimientos, que deberá contener: una declaración escrita de la persona en la que solicite el suicidio asistido, expresando los motivos y la condición física que padece; información sobre la infancia de la persona, vida escolar, situación familiar y los eventos más importantes de la vida. No obstante, hay organizaciones que solo requieren la exposición de las razones.

Debes acompañar la solicitud con un certificado médico o certificados médicos que avalen la situación de salud, así como la capacidad de discernimiento. Estos documentos deben haber sido redactados por un médico que ejerza en territorio suizo. Es importante especificar que estos documentos deben ser recientes y tener menos de un año de antigüedad, recortándolo a **seis meses** en el caso de pacientes en caso de enfermedades como el Alzheimer o Parkinson.

La solicitud que presente la persona primero será examinada por un asesor médico de la organización. Si se acredita que cumple con los criterios mencionados anteriormente, se procederá a concretar una cita para evaluar con mayor precisión la situación, el cumplimiento de las condiciones, responder preguntas y explicar el aspecto práctico del suicidio asistido.

En esta reunión, si la decisión de poner fin a la vida está tomada, se puede establecer una fecha para practicar la asistencia. Como se ha mencionado, la finalidad primordial de estas asociaciones es poner sobre la mesa todas las alternativas posibles antes de llegar al suicidio asistido, por lo que se pueden mantener diversas reuniones hasta que se manifiesta la voluntad de acudir al suicidio o no, quedando pendiente hasta que se tome una decisión final.

La prestación de la ayuda para morir puede tardar días o semanas desde la solicitud, y para cuando el día llegue, la persona debe cumplir otras tres condiciones más:

- 1º Debe tener la capacidad de poder ingerir la solución letal por sí misma sosteniendo un vaso o usando una pajita. Si esto no es posible, es posible hacerlo por vía intravenosa siempre que la persona que tenga la capacidad física para

abrir el grifo o activar la rueda de flujo. Recordemos que en ningún momento, el médico podrá suministrarlo, pues ya eso entra dentro del ámbito de la eutanasia, que sí que está prohibido expresamente.

- 2° Debe manifestar nuevamente con determinación y claridad su elección de morir.
- 3° Debe estar en presencia de un testigo durante la autoadministración de la sustancia hasta la llegada de la policía. Ese testigo suele ser un familiar, aunque no se establece límite en el número de personas que quieran estar presentes y acompañarle.

CAPÍTULO V.- DEBERES Y OBLIGACIONES DEL PERSONAL MÉDICO SANITARIO

Sin perjuicio de las obligaciones intrínsecas de la profesión de médico que establezcan las leyes o demás disposiciones reglamentarias, la ley sobre la eutanasia debe delimitar el marco de actuación de todo profesional sanitario que intervenga en el procedimiento. Un marco que incluye deberes y obligaciones respecto tanto de los pacientes como de su propio proceder, y que en gran medida, son los mismos que se mencionan en otros países reguladores.

1. DEBERES RESPECTO DE LOS PACIENTES.

Dentro de los deberes principales de los profesionales sanitarios, la ley de Ciudadanos destaca el deber de facilitar al paciente toda aquella información referente a su estado de salud, así como los tratamientos o procesos en los que puedan estar implicados para su recuperación.

Hace mención además, a los deberes respecto a las personas que puedan hallarse en situación de incapacidad de hecho y aquellos respecto a la limitación del esfuerzo terapéutico. En cuanto al primero, prevé la posible valoración por parte del médico responsable, de la posible situación de incapacidad de hecho, debiendo constar en la historia clínica y teniendo en cuenta una serie de factores:

- a) Si tiene dificultades para comprender la información que se le suministra.

- b) Si retiene defectuosamente dicha información durante el proceso de toma de decisiones.
- c) Si no utiliza la información de forma lógica durante el proceso de toma de decisiones.
- d) Si falla en la apreciación de las posibles consecuencias de las diferentes alternativas.
- e) Si no logra tomar, finalmente, una decisión o comunicarla.

En lo que respecta al esfuerzo terapéutico, es posible que el médico lo limite, cuando la situación lo aconseje, haciéndolo constar en la historia clínica. Para llevar a cabo esta limitación, debe oírse al personal de enfermería responsable, requiriendo que la opinión del médico coincida con al menos otro profesional que participe en la atención sanitaria. De igual manera, en el caso de pacientes en situación de sedación en fase de agonía, se suspenderán los tratamientos o medidas de soporte que no sean precisos, con el fin de no alargar innecesariamente la agonía.

Unidas Podemos y Partido Socialista, por su parte, establece las siguientes obligaciones en lo que se refiere a los deberes de los profesionales para con los pacientes:

- a) Deben informarle sobre su estado de salud y su pronóstico de futuro, así como posibilidades terapéuticas o cuidados paliativos.
- b) Deben Corroborar que la solicitud es voluntaria.
- c) Deben Informar a los familiares o allegados, si el paciente lo desea.

