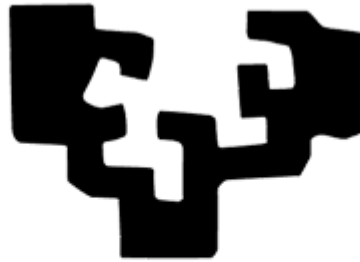


eman ta zabal zazu



Universidad
del País Vasco

Euskal Herriko
Unibertsitatea

GRADO EN DERECHO

“HACIA LA DESPENALIZACIÓN DE LA EUTANASIA”



Trabajo de Fin de Grado realizado por: Asier Guinea Cuesta

Dirigido por: María Pilar Nicolás Jiménez

Mayo/Junio de 2021

Abreviaturas

Apdo.	Apartado
Art. / Arts.	Artículo/Artículos
c.	Contra
Cap.	Capítulo
CE	Constitución Española
CEDH	Convenio Europeo de Derechos Humanos
CP	Código Penal
d. C.	Después de Cristo
Ed.	Editor
<i>Et. al.</i>	Y otros
LO	Ley Orgánica
Nº.	Número
<i>Op. cit.</i>	En la obra citada
P. ej.	Por ejemplo
p. / pp.	Página / Páginas
t.	Tomo
TC	Tribunal Constitucional
TEDH	Tribunal Europeo de Derechos Humanos
Trad.	Traductor
Vol.	Volumen
Vid.	Véase

Índice

1. Introducción.....	4
2. Concepto de eutanasia y comparación con otras figuras.....	6
3. Antecedentes históricos	
3.1. <i>Etapa primitiva y etapa antigua.....</i>	11
3.2. <i>Etapa medieval.....</i>	14
3.3. <i>Renacimiento.....</i>	15
3.4. <i>Etapa moderna.....</i>	16
4. Posturas normativas existentes en la actualidad ante la eutanasia y el suicidio asistido	
4.1. <i>Prohibir la eutanasia y el suicidio asistido. La posición de España en los últimos años.....</i>	18
4.2. <i>Permitir la eutanasia y el suicidio asistido.....</i>	21
5. Regulación actual de la eutanasia y el suicidio asistido en España (LO 3/2021)	
5.1. <i>Requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir.....</i>	24
5.2. <i>Procedimiento.....</i>	26
5.3. <i>Garantías.....</i>	28
5.4. <i>Objeción de conciencia.....</i>	30
5.5. <i>Modificación del Código Penal.....</i>	31
6. Países en el mundo que permiten la eutanasia y el suicidio asistido. Derecho Comparado	
6.1. <i>Países Bajos.....</i>	33
6.2. <i>Bélgica.....</i>	35
6.3. <i>Luxemburgo.....</i>	37
6.4. <i>Colombia.....</i>	39
6.5. <i>Canadá.....</i>	42
6.6. <i>Otros países.....</i>	45
7. Conclusiones.....	46
8. Bibliografía.....	49

1. Introducción

En los últimos años, la palabra *eutanasia* ha estado muy presente tanto en el ámbito académico y doctrinal como en los medios de comunicación. La mayoría de la ciudadanía se ha podido percatar de que el citado término ha sido y sigue siendo objeto de un intenso debate. Es por la actualidad del tema y con la intención de averiguar la situación en la que se encuentra hoy en día la eutanasia por lo que he decidido realizar este trabajo de investigación al respecto.

El objetivo será definir claramente el comportamiento al que se hace referencia cuando hablamos de eutanasia y explicar el tratamiento que recibe en los distintos países, centrándome especialmente en el ordenamiento jurídico español. Para lograr este fin, empezaré hablando de las modalidades que puede tener la eutanasia y en torno a cuál de ellas gira la discusión. Del mismo modo, compararé la eutanasia con otras figuras para poder observar claramente las diferencias que existen entre ellas y que no se confundan.

Acto seguido, retrocederé a épocas pasadas a fin de comprender los antecedentes que han llevado al surgimiento del concepto contemporáneo de eutanasia y, en base a esa historia, trataré de esclarecer los posibles motivos por los que hay personas que se oponen a la eutanasia. Asimismo, partiendo de que no existe una opinión uniforme acerca de la eutanasia describiré las posibles posturas normativas que pueden darse tanto en relación a ella como sobre el suicidio asistido, noción muy unida a la eutanasia pero que no es equivalente.

Fijadas las vías que puede tomar cada Estado, se describirá la opción que ha elegido España durante los últimos años, para lo que se examinará el art. 143 del CP. Posteriormente analizaremos la LO 3/2021 española, la cual flexibiliza la posición de España en torno a la eutanasia y el suicidio asistido, y establece los supuestos en los que se permitirán. De esa manera, detallaré los requisitos, procedimientos, garantías y el derecho a la objeción de conciencia que se prevén y expondré la repercusión que tendrá la entrada en vigor de esta LO sobre el CP.

Tomando en consideración la estructura y las características de la LO española se comprobarán los lugares extranjeros que también establecen los casos en los que se tolera la eutanasia y el suicidio asistido. Particularmente se profundizará acerca de la regulación realizada en los Países Bajos, Bélgica, Luxemburgo, Colombia y Canadá. Lo

que se quiere conseguir con esto es que teniendo en mente la LO 3/2021 se adviertan las similitudes y discrepancias con las normas de otros países.

En lo que concierne a la metodología se han consultado múltiples manuales, artículos académicos, normativa tanto nacional como extranjera y jurisprudencia. Familiarizarme con dicha bibliografía, normas y sentencias me ha ayudado a crear una opinión fundada acerca de la eutanasia y la postura legislativa que creo que se debería tener en relación a ella. Por ello, me gustaría ofrecer a modo de conclusión mi parecer acerca de si la LO 3/2021 es adecuada o no.

Por último, sobre los obstáculos encontrados en la investigación cabe decir que tal vez la mayor dificultad haya consistido en estar constantemente pendiente de los posibles cambios que pudiera haber en las legislaciones. Sobre este aspecto, son dignos de mención los ejemplos de España y Canadá. Durante la redacción de este trabajo se estaba discutiendo acerca de la Proposición de LO de regulación de la eutanasia en España, por ello, hasta la aprobación definitiva en marzo de 2021, la LO era susceptible de modificaciones derivadas de enmiendas. Lo mismo ocurre con la *Ley C-7* de Canadá que se aprobó definitivamente también en marzo de 2021.

2. Concepto de eutanasia y comparación con otras figuras

La palabra *eutanasia* proviene del griego y etimológicamente significa *buena muerte* (“eu-”: bien, bueno y “-thanatos”: muerte), entendiéndola como muerte apacible o sin dolores. En la actualidad, la eutanasia engloba varias modalidades y sirve para referirse a “la privación de la vida de otra persona realizada por razones humanitarias, a requerimiento del interesado, que sufre una enfermedad terminal incurable o una situación de invalidez irreversible según el estado actual de la ciencia médica y desea poner fin a sus sufrimientos, así como a las situaciones en las que aquél no puede manifestar su voluntad o no puede ser tenida en cuenta por cualquier motivo”¹.

Prestando atención ahora a los tipos de eutanasia existentes, se aprecian principalmente tres clasificaciones en función de diversos criterios:

1. En atención al modo de realizar la eutanasia, se distingue entre eutanasia activa y eutanasia pasiva.

La eutanasia activa, también llamada eutanasia positiva, es la derivada de una acción que provoca la muerte. Por ejemplo, administrar una sustancia letal.

Por el contrario, la eutanasia pasiva, conocida como eutanasia negativa, supone la omisión de un tratamiento que tiene como consecuencia la muerte del paciente. En este tipo de eutanasia se incluye tanto la abstención terapéutica (no iniciar el tratamiento) como la suspensión terapéutica (suspender el tratamiento que ya había comenzado)². Vinculado a esto, en España la Ley 41/2002 establece expresamente la posibilidad del paciente de poder negarse a un tratamiento³. Asimismo, es digno de mención que la desconexión de un aparato de soporte vital (p. ej. un respirador), a pesar de ser un comportamiento activo, se considera que es una omisión ya que implica interrumpir un tratamiento⁴.

¹ ROMEO CASABONA, Carlos María, *Los delitos contra la vida y la integridad personal y los relativos a la manipulación genética*, Editorial Comares, Granada, 2004, pp. 121-122.

² CAMPOS CALDERÓN, J. Federico / SÁNCHEZ ESCOBAR, Carlos / JARAMILLO LEZCANO, Omaira, “Consideraciones acerca de la Eutanasia”, *Medicina legal de Costa Rica*, vol. 18, nº. 1, Heredia, 2001, pp. 29-64 (cap. I, apdo. 2.1).

³ *Vid.* Arts. 2.4 y 9.2 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.

⁴ ROMEO CASABONA, Carlos María, *op. cit.*, p. 131.

2. A su vez, según la intención de la persona que la realiza, la eutanasia activa se diferencia entre eutanasia directa y eutanasia indirecta.

Por un lado, la eutanasia directa ocurre cuando el fin buscado es provocar la muerte del enfermo.

Por otro lado, en la eutanasia indirecta el propósito no es directamente causar la muerte. “En principio lo que se persigue es el alivio del dolor, a través de la utilización de medios que lo supriman o atenúen, como es el caso del empleo de analgésicos”⁵, pero se acaba produciendo el fallecimiento no deseado.

3. Según la voluntad del paciente, se habla de eutanasia voluntaria, eutanasia no voluntaria y eutanasia involuntaria.

En la eutanasia voluntaria el enfermo manifiesta su consentimiento. Se puede expresar la voluntad en persona o a través de un documento que se haya dejado escrito (p. ej. voluntades anticipadas o testamento vital)⁶.

Sin embargo, la eutanasia no voluntaria es aquella que se practica cuando el paciente no puede exteriorizar ningún deseo (ni a favor ni en contra de morir) y no consta consentimiento alguno⁷. Es decir, no se puede obtener la voluntad del enfermo debido a su situación de incapacidad y antes de encontrarse en ese estado no redactó ningún documento que estableciera su postura al respecto.

En contraste con la eutanasia no voluntaria, en el supuesto de la eutanasia involuntaria (también denominada *cacotanasia*) no existe una imposibilidad de obtener la voluntad del paciente debido a su falta de consciencia. Lo que sucede en la modalidad involuntaria es que se impone la eutanasia al paciente que “o bien es consultado y la rechaza, o bien pudiéndosele consultar no se le consulta”⁸.

⁵ CAMPOS CALDERÓN, J. Federico / SÁNCHEZ ESCOBAR, Carlos / JARAMILLO LEZCANO, Omaira, *op. cit.*, pp. 29-64 (cap. I, apdo. 2.1).

⁶ FLORES SALGADO, Lucerito Ludmila, “Autonomía y manifestación de la voluntad en el testamento vital y documento de voluntad anticipada en México”, *Revista IUS*, vol. 9, n° 36, Puebla, 2015, pp. 157-160.

⁷ *Idem.*

⁸ RIVERA LÓPEZ, Eduardo, “Eutanasia y autonomía”, *Humanitas, Humanidades Médicas*, vol. 1, n° 1, 2003, p. 80.

