

**LIBERTAD DE
CONCIENCIA Y
DERECHO A DECIDIR
SOBRE LA SALUD AL
FINAL DE LA VIDA:
EUTANASIA**

Grado en Derecho

Curso 2014/2015

Trabajo realizado por Laura Medina Moreno

Dirigido por doctora Maria Lourdes Labaca Zabala y doctora Isabel Germán Mancebo

ÍNDICE

I)	INTRODUCCIÓN.....	3
II)	LA EUTANASIA.....	6
A)	Concepto.....	6
B)	Tipología.....	8
a)	Eutanasia activa directa.....	11
b)	Eutanasia activa indirecta.....	11
c)	Eutanasia pasiva.....	12
C)	Regulación de la eutanasia.....	13
a)	En el ámbito penal.....	13
1.	Evolución histórica.....	13
2.	El artículo 143.4 CP.....	15
b)	En otros ámbitos.....	19
D)	Regulación de la eutanasia en otros países.....	20
a)	Australia.....	20
b)	Colombia.....	21
c)	EEUU.....	22
d)	Holanda.....	24
e)	Bélgica.....	26
f)	Luxemburgo.....	27
g)	Suiza.....	27
h)	Canadá.....	27
III)	LA EUTANASIA DESDE LA PERSPECTIVA CONSTITUCIONAL.....	30
A)	El artículo 15 de la Constitución, ¿disponibilidad del derecho a la vida?.....	30
B)	El derecho a la vida en relación con otros bienes, derechos y valores.....	35
a)	El artículo 10 de la Constitución en relación con el artículo 15 y el derecho a una muerte digna.....	35
b)	La autonomía del paciente y el derecho al consentimiento informado.....	50
IV)	EL DERECHO A UNA MUERTE DIGNA Y SU REGULACIÓN AUTONÓMICA.....	55
V)	EL DENOMINADO TESTAMENTO VITAL.....	62
A)	Legislación estatal.....	63
B)	Legislación autonómica.....	65
VI)	CONCLUSIONES.....	71
	BIBLIOGRAFÍA.....	76
	Índice de jurisprudencia.....	83
	Legislación utilizada.....	84

I) INTRODUCCIÓN.

El interés del presente trabajo reside en el hecho de que la eutanasia ha sido y es, al menos en nuestro país, un constante problema sin resolver, una cuestión que ha provocado ríos de tinta, además de mucha polémica y debate, pero poca respuesta por parte del legislador.

El dilema que acompaña a la eutanasia es el del eterno conflicto entre el derecho a la vida y la prohibición de matar frente a otros bienes y derechos del individuo. En el presente trabajo analizaremos dicho conflicto, que se encuentra vinculado a la disponibilidad del derecho a la vida y su relación con otros bienes y derechos, y además, está íntimamente ligado al derecho de los pacientes a decidir al final de su vida.

Este debate surge con el cambio en el panorama de la sociedad y los valores de ésta, pues se ha modificado la concepción de la vida, abandonando el valor sagrado de ésta, que tenía su razón en la influencia religiosa que ha marcado nuestra cultura históricamente, para dar paso así, a una creencia que apuesta más por la calidad de vida, que por la vida biológica únicamente.

Además, los avances científicos y el aumento de enfermedades crónicas han hecho necesaria la regulación de nuevas situaciones médicas en las que se puede encontrar el paciente y los derechos que ante las mismas le corresponden.

En el presente trabajo los objetivos a abordar son los siguientes: En primer lugar, intentaremos delimitar el concepto de eutanasia, o, al menos, aproximarnos al mismo, pues no existe consenso al respecto. De igual manera, analizaremos los diferentes tipos de eutanasia, haciendo referencia de forma somera a una serie de distinciones teóricas existentes en base a diferentes criterios clasificatorios, y centrándonos particularmente en la distinción más práctica, a nuestro juicio, que es la referida a las modalidades activa directa, activa indirecta y pasiva. Es por ello que analizaremos el estado de la regulación de la eutanasia en nuestro ordenamiento, examinando, por un lado, la recriminación penal de la modalidad activa directa a través del artículo 143.4 del Código Penal (en adelante, CP) y, por otro, la licitud de las modalidades indirecta y pasiva, que se encuentran contempladas en otros ámbitos del ordenamiento como auténticos derechos

Libertad de conciencia y derecho a decidir sobre la salud al final de la vida: Eutanasia

que corresponden al paciente al final de su vida. Así mismo, examinaremos la regulación de la eutanasia en Derecho comparado, deteniéndonos en los casos más interesantes de nuestro entorno jurídico.

Para llevar a cabo este estudio, es necesario efectuar un análisis sobre la posible disponibilidad del derecho a la vida, principalmente, a través de la doctrina del Tribunal Constitucional (en adelante, TC). Además, trataremos la relación del derecho a la vida con otros bienes, derechos y valores, frente a los que puede ceder, para así dilucidar la conveniencia o necesidad de una regulación *de iure condendo* de la eutanasia en su modalidad activa. En este sentido, analizaremos de forma específica, dos apartados; por un lado, la relación entre el artículo 10 de la Constitución Española (en adelante, CE) con el artículo 15 CE y el derecho a una muerte digna, y, por otro, la autonomía del paciente y el derecho al consentimiento informado. Así pues, en el primer apartado examinaremos el valor jurídico dignidad y la cláusula de libre desarrollo de la personalidad, además del derecho a morir con dignidad, en relación este último supuesto con dos famosos casos jurisprudenciales en los que se solicitaba ante el Tribunal dicho derecho, como son el caso de D. Ramón Sampederro, un asunto que tuvo especial trascendencia en nuestro país, y el caso de Dianne Pretty, que dio lugar a un interesante pronunciamiento del Tribunal Europeo de Derechos Humanos acerca de esta cuestión. Por otro lado, trataremos la autonomía del paciente como manifestación de su libertad individual y autodeterminación personal, además de analizar lo que nuestro ordenamiento prevé acerca del derecho al consentimiento informado. Sin embargo, a pesar de individualizar estos dos apartados, en el análisis de la relación del derecho a la vida con otros bienes y derechos constitucionalmente protegidos, no dejaremos de lado otros derechos, como son el derecho a la libertad de conciencia del artículo 16 CE, el derecho a la integridad física y moral contenido en el artículo 15 CE y el derecho a la intimidad personal del artículo 18 CE.

Así mismo, abordaremos la cuestión del derecho a una muerte digna que ha sido regulado por algunas Comunidades Autónomas, pues algunas contemplan en sus Estatutos de Autonomía, además de cuestiones relacionadas con un genérico derecho a la salud, el derecho a vivir con dignidad el proceso de la muerte. En desarrollo de este último derecho las Comunidades de Andalucía, Aragón y Navarra han dictado las correspondientes Leyes que serán analizadas en el presente trabajo, junto con el

Libertad de conciencia y derecho a decidir sobre la salud al final de la vida: Eutanasia

Proyecto de Ley que elaboró el Gobierno en 2011, si bien el mismo no llegó a aprobarse.

Además, dedicaremos un apartado al estudio de la figura del comúnmente denominado testamento vital o documentos de voluntades anticipadas, analizando la regulación estatal existente sobre esta figura y efectuando además, de forma conjunta, un breve repaso sobre la regulación que de la misma han elaborado las Comunidades Autónomas, de una forma, por lo general, más amplia que la estatal.

Por último, expondremos las conclusiones obtenidas del análisis de los diversos apartados que se acaban de explicar.

Para la consecución de dichos objetivos, la metodología utilizada se ha basado en la búsqueda y análisis de bibliografía, normativa y jurisprudencia relacionadas con la cuestión, para así obtener las correspondientes conclusiones. En el desarrollo de dicha metodología las principales limitaciones encontradas han sido las siguientes: Por un lado, en cuanto a la materia abordada, la falta de un pronunciamiento directo del TC sobre este asunto y la diversidad de interpretaciones, en ocasiones confusas, que existe al respecto, y, por otro lado, en relación con la metodología, la dosificación de la abundante bibliografía existente en relación con el tema.

II) LA EUTANASIA.

A) Concepto.

El término “eutanasia” es un vocablo de etimología griega, que significa “buena muerte” (*eu*: bien y *thanatos*: muerte)¹. Sin embargo, su etimología no facilita la delimitación de su concepto, pues la determinación del mismo se ve influenciada por cuestiones propias tanto de la ética, como del ámbito jurídico y del ámbito médico.

Así pues, delimitar el concepto de eutanasia es una tarea complicada dada la vaguedad y la carga emotiva a la que está sujeto el término, pues dicha carga supone que aspectos valorativos se encuentren frecuentemente incluidos en las definiciones de eutanasia. De hecho, la palabra eutanasia se utiliza en sentido positivo, para hacer referencia a un ideal, a un bien que resuelve los problemas del hombre a la hora de su muerte, reivindicando un derecho vinculado a la dignidad del hombre; así como en sentido negativo, peyorativamente, para hacer referencia a un futuro incierto, una amenaza en el momento final de la vida, denunciando así un ejemplo de crimen totalitario².

Según la Real Academia Española la eutanasia es la “acción u omisión que, para evitar sufrimientos a los pacientes desahuciados, acelera su muerte con su consentimiento o sin él”. También ofrece una segunda acepción, en medicina: “Muerte sin sufrimiento físico”³. Ahora bien, existen multitud de definiciones en la doctrina dado el clima de confusión que gira alrededor de esta cuestión. Por tanto, es difícil encontrar una definición clara de eutanasia, pues son muchas las notas características de ésta, lo que implica que los elementos definitorios de la misma varíen en función de la definición por la que abogue cada autor, si bien se puede afirmar que existen dos elementos que coinciden en la gran mayoría de las definiciones: la acción u omisión de acabar con la

¹ Real Academia Española: Procedencia etimológica del término eutanasia. Consultado el 4 de abril de 2014 en <http://lema.rae.es/drae/?val=eutanasia>

² J. Serrano Ruiz-Calderón; *Eutanasia y vida dependiente: inconvenientes jurídicos y consecuencias sociales de la despenalización de la eutanasia*; Ediciones Internacionales Universitarias, Madrid, 2001, p. 31.

³ Real Academia Española: término eutanasia. Consultado el 4 de abril de 2014 en <http://lema.rae.es/drae/?val=eutanasia>

Libertad de conciencia y derecho a decidir sobre la salud al final de la vida: Eutanasia

vida de una persona (el paciente, sujeto pasivo) y el móvil de querer poner fin a sus sufrimientos⁴.

Podemos afirmar que la eutanasia consiste en la causación de la muerte, a través de una acción u omisión, por parte de un profesional médico, a una persona que padece una enfermedad en fase terminal, tras el previo requerimiento de ésta. No es cualquier forma de muerte deseada, sino la que tiene por finalidad exclusivamente poner fin al sufrimiento causado por enfermedades o discapacidades incurables.

Es interesante la definición por la que aboga Parejo Guzmán, que distingue entre eutanasia y acción eutanásica, considerando la eutanasia como: “Un ámbito de libertad por el que a toda persona que se encuentra en una situación de enfermedad terminal e irreversible y está ya abocada a una muerte próxima, considerándose que su vida carece de la calidad mínima para que merezca el calificativo de digna, le es reconocida la facultad de decidir, pedir o solicitar que se lleve a cabo la acción eutanásica⁵. Por otra parte, también define la acción eutanásica como: “Aquella conducta llevada a cabo en todo caso por un médico, consistente en un hacer (acción), en un dejar de hacer lo posible o en un mero no hacer (omisión), que tiene por fin paliar, de la manera menos dolorosa posible, el sufrimiento o la situación de dolor extrema, e incluso anticipar la muerte, de una persona que, consintiendo o no pudiendo prestar su anuencia a ello (debiendo ser sustituida su decisión sobre la acción, en este último caso por la voluntad -expresa- de morir de la que hubiera dejado constancia esa persona, anteriormente en un documento escrito –testamento vital-, o, en su defecto, por la cualificada decisión al respecto de un Comité de expertos y especialistas de la medicina)⁶, se encuentra en una situación terminal e irreversible y está abocada a una muerte próxima, considerándose que su vida carece de la calidad mínima para que merezca el calificativo de digna”⁷.

Sin embargo, Álvarez Gálvez propone como definición de eutanasia “...la acción u omisión de un sujeto (activo), que por especial consideración con otro sujeto (pasivo),

⁴ I. Álvarez Gálvez; *La eutanasia voluntaria autónoma*; Dykinson, Madrid, 2002, p. 49.

⁵ M. Parejo Guzmán; *La Eutanasia ¿un Derecho?*; Thomson Aranzadi, Cizur Menor, Navarra, 2005, p. 371.

⁶ Es necesario precisar que esta autora es partidaria, para los supuestos en los que el enfermo terminal se encuentra en un estado de inconsciencia irreversible y no existe constancia de su voluntad, de que los mismos sean resueltos por un Comité de expertos y especialistas de la medicina que tome una decisión cualificada en cada caso concreto.

⁷ M. Parejo Guzmán, *op. cit.*, p. 372.

Libertad de conciencia y derecho a decidir sobre la salud al final de la vida: Eutanasia

que se encuentra en una situación de existencia insoportable o absurda irreversible, causa su muerte”⁸. Este autor precisa que no considera que el requerimiento por parte del sujeto pasivo constituya un elemento intrínseco del concepto de eutanasia, siendo necesario para poder hablar de eutanasia, únicamente, los requisitos referidos al móvil (la especial consideración con el sujeto, en el sentido de que la causación de la muerte se lleva a cabo considerando que es lo mejor para el sujeto pasivo, es decir, velando exclusivamente por el interés de este último, sin que deba identificarse, según este autor, con un móvil piadoso o un sentimiento de compasión) y la situación de existencia insoportable o absurda irreversible en la que se ha de encontrar el sujeto pasivo.

Por su parte, Corcoy Bidasolo ofrece una definición sencilla que pone de manifiesto las diferentes formas de eutanasia que más adelante analizaremos: “El concepto de eutanasia abarcaría la causación (la eutanasia en su vertiente activa directa), aceleración (eutanasia activa indirecta) y no evitación (eutanasia pasiva) de la muerte, siempre, y en todos los casos, que el paciente o los familiares lo consientan”⁹.

B) Tipología.

Existen diversas clasificaciones de eutanasia. En este sentido, de acuerdo con el objetivo con el que se practica la eutanasia, se distingue entre eutanasia eugenésica (eliminadora de los menos aptos), criminal (eliminadora de los sujetos considerados socialmente peligrosos), económica (eliminadora de aquéllos cuyo mantenimiento supone una carga económica para la sociedad), experimental (se lleva a cabo con el objetivo de experimentación científica), solidaria (se provoca la muerte de pacientes desahuciados para utilizar sus órganos o tejidos y así beneficiar a otras personas), social (pretende evitar que la sociedad soporte vidas que constituyen cargas sociales), piadosa (se lleva a cabo de forma altruista por compasión hacia el sujeto pasivo, lo cual ya constituye un elemento intrínseco del concepto de eutanasia propiamente dicho), etc. Sin embargo, no podemos considerar que estas modalidades realmente constituyan tipos

⁸ I. Álvarez Gálvez; *op. cit.*, p. 57.

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

Libertad de conciencia y derecho a decidir sobre la salud al final de la vida: Eutanasia

de eutanasia, pues no podrían englobarse correctamente dentro del riguroso concepto de eutanasia¹⁰.

Así mismo, según el objetivo con el que se lleva a cabo la acción eutanásica, podemos hacer referencia a la eutanasia libertadora (frente a la eliminadora), también denominada eutanasia terapéutica, pues se practica con el fin de aliviar los dolores que padece el enfermo. En este sentido, también se diferencia entre eutanasia occisiva, cuando su fin es causar la muerte del paciente desahuciado, y lenitiva, cuando lo que se busca es evitar o calmar el dolor que padece aquél sujeto que tiene una enfermedad mortal¹¹.

De igual manera, encontramos otras clasificaciones en atención tanto al sujeto activo del hecho, como en relación al sujeto pasivo. Siendo esto así, cuando aquél que causa la muerte es el destinatario de la misma, esto es, el sujeto activo y el sujeto pasivo son la misma persona; algunos autores hablan de eutanasia suicida, autoeutanasia o eutanasia a la propia vida; mientras que cuando el autor de la muerte y el destinatario de la misma son personas distintas, se hace referencia a eutanasia homicida o eutanasia a la vida ajena. Por otro lado, en relación con el sujeto pasivo de la acción eutanásica se diferencia entre eutanasia sobre enfermo terminal, eutanasia psíquica, eutanasia perinatal y eutanasia precoz (cuando es provocada a niños con defectos)¹².

Estas últimas clasificaciones son menos conocidas y sin duda resulta más interesante la clasificación establecida en atención a la concurrencia de la voluntad del sujeto pasivo.

En este sentido, cuando la acción eutanásica se lleva a cabo a petición del sujeto pasivo o, pudiendo manifestar éste su consentimiento, manifiesta su voluntad de morir; hablamos de eutanasia voluntaria, que es la que constituye la eutanasia en puridad¹³.

Frente a este tipo, existe la eutanasia involuntaria, cuando el sujeto pasivo no ha manifestado nada o ha manifestado su deseo de no morir. Esta modalidad recibe otras denominaciones como eutanasia impuesta, coactiva, no deseada o contravoluntaria. Estaríamos ante casos en los que consta expresamente la voluntad del sujeto pasivo y se

¹⁰ M. Parejo Guzmán, *op. cit.*, pp. 391-394.

¹¹ I. Álvarez Gálvez; *op. cit.*, p. 42.

¹² I. Álvarez Gálvez; *op. cit.*, p. 42.

¹³ M. Parejo Guzmán, *op. cit.*, p. 402.

Libertad de conciencia y derecho a decidir sobre la salud al final de la vida: Eutanasia

actúa violando la misma, o bien, se actúa sin que tengamos constancia de su voluntad, pudiendo ser otorgada por parte del sujeto pasivo, de forma que no se le consulta esta cuestión de vital importancia, lo cual implica que este tipo de eutanasia no pueda ser considerada como tal, pues es radicalmente opuesta a la verdadera noción de eutanasia¹⁴.

Por último, en relación con este criterio clasificatorio, encontramos la eutanasia no voluntaria, aplicable a los casos en los que el sujeto pasivo no puede manifestar su voluntad, pues no puede comprender la decisión que debería tomar en tal situación. Se trata de supuestos en los que el sujeto pasivo ha perdido la consciencia de forma total e irreversible, se encuentra en estado vegetativo o se trata de recién nacidos o enfermos mentales, etc. Esta modalidad también es denominada eutanasia avoluntaria, término que consideramos más apropiado, de acuerdo con lo argumentado por Álvarez Gálvez, pues el prefijo “a-” expresa mejor que el vocablo “no” la idea de “ausencia de”, que es lo que se quiere dar a entender¹⁵.

Según la forma en que se practica la eutanasia, encontramos la clasificación que más nos interesa y que con mayor detenimiento vamos a analizar en el presente trabajo. Se distinguen dos modalidades: eutanasia activa y eutanasia pasiva.

La modalidad activa requiere una actuación positiva de la que derive la muerte del paciente¹⁶. Consiste en un actuar por parte del sujeto activo que provoca la muerte del sujeto pasivo, entendido como una acción, un “hacer”, frente un “no hacer” propio de la eutanasia pasiva, pues esta modalidad se entiende referida a una conducta omisiva de cierto tratamiento médico por parte del sujeto activo, esto es, el médico no realiza o retira los tratamientos médicos curativos. Desde una perspectiva teórica, también se ha relacionado la diferencia entre estas dos modalidades con la distinción moral que existiría entre la conducta de “matar” frente a la de “dejar morir”¹⁷.

¹⁴ M. Parejo Guzmán, *op. cit.*, p. 403.

¹⁵ I. Álvarez Gálvez; *op. cit.*, p.62.

¹⁶ D. Llamazares Fernández; *Derecho de la libertad de conciencia II*; Civitas, Madrid, 2007, p.429.

¹⁷ J. Serrano Ruiz-Calderón; *op. cit.*, p.108.

Libertad de conciencia y derecho a decidir sobre la salud al final de la vida: Eutanasia

La modalidad de eutanasia activa recibe otras denominaciones como eutanasia por acción o eutanasia positiva¹⁸. Dentro de esta modalidad, distinguimos dos tipos: la eutanasia activa directa y la eutanasia activa indirecta. La distinción entre estos dos tipos radica en el fin perseguido con la conducta que lleva a cabo el médico.

Así pues, para entender todas las modalidades vamos a ver detenidamente cada supuesto:

a) Eutanasia activa directa.

En el caso de la eutanasia activa directa, el médico tendría el propósito principal de causar la muerte del enfermo. Se trataría por ejemplo, de supuestos en los que el enfermo no correría peligro de muerte inmediata, pero se hallaría incapacitado para llevar una vida autónoma debido a una pérdida de facultades imprescindibles para la vida y/o padeciendo insoportables dolores, que le hacen considerar que no tiene sentido seguir viviendo en esa situación. También podría darse este caso cuando estuviéramos antes supuestos en los que el paciente padece una grave enfermedad que provocará su muerte inevitablemente.

Este tipo de eutanasia está prohibida penalmente y es la modalidad que mayores problemas genera, por su puesta en conflicto con el derecho a la vida y la prohibición de matar.

b) Eutanasia activa indirecta.

En el caso de la eutanasia activa indirecta (también denominada eutanasia lenitiva, término al que hacíamos referencia anteriormente), se administrarían calmantes al enfermo que estaría muy cerca de la muerte, además de soportando fuertes dolores, con la intención primordial de aliviar los dolores, a sabiendas de que esto traerá consigo la anticipación de la muerte. Por tanto, el fin perseguido por el sujeto activo al llevar a cabo la conducta es la supresión o disminución de los dolores que padece el sujeto pasivo, si bien este comportamiento produce el inevitable efecto colateral de reducir

¹⁸ M. Parejo Guzmán, *op. cit.*, p. 397.

Libertad de conciencia y derecho a decidir sobre la salud al final de la vida: Eutanasia

notablemente la vida del enfermo. Hablamos de tratamientos que pretenden paliar los insoportables dolores que padece el paciente que convierten su existencia en una vida no digna del calificativo de humana. Se trata del supuesto típico de la morfina, cuidados paliativos, sedación terminal, administración de fármacos cada vez más fuertes, etc.

Esta modalidad de eutanasia está permitida, siempre que se lleve a cabo con el consentimiento del paciente o, en su caso, de sus familiares, pues en los artículos 2.2 y 8 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 (en adelante, Ley 41/2002) se establece la necesidad de la existencia de consentimiento informado, libre y voluntario del afectado para poder llevar a cabo cualquier actuación en el ámbito de la salud.

Su licitud se deduce del artículo 143.4 CP, que posteriormente analizaremos, y de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, pues en la misma se reconoce el derecho de los enfermos terminales a la atención paliativa, tanto en lo que respecta a la atención médica primaria (artículo 12.2.g), como en lo que se refiere a atención especializada (artículo 13.2.f). Además, el hecho de que el médico se negara a suministrar al enfermo terminal este tipo de tratamientos que el mismo hubiera solicitado para aliviar los insoportables dolores, constituiría un delito de lesiones por omisión¹⁹.

c) Eutanasia pasiva.

En el caso de la eutanasia pasiva, el enfermo no correría peligro de muerte, pero habría perdido completamente los sentidos encontrándose en situación vegetativa, vinculado a la vida sólo por métodos médicos. En este caso, no se prolongaría inútilmente la situación del paciente y se suspendería la asistencia no tratando la afección incurable o retirándole los medios artificiales que le vinculan a la vida. Se trataría del típico supuesto de desconexión del reanimador. Además, se englobarían dentro de esta modalidad los supuestos de interrupción de un tratamiento, dado que el paciente no sólo tiene derecho a elegir la terapia que considere más adecuada entre las opciones clínicas

¹⁹ E. Álvarez Conde, R. Tur Ausina; *Derecho Constitucional*; Tecnos, Madrid, 2012, p. 300.

Libertad de conciencia y derecho a decidir sobre la salud al final de la vida: Eutanasia posibles (artículo 2.3 de la Ley 41/2002), sino que también puede rechazar cualquier tratamiento (artículo 2.4 de la citada norma). Por tanto, en base a esto último conocemos de la licitud de la eutanasia pasiva, ahora bien, podemos incluso afirmar que la misma está configurada como un verdadero derecho subjetivo de manifestación del derecho sobre la propia salud y, en consecuencia, sobre el derecho a la vida y a la integridad física y moral²⁰.