2. DEBERES EN EL MARCO DE LA PROPIA ACTUACIÓN DE LOS MÉDICOS.

La ley de Ciudadanos, en este punto, hace referencia a deberes respecto del propio actuar del personal médico tales como que debe cerciorarse de que la actuación, intervención o procedimiento sanitario que vaya a recomendar al paciente sea la que esté clínicamente indicada, teniendo en cuenta determinados puntos como la gravedad y pronóstico de la persona, su experiencia o saber profesional y la evidencia científica. De

ahí se deriva el deber de respetar la voluntad, valores y creencias religiosas de cada paciente.

Por otro lado, los otros dos grupos parlamentarios, en lo que respecta a las obligaciones en la actuación del médico señalan:

- a) Deber de confirmar la dolencia física o psíquica intolerable, así como la reiteración del paciente en cuanto a poner fin a su vida.
- b) Deber de comunicar la petición de eutanasia al equipo asistencias y de enfermería.
- c) Deber de recabar la opinión de otro compañero médico, ajeno al caso concreto, pero especialista en el padecimiento del paciente, y que deberá reflejar en un informe el cumplimiento de los puntos señalados, así como dejar constancia de la realización de las comprobaciones que se señalan en los mismos. Todo ello debe quedar reflejado en la historia clínica del paciente.

2.1 Especial mención a los Deberes en las voluntades anticipadas.

Algo que sí se menciona en otras legislaciones, son los deberes médicos específicos respecto a la eutanasia cuando ésta venga precedida del documento de voluntades anticipadas o instrucciones previas. Así, Luxemburgo dedica un artículo en su ley de eutanasia para establecer los siguientes deberes:

- a) Deber de tener en cuenta la directiva anticipada que se acompañe al expediente o de la que haya tenido conocimiento.
- b) Deber de informarse sobre la existencia de la directiva, cuando ésta no se encuentre en su posesión, en los casos en los que la persona se encuentre en el momento de no poder expresar su voluntad. Para ello podrá dirigirse a una persona de confianza, si está designada o a cualquiera que pueda tener conocimiento de su existencia.
- c) Deber de evaluar si la situación de la persona se corresponde con las previsiones de la directiva.
- d) Deber de informar a la persona de confianza o familiares del paciente del contenido de la directiva que se incorporará al expediente médico.

- e) Deber de transferir el expediente a otro compañero en el plazo de 24 horas, estando de acuerdo los allegados o personas de confianza del paciente, en el supuesto de que el contenido de la directiva pueda resultar contraria a las convicciones del médico responsable.

Bélgica también menciona ampliamente estos deberes respecto de la actuación del médico respecto de estas directivas. En este caso el médico, para no incurrir en responsabilidad debe constatar, respecto del paciente: que padece una afección grave e incurable, y sea accidental o patológica; que se encuentre consciente; que si situación sea irreversible según el estado de la ciencia; y que respete las condiciones y los procedimientos previstos en la ley.

A parte de esto, respecto de la directiva debe:

- a) Consultar con otro médico independiente el carácter irreversible de la patología e informar a la persona de confianza, si ha sido designada en la directiva, de los resultados de dicha consulta.
- b) Comentar el contenido de la declaración anticipada con el equipo de cuidados del paciente, si lo hubiera.
- c) Comentar con la persona de confianza designada, en caso de existir, la voluntad del paciente.
- d) Comentar la voluntad del paciente asimismo con los allegados que ésta designe.

Además de estas obligaciones, se establecen otras respecto al seguimiento del procedimiento, tales como remitir una vez realizada la eutanasia, en un plazo de **cuatro días hábiles**, dos documentos separados a la Comisión de Control. Esos documentos tendrán el mismo contenido en ambas proposiciones.

CAPÍTULO VI.- CONTROL DE LA PRESTACIÓN: LAS COMISIONES EVALUADORAS.

La prestación de ayuda para morir es una práctica que convive con derechos fundamentales, por lo que su control debe ser imprescindible. Para ello, es necesaria la creación de un órgano colegiado, integrado por profesionales en materia tanto jurídica, social como sanitaria que velen por la legalidad de las prácticas de eutanasia.

A la vista de su determinación en legislaciones europeas, los grupos parlamentarios españoles optan por seguir sus pasos, y disponer la creación de las denominadas Comisiones de Evaluación y Control (en adelante, La Comisión).

1. ÁMBITO ESPACIAL DE LA COMISIÓN.

El Partido Socialista refleja en su texto la existencia de una Comisión por cada Comunidad Autónoma, así como en Ceuta y Melilla, debiendo constituirse en un plazo de tres meses desde la entrada en vigor de la ley.