No obstante lo anterior, cuando se utiliza la palabra eutanasia no se suele hacer referencia a todos los tipos de eutanasia. Así lo establece el preámbulo de la LO 3/2021 de regulación de la eutanasia: “en nuestras doctrinas bioética y penalista existe hoy un amplio acuerdo en limitar el empleo del término *eutanasia* a aquella que se produce de manera activa y directa”⁹. Por consiguiente, cuando se hable de eutanasia, a no ser que se especifique lo contrario, no debemos pensar ni en su modalidad pasiva ni en la activa indirecta. Asimismo, como se explicará más tarde, la mencionada LO exige que para recibir la prestación de ayuda para morir se formulen dos solicitudes voluntarias por el paciente o, en situaciones de incapacidad de hecho, exista un documento previamente escrito por el paciente cuando este se encontraba capaz que exprese su postura favorable a obtener tal auxilio. Esto es, la eutanasia que se contempla en la mencionada LO es voluntaria.

Por último, para terminar de comprender bien la noción de eutanasia resulta conveniente compararla con otras figuras relacionadas con el final de la vida. En primer lugar, *distanasia* se compone del prefijo griego “dis-” (dificultad, obstáculo) junto con el sufijo “-thanatos” (muerte), traducándose en “dificultad en morir”. Implica “retrasar la muerte todo lo posible, por todos los medios disponibles (no solo por medios ordinarios sino también por medios extraordinarios), aunque no haya esperanza alguna de curación, y eso signifique infligir al moribundo unos sufrimientos añadidos a los que ya padece”¹⁰. También se le conoce como *obstinación, ensañamiento o encarnizamiento terapéutico*.

En segundo lugar, *adistanasia* es lo contrario a la figura anterior y se puede interpretar como “no poner obstáculos a la muerte o dejar de proporcionar al enfermo los medios extraordinarios que retrasarían su muerte; equivale a permitir el proceso natural de muerte, que algunos equiparan a la eutanasia pasiva o negativa”¹¹.

En tercer lugar, *ortotanasia* recoge “todas las medidas encaminadas a mejorar la calidad de vida de los enfermos a quienes se pronostica la muerte a corto plazo”¹². Así pues,

⁹ Preámbulo de la LO 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

¹⁰ GAMARRA, María del Pilar, “La asistencia al final de la vida: la ortotanasia”, *Horizonte Médico*, vol. 11, nº. 1, La Molina, 2011, p. 41.

¹¹ MURGUÍA GUTIÉRREZ, María Isabel, “Ortotanasia, pauta y límite a la eutanasia”, *Hospitalidad ESDAI*, nº. 12, 2007, p. 63.

estaríamos hablando de promover cuidados paliativos como el aseo o el apoyo psíquico y moral al paciente, dirigidos a que este se encuentre lo más cómodo posible hasta el momento del fallecimiento y a tratar de aliviar su dolor hasta entonces.

Dentro de los cuidados paliativos se encuentra también la sedación terminal, entendida como “la administración deliberada de fármacos para producir una disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la conciencia en un paciente cuya muerte se prevé próxima, con la intención de aliviar un sufrimiento físico y/o psicológico inalcanzable con otras medidas y con el consentimiento explícito, implícito o delegado del paciente”¹³. En relación a esto último, aunque la sedación se aplique de manera correcta, algunas veces puede pasar que se precipite o se produzca el fallecimiento del enfermo, lo que se traduciría en una eutanasia activa indirecta¹⁴.

Asimismo, de acuerdo a la ortotanasia “se evita el encarnizamiento terapéutico al retirar todas las medidas desproporcionadas que en nada benefician al enfermo”¹⁵, es lo que se conoce también como *limitación del esfuerzo terapéutico (LET)*¹⁶. Por añadidura, etimológicamente la palabra ortotanasia se compone del prefijo griego “orthos-” (correcto) y el sufijo “-thanatos” (muerte), y se refiere a “promover la muerte digna, en el tiempo correcto, ni anticipando ni postergando el momento en que naturalmente se daría la muerte del enfermo”¹⁷. Por lo tanto, nos encontramos ante una figura que se aproxima a la figura de la adistanasia y se diferencia de la eutanasia en que no propone adelantar deliberadamente el fin de una vida.

En cuarto lugar, el vocablo *mistanasia* (“mys-”: mala, infeliz y “-thanatos”: muerte) hace referencia a una “muerte miserable, precoz y evitable”¹⁸. Ocurre en aquellos supuestos de abandono del moribundo en los que “en el proceso de enfermedad terminal

¹² GUTIÉRREZ-SAMPERIO, César, “La bioética ante la muerte”. *Gaceta Médica de México*, vol. 137, nº. 3, 2001, p. 273.

¹³ PORTA SALES, Josep, *et. al.*, “Definición y opiniones acerca de la sedación terminal: estudio multicéntrico catalano-balear”, *Medicina Paliativa*, vol. 6, nº. 3, 1999, pp. 108-115.

¹⁴ AZULAY TAPIERO, Armando, “La sedación terminal. Aspectos éticos”, *Anales de Medicina Interna*, vol. 20, nº. 12, Madrid, 2003, pp. 49-50.

¹⁵ GUTIÉRREZ-SAMPERIO, César, *op. cit.*, p. 273.

¹⁶ URIARTE MÉNDEZ, Ariel, *et. al.*, “La familia y la limitación del esfuerzo terapéutico en los cuidados intensivos pediátricos”, *MediSur*, vol. 12, nº. 1, Cienfuegos, 2014, p. 18.

¹⁷ BOECHAT CABRAL, Hideliza, “Ortotanasia: permitir morir no significa sencillamente dejar morir”, *Derecho y Cambio Social*, 2017, pp. 3-4.

¹⁸ FERREIRA, Sidnei / PORTO, Dora, “Mistanasia x Calidad de vida”, *Revista Bioética*, vol. 27, nº. 2, Brasilia, 2019, p. 193.

o aún de agonía un paciente no recibe aquellos cuidados apropiados de higiene, confort y alivio de los síntomas y del sufrimiento”¹⁹. En otras palabras, la mistanasia sucede cuando no se ofrece una atención adecuada al enfermo durante los últimos instantes de vida, lo que en muchas ocasiones acelera el fallecimiento.

Finalmente, merece especial atención la comparación entre suicidio y eutanasia, ya que se trata de dos concepciones que, como observaremos en el siguiente apartado, han estado muy unidas a lo largo de la historia. Pero al contrario de lo que ocurre con la eutanasia en el sentido en que se entiende actualmente, en el suicidio es el propio paciente o afectado el que se propicia la muerte.

El suicidio puede ser asistido o no asistido. En el suicidio asistido la persona que quiere terminar con su existencia “recibe los medios para suicidarse a través de otra persona”²⁰. Cuando sea un médico el que proporcione la ayuda al suicida, prescribiéndole un fármaco mortal, estaremos hablando de suicidio médicamente asistido. Por el contrario, en el suicidio no asistido no hay intervención de otros sujetos y es únicamente el afectado el que busca la manera de cometer su propio suicidio.

Tras todo lo expuesto, resulta fundamental establecer que el suicidio asistido se ha llegado a considerar una variante de la eutanasia²¹. De hecho, la propia LO de regulación de la eutanasia se refiere a ambas figuras como “conductas eutanásicas”²². Sin embargo, a pesar de que la eutanasia y el suicidio asistido son “modalidades de muerte asistida”²³, no son sinónimos.

¹⁹ VERA CARRASCO, Oscar, “Aspectos bioéticos en la atención de los pacientes de las unidades de cuidados paliativos”, *Revista Médica La Paz*, vol. 21, n.º. 1, La Paz, 2015, p. 69.

²⁰ ERSEK, Mary, “El suicidio asistido: una cuestión compleja”, *Nursing*, vol. 24, n.º. 3, 2006, p. 28.

²¹ GARCÍA PEREÁÑEZ, José Antonio, “Dilemas bioéticos sobre el final de la vida”, *Revista Colombiana de Bioética*, vol. 10, n.º. 2, Bogotá, 2015, p. 245.

²² Preámbulo de la LO 3/2021.

²³ BARROSO FERNÁNDEZ, Irene de la C. / GRAU ABALO, Jorge, “Eutanasia y cuidados paliativos: ¿diferentes aristas de un mismo problema?”, *Psicología y Salud*, vol. 22, n.º. 1, 2012, p. 5.

3. Antecedentes históricos

La eutanasia no es un fenómeno que haya surgido en los últimos años, sino que deriva de prácticas que ya existían en épocas pasadas. De este modo, desde tiempos muy antiguos ya existían civilizaciones que se mostraban a favor de actos que adelantaban la muerte. Asimismo, veremos como la palabra eutanasia no siempre se ha empleado con la definición con la que la conocemos hoy en día, llegando a utilizarse en algún tramo histórico para referirse al suicidio.

3.1. Etapa primitiva y etapa antigua

En algunos pueblos primitivos era habitual matar o abandonar (lo que igualmente significaba la muerte) a las personas que llegaban a la vejez o padecían enfermedades graves²⁴. Tales conductas eran aceptadas socialmente para la supervivencia de la tribu ya que tanto los ancianos como los enfermos constituían un entorpecimiento para el grupo²⁵. Esta idea de eliminar a los más débiles en beneficio del resto del colectivo se repetirá más adelante.

Avanzando un poco en la historia, autores como DURKHEIM defienden que en algunas sociedades antiguas se mostraban a favor del suicidio. Tal sería el caso de los guerreros daneses, que creían que morir en su cama de vejez o enfermedad era algo vergonzoso y para evitar dicha deshonra se suicidaban. Lo mismo ocurría con los visigodos “que tenían en los límites de su territorio una roca elevada, llamada *La Roca de los Abuelos*, desde la que se precipitaban los ancianos cuando estaban cansados de la vida”²⁶.

Por añadidura, según JIMÉNEZ DE ASUA los brahmanes “tenían la costumbre de matar o abandonar en la selva a los niños que, después de dos meses de nacidos, les parecían de mala índole”²⁷. El mismo autor también habla de que en la Antigua Esparta se eliminaban a “las criaturas desprovistas de vigor o contrahechas, por considerarlas

²⁴ FLORES SALGADO, Lucerito Ludmila, *op. cit.*, p. 160.

²⁵ PADOVANI CANTÓN, Antonio Manuel / CLEMENTE RODRÍGUEZ, María Elisa “Eutanasia y legislación”, *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, vol. 12, nº. 2, Pinar del Río, 2008, p. 5.

²⁶ DURKHEIM, Emilio, *El suicidio. Estudio de Sociología*, Mariano Ruiz-Funes (Trad.), Editorial Reus, Madrid, 1928, p. 225.

²⁷ JIMÉNEZ DE ASUA, Luis, *Libertad de amar y derecho a morir. Ensayos de un criminalista sobre eugenesia, eutanasia y endocrinología*, 3ª edición, Historia Nueva, Santander, 1929, pp. 12-13.

inútil carga para el Estado”²⁸. Ambos supuestos mencionados son ejemplos de perfeccionamiento de la especie humana o *eugenesia*, es decir, procedimientos basados en “la protección de la especie humana (o su supervivencia) y la mejora de las condiciones sociales del ser humano y de la colectividad”²⁹. En concreto, lo mencionado serían casos de eugenesia negativa porque se “pretende evitar la transmisión de caracteres apreciados como no deseables”³⁰.