C) Regulación de la eutanasia.

a) En el ámbito penal.

La cuestión de la eutanasia fue regulada por primera vez en España en el artículo 143.4 CP. A continuación, efectuaremos un análisis de dicho artículo, pues nos permite determinar cuáles son las conductas eutanásicas que están permitidas por no encontrarse dentro del alcance de la prohibición prevista en el mismo.

En el artículo 143 CP se castiga, en su primer apartado, la inducción al suicidio; en el segundo apartado, la cooperación necesaria; en el tercero, la cooperación hasta el punto de ejecutar la muerte, y en el último apartado se hace referencia a los supuestos eutanásicos. Así pues, se trata de una opción político criminal, nuestro Código Penal no tipifica el suicidio como delito, pero sí la cooperación y la inducción a éste, dado que el suicidio es impune, pero esa libertad del suicida no se extiende a los partícipes, ya que, al igual que en otros muchos países, es en esta cuestión referida a la intervención de terceros donde radica la explicación del recelo del legislador español ante la despenalización de la eutanasia.

1. Evolución histórica.

El Código Penal de 1848 introdujo por primera vez la tipicidad del auxilio al suicidio, diferenciando entre el auxilio y el auxilio hasta el punto de ejecutar la muerte, ostentando esta última modalidad un carácter atenuatorio con respecto al homicidio²¹.

²⁰ D. Llamazares Fernández; *op. cit.*, p. 430.

²¹ M. Parejo Guzmán, *op. cit.*, p. 71.

Libertad de conciencia y derecho a decidir sobre la salud al final de la vida: Eutanasia

Posteriormente, el Código Penal de 1870 mantuvo las mismas conductas de auxilio al suicidio que tipificaba el anterior Código, si bien modificó el carácter atenuatorio del que gozaba el auxilio ejecutivo con respecto al homicidio, equiparándose las penas de estos delitos²².

Ya en el Código Penal de 1928 encontramos una novedosa previsión en su artículo 517.2 que otorgaba a los Tribunales la facultad de imponer una pena inferior a los seis años en atención a “*las circunstancias personales del culpable, los móviles de su conducta y las circunstancias del hecho*”. Para que operara esta atenuación era imprescindible que concurriera el consentimiento del sujeto pasivo y la motivación piadosa por parte del sujeto activo. Resulta interesante el hecho de que el segundo párrafo de este artículo dispone expresamente lo siguiente: “*Al preferirse la muerte dada a los enfermos incurables que demandan perentoriamente el fin de los tratamientos*”. La novedad introducida por este artículo 517 fue considerada por la mayoría de la doctrina española una primera e incipiente regulación jurídica penal de la eutanasia²³.

En el siguiente Código Penal de 1932 no se modificó esta cuestión y tampoco en el Código Penal de 1944, el anterior al actual, cuyo artículo 409 disponía lo siguiente: “*El que prestare auxilio o induzca a otro para que se suicide será castigado con la pena de prisión mayor. Si se lo prestare hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte será castigado con la pena de reclusión menor (idéntica a la del homicidio)*”. Esta regulación es la que prevé unas penas más graves para este tipo penal con respecto a los Códigos anteriores²⁴.

La siguiente innovación en la regulación de esta cuestión es la contenida en el artículo 143 del actual Código Penal de 1995. A pesar de que la regulación no cambió hasta entonces, es destacable el *Manifiesto en favor de la disponibilidad de la propia vida* elaborado en 1991 por el Grupo de Estudios de Política Criminal, que defendía, a la luz de los artículos 10.1 y 15 de la Constitución, la disponibilidad de la propia vida y, en consecuencia, la existencia de un derecho a morir, solicitando la no punibilidad de la

²² M. Parejo Guzmán, *op. cit.*, p. 71.

²³ M. Parejo Guzmán, *op. cit.*, p. 72.

²⁴ M. Parejo Guzmán, *op. cit.*, pp. 72-73.

Libertad de conciencia y derecho a decidir sobre la salud al final de la vida: Eutanasia

retirada de los tratamientos médicos cuyo único fin es aplazar el momento de la muerte (eutanasia pasiva); la administración de medicamentos paliativos del dolor que colateralmente aceleran la muerte (eutanasia activa indirecta), y “la provocación de la muerte a petición expresa y seria del afectado para poner fin a una situación de sufrimiento o dolor, grave e irreversible, no soportable ya por el sujeto, que no pueda ser suprimida por medios distintos” (eutanasia activa directa). El mismo Grupo elaboró al año siguiente la *Propuesta de alternativa de Reforma a la Ley General de Sanidad, a la Ley de regulación del Seguro y al Código Penal*, para modificar, fundamentalmente, los artículos 408 y 409 del Código Penal. Posteriormente, en 1993, este Grupo presentó la *Propuesta alternativa al tratamiento jurídico de las conductas de terceros relativas a la disponibilidad de la propia vida*, en la misma línea que el Manifiesto que elaboró en 1991²⁵.

Finalmente, cuando se aprobó el Código Penal de 1995 se abordó la cuestión de la eutanasia en el artículo 143.4, desatendiendo las propuestas que abogaban por la despenalización de la misma. Además, se excluyó la previsión del Proyecto de Código Penal de 1992 de punibilidad de los supuestos de eutanasia activa indirecta²⁶. Así mismo, con la regulación de este artículo 143 desapareció la punibilidad prevista en el Código anterior para la mera complicidad en el suicidio.

2. El artículo 143.4 CP.

Este apartado cuarto supuso una destacable novedad con respecto a la regulación anterior que acabamos de examinar, pues por primera vez se regularon conductas de cooperación al suicidio en un contexto eutanásico, ya que el legislador español quiso conceder un reflejo legal a la peculiaridad planteada por el supuesto en el que la voluntad de morir de una persona que solicita ayuda para ello, se ve motivada por el deseo de concluir cuanto antes con la enfermedad y el sufrimiento que padece²⁷.

²⁵ I. Álvarez Gálvez; *op. cit.*, pp. 245-246 y M. Parejo Guzmán, *op. cit.*, pp. 73 y 74.

²⁶ Art. 149.4 del Proyecto de Código Penal de 1992: *El que causare o cooperare activamente con actos necesarios a la muerte de otro, por la petición expresa y seria de éste, en caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que hubiera conducido necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo.*

²⁷ C. Tomás-Valiente Lanuza; *La cooperación al suicidio y la eutanasia en el nuevo Código Penal (Art. 143)*; Tirant lo Blanch, Valencia, 2000, p. 19.

Libertad de conciencia y derecho a decidir sobre la salud al final de la vida: Eutanasia

Analicemos pues, dicho apartado:

Artículo 143.4 CP: *El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo.*

Vemos como este apartado no hace mención expresa de la eutanasia, si bien se refiere a un contexto eutanásico, aplicando una considerable atenuación. El precepto contiene una serie de elementos típicos objetivos y subjetivos que han de concurrir para que el mismo pueda ser aplicable²⁸:

- Elemento objetivo: La víctima ha de padecer una enfermedad grave que le conduzca necesariamente a la muerte o que le produzca graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar. Así pues, existen dos posibilidades, que la víctima padezca una enfermedad que ha de ser grave y que puede ser mortal o dolorosa.

- Elemento subjetivo: Tiene que mediar la “petición expresa, seria e inequívoca” por parte de la víctima, no siendo suficiente su mero consentimiento. Según Álvarez Gálvez, esta petición no parece, que tenga que estar dirigida necesariamente al autor²⁹. Se trata de una plasmación de la libertad, en cuanto disposición de la propia vida y del libre desarrollo de la personalidad y constituye el eje de la conducta, pues es el sujeto pasivo quien tiene la iniciativa.

Dicha petición podrá realizarse de forma escrita, si bien no necesariamente, pues se puede efectuar perfectamente de forma oral, incluso de forma gestual, si el enfermo no puede expresarse de otro modo, siempre que sea inequívoca³⁰.

²⁸ M. Corcoy Bidasolo; *op. cit.*, p. 312.

²⁹ I. Álvarez Gálvez; *op. cit.*, 254.

³⁰ F. Rey Martínez; *Eutanasia y derechos fundamentales*; Tribunal Constitucional, Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, Madrid, 2008, p. 31.

Libertad de conciencia y derecho a decidir sobre la salud al final de la vida: Eutanasia

Ha de tratarse de una petición expresa, de forma que no caben peticiones presuntas; sería, de tal manera que no haya duda sobre la capacidad del sujeto para consentir y que la decisión del sujeto sea reflexiva, de forma que la decisión haya sido tomada disponiendo de la correcta información sobre la situación y que no haya sido iniciada por el engaño, la intimidación o el error, exigiéndose además, permanencia de la decisión durante un cierto tiempo, y por último, la petición ha de ser inequívoca, lo que requiere ausencia de cualquier duda sobre el contenido de la petición. No se recoge la exigencia de actualidad, esto es, que la petición sea inmediata, de forma que surge el problema de si decisiones anteriores pueden amparar situaciones en que el sujeto está inconsciente y no se puede reiterar en ese momento la petición. A este respecto, un sector de la doctrina considera que la petición también ha de ser actual, considerando que no sería válida ningún tipo de manifestación efectuada en documentos de instrucciones previas, mientras que otros autores consideran que sí se podría aplicar este tipo si además de coincidir todos los elementos del mismo, la voluntad del sujeto pasivo hubiera sido manifestada con anterioridad en este tipo de documentos, que posteriormente analizaremos en el presente trabajo. De cualquier manera, el artículo que nos ocupa guarda silencio en relación con la validez de este tipo de documentos³¹.

En lo que se refiere a la conducta típica, ésta ha de consistir en causar o cooperar con actos necesarios y directos a la muerte del sujeto pasivo.

Por un lado, el término ‘causare’ hace referencia a una ejecución material, directa y activa de otra persona por cualificada petición y en una situación extrema.

Por otro lado, el término ‘cooperare’ hace referencia a una cooperación también ‘activamente’, con ‘actos directos’. Se trata de una ayuda necesaria y directa, realizada por la solicitud de quien se encuentra en esa situación de enfermedad.

El término ‘activamente’ quiere decir que los comportamientos omisivos no están recogidos en este tipo y la causación directa significa que las conductas indirectas no están recogidas en este tipo, lo cual nos permite saber que con este precepto las modalidades de eutanasia activa indirecta y eutanasia pasiva quedaron implícitamente despenalizadas en nuestro ordenamiento.

³¹ M. Parejo Guzmán, *op. cit.*, pp. 77-78.

Libertad de conciencia y derecho a decidir sobre la salud al final de la vida: Eutanasia

En este sentido, ya comentábamos anteriormente que los tratamientos propios de eutanasia activa indirecta se conciben como una obligación del médico en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ahora bien, en caso de que este tipo de tratamientos, que producen un acortamiento de la vida, fueran practicados por el médico a un paciente que se opone a ellos, la conducta del médico sería constitutiva de un delito de homicidio³².

En lo que respecta a la modalidad de eutanasia pasiva, no tiene cabida en el artículo analizado, pues el mismo hace referencia a conductas activas y anteriormente, explicamos que la eutanasia pasiva se entiende referida a conductas omisivas, dado que constituyen omisiones en la continuidad de un tratamiento, lo cual se configura además, tal y como adelantábamos, como un derecho del paciente contemplado por 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.

Con respecto al término ‘activamente’ al que hace referencia el precepto que nos ocupa, Llamazares Fernández critica la redacción del artículo 143.4 CP, considerando que la utilización del término ‘activamente’ no aclara qué ocurre con los supuestos de cooperación por omisión, esto es, si el hecho de no aludir a ellos significa que se encuentran despenalizados o por el contrario, que no les alcanza la atenuación de la pena que prevé esta disposición³³. Ahora bien, la doctrina coincide en afirmar que las modalidades indirecta y pasiva están excluidas de la tipicidad del artículo 143.4 CP³⁴, cuestión que ya habíamos adelantado, sin embargo, no está de más incidir en ello de nuevo, dado que la vía que el legislador ha utilizado para conseguir ese objetivo ha sido la de emplear una técnica legislativa claramente defectuosa.

En relación con el autor de este tipo penal, hemos de precisar que su aplicación no se ve condicionada por la concurrencia de especiales características del sujeto activo, de forma que cualquier persona puede realizar este tipo, sea personal sanitario o no³⁵, configurándose la eutanasia como un delito común. En lo que se refiere a la motivación del autor, la norma no hace ninguna referencia a la necesidad de que éste deba actuar de

³² F. Rey Martínez; *op. cit.*, p. 20.

³³ D. Llamazares Fernández; *op. cit.*, p. 433.

³⁴ C. Tomás-Valiente Lanuza; *op. cit.*, p. 107-108.

³⁵ J. Lorenzo Salgado; “Algunas consideraciones sobre el artículo 143.4 del Código Penal”; *Estudios Penales y Criminológicos*, 25, 2004, p. 161.

Libertad de conciencia y derecho a decidir sobre la salud al final de la vida: Eutanasia

acuerdo con una especial motivación altruista o piadosa, sino que simplemente debe llevar a cabo la acción conociendo los elementos objetivos relativos al estado del sujeto pasivo y su voluntad³⁶.

b) En otros ámbitos.

En relación con el marco jurídico de la eutanasia en nuestro ordenamiento, hemos de hacer mención también del Convenio del Consejo de Europa para la Protección de los Derechos y la Dignidad del Ser Humano, respecto de las aplicaciones de la biología y la medicina, de 4 de abril de 1997 (Convenio de Oviedo), que establece la exigencia de consentimiento libre e informado del paciente, o en su caso, su representante legal, para poder llevar a cabo cualquier intervención sanitaria, y además, otorga importancia a la voluntad que ha sido expresada anteriormente por parte del paciente. Este Convenio se configura como la base de la antes mencionada 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. Tal y como hemos comentado anteriormente para hacer referencia a la modalidad de eutanasia pasiva, en esta Ley se contempla el derecho del paciente a negarse a cualquier tratamiento, excepto en los casos determinados por la Ley (artículo 2.4).

En lo que respecta a la modalidad de eutanasia activa indirecta, hemos de mencionar de nuevo, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud y su previsión, en los artículos 12.2.g y 13.2.f del derecho del paciente a los cuidados paliativos.

Así mismo, son destacables las referencias estatutarias del derecho a vivir con dignidad el proceso de la muerte, y otras cuestiones relacionadas con un genérico derecho a la salud, que encontramos en el Estatuto de Autonomía de Cataluña (artículo 20), en el Estatuto Balear (artículo 25), en el andaluz (artículo 20), el aragonés (artículo 14) y en el Estatuto de Castilla y León (artículo 13.2). En relación con esta cuestión, algunas Comunidades Autónomas han aprobado Leyes de derechos y garantías de la dignidad en el proceso de la muerte, asunto que será analizado en un apartado posterior del presente trabajo.

³⁶ F. Rey Martínez; *op. cit.*, p.34.

D) Regulación de la eutanasia en otros países.

a) Australia.

En Australia están admitidas las formas de eutanasia activa indirecta y la pasiva, aunque no lo está la modalidad directa. Ahora bien, merece la pena que nos detengamos a analizar la cuestión de la eutanasia en este país, pues fue donde se promulgó la primera norma legal que admitía la modalidad de eutanasia activa directa. Tal norma, de 1995, emanaba del Parlamento del Territorio del Norte, uno de los Estados Federados de Australia, y se denominaba *Rights of the Terminally Ill Act 1995 (NT)*. Sin embargo, fue derogada por el Parlamento Federal que aprobó la *Eutanasia Laws Act* en 1997, excluyendo la competencia de los Estados Federados para dictar normas que permitieran “la forma de matar intencionadamente a otro, llamada eutanasia (que incluye el homicidio por piedad) o la asistencia a una persona para terminar con su vida”³⁷.

A pesar de que ya no está en vigor, es interesante analizar el contenido principal de la norma que fue aprobada por el Territorio del Norte de Australia, pues consideramos que la misma ofrecía correctas garantías en atención al proceso.

La Ley preveía la posibilidad de que un paciente terminal, mayor de 18 años, que estuviera “experimentando dolor, sufrimiento y/o angustia hasta extremos inaceptables para él” pudiera pedir a su médico “que le asista para terminar con su vida” (artículo 4). Tal “asistencia” del médico que se podía solicitar incluía “la prescripción de una sustancia, la preparación y suministro de la misma para que el paciente se la administre a sí mismo, así como la administración de la sustancia al paciente” (artículo 3).

Los requisitos que preveía el procedimiento establecido eran los siguientes:

- La eutanasia tenía que ser practicada por un médico que tenía que certificar que la enfermedad que padecía el paciente le conduciría inexorablemente a la muerte

³⁷ *Eutanasia Laws Act* Art. 1: *Subject to this section the power of the Legislative Assembly conferred by section 6 in relation to the making of laws does not extend to the making of laws which permit or have the effect of permitting (whether subject to conditions or not) the form of intentional killing of another called euthanasia (which includes mercy killing) or the assisting of a person to terminate his or her life.*

(artículo 7.b) y debía consultar a otros dos médicos, uno con conocimientos acreditados de la enfermedad que sufriera el paciente y otro que fuera un cualificado psiquiatra, para poder certificar que el paciente no se encontraba bajo una depresión clínica tratable (artículo 7.c).

- El paciente tenía que ser informado de su diagnóstico, posibilidades de tratamientos médicos, incluidos los cuidados paliativos y de apoyo y asesoramiento psiquiátrico. Tendría que solicitar la mencionada asistencia por escrito, a través de un certificado de petición que no podría ser firmado hasta una vez transcurridos siete días desde que el paciente manifestó su deseo de morir (artículo 7.1.i). Además, dicha asistencia no podría llevarse a cabo hasta que transcurrieran 48 horas desde la firma del certificado de petición (artículo 7.1.n).
- El médico no podría llevar a cabo la asistencia si a su juicio, “existen cuidados paliativos razonablemente disponibles para aliviar el dolor y el sufrimiento a un nivel aceptable para el paciente”, sin embargo, sí deberá proceder a prestar la asistencia si dichos cuidados dejan de paliar el dolor y el paciente vuelve a requerir al médico para que le preste su asistencia (artículo 8).
- En los artículos 12 a 15 se prevé un procedimiento para el control *a posteriori*, una vez se ha producido la muerte del paciente, que incluye la obligación del médico de remitir al Ministerio Público una serie de documentos relativos a la asistencia llevada a cabo, previstos en el artículo 12, que han de estar comprendidos en el historial médico del paciente. El Ministerio Público anualmente comunicaría al *Attorney General* el número de fallecimientos producidos de esta manera.

b) Colombia.

El caso colombiano es curioso pues su Código Penal tipifica de forma atenuada con respecto al homicidio ordinario, el homicidio por piedad y el auxilio al suicidio en

Libertad de conciencia y derecho a decidir sobre la salud al final de la vida: Eutanasia

contextos eutanásicos³⁸, sin embargo, la Corte Constitucional de Colombia ha considerado lícita la conducta del médico que pone fin a la vida de un enfermo terminal concurriendo la voluntad libre de éste último. Así pues, la sentencia C-239/97, de 20 de mayo de 1997, resolvía el recurso de inconstitucionalidad que se había interpuesto contra la citada regulación del Código Penal, por considerarla excesivamente atenuatoria, ya que “la levedad de la sanción constituye una autorización para matar”. El Tribunal colombiano declaró constitucional tal regulación y además, consideró que la misma sería inconstitucional de aplicarse cuando un médico provocara la muerte “en el caso de los enfermos terminales en los que concurra la voluntad libre del sujeto pasivo del acto”, afirmando que “el derecho fundamental a vivir en forma digna implica entonces el derecho a morir dignamente, pues condenar a una persona a prolongar por un tiempo escaso su existencia, cuando no lo desea y padece profundas aflicciones, equivale no sólo a un trato cruel e inhumano, prohibido por la Carta (CP artículo 12), sino a una anulación de su dignidad y de su autonomía como sujeto moral”. En cierta manera, la Corte Constitucional se adjudicó la labor del legislador, quien hizo caso omiso de este pronunciamiento.

c) EEUU.

En Oregón no es legal la eutanasia activa directa, pero sí lo es el suicidio asistido, de forma que los médicos pueden prescribir un fármaco letal a aquellos pacientes que deseen poner fin por sí mismos a su sufrimiento. Así se prevé en la *Death With Dignity Act*, una Ley que fue aprobada a iniciativa popular en 1994, mediante referéndum. Posteriormente, en 1995 fue recurrida ante el Tribunal de Distrito Federal y considerada inconstitucional, aunque en 1997 la *Ninth Circuit Court of Appeals* rechazó esta decisión y finalmente, la norma fue aprobada de nuevo por referéndum en 1997.

Los requisitos que establece esta Ley para que el enfermo pueda solicitar el auxilio al suicidio son básicamente los siguientes: Tendrá que ser un enfermo terminal, mayor de

³⁸ Ley 599 de 2000, de 24 de julio, por la cual se expide el Código Penal:

Art. 106: **Homicidio por piedad.** El que matare a otro por piedad, para poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave e incurable, incurrirá en prisión de uno a tres años.

Art. 107: **Inducción o ayuda al suicidio.** El que eficazmente induzca a otro al suicidio, o le preste una ayuda efectiva para su realización, incurrirá en prisión de dos a seis años. Cuando la inducción o ayuda esté dirigida a poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave e incurable, se incurrirá en prisión de uno a dos años.

Libertad de conciencia y derecho a decidir sobre la salud al final de la vida: Eutanasia

18 años, plenamente capaz, que resida en Oregón y padezca una enfermedad cuyo diagnóstico (efectuado por su médico ordinario, además de por un segundo médico especialista en dicha enfermedad) indique que se trata de una enfermedad incurable e irreversible que le causará la muerte en un plazo máximo de seis meses. Habrá de efectuar tal petición de forma oral y también, a través de un documento escrito que deberá ser firmado por él y otros dos testigos. Deberá transcurrir como mínimo un plazo de 15 días desde que el paciente efectúa la primera petición, y otro plazo de 48 horas desde la petición escrita, hasta que el médico le prescribe la medicina letal.

En el Estado de Washington también es legal el suicidio asistido, pues así se dispone en una Ley aprobada en 2008, denominada *The Washington Death With Dignity Act*, que además de admitir expresamente la eutanasia pasiva, dispone que cualquier enfermo terminal que resida en ese Estado “puede hacer una petición escrita de medicación que el paciente pueda administrarse a sí mismo para terminar su vida de una manera humana y dignificada”.

Así mismo, en el Estado de Montana es legal el suicidio asistido, dado que así lo declaró la Suprema Corte de este lugar, en el asunto *Baxter V. Montana*, considerando que los enfermos terminales capaces tienen el derecho constitucional de poder recabar asistencia médica para suicidarse. El Tribunal además, afirmó que no existe ningún precedente legal que indique que la ayuda médica al suicidio sea contraria a las políticas públicas.

En el Estado de Vermont es legal el suicidio asistido desde 2013, cuando se promulgó *The Patient Choice and Control at End of Life Act (Act 39)*. Esta norma permite a aquellos pacientes que padezcan una enfermedad que les vaya a causar la muerte en menos de seis meses (lo cual ha de ser confirmado por dos médicos), solicitar la prescripción médica de un fármaco letal, que no podrá ser otorgada hasta transcurridos, al menos, 17 días desde la petición.

Con respecto a esta cuestión, es interesante la jurisprudencia del Tribunal Supremo de EEUU, que consideró que no es inconstitucional la penalización del auxilio al suicidio, pues el derecho a disponer de la propia vida no se trata de un derecho fundamental, ni tampoco es inconstitucional su despenalización, cuando se lleva a cabo observando las

Libertad de conciencia y derecho a decidir sobre la salud al final de la vida: Eutanasia garantías necesarias, pues la indisponibilidad de la vida no es absoluta y además, existe un interés legítimo de las personas en controlar su cuerpo y la calidad de su vida³⁹.

d) Holanda.

En Holanda, un país que se ha caracterizado por su defensa de la libertad ideológica y que siempre ha demostrado una especial sensibilidad hacia el tema de la eutanasia, se despenalizó la eutanasia y el auxilio al suicidio con la entrada en vigor de la *Ley de Comprobación de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio*, el 1 de abril de 2002, que recopila una amplia y constante jurisprudencia existente con anterioridad a favor de la despenalización de la eutanasia, bajo determinadas condiciones⁴⁰.