A los efectos de este texto, se constituyen estas comisiones como órganos administrativos, creados por acuerdo de los respectivos Gobiernos autonómicos y del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social en el caso de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla. Cada comisión deberá redactar un reglamento de orden interno. En el caso de Luxemburgo, se constituye una única Comisión a nivel nacional.

Para Podemos, las Comisiones se crearán de igual manera en cada una de las Comunidades y Ciudades Autónomas, aunque en este caso su creación va a depender de los servicios regionales de salud y del INGESA, creándose además una Comisión Estatal de Seguimiento, dependiente del Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad.

2. ESTRUCTURA INTERNA DE LA COMISIÓN.

La Comisión estará integrada por una serie de miembros, especialistas en las distintas ramas con las que entronca el ámbito de la eutanasia y el suicidio asistido. Así, Podemos nos describe la constitución de la comisión, dedicándole varios artículos. Expone que estarán formadas por siete miembros, escogidos por el Parlamento Autonómico, mediante criterios de paridad en cuanto al género, y cuya composición de ser de la siguiente manera:

- 1º Dos miembros** deberán ser licenciados o graduados en Medicina o Medicina y cirugía. Al menos uno debe ejercer docencia o investigación en institución pública.

- 2° Al menos **tres miembros** deberán ser licenciados en Derecho. Ello incluye al presidente o presidenta de la comisión.
- 3° Al menos **un miembro** deberá ser profesional sanitario, ya sea de enfermería o medicina, que trabaje con pacientes con padecimientos incurables.
- 4° Al menos **un miembro** deberá proceder de organizaciones de la sociedad civil implicada en la atención de personas con enfermedades incurables.

Esta distribución tiene importantes influencias de la que establece en su ley Luxemburgo (Capítulo V) siendo el único punto de diferencia el número de miembros en general, pues se prevén nueve, y en concreto los que van a corresponder a cada especialidad. Holanda simplemente afirma que la comisión tendrá un número impar de miembros, de los cuales uno deberá ser jurista, el cual además ostentará el cargo de Presidente, un médico y un experto en cuestiones éticas o en problemas de aplicación de las normas al caso concreto.

Por parte del Partido Socialista nada se dice respecto a la constitución interna de las comisiones respecto de sus miembros ni de las ramas o especialidades a las que deban pertenecer, aspecto que resulta de gran importancia y que no puede ser obviado por cuanto serán los responsables de determinar la viabilidad de los casos que se presenten.

3. FUNCIONES DE LA COMISIÓN.

Sus funciones abarcarán tanto el control de legalidad de las solicitudes de eutanasia como la verificación de la buena praxis de los profesionales sanitarios, así como una serie de funciones genéricas como por ejemplo elaborar un informe de evaluación anual, detectar posibles problemas en el cumplimiento de la ley, proponer mejoras o resolver dudas y cuestiones que surjan en su aplicación.

Dentro de ese marco, la proposición socialista, en primer lugar, establece que será la encargada de determinar si es factible la práctica de la eutanasia o si por el contrario es conveniente denegarla. En el caso de que la decisión sea favorable, remitirá la misma al médico para que facilite la prestación en el plazo de siete días. En caso de denegación o de silencio negativo por parte de la comisión por el transcurso de veinte días naturales, cabe la posibilidad de presentar recurso contencioso administrativo. Una vez prestada la ayuda para morir, deberá verificar que se han cumplido todas las condiciones previstas y

que se ha realizado siguiendo los procedimientos establecidos, teniendo para ello un plazo de dos meses.

En lo que respecta a ese supuesto en concreto, para realizar la verificación, los socialistas establecen que:

“La Comisión podrá decidir por mayoría simple solicitar al médico o médica responsable la información recogida en la historia clínica del o la paciente que tenga relación con la realización de la prestación de ayuda para morir.

En el caso de que dos tercios o más de los miembros de la Comisión de Control y Evaluación consideren que no se han cumplido las condiciones y procedimientos establecidos en esta ley, deberá comunicarlo a la dirección del centro sanitario para que proceda a la apertura de una investigación. El centro sanitario deberá poner en conocimiento de la Comisión las conclusiones de la investigación y adoptar las medidas necesarias para asegurar la correcta aplicación de la ley”.

Por su parte, Ciudadanos habla de la creación de un **Comité de Ética Asistencial** del que dispondrán las instituciones y centros, o estarán vinculados, con funciones de asesoramiento en los casos de toma de decisiones clínicas que planteen conflictos éticos. Los informes que emita el mencionado Comité no sustituyen a la decisión que adopten los profesionales sanitarios, pero en caso de conflicto entre estos profesionales y los pacientes, será el comité el encargado de prestar asesoramiento, proponiendo alternativas o soluciones éticas a las controversias planteadas.