Otro modelo importante a tener en cuenta en la historia es el de los celtas. Se ha llegado a señalar que en dicha sociedad antigua también existía un designio eugenésico cuando se daba muerte a los niños deformes o monstruosos. Pero además, se dice que aquella sociedad mantenía un propósito eutanásico o piadoso cuando acababa con la vida de los ancianos valetudinarios³¹.

Centrándonos ahora en la Grecia clásica, aparte de los casos de eugenesia (por ejemplo el acontecimiento de Esparta antes mencionado), igualmente se aprecia un acercamiento a la figura de la eutanasia. De hecho, como se dijo al principio de este trabajo, la palabra eutanasia surge en Grecia como sinónimo de buena muerte, aunque hay que matizar que en aquellos tiempos no se utilizaba con el significado actual y se relacionaba más con la idea de obtener la mencionada muerte apacible a través del suicidio.

La opinión más generalizada doctrinalmente es que el suicidio era una conducta aceptada bajo ciertas condiciones. Para ello, la persona que quería acabar con su vida pedía permiso al Senado explicando las razones por las que la vida le resultaba insoportable. Si finalmente el suicidio era autorizado, este era considerado un acto legítimo y los gobernantes suministraban veneno (cicuta) al solicitante para que este diera fin a su existencia. Por el contrario, si se daba muerte a sí mismo sin haber obtenido permiso, el suicida era castigado con penas como no recibir los honores de sepultura regular o que su mano derecha fuese cortada y enterrada aparte³².

²⁸ *Idem.*

²⁹ ROMEO CASABONA, Carlos María (Ed.), *La eugenesia hoy*, Editorial Comares, Bilbao-Granada, 1999, p. 4.

³⁰ *Ibid.*, p. 5

³¹ JÍMENEZ DE ASUA, Luis, *op. cit.*, pp. 12-13.

³² DURKHEIM, Emilio, *op. cit.*, pp. 363-364.

A pesar de lo anterior, hay que destacar que el suicidio fue criticado por algunos personajes con renombre. Es el caso de Platón, que trató el tema en cuestión en dos de sus obras. En primer lugar, en su escrito *Fedón* se expresa la idea de que el suicidio es algo ilícito³³. No obstante, en el libro *Las Leyes* se especifica en qué casos el suicidio sería reprochable: “Me refiero al que se mate a sí mismo, impidiendo con violencia el cumplimiento de su destino, sin que se lo ordene judicialmente la ciudad, ni forzado por una mala suerte que lo hubiera tocado con un dolor excesivo e inevitable, ni porque lo aqueje una vergüenza que ponga a su vida en un callejón sin salida y la haga imposible de ser vivida, sino que se aplica eventualmente un castigo injusto a sí mismo por pereza y por cobardía”³⁴. Del anterior extracto, deducimos que Platón establece unas excepciones en las que el suicidio no estaría mal visto y entre las que se encontraría la idea de que “una enfermedad dolorosa era una buena razón para dejar de vivir”³⁵.

Menos permisiva fue la postura tomada por Hipócrates, uno de los médicos más notables de la Antigua Grecia, que se mostró claramente en contra de la ayuda al suicidio. Este médico fue responsable del denominado *Juramento Hipocrático* (todavía existente hoy en día en la práctica médica, aunque con otro contenido) mediante el cual se instó a que los médicos de la época se comprometieran con la siguiente declaración: “No daré a nadie, aunque me lo pida, ningún fármaco letal, ni haré semejante sugerencia”³⁶.

En lo que respecta a la Antigua Roma, algunos datos muestran que existió una costumbre similar a la de Grecia según la cual “el ciudadano que quería matarse, debía someter sus razones al Senado”³⁷. Asimismo, hay constancia de filósofos que eran partidarios de adelantar la muerte. Séneca afirmó que “es preferible quitarse la vida, a una vida sin sentido y con sufrimiento”³⁸. Por su parte, Epícteto consideraba “admisible y recomendable la renuncia a la vida como un afirmación de la libre voluntad cuando el

³³ Platón, *Obras Completas*, Patricio de Azcárate y del Corral (Trad.), t. 5, Medina y Navarro Editores, Madrid, 1871, p. 26-27.

³⁴ Platón, *Diálogos vol. 9. Leyes (Libros VII-XII)*, Francisco Lisi (Trad.), Editorial Gredos, Madrid, 1999, pp. 167-168

³⁵ BONT, Maribel, *et al.*, “Eutanasia: una visión histórico-hermenéutica”, *Comunidad y Salud*, vol. 5, nº. 2, Maracay, 2007, p. 36.

³⁶ SANCHÉZ-SALVATIERRA, Jazmin M. /TAYPE-RONDAN, Álvaro, “Evolución del Juramento Hipocrático: ¿qué ha cambiado y por qué?”, *Revista médica de Chile*, vol. 146, nº. 12, Santiago, 2018, p. 1499.

³⁷ DURKHEIM, Emilio, *op. cit.*, p. 365.

³⁸ BONT, Maribel, *et al.*, *op. cit.*, p. 36.

dolor y el sufrimiento eran prolongados o resultaban extremadamente insoportables”³⁹. Incluso el emperador Marco Aurelio abogaba por que cada uno determinase cuando quería dejar de vivir: “una de las funciones más nobles de la razón es la de saber cuándo ha llegado el momento de abandonar este mundo”⁴⁰.

En contraste, también existieron en Roma aquellos que se mostraron reacios a aceptar la muerte voluntaria. Es interesante el caso de Cicerón, del cual se dice que “condenaba el suicidio, pero avalaba el mismo si era una forma de heroísmo, amor, abnegación o la defensa del honor”⁴¹. Es más, este filósofo llegó a emplear la palabra eutanasia “como sinónimo de muerte digna, honesta y gloriosa”⁴². Menos inflexible fue el emperador Constantino I, ya que se cuenta de él que castigaba el suicidio y para prevenirlo se tomaron medidas tales como “la confiscación de los bienes de la familia después del suicidio para compensar al Estado por la pérdida de un ciudadano”⁴³.

3.2. Etapa medieval

En la Edad Media empezó a extenderse el cristianismo. Es necesario subrayar que “para los primeros cristianos la muerte voluntaria no estuvo estigmatizada, produciéndose de hecho un fenómeno: el martirio voluntario”⁴⁴. De esta manera, algunos creyentes sacrificaron sus vidas en nombre de Dios y de su religión. Sucedieron bastantes casos de martirio voluntario y con la intención de frenar dichos actos se tomó una actitud visiblemente contraria a prácticas de este tipo.

Por ello, en los años futuros la Iglesia no mira con buenos ojos buscar el adelanto del fallecimiento. En consecuencia, aparecen personajes notorios como San Agustín de Hipona que tilda de “detestable y abominable”⁴⁵ el suicidio, e interpreta que el

³⁹ PÉREZ SÁNCHEZ, Elías, “Eutanasia, autonomía y la libre disponibilidad de la propia vida”, *Astrolabio Nueva Época: Revista digital del Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad*, n.º. 15, 2015, p. 307.

⁴⁰ PÁNIKER ALEMANY, Salvador, “El derecho a morir dignamente”, *Anuario de Psicología*, vol. 29, n.º. 4, Barcelona, 1998, p. 84.

⁴¹ AMADOR RIVERA, Gonzalo H., “Suicidio: consideraciones históricas”, *Revista Médica La Paz*, vol. 21, n.º. 2, La Paz, 2015, p. 93.

⁴² BONT, Maribel, *et al.*, *op. cit.*, p. 36.

⁴³ AMADOR RIVERA, Gonzalo H., *op. cit.*, p. 93.

⁴⁴ GUERRERO DÍAZ, Miguel, “Reflexiones sobre el suicidio desde la mirada histórica”, *Boletín Psicoevidencias*, n.º. 55, Andalucía, 2019, p. 3.

⁴⁵ BONT, Maribel, *et al.*, *op. cit.*, p. 36.

mandamiento *no matarás* del Decálogo cristiano impide tanto matar a otra persona como matarse a uno mismo⁴⁶.

En la misma línea, se celebraron múltiples Concilios Católicos que desaprobaron formalmente el suicidio, lo prohibieron y dijeron que representaba un atentado contra Dios⁴⁷. Empezando por el Concilio de Arlés (314 d. C.), cada vez se fue condenando más severamente el suicidio con penas como la excomunión o la negación de rito, funeral, enterramiento o sepultura⁴⁸.

El rechazo a adelantar la muerte de uno mismo manifestado por la Iglesia en el párrafo anterior se mantuvo durante largo tiempo. Todavía en el siglo XII Santo Tomás de Aquino esgrimía tres motivos por los cuales no era lícito suicidarse. En primer lugar, conforme a la ley natural cada cual debe amarse a sí mismo y el suicidio era contrario a esto. En segundo lugar, porque cada individuo pertenece a una sociedad y al terminar con su vida injuriaba a la comunidad. En tercer y último lugar, “la vida es un don dado al hombre por Dios y sujeto a su divina potestad, que mata y hace vivir. Y, por tanto, el que se priva a sí mismo de la vida peca contra Dios, como el que mata a un siervo ajeno peca contra el señor, de quien es siervo”⁴⁹.

3.3. Renacimiento

Con la entrada del Renacimiento aparecen personalidades que disienten del pensamiento generalizado de la iglesia medieval respecto de la muerte anticipada. Hay que recalcar la opinión de dos escritores con renombre de la época. Por un lado, Tomás Moro (1478-1535) pensaba que “si la enfermedad es incurable y va acompañada de dolores agudos y de continuas angustias, los magistrados y sacerdotes deben ser los primeros en exhortar a los desgraciados a decidirse a morir”⁵⁰.

Por otro lado, Francis Bacon (1561-1626) consideraba que “la misión del médico no consiste sólo en restaurar la salud, sino también en mitigar los dolores y sufrimientos, y

⁴⁶ AMADOR RIVERA, Gonzalo H., *op. cit.*, p. 96.

⁴⁷ *Idem.*

⁴⁸ GUERRERO DÍAZ, Miguel, *op. cit.*, p. 3.

⁴⁹ JUANATEY DORADO, Carmen, “Notas históricas sobre el suicidio y la eutanasia”, *Humanitas, Humanidades Médicas*, vol. 1, n°. 1, 2003, p. 20.

⁵⁰ VILCHES, Liliana, “Sobre la eutanasia”, *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, vol. 10, n°. 1, 2001, p. 178.

no únicamente cuando ese alivio pueda conducir a la curación, sino también cuando pueda proporcionar, aun sin esperanza de recuperación, un partir de la vida más suave y tranquilo. Llamamos a esto *eutanasia exterior* para diferenciarle de la interior que atiende a la preparación del alma, la cual consideramos muy deseable”⁵¹. Este autor retoma la antigua designación de eutanasia, utilizada en la época de la Antigua Grecia, y recalca su relación con el significado de muerte agradable, haciendo hincapié en la obligación de los médicos de tratar de atenuar los dolores del moribundo.