Esta Ley modificó el Código Penal holandés, en el que se castiga la eutanasia y el auxilio al suicidio, excepto en los casos en los que se lleve a cabo conforme a la citada Ley. Los artículos afectados quedaron redactados de la siguiente manera:

Artículo 293: El que disponga de la vida de otro, respondiendo a una petición seria y explícita de éste, será castigado con pena de cárcel de hasta 12 años y multa. No será punible si la acción la ha llevado a cabo un médico cumpliendo los requisitos del artículo 2 de la Ley de Comprobación de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio, y esto lo ha comunicado al forense municipal.

Artículo 294: Aquel que intencionadamente induzca a otro al suicidio, le preste auxilio o le facilite los medios necesarios para hacerlo, si el suicidio se consuma, será castigado con pena de cárcel de hasta tres años y multa. No será castigado si la ayuda es prestada por un médico cumpliendo los requisitos del artículo 2 de la Ley de Comprobación de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio.

La Ley holandesa afirma que los enfermos podrán solicitar la muerte digna, sin decir expresamente que deben ser enfermos terminales, sino que simplemente afirma que

³⁹ D. Llamazares Fernández; *op. cit.*, p.428.

⁴⁰ F. Rey Martínez; *op. cit.*, p.47.

Libertad de conciencia y derecho a decidir sobre la salud al final de la vida: Eutanasia

deberá concurrir un “padecimiento del paciente insoportable y sin esperanzas de mejora” (artículo 2.1.b).

Esta norma no proporciona ningún tipo de definición de la eutanasia, pero sí define el auxilio al suicidio como “ayudar deliberadamente a una persona a suicidarse o facilitarle los medios necesarios a tal fin, tal y como se recoge en el artículo 294, párrafo segundo, segunda frase, del Código Penal” (artículo 1.b).

La regulación holandesa establece la obligatoriedad de que la eutanasia sea practicada por un profesional médico que tendrá que cumplir los requisitos que establece el artículo 2.1: Deberá tener la certeza de que el paciente ha efectuado tal petición de forma voluntaria y bien meditada; que padece unos sufrimientos insoportables y perdurables; que ha sido correctamente informado de su situación y sus posibilidades; que es consciente, junto con el paciente, de que no existe para esa situación otra solución razonable; que ha consultado a otro médico que ha emitido un informe en relación con todo lo referente a esta situación, y que ha terminado con la vida del paciente o le ha ayudado a suicidarse con el debido cuidado.

En el artículo 2.3 se prevé la posibilidad de que los menores de 16 a 18 años soliciten la eutanasia o el auxilio al suicidio, sin necesidad de que concurra la autorización de sus padres o tutores, si se estima que poseen una razonable comprensión de sus intereses, si bien los padres o tutores deberán estar involucrados en el proceso decisivo. También podrán efectuar esta solicitud los menores de 16 y mayores de 12 años, cuando se considere, de igual manera, que poseen una razonable comprensión de sus intereses, pero en este caso, sí es necesario el consentimiento de los padres o tutores (artículo 2.4).

En el artículo 2.2 se hace referencia a la validez de los testamentos vitales, cuando el paciente sea mayor de 16 y ya no sea capaz de expresar su voluntad, pero hubiera efectuado anteriormente cuando estuvo en condiciones de poder realizar una valoración razonable de sus intereses, una declaración escrita de petición para terminar con su vida.

La Ley no establece la obligatoriedad del transcurso de un determinado plazo desde que se efectúa la petición hasta que se lleva cabo, ni tampoco establece la necesidad de que dicha petición se realice por escrito.

e) Bélgica.

En Bélgica, la *Ley relativa a la Eutanasia*, que entró en vigor el 28 de mayo de 2002, despenaliza la eutanasia cuando se lleve a cabo conforme al procedimiento que establece. La regulación belga se identifica en cierta medida con el modelo holandés, aunque es quizá, más restrictiva, según algunos autores⁴¹. Es destacable el hecho de que la Ley belga sí prevé una definición de eutanasia, a diferencia de la Ley holandesa. Así pues, define en su artículo 2 la eutanasia como “...el acto, practicado por un tercero, que pone fin intencionalmente a la vida de una persona a solicitud de ésta”. Tal definición no señala expresamente al médico como único posible autor de dicho acto, sin embargo, del conjunto de la norma se deduce la necesidad de que la eutanasia sea practicada por un médico. Otras diferencias de esta Ley con respecto a la holandesa son la obligatoriedad de que la petición del paciente sea escrita y que la regulación belga no incluye el suicidio asistido, aunque en la práctica, la Comisión Federal de Control y de Evaluación de la Aplicación de la Ley opta por la inclusión de esta figura bajo el amparo de la Ley⁴².

Así pues, esta norma también prevé que el paciente, que debe encontrarse en situación de enfermedad terminal e irreversible, tome la decisión solicitando la muerte digna, de forma voluntaria y bien meditada (artículo 3.1). De igual manera, reconoce en su artículo 4 la validez de la voluntad manifestada en declaraciones previas, cuando el paciente padezca una inconsciencia irreversible, si bien no podrá tenerse en cuenta tal voluntad si fue otorgada cinco años antes del momento en el que se aplicara la eutanasia.

Otra de las diferencias existentes con la Ley holandesa era la referida a la edad, pues en la regulación belga no se preveía la posibilidad de que una petición de estas condiciones pudiera ser formulada por un menor. Sin embargo, en febrero de 2014 se ha modificado

⁴¹ Véase: M. Parejo Guzmán, *op. cit.*, p.41, M. Corcoy Bidasolo; *op. cit.*, p.317 y F. Rey Martínez; *op. cit.*, p. 58.

⁴² F. Rey Martínez; *op. cit.*, p. 56.

Libertad de conciencia y derecho a decidir sobre la salud al final de la vida: Eutanasia la Ley, incorporando la posibilidad de que sea aplicable a menores, sin límite de edad, en supuestos restringidos de sufrimientos físicos insoportables⁴³.

f) Luxemburgo.

Luxemburgo aprobó el 16 de marzo de 2009 la *Ley sobre la Eutanasia y el Suicidio asistido* (muy similar a la Ley belga), convirtiéndose en el tercer país de la Unión Europea que despenaliza cualquier forma de eutanasia llevada a cabo por un médico cuando un paciente que sufra una enfermedad incurable e insoportable lo solicite⁴⁴.

g) Suiza.

En Suiza la eutanasia activa directa no es legal (el homicidio a petición se sanciona en el artículo 114 del Código Penal), pero sí lo es el auxilio al suicidio, aunque se castiga en el artículo 115 del Código Penal, sólo en el caso de que se ejecute por “motivos egoístas”. Se trata, pues, de una regulación muy peculiar⁴⁵, que a través de una interpretación de dicho artículo 115, ha permitido el auxilio al suicidio en aquellos casos en los que se lleve a cabo por motivos altruistas y exista una petición seria y perseverante del paciente, que ha de ser plenamente capaz. Este tipo de auxilio al suicidio no tiene que ser prestado necesariamente por un profesional médico. De esta forma, han surgido en Suiza diversas organizaciones altruistas que facilitan esta ayuda, como son *Exit* o *Dignitas*, incluso a extranjeros.

h) Canadá.

En Canadá las modalidades de eutanasia pasiva y eutanasia activa indirecta se encuentran admitidas, mientras que la modalidad activa no es legal, en virtud de lo

⁴³ L. Abellán; “Bélgica aprueba la eutanasia infantil”; *El País* (12 de febrero de 2014). Consultado el 30 de abril de 2014 en http://sociedad.elpais.com/sociedad/2014/02/12/actualidad/1392224320_865641.html

⁴⁴ A. Ruiz Miguel; “Autonomía individual y derecho a la propia muerte”; en B. Mendoza Buergo (Ed.) *Autonomía personal y decisiones médicas: cuestiones éticas y jurídicas*; Civitas Thomson Reuters, Cizur Menor, Navarra, 2010, p. 226.

⁴⁵ A juicio de Corcoy Bidasolo, que critica esta regulación, se trata más bien, de una “ausencia de regulación” (véase: M. Corcoy Bidasolo; *op. cit.*, p. 318).

Libertad de conciencia y derecho a decidir sobre la salud al final de la vida: Eutanasia establecido en el artículo 14 del Código Penal⁴⁶. El auxilio al suicidio también está penado en el artículo 241 del Código Penal⁴⁷.

En relación con este país, es destacable el pronunciamiento del Tribunal Supremo en el caso *Rodríguez v. British Columbia*. El caso de Sue Rodríguez tuvo especial relevancia; ésta padecía esclerosis lateral amiotrófica y reclamó ante el Tribunal Supremo de la Columbia Británica su derecho constitucional a un suicidio asistido, solicitando la nulidad de lo dispuesto por el citado artículo 241 en relación con el auxilio al suicidio para que un médico pudiera ayudarla a morir, pues consideraba que tal sanción penal vulneraba las disposiciones constitucionales relativas al derecho a la vida, la libertad y la seguridad de la persona. El Tribunal no apreció esta vulneración y rechazó la existencia del derecho al suicidio asistido. Ulteriormente, el Tribunal Supremo de Canadá, por su parte, rechazó el recurso interpuesto por Sue Rodríguez, a pesar de que reconoció expresamente que en ese caso la punición del auxilio al suicidio violaba *The Canadian Charter of Rights and Freedoms*, pues la mayoría de los magistrados consideraron que se atentaba contra la dignidad y la autonomía personal, mientras que uno de los magistrados estimaba que se violaba el derecho a no ser discriminado en el sentido de que existía desigualdad entre los pacientes físicamente capaces para suicidarse y los que no lo eran, pues éstos últimos se veían impedidos para poder ser ayudados a suicidarse. El rechazo del recurso por parte del Tribunal se debió a razones de deferencia con el poder legislativo y al peso de las razones para prohibir genéricamente el auxilio al suicidio⁴⁸.

Así mismo, hemos de señalar que la provincia canadiense de Québec pretende legalizar el suicidio asistido, pues la Asamblea Nacional de este lugar aprobó en junio de 2014 un Proyecto de Ley, denominado *An Act respecting end-of-life care (Bill 52)*⁴⁹, sobre cuidados al final de la vida y ayuda médica para morir, que se configura como una

⁴⁶ Artículo 14 *Criminal Code R.S.C., 1985, c. C-46: No person is entitled to consent to have death inflicted on him, and such consent does not affect the criminal responsibility of any person by whom death may be inflicted on the person by whom consent is given.*

⁴⁷ Artículo 241 *Criminal Code R.S.C., 1985, c. C-46: Every one who: (b) aids or abets a person to commit suicide, whether suicide ensues or not, is guilty of an indictable offence and liable to imprisonment for a term not exceeding fourteen years.*

⁴⁸ A. Ruiz Miguel; *op. cit.*, p. 228.

⁴⁹ CBC NEWS; “Quebec passes landmark end-of-life-care bill”; *CBC News Montreal* (5 de junio de 2014). Consultado el 20 de junio en: <http://www.cbc.ca/news/canada/montreal/quebec-passes-landmark-end-of-life-care-bill-1.2665834>

garantía para el respeto de la autonomía de los pacientes y su derecho a morir con dignidad. A pesar de lo que ya hemos indicado acerca de la regulación del Código Penal canadiense en relación con el auxilio al suicidio, el Gobierno quebequés salvó este obstáculo alegando que este Proyecto de Ley se engloba dentro de la competencia sanitaria, que corresponde de forma exclusiva a las provincias, sin embargo, dicho Proyecto cuenta con la oposición del Gobierno Federal. Ahora bien, este Proyecto no tendrá problemas para entrar en vigor, pues el Tribunal Supremo de Canadá ha declarado nula, en febrero de 2015, en el caso *Carter v. Canada*, la prohibición de ayuda al suicidio prevista en el Código Penal, por considerar que vulnera el artículo 7 de *The Canadian Charter of Rights and Freedoms*⁵⁰. El Tribunal ha decidido suspender esta declaración de nulidad durante un plazo de 12 meses para que dicha disposición legal sea modificada⁵¹.

⁵⁰ Sección 7 *The Canadian Charter of Rights and Freedoms, Constitution Act 1982: Everyone has the right to life, liberty and security of the person and the right not to be deprived thereof except in accordance with the principles of fundamental justice.*

⁵¹ Sentencia del Tribunal Supremo de Canadá, 2015 SCC 5, de 6 de febrero, asunto *Carter v. Canada*, apartado 147: *The appeal is allowed. We would issue the following declaration, which is suspended for 12 months: Section 241 (b) and s. 14 of the Criminal Code unjustifiably infringe s. 7 of the Charter and are of no force or effect to the extent that they prohibit physician-assisted death for a competent adult person who (1) clearly consents to the termination of life and (2) has a grievous and irremediable medical condition (including an illness, disease or disability) that causes enduring suffering that is intolerable to the individual in the circumstances of his or her condition.*

III) LA EUTANASIA DESDE LA PERSPECTIVA CONSTITUCIONAL.

A) El artículo 15 de la Constitución, ¿disponibilidad del derecho a la vida?

La cuestión de la eutanasia, concretamente en su modalidad activa directa (pues ya hemos afirmado que las otras dos modalidades se encuentran admitidas por nuestro ordenamiento), plantea grandes problemas en relación con la protección constitucional que ostenta el derecho a la vida, que dificulta la admisibilidad de la misma, pues el carácter inviolable de este derecho contenido en el artículo 15 de la Constitución⁵² impide poder disponer de un derecho fundamental ajeno, aunque sea por razones humanitarias y por petición del individuo.

Así pues, nos encontramos ante una problemática sin resolver, dado que no contamos con ningún pronunciamiento directo acerca de esta cuestión en la jurisprudencia del Tribunal Constitucional. Siendo esto así, no existe unanimidad en la doctrina acerca de la posible disponibilidad del derecho a la vida.

Ahora bien, el Tribunal Constitucional, sí se ha pronunciado de forma indirecta sobre esta cuestión y ha concluido que, el artículo 15 de la Constitución sólo goza de una vertiente positiva, esto es, no comprende una vertiente negativa del derecho a la vida, por lo que no existiría un derecho a la muerte. Ésta es la doctrina establecida por el Tribunal Constitucional en las sentencias 120/1990, de 27 de junio; 137/1990, de 19 de julio, y 11/1991, de 17 de enero, en relación con el caso relativo a la alimentación forzosa de reclusos penitenciarios en huelga de hambre. En este sentido, el Alto Tribunal declaró lo siguiente: “Tiene, por consiguiente el derecho a la vida un contenido de protección positiva que impide configurarlo como un derecho de libertad que incluya el derecho a la propia muerte. Ello no impide, sin embargo, reconocer que, siendo la vida un bien de la persona que se integra en el círculo de su libertad, pueda aquélla fácticamente disponer sobre su propia muerte, pero esa disposición constituye una manifestación del *agere licere*, en cuanto que la privación de la vida propia o la aceptación de la propia muerte es un acto que la Ley no prohíbe y no, en ningún modo,

⁵² Art. 15 CE: *Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes. Queda abolida la pena de muerte, salvo lo que puedan disponer las Leyes penales militares para tiempos de guerra.*

un derecho subjetivo que implique la posibilidad de movilizar el apoyo del poder público para vencer la resistencia que se oponga a la voluntad de morir, ni mucho menos, un derecho subjetivo de carácter fundamental en el que esa posibilidad se extienda incluso frente a la resistencia del legislador, que no puede reducir el contenido esencial del derecho. En virtud de ello, no es posible admitir que la Constitución garantice en su artículo 15 el derecho a la propia muerte” (SSTC 120/1990, F.J. 7; 137/1990, F.J. 5; 11/1991, F.J. 2). En el mismo sentido se posiciona el Tribunal Constitucional al afirmar, en la sentencia 154/2002, de 18 de julio, sobre las transfusiones de sangre a Testigos de Jehová, que “...la decisión de arrostrar la propia muerte no es un derecho fundamental sino únicamente una manifestación del principio general de libertad que informa nuestro texto constitucional”.

Por tanto, el artículo 15 incluye la libertad del individuo de poner fin a su vida, no el derecho; la libertad se traduciría en el suicidio, que no es una conducta sancionable (ciertamente, por razones de política criminal), mientras que el derecho consistiría en poder pedir a terceros su participación. Ésta es la opinión de Pérez Royo, con la que estamos de acuerdo, pues sostiene que existe libertad para poner fin a la vida de uno mismo ya que el suicidio no está tipificado como delito, pero de lo que se trata es de tener derecho, es decir, de poder recabar la ayuda de terceros para el ejercicio del mismo, o de poder oponerse frente a cualquier acción que pretenda impedir tal ejercicio⁵³. Por su parte, Llamazares Fernández afirma que el suicidio se trata de un derecho subjetivo sin más y no un derecho constitucionalmente amparado, lo cual implica que tampoco el deber de la vida es un deber constitucional⁵⁴, pues no se infiere del artículo 15 CE la existencia de un deber de vivir.

Con respecto a la jurisprudencia que se ha citado, otros autores han considerado que la idea base que reside tras ésta es la misma que la contenida en la sentencia 53/1985, de 11 de abril, sobre el aborto: la vida es un bien constitucional que debe ser protegido, razón por la cual no cabe el derecho subjetivo a poner fin a la propia existencia⁵⁵.

⁵³ J. Pérez Royo; *Curso de Derecho Constitucional*; Marcial Pons, Madrid, 2007, p. 280.

⁵⁴ D. Llamazares Fernández; *op. cit.*, p. 424.

⁵⁵ E. Álvarez Conde, R. Tur Ausina; *op. cit.*, p. 299.

Libertad de conciencia y derecho a decidir sobre la salud al final de la vida: Eutanasia

Teniendo en cuenta la afirmación del Tribunal Constitucional sobre la inexistencia de un derecho subjetivo a la muerte “que implique la posibilidad de movilizar el apoyo del poder público para vencer la resistencia que se oponga a la voluntad de morir”, se antoja complicado una posible admisión de la constitucionalidad de la eutanasia. Sin embargo, la doctrina sentada a través de estas sentencias tiene su origen en un conflicto excepcional, caracterizado por la relación especial de sujeción entre los presos y la Administración penitenciaria, lo cual es recalado por dichas sentencias. Reiteramos pues, que el Tribunal Constitucional no se ha pronunciado directamente acerca de la eutanasia, por lo que no se puede inferir cuál sería su postura en cuanto a una posible despenalización de la misma.

Así pues, no existe un derecho constitucional a disponer de la propia vida, pero no hay que olvidar que, aunque el derecho a la vida constituye el presupuesto ontológico para el ejercicio de los demás derechos⁵⁶, la protección del mismo no tiene carácter absoluto, pues la doctrina constitucional afirma que los derechos fundamentales no son absolutos, ya que encuentran su límite en el derecho de los demás y en otros bienes y derechos constitucionalmente protegidos (STC 91/1983, de F.J. 3). Pues bien, en base a esta interpretación conciliadora del derecho a la vida con otros derechos, sí podemos hablar de una posible admisibilidad de la eutanasia, integrando el bien jurídico vida con otros como dignidad y libre desarrollo de la personalidad (artículo 10.1 CE); libertad (artículo 1.1 CE); libertad ideológica (artículo 16 CE); intimidad personal (artículo 18 CE), en tanto en cuanto la propia muerte se configura como un asunto esencialmente personal o privado⁵⁷, o autodeterminación personal, que si bien no se trata de un derecho fundamental, se encuentra protegido constitucionalmente dentro de la cláusula de libre desarrollo de la personalidad del artículo 10.1 CE. En este sentido, Espín afirma que el derecho a la vida no comprende el de ponerle fin; pero el derecho a la integridad física y moral sí abarca la totalidad de la vida, incluyendo, por consiguiente, el derecho a una muerte digna como última fase de la vida humana⁵⁸. Por su parte, Álvarez Gálvez

⁵⁶ Así lo afirma la STC 53/1985, de 11 de abril: “Dicho derecho a la vida, reconocido y garantizado en su doble significación física y moral por el artículo 15 de la Constitución, es la proyección de un valor superior del ordenamiento jurídico constitucional –la vida humana- y constituye el derecho fundamental esencial) troncal en cuanto es el supuesto ontológico sin el que los restantes derechos no tendrían existencia posible” (F.J. 3).

⁵⁷ L. Díez-Picazo; “Derecho a la vida y a la integridad física y moral”; *Repertorio Aranzadi del Tribunal Constitucional* Nº. 3/2002, p. 8.

⁵⁸ L. López Guerra, E. Espín, J. García Morillo, P. Pérez Tremps, M. Satrústegui; *Derecho Constitucional Vol. I*; Tirant lo Blanch, Valencia, 2010, p. 188.

Libertad de conciencia y derecho a decidir sobre la salud al final de la vida: Eutanasia

considera que aunque la decisión de morir no está amparada por el artículo 15 CE, sí puede verse incluida en el derecho a la libertad ideológica⁵⁹, que según él, únicamente tiene sentido si se entiende no sólo como libertad de pensar como se desee, sino, y sobre todo, como la libertad de poner en práctica esas ideas⁶⁰.

Otros autores, invocando los artículos 1 y 10 CE, sitúan la libertad en la cúspide del ordenamiento y abogan por una interpretación de los derechos fundamentales como emanaciones del derecho al libre desarrollo de la personalidad o de la dignidad de la persona humana, defendiendo así, la irrelevancia constitucional de la vida no deseada libremente por su titular⁶¹. De esta relación del derecho a la vida con otros derechos nos ocuparemos en el siguiente apartado.

Con respecto a la cuestión que estamos analizando, existen dos posturas doctrinales, aquélla que aboga por un carácter absoluto del derecho a la vida, como un derecho indisponible en todo caso, y aquélla que defendiendo la eutanasia, considera que el derecho a la vida no tiene un carácter absoluto y puede ceder frente a otros derechos. Ahora bien, no se desprende de nuestro ordenamiento el carácter absoluto del derecho a la vida, pues, tal y como afirma Parejo Guzmán, el carácter no absoluto de este derecho está confirmado por la Constitución cuando mantiene, aún de modo excepcional, la pena de muerte, y por el Código Penal y Convenios Internacionales ratificados por España, cuando admiten la legítima defensa y la posibilidad de privar de la vida a otra persona cuando se halla en extremo peligro la propia vida o la de un tercero⁶².

Nos interesa analizar la eutanasia desde un punto de vista constitucional, en relación con el derecho a la vida y su posible disposición, para conocer hasta dónde llegaría la obligación por parte del Estado de sancionar la eutanasia en su modalidad activa directa. Pues bien, resulta interesante el análisis que de esta cuestión efectúa Rey Martínez,

⁵⁹ Art. 16.1 CE: *Se garantiza la libertad ideológica, religiosa y de culto de los individuos y las comunidades sin más limitación, en sus manifestaciones, que la necesaria para el mantenimiento del orden público protegido por la ley.*

⁶⁰ I. Álvarez Gálvez; *op. cit.*, pp. 25 y 26.

⁶¹ M. Alonso Álamo; "Delimitación de ámbitos de responsabilidad e imputación objetiva (a propósito de la disposición sobre la vida en el auxilio ejecutivo al suicidio y la eutanasia)"; *Revista de Derecho Penal y Criminología*, 3ª Época, 1, 2009, p. 30.

⁶² M. Parejo Guzmán; *op. cit.*, p. 54.

Libertad de conciencia y derecho a decidir sobre la salud al final de la vida: Eutanasia

quien considera que de la propia Constitución pueden deducirse cuatro modelos diferentes de interpretación constitucional de la eutanasia⁶³.

El primer modelo es el de la *eutanasia constitucionalmente prohibida*, que está basado en estudios doctrinales ideológicamente conservadores y en la doctrina del Tribunal Constitucional sobre la no existencia de un derecho a disponer de la propia vida. Según este modelo, la protección jurídica del derecho a la vida en el artículo 15 CE tendría un carácter absoluto, de forma que el individuo no tiene facultad de disposición de su propia vida, por lo que el suicidio sería una conducta ilícita (no castigada por razones de política criminal) y la eutanasia en su modalidad activa directa estaría constitucionalmente prohibida.