CAPÍTULO VII.- GARANTÍAS PARA EL ACCESO A LA PRESTACIÓN.

En el presente capítulo se abordan las garantías que deben facilitar las instituciones y centros sanitarios respecto de la solicitud de eutanasia, garantías que guardan relación con los derechos reconocidos y mencionados anteriormente. Ciudadanos, en su línea de ampliar las coberturas de los cuidados paliativos y en virtud de la legislación vigente en ese ámbito, enumera una serie de garantías, como el de **acompañamiento de los pacientes** recogido tanto como un derecho como una garantía que deben facilitar los centros e instituciones sanitarias, compatibilizándolas con el conjunto de medidas sanitarias necesarias para ofrecer la mejor atención a los pacientes.

Igualmente, garantizan el **Apoyo a la familia y personas cuidadoras** tanto en su domicilio como en los centros sanitarios, prestando además atención en el duelo y proporcionando medidas de prevención de situaciones como el duelo patológico. Se garantiza también un asesoramiento en cuidados paliativos, de acuerdo con sus necesidades y preferencias, así como estancia en habitación individual, con el nivel de atención que requiera su salud.

En lo que respecta a las garantías establecidas por el Partido Socialista, se prevé que la prestación de ayuda para morir esté incluida en la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud, contando con una financiación pública, aunque garantizando también su prestación en centros privados. La Cartera de Servicios Comunes incluye prestaciones sanitarias como la farmacéutica, ortoprotésica, de productos dietéticos o transporte sanitario, a parte de la atención primaria, especializada y de urgencia.

Con el objetivo de establecer un marco amplio y garantista de esta prestación el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud elaborará un manual de buenas prácticas en un plazo de **tres meses**, contados desde la entrada en vigor de la ley, que sea conveniente para orientar en buena medida la puesta en práctica del contenido en la ley. Además, la prestación de ayuda para morir se realizará en centros sanitarios, ya sean públicos, privados o concertados, evitando en todo caso un menoscabo en el acceso y la calidad asistencial.

De igual manera, las administraciones sanitarias, deben abogar por la protección de la intimidad y la confidencialidad de los pacientes, contando con sistemas de custodia activa de las historias clínicas de los y las pacientes, e implantando medidas de seguridad en el tratamiento de los datos, previstas en la normativa vigente en la materia.

En el caso del grupo parlamentario de Unidas Podemos, se establece que los componentes básicos de la prestación que se derivan de la ley, serán consecuencia de un consenso con el Consejo Interterritorial del sistema Nacional de Salud, en aras de garantizar la igualdad de acceso en todo el territorio estatal. Asimismo, los servicios de salud de las Comunidades Autónomas deberán elaborar un plan que recoja la información y condiciones para prestar la ayuda de eutanasia, que debe materializarse en el plazo de tres meses desde la entrada en vigor de la ley.

España pretende garantizar la inclusión de estos servicios en el sistema sanitario teniendo como referentes a los países europeos que se han venido mencionando, pues éstos así lo regulan. En el caso de Bélgica, los gastos del procedimiento de eutanasia están cubiertos por el sistema de salud público, no solamente para los ciudadanos belgas sino para todos los ciudadanos de la comunidad europea. Ello es posible gracias a la *European Union's Health Insurance Card*⁵⁷, la tarjeta sanitaria europea gratuita y que brinda atención médica necesaria por el país europeo que se visita temporalmente.

En Holanda, los costes son cubiertos por el sistema de seguros de salud, incluyendo la retribución del médico, la dosis de sustancia letal, y si es necesario, la consulta con un psicólogo. En Luxemburgo sucede la misma situación, sólo que se especifica que estará cubierto tanto por el sistema de seguro público como por el privado.

En Suiza, los gastos del suicidio asistido van a depender de las organizaciones:

- a. En el caso de Exit, debes pagar inicialmente una cuota anual de 45 francos suizos (41,61 euros aproximadamente). El suicidio asistido es completamente gratuito para los miembros que tengan una antigüedad de un año o más. Para los miembros recientes que no hayan alcanzado un año de suscripción, se solicitará una contribución única de 350 francos suizos (326,22 euros, aproximadamente), una vez se valide la solicitud por parte del consultor médico de Exit.
- b. Dignitas, establece el pago de dos tarifas, la de inscripción, de 200 francos suizos (aproximadamente, 193 euros) y la cuota anual de 80 francos suizos (aproximadamente, 77 euros). En caso de acreditar circunstancias económicas modestas, cabe la posibilidad de llegar a un acuerdo sobre una reducción de las tarifas.

CAPÍTULO VIII.- RÉGIMEN DE INFRACCIONES Y SANCIONES.