3.4. *Etapa moderna*

A principios del siglo XIX, continuando con lo expresado por Francis Bacon la palabra eutanasia se empleaba como sinónimo de paliar los sufrimientos del enfermo, pero no se aceptaba la posibilidad de que el médico acelerara deliberadamente la muerte del enfermo por muy grave que estuviera.

A finales de siglo, ya con un significado más actual, hubo las primeras sugerencias claras para utilizar la palabra eutanasia aludiendo a la anticipación voluntaria de la muerte del paciente provocada por el médico. Esto ocurrió a raíz de autores como Samuel Williams, que en su artículo titulado *Euthanasia* (1873) afirmó que “en todos los casos de enfermedad terminal y dolorosa, debería reconocerse el deber del asistente médico, siempre que así lo deseara el paciente, de eliminar de una vez la consciencia y proporcionarle una muerte rápida e indolora”⁵². En los próximos años, se discutió bastante acerca de la eutanasia y aparecían cada vez más posturas a favor de ella.

No obstante, en el siglo XX con el ascenso del nazismo en Alemania “la eutanasia se convirtió en un instrumento de políticas eugenésicas y genocidas”⁵³. Los nazis creían que los alemanes eran una raza superior y que algunos grupos que consideraban inferiores no merecían vivir, como era el caso de judíos, gitanos, polacos, rusos e incapacitados (física o mentalmente)⁵⁴. Esto dio lugar al conocido como Holocausto en

⁵¹ BACON, Francis, *Novum Organum*, Ediciones Orbis S.A., Buenos Aires, 1984, pp. 57-58.

⁵² JONSEN, Albert R., “Ética de la eutanasia”, *Humanitas, Humanidades Médicas*, vol. 1, nº. 1, 2003, pp. 88-89.

⁵³ *Idem*.

⁵⁴ BONT, Maribel, *et al.*, *op. cit.*, p. 37.

el que se generalizó un tipo de eutanasia “activa, directa e involuntaria”⁵⁵, por lo que no se contaba con el consentimiento del afectado y muchas veces se practicaba la eutanasia en contra de su voluntad.

En el Holocausto un inmenso número de personas fueron eliminadas y los horrores de aquella época “ensombrecieron incluso las posturas más contenidas a favor de la eutanasia”⁵⁶. Por este motivo, autores han descrito la existencia de un “tabú que ha acompañado y que todavía acompaña en la mente de muchos a la eutanasia, el término evoca (o se asimila a) las ideas de homicidio, asesinato, genocidio, campos de exterminio...”⁵⁷

Sin embargo, hubo quienes prosiguieron con el debate tratando de aclarar que debíamos entender por eutanasia. De esta forma, hoy en día, lejos de la intención eugenésica, se destaca que eutanasia se refiere a la conducta que provoque la muerte “cuando el móvil que la anima es la piedad, compasión o humanidad”⁵⁸. Asimismo, “en los últimos años, la eutanasia involuntaria ha sido condenada por todos los observadores, y la no voluntaria, por la mayoría. El debate ahora se centra en la eutanasia voluntaria”⁵⁹.

⁵⁵ PÉREZ FLORES, Manuel, “Bioética: perspectivas históricas e ideológicas sobre Eutanasia”, *Revista Médica Clínica Las Condes*, vol. 15, n.º. 4, Las Condes, 2004, p. 158.

⁵⁶ JONSEN, Albert R., *op. cit.*, p. 90-91.

⁵⁷ GASCÓN ABELLÁN, Marina, “¿De qué estamos hablando cuando hablamos de eutanasia?”, *Humanitas, Humanidades Médicas*, vol. 1, n.º. 1, 2003, p. 7.

⁵⁸ *Idem.*

⁵⁹ JONSEN, Albert R., *op. cit.*, p. 92.

4. Posturas normativas existentes en la actualidad ante la eutanasia y el suicidio asistido

Los Estados pueden tomar posturas muy dispares ante la eutanasia y el suicidio asistido. Si bien es cierto que gran parte de los territorios han elegido la misma opción, hay otros que han planteado otros modelos. Se distinguen las siguientes posibilidades:

4.1. Prohibir la eutanasia y el suicidio asistido. La posición de España en los últimos años.

La primera posibilidad que existe es prohibir tanto la eutanasia como el suicidio asistido. Este es el modelo normativo que han tomado la mayoría de países y que ha estado vigente en España durante los últimos años.

En el Derecho Penal español no se castiga jurídicamente el suicidio, de manera que si una persona intenta suicidarse y no lo consigue, no recibirá ninguna sanción penal por tentativa. Sin embargo, la participación de una persona en el suicidio de otra sí está penada y para diferenciar tal intervención de otros delitos como el homicidio (art. 138 CP) o el asesinato (art. 139 CP) tienen que darse una serie de características.

En primer lugar, para hablar de colaboración al suicidio de otro individuo, es imprescindible que el suicida tenga capacidad suficiente para entender lo que implica suicidarse y que comprendiéndolo quiera libremente acabar con su vida. Pero además, el suicida tiene que dominar el hecho, esto es, tiene que controlar el proceso de privación de su vida hasta que este sea irreversible o hasta que él pierda la conciencia, y antes de llegar a ese momento debe tener la posibilidad de arrepentirse y de frenar el desarrollo de los acontecimientos⁶⁰.

En cuanto a la regulación, el delito de participación en el suicidio de otra persona se recoge en el artículo 143 del CP y se distinguen cuatro modalidades: la inducción, la cooperación necesaria, la cooperación ejecutiva y por último, el tipo relativo al contexto eutanásico. Es preciso destacar que en ninguna de las modalidades cabe imprudencia, y que el dolo tiene que abarcar el resultado de muerte⁶¹. Del mismo modo, cabe mencionar que no son punibles en ninguno de estos casos los actos preparatorios como

⁶⁰ ROMEO CASABONA, Carlos María, *Los delitos contra la vida...*, *op. cit.*, pp. 98-104.

⁶¹ *Ibid.*, pp. 106-107.

la proposición, la conspiración o la provocación. Sin embargo, sí se admite la tentativa cuando se hayan iniciado los actos ejecutivos de suicidio y finalmente no se haya logrado la muerte⁶².

Por su parte, la inducción al suicidio está castigada “con la pena de prisión de cuatro a ocho años”⁶³. Este delito ocurre cuando una persona incita o convence a otra para que tome la decisión de suicidarse, por lo que “el inductor hace nacer la voluntad de morir en el suicida, antes inexistente”⁶⁴.

Asimismo, para penar la mencionada inducción esta tiene que ser directa y eficaz. Que sea directa significa que debe dirigirse a una persona o personas determinadas y la eficacia conlleva que el sujeto pasivo haya llegado a la conclusión de suicidarse como consecuencia de la influencia del inductor⁶⁵. En relación al dolo, no se contempla el eventual, así que es necesario que este sea directo (de primer o segundo grado)⁶⁶.

Al contrario que la inducción, la cooperación necesaria al suicidio (cooperación no ejecutiva) consiste en ayudar a una persona que ya había resuelto suicidarse. Este delito reside en proporcionar los medios (entre otros, facilitar un arma) o realizar cualquier otro acto que pueda considerarse indispensable para cometer el suicidio. Tales conductas pueden derivar en una “pena de prisión de dos a cinco años”⁶⁷. Pero resulta preciso subrayar que el cooperador necesario en ningún caso ejecutará la muerte, pues de ello se encarga el propio suicida.

Habrá que analizar cada caso concreto para determinar si realmente la ayuda ha sido esencial para que ocurra el suicidio. Por ello, si el auxilio prestado no ha tenido la suficiente trascendencia, no se trataría de cooperación necesaria sino de complicidad en el suicidio (cooperación no necesaria), la cual no está penada. El dolo exigido en la cooperación necesaria, el cual podrá ser eventual o directo, también deberá incluir la consideración por parte del sujeto activo de que la ayuda era imprescindible⁶⁸.

⁶² *Ibid.*, pp. 117-118.

⁶³ *Vid.* Art. 143.1 CP.

⁶⁴ ROMEO CASABONA, Carlos María, *Los delitos contra la vida...*, *op. cit.*, p. 107.

⁶⁵ *Ibid.*, p. 108.

⁶⁶ *Ibid.*, p. 110.

⁶⁷ *Vid.* Art. 143.2 CP.

⁶⁸ ROMEO CASABONA, Carlos María, *Los delitos contra la vida...*, *op. cit.*, pp. 110-111.

No obstante, el cooperador “será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte”⁶⁹. Es lo que se conoce como cooperación ejecutiva u homicidio consentido u homicidio-suicidio y en este supuesto, a diferencia de la cooperación necesaria, es el cooperador quien lleva a cabo la muerte de la persona que desea quitarse la vida. Además, en este caso el dolo requerido es siempre directo y tendrá que abarcar el conocimiento por parte del cooperador de que la voluntad de morir persiste durante el procedimiento, de manera que reiterando lo dicho anteriormente, el suicida pueda rectificar hasta el momento en que no haya vuelta atrás⁷⁰.

Por último, la eutanasia y el suicidio asistido en un contexto eutanásico son objeto de modificación en el Código Penal como consecuencia de la LO de regulación de la eutanasia. Antes de que se haga efectivo el mencionado cambio, el artículo 143.4 del CP establece: “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”. Por consiguiente, se aprecia que el citado apartado funciona a modo de atenuante muy cualificada de la cooperación necesaria y de la cooperación ejecutiva⁷¹.

También observamos que para que se considere que hay un contexto eutanásico deben concurrir fundamentalmente dos requisitos: la existencia de una petición de la persona que quiere morir (hablamos por tanto de eutanasia voluntaria) y que la misma tenga “una enfermedad o un deterioro graves e incurables o permanentes y conducentes a la muerte o, al menos, generadores de sufrimientos difíciles de soportar o una calidad de vida ínfima”⁷². En cuanto a los rasgos de la petición, esta tiene que ser personal (no puede realizarla un tercero en nombre o representación del enfermo), expresa (excluyendo así las solicitudes tácitas y presuntas), seria (firme y meditada después de

⁶⁹ Vid. Art. 143.3 CP.

⁷⁰ ROMEO CASABONA, Carlos María, *Los delitos contra la vida...*, op. cit., pp. 111-115.

⁷¹ Vid. Art. 66.1.2ª CP.

⁷² DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO, Miguel / BARBER BURUSCO, Soledad, “Participación en el suicidio y eutanasia. Esbozo del tratamiento penal en España”, *Revista Nuevo Foro Penal*, vol. 8, nº. 79, Universidad EAFIT, Medellín, 2012, p. 122.

que el paciente haya recibido la información pertinente sobre su condición de salud y pronóstico, no siendo una decisión apresurada resultado de situaciones puntuales de desánimo o depresión) e inequívoca (que no haya ambigüedades que provoquen confusión o duda acerca de la validez e intención de la demanda). Junto a lo antedicho, el consentimiento podrá ser manifestado tanto de forma verbal como escrita y debe ser libre y carecer de vicios como que no haya derivado de violencia o intimidación por parte de otra persona⁷³.