El segundo modelo defiende la *eutanasia como derecho fundamental*, interpretando que el derecho a la vida (sólo o en relación con otros derechos y principios constitucionales como dignidad, libre desarrollo de la personalidad, integridad, libertad o libertad ideológica) no comprendería un deber de vivir y facultaría a su titular para poder disponer de su propia vida, por lo que en este caso, el suicidio y también la eutanasia activa directa serían manifestaciones de un legítimo ejercicio de ese derecho fundamental, resultando inconstitucional la penalización de la eutanasia.

El tercer modelo es el de la *eutanasia como libertad constitucional legislativamente limitable*, considerado por este autor como una variante del modelo anterior. Según este modelo, no se deduciría de la Constitución la existencia de un derecho fundamental a poner fin a la propia vida, pero sí que existiría una libertad constitucional para ello, amparada bajo la cláusula de libertad del artículo 1.1 CE, de forma que la prohibición del suicidio sería inconstitucional y la prohibición de la eutanasia del artículo 143.4 CP no supondría una restricción arbitraria de la libertad del artículo 1.1 CE, pues perseguiría evitar riesgos de abuso. Esta libertad constitucional permitiría también, al legislador despenalizar la eutanasia activa directa bajo ciertas condiciones. Con respecto a este modelo, Requena López considera que es el que más se ajusta a la Constitución, si bien no comparte la opinión de Rey Martínez sobre la restricción legislativa de dicha

⁶³ F. Rey Martínez; *op. cit.*, p.p. 12, 82 y ss.

Libertad de conciencia y derecho a decidir sobre la salud al final de la vida: Eutanasia

libertad constitucional, no porque teóricamente no sea posible, sino porque no existe ninguna justificación constitucional para ello⁶⁴.

El último modelo descansa sobre la consideración de la *eutanasia como excepción legítima, bajo ciertas condiciones, de la protección estatal de la vida*. Rey Martínez es partidario de este modelo «regla/excepción», más restrictivo que el anterior. Coincide con el tercer modelo en que no sería posible deducir de la Constitución la facultad de disponer de la propia vida y en que este modelo permitiría al legislador, en atención a otros bienes, despenalizar la eutanasia activa directa bajo ciertas condiciones. Sin embargo, este modelo no consideraría que el suicidio y la eutanasia en su modalidad activa puedan encontrarse cubiertas por la cláusula constitucional de libertad del artículo 1.1 CE, pues según el mismo, teniendo en cuenta la doctrina del Tribunal Constitucional a la que hemos hecho referencia, el suicidio no constituiría un derecho, ni una libertad constitucional, sino más bien, una libertad fáctica no prohibida por el Derecho.

Ninguno de los modelos que se ha expuesto constituye la verdadera y única valoración constitucional del derecho a la vida y su posible disposición, pero sirven para acotar la multitud de interpretaciones que existen en relación con la cuestión que nos ocupa.

B) El derecho a la vida en relación con otros bienes, derechos y valores.

Ya hemos adelantado en el apartado anterior que podemos hablar de una posible admisibilidad de la disponibilidad del derecho a la vida si lo tomamos en consideración con otros bienes y derechos constitucionalmente protegidos. Por ello, a continuación efectuaremos un análisis de determinados derechos frente a los que podría ceder el derecho a la vida según las circunstancias.

a) El artículo 10 de la Constitución en relación con el artículo 15 y el derecho a una muerte digna.

⁶⁴ T. Requena López; “Sobre el «derecho a la vida»”; *ReDCE*. Año 6, N°. 12, Julio-diciembre, 2009, p. 337.

I) El artículo 10 de la Constitución contempla la dignidad y el libre desarrollo de la personalidad como fundamentos del orden político y la paz social⁶⁵. La dignidad tiene una trascendencia determinante en relación con la cuestión de la eutanasia, pues en palabras del Tribunal Constitucional, "...indisolublemente relacionado con el derecho a la vida en su dimensión humana se encuentra el valor jurídico fundamental de la dignidad de la persona, reconocido en el artículo 10 como germen o núcleo de unos derechos que le son inherentes. La relevancia y la significación superior de uno y otro valor y de los derechos que los encarnan se manifiesta en su colocación misma en el texto constitucional, ya que el artículo 10 es situado a la cabeza del Título destinado a tratar de los derechos y deberes fundamentales, y el artículo 15 a la cabeza del Capítulo donde se concretan estos derechos, lo que muestra que dentro del sistema constitucional son considerados como el punto de arranque, como el *prius* lógico y ontológico para la existencia y especificación de los demás derechos" (STC 53/1985, F.J. 3).

Nos encontramos ante un concepto jurídico indeterminado, pues el artículo 10 CE no proporciona una definición de dignidad, pero sí lo hace el Tribunal Constitucional cuando, en el fundamento jurídico octavo de la sentencia a la que hemos hecho referencia, afirma que "...la dignidad es un valor espiritual y moral inherente a la persona, que se manifiesta singularmente en la autodeterminación consciente y responsable de la propia vida y que lleva consigo la pretensión al respeto por parte de los demás".

Ahora bien, la dignidad no es reconocida como un derecho, según dispone el Tribunal Constitucional: "La dignidad de la persona no se reconoce en nuestra Constitución como un derecho fundamental sino como fundamento del orden político y la paz social" (STC 149/1999, F.J. 2). Por tanto, se configura como principio informador y base de los derechos fundamentales⁶⁶. Así, la jurisprudencia del Tribunal Constitucional afirma que "...proyectada sobre los derechos individuales, la regla del artículo 10.1 CE implica que, en cuanto valor espiritual y moral inherente a la persona, la dignidad ha de permanecer inalterada cualquiera que sea la situación en que la persona se encuentre,

⁶⁵ Art. 10.1 CE: *La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la Ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social.*

⁶⁶ Véase: M. Parejo Guzmán; *op. cit.*, p. 49 y J. Beltrán Aguirre; "El derecho de las personas a una muerte digna"; *Revista Aranzadi Doctrinal* num.5/2010, p.2.

Libertad de conciencia y derecho a decidir sobre la salud al final de la vida: Eutanasia

constituyendo, en consecuencia un *minimum* invulnerable que todo estatuto jurídico debe asegurar” (SSTC 120/1990 F.J. 4; 57/1994, F.J. 3; 91/2000 F.J. 7). Es por ello que “...la Constitución Española salvaguarda aquellos derechos y aquellos contenidos de los derechos que pertenecen a la persona como tal y no como ciudadano o, dicho de otro modo, aquellos que son imprescindibles para la garantía de la dignidad humana que conforme al artículo 10.1 de nuestra Constitución constituye fundamento del orden político español” (SSTC 107/1984, F.J. 3; 99/1985, F.J. 2; 242/1994, F.J. 4; 91/2000, F.J. 7).

Además, el valor jurídico dignidad posee una función interpretativa, pues, en palabras de Marcos del Cano, incide en la aplicación de las normas jurídicas en general y, muy específicamente, en la interpretación y aplicación de los derechos humanos, considerándosela como un principio activo a través del cual es necesario interpretar toda norma de cualquier ordenamiento jurídico⁶⁷. Según esta autora, la dignidad también se constituye como límite para la actuación de los poderes públicos, de los individuos y de uno mismo, configurándose como un criterio que tiene que ser respetado por éstos⁶⁸.

Pero lo que a nosotros interesa es el papel que representa el valor jurídico dignidad en el debate de la eutanasia. Ahora bien, reiteramos que la dignidad constituye un concepto jurídico indeterminado, lo cual augura que, si bien se trata de un elemento con gran protagonismo en el debate, no podrá ostentar un papel decisivo a la hora de solucionar el mismo. Tanto es así, que la dignidad humana es un argumento al que recurren aquéllos que defienden la licitud de la eutanasia, así como aquéllos que sostienen la ilegitimidad de la misma⁶⁹. En palabras de Rey Martínez, esto invalida casi por completo la eficacia de su uso en este debate⁷⁰.

Así pues, aquellos autores que niegan la licitud de la eutanasia basándose en la dignidad humana, entienden ésta como un valor que implica la obligación de conservar la propia vida, defendiendo así, la indisponibilidad de la propia vida en base a la dignidad, pues la práctica de la eutanasia supondría un atentado a la misma, ya que eliminaría al sujeto

⁶⁷ A. Marcos del Cano; *La eutanasia. Estudio filosófico-jurídico*; Marcial Pons, Madrid, 1999, p. 117.

⁶⁸ A. Marcos del Cano; *op. cit.*, p. 118.

⁶⁹ Véase: A. Marcos del Cano; *op. cit.*, p. 233; M. Parejo Guzmán; *op. cit.*, p. 300, y J. Beltrán Aguirre; *op. cit.*,

⁷⁰ F. Rey Martínez; *op. cit.*, p. 163.

Libertad de conciencia y derecho a decidir sobre la salud al final de la vida: Eutanasia

que es soporte de dicha dignidad. De acuerdo con esta corriente doctrinal, el derecho a una muerte digna se concibe como el derecho de los moribundos a que la sociedad los cuide a la hora de la muerte y alivie sus sufrimientos y angustias en la medida de lo posible, además del derecho a rechazar el encarnizamiento terapéutico⁷¹.

En cambio, los defensores de la eutanasia entienden la dignidad de una forma totalmente distinta, pues suelen argumentar que el derecho a la vida del artículo 15 CE es una vida conforme a la dignidad humana, no es sólo “biología”, sino también “biografía”⁷². Así, Marín Gámez considera que la dignidad de la persona es la clave interpretativa del derecho a la vida en cualquiera de sus vertientes, lo que representa un paladino alejamiento de superados parámetros sobre la indisponibilidad de la propia vida⁷³.

Por su parte, Montero afirma que si la dignidad es el fundamento de la vida humana y la enfermedad arrebatara esta dignidad, una vida indigna deja de ser una vida humana en sentido estricto, y por tanto, el acto eutanásico no menoscaba el respeto a la vida humana⁷⁴.

Esta corriente doctrinal que defiende la licitud de la eutanasia en base a la dignidad humana, lo suele hacer aludiendo al denominado “derecho a morir con dignidad”⁷⁵, que de acuerdo con esta postura, se concibe como el derecho a elegir el momento, lugar y modo de la propia muerte. En este sentido, no se entiende el derecho a la vida como un deber, sino como un derecho de libre disposición, y se identifica la dignidad con la autonomía o la capacidad de autodeterminación de la persona, de forma que el respeto a la dignidad humana implica el respeto a la voluntad de la persona⁷⁶. Hemos de señalar

⁷¹ Véase: A. Marcos del Cano; *op. cit.*, p.p. 234-236, y M. Parejo Guzmán; *op. cit.*, p. 301.

⁷² F. Rey Martínez; *op. cit.*, p. 156.

⁷³ J. Marín Gámez; “Reflexiones sobre la eutanasia: Una cuestión pendiente del derecho constitucional a la vida”; *Revista Española de Derecho Constitucional*, n. 54, 1998, p. 90.

⁷⁴ E. Montero; “¿Hacia una legalización de la eutanasia voluntaria? Reflexiones acerca de la tesis de la autonomía”; *La Ley, Revista Jurídica Española de Doctrina, Jurisprudencia y Bibliografía*, n.4755, 1999, p. 5.

⁷⁵ Véase: A. Marcos del Cano; *op. cit.*, p. 233, nota al pie 1: “Gran parte de las peticiones de legitimidad de la eutanasia aluden como fundamento de sus alegaciones al denominado derecho a morir con dignidad. Del mismo modo, las asociaciones que luchan por la homologación jurídica de la eutanasia se denominan en casi todos los países Asociaciones por el Derecho a Morir con Dignidad. (...). En España, (...), existe desde 1984, la Asociación del Derecho a Morir Dignamente, inscrita en el Registro del Ministerio de Interior el día 13 de diciembre de 1984 con el número 57.889”.

⁷⁶ Véase: A. Marcos del Cano; *op. cit.*, pp. 239-241, y M. Parejo Guzmán; *op. cit.*, p. 290.

Libertad de conciencia y derecho a decidir sobre la salud al final de la vida: Eutanasia

que esta concepción de la dignidad se acomoda bastante bien a lo que afirmó el Tribunal Constitucional sobre este valor jurídico, tal y como hemos hecho referencia antes, en su sentencia 53/1985, en el fundamento jurídico octavo.

Siguiendo también con esta postura, la Asociación Federal Española por el Derecho a Morir con Dignidad en sus demandas de que los enfermos terminales puedan elegir el modo y el momento de su muerte, afirman que el derecho a la vida lleva aparejado el deber de respetar la vida ajena, pero no el deber de vivir contra la propia voluntad en condiciones penosas y que el Estado debe proteger la vida, pero no imponer el deber de vivir en todas las circunstancias⁷⁷. Lo mismo afirma Casado González en relación con el derecho a la vida⁷⁸.

En lo que sí parecen coincidir ambas corrientes doctrinales es en que la dignidad implica en todo caso el no sometimiento de la persona a tratos inhumanos y degradantes, que pudieran producirse con la aplicación de ciertos tratamientos a los enfermos terminales, ya que el encarnizamiento terapéutico convierte al enfermo en un simple medio u objeto médico de experimentación, al no existir expectativas razonables de poder seguir viviendo, es por ello que hay que evitar ese riesgo para que los enfermos terminales no se encuentren sometidos a una serie de tratamientos que hicieran que su vida perdiera en gran medida su calidad, hasta el punto de que pudiera considerarse como una vida indigna de ser vivida⁷⁹.

II) Así, poniendo en relación el derecho a la vida con el valor jurídico dignidad, el no sometimiento de la persona a tratos inhumanos y degradantes, y el derecho a morir con dignidad; entra en juego en este debate el derecho a la integridad física y moral contenido en el artículo 15 CE, pues en palabras de Llamazares Fernández, el derecho a la vida del artículo 15 CE es derecho a una vida digna y, en todo caso, excluye los tratos inhumanos o degradantes que supondrían un atentado contra la integridad moral⁸⁰. Considera este autor que en el caso de enfermos terminales que padecen dolores insoportables, con una muerte cercana segura, los valores en juego son la vida

⁷⁷ Página web de la Asociación Federal del Derecho a Morir Dignamente. Consultado el 15 de mayo de 2014 en <http://www.eutanasia.ws/finalidad.html>

⁷⁸ M. Casado González; *La eutanasia: Aspectos éticos y jurídicos*; Reus, Madrid, 1994, p. 37.

⁷⁹ Véase: A. Marcos del Cano; *op. cit.*, p. 243-244, y M. Parejo Guzmán; *op. cit.*, p. 305.

⁸⁰ D. Llamazares Fernández; *op. cit.*, p. 429.

Libertad de conciencia y derecho a decidir sobre la salud al final de la vida: Eutanasia

(integridad física) y la integridad moral merecedora de una muerte digna frente a una vida indigna e inhumana, a menos que sea aceptada, es por ello que este autor afirma que estos enfermos tienen el derecho a pedir a la sociedad y a quienes les asisten que les ayuden a bien morir, porque tienen derecho a elegir entre una vida degradante, que supone un ataque a su integridad moral, y una muerte digna voluntaria y responsablemente querida⁸¹.

En este sentido, otros autores, a pesar de que reconocen la no existencia de un derecho subjetivo a morir, admiten que podría resultar legítimo aludir al mismo, como el derecho a una muerte digna, pues ante el grave sufrimiento en una situación vital irreversible, la integridad física y psíquica de la persona enferma debe ser tutelada⁸².

Pues bien, este denominado derecho a morir con dignidad se encuentra intensamente conectado con la eutanasia, ya que, según Parejo Guzmán, la eutanasia es, en todo caso, una directa consecuencia del previo reconocimiento de la existencia de un derecho a una muerte digna⁸³.

Por su parte, Serrano Ruiz-Calderón efectúa esta misma conexión, pero en sentido inverso, cuando afirma que la delimitación de la eutanasia desde la perspectiva jurídica o relevante para la legislación, remite igualmente al problema del derecho a la muerte, o también derecho a la muerte digna⁸⁴. Para este autor, la proclamación de la muerte digna como contenido de un derecho, requiere cierta ideologización, y en última instancia disfrazar la muerte, e incluso ensalzarla como decisión, lo que dista de ser real⁸⁵.

Sin embargo, para Parejo Guzmán es innegable la existencia del derecho a una muerte digna, que se justifica en la dignidad humana, como opción que forma parte de un plan de vida deseado por el paciente y respetado por los terceros; en la autonomía o capacidad de autodeterminación de la persona, en la esfera de su libertad personal; en el respeto de la voluntad del enfermo, cuando exista expresa e inequívoca constancia del

⁸¹ D. Llamazares Fernández; *op. cit.*, p. 425.

⁸² E. Álvarez Conde, R. Tur Ausina; *op. cit.*, p. 299.

⁸³ M. Parejo Guzmán; *op. cit.*, p. 307.

⁸⁴ J. Serrano Ruiz-Calderón; *op. cit.*, p. 91.

⁸⁵ J. Serrano Ruiz-Calderón; *op. cit.*, p. 102.

Libertad de conciencia y derecho a decidir sobre la salud al final de la vida: Eutanasia

deseo de que terminen con su vida, y en el derecho del paciente a elegir el momento, lugar y modo en que desea morir, en aras a proteger el derecho de los pacientes a una muerte sin dolor y sin sufrimiento⁸⁶.

En una línea similar, para Casado González, el derecho a una muerte digna se entiende referido al derecho a no recibir tratos inhumanos o degradantes, al rechazo de un tratamiento, a la autodeterminación y libre disposición corporal, a disponer libremente de la propia vida y a la intimidad⁸⁷.

III) En relación con el derecho a una muerte digna, es necesario hacer referencia a dos casos jurisprudenciales de gran importancia, como son el del tetraplético Ramón Sampedro en España y el de Diane Pretty en Reino Unido, pues en ambos se reclamaba ante el Tribunal el derecho a morir con dignidad.

Ramón Sampedro fue una persona que se quedó tetraplética, que solicitó a los Tribunales reiteradamente que autorizaran a su médico a suministrarle una medicación capaz de producirle una muerte que él consideraba digna. Sin embargo, a juicio de Ruiz Miguel esto supuso una oportunidad perdida para que un alto Tribunal se pronunciara en España acerca de esta cuestión de especial trascendencia, pues el Tribunal Constitucional, en dos ocasiones, evitó profundizar en el tema sustantivo por razones formales⁸⁸.

La lucha procesal de Ramón Sampedro comenzó el 30 de abril de 1993 cuando solicitó ante el Juzgado de Primera Instancia número 5 de Barcelona que se autorizara a su médico para que le suministrara los medicamentos necesarios para morir sin dolor, sin ser sancionado penalmente por ello, y a que se respetase su derecho a no ingerir alimento por medios naturales o artificiales. Hasta entonces, no se había planteado en España un caso de esta índole ante un Tribunal⁸⁹.

Esta pretensión se fundamentaba en los artículos 10, 15 y 24 CE, 1.7 y 3 CC y en la Resolución 613/76 de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, sobre los

⁸⁶ M. Parejo Guzmán; *op. cit.*, p. 308.

⁸⁷ M. Casado González; *op. cit.*, p. 36.

⁸⁸ A. Ruiz Miguel; *op. cit.*, p. 236.

⁸⁹ M. Casado González; *op. cit.*, p. 63.

Libertad de conciencia y derecho a decidir sobre la salud al final de la vida: Eutanasia

derechos de enfermos y moribundos. Sampedro reconocía en su demanda que el derecho a una muerte digna no se encuentra regulado en nuestro ordenamiento, pero estimaba que los valores fundamentales de libertad, justicia, igualdad y pluralismo político, en relación con los derechos fundamentales de libertad ideológica y religiosa, derecho al honor y a la intimidad personal y a no ser sometido a tratos inhumanos y degradantes constituían cauce suficiente para el reconocimiento de dicho derecho. Consideraba el derecho a una muerte digna como el derecho a elegir libremente el tratamiento adecuado en determinadas circunstancias. Añadía que se trata de un acto voluntario, que exige capacidad suficiente para tomar la decisión después de haber sido debidamente informado⁹⁰.

La demanda no fue admitida a trámite por la inviabilidad constitucional de la petición de fondo, además de por razones procedimentales, dado que el cauce procesal elegido no era el adecuado (Auto 361/1993, de 19 de junio de 1993, del Juzgado de Primera Instancia número 5 de Barcelona, F.J. 4) y por la falta de competencia de la jurisdicción civil para conocer del asunto (Auto 361/1993, F.J. 3), además de la falta de competencia territorial del Juzgado de Primera Instancia número 5 de Barcelona (Auto 361/1993, F.J. 5).

Posteriormente, el Auto de 28 de febrero de 1994, en apelación de la Sección 14B de la Audiencia Provincial de Barcelona, confirmaba el auto del Juzgado de Primera Instancia de Barcelona. Afirmaba la Audiencia Provincial, en el fundamento jurídico séptimo de su Auto, que: “No es función de los Tribunales el suplir o rellenar vacíos u omisiones del ordenamiento jurídico”. Añadía este Tribunal que no existe norma referente a una cierta eutanasia activa y que corresponde al Poder Legislativo “...el dictar o promulgar la pertinente y necesaria norma, con todas las garantías de representatividad colectiva que se insertan y derivan del debate parlamentario, expresión viva, directa y plural del sentimiento social”.

Ante tal decisión judicial, Ramón Sampedro decidió recurrir en amparo ante el Tribunal Constitucional que acordó no admitir el recurso mediante el Auto 931/1994, de 18 de julio, por considerar que no se había agotado la vía judicial pues el Juzgado de Primera

⁹⁰ Auto 361/1993, de 19 de junio de 1993, del Juzgado de Primera Instancia número 5 de Barcelona, hecho primero.

Libertad de conciencia y derecho a decidir sobre la salud al final de la vida: Eutanasia

Instancia de Barcelona no era competente por razón del territorio, es por ello que Sampedro presentó una nueva demanda con la misma petición en el Juzgado de Primera Instancia número 1 de Noia, donde territorialmente le correspondía. Sampedro obtuvo la misma respuesta negativa mediante Auto de 9 de octubre de 1995, así como mediante Auto de 19 de noviembre de 1996 de la Audiencia Provincial de La Coruña, tras haber recurrido ante este órgano en apelación.

Finalmente, Sampedro presentó recurso de amparo ante el Tribunal Constitucional el 16 de diciembre de 1996, aunque falleció el 12 de enero de 1998 sin que el Tribunal hubiera resuelto el recurso⁹¹.

En lo que se refiere al primer recurso de amparo planteado por Ramón Sampedro son destacables varias cuestiones. Así, en el escrito del recurso en el que Ramón Sampedro reclamaba de nuevo su derecho a morir con dignidad, consideraba el mismo como un derecho fundamental de la persona (F.J. 1 del recurso), no reconocido expresamente por la Constitución (F.J. 2 del recurso), pero sí de forma implícita; así lo reconoce el Tribunal Constitucional en el Auto 931/1994, de 18 de julio, cuando afirma que "...este derecho se encuentra implícitamente consagrado en la misma (la Constitución) y así cabe deducir su existencia del artículo 15 CE, en relación con el artículo 10 CE y el derecho al libre desarrollo de la personalidad" (antecedente tercero). Con respecto a esta afirmación, Sampedro alegaba de forma previa en su recurso que "...una interpretación integradora de la vida y libertad y, por tanto, una interpretación del artículo 15 CE a la luz del libre desarrollo de la personalidad, obliga a considerar que sólo la vida libremente deseada por su titular puede merecer el calificativo de bien jurídico protegido. En otras palabras la vida es un derecho, no un deber" (F.J. 3 del recurso). A este respecto, el Tribunal Constitucional confirmaba en su auto lo esgrimido por el recurrente, pues afirmaba que "...no existe un deber de vivir contra la voluntad personal de no hacerlo. Por eso existe un derecho a la vida, pero no un deber constitucional y jurídico de tener obligatoriamente que vivirla, porque su sola existencia supondría la mayor de las imposiciones imaginables a la libertad personal" (antecedente tercero del Auto 931/1994, de 18 de julio). Continúa el Tribunal declarando que "...si esto es así, la decisión libre y consciente de una persona en plenitud de sus facultades psíquicas y, al

⁹¹ M. Parejo Guzmán; *op. cit.*, p. 338.

Libertad de conciencia y derecho a decidir sobre la salud al final de la vida: Eutanasia

margen de cualquier presión externa, de poner fin a su vida nunca puede ser castigada o impedida por el Derecho y, por ello mismo, en nuestro país el suicidio no está penado”. Coincidimos con Parejo Guzmán en que así es como el Tribunal Constitucional, además de reconocer el derecho a morir con dignidad, aclara su posición y zanja la polémica existente en la doctrina relativa a la antijuridicidad del acto suicida realizado por una persona con sus facultades mentales intactas⁹².