A pesar de la regulación prevista en la Ley General de Sanidad en materia de infracciones o sanciones en el ámbito sanitario (Artículos 32 a 37), lo cierto es que no

⁵⁷ Leach, Naomi (19/08/2016). "Euthanasia 'tourists' rush to Belgium for free lethal injections with a staggering 2,023 medically killed last year" Publicado en Dailymail. Recuperado de: <https://www.dailymail.co.uk/news/article-3748787/Euthanasia-tourists-rush-Belgium-free-lethal-injections-staggering-2-023-medically-killed-year.html>

resulta redundante incluir un régimen propio para el caso de incumplimiento de alguna de las disposiciones contenidas en una ley de eutanasia.

1. INFRACCIONES Y SANCIONES DE LA LEY DE CIUDADANOS.

Partido Socialista y Podemos no abogan por dedicar un capítulo a estas infracciones, y de hecho, remiten a las establecidas en la Ley General de Sanidad, sin perjuicio de la responsabilidad civil, penal, profesional o estatutaria que pudiera considerarse. Pero la ley de Ciudadanos se aventura a establecer un régimen de infracciones propio, las cuales serán objeto de sanción de carácter administrativo. Serán sujetos responsables de estas infracciones las personas físicas o jurídicas que, habiendo mediado dolo, culpa o negligencia, hayan participado en la comisión u omisión de las mismas.

El texto propone unas infracciones que clasifica en leves, graves y muy graves. Serán infracciones leves aquellas conductas tendentes al incumplimiento o vulneración de alguna de las disposiciones contenidas en la ley, siempre que no puedan calificarse de graves o muy graves. Éstas podrán calificarse como graves atendiendo a los siguientes factores: la lesividad del hecho, la cuantía del beneficio obtenido, la gravedad de la alteración sanitaria y social producida y el grado de intencionalidad.

Serán consideradas infracciones graves el incumplimiento de aquellas disposiciones relativas a la cumplimentación de los datos clínicos; el impedimento injustificado de acompañamiento en el proceso de muerte. Éstas podrán ser calificadas como muy graves de acuerdo a los factores anteriormente mencionados para las infracciones que mutan de leves a graves.

Por su parte, serán tipificadas como infracciones muy graves el impedimento u obstaculización del disfrute de cualquiera de los derechos mencionados a los ciudadanos y cualquier actuación que lleve aparejado el no cumplimiento de los deberes mencionados.

CAPÍTULO IX.- ENTRADA EN VIGOR Y ADAPTACIÓN DE LA LEY A LA NORMATIVA VIGENTE.

1. MODIFICACIONES EN LA NORMATIVA ESPAÑOLA.

La entrada en vigor en España de una ley sobre la eutanasia conlleva necesariamente una modificación de la normativa existente, más concretamente, del Código Penal Español que castiga tanto el suicidio asistido como la eutanasia. Consistiría en llevar a cabo una modificación del artículo 143 apartado cuarto, que no catalogara como punible la actuación del médico o profesional que pusiera fin a la vida de un paciente que sufra una enfermedad grave e incurable, y que sea siempre por su expresa petición. Se entiende lo mismo para el supuesto en que el médico suministre al paciente la sustancia letal que le cause el fallecimiento.

En tal dirección avanza la proposición socialista, que propone la siguiente redacción del meritado apartado cuarto:

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

La redacción de Unidas Podemos es similar, aunque con diferencias significativas:

«No será punible la conducta de aquel que con actos necesarios y directos coopere en o cause la muerte a otro cuando este lo haya solicitado de manera expresa, inequívoca y reiterada con arreglo a lo que establezca la legislación específica. La persona solicitante habrá de ser una persona con una enfermedad grave que conduzca necesariamente a su muerte o que padezca sufrimientos físicos o psíquicos que ella considere insoportables.»

Lo primero que hemos de mencionar es que no se propone eximir de responsabilidad al médico que practique la ayuda para morir, sino descartar la de cualquier persona que preste la ayuda para morir lo que da a entender que, a la vista de esta redacción, cualquier persona, ya sea profesional sanitario o no, que activamente intervenga en el fallecimiento de alguien que reúna esas condiciones, queda fuera de la punibilidad del acto.

En segundo lugar, apreciamos que se menciona como requisito para esa exclusión, que la persona padezca una enfermedad grave o padecimientos físicos o psicológicos insoportables. Esto resulta lógico, pues es el único partido que propone incluir dentro del ámbito de la eutanasia a aquellas personas con esos padecimientos, como hemos visto anteriormente.

Dentro de este capítulo, Ciudadanos propone la modificación del artículo 11 de la ley de Autonomía de paciente, quedando redactado de la siguiente manera:

«Artículo 11. Instrucciones previas.