Como se explicó al principio de este trabajo, hay varios tipos de eutanasia y el Código Penal español, al igual que ocurre con el Código Penal de otros países que han prohibido la eutanasia, se ocupa de regular la eutanasia activa, directa y voluntaria. De esta manera, la eutanasia que se pena es aquella derivada de una acción que tenga como objetivo deliberado la muerte de una persona que la haya solicitado. Es en relación a este tipo de eutanasia en torno al que gira la discusión existente en nuestros tiempos y al que se hace referencia cuando hablamos de eutanasia en términos generales.

4.2. Permitir la eutanasia y el suicidio asistido

Son pocos los países que han decidido consentir la muerte asistida pero incluso en la forma de autorizar dichas conductas se perciben diferencias entre los ordenamientos jurídicos. En primer lugar, hay lugares en los que se permite tanto la eutanasia como el suicidio asistido. No obstante, hay otros territorios en los que se tolera el suicidio asistido, pero la eutanasia está prohibida.

En segundo lugar y sin perjuicio de lo anterior, a su vez se reconocen dos modelos de tratamiento normativo: “Por una parte, los países que despenalizan (totalmente) las conductas eutanásicas. Por otra parte, los países que han regulado los supuestos en que la eutanasia (o el suicidio asistido) es una práctica legalmente aceptable, siempre que sean observados concretos requisitos y garantías”⁷⁴. Dicho de otra manera, el comportamiento que se pretende permitir, bien sea la eutanasia o el suicidio asistido o ambas, se puede autorizar de manera general para todos los ciudadanos o su despenalización se puede supeditar a unos supuestos y personas determinadas. Este

⁷³ ROMEO CASABONA, Carlos María, *Los delitos contra la vida...*, op. cit., pp. 132-135.

⁷⁴ Preámbulo de la LO 3/2021.

último modelo normativo es el que quiere adoptar España en el futuro a través de la LO de regulación de la eutanasia.

En relación al primer modelo normativo, es importante mencionar a Suiza. En este país se ha despenalizado para toda la ciudadanía el suicidio asistido que no se haya realizado por razones egoístas o no altruistas⁷⁵. Sin embargo, en tales casos “el suicidio asistido no está regulado con claridad, y no existen leyes específicas que determinen en qué condiciones una persona puede pedir la asistencia”⁷⁶. Esta indeterminación puede generar conflictos.

Al respecto, resulta apropiado hablar del caso Gross contra Suiza. La anciana Alda Gross, que no estaba enferma, pretendía dar fin a su vida antes de que el deterioro físico y psíquico propio de la edad avanzara. Por ello, empezó los trámites para adquirir pentobarbital sódico. Tal sustancia es un fármaco que proporciona una muerte dulce y cuyo suministro en Suiza está sujeto a prescripción médica. Asimismo, antes de que el médico recete el pentobarbital sódico, es necesario recibir previamente un informe psiquiátrico del paciente.

En el presente supuesto, el informe psiquiátrico indicaba que la anciana “era capaz de formar su propio juicio, y que su deseo de morir estaba razonado y bien considerado”⁷⁷, y por ello, se mostraba favorable a que se le recetara el producto químico. A continuación, la anciana solicitó la prescripción del fármaco a numerosos médicos, los cuales dudaban acerca de si debían o no ofrecer la receta médica porque existía una política a favor de limitar el acceso a las drogas letales y, en principio, estaban pensadas para pacientes con alguna enfermedad y no era este el caso. Por este motivo, los médicos temían que por realizar la mencionada prescripción fueran a ser sancionados de algún modo y ninguno accedió a la petición de la mujer.

Tras agotar las instancias judiciales de su país, la mujer optó por dirigirse al TEDH argumentando que se estaba vulnerando su derecho a la vida privada⁷⁸. El TEDH

⁷⁵ *Vid.* Art. 115 CP suizo.

⁷⁶ PARREIRAS REIS DE CASTRO, Mariana, *et. al.*, “Eutanasia y suicidio asistido en países occidentales una revisión sistemática”, *Revista Bioética*, vol. 24, nº. 2, 2016, p. 360.

⁷⁷ CLIMENT GALLART, Jorge Antonio, “La jurisprudencia del TEDH sobre el derecho a la disposición de la propia vida”, *Actualidad Jurídica Iberoamericana*, IDIBE, nº. 8, 2018, pp. 135-137.

⁷⁸ *Vid.* Art. 8 CEDH.

consideró que “aun cuando en Suiza se reconoce la posibilidad del suministro del pentobarbital, y se indica claramente que el mismo solo puede ser suministrado previa prescripción médica, no se recoge legalmente en qué casos sí puede o no debe ser suministrado. Esta ausencia de directrices legales claras es probable que tenga un efecto paralizador en los médicos que, de otra manera, estarían dispuestos a proporcionar a alguien como la demandante, la receta médica solicitada”⁷⁹.

En lo que respecta al fallo, en 2013 se dictó una sentencia a favor de la mujer, justificándose en que la “ausencia normativa y las angustiosas consecuencias que tuvo en la demandante vulneró el derecho al respeto a su vida privada”⁸⁰. No obstante, más tarde se tuvo constancia de que en 2011, antes de que se dictara sentencia, la señora Gross había obtenido finalmente pentobarbital sódico a través de un médico y había fallecido, dato que había sido omitido por el abogado de la anciana y que hubiera significado el archivo del caso. En consecuencia, en 2014 se revisó la sentencia y entendiéndose que la parte demandante había obviado un dato fundamental del caso (la muerte de la señora Gross) se declaró la demanda inadmisibile tras haber apreciado un abuso del derecho ^{81 82}.

Pero a pesar del desenlace final que tuvo el caso, modelos normativos como el de Suiza evidencian que “no es aceptable que un país que haya despenalizado conductas eutanásicas no tenga elaborado y promulgado un régimen legal específico, precisando las modalidades de práctica de tales conductas eutanásicas”⁸³. En otras palabras, la falta de una guía sobre el procedimiento que se debería seguir ante peticiones como la de Gross genera inseguridad jurídica.

⁷⁹ CLIMENT GALLART, Jorge Antonio, *op. cit.*, pp. 135-137.

⁸⁰ *Ibid.*, pp. 136-137.

⁸¹ ÁLVAREZ GÁLVEZ, Íñigo, “Un comentario sobre el caso de Gross c. Suiza (Tribunal Europeo de Derechos Humanos, caso N° 67810/10)”, *Revista Tribuna Internacional*, vol. 4, n° 8, 2015, pp. 234-235.

⁸² *Vid.* Art. 35.3 a) CEDH.

⁸³ Preámbulo de la LO 3/2021.

5. Regulación actual de la eutanasia y el suicidio asistido en España (LO 3/2021)

Mediante la LO 3/2021 se legalizan la eutanasia (activa, directa y voluntaria) y el suicidio asistido (en un contexto eutanásico) en España. Sin embargo, no se van a permitir tales conductas en todos los supuestos y a todos los ciudadanos, sino que se establecen una serie de condiciones y procedimiento que tienen que darse.

5.1. Requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir

La persona que quiera recibir la ayuda para morir debe cumplir todos los siguientes requisitos⁸⁴:

“a) Tener la nacionalidad española o residencia legal en España o certificado de empadronamiento que acredite un tiempo de permanencia en territorio español superior a doce meses, tener mayoría de edad y ser capaz y consciente en el momento de la solicitud.

b) Disponer por escrito de la información que exista sobre su proceso médico, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, incluida la de acceder a cuidados paliativos integrales comprendidos en la cartera común de servicios y a las prestaciones que tuviera derecho de conformidad a la normativa de atención a la dependencia.

c) Haber formulado dos solicitudes de manera voluntaria y por escrito, o por otro medio que permita dejar constancia, y que no sea el resultado de ninguna presión externa, dejando una separación de al menos quince días naturales entre ambas.

Si el médico responsable considera que la pérdida de la capacidad de la persona solicitante para otorgar el consentimiento informado es inminente, podrá aceptar cualquier periodo menor que considere apropiado en función de las circunstancias clínicas concurrentes, de las que deberá dejar constancia en la historia clínica.

d) Sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e incapacitante en los términos establecidos en esta Ley, certificada por el médico responsable.

⁸⁴ Art. 5.1 de LO 3/2021.

e) Prestar consentimiento informado previamente a recibir la prestación de ayuda para morir. Dicho consentimiento se incorporará a la historia clínica del paciente”.

A efectos del apartado d), se entenderá por enfermedad grave e incurable “la que por su naturaleza origina sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables sin posibilidad de alivio que la persona considere tolerable, con un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva”⁸⁵. Asimismo, cuando se habla de padecimiento grave, crónico e imposibilitante se hace referencia a “limitaciones que inciden directamente sobre la autonomía física y actividades de la vida diaria, de manera que no permite valerse por sí mismo, así como sobre la capacidad de expresión y relación, y que llevan asociado un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable para quien lo padece, existiendo seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones vayan a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable. En ocasiones puede suponer la dependencia absoluta de apoyo tecnológico”⁸⁶.

No obstante, existe una flexibilidad de los requisitos en aquellos supuestos en los que el enfermo se halla en una situación de incapacidad, esto es, cuando “el paciente no se encuentra en el pleno uso de sus facultades ni puede prestar su conformidad libre, voluntaria y consciente para realizar las solicitudes”⁸⁷. Esto ocurrirá, por ejemplo, cuando alguien está en coma. En dichos casos, no se exigen las condiciones b), c) y e), pero se pide un requisito adicional: que se haya suscrito antes de la situación de incapacidad “un documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documentos equivalentes legalmente reconocidos”⁸⁸, en los que el paciente hubiera manifestado que si en el futuro se encontraba en ese estado de inhabilidad, tal vez derivado de un empeoramiento de su enfermedad, quería finalizar con su vida. Es preciso recordar que dado que es el propio enfermo quien muestra su voluntad de morir ante tales circunstancias, la eutanasia que se practique en base a los documentos nombrados seguirá considerándose voluntaria.

⁸⁵ Art. 3 c) de la LO 3/2021.

⁸⁶ Art. 3 b) de la LO 3/2021.

⁸⁷ Art. 5.2 de la LO 3/2021.

⁸⁸ *Idem*.

5.2. Procedimiento⁸⁹

Entre los requisitos generales para recibir la ayuda a morir legal se encuentra la formulación de dos solicitudes con un plazo de tiempo entre ambas (art. 5.1 c). Por consiguiente, el procedimiento comienza con la primera solicitud del paciente.

Tras realizar la primera solicitud, el médico responsable verificará que se cumplen los requisitos a), c) en relación a las características que debe tener la solicitud y d). Más tarde, se abrirá un proceso deliberativo. En este proceso el médico responsable hablará con el paciente “sobre su diagnóstico, posibilidades terapéuticas y resultados esperables, así como sobre posibles cuidados paliativos”⁹⁰. En definitiva, se trata de informar al enfermo de la previsible evolución de su enfermedad o padecimiento y ofrecerle alternativas a la muerte consistentes en medios que ayuden a mitigar el dolor. Toda la información explicada al enfermo tendrá que serle facilitada por escrito (art. 5.1 b).