Ahora bien, lo que Sampedro pretendía con estas afirmaciones es que junto al reconocimiento de tal derecho, se autorizara a un tercero para que Sampedro pudiera ejercer dicho derecho, pues se encontraba impedido para hacerlo por sí mismo debido a la enfermedad que padecía. Es por ello que en el fundamento jurídico primero de su recurso se afirmaba que “...la declaración o el reconocimiento de un derecho en abstracto no significa que el titular de ese derecho pueda ejercitarlo pacíficamente, de lo que se trata es que en la realidad se establezcan los mecanismos necesarios para que el titular de dicho derecho pueda efectivamente ejercitarlo”. Es en lo que se refiere a la intervención de terceros donde Sampedro encuentra el mayor obstáculo para el ejercicio de su derecho, pues el auxilio al suicidio estaba castigado en ese momento por el artículo 409 del antiguo Código Penal⁹³. Así, Sampedro alega en su recurso que “...tampoco es posible justificar la decisión del Tribunal de Primera Instancia en la afirmación del Ministerio Fiscal de que existe una prohibición, contemplada en el artículo 409 del Código Penal, que ampara incluso a Jueces, no sólo porque el Código Penal no contiene prohibición alguna, sino porque los Tribunales, en todo caso, están precisamente para determinar si una conducta es o no antijurídica y llegado el caso podrán entender que el auxilio prestado por el médico de cabecera en el ejercicio de un derecho fundamental no es constitutivo de delito alguno”.

Sin embargo, nuestro Alto Tribunal, en lo referente a la intervención de un tercero en el hecho de la muerte, delimita la autonomía de la voluntad, restringiéndola al marco de acción del titular del bien jurídico para obtener su propia muerte, de forma que la

⁹² M. Parejo Guzmán; *op. cit.*, p. 340.

⁹³ Art. 409 del Código Penal de 1944: *El que prestare auxilio o induzca a otro para que se suicide será castigado con la pena de prisión mayor. Si se lo prestare hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte será castigado con la pena de reclusión menor.*

Libertad de conciencia y derecho a decidir sobre la salud al final de la vida: Eutanasia

petición de Sampedro de que interviniera su médico de cabecera para causarle su propia muerte era contraria a Derecho⁹⁴.

Tras recurrir por segunda vez ante el Tribunal Constitucional, sin que se resolviera el recurso, pues Sampedro falleció durante la tramitación del mismo, como ya hemos adelantado; su heredera testamentaria solicitó la continuación del proceso como sucesora procesal *mortis causa* de Ramón Sampedro⁹⁵. Sin embargo, el Tribunal Constitucional en su Auto 242/1998, de 11 de noviembre, declaró extinguido el proceso de amparo por fallecimiento del demandante, por considerar que se trataba de una acción de carácter personalísimo cuyo ejercicio no era posible mediante sucesión procesal (F.J. 4).

Con respecto a este último Auto del Tribunal Constitucional, estamos de acuerdo con Ruiz Miguel, quien considera que el Tribunal acepta la alegación del demandante sobre el derecho a una muerte digna como un derecho absolutamente personalísimo, pero quedó por aclarar de qué modo se puede fundar en Derecho el reconocimiento de aquel derecho personalísimo y, a la vez, el rechazo de la petición de ser ayudado a morir dignamente por quien no puede valerse por sí solo para ello⁹⁶.

Por otro lado, hemos hecho referencia a otro caso jurisprudencial en el que Dianne Pretty reclamaba su derecho a morir con dignidad ante el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, tras haber agotado previamente todas las instancias judiciales en Reino Unido.

Dianne Pretty padecía esclerosis lateral amiotrófica, una enfermedad degenerativa que en su última fase resulta en una parálisis completa del cuerpo⁹⁷, sin afectar a su capacidad mental⁹⁸. La señora Pretty solicitó a la Fiscalía británica que declarara que no procesaría a su marido si le ayudaba a suicidarse en caso de que ella hubiera perdido las

⁹⁴ M. Parejo Guzmán; *op. cit.*, p. 340.

⁹⁵ M. Parejo Guzmán; *op. cit.*, p. 338.

⁹⁶ A. Ruiz Miguel; *op. cit.*, p. 237, nota al pie 23.

⁹⁷ S. Michalowski; "El rol del consentimiento informado en la discusión de la legalización de la eutanasia activa"; en B. Mendoza Buergo (Ed.) *Autonomía personal y decisiones médicas: cuestiones éticas y jurídicas*; Civitas Thomson Reuters, Cizur Menor, Navarra, 2010, p. 264.

⁹⁸ M. Parejo Guzmán; *op. cit.*, p. 342.

Libertad de conciencia y derecho a decidir sobre la salud al final de la vida: Eutanasia

facultades físicas y no pudiera hacerlo por sí misma⁹⁹. La razón de esta petición radicaba en que, aunque en el Derecho inglés el suicidio no es delito, el auxilio al suicidio se encuentra tipificado en el artículo 2 de la *Ley del Suicidio de 1961* como delito castigado con pena de catorce años de prisión¹⁰⁰.

Sin embargo, la Fiscalía rechazó tal compromiso afirmando que “...el Director of Public Prosecutions –y los fiscales– sucesivos siempre han explicado que no conceden, por muy excepcionales que sean las circunstancias, una inmunidad que absuelva, requiera o afirme autorizar o permitir la comisión futura de un delito penal”¹⁰¹.

Así pues, Dianne Pretty se dirigió al Tribunal de Apelación británico solicitando la misma petición, que fue desestimada, de forma que llevó su causa ante la más alta instancia judicial británica, la Cámara de los Lores, obteniendo de este órgano también una respuesta negativa. Por ello, la señora Pretty decidió recurrir esta decisión ante el Tribunal Europeo de Derechos Humanos¹⁰². De esta forma, este Alto Tribunal se enfrentó al problema de la eutanasia en su sentencia de 29 de abril de 2002, pues Dianne Pretty alegó ante el Tribunal Europeo de Derechos Humanos que sus derechos fundamentales garantizados en el Convenio Europeo de Derechos Humanos habían sido violados debido al rechazo del Fiscal General a aceptar el compromiso de no perseguir judicialmente a su marido si este le ayudaba a quitarse la vida¹⁰³, y que la Ley del Suicidio de 1961 era incompatible con dicho Convenio en la medida que prohibía que le auxiliaran al suicidio¹⁰⁴.

En primer lugar, la demandante alegó la vulneración del derecho a la vida contenido en el artículo 2 del Convenio Europeo de Derechos Humanos¹⁰⁵. La señora Pretty consideraba que la autorización para ser ayudada para poner término a su existencia no

⁹⁹ S. Michalowski; *op. cit.*, p. 265.

¹⁰⁰ Art. 2 *Suicide Act 1961*: *Criminal liability for complicity in another's suicide. (1) A person who aids, abets, counsels or procures the suicide of another, or an attempt by another to commit suicide, shall be liable on conviction on indictment to imprisonment for a term not exceeding fourteen years.*

¹⁰¹ STEDH de 29 de abril de 2002, asunto “Pretty contra Reino Unido”, apartado 11.

¹⁰² M. Parejo Guzmán; *op. cit.*, p. 342.

¹⁰³ STEDH de 29 de abril de 2002, asunto “Pretty contra Reino Unido”, apartado 32.

¹⁰⁴ S. Michalowski; *op. cit.*, p. 265.

¹⁰⁵ Art. 2 Convenio Europeo de Derechos Humanos: *Derecho a la vida.*

1. *El derecho de toda persona a la vida está protegido por la Ley. Nadie podrá ser privado de su vida intencionadamente, salvo en ejecución de una condena que imponga pena capital dictada por un tribunal al reo de un delito para el que la Ley establece esa pena.*

era contraria a dicho artículo, pues de otro modo, los países europeos en los que el suicidio asistido es legal estarían violando el mismo. Continúa alegando que el artículo 2 garantiza no solamente el derecho a la vida, sino también el derecho a escoger continuar o no viviendo, protegiendo el derecho a la vida y no la vida misma, frente al Estado y otros particulares, pero no contra uno mismo. De esta forma, la señora Pretty alegaba que dicho artículo garantiza como corolario del derecho a la vida, el derecho a morir de forma que se eviten el sufrimiento y la indignidad¹⁰⁶. Al respecto, el Tribunal rechaza esta interpretación, haciendo referencia, en primer lugar, a la doctrina de preeminencia del derecho a la vida del artículo 2 del Convenio, pues afirma que "...el artículo 2 protege el derecho a la vida, sin el cual el goce de ninguno de los demás derechos y libertades garantizados por el Convenio sería posible"¹⁰⁷. El Tribunal afirma (del mismo modo que nuestro Tribunal Constitucional en relación con el artículo 15 CE) que no se puede considerar que el derecho a la vida contenido en el artículo 2 contenga una dimensión negativa, a diferencia de, por ejemplo, la libertad de asociación, que implica, además del derecho a afiliarse a una asociación, el derecho a no ser obligado a afiliarse. En este sentido, el Tribunal declara que "...no se puede interpretar, sin distorsión del lenguaje, que el artículo 2 confiere un derecho diametralmente opuesto, a saber el derecho a morir; tampoco puede crear un derecho a la autodeterminación en el sentido de que conceda a todo individuo el derecho a escoger la muerte antes que la vida"¹⁰⁸. Así pues, según el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, no existe un derecho fundamental a la muerte, ni digna ni indigna¹⁰⁹.

Por otro lado, la señora Pretty también alegó la vulneración del artículo 3 del Convenio Europeo de Derechos Humanos¹¹⁰, afirmando que "...el sufrimiento al que se enfrenta es un trato degradante en el sentido del artículo 3 del Convenio" y que debido a la enfermedad que padece está destinada a una muerte penosa e indigna¹¹¹. El Tribunal por su parte, rechazó esta alegación, pues consideraba que el Estado británico no había tratado de forma degradante o inhumana a Dianne Pretty y por ello, afirmaba lo siguiente: "El sufrimiento debido a una enfermedad que sobreviene de forma natural,

¹⁰⁶ STEDH de 29 de abril de 2002, asunto "Pretty contra Reino Unido", apartado 35.

¹⁰⁷ STEDH de 29 de abril de 2002, asunto "Pretty contra Reino Unido", apartado 37.

¹⁰⁸ STEDH de 29 de abril de 2002, asunto "Pretty contra Reino Unido", apartado 39.

¹⁰⁹ T. Requena López; *op. cit.*, p. 338.

¹¹⁰ Art. 3 Convenio Europeo de Derechos Humanos: *Prohibición de la tortura.*

Nadie podrá ser sometido a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes.

¹¹¹ STEDH de 29 de abril de 2002, asunto "Pretty contra Reino Unido", apartado 44.

Libertad de conciencia y derecho a decidir sobre la salud al final de la vida: Eutanasia

tanto si es física como mental, puede depender del artículo 3 si se encuentra o si corre el riesgo de verse intensificada por un trato –tanto si éste se debe a las condiciones de detención, a una expulsión u otras medidas– del que las autoridades pueden ser consideradas responsables”¹¹². Además, el Tribunal reforzó su postura declarando que “...el artículo 3 debe ser interpretado en armonía con el artículo 2 (...) (el cual) no confiere al individuo el derecho a exigir del Estado que permita o facilite su muerte”¹¹³.

Así mismo, la demandante alegó la violación de su derecho al respeto a la vida privada contenido en el artículo 8 del Convenio¹¹⁴, lo que dio lugar a la declaración más destacable que efectuó el Tribunal en el asunto, pues consideró que el hecho de que la señora Pretty se viera impedida por la Ley británica para evitar a su elección lo que, según ella, sería un final penoso e indigno, constituye una vulneración del derecho salvaguardado por el artículo 8 del Convenio¹¹⁵. Ahora bien, finalmente, el Tribunal aprecia que la injerencia legislativa de la prohibición del auxilio al suicidio se encuentra justificada en la obligación del Estado de proteger a las personas débiles y vulnerables y por ello, afirma que “...más grave es el daño producido y mayor el peso en la balanza de las consideraciones de salud y seguridad públicas frente al principio de la autonomía personal”¹¹⁶.

De igual manera, Dianne Pretty alegaba la vulneración del artículo 9 del Convenio¹¹⁷, relativo a la libertad de pensamiento, pero el Tribunal no se detuvo demasiado en ese

¹¹² STEDH de 29 de abril de 2002, asunto “Pretty contra Reino Unido”, apartado 52.

¹¹³ STEDH de 29 de abril de 2002, asunto “Pretty contra Reino Unido”, apartado 54.

¹¹⁴ Art. 8 Convenio Europeo de Derechos Humanos: *Derecho al respeto a la vida privada y familiar*.

1. *Toda persona tiene derecho al respeto de su vida privada y familiar, de su domicilio y de su correspondencia.*

2. *No podrá haber injerencia de la autoridad pública en el ejercicio de este derecho, sino en tanto en cuanto esta injerencia esté prevista por la Ley y constituya una medida que, en una sociedad democrática, sea necesaria para la seguridad nacional, la seguridad pública, el bienestar económico del país, la defensa del orden y la prevención del delito, la protección de la salud o de la moral, o la protección de los derechos y las libertades de los demás.*

¹¹⁵ STEDH de 29 de abril de 2002, asunto “Pretty contra Reino Unido”, apartado 67.

¹¹⁶ STEDH de 29 de abril de 2002, asunto “Pretty contra Reino Unido”, apartado 74.

¹¹⁷ Art. 9 Convenio Europeo de Derechos Humanos: *Libertad de pensamiento, de conciencia y de religión*.

1. *Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión; este derecho implica la libertad de cambiar de religión o de convicciones, así como la libertad de manifestar su religión o sus convicciones individual o colectivamente, en público o en privado, por medio del culto, la enseñanza, las prácticas y la observancia de los ritos.*

2. *La libertad de manifestar su religión o sus convicciones no puede ser objeto de más restricciones que las que, previstas por la Ley, constituyen medidas necesarias, en una sociedad democrática, para la*

Libertad de conciencia y derecho a decidir sobre la salud al final de la vida: Eutanasia

motivo, pues no consideró que dicho artículo fuera de aplicación ya que "...las quejas de la interesada no hacen referencia a una forma de manifestación de una religión o de una convicción por medio del culto, la enseñanza, la práctica o la observancia de los ritos, en el sentido de la segunda frase del apartado 1 del artículo 9"¹¹⁸.

Por último, la demandante señalaba la contravención del artículo 14 del Convenio¹¹⁹, pues se consideraba víctima de una discriminación debido a la prohibición de la Ley del Suicidio de 1961, ya que es tratada de la misma forma que las personas que se encuentran en situación diferente, pues ella se ve impedida de ejercer un derecho del que gozan las demás personas, que pueden suicidarse sin necesidad de ayuda¹²⁰. A esta alegación el Tribunal respondió que "...a efectos del artículo 14, la diferencia de trato entre personas en situaciones análogas o comparables es discriminatoria si no se basa en una justificación objetiva y razonable" y consideró, en base al mismo razonamiento que utilizó en relación con el artículo 8 del Convenio, que existía una justificación objetiva y razonable pues, "...desde el punto de vista del artículo 14 existen también razones convincentes para no distinguir a las personas que pueden suicidarse de las que no. La frontera entre las dos categorías es a menudo estrecha, y tratar de inscribir en la Ley una excepción para las personas que se considera no son capaces de suicidarse, debilitaría seriamente la protección de la vida que la Ley de 1961 ha pretendido consagrar y aumentaría de forma significativa el riesgo de abusos"¹²¹.

Coincidimos con otros autores en que no puede deducirse de este pronunciamiento del Tribunal Europeo de Derechos Humanos la incompatibilidad de la eutanasia activa y el suicidio asistido con el Convenio Europeo de Derechos Humanos, sino que simplemente no podrían ampararse bajo el artículo 2 del Convenio¹²², de forma que puede desprenderse de algunas declaraciones del Tribunal en este asunto que

seguridad pública, la protección del orden, de la salud o de la moral públicas, o la protección de los derechos o las libertades de los demás.

¹¹⁸ STEDH de 29 de abril de 2002, asunto "Pretty contra Reino Unido", apartado 82.

¹¹⁹ Artículo 14: *Prohibición de discriminación.*

El goce de los derechos y libertades reconocidos en el presente Convenio ha de ser asegurado sin distinción alguna, especialmente por razones de sexo, raza, color, lengua, religión, opiniones políticas u otras, origen nacional o social, pertenencia a una minoría nacional, fortuna, nacimiento o cualquier otra situación.

¹²⁰ STEDH de 29 de abril de 2002, asunto "Pretty contra Reino Unido", apartado 85.

¹²¹ STEDH de 29 de abril de 2002, asunto "Pretty contra Reino Unido", apartado 89.

¹²² F. Rey Martínez; *op. cit.*, p. 154.

Libertad de conciencia y derecho a decidir sobre la salud al final de la vida: Eutanasia

corresponde a los Estados decidir si la Ley debe o no permitir, y en qué condiciones, la eutanasia¹²³.

IV) Por último, no hemos de olvidar en el análisis efectuado en este apartado sobre el artículo 10 CE en relación con el artículo 15 CE, que la cláusula de libre desarrollo de la personalidad se encuentra incluida en dicho artículo y según Rey Martínez¹²⁴, aunque no es un derecho fundamental, podría dar mayor juego interpretativo que la dignidad en este debate, si se concibe, de acuerdo con la interpretación de Díez-Picazo, como una auténtica cláusula general de libertad que preside el ordenamiento jurídico¹²⁵. De hecho, la cláusula de libre desarrollo de la personalidad ha sido utilizada por algunos autores para justificar el derecho a la disponibilidad de la propia vida, considerando que la personalidad no se manifiesta sólo en la vida, sino también en la muerte que uno elige¹²⁶.

Hemos de concluir este apartado reiterando, acerca del valor jurídico dignidad, lo que ya avanzábamos al comienzo del mismo, y es que la dignidad humana juega un papel de gran importancia en la controversia sobre la eutanasia, si bien, el hecho de que sea utilizada como argumento por ambos bandos en presencia en el debate, dificulta su aplicación como criterio decisivo para dar respuesta a esta problemática; es por ello que coincidimos con Marcos del Cano en que se corre el peligro de una excesiva “manipulación” de este concepto jurídico indeterminado, pudiendo quedar vacío de contenido¹²⁷.

b) La autonomía del paciente y el derecho al consentimiento informado.

La eutanasia es defendida por muchos autores que se apoyan en la autonomía, colocando la libertad individual en la cúspide de los valores, justificando así la disponibilidad de la propia vida¹²⁸. En este sentido, Parejo Guzmán fundamenta la eutanasia en el derecho a la libre disposición sobre la vida humana por parte de su

¹²³ M. Parejo Guzmán; *op. cit.*, p. 449.

¹²⁴ F. Rey Martínez; *op. cit.*, p. 165.

¹²⁵ L. Díez-Picazo; *Sistema de derechos fundamentales*; Thomson Civitas, Madrid, 2005, p. 70.

¹²⁶ M. Parejo Guzmán; *op. cit.*, p. 50.

¹²⁷ A. Marcos del Cano; *op. cit.*, p. 245.

¹²⁸ A. Marcos del Cano; *op. cit.*, pp. 178-183.

Libertad de conciencia y derecho a decidir sobre la salud al final de la vida: Eutanasia

titular y en el respeto a su autonomía personal e individual, en aquellos supuestos en que el paciente, enfermo terminal, puede expresar, o ha expresado con anterioridad, su voluntad¹²⁹.

Para algunos autores, esta autodeterminación personal, a pesar de no ser un derecho fundamental, tiene cobertura constitucional, en la cláusula de libre desarrollo de la personalidad del artículo 10 CE¹³⁰, que anteriormente analizábamos. En el caso de la interpretación por la que aboga Álvarez Gálvez (quien considera que la disponibilidad de la propia vida debe derivarse de la libertad de conciencia), la dignidad de la persona y el desarrollo libre de la personalidad otorgan un valor muy positivo a la autonomía individual, que se ve reflejada en todos los derechos fundamentales y especialmente en el artículo 16 CE que garantiza la libertad ideológica y religiosa¹³¹.

Por su parte, Marín Gámez, para quien la autonomía y la libertad como valor superior del artículo 1.1 CE obligan a reconocer como una facultad el derecho a la propia muerte, afirma que intentar una solución constitucional sobre la eutanasia pasa por abordar el alcance del derecho a la vida desde la libertad y dignidad humanas, sin perder de vista el derecho a la autodeterminación¹³².

En nuestro caso, hemos querido relacionar la autonomía personal con el derecho al consentimiento informado del paciente, abordando ambos de manera conjunta, pues como algunos autores afirman, el fundamento de la gran importancia que actualmente se otorga al consentimiento se encuentra en la libertad de autodeterminación del sujeto, considerado como derecho fundamental en todas las Constituciones modernas¹³³.

Así, el consentimiento informado se configura como un verdadero derecho en 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 Clínica¹³⁴. De

¹²⁹ M. Parejo Guzmán; *op. cit.*, p. 261.

¹³⁰ Véase: L. Díez-Picazo; "Derecho a la vida y a la integridad física y moral"; *op. cit.*, p. 8 y T. Requena López; *op. cit.*, p. 332.

¹³¹ I. Álvarez Gálvez; *op. cit.*, p. 194.

¹³² J. Marín Gámez; *op. cit.*, p. 103.

¹³³ M. Parejo Guzmán; *op. cit.*, p. 234.

¹³⁴ Al igual que en esta Ley, el consentimiento informado también está reconocido en textos internacionales como el Convenio de Oviedo de 1997 (Art. 5: *Una intervención en el ámbito de la sanidad sólo podrá efectuarse después de que la persona afectada haya dado su libre e informado*

Libertad de conciencia y derecho a decidir sobre la salud al final de la vida: Eutanasia

igual manera es reconocido por la doctrina del Tribunal Supremo, pues la sentencia de 3882/2001, de 11 de mayo, (entre otras) afirma que "...el consentimiento informado constituye un derecho humano fundamental, precisamente una de las últimas aportaciones realizada en la teoría de los derechos humanos, consecuencia necesaria o explicación de los clásicos derechos a la vida, a la integridad física y a la libertad de conciencia. Derecho a la libertad personal, a decidir por sí mismo en lo atinente a la propia persona y a la propia vida y consecuencia de la autodisposición sobre el propio cuerpo".

El artículo 3 de la Ley 41/2002 define el consentimiento informado como "...la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud".

Los artículos 2.2 y 8 de la citada Ley establecen la necesidad de existencia de consentimiento del paciente de forma previa a cualquier actuación en el ámbito de la sanidad, consentimiento que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, que es la prevista en el artículo 4 de la Ley. En este artículo se establece el derecho de los pacientes a conocer toda información disponible sobre cualquier actuación en el ámbito de su salud (salvo en casos excepcionales contemplados por la Ley), que incluirá, al menos, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y consecuencias, y se facilitará, como regla general, verbalmente dejando constancia en la historia clínica. Este derecho a la información establecido en el artículo 4 es un derecho renunciabile, pues en éste se prevé el derecho a que se respete la voluntad del paciente a no ser informado. La información que se facilite al paciente habrá de ser verdadera y deberá ser comunicada de forma adecuada y comprensible a sus necesidades, tal como estipula el artículo 4.2, para que éste pueda

consentimiento. Dicha persona deberá recibir previamente una información adecuada acerca de la finalidad y la naturaleza de la intervención, así como sobre sus riesgos y consecuencias. En cualquier momento la persona afectada podrá retirar libremente su consentimiento.), la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (Art. 3.2: En el marco de la medicina y la biología se respetarán en particular: El consentimiento libre e informado de la persona de que se trate, de acuerdo con las modalidades establecidas en la Ley.) o la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (Art. 6.1: Toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica sólo habrá de llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada. Cuando proceda, el consentimiento debería ser expreso y la persona interesada podrá revocarlo en todo momento y por cualquier motivo, sin que esto entrañe para ella desventaja o perjuicio alguno.).

Libertad de conciencia y derecho a decidir sobre la salud al final de la vida: Eutanasia

adoptar un consentimiento informado, libre y voluntario. Este derecho a la información de los pacientes se configura así mismo como un deber de los profesionales sanitarios que le atiendan.