1. Por medio de las instrucciones previas, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, dentro de los límites legales, con objeto de que esta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarla personalmente, sobre el tratamiento de su salud y los cuidados o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo. Igualmente, podrá designar un representante y determinar sus funciones, a las que este deberá atenerse.

2. Las instrucciones previas serán válidas y eficaces en todo el territorio nacional cuando consten en documento público o, siempre que, otorgadas por escrito de acuerdo con lo establecido en la normativa autonómica aplicable, se inscriban en el Registro Nacional de Instrucciones Previas, dependiente del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, que se regirá por las normas que reglamentariamente se determinen, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

3. Las instrucciones previas serán libremente revocables por cualquiera de los medios previstos para su otorgamiento.

4. Cada servicio de salud regulará el procedimiento adecuado para que, llegado el caso, se garantice el cumplimiento de las instrucciones previas de cada persona, siempre que no contravengan el ordenamiento jurídico.»

La principal diferencia con el texto vigente de la ley radica en la eliminación o inclusión de algunos apartados. Principalmente, la redacción de Ciudadanos no menciona la obligatoriedad de que las instrucciones previas sean escritas, como si se recoge en el texto actual:

“2. 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”.

Igualmente, nada se dice sobre los requisitos de las instrucciones, pues el artículo vigente señala lo siguiente:

“3. No serán aplicadas las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico, a la «lex artis», ni las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto en el momento de manifestarlas. En la historia clínica del paciente quedará constancia razonada de las anotaciones relacionadas con estas previsiones”.

2. DETERMINACIÓN DE LA MODALIDAD LEGISLATIVA.

Para concluir, se debe determinar la modalidad o el carácter de la ley, esto es, si constituye legislación **ordinaria** o de ley **orgánica**. Las diferencias entre una y otra radican en el ámbito de materias a regular, siendo las leyes ordinarias las que abarcan todas las materias no reservadas a la ley orgánica, pues serán éstas las encargadas desarrollar los derechos fundamentales y las libertades públicas, las que aprueben los Estatutos de Autonomía y el régimen electoral general y las demás que se prevean en la Constitución.

Ya que la eutanasia entronca directamente con derechos constitucionales, considerados de carácter fundamental, como son el derecho a la vida o el derecho a la integridad física y moral, es congruente dotar a la ley del carácter de orgánica. La característica principal de esta ley es que para su aprobación, modificación o derogación se exige mayoría absoluta del Congreso, en una votación final sobre el conjunto del proyecto, esto es, que exista un consenso para que una ley como la reguladora de la Eutanasia y suicidio asistido pueda salir adelante. Para la aprobación de una ley ordinaria, solamente será necesaria mayoría simple de la Cámara.

Así las cosas, Partido Socialista y Podemos destacan el carácter de Ley Orgánica de su propuesta, aunque a pesar ello, el texto socialista especifica que los artículos 2, 14, 15, 16.2, 17, 18, disposiciones adicionales primera y segunda, disposición transitoria única y disposición derogatoria única, revestirán el carácter de ley ordinaria.

3. BREVES CONCLUSIONES FINALES

Se lanzaba al principio la pregunta: ¿Está España en el camino correcto hacia una regulación adecuada de la eutanasia? Después de haber analizado la normativa propuesta por los distintos grupos, la respuesta no puede ser rotundamente afirmativa.

No se puede negar que las proposiciones españolas reman en buena dirección, tomando como referencia los aciertos de los países vecinos así como aprendiendo de los errores cometidos. Sin embargo, la eutanasia es una cuestión cambiante, un concepto que no para de evolucionar constantemente, y como consecuencia de ello, su contenido está en continua ampliación. Pareciera que las proposiciones solo pretendieran regular los supuestos más claros y no entrar en terreno pantanoso.

A pesar de ello, la reciente constitución del Gobierno de España, con el Partido Socialista y Unidas Podemos a la cabeza, parece ser la solución al establecimiento de la Ley de Eutanasia española, ya que han sido los grupos que más han abogado por ella en sus proyectos. De hecho, fue una de las primeras medidas que tomarían según entraran en el Gobierno, así lo anunciaba Pedro Sánchez en campaña electoral.