Transcurrido el plazo fijado en la ley de 15 días naturales (aunque el periodo puede ser menor ante una situación de incapacidad inminente), se puede presentar la segunda solicitud. Tras esta otra petición, se proseguirá con el proceso deliberativo en el que esta vez se resolverán posibles dudas que le hayan surgido al paciente y, en su caso, se le proporcionará mayor información. Cuando termine el proceso deliberativo el solicitante deberá decir si continua o no con el procedimiento, y en caso afirmativo firmará el documento de consentimiento informado (art. 5.1 e).

A continuación, es relevante mencionar que en el proceso existen dos médicos. Por una parte, se encuentra el médico responsable al que se acaba de hacer referencia y que “tiene a su cargo coordinar toda la información y la asistencia sanitaria del paciente”⁹¹. Será este médico quien, junto con su equipo compuesto por otros profesionales sanitarios, ayude activamente a morir al enfermo. Por otra parte, está el médico consultor que es el “facultativo con formación en el ámbito de las patologías que padece el paciente y que no pertenece al mismo equipo del médico responsable”⁹².

Aclarado lo anterior, el médico responsable requerirá asesoramiento del médico consultor. Este último analizará el supuesto que se plantea y confirmará si

⁸⁹ Vid. Arts. 8, 9, 10, 11, 12 de la LO 3/2021.

⁹⁰ Art. 8.1 de la LO 3/2021.

⁹¹ Art. 3 d) de la LO 3/2021.

⁹² Art. 3 e) de la LO 3/2021.

efectivamente se dan todas las condiciones para seguir con la tramitación de la prestación de ayuda para morir. A este efecto el médico consultor redactará un informe que debe ser favorable, de lo contrario el solicitante siempre tendrá la opción de recurrir.

Una vez recibido el visto bueno, el médico responsable deberá notificarlo a la conocida como Comisión de Garantía y Evaluación, un órgano de mínimo siete miembros formado por personal médico, de enfermería y juristas. Esta Comisión se encargará de realizar otro control previo a la realización de la prestación. Después de recibir la mencionada comunicación, la Comisión nombrará a dos de sus miembros (un profesional médico y un jurista) para que vuelvan a verificar si se dan los requisitos establecidos en la LO.

Los miembros designados por la Comisión también deben redactar un informe y se plantean tres situaciones. En primer lugar, si el informe es desfavorable todavía quedará la posibilidad de recurso ante la propia Comisión, en cuya resolución no podrán participar los dos miembros nombrados al inicio. En segundo lugar, “si la decisión es favorable, el informe emitido servirá de resolución (positiva) a los efectos de la realización de la prestación”⁹³. En el tercer escenario, los dos miembros no se ponen de acuerdo y esto impide que haya un informe favorable o desfavorable. Frente a dicho desacuerdo, el pleno de la Comisión dictará una resolución definitiva al respecto.

Si finalmente se obtiene una resolución positiva, el paciente, siempre que se encuentre consciente, deberá elegir la modalidad de prestación de ayuda para morir que quiere recibir. Hay dos modalidades: por un lado, “la administración directa al paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario competente” (eutanasia) y por otro lado, “la prescripción o suministro al paciente por parte del profesional sanitario de una sustancia, de manera que se la pueda auto administrar, para causar su propia muerte (suicidio asistido)”⁹⁴.

Tras hacer efectiva la eutanasia o el suicidio asistido, el procedimiento aún no ha terminado. Se prevé que haya un control posterior por parte de la Comisión de Garantía y Evaluación. Para ello, el médico responsable aportará dos documentos que recogen

⁹³ Art. 10.3 de la LO 3/2021.

⁹⁴ Art. 3 g) de la LO 3/2021.

distinta información del caso concreto planteado⁹⁵. En principio, el documento primero, que contiene datos más personales como son los nombres completos del solicitante y de los médicos intervinientes, será secreto. Por consiguiente, con carácter general la Comisión solo analizará el documento segundo a efectos de comprobar que el auxilio al final de la vida proporcionado ha respetado lo establecido en la LO en todo momento. Sin embargo, si fuera necesario “la Comisión podrá decidir por mayoría simple levantar el anonimato y acudir a la lectura del documento primero”⁹⁶.

En contraste con lo anterior, existen algunas especialidades procedimentales cuando el paciente se encuentra en una situación de incapacidad. Ante todo, hay que recordar que en estos casos los requisitos que se exigen no son los mismos. Por ello, lo expuesto hasta ahora cambia en algunos aspectos. Dado que el paciente no se encuentra con plenas facultades, la solicitud de prestación de ayuda para morir “podrá ser presentada al médico responsable por otra persona mayor de edad y plenamente capaz, acompañándolo del documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documentos equivalentes legalmente reconocidos, suscritos previamente por el paciente. En caso de que no exista ninguna persona que pueda presentar la solicitud en nombre del paciente, el médico responsable podrá presentar la solicitud”⁹⁷. Asimismo, “el médico responsable está obligado a aplicar lo previsto en las instrucciones previas o documento equivalente”⁹⁸.

5.3. Garantías

A lo largo del texto de la LO de regulación de la eutanasia se puede apreciar cómo se hace hincapié en garantizar ciertos aspectos. Primeramente se nos dice que “han de establecerse garantías para que la decisión de poner fin a la vida se produzca con absoluta libertad, autonomía y conocimiento, protegida por tanto de presiones de toda índole que pudieran provenir de entornos sociales, económicos o familiares desfavorables, o incluso de decisiones apresuradas”⁹⁹.

⁹⁵ Vid. Art. 12 de la LO 3/2021.

⁹⁶ Art. 18 b) de la LO 3/2021.

⁹⁷ Art. 6.4 de la LO 3/2021.

⁹⁸ Art. 9 de la LO 3/2021.

⁹⁹ Preámbulo de la LO 3/2021.

En conexión con lo anterior, a excepción de las situaciones de incapacidad, el paciente debe formular dos solicitudes voluntarias dejando unos días entre ambas, evitando de esta manera decisiones precipitadas sobre las que no se ha reflexionado lo suficiente. Estas dos solicitudes no pueden ser “resultado de ninguna presión externa”¹⁰⁰ y para asegurarse de que no existen coacciones deberán “firmarse en presencia de un profesional sanitario”¹⁰¹. Además, el solicitante podrá “revocar su solicitud en cualquier momento”¹⁰², lo que demuestra que siempre será libre para rectificar su decisión. Es más, si al final se reconoce que es apto para recibir la prestación de ayuda para morir, el paciente también podrá aplazar el momento de ese auxilio hasta que esté preparado¹⁰³.

Asimismo, se quiere garantizar que la eutanasia o el suicidio asistido se realicen cumpliendo las circunstancias y los procedimientos establecidos. Para lograr este objetivo, como se ha anticipado, hay varias revisiones. A un lado, el médico responsable y el médico consultor comprobarán el cumplimiento de los requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir. A otro lado, se volverán a verificar las condiciones a través de un control previo de la Comisión de Garantía y Evaluación, y esta misma Comisión realizará un control posterior al fallecimiento del paciente para corroborar que el procedimiento seguido se adecuó a la LO.

También se quiere garantizar que todos los habitantes de España que sean susceptibles de recibir la prestación de ayuda para morir y quieran obtenerla, puedan acceder a ella. Por este motivo, dicha prestación “estará incluida en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud y será de financiación pública”¹⁰⁴.

Junto a lo último, teniendo en cuenta que la ayuda para morir se podrá ejecutar “en centros sanitarios públicos, privados o concertados, y en el domicilio”¹⁰⁵, se tiene la intención de conseguir que haya igualdad y la misma calidad asistencial con independencia de donde se realice la prestación. Para lograr este objetivo “el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud deberá elaborar un manual de buenas

¹⁰⁰ Art. 5.1 c) de la LO 3/2021.

¹⁰¹ Art. 6.2 de la LO 3/2021.

¹⁰² Art. 6.3 de la LO 3/2021.

¹⁰³ *Idem.*

¹⁰⁴ Art. 13.1 de la LO 3/2021.

¹⁰⁵ Art. 14 de la LO 3/2021.

prácticas que sirva para orientar la correcta puesta en práctica de la LO”¹⁰⁶. Del mismo modo, “existirá una Comisión de Garantía y Evaluación en cada una de las Comunidades Autónomas, así como en las Ciudades de Ceuta y Melilla”¹⁰⁷, y se prevé que el Ministerio de Sanidad y los presidentes de las distintas Comisiones se reúnan cada año “para homogeneizar criterios e intercambiar buenas prácticas en el desarrollo de la prestación”¹⁰⁸.

Por último, merece especial referencia la protección de datos a la que se aspira en la LO de regulación de la eutanasia. Así pues, se plasma que “los centros sanitarios que realicen la prestación de ayuda para morir adoptarán las medidas necesarias para asegurar la intimidad de las personas solicitantes de la prestación y la confidencialidad en el tratamiento de sus datos de carácter personal”¹⁰⁹.

En la misma línea, “los miembros de las Comisiones de Garantía y Evaluación estarán obligados a guardar secreto sobre el contenido de sus deliberaciones y a proteger la confidencialidad de los datos personales que, sobre profesionales sanitarios, pacientes, familiares y personas allegadas, hayan podido conocer en su condición de miembros de la Comisión”¹¹⁰. Tampoco debemos olvidar el hecho de que, como regla general, se mantendrá el anonimato del documento primero aportado para el control a posteriori de la Comisión.

5.4. Objeción de conciencia

La LO 3/2021 contempla la objeción de conciencia sanitaria, definiéndola como el “derecho individual de los profesionales sanitarios a no atender aquellas demandas de actuación sanitaria reguladas en esta Ley que resultan incompatibles con sus propias convicciones”¹¹¹. Dicho con otras palabras, el personal sanitario no está obligado a participar en la eutanasia o el suicidio asistido de ningún paciente si ello es contrario a su moralidad.

¹⁰⁶ Disposición adicional sexta de la LO 3/2021.

¹⁰⁷ Art. 17.1 de la LO 3/2021.

¹⁰⁸ Art. 17.5 de la LO 3/2021.

¹⁰⁹ Art. 15.1 de la LO 3/2021.

¹¹⁰ Art. 19 de la LO 3/2021.

¹¹¹ Art. 3 f) de la LO 3/2021.

De todos modos, quien no desee intervenir en conductas eutanásicas deberá hacerlo saber con antelación y por escrito. La idea es que “las administraciones sanitarias crearán un registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la ayuda para morir que tendrá por objeto facilitar la necesaria información a la administración sanitaria para que esta pueda garantizar una adecuada gestión de la prestación de ayuda para morir”¹¹². Así se sabrá con cuántos trabajadores sanitarios cuenta cada hospital para practicar la eutanasia o el suicidio asistido. En línea con la garantía de protección de datos, el registro al que se ha hecho referencia será secreto.

5.5. Modificación del Código Penal

Como consecuencia de la entrada en vigor de la LO de regulación de la eutanasia, el artículo 143 del CP resulta modificado en su apartado 4 y además se añade un apartado 5, quedando el precepto de la siguiente forma:

“4. El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de una persona que sufriera un padecimiento grave, crónico e imposibilitante o una enfermedad grave e incurable, con sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables, por la petición expresa, seria e inequívoca de ésta, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los apartados 2 y 3.