Así pues, la información que reciba el paciente es fundamental para que éste pueda, en el ejercicio de su autonomía, decidir sobre el tratamiento que desea recibir, otorgando el correspondiente consentimiento, que se encuentra sujeto a una serie de requisitos y límites.

Tal y como establece el artículo 8.2, el consentimiento se otorgará de forma verbal, como regla general y de forma escrita, concretamente en casos de 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. Tal consentimiento podrá ser revocado por el paciente en cualquier momento, de forma escrita, en virtud del artículo 8.5 de la Ley 41/2002.

Ahora bien, de acuerdo con lo previsto por el artículo 9.2, se podrán efectuar intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin que éste haya otorgado su consentimiento cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública, o cuando exista riesgo inmediato para la integridad física o moral del paciente, de forma que no sea posible conseguir su consentimiento y la urgencia no permita dilaciones, consultando en ese caso, si las circunstancias lo permiten, a los familiares del paciente.

Anteriormente, cuando analizábamos la eutanasia pasiva, hacíamos referencia al derecho del paciente a elegir entre las opciones clínicas disponibles, tal y como prevé el artículo 2.3 de la Ley que nos ocupa, así como el derecho contemplado en el artículo 2.4 a negarse un tratamiento (excepto cuando exista riesgo para la salud pública). Es por ello, que el consentimiento informado constituye un elemento trascendental en relación con la autonomía del paciente. En este sentido, concluimos el presente apartado haciendo referencia a la doctrina del Tribunal Constitucional, que afirma que "...el consentimiento del paciente a cualquier intervención sobre su persona es algo inherente, entre otros, a su derecho fundamental a la integridad física, a la facultad que éste supone

de impedir toda intervención no consentida sobre el propio cuerpo” (STC 37/2011, de 28 de marzo, F.J. 5). Añade a continuación el Alto Tribunal que “...se trata de una facultad de autodeterminación que legitima al paciente, en uso de su autonomía de la voluntad, para decidir libremente sobre las medidas terapéuticas y tratamientos que puedan afectar a su integridad, escogiendo entre las distintas posibilidades, consintiendo su práctica o rechazándolas. Ésta es precisamente la manifestación más importante de los derechos fundamentales que pueden resultar afectados por una intervención médica: la de decidir libremente entre consentir el tratamiento o rehusarlo, posibilidad que ha sido admitida por el TEDH, aun cuando pudiera conducir a un resultado fatal (STEDH de 29 de abril de 2002, asunto “Pretty c. Reino Unido”, apartado 63), y también por este Tribunal (STC 154/2002, de 18 de julio, FJ 9)”. Esta última sentencia 154/2002 resolvía el recurso de amparo interpuesto, alegando la violación de la libertad religiosa del artículo 16 CE, por los padres de un menor que falleció y habían sido condenados por un delito de homicidio en comisión por omisión como responsables del fallecimiento de su hijo, pues debido a su religión se negaron a que se le efectuaran al menor transfusiones de sangre. El Tribunal Constitucional, al resolver este conflicto de derechos, consideró que el menor que falleció, que se había negado al tratamiento, pues ello era contrario a su religión como Testigo de Jehová; había ejercido dos derechos fundamentales, el de libertad religiosa y el de autodeterminación corporal. Así, en la sentencia se declara en el fundamento jurídico noveno que “...el menor expresó con claridad, en ejercicio de su derecho a la libertad religiosa y de creencias, una voluntad, coincidente con la de sus padres, de exclusión de determinado tratamiento médico” y el Tribunal añade, además, que “...al oponerse el menor a la injerencia ajena sobre su propio cuerpo, estaba ejercitando un derecho de autodeterminación que tiene por objeto el propio sustrato corporal —como distinto del derecho a la salud o a la vida— y que se traduce en el marco constitucional como un derecho fundamental a la integridad física (artículo 15 CE)”.

IV) EL DERECHO A UNA MUERTE DIGNA Y SU REGULACIÓN AUTONÓMICA.

Ya habíamos adelantado que existe regulación sobre el derecho a la salud en algunos Estatutos de Autonomía, pero más concretamente, en el nuevo Estatuto de Autonomía de Cataluña se prevé, en el artículo 20, el derecho a vivir con dignidad el proceso de la muerte¹³⁵, al igual que en el artículo 20 del Estatuto de Andalucía¹³⁶.

Pues bien, el Parlamento andaluz, para dar cumplimiento de este mandato estatutario, elaboró, de forma pionera, la Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte. Decimos de forma pionera, pues esta Ley es la primera en España que regula los derechos de los enfermos terminales y las obligaciones de los profesionales sanitarios que los asisten en el proceso de la muerte, tanto en centros públicos como privados, además de las garantías que deben proporcionar las instituciones sanitarias en relación con este proceso¹³⁷.

Esta norma andaluza, a juicio de Beltrán Aguirre, se trata de una Ley oportuna y necesaria promulgada para dar respuestas claras y válidas a conflictos recientes, como el caso de las sedaciones de Leganés o el caso de Inmaculada Echeverría¹³⁸.

Posteriormente, siguiendo los pasos de la comunidad andaluza, Aragón y Navarra elaboraron sendas Leyes de contenido prácticamente idéntico al de la norma andaluza. En este sentido, del Parlamento aragonés emanó la Ley 10/2011, de 24 de marzo, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de Morir y de la

¹³⁵ Art. 20 de la Ley Orgánica 6/2006, de 19 de julio, de reforma del Estatuto de Autonomía de Cataluña: ***Derecho a vivir con dignidad el proceso de la muerte.***

1. *Todas las personas tienen derecho a recibir un adecuado tratamiento del dolor y cuidados paliativos integrales y a vivir con dignidad el proceso de su muerte.*

2. *Todas las personas tienen derecho a expresar su voluntad de forma anticipada para dejar constancia de las instrucciones sobre las intervenciones y los tratamientos médicos que puedan recibir, que deben ser respetadas en los términos que establecen las Leyes, especialmente por el personal sanitario cuando no estén en condiciones de expresar personalmente su voluntad.*

¹³⁶ Art. 20 de la Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, de reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía: ***Testamento vital y dignidad ante el proceso de la muerte.***

1. *Se reconoce el derecho a declarar la voluntad vital anticipada que deberá respetarse, en los términos que establezca la Ley.*

2. *Todas las personas tienen derecho a recibir un adecuado tratamiento del dolor y cuidados paliativos integrales y a la plena dignidad en el proceso de su muerte.*

¹³⁷ E. Álvarez Conde, R. Tur Ausina; *Derecho Constitucional*; Tecnos, Madrid, 2012, p.301.

¹³⁸ J. Beltrán Aguirre; *op. cit.*, p.2.

Libertad de conciencia y derecho a decidir sobre la salud al final de la vida: Eutanasia

Muerte y en el caso navarro, fue la Ley Foral 8/2011, de 24 de marzo, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte. La Comunidad de Canarias también se ha sumado a esta corriente, pues acaba de aprobar recientemente una Ley de estas características, la Ley 1/2015, de 9 de febrero, de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida, que entrará en vigor en mayo de 2015.

Además, a nivel estatal, el Gobierno elaboró en 2011 el Proyecto de Ley Reguladora de los Derechos de la Persona ante el Proceso Final de la Vida, si bien no llegó a aprobarse debido a la disolución de las Cortes Generales ese mismo año. Este Proyecto, cuyo contenido era análogo al establecido en las disposiciones autonómicas citadas, pretendía configurarse, según su Exposición de Motivos, como una norma estatal básica que reconociera un haz de derechos a todas las personas, con independencia del territorio o de la Administración sanitaria encargada de velar por su tratamiento en el proceso final de la vida.

En las normas que hemos citado se reconocen una serie de derechos de los pacientes, como son: El derecho a la información asistencial, a la toma de decisiones y al consentimiento informado, a la intimidad, al rechazo y retirada de una intervención, a la realización de declaración de voluntad vital anticipada, o los derechos relacionados con la custodia de la historia clínica. Todos estos derechos ya se encuentran admitidos por nuestro ordenamiento, en 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 y en las Leyes autonómicas que regulan esta cuestión; sin embargo, las Leyes que estamos analizando trasladan tales derechos al contexto del proceso final de la vida, de forma que para garantizar un proceso de la muerte digno a los pacientes terminales, estas Leyes autonómicas desarrollan estos derechos, además de establecer los deberes de los profesionales sanitarios que asisten a los pacientes y las obligaciones atribuidas a las instituciones sanitarias a fin de garantizar a los enfermos el pleno ejercicio de sus derechos.

Además de los derechos que acabamos de citar, estas disposiciones sobre dignidad en el proceso de la muerte reconocen también el derecho al tratamiento del dolor, a través de cuidados paliativos, un derecho ya contemplado con carácter general en la Ley 16/2003,

Libertad de conciencia y derecho a decidir sobre la salud al final de la vida: Eutanasia

de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, y la sedación paliativa, cuando así lo precisen los enfermos que se encuentren en situación terminal o de agonía. La Ley andaluza define los cuidados paliativos, en su artículo 5.c), como el “Conjunto coordinado de intervenciones sanitarias dirigidas, desde un enfoque integral, a la mejora de la calidad de vida de los pacientes y de sus familias, afrontando los problemas asociados con una enfermedad terminal mediante la prevención y el alivio del sufrimiento, así como la identificación, valoración y tratamiento del dolor y otros síntomas físicos y/o psíquicos”.

En lo que respecta a la definición del concepto de sedación, resulta interesante la distinción que efectúa la norma navarra, definiendo por un lado, la “sedación paliativa”, en el artículo 5.p), como la “Administración de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas, para reducir la conciencia de un paciente en proceso de la muerte, para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios, previo consentimiento informado en los términos establecidos en la Ley Foral 17/2010, de 8 de noviembre”, y por otro lado, definiendo la “sedación en la agonía”, en el artículo 5.o), como la “Sedación paliativa en el grado necesario para aliviar un sufrimiento intenso, físico, psicológico o espiritual, en un paciente en situación de agonía, previo consentimiento informado en los términos establecidos en el artículo 8 de la presente Ley Foral, sin perjuicio de lo establecido en la Ley Foral 17/2010, de 8 de noviembre”.

Así mismo, se reconoce el derecho de los pacientes en situación terminal a recibir los cuidados paliativos en el domicilio que elijan, si así lo desean, en el territorio de la Comunidad Autónoma. En el caso de enfermos terminales que sean asistidos en régimen de hospitalización, se garantizará su estancia en una habitación individual, de forma acorde con la intimidad que requiere el momento.

De igual manera, se garantiza el derecho de los pacientes a disponer de acompañamiento familiar, así como de obtener auxilio espiritual propio de sus convicciones y creencias, si así lo requieren.

En relación con los deberes de los profesionales sanitarios que asisten a los pacientes en este trance, los mismos son regulados en el Título III de las normas autonómicas y en el Título II del fallido Proyecto de Ley estatal. Tales deberes hacen referencia a la

Libertad de conciencia y derecho a decidir sobre la salud al final de la vida: Eutanasia

información clínica que los profesionales sanitarios deben proporcionar a los pacientes; a los juicios clínicos que deben realizar de forma previa a la proposición al paciente de cualquier intervención que se vaya a efectuar; al respeto de la voluntad del paciente en relación con dichas intervenciones, además del respeto a sus valores, creencias y preferencias.

Con respecto a las declaraciones de voluntad vital anticipada, está prevista la obligación de facilitar la información acerca del otorgamiento de las mismas, cuando así les sea solicitado. Además, deberán respetar los valores e instrucciones plasmados en la declaración de voluntad vital anticipada del paciente al que asistan.

Así mismo, la Ley ofrece una serie de criterios al profesional sanitario a tener en cuenta en el momento en que tenga que determinar si un paciente se encuentra en situación de incapacidad de hecho que le imposibilitara tomar una decisión por sí mismo.

Por último, se prevé la obligación de evitar la obstinación terapéutica, limitando el esfuerzo terapéutico, cuando sea recomendable de acuerdo con la situación clínica. Antes de proceder a ello, el médico que asista al paciente necesitará de la conformidad de otros dos profesionales sanitarios que asistan también a dicho paciente. Estas normas definen la obstinación terapéutica como la “Situación en la que a una persona, que se encuentra en situación terminal o de agonía, o afecta de una enfermedad grave e irreversible, se le inician o mantienen medidas de soporte vital u otras intervenciones carentes de utilidad clínica, que únicamente prolongan su vida biológica, sin posibilidades reales de mejora o recuperación, siendo, en consecuencia, susceptibles de limitación”, y por otro lado, definen la limitación del esfuerzo terapéutico como la “Retirada, o no instauración, de una medida de soporte vital porque, a juicio de los profesionales sanitarios implicados, el mal pronóstico del paciente en términos de cantidad y calidad de vida futuras lo convierte en algo fútil y solo contribuye a prolongar en el tiempo una situación clínica que carece de expectativas razonables de mejoría”.

No se contempla en estas Leyes la posibilidad de los profesionales sanitarios de ejercer la objeción de conciencia. En el caso de la Ley andaluza, se formularon, sin éxito, varias Enmiendas para incluir esta cuestión en el contenido de la Ley. Según, León-Castro

Libertad de conciencia y derecho a decidir sobre la salud al final de la vida: Eutanasia

Alonso, la prohibición de los profesionales sanitarios de no imponer sus valores y creencias cuando no sean coincidentes con los del paciente equivale a denegarles la más mínima posibilidad de hacer uso de la cláusula de conciencia¹³⁹.

Todas estas normas señalan, en sus Exposiciones de Motivos, la necesidad de una regulación de los derechos de los pacientes en el proceso de la muerte, debido por un lado, al envejecimiento de la población y al aumento de personas que padecen enfermedades crónicas, y por otro, a los avances médicos que posibilitan la prolongación artificial de la vida. Por ello, tales Leyes ponen el acento en el respeto a la libertad y a la autonomía del paciente a la hora de tomar decisiones en el proceso final de su vida. En este sentido, tanto la Ley andaluza, como la aragonesa disponen en la Exposición de Motivos textualmente lo siguiente: “Aceptar el derecho de las personas enfermas a rechazar una determinada intervención sanitaria no es sino mostrar un exquisito respeto a la autonomía personal, a la libertad de cada uno para gestionar su propia biografía asumiendo las consecuencias de las decisiones que toma”.

Así mismo, resulta interesante la alusión que hacen a la eutanasia, tanto las normas autonómicas, como el Proyecto estatal. Todas estas normas afirman que no contemplan una regulación de la misma y ofrecen una definición, considerando como eutanasia únicamente “...una actuación que: a) produce la muerte de los pacientes, es decir, que la causa de forma directa e intencionada mediante una relación causa-efecto única e inmediata, b) se realiza a petición expresa, reiterada en el tiempo, e informada de los pacientes en situación de capacidad, c) se realiza en un contexto de sufrimiento debido a una enfermedad incurable que los pacientes experimentan inaceptable y que no ha podido ser mitigado por unos medios, por ejemplo, mediante cuidados paliativos, y d) es realizada por profesionales sanitarios que conocen a los pacientes y mantienen con ellos una relación clínica significativa”. Por tanto, con esta definición se evitan las distinciones entre tipos de eutanasia y se aboga por un concepto de la misma sin adjetivos. A este respecto, se considera que todo lo que no se encuentre englobado en esa definición no se considera eutanasia, por tanto, se excluyen del concepto de

¹³⁹ J. León-Castro Alonso; *Derecho a la vida. ¿Hacia una muerte digna? Breves reflexiones en torno a la Ley andaluza 2/2010, de 8 de abril, sobre Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte*; Bosch, Barcelona, 2011, p.118.

Libertad de conciencia y derecho a decidir sobre la salud al final de la vida: Eutanasia

eutanasia, la modalidad activa indirecta y la pasiva, que sí son reguladas en estas normas y que, según Rey Martínez, en puridad no deberían denominarse eutanasia¹⁴⁰.

En este sentido, las Exposiciones de Motivos afirman que el rechazo del tratamiento, la limitación de medidas de soporte vital (sustituyendo, así, el término eutanasia pasiva) y la sedación paliativa (sustituyendo el término eutanasia activa indirecta) no deben ser consideradas acciones de eutanasia, pues no buscan intencionadamente la muerte, sino aliviar el sufrimiento de los pacientes, respetando su autonomía y humanizando el proceso de la muerte.

De forma previa al otorgamiento de esta definición de eutanasia, se hace referencia en todas estas normas al problema que señalábamos al intentar delimitar tal concepto, relativo a la imprecisión del término debido a la carga emotiva y los múltiples significados que arrastra. También se señala el significado etimológico de “buena muerte” que tiene el término “eutanasia”, con respecto a lo cual, las normas andaluza y aragonesa añaden que “...en este sentido etimológico, vendría a resumir de excelente manera el ideal de la muerte digna”. En relación con el ideal de muerte digna, todas las normas autonómicas hacen referencia en su Exposición de Motivos a la necesidad de que el ordenamiento jurídico proteja este ideal, pues el mismo tiene el deber de proteger la aspiración de las personas a vivir dignamente, y dado que la muerte forma parte de la vida, “el imperativo de la vida digna alcanza también a la muerte”, por lo que “una vida digna requiere una muerte digna”. Así pues, estas normas pretenden proporcionar a los enfermos un proceso de la muerte en el que se respete plenamente su dignidad. Para conseguir dicho objetivo, las Exposiciones de Motivos aluden a dos instrumentos propios del respeto al principio de la autonomía de la voluntad del paciente, por un lado, el derecho de los pacientes a la información clínica, al consentimiento informado y a la toma de decisiones (como manifestación presente de la voluntad), y por otro, el derecho de realización y respeto de la declaración de voluntad vital anticipada (como manifestación anticipada del consentimiento para el caso de que sea necesario).

Podemos concluir afirmando que estas normas otorgan a la autonomía del paciente el peso que venía requiriendo desde hace cierto tiempo, pues precisamente el respeto a la

¹⁴⁰ F. Rey Martínez; *op. cit.*, p.84.

Libertad de conciencia y derecho a decidir sobre la salud al final de la vida: Eutanasia

autonomía del paciente es determinante para poder hablar de una muerte digna. Así mismo, la promulgación de estas normas autonómicas pone de manifiesto una evolución de la consideración del principio de dignidad, en tanto en cuanto comprende no sólo el derecho a vivir con dignidad, sino también el derecho a morir con dignidad, una preocupación patente, que ha de ser afrontada de nuevo por el legislador estatal.

V) EL DENOMINADO TESTAMENTO VITAL.

Muchos son los nombres que recibe la institución del denominado “testamento vital”. De entre todos ellos, el término “testamento vital” nos parece el menos correcto, a pesar de ser el más comúnmente utilizado, pues el testamento propiamente dicho está destinado a desplegar efectos jurídicos una vez se ha producido el fallecimiento de aquel que lo ha otorgado, y en este caso los efectos jurídicos se han de producir antes de que el otorgante fallezca. Así, encontramos otras expresiones utilizadas en las diferentes Leyes autonómicas que regulan esta cuestión, como son “documentos de voluntades anticipadas”, “instrucciones previas” y otros términos empleados por la doctrina, como “directrices anticipadas” o “testamento biológico”¹⁴¹.

Al igual que existen diversos términos para referirse a esta institución, también encontramos múltiples definiciones de la misma, pero en nuestro caso, nos decantamos por la definición por la que aboga Carbonell Crespí, por su exhaustividad, ya que define el documento de voluntades anticipadas como “...aquel documento, personalísimo, voluntario, público o privado, unilateral, *inter vivos* y revocable, redactado por una persona capaz, con el objetivo de que surta efectos cuando se encuentre gravemente enferma y no tenga la capacidad legal suficiente para la toma de decisiones, acerca de los futuros cuidados médicos que desea recibir, o el destino de su cuerpo u órganos”¹⁴².

El origen de esta institución se encuentra en la creciente importancia que están adquiriendo los derechos de los pacientes en el ámbito sanitario, especialmente, en lo que se refiere a la autonomía del paciente¹⁴³. Este tipo de documentos comenzó a utilizarse en Estados Unidos, donde su práctica está muy asentada en la actualidad, desde que se empezaron a utilizar en la década de los 60 del siglo pasado, y los mismos están claramente definidos, de forma que las *advance directives* (“voluntades anticipadas”) son las instrucciones escritas que expresan la voluntad del paciente y pueden incluir tres tipos de documentos: el *living will* (“testamento vital”), el *medical*

¹⁴¹ J. Carbonell Crespí; *Los documentos de voluntades anticipadas: legislación estatal y autonómica*; Tirant lo Blanch, Valencia, 2010, p. 29.

¹⁴² J. Carbonell Crespí; *op. cit.*, p. 31.

¹⁴³ J. Carbonell Crespí; *op. cit.*, p. 13.

Libertad de conciencia y derecho a decidir sobre la salud al final de la vida: Eutanasia

power of attorney (“poder de representación para cuestiones de salud”) y la *do not resuscitate order* (“orden de no reanimar”)¹⁴⁴.

A) Legislación estatal.

Por primera vez en nuestro ordenamiento jurídico se reconoció esta figura en el Convenio de Oviedo de 1997, pues su artículo 9 dispone lo siguiente: *Serán tomados en consideración los deseos expresados anteriormente con respecto a una intervención médica por un paciente que, en el momento de la intervención, no se encuentre en situación de expresar su voluntad.*

Así, el artículo 11 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, hace referencia a esta institución, dentro del Capítulo IV de la Ley, sobre el respeto de la autonomía del paciente. En dicho artículo se prevé la posibilidad de otorgar lo que la Ley denomina “instrucciones previas”, las cuales son definidas en el primer apartado del mismo cuando dispone lo siguiente: *Por el documento de instrucciones previas, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlas personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo.* Así mismo, el artículo añade: *El otorgante del documento puede designar, además, un representante para que, llegado el caso, sirva como interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas.*

En relación con el otorgante, éste habrá de ser “mayor de edad, capaz y libre” y no tendrá que ser necesariamente un paciente de acuerdo con la definición prevista en el artículo 3 de la Ley 41/2002¹⁴⁵, pues en el momento de otorgamiento de las

¹⁴⁴ ÁLVAREZ, Pilar; “Testamento vital, instrucciones previas, voluntades anticipadas”; *Panace@: Revista de Medicina, Lenguaje y Traducción*, Vol. 13, Nº. 36, 2012, p. 317.

¹⁴⁵ Art. 3 Ley 41/2002: *Las definiciones legales. A efectos de esta Ley se entiende por: (...) Paciente: la persona que requiere asistencia sanitaria y está sometida a cuidados profesionales para el mantenimiento o recuperación de su salud.*

Libertad de conciencia y derecho a decidir sobre la salud al final de la vida: Eutanasia

instrucciones previas puede no tener la condición de paciente, aunque sí la tendrá en el momento de su puesta en práctica¹⁴⁶.

En relación con los requisitos formales del otorgamiento de estas instrucciones, la Ley no establece nada, aunque el artículo 11.2 dispone que deberán constar siempre por escrito.

En lo que se refiere al contenido de las instrucciones previas, entre otras cuestiones, se puede incluir declaraciones sobre los propios objetivos vitales y valores personales, a modo de ayuda para la interpretación del documento y para la toma de decisiones clínicas; instrucciones sobre los tratamientos o intervenciones médicas que se desea o no se desea recibir (como es el caso de la previsión de rechazo de tratamientos de mantenimiento de vida); designación del representante que actuará como interlocutor del otorgante con los médicos, y declaración de donación de órganos, además de instrucciones sobre el destino del cuerpo una vez fallecido el otorgante¹⁴⁷.

Con respecto a los límites a la hora de aplicar tales instrucciones, el artículo 11.3 establece lo siguiente: *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.* Es por ello evidente que no se podrían aplicar instrucciones en las que se establecieran peticiones de eutanasia activa, pues serían contrarias a lo preceptuado por el artículo 143.4 CP, analizado anteriormente en el presente trabajo.

El documento de instrucciones previas es un documento revocable, pues el apartado cuarto del artículo 11 dispone lo siguiente: *Las instrucciones previas podrán revocarse libremente en cualquier momento dejando constancia por escrito.* La legislación española simplemente prevé la posibilidad de revocación de las instrucciones previas y opta por la “no necesidad” de renovación, a diferencia de la legislación belga, por ejemplo, en la que se prevé la obligatoriedad de renovar este tipo de documentos cada

¹⁴⁶ J. Carbonell Crespí; *op. cit.*, p. 84.