La asociación española DMD, ha querido esperar a que se conformaran los cargos, para así solicitar una reunión con el nuevo ministro de Sanidad y con los portavoces de cada partido en aras de agilizar la llegada de la ley. Saltaba a noticia hace unos días de estas intenciones, donde Javier Velasco, presidente de DMD, se muestra bastante optimista, asegurando que es posible que España cuente con legislación en materia de eutanasia en menos de un año, esto es, para el año 2021, con las correspondientes modificaciones normativas que ello implicaría.⁵⁸

Los grupos parlamentarios de Partido Popular y Vox son los que se mostrarán más reacios a la hora de aprobar la ley de eutanasia, asegurando que su voto será en contra, cosa que no resulta sorprendente ya que siempre se han mostrado contrarios a las proposiciones presentadas ante la Cámara. El caso de Ciudadanos difiere bastante, porque como hemos visto, su preocupación por la regulación del final de la muerte ha

⁵⁸ Álvarez L, Laura (19/01/2020) “La eutanasia será una realidad en 2021: ¿quién tiene derecho a morir?”. Periódico digital La Razón. Recuperado de: <https://www.larazon.es/sociedad/20200119/c4cvtluqqvc63aeqjsld7jti2e.html>

sido siempre palpable, a pesar de que su proposición no vaya más allá de la ampliación de los derechos referidos a los cuidados paliativos.

Llegados a este punto, a la vista de que la regulación de la eutanasia se encuentra próxima en el tiempo, es posible que sea necesaria una refundición de las Proposiciones de Partido Socialista y Unidas Podemos que conformen un único cuerpo legal. Ambas intenciones resultan bastante completas, pero sí es cierto que a cada proposición le falta regular determinadas situaciones o conceptos que regula la otra. Por ejemplo, Unidas Podemos dispone la eutanasia para menores emancipados, para pacientes con enfermedades mentales, o para personas que quieran morir en sus domicilios, y éstas son situaciones que no contempla el otro grupo.

Al fin y al cabo, el abanico de posibilidades que quepan dentro del concepto de eutanasia va a ir ampliándose con el tiempo, y la posible Ley de Eutanasia Española va a tener que regularlas, como se ha visto que ha pasado en varios países europeos donde las legislaciones se han tenido que ir adaptando a las nuevas demandas sociales. ¿Por qué no regularlo todo desde un principio e instaurar un marco amplio y garantista?

En palabras de Marcos Hourmann, primer médico condenado por aplicar la eutanasia en 2009, *“Obviamente tiene que haber una ley que sea debatida y consensuada, pero que empiecen. El dolor sigue, ¿cuántos más casos de dolor hay que esperar para que se pongan de acuerdo? Ángel Hernández, condenado por ayudar a morir a su mujer, apunta: “Esta ley no puede esperar. Ni esta ley ni muchas leyes que se tienen que aprobar porque hay gente que lo están pasando mal. María José ya no sufre, pero hay mucha gente como ella, y yo lo sufrí también.”*⁵⁹

A la conclusión a la que se llega es que España tiene buenas herramientas para regular la Eutanasia y el Suicidio asistido, por lo que debe valorarlas y ponerlas en marcha lo antes posible. Puede que la Ley Española sobre la Eutanasia esté más cerca de lo que pensamos.

4. BIBLIOGRAFÍA

⁵⁹ López Trujillo, Noemí (2019). Reportaje sobre la eutanasia *“¿Cuántos más casos de dolor hay que esperar?”* Recuperado de: <https://www.newtral.es/angel-herandez-eutanasia/20190712/>

- Aclaraciones destinadas a la profesión médica (2015). Comisión Federal de Control y Evaluación de la eutanasia (CFCEE) <https://derechoamorrir.org/eutanasia-mundo/>
- Álvarez Gálvez, Íñigo (2002) *La Eutanasia voluntaria autónoma*. Madrid, España. Editorial Dykinson pp. 214 y ss.
- Aycke O. A. Smook (2016) “*La eutanasia en Holanda: más de cuarenta años de experiencia*” Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas, núm. 41.
- Bill C-14, Canada’s federal law on medical assistance in dying (2016) Recuperado de: https://laws-lois.justice.gc.ca/PDF/2016_3.pdf
- California End of Life Option Act (2016). Recuperado de: https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/billTextClient.xhtml?bill_id=201520162AB15
- Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2016/c 202/02). Diario Oficial de la Unión Europea. Recuperado de: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=celex:12016P/TXT>
- Código de prácticas de los Comités regionales de revisión de la eutanasia en Holanda (2016). Traducción por DMD.
- Code civil suisse du 10 décembre 1907 (Etat le 1er janvier 2020). Consultado en: <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19070042/index.html>
- Code pénal suisse du 21 décembre 1937 (Etat le 1er novembre 2019). Recuperado de: <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19370083/index.html>
- Convenio para la protección de los derechos humanos y de las libertades fundamentales, hecho en Roma el 4 de noviembre de 1950. Boletín Oficial del Estado núm. 243 de 10 de Octubre de 1979.
- Díez Ripollés, Jose Luis (1995) “*Eutanasia y Derecho*” Anuario de filosofía del Derecho XII 83 .114

Documento de la Comisión Federal de Control y Evaluación de la eutanasia, Bélgica.
Declaración de la práctica de una eutanasia. Recuperado de:
<https://derechoamorrir.org/eutanasia-mundo/>

Dr. Verhagen, A A Eduard (2013) “The Groningen Protocol for newborn eutanasia; which way did the slippery slope tilt?” Centro Médico Universitario de Groningen (Países Bajos). Artículo traducido por el Grupo de Internacional de DMD.