5. No obstante lo dispuesto en el apartado anterior, no incurrirá en responsabilidad penal quien causare o cooperare activamente a la muerte de otra persona cumpliendo lo establecido en la ley orgánica reguladora de la eutanasia”¹¹³.

De manera que las conductas eutanásicas se siguen penando de manera similar a como se castigaban en los últimos años ya que la nueva redacción del art. 143.4 CP lo que hace es matizar las dolencias que debe padecer el sujeto pasivo. Así pues, antes se exigía sufrir “una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar” y ahora se requiere tener “un padecimiento grave, crónico e imposibilitante o una enfermedad grave e incurable, con sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables (en ambos casos)”.

¹¹² Art. 16.3 de la LO 3/2021.

¹¹³ Disposición final primera de la LO 3/2021.

La novedad principal reside en que se introduce la excepción del nuevo apartado quinto del art. 143 del CP. De este modo, a pesar de que el CP siga manteniendo las mismas penas para las conductas eutanásicas, habrá que tener en cuenta quien ha realizado tales actos. Así pues, se despenalizan únicamente la eutanasia y el suicidio asistido llevados a cabo por trabajadores sanitarios que hayan seguido en todo momento el procedimiento previsto en la LO 3/2021.

En la propia LO se explica que a la hora de regular las mencionadas conductas se ha tratado de compatibilizar el derecho a la vida y a la integridad física y moral (art. 15 CE) con otros bienes protegidos como son la dignidad (art. 10 CE), la autonomía de la voluntad y la libertad (art. 1.1 CE). Teniendo esto en mente, el legislador cree que la despenalización no puede ser total ya que ello “dejaría a las personas desprotegidas respecto de su derecho a la vida que nuestro marco constitucional exige proteger”¹¹⁴, justificación que no parece convencer a algunos expertos que se preguntan cómo podrían quedar desprotegidas de su derecho a la vida aquellas personas que precisamente quieren renunciar al mismo¹¹⁵.

¹¹⁴ Preámbulo de la LO 3/2021.

¹¹⁵ DE LA MATA BARRANCO, Norberto Javier, “El derecho penal de la libertad: ¿qué hacemos con la eutanasia?”, *Almacén de Derecho*, 2020. Disponible en: <https://almacenederecho.org/el-derecho-penal-frente-a-la-idea-de-libertad-que-hacemos-con-la-eutanasia> (último acceso el 14 de mayo de 2021).

6. Países en el mundo que permiten la eutanasia y el suicidio asistido. Derecho comparado.

Como ya se ha dicho, la LO de regulación de la eutanasia en España exterioriza una tolerancia de la eutanasia y el suicidio asistido. Además, en la lista de países que autorizan tales conductas se encuentran:

6.1. Países Bajos

Los Países Bajos fueron los primeros que legalizaron la eutanasia a través de la *Ley de Comprobación de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio*, la cual en 2001 ya había sido aprobada por las dos Cámaras legislativas y entró en vigor en abril de 2002. Gracias a dicha regulación se permite la eutanasia y el suicidio asistido de los pacientes que tengan como mínimo 12 años. No obstante, hay que matizar que entre los 12 y 16 años se exige el consentimiento de los padres o el tutor, y además, el menor que quiera finalizar con su vida debe tener madurez suficiente para entender su situación. Por el contrario, entre los 16 y 18 años el menor no precisa de la aprobación de los padres o tutores, que pueden estar en desacuerdo con el menor, pero sí está previsto que estos hayan estado involucrados en la toma de la decisión¹¹⁶.

En relación a los requisitos generales¹¹⁷, es necesario que el paciente realice una petición voluntaria y bien meditada, sufriendo este un padecimiento insoportable y sin esperanzas de mejora. A este efecto, también será válida la solicitud recogida en un documento de voluntades anticipadas, mediante el cual el paciente estando capaz manifiesta su deseo de acabar con su vida si en el futuro llegara a tener el estado de salud descrito antes y no pudiera expresar su voluntad al encontrarse incapaz¹¹⁸. Asimismo, el médico que vaya a llevar a cabo la terminación de la vida o auxiliar en ella tiene que haber informado previamente al paciente de su condición médica y de su pronóstico. Tras lo anterior, el médico junto con el paciente tiene que haber llegado a la conclusión de que no existe otra solución razonable para la situación en la que se encuentra el enfermo que no sea dar fin a su vida, circunstancia en la que algún autor ha

¹¹⁶ Vid. Arts. 2.3 y 2.4 de la Ley 26691/2001, de Comprobación de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio. Traducción disponible en: <https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2018/07/Ley-Eutanasia-Paises-Bajos.pdf> (último acceso el 30 de abril de 2021).

¹¹⁷ Vid. Art. 2.1 de la Ley 26691/2001.

¹¹⁸ Vid. Art. 2.2 de la Ley 26691/2001.

apreciado “cierta ambigüedad en la norma”¹¹⁹ ya que no se especifica desde que perspectiva hay que entender la razonabilidad a la que se hace referencia. Por añadidura, un doctor diferente al que vaya a practicar la eutanasia o ayudar en el suicidio será consultado acerca de si se cumplen o no los requisitos anteriores y emitirá un dictamen. Si el informe es favorable, se podrá efectuar la correspondiente muerte asistida, la cual deberá realizarse con la máxima profesionalidad y cuidado.

Después de perecer el enfermo como consecuencia de la eutanasia o el suicidio médicamente asistido, el doctor que trató al paciente “informará inmediatamente, mediante la cumplimentación de un formulario, al forense municipal de las causas de dicho fallecimiento. Además del formulario, el médico enviará un informe motivado sobre el cumplimiento de los requisitos a los que se refiere la Ley”¹²⁰. Acto seguido, el forense municipal comunicará la notificación recibida, junto con el informe motivado del médico, a una Comisión Regional de Comprobación¹²¹. La Comisión estará compuesta por un número impar de miembros y al menos tendrá que haber un jurista, un médico y un experto en cuestiones éticas, y todos ellos deben mantener en secreto los datos que conozcan por razón de su cargo. La Comisión se encargará de constatar que en el supuesto planteado se han cumplido los requisitos establecidos legalmente y emitirá un dictamen al respecto¹²². El dictamen solo podrá ser aprobado cuando todos los miembros de la comisión participen y se obtenga la mayoría simple de los votos¹²³.

En los casos en los que la muerte asistida no sea llevada a cabo por un doctor o cuando el médico no haya cumplido los requisitos fijados por la ley, la eutanasia puede llegar a castigarse con pena de prisión de hasta doce años y el auxilio al suicidio con pena de prisión de hasta tres años. También caben penas de multa en vez de la prisión¹²⁴. En otras palabras, no hay una despenalización absoluta de la eutanasia y el suicidio asistido.

¹¹⁹ ANDRUET, Armando S., “Ley holandesa de terminación de la vida a petición propia. Nuestra consideración acerca de la eutanasia”, *Derecho y salud*, vol. 9, nº. 2, 2001, p. 192.

¹²⁰ Art. 21 a) de la Ley 26691/2001 (Art. 7.2 de la Ley Reguladora de los Funerales).

¹²¹ *Vid.* Art. 21 c) de la Ley 26691/2001 (Art. 10.2 de la Ley Reguladora de los Funerales).

¹²² *Vid.* Arts. 3.2, 8.1, 14 de la Ley 26691/2001.

¹²³ *Vid.* Art. 12 de la Ley 26691/2001.

¹²⁴ *Vid.* Art. 20 de la Ley 26691/2001 (Arts. 293 y 294.2 del Código Penal).

6.2. Bélgica

En septiembre de 2002 entró en vigor la *Ley relativa a la eutanasia*, la cual solamente regula la eutanasia. Esto se debe a que, a diferencia de muchos países europeos, en Bélgica el Código Penal no castiga el suicidio asistido¹²⁵. Asimismo, al contrario que en los Países Bajos, desde 2014 la ley belga no recoge ningún límite mínimo de edad para que se aplique la eutanasia.

En lo que respecta a las condiciones, la mencionada ley expresa que el paciente puede ser adulto, un menor emancipado o un menor con capacidad de entendimiento suficiente. La petición para recibir la ayuda para morir deberá ser reiterada, voluntaria y no haberse dado como resultado de alguna presión externa. Hay que mencionar que la solicitud tendrá que plasmarse por escrito, ser fechada y firmada y podrá ser revocada en cualquier momento¹²⁶. También se prevé la posible existencia de voluntades anticipadas o instrucciones previas¹²⁷. Además, el solicitante tiene que encontrarse en una “situación médica con pronóstico de no recuperación y padecer un sufrimiento físico o psíquico constante e insoportable, sin alivio posible resultado de una afección accidental o patológica grave e incurable”¹²⁸. En relación a lo último, si el paciente es menor con capacidad para discernir, aparte de lo anterior se requiere que previsiblemente el enfermo vaya a fallecer en un futuro cercano, esto es, se debe encontrar en una situación terminal.

Antes de actuar, el doctor responsable de la eutanasia debe informar al enfermo sobre su salud y su previsible evolución. Ambos discutirán acerca de las alternativas terapéuticas que existen y hablarán sobre posibles cuidados paliativos. Para seguir adelante con la eutanasia, al igual que ocurría en los Países Bajos, el doctor “tiene que llegar junto con el paciente a la convicción de que no existe otra solución razonable en su situación”¹²⁹. También se contempla que haya varias entrevistas entre el doctor y su paciente con la

¹²⁵ DE MIGUEL SÁNCHEZ, Carolina / LÓPEZ ROMERO, Alejandro, “Eutanasia y suicidio asistido: conceptos generales, situación legal en Europa, Oregón y Australia (I)”, *Medicina Paliativa*, vol. 13, n.º. 4, 2006, p. 212.

¹²⁶ *Vid.* Art. 3.4 de la Ley relativa a la eutanasia, de 28 de mayo de 2002. Traducción disponible en: https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2021/03/ley_eutanasia_BEL_ver2020.pdf (último acceso el 30 de abril de 2021).

¹²⁷ *Vid.* Art. 4 de la Ley relativa a la eutanasia.

¹²⁸ *Vid.* Art. 3.1 de la Ley relativa a la eutanasia.

¹²⁹ *Vid.* Art. 3.2 de la Ley relativa a la eutanasia.

intención de que el primero certifique que el sufrimiento físico o psíquico que padece el segundo es constante y que la voluntad de este para desear la eutanasia se repite. A continuación, el doctor encargado de la eutanasia consultará con otro médico experto en la patología del paciente, quien se asegurará de que la enfermedad o padecimiento del paciente es constante, insoportable e incurable y emitirá un informe al respecto. Por último, hay que destacar que en el caso de los menores no emancipados se necesitará una autorización de los representantes legales (padres o tutores) en la que muestren su acuerdo a practicar la eutanasia y además se precisará una evaluación psicológica que garantice que el menor cuenta con capacidad de discernimiento y comprende su situación.