¹⁴⁷ J. Carbonell Crespí; *op. cit.*, pp. 93-95.

Libertad de conciencia y derecho a decidir sobre la salud al final de la vida: Eutanasia cinco años¹⁴⁸, o la legislación francesa, que contempla la necesidad de validarlos cada tres años, de forma que si el otorgante es incapacitado después de transcurridos tres años desde la suscripción de este documento, el médico no podrá tomarlo en consideración por invalidez¹⁴⁹.

Por último, para finalizar con este análisis del artículo 11 de la Ley 41/2002, en el apartado quinto del mismo se dota de eficacia en todo el territorio nacional a los documentos de instrucciones previas otorgados conforme a las legislaciones autonómicas y para ello se prevé la creación de un Registro Nacional de Instrucciones Previas para asegurar la eficacia de las mismas en todo el territorio nacional. A tal efecto, se promulgó el Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal. Así la función de este Registro, tal y como dispone el artículo 1 del Real Decreto, es recoger las inscripciones practicadas en los Registros autonómicos.

B) Legislación autonómica.

A continuación efectuaremos un breve repaso sobre la legislación autonómica que regula esta materia, pues la Ley 41/2002 no fue la primera en regular esta figura en España, ya que con anterioridad ya lo había hecho Cataluña en la Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concerniente a la salud y la autonomía del paciente, y a la documentación clínica. Esta Ley opta por la denominación de “voluntades anticipadas”, que son reguladas en el artículo 8. Ulteriormente, para la creación del correspondiente Registro de voluntades anticipadas, esta Comunidad promulgó el Decreto 175/2002, de 25 de junio, por el que se regula el Registro de voluntades anticipadas.

Posteriormente, Galicia también reguló lo que la Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes denominó “instrucciones previas”, en su artículo 5. Además, para la regulación del registro de

¹⁴⁸ J. Carbonell Crespí; *op. cit.*, p. 103.

¹⁴⁹ F. Zappalá; “Advance Directives: Declaraciones Anticipadas de tratamiento médico o mal denominado Testamento Biológico”; *Criterio jurídico*, Vol. 8, Nº. 1, 2008, p. 256.

Libertad de conciencia y derecho a decidir sobre la salud al final de la vida: Eutanasia

dichos documentos, se promulgó el Decreto 259/2007, de 13 de diciembre, por el que se crea el Registro gallego de instrucciones previas sobre cuidados y tratamiento de la salud.

De igual manera, Extremadura reconoció esta figura en la Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura, que posteriormente reguló de forma específica en la Ley 3/2005, de 8 de julio, de información sanitaria y autonomía del paciente, en el Capítulo II del Título IV, optando por la denominación “expresión anticipada de voluntades”. De igual manera, el Gobierno extremeño promulgó el Decreto 311/2007, de 15 de octubre, por el que se regula el contenido, organización y funcionamiento del Registro de Expresión Anticipada de Voluntades de la Comunidad Autónoma de Extremadura y se crea el Fichero Automatizado de datos de carácter personal del citado Registro.

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

Por su parte, Aragón regula el otorgamiento de las denominadas “voluntades anticipadas” en el artículo 15 de la Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón. De igual manera, esta Comunidad promulgó el Decreto 100/2003, de 6 de mayo, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y el funcionamiento del Registro de Voluntades Anticipadas.

En el caso de Navarra se promulgó la Ley Foral 17/2010, de 8 de noviembre, de derechos y deberes de las personas en materia de salud en la Comunidad Foral de Navarra, que regula el otorgamiento de las “voluntades anticipadas” en el Capítulo II del Título V. El correspondiente registro se creó a través del Decreto Foral 140/2003, de 16 de junio, por el que se regula el Registro de voluntades anticipadas. La Ley navarra, concretamente, alude expresamente a la posibilidad de solicitar en el documento de

Libertad de conciencia y derecho a decidir sobre la salud al final de la vida: Eutanasia

voluntades anticipadas la aplicación de la eutanasia en su modalidad indirecta, además de la pasiva, pues en el artículo 54.1 se establece lo siguiente: *En las voluntades anticipadas se podrán incorporar manifestaciones para que, en el supuesto de situaciones críticas, vitales e irreversibles respecto a la vida, se evite el sufrimiento con medidas paliativas aunque se acorte el proceso vital, no se prolongue la vida artificialmente por medio de tecnologías y tratamientos desproporcionados o extraordinarios, ni se atrase abusiva e irracionalmente el proceso de la muerte.*

De igual manera, Cantabria contempla en el artículo 34 de la Ley de Cantabria 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria la denominada “expresión de la voluntad con carácter previo”, previendo al igual que la Ley navarra, la posibilidad de incluir en el documento “la petición de sedación y/o analgesia en los casos terminales” (artículo 34. 3). Por otro lado, la creación del registro de dichas voluntades se llevó a cabo mediante el Decreto 139/2004, de 5 diciembre, por el que se crea y regula el Registro de Voluntades Previas de Cantabria.

La Comunidad Valenciana, por su parte, reguló las denominadas “voluntades anticipadas” en el artículo 45 de la Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de la Generalitat, de Salud de la Comunitat Valenciana, siendo la única de las normas autonómicas que regula la posible objeción de conciencia que le pudiera surgir al médico en el momento de aplicar las voluntades anticipadas. Así, en el artículo 45.3 se dispone lo siguiente: *En caso de que en el cumplimiento del documento de voluntades anticipadas surgiera la objeción de conciencia de algún facultativo, la administración pondrá los recursos suficientes para atender la voluntad anticipada de los pacientes en los supuestos recogidos en el actual ordenamiento jurídico.* Además, de forma complementaria, el Gobierno valenciano promulgó el Decreto 168/2004, de 10 de septiembre, del Consell de la Generalitat, por el que se regula el Documento de Voluntades Anticipadas y se crea el Registro Centralizado de Voluntades Anticipadas de la Comunidad Valenciana.

La Comunidad de las Islas Baleares reconoció el derecho a declarar las “voluntades anticipadas” en el artículo 18 de la Ley 5/2003 de 4 de abril, de salud de las Illes Balears, que posteriormente desarrolló en la Ley 1/2006 de 3 de marzo, de voluntades anticipadas. En esta Ley se prevé en el artículo 2.c), al igual que en la Leyes cántabra y navarra, la posibilidad de incluir instrucciones para la aplicación de eutanasia pasiva,

Libertad de conciencia y derecho a decidir sobre la salud al final de la vida: Eutanasia

pues el artículo citado establece que las voluntades anticipadas podrán contener: *Las instrucciones para que, en un supuesto de situación crítica e irreversible respecto de la vida, se evite el padecimiento con medidas terapéuticas adecuadas, aunque éstas lleven implícitas el acortamiento del proceso vital, y que no se alargue la vida artificialmente ni se atrase el proceso natural de la muerte mediante tratamientos desproporcionados.* El Gobierno balear también promulgó el Decreto 58/2007, de 27 de abril, de despliegue de la Ley de voluntades anticipadas y del Registro de Voluntades Anticipadas de les Illes Balears.

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

Por su parte, Andalucía opta por la denominación “declaración de voluntad vital anticipada” y regula esta figura en la Ley 5/2003, de 9 de octubre, de declaración de voluntad vital anticipada y en el Decreto 59/2012, de 13 de marzo, por el que se regula la organización y funcionamiento del Registro de voluntades vitales anticipadas de Andalucía.

Castilla-La Mancha contempla el derecho al otorgamiento de voluntades anticipadas en el artículo 24 de la Ley 5/2010, de 24 de junio, sobre derechos y deberes en materia de salud de Castilla-La Mancha. Este derecho ha sido desarrollado en la Ley 6/2005, de 7 de julio, sobre la Declaración de Voluntades Anticipadas en materia de la propia salud¹⁵⁰ y en el Decreto 15/2006, de 21 de febrero, del Registro de voluntades anticipadas de Castilla-La Mancha.

En el caso de Canarias, la regulación del derecho a otorgar lo que denomina “manifestaciones anticipadas de voluntad” se ha llevado a cabo a través del Decreto

¹⁵⁰ Esta Ley desarrolla la Ley 24/2002, de 5 de diciembre, de Garantías en la Atención Sanitaria Especializada. Ha estado vigente hasta el 9 de enero de 2011, momento en que ha entrado en vigor la Ley 5/2010, de 24 de junio, sobre derechos y deberes en materia de salud de Castilla-La Mancha.

Libertad de conciencia y derecho a decidir sobre la salud al final de la vida: Eutanasia

13/2006, de 8 de febrero, por el que se regulan las manifestaciones anticipadas de voluntad en el ámbito sanitario y la creación de su correspondiente Registro.

De igual manera, el Principado de Asturias ha regulado el derecho al otorgamiento de “instrucciones previas” a través de la promulgación de un Decreto, en desarrollo del artículo 11 de la Ley 41/2002. Así, esta Comunidad ha promulgado el Decreto 4/2008, de 23 de enero, de Organización y Funcionamiento del Registro del Principado de Asturias de Instrucciones Previas en el ámbito sanitario.

Por su parte, la Comunidad de Murcia contempla el derecho a la redacción del documento de “instrucciones previas” en el Capítulo III del Título V de la Ley 3/2009, de 11 de mayo, de los Derechos y Deberes de los Usuarios del Sistema Sanitario de la Región de Murcia. Además, de forma previa esta Comunidad había promulgado, en desarrollo de la legislación estatal el Decreto 80/2005, de 8 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de instrucciones previas y su Registro.

Por último, en el caso de nuestra Comunidad Autónoma, se regula el derecho a la expresión anticipada de voluntades en el ámbito de la sanidad en la Ley 7/2002, de 12 de diciembre, de las voluntades anticipadas en el ámbito de la sanidad. Esta Ley consta de siete artículos. El primero de ellos contempla “el derecho de las personas a la expresión anticipada de sus deseos con respecto a ciertas intervenciones médicas, mediante la regulación del documento de voluntades anticipadas en el ámbito de la sanidad”. Así mismo, en el artículo 2 se prevé el contenido de dicha expresión anticipada de voluntades, haciendo referencia a las instrucciones que en la misma se pueden disponer, así como los objetivos vitales y valores personales del otorgante, además de la designación de un representante que actúe como interlocutor con el médico. En el artículo 3 se define el documento de voluntades anticipadas como “el instrumento por medio del cual se hacen efectivos los derechos reconocidos en el artículo anterior”. Los artículos 4 y 5 regulan la modificación, sustitución, revocación y eficacia de dichas instrucciones. Además, el artículo 6 prevé la creación de un Registro que se regula en el Decreto 270/2003, de 4 de noviembre, por el que se crea y regula el Registro Vasco de Voluntades Anticipadas. Por último, el artículo 7 hace referencia a la comunicación de las voluntades anticipadas al centro sanitario.

Libertad de conciencia y derecho a decidir sobre la salud al final de la vida: Eutanasia

Considerando las legislaciones autonómicas en relación con la legislación estatal, ésta última no prevé nada en lo que se refiere a la forma de otorgamiento del documento de instrucciones previas, mientras que las Leyes autonómicas establecen la posibilidad de otorgamiento en documento público ante Notario, no siendo necesaria la presencia de testigos, o bien, en documento privado ante tres testigos. Algunas Leyes autonómicas prevén también la facultad de otorgar el documento ante funcionario competente del registro de la Comunidad en cuestión¹⁵¹.

Para finalizar, vamos a hacer referencia a la edad que debe tener el otorgante según las Leyes autonómicas, pues la mayoría exigen que éste sea mayor de edad para poder suscribir este tipo de documentos, mientras que algunas, reconocen esta facultad también a los menores emancipados, como es el caso de la Ley andaluza (artículo 4.1) y valenciana (artículo 17.1), en el caso de la Ley navarra, los menores a los que se reconozca capacidad de conforme a la misma Ley (artículo 54.1), y la Ley aragonesa, que además de reconocer esta posibilidad a los mayores de edad y a los menores emancipados, también lo prevé para los menores aragoneses mayores de catorce años (artículo 15.1).

¹⁵¹ Art. 5.1 de la Ley de Castilla-La Mancha, Art. 6.1.b) de la Ley canaria, Art. 51.2.c) de la Ley de Murcia, Art. 5.2.b) de la Ley de Madrid, Art. 15.5.b) de la Ley aragonesa, Art. 55.1.c) de la Ley navarra, Art. 34.2.c) de la Ley cántabra, Art. 3.2.b) de la Ley vasca, Art. 17.3.c) de la Ley valenciana, Art. 3.b) de la Ley balear y Art. 30.2.b) de la Ley de Castilla y León.

VI) CONCLUSIONES.

Debemos comenzar este apartado abordando las conclusiones obtenidas en relación con el estado de la cuestión, esto es, su regulación actual. Por ello, hemos de afirmar lo que ya adelantábamos cuando analizamos el artículo 143.4 CP, y es que el legislador abordó la cuestión de la eutanasia a través de una técnica defectuosa, en el sentido de que la licitud de la eutanasia activa indirecta y la pasiva se ha de deducir de dicho artículo *a sensu contrario*. Así pues, la licitud de dichas modalidades de eutanasia se proclama de una forma un tanto difusa, a pesar de constituir verdaderos derechos del paciente, tal y como manifestamos al comienzo de este trabajo.

Es cierto que las penas que establece el artículo 143.4 CP son insignificantes, pero no por ello podemos perder de vista que constituye una recriminación de conductas que tendrían que valorarse de forma positiva. Ahora bien, no podemos negar que este artículo supuso una notable novedad y un avance para nuestro ordenamiento cuando se introdujo. Sin embargo, en la actualidad es un precepto obsoleto y es necesaria una regulación más específica que afronte el problema de forma más clara.

Por otro lado, en lo que se refiere al derecho a la vida, de lo analizado concluimos que no existe una disponibilidad de éste, pues aunque el TC sí reconoce la facultad de disponer de la propia vida, ésta no se deduce del artículo 15 CE, ni se trata de un derecho, sino que es una facultad del individuo, que forma parte de su esfera de libertad, dado que no existe un deber de vivir, tal y como ha reconocido el TC. Esta libertad del individuo de poder disponer de su propia vida constituye a nuestro juicio el principal fundamento de la licitud de la eutanasia, pero no el único.

Igualmente, en el enfrentamiento entre el derecho a la vida y otros derechos habrá que realizar una valoración simultánea de todos los derechos en conflicto, pues no tiene porqué prevalecer el derecho a la vida, ya que no existen derechos absolutos y éste puede ceder ante otros. Además, la solución de dicho enfrentamiento es más nítida si tenemos en cuenta que se trata de una vida no deseada por su titular, de forma que el valor vida deja de ser lo prioritario en este caso y no merece la calificación de bien jurídico protegido por el Código Penal.

Libertad de conciencia y derecho a decidir sobre la salud al final de la vida: Eutanasia

Así pues, según nuestro criterio, el fundamento de la licitud de la eutanasia se encuentra de forma primordial en la libertad del artículo 1.1 CE, como valor supremo del ordenamiento, y la autonomía del individuo, puesta, además, en relación con otros bienes y derechos constitucionales, como son la dignidad y el derecho a una muerte digna, el libre desarrollo de la personalidad, el derecho a la integridad física y moral, el derecho a la libertad de conciencia y el derecho a la intimidad personal.

El problema en relación con esta libertad de disposición de la vida por parte de su titular reside en la intervención de terceros y el conflicto entre esta autonomía y la prohibición de matar. Esta disputa no se nos plantearía a la hora de admitir el suicidio asistido, pues el acto en sí sería ejecutado por el enfermo terminal y la sustancia letal sería prescrita por el médico, puesto que es una tercera persona quien ayuda a que el enfermo se tome la sustancia. El ejecutor del acto materialmente no sería el mismo en una acción eutanásica y un suicidio asistido, pero realmente vendrían a ser lo mismo, dado que el enfermo tendría el dominio ideal del acto en ambos casos. Además, el suicidio asistido contaría con el inconveniente de que a la hora de que el enfermo realizara la conducta podrían producirse contratiempos que no tendrían lugar si la conducta fuera llevada a cabo por un profesional sanitario. Pero lo más importante es la discriminación que se produciría entre los enfermos terminales que sí pudieran valerse por sí mismos para suicidarse y los que no. Aunque no es legal el suicidio asistido, esta discriminación también tiene lugar en la actualidad simplemente, porque determinados enfermos terminales pueden disponer de su propia vida, sin necesidad de intervención de terceros, mientras que otros enfermos terminales precisan recabar la ayuda de terceros que legalmente no podrá ser prestada por éstos.

Pero ésta no es la única discriminación que se produce. Mientras que a un enfermo cuya vida depende de un tratamiento que puede perfectamente rechazar, sí se le reconoce un derecho a la muerte; a aquel enfermo que necesita de una conducta activa para morir, no se le permite. Es lo que la Asociación del Derecho a Morir Dignamente denomina “la suerte de la máquina”, en el sentido de que la vida es disponible, pero exclusivamente si depende de una máquina¹⁵². Así, estamos de acuerdo con Rey Martínez que afirma que

¹⁵² Asociación Derecho a Morir Dignamente; “Leyes de muerte digna: vamos despacio, que tenemos prisa”, *Asociación Derecho a Morir Dignamente Revista Asociación Derecho a Morir Dignamente*; N°.

Libertad de conciencia y derecho a decidir sobre la salud al final de la vida: Eutanasia

no hay diferencia moral ni jurídica entre el derecho reconocido a rehusar el tratamiento de soporte vital y la eutanasia o suicidio asistido¹⁵³, pues la finalidad última es la misma en un caso y en otro: Acabar con el sufrimiento y la agonía del enfermo terminal.

En relación con esta intervención de terceros, afirmamos que la autonomía personal del paciente justifica la legalización de la eutanasia y compartimos la reflexión de Ruiz Miguel sobre el consentimiento del paciente, pues si éste es relevante para prohibir la acción de un tercero sin la cual se producirá su muerte, parece contradictorio devaluar la relevancia del consentimiento para permitir la acción que provocará la muerte que el afectado desea¹⁵⁴.

De cara a afrontar la cuestión de la eutanasia, creemos necesario destacar la afirmación de Zúñiga Fajuri, quien afirma que cuando el dolor nos recuerda que hay males peores que la muerte, entonces parecen tener sentido para nosotros principios como el de la autonomía de la voluntad y el de la dignidad personal, en el que el valor de la vida humana no puede ser independiente de su contenido¹⁵⁵.

A la hora de reivindicar una legalización de la eutanasia, con su correspondiente regulación, y justificar la necesidad de ésta, no podemos olvidar el factor de la situación de inseguridad jurídica en la que se encuentran actualmente aquellos médicos que practican acciones eutanásicas a sus pacientes, movidos por la compasión y la reiterada petición de éstos, pese a tratarse de una conducta sancionable en nuestro Código Penal. Así pues, lo cierto es que la eutanasia en su modalidad activa se practica en algunos centros hospitalarios, según revelan encuestas y estudios, como, por ejemplo, el estudio llevado a cabo en diciembre de 2000 por la Organización de Consumidores y Usuarios, que indicaba que el 15% de los médicos encuestados había practicado esta conducta¹⁵⁶. Tal y como afirma Rey Martínez, en España la práctica médica opera en este punto a la

58/2011, p. 11. Tomado el 20 de mayo de 2014 de:

http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=2988

¹⁵³ F. Rey Martínez; *op. cit.*, p. 159.

¹⁵⁴ A. Ruiz Miguel; *op. cit.*, p. 243.

¹⁵⁵ A. Zúñiga Fajuri; “¿Hay un mal en morir? Consideraciones éticas y jurídicas sobre la muerte inducida”; *Ideas y valores: Revista Colombiana de Filosofía*, Nº. 146, 2011, p. 54.

¹⁵⁶ M. Ferrer Hernández; “Legalización de la eutanasia como opción a una muerte digna: Consulta de expertos a través de la técnica Delphi”; *Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades*, Nº. 11, 2002, p. 88.

Libertad de conciencia y derecho a decidir sobre la salud al final de la vida: Eutanasia

sombra del Derecho y esto genera inseguridad y desigualdad¹⁵⁷. Es por ello que no podemos estar más en desacuerdo con el hecho de no afrontar el problema mientras en la práctica los casos permanezcan impunes, pues además de esta inseguridad jurídica a la que hemos hecho referencia, tal y como defiende Ruiz Miguel, va en contra del imperio de la Ley y se produce un efecto disuasorio que menoscaba la autonomía de algunos enfermos¹⁵⁸.

Otro de los argumentos utilizados para no legalizar la eutanasia, que nos lleva a pensar que lo que se busca es declarar la no necesidad de legalización de la misma, es la universalización de los cuidados paliativos, que es empleada como pretexto para eludir el debate. Sin embargo, creemos que los cuidados paliativos y la eutanasia no son excluyentes y el desarrollo de éstos no supone la desaparición del problema relacionado con la misma. Así, por ejemplo, en el caso de Holanda, la universalización y mejora de los cuidados paliativos no ha hecho descender las solicitudes de eutanasia¹⁵⁹. Además, una encuesta del CIS efectuada en 2002 sobre actitudes y opiniones de los médicos ante la eutanasia, revela que el 84.6% de los médicos encuestados considera que un correcto empleo de los cuidados paliativos no resuelve todas las situaciones de eutanasia. El mismo estudio evidencia así mismo que, a la pregunta de si debe cambiarse la Ley para permitir a los enfermos pedir y recibir el suicidio asistido por un médico y/o la eutanasia activa, el 41.5% de los médicos encuestados responde que sí, pero sólo para enfermos terminales que conserven todas sus facultades mentales, y un 18.4% contesta también en sentido afirmativo, para pacientes que conserven todas sus facultades mentales, independientemente de que su enfermedad sea terminal o crónica (grave o irreversible)¹⁶⁰.

En lo que respecta a la aceptación de la eutanasia por parte de la población, hemos de afirmar que existe una clara aceptación y conciencia social, lo que no significa que una eventual legalización de la misma fuera a estar exenta de polémica y debate social, además de oposición por parte de algunos sectores de la sociedad española. En este

¹⁵⁷ F. Rey Martínez; *op. cit.*, p. 190.

¹⁵⁸ A. Ruiz Miguel; *op. cit.*, p. 246.

¹⁵⁹ Asociación Derecho a Morir Dignamente; "Leyes de muerte digna: vamos despacio, que tenemos prisa", *Revista Asociación Derecho a Morir Dignamente*, Nº. 58/2011, p. 32. Tomado el 20 de mayo de 2014 de: http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=2988

¹⁶⁰ Encuesta del CIS: Actitudes y opiniones de los médicos ante la eutanasia. Estudio nº 2.451. Abril-Mayo 2002 (Resultados, preguntas 18 y 19). Tomado el 20 de mayo de 2014 de: http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=2988

Libertad de conciencia y derecho a decidir sobre la salud al final de la vida: Eutanasia

sentido, el estudio de 2000 de la Organización de Consumidores y Usuarios, al que hacíamos referencia más arriba, revelaba que un 75% de la población se mostraba favorable a la eutanasia¹⁶¹.

Sin embargo, frente a esta aceptación, y además, requerimiento reiterado, la predisposición del legislador de cara a abordar la cuestión se ha caracterizado por su poca presencia. Es por ello que urge un cambio de actitud por parte del Estado en relación con la concepción de la eutanasia. Así pues, una regulación *de iure condendo* debería ofrecer las suficientes garantías y posibilitar el control de este tipo de casos por parte del Estado para evitar abusos. Tal ordenación no es una utopía, el ejemplo existe y lo tenemos cerca, en Bélgica y Holanda, aunque es cierto que la tradición jurídica de estos países con respecto a esta cuestión y su aceptación no es la misma que la de España.

En este sentido, creemos imprescindible garantizar de forma plena el derecho de los pacientes a decidir sobre su propia salud, tanto en relación con conductas omisivas (rechazo de tratamientos), como con respecto a conductas activas (requerimientos de eutanasia en su modalidad activa), y desprendernos totalmente de la tradicional concepción paternalista del paciente, para que la autonomía de éste ostente un protagonismo absoluto.

Por ello, es hora de dejar atrás el tabú de la muerte, los prejuicios religiosos y la concepción de la eutanasia como un crimen, para afrontar por fin, este problema que tantos años lleva requiriendo y esperando una solución.