Informe del Colegio de Médicos de Holanda (2018) “Eutanasia en cifras 2018”
Recuperado de: <https://derechoamorrir.org/eutanasia-mundo/>

Informe del Colegio de médicos de Bizkaia (2018) «Eutanasia y suicidio médicamente asistido». Recuperado de: <https://derechoamorrir.org/eutanasia-espana/>

IPSOS (Ipsos Group S.A.) <https://www.ipsos.com/es-es>

Ley 3/2005, de 18 de febrero, de Atención y Protección a la Infancia y la Adolescencia.
Boletín oficial del Estado núm. 274, de 14 de noviembre de 2011, páginas 117217 a 117276 (60 págs.)

Ley del 28 de mayo 2002 relativa a la Eutanasia en Bélgica Completada por la ley del 10 de noviembre 2005”. Traducción de: Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente 12/2016. Recuperada de: <https://derechoamorrir.org/eutanasia-mundo/>

Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
Boletín Oficial del Estado, núm. 274, de 15 de noviembre de 2002, páginas 40126 a 40132 (7 págs.)

Ley de 16 de marzo de 2009 relativa a los cuidados paliativos, a la directiva anticipada y al acompañamiento al final de la vida. Diario Oficial del Gran Ducado de Luxemburgo, núm 46.

Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Boletín Oficial del Estado, núm. 281, de 24/11/1995.

Moreno Villares, José Manuel; Galiano Segovia, María José (2005) “*La eutanasia en niños en Holanda: ¿El final de un plano inclinado?*” Cuadernos de Bioética, vol. XVI, núm. 3, 2005, pp. 345-356.

Página web Asociación Derecho a morir Dignamente: <https://derechoamorir.org/> (Consultada 15 de diciembre de 2019)

Página web Asociación Dignitas: <http://www.dignitas.ch/> (Consultada 12 de enero de 2020)

Página web Asociación EXIT: <https://exit.ch/> (Consultada 2 de enero de 2020)

Proposición de Ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida. Presentada por el Grupo Parlamentario Ciudadanos (16/12/2016). Boletín Oficial de las Cortes Generales, XII legislatura, Serie B, núm 66-1. Recuperada de: <http://www.congreso.es/portal/page/portal/Congreso/Congreso/CatPubli/BOCG>

Proposición de Ley orgánica sobre la eutanasia, presentada por el Grupo Parlamentario Confederal de Unidas Podemos-En Comú Podem-Galicia en Común (22/07/2019). Boletín Oficial de las Cortes Generales, XIII Legislatura, Serie B, núm 62-1. Recuperada de: <http://www.congreso.es/portal/page/portal/Congreso/Congreso/CatPubli/BOCG>

Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista (30/07/2019). Boletín Oficial de las Cortes Generales, XIII Legislatura, Serie B, Núm 64-1. Recuperada de: <http://www.congreso.es/portal/page/portal/Congreso/Congreso/CatPubli/BOCG>

Real Decreto de 24 de julio de 1889 por el que se publica el Código Civil. «Gaceta de Madrid» núm. 206, de 25/07/1889. Disponible en: <https://boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1889-4763>

Richard Fenigsen, M.D., Ph. D (2004) “*Eutanasia holandesa. El nuevo estudio ordenado por el Gobierno*”. Issues in Law & Medicine, Volume 20, Number 1.

Sánchez Jiménez, Enrique (1999) *La eutanasia ante la moral y el Derecho*. Universidad de Sevilla, España.

Sentencia C-239/97 de 20 de mayo de 1997 de la Corte Constitucional de la República de Colombia. Recuperada de:

<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1997/c-239-97.htm>

Sentencia Caso Gross v. Suiza (2013) Sección 2 del Tribunal Europeo de Derechos Humanos. Estrasburgo. Recuperada de:

<https://www.echr.coe.int/Pages/home.aspx?p=caselaw/analysis&c=>

Sentencia del Tribunal Constitucional 161/1987, de 27 de octubre. Boletín Oficial del Estado núm. 271, de 12 de noviembre de 1987.

Service Public federal Sante publique, Securite de la Chaine Alimentaire et Environnement. “AR 02/04/2003 fixant les modalités suivant lesquelles la déclaration anticipée relative à l'euthanasie est rédigée, reconfirmée, révisée ou retirée”.

The Termination of Life on Request and Assisted Suicide, (Review Procedures) Act” (2002) Ley holandesa de Comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio. Recuperada de:

<https://derechoamorrir.org/eutanasia-mundo/>