¹⁶¹ M. Ferrer Hernández; *op. cit.*, p. 88.

BIBLIOGRAFÍA

AAVV; “Vida y libertad: el derecho a una muerte digna” (3º Seminario Permanente de Seguridade Pública, A Coruña, 27 e 28 de Xuño de 2007); *Revista Galega de Seguridade Pública*, número 10, Segunda época; Xunta de Galicia, Santiago de Compostela, 2007.

ALONSO ÁLAMO, Mercedes; “Delimitación de ámbitos de responsabilidad e imputación objetiva (a propósito de la disposición sobre la vida en el auxilio ejecutivo al suicidio y la eutanasia)”;

Revista de Derecho Penal y Criminología, Nº, 1, 2009, pp. 13-38.
<http://dialnet.unirioja.es/>

ÁLVAREZ CONDE, Enrique; TUR AUSINA, Rosario; *Derecho Constitucional*; Tecnos, Madrid, 2012.

ÁLVAREZ GÁLVEZ, Iñigo; *La eutanasia voluntaria autónoma*; Dykinson, Madrid, 2002.

- “Sobre el argumento de la pendiente resbaladiza en la eutanasia”;
- Dilemata*, Nº. 11, 2013, pp. 83-111. <http://dialnet.unirioja.es/>

ÁLVAREZ, Pilar; “Testamento vital, instrucciones previas, voluntades anticipadas”;

Panace@: Revista de Medicina, Lenguaje y Traducción, Vol. 13, Nº. 36, 2012, pp. 316-320. <http://dialnet.unirioja.es/>

ALZAGA VILLAAMIL, Óscar (Director); *Comentarios a la Constitución Española de 1978*; EDERSA, Madrid, 1996.

BAJO FERNÁNDEZ, Miguel; “Libertad religiosa y los límites constitucionales de las creencias religiosas”;

Repertorio Aranzadi del Tribunal Constitucional, Nº. 12/2002 parte Tribuna. <http://www.aranzadidigital.es/maf/app/authentication/signon>

Libertad de conciencia y derecho a decidir sobre la salud al final de la vida: Eutanasia

- “Respeto a la libertad del paciente: La eutanasia y las legislaciones sanitarias autonómicas”; *Revista de Derecho Penal y Criminología*, 2.^a Época, N.º extraordinario 2, 2004, pp. 317-329. <http://dialnet.unirioja.es/>

BELTRÁN AGUIRRE, Juan Luis; “El derecho de las personas a una muerte digna”; *Revista Aranzadi Doctrinal* N.º. 5/2010.

<http://www.aranzadidigital.es/maf/app/authentication/signon>

- “En torno a la constitucionalidad de una posible legalización parcial de la eutanasia”; *Revista Aranzadi Doctrinal*, N.º. 8/2010 parte Tribuna. <http://www.aranzadidigital.es/maf/app/authentication/signon>

- “La relación médico-paciente en situaciones de riesgo grave, de enfermedad invalidante e irreversible, y en el proceso del final de la vida: Supuestos y respuestas bioéticas y jurídicas”; *Revista Aranzadi Doctrinal*, N.º. 6/2011 parte Tribuna.

<http://www.aranzadidigital.es/maf/app/authentication/signon>

- “El Tribunal Europeo de Derechos Humanos y el suicidio asistido: Cambio sustancial de postura en su sentencia de 14 de mayo de 2013”; *Revista Aranzadi Doctrinal*, N.º. 5/2013 parte Tribuna.

<http://www.aranzadidigital.es/maf/app/authentication/signon>

BERCOVITZ RODRÍGUEZ-CANO, Rodrigo; “Eutanasia”; *Revista Doctrinal Aranzadi Civil-Mercantil*, vol.III parte Tribuna.

<http://www.aranzadidigital.es/maf/app/authentication/signon>

BERENGUERAS, María Elena; “Eutanasia, crimen o derecho”; *Inventio, la génesis de la cultura universitaria en Morelos*, N.º. 5, 2007, pp.35-42. <http://dialnet.unirioja.es/>

BONETE PERALES, Enrique; “La dignidad del muriente”; *Azafea: revista de filosofía*, N.º. 10, 2008, pp. 123-144. <http://dialnet.unirioja.es/>

Libertad de conciencia y derecho a decidir sobre la salud al final de la vida: Eutanasia

BONILLA SÁNCHEZ, Juan José; “El derecho a morir dignamente en Andalucía”; *Espacio y tiempo: Revista de Ciencias Humanas*, N°. 25-2011, pp. 171-188. <http://dialnet.unirioja.es/>

BUSQUETS I ALIBÉS, Ester y MIR TUBAU, Joan; “Eutanasia y suicidio asistido: ¿por qué sí o por qué no?”; *Bioètica & debat: Tribuna abierta del Institut Borja de Bioètica*, N°. 39, 2005, pp. 8-10. <http://dialnet.unirioja.es/>

CARBONELL CRESPI, José Antonio; *Los documentos de voluntades anticipadas: legislación estatal y autonómica*; Tirant lo Blanch, Valencia, 2010.

CASADO GONZÁLEZ, María; *La eutanasia: Aspectos éticos y jurídicos*; Reus, Madrid, 1994.

DÍEZ-PICAZO, Luis; “Derecho a la vida y a la integridad física y moral”; *Repertorio Aranzadi del Tribunal Constitucional* N°. 3/2002 Parte Estudio. <http://www.aranzadidigital.es/maf/app/authentication/signon>

- *Sistema de derechos fundamentales*; Thomson Civitas, Madrid, 2005.

EXPÓSITO GÓMEZ, Enriqueta; “La regulación de los derechos en los nuevos Estatutos de Autonomía”; *Revista d'estudis autonòmics i federals*, N°. 5, 2007, pp. 147-202. <http://dialnet.unirioja.es/>

FERRER HERNÁNDEZ, María Elena; “Legalización de la eutanasia como opción a una muerte digna: Consulta de expertos a través de la técnica Delphi”; *Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades*, N°. 11, 2002, pp. 87-95. <http://dialnet.unirioja.es/>

GUERRA GARCÍA, Yolanda M.; “Medicina y Derecho el control de la vida y la muerte del individuo, desde la norma”; *Revista Prolegómenos. Derechos y Valores de la Facultad de Derecho*, Vol. 15, N°. 29, 2012, pp. 67-77. <http://dialnet.unirioja.es/>

Libertad de conciencia y derecho a decidir sobre la salud al final de la vida: Eutanasia

LEÓN-CASTRO ALONSO, José; *Derecho a la vida. ¿Hacia una muerte digna? Breves reflexiones en torno a la Ley andaluza 2/2010, de 8 de abril, sobre Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte*; Bosch, Barcelona, 2011.

LEÓN-CORREA, Francisco Javier; “Las voluntades anticipadas: cómo conjugar autonomía y beneficencia. Análisis desde la bioética clínica”; *Revista CONAMED*, Vol. 13, Nº. 3, 2008, pp. 26-32. <http://dialnet.unirioja.es/>

LLAMAZARES FERNÁNDEZ, Dionisio; *Derecho de la libertad de conciencia II*; Civitas, Madrid, 2007.

LÓPEZ GUERRA, Luis; ESPÍN, Eduardo; GARCÍA MORILLO, Joaquín; PÉREZ TREMPES, Pablo; SATRÚSTEGUI, Miguel; *Derecho Constitucional Vol. I*; Tirant lo Blanch, Valencia, 2010.

LORENZO SALGADO, José Manuel; “Algunas consideraciones sobre el artículo 143.4 del Código Penal”; *Estudios Penales y Criminológicos*, Nº. 25, 2004, pp. 149-216. <http://dialnet.unirioja.es/>

MACEIRAS RODRÍGUEZ, Paula María; “La objeción de conciencia en relación con tratamientos e intervenciones médicas”; *Actualidad Jurídica Aranzadi*, Nº. 756/2008 parte Comentario <http://www.aranzadidigital.es/maf/app/authentication/signon>

MARCOS DEL CANO, Ana María; *La eutanasia. Estudio filosófico-jurídico*; Marcial Pons, Madrid, 1999.

MARÍN GÁMEZ, José Ángel; “Reflexiones sobre la eutanasia: Una cuestión pendiente del derecho constitucional a la vida”; *Revista Española de Derecho Constitucional*, Nº. 54, 1998, pp. 85-118. <http://dialnet.unirioja.es/>

MENDOZA BUERGO, Blanca (Editora); *Autonomía personal y decisiones médicas: cuestiones éticas y jurídicas*; Civitas Thomson Reuters, Cizur Menor, Navarra, 2010.

Libertad de conciencia y derecho a decidir sobre la salud al final de la vida: Eutanasia

MERCHÁN-PRICE, Jorge; “La eutanasia no es un acto médico”; *Persona y bioética*, Vol. 12, Nº. 30, 2008, pp. 42-52. <http://dialnet.unirioja.es/>

MONTERO, Etienne; “¿Hacia una legalización de la eutanasia voluntaria? Reflexiones acerca de la tesis de la autonomía”; *La Ley, Revista Jurídica Española de Doctrina, Jurisprudencia y Bibliografía*, Nº. 4755, 1999, pp. 1-6. <http://dialnet.unirioja.es/>

OLLERO TASSARA, Andrés; “La invisibilidad del otro: eutanasia y dignidad humana”; *Aldaba: Revista del Centro Asociado a la UNED de Melilla*, Nº. 32, 2004, pp. 139-164. <http://dialnet.unirioja.es/>

PAREJO GUZMÁN, M^a José; *La Eutanasia ¿un Derecho?*; Thomson Aranzadi, Cizur Menor, Navarra, 2005.

PASCUCCI DE PONTE, Enrico; “Cuestiones en torno a la eutanasia”; *Saberes: Revista de estudios jurídicos, económicos y sociales*, Nº. 1, 2003. <http://dialnet.unirioja.es/>

PÉREZ ROYO, Javier; *Curso de Derecho Constitucional*; Marcial Pons, Madrid, 2007.

PIÑA CABEZAS, Francisco Andrés; “La eutanasia: Derecho a la muerte, pero no a la vida (digna)”; *La Toga*, Nº. 180, 2010, pp. 54-55. <http://dialnet.unirioja.es/>

PULIDO QUECEDO, Manuel; “Eutanasia y ayuda al suicidio”; *Repertorio Aranzadi del Tribunal Constitucional*, Nº. 6/2002 parte Tribuna.

<http://www.aranzadidigital.es/maf/app/authentication/signon>

REQUENA LÓPEZ, Tomás; “Sobre el «derecho a la vida»”; *Revista de Derecho constitucional Europeo*, Nº. 12, 2009, pp. 283-342. <http://dialnet.unirioja.es/>

REY MARTÍNEZ, Fernando; *Eutanasia y derechos fundamentales*; Tribunal Constitucional, Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, Madrid, 2008.

- “El debate de la eutanasia y el suicidio asistido en perspectiva comparada. Garantías de procedimiento a tener en cuenta ante su eventual despenalización

Libertad de conciencia y derecho a decidir sobre la salud al final de la vida: Eutanasia

en España”; *UNED. Revista de Derecho Político*, Nº. 71-72, enero-agosto 2008, pp. 439-477. <http://dialnet.unirioja.es/>

RUBIO TORRANO, Enrique; “Actividad Sanitaria y Derecho”; *Revista Doctrinal Aranzadi Civil-Mercantil* Nº. 10/2006 parte Tribuna. <http://www.aranzadidigital.es/maf/app/authentication/signon>

SALÀS DARROCHA, Josep Tomàs; “Las acciones de Wrongful Birth y Wrongful life en el Derecho y jurisprudencia españoles”; *Sentencias de TSJ y AP y otros Tribunales*, Nº. 11/2005 parte Artículo.

<http://www.aranzadidigital.es/maf/app/authentication/signon>

SERRANO RUIZ-CALDERÓN, José Miguel; “Sobre el reconocimiento y regulación legal del derecho a la eutanasia”; *Humana Iura: Suplemento de derechos humanos*, Nº. 10, 2000, pp. 111-141. <http://dialnet.unirioja.es/>

- *Eutanasia y vida dependiente: Inconvenientes jurídicos y consecuencias sociales de la despenalización de la eutanasia*; Ediciones Internacionales Universitarias, Madrid, 2001.
- “La Ley 41/2002 y las voluntades anticipadas”; *Cuadernos de bioética*, Vol. 17, Nº. 59, 2006, pp.69-78. <http://dialnet.unirioja.es/>
- “Política de estado ante el final de la vida: La transformación de la deontología médica”; *Cuadernos de bioética*, Vol. 23, Nº. 77, 2012, pp. 125-134. <http://dialnet.unirioja.es/>

TOMÁS-VALIENTE LANUZA, Carmen; *La cooperación al suicidio y la eutanasia en el nuevo Código Penal (Art. 143)*; Tirant lo Blanch, Valencia, 2000.

TUR FAÜNDEZ, M^a Nélica; “El documento de Instrucciones Previas o Testamento Vital. Régimen Jurídico”; *Revista Doctrinal Aranzadi Civil-Mercantil*, Nº. 10/2004 parte Estudio. <http://dialnet.unirioja.es/>

Libertad de conciencia y derecho a decidir sobre la salud al final de la vida: Eutanasia

VALENCIA MONTOYA, Guillermo; “¿Salvar la vida o prolongar la agonía?”; *Cultura del Cuidado Enfermería*, Vol. 7, Nº. 1, 2010, pp. 24-36. <http://dialnet.unirioja.es/>

ZAPPALÁ, Francesco; “Advance Directives: Declaraciones Anticipadas de tratamiento médico o mal denominado Testamento Biológico”; *Criterio jurídico*, Vol. 8, Nº. 1, 2008, pp. 243-266. <http://dialnet.unirioja.es/>

ZÚÑIGA FAJURI, Alejandra; “¿Hay un mal en morir? Consideraciones éticas y jurídicas sobre la muerte inducida”; *Ideas y valores: Revista Colombiana de Filosofía*, Nº. 146, 2011, pp. 43-57. <http://dialnet.unirioja.es/>

Otras fuentes:

ABELLÁN, Lucía; “Bélgica aprueba la eutanasia infantil”; *El País* (12 de febrero de 2014). Consultado el 24 de abril de 2014 en:

http://sociedad.elpais.com/sociedad/2014/02/12/actualidad/1392224320_865641.html

ASOCIACIÓN DERECHO A MORIR DIGNAMENTE, “Andalucía aprueba la Ley de Muerte digna”, *Revista Asociación Derecho a Morir Dignamente*, Nº. 54/2010. Tomado el 30 de abril de 2014 de:

http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=2988

- “El enfermo es quien decide”, *Revista Asociación Derecho a Morir Dignamente*, Nº. 57/2011. Tomado el 16 de mayo de 2014 de: http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=2988
- “Leyes de muerte digna: vamos despacio, que tenemos prisa”, *Revista Asociación Derecho a Morir Dignamente*, Nº. 58/2011. Tomado el 20 de mayo de 2014 de: http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=2988
- “Apuesta por la eutanasia”, *Revista Asociación Derecho a Morir Dignamente*, Nº. 64/2013. Tomado el 30 de abril de 2014 de: <http://www.eutanasia.ws/principal.htm>

Libertad de conciencia y derecho a decidir sobre la salud al final de la vida: Eutanasia

- “DMD entra en el debate público de la eutanasia”, *Revista Asociación Derecho a Morir Dignamente*, N°. 65/2014. Tomado el 30 de abril de 2014 de:
http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=2988

CBC NEWS, “Quebec passes landmark end-of-life-care bill”, *CBC News Montreal* (5 de junio de 2014). Consultado el 15 de junio de 2014 en:
<http://www.cbc.ca/news/canada/montreal/quebec-passes-landmark-end-of-life-care-bill-1.2665834>

DE BENITO, Emilio; “El Supremo de Canadá permite el suicidio médicamente asistido”; *El País* (6 de febrero de 2015). Consultado el 8 de febrero de 2015 en:
http://internacional.elpais.com/internacional/2015/02/06/actualidad/1423246363_985761.html

Encuesta del CIS: Actitudes y opiniones de los médicos ante la eutanasia. Estudio n° 2.451. Abril-Mayo 2002. Tomado el 17 de mayo de 2014 de:
http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=2988

Índice de jurisprudencia

- Sentencia del Tribunal Constitucional 91/1983, de 7 de noviembre.
- Sentencia del Tribunal Constitucional 107/1984, de 23 de noviembre.
- Sentencia del Tribunal Constitucional 53/1985, de 11 de abril.
- Sentencia del Tribunal Constitucional 99/1985, de 30 de septiembre.
- Sentencia del Tribunal constitucional 231/1988, de 2 de diciembre.
- Sentencia del Tribunal Constitucional 120/1990, de 27 de junio.
- Sentencia del Tribunal Constitucional 137/1990, de 19 de julio.
- Sentencia del Tribunal Constitucional 11/1991, de 17 de enero.
- Sentencia del Tribunal Constitucional 57/1994, de 28 de febrero.
- Auto del Tribunal Constitucional 931/1994, de 18 de julio.
- Sentencia del Tribunal Constitucional 242/1994, de 20 de julio.
- Auto del Tribunal Constitucional 242/1998, de 11 de noviembre.
- Sentencia del Tribunal Constitucional 149/1999, de 14 de junio.

Libertad de conciencia y derecho a decidir sobre la salud al final de la vida: Eutanasia

- Sentencia del Tribunal Constitucional 91/2000, de 30 de marzo.
- Sentencia del Tribunal Constitucional 154/2002, de 18 de julio.
- Sentencia del Tribunal Constitucional 37/2011, de 28 de marzo.
- Sentencia del Tribunal Supremo 3882/2001, de 11 de mayo.
- Auto de la Audiencia Provincial de Barcelona, de 28 de febrero de 1994.
- Auto de la Audiencia Provincial de La Coruña 2535/1996, de 19 de noviembre.
- Auto del Juzgado de Primera Instancia número 5 de Barcelona 361/1993, de 19 de junio de 1993.
- Sentencia de la Corte Constitucional de Colombia C-239/97, de 20 de mayo de 1997.
- Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos 23/2002, de 29 de abril, asunto “Pretty contra Reino Unido”.
- Sentencia del Tribunal Supremo de Canadá, 2015 SCC 5, de 6 de febrero, asunto *Carter v. Canada*.

Legislación utilizada

- Code pénal suisse du 21 décembre 1937.
- Convenio para la protección de los derechos y de las libertades fundamentales, de Roma, de 4 de noviembre de 1950.
- Suicide Act 1961 (UK).
- Constitución Española de 1978.
- Canadian Charter of Rights and Freedoms, Constitution Act, 1982.
- Ley Orgánica 13/1982, de 10 de agosto, de reintegración y mejoramiento del Régimen Foral de Navarra.
- Criminal Code of Canada (R.S.C., 1985, c. C-46).
- Proyecto de Código Penal de 1992.
- Rights of the Terminally Ill Act 1995 (Northern Territory of Australia).
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.
- Eutanasia Laws Act 1997 (Australia).
- Convenio del Consejo de Europa para la Protección de los Derechos y la Dignidad del Ser Humano, respecto de las aplicaciones de la biología y la medicina, de 4 de abril de 1997 (Convenio de Oviedo).
- Dead With Dignity Act (October 27, 1997, Oregon).
- Ley 599 de 2000 (Julio 24) Por la cual se expide el Código Penal (Colombia).

Libertad de conciencia y derecho a decidir sobre la salud al final de la vida: Eutanasia

- Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concerniente a la salud y la autonomía del paciente, y a la documentación clínica.
- Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act (Act of 12 April 2001, Netherlands).
- Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes.
- Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura.
- Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid.
- Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón.
- Loi relative à l'euthanasie (28 MAI 2002, Belgique).
- Decreto 175/2002, de 25 de junio, por el que se regula el Registro de voluntades anticipadas.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.
- Ley de Cantabria 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria.
- Ley 7/2002, de 12 de diciembre, de las voluntades anticipadas en el ámbito de la sanidad.
- Ley 1/2003, de 28 de enero, de la Generalitat, de Derechos e Información al Paciente de la Comunidad Valenciana.
- Ley 5/2003 de 4 de abril, de salud de las Illes Balears.
- Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud.
- Decreto 100/2003, de 6 de mayo, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y el funcionamiento del Registro de Voluntades Anticipadas.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Decreto Foral 140/2003, de 16 de junio, por el que se regula el Registro de voluntades anticipadas.
- Ley 5/2003, de 9 de octubre, de declaración de voluntad vital anticipada.
- Decreto 270/2003, de 4 de noviembre, por el que se crea y regula el Registro Vasco de Voluntades Anticipadas.

Libertad de conciencia y derecho a decidir sobre la salud al final de la vida: Eutanasia

- Decreto 168/2004, de 10 de septiembre, del Consell de la Generalitat, por el que se regula el Documento de Voluntades Anticipadas y se crea el Registro Centralizado de Voluntades Anticipadas de la Comunidad Valenciana.
- Decreto 139/2004, de 5 diciembre, por el que se crea y regula el Registro de Voluntades Previas de Cantabria.
- Ley 3/2005, de 23 de mayo, por la que se regula el ejercicio del derecho a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el Registro correspondiente.
- Ley 6/2005, de 7 de julio, sobre la Declaración de Voluntades Anticipadas en materia de la propia salud.
- Ley 3/2005, de 8 de julio, de información sanitaria y autonomía del paciente.
- Decreto 80/2005, de 8 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de instrucciones previas y su Registro.
- Decreto 13/2006, de 8 de febrero, por el que se regulan las manifestaciones anticipadas de voluntad en el ámbito sanitario y la creación de su correspondiente Registro.
- Decreto 15/2006, de 21 de febrero, del Registro de voluntades anticipadas de Castilla-La Mancha.
- Ley 1/2006 de 3 de marzo, de voluntades anticipadas.
- Ley Orgánica 6/2006, de 19 de julio, de reforma del Estatuto de Autonomía de Cataluña.
- Decreto 101/2006, de 16 de noviembre, del Consejo de Gobierno, por el que se regula el Registro de Instrucciones Previas de la Comunidad de Madrid.
- Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal.
- Ley Orgánica 1/2007, de 28 de febrero, de reforma del Estatuto de Autonomía de las Illes Balears.
- Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, de reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía.
- Decreto 30/2007, de 22 de marzo, por el que se regula el documento de instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el Registro de instrucciones previas de Castilla y León.
- Ley Orgánica 5/2007, de 20 de abril, de reforma del Estatuto de Autonomía de Aragón.

Libertad de conciencia y derecho a decidir sobre la salud al final de la vida: Eutanasia

- Decreto 311/2007, de 15 de octubre, por el que se regula el contenido, organización y funcionamiento del Registro de Expresión Anticipada de Voluntades de la Comunidad Autónoma de Extremadura y se crea el Fichero Automatizado de datos de carácter personal del citado Registro.
- Ley Orgánica 14/2007, de 30 de noviembre, de reforma del Estatuto de Autonomía de Castilla y León.
- Decreto 259/2007, de 13 de diciembre, por el que se crea el Registro gallego de instrucciones previas sobre cuidados y tratamiento de la salud.
- Decreto 4/2008, de 23 de enero, de Organización y Funcionamiento del Registro del Principado de Asturias de Instrucciones Previas en el ámbito sanitario.
- The Washington Death With Dignity Act (2008).
- Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide (Luxembourg).
- Ley 3/2009, de 11 de mayo, de los Derechos y Deberes de los Usuarios del Sistema Sanitario de la Región de Murcia.
- Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte
- Ley 5/2010, de 24 de junio, sobre derechos y deberes en materia de salud de Castilla-La Mancha.
- Ley Foral 17/2010, de 8 de noviembre, de derechos y deberes de las personas en materia de salud en la Comunidad Foral de Navarra.
- Ley Foral 8/2011, de 24 de marzo, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte
- Ley 10/2011, de 24 de marzo, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de Morir y de la Muerte
- Proyecto de Ley Reguladora de los Derechos de la Persona ante el Proceso Final de la Vida, de 2011.
- Decreto 59/2012, de 13 de marzo, por el que se regula la organización y funcionamiento del Registro de voluntades vitales anticipadas de Andalucía.
- The Patient Choice and Control at End of Life Act (Act 39, 2013, Vermont).
- An Act respecting end-of-life care (Bill 52, Québec, 2013).

Libertad de conciencia y derecho a decidir sobre la salud al final de la vida: Eutanasia