Junto a lo expuesto, es importante destacar que cuando el paciente mayor de edad o menor emancipado sea considerado no terminal, es decir, que no se prevé que vaya a fallecer pronto, se deben cumplir dos requisitos adicionales¹³⁰. En primer lugar, habrá de realizarse una segunda consulta a un tercer médico (otro médico consultor distinto al señalado previamente), psiquiatra o especialista sobre la enfermedad en cuestión, volviéndose a garantizar que la misma es constante, insoportable y que el sufrimiento no es susceptible de alivio. También se comprobará de nuevo que la petición de la eutanasia es voluntaria y reiterada. En segundo lugar, debe mediar como mínimo un mes entre la solicitud escrita del paciente y la eutanasia.

Después de la eutanasia, el médico que la practicó tiene cuatro días hábiles para enviar un documento con información sobre el supuesto planteado a la Comisión Federal de Control y Evaluación¹³¹. Esta Comisión consta de 16 miembros y está formada por ocho médicos (cuatro de ellos serán profesores o catedráticos universitarios), cuatro abogados o profesores universitarios de derecho y cuatro personas especializadas en los problemas de los pacientes con enfermedades incurables. Hay que añadir que las decisiones tomadas por la Comisión serán válidas cuando hayan votado como mínimo dos tercios de los integrantes¹³².

En cuanto al documento entregado, este se compone de dos partes. Dado que la primera parte del documento contiene las identidades de los participantes en la eutanasia, la

¹³⁰ *Vid.* Art. 3.3 de la Ley relativa a la eutanasia.

¹³¹ *Vid.* Art. 5 de la Ley relativa a la eutanasia.

¹³² *Vid.* Art. 6 de la Ley relativa a la eutanasia.

Comisión no puede consultarla. En consecuencia, la Comisión concluirá si se han respetado los requisitos y el procedimiento establecidos en la norma a partir de la segunda parte del documento. No obstante, si se tienen dudas, la Comisión puede romper el anonimato con mayoría simple y acceder a la primera parte del documento¹³³. De todas formas, toda la información que conozcan los miembros de la Comisión debido a su cargo está sujeta a un deber de secreto y confidencialidad¹³⁴.

Si la conducta realizada por el médico es acorde con la *Ley relativa a la eutanasia*, no se cometerá ningún delito. Es más, también se tiene presente que “el farmacéutico que entregue una sustancia letal no comete delito cuando lo hace conforme a una prescripción en la cual el médico declare explícitamente que actúa conforme a la presente ley”, y además, se le exige al farmacéutico que entregue dicha sustancia en persona al médico¹³⁵.

6.3. Luxemburgo

En Luxemburgo el tema que nos ocupa se regula mediante la *Ley sobre la eutanasia y la asistencia al suicidio*. Como comprobaremos ahora, la mencionada ley tiene muchas similitudes con la legislación de los dos países europeos examinados previamente. Sin embargo, a diferencia de los Países Bajos y Bélgica, Luxemburgo no legaliza la muerte asistida de los menores de edad.

De esta forma, la primera de las condiciones para que la eutanasia o el suicidio asistido no sean penados es que el paciente sea mayor de edad. Además, es imprescindible que el paciente “se encuentre en una situación médica sin solución y su estado es de un sufrimiento físico o psíquico constante e insoportable sin perspectiva de mejoría, resultante de una dolencia accidental o patológica”¹³⁶. Asimismo, la petición del paciente para recibir la muerte asistida debe recogerse por escrito, con fecha y firma, y será voluntaria, reflexionada y reiterada, no siendo consecuencia de una influencia externa. Hay que señalar que el solicitante tendrá la opción de revocar su demanda en

¹³³ Vid. Arts. 7 y 8 de la Ley relativa a la eutanasia.

¹³⁴ Vid. Art. 12 de la Ley relativa a la eutanasia.

¹³⁵ Vid. Art. 3 bis de la Ley relativa a la eutanasia.

¹³⁶ Vid. Art. 2.1 de la Ley sobre la eutanasia y la asistencia al suicidio, de 16 de marzo de 2009. Traducción disponible en: <https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2018/07/Ley-Eutanasia-Luxemburgo.pdf> (último acceso el 30 de abril de 2021), pp. 615-619.

todo momento. Del mismo modo, también en Luxemburgo se podrá obtener la voluntad del paciente a través de instrucciones previas¹³⁷.

Siguiendo un esquema muy parecido al de los Países Bajos y Bélgica, el médico responsable proporcionará información al paciente sobre su salud y su esperanza de vida y estudiarán posibles terapias y cuidados paliativos. Se realizarán entrevistas para comprobar que los padecimientos físicos o psíquicos perduran en el tiempo y que el enfermo continúa queriendo finalizar su existencia. El médico deberá concluir que no hay otra solución aceptable. A continuación, se le preguntará la opinión profesional a otro médico, independiente del primero, que constatará si efectivamente el paciente es apto para que se le practique legalmente la eutanasia o el suicidio asistido¹³⁸.

Tras recibir el visto bueno de la persona consultada, el médico responsable realizará la eutanasia o el suicidio asistido teniendo la obligación de enviar dentro de los ocho días siguientes al fallecimiento un documento con información sobre el caso a la Comisión Nacional de Control y de Evaluación¹³⁹. Esta Comisión está compuesta por nueve miembros, de los cuales tres serán doctores en medicina, otros tres serán juristas, dos integrantes tendrán que ser representantes de una organización que defienda los derechos del paciente y al restante miembro solo se le exigirá que proceda de alguna profesión sanitaria. Todos tienen un deber de secreto respecto a la información obtenida en el cargo. Finalmente, es importante destacar que para que la Comisión pueda deliberar válidamente se necesita que al menos siete de sus miembros estén presentes¹⁴⁰.

Al igual que en Bélgica, el documento entregado se compone de dos partes, y en principio, la Comisión no puede acceder a la primera parte debido a que contiene las identidades de los participantes en la muerte asistida. No obstante, si fuera necesario, se puede levantar el anonimato con mayoría simple¹⁴¹. Partiendo de los datos del documento que correspondan, la Comisión concluirá si se actuó conforme a la norma. Si el médico responsable de la muerte asistida se adecuó a la misma no será castigado.

¹³⁷ *Vid.* Art. 4 de la Ley sobre la eutanasia y la asistencia al suicidio

¹³⁸ *Vid.* Art. 2.2 de la Ley sobre la eutanasia y la asistencia al suicidio

¹³⁹ *Vid.* Art. 5 de la Ley sobre la eutanasia y la asistencia al suicidio

¹⁴⁰ *Vid.* Arts. 6 y 12 de la Ley sobre la eutanasia y la asistencia al suicidio

¹⁴¹ *Vid.* Arts. 7 y 8 de la Ley sobre la eutanasia y la asistencia al suicidio

6.4. Colombia

Colombia no cuenta con una ley que trate la eutanasia y el suicidio asistido. Pero ya en 1997 la Corte Constitucional en una de sus sentencias se mostró favorable a que se regularán estos temas. En esta sentencia se explica que en la Constitución se recoge el deber del Estado de proteger la vida y de compatibilizar dicha protección con la dignidad humana¹⁴². En relación a esto, se reconoce expresamente que “el derecho fundamental a vivir en forma digna implica el derecho a morir dignamente” y añade que “el Estado no puede oponerse a la decisión del individuo que no desea seguir viviendo y que solicita que le ayuden a morir, cuando sufre una enfermedad terminal que le produce dolores insoportables, incompatibles con su idea de dignidad”¹⁴³.

Del mismo modo, la Corte consideró que la persona apropiada para auxiliar en la muerte voluntaria de un enfermo terminal que presente sufrimientos graves es el médico. Esto es debido a que este es el único que podría proporcionar al paciente información seria y fiable sobre su afección y aclararle las alternativas terapéuticas posibles y su pronóstico. Tras la explicación, el paciente podrá entender mejor la situación en la que se encuentra y en base a ello, manifestará libremente si en verdad quiere acabar con su vida. Por todo ello, se cree que en estos casos el médico que finalmente ayude a morir no debería tener responsabilidad penal.

Por último, se concluyó que era necesario fijar legalmente como iba a prestarse la asistencia para morir. Por lo tanto, se prometió que la Corte Constitucional exhortaría al Congreso para que lo antes posible estableciera unas directrices. Sin embargo, pasaban los años sin que la legislación sobre la materia por parte del Congreso llegara (y hoy en día todavía no ha llegado).

Ante la falta de ley, mediante la sentencia T-970/14 la Corte Constitucional solicitó al Ministerio de Salud y Protección Social que, en un plazo determinado, emitiera una guía para que los prestadores del servicio de salud supieran cómo actuar ante pacientes que

¹⁴² Vid. Arts. 1 y 11 de la Constitución de 1911 de Colombia. Disponible en: <https://pdba.georgetown.edu/Constitutions/Colombia/colombia91.pdf> (último acceso el 30 de abril de 2021).

¹⁴³ Vid. Sentencia C-239/97, de fecha 20 de mayo de 1997. Disponible en: <https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/09/1997-sentencia-c237.pdf> (último acceso el 30 de abril de 2021), pp. 16-20.

pedían hacer efectivo su derecho a morir dignamente¹⁴⁴. Asimismo, en la sentencia se matiza que la eutanasia no es la única vía para garantizar el derecho a morir con dignidad y por lo tanto, también caben el suicidio asistido o los cuidados paliativos. Ante esta variedad de prácticas médicas cada paciente podrá decantarse por la opción que prefiera¹⁴⁵.

En la actualidad, la Resolución del Ministerio de Salud n° 1216 de 2015 “constituye la regulación en vigor sobre la eutanasia y el suicidio asistido en Colombia”¹⁴⁶. Dicha resolución contempla la creación de los llamados Comités Científico-Interdisciplinarios para el Derecho a Morir con Dignidad compuestos por tres integrantes: un médico especializado en la patología del enfermo y que será distinto del médico que vaya a tratar al paciente, un abogado y un psiquiatra o psicólogo¹⁴⁷.

En lo que respecta al procedimiento, cuando un paciente mayor de edad pida la eutanasia o el suicidio asistido, el médico que vaya a llevar a cabo dicha conducta tiene que constatar que hay una enfermedad terminal que produzca intensos dolores. Del mismo modo, se requiere que medie el consentimiento libre, informado e inequívoco del enfermo. Unido a esto último, las voluntades anticipadas o el testamento vital son manifestaciones válidas del consentimiento de cara a situaciones de incapacidad. Sin perjuicio de lo anterior, se debe avisar al paciente de los posibles cuidados paliativos que podría recibir como una vía distinta a la muerte.

Si el enfermo sigue queriendo acabar con su vida, el médico convocará al correspondiente Comité Científico-Interdisciplinario, que se encargará de confirmar que efectivamente se dan los presupuestos para continuar con los trámites y en el caso de que se cumplan, se le preguntará al paciente si reitera su decisión. Si el enfermo repite su postura, se fijará un día para practicar la eutanasia o el suicidio asistido, siempre existiendo la posibilidad de que en cualquier momento previo a ese día el paciente

¹⁴⁴ Vid. Sentencia T-970/14, de fecha 15 de diciembre de 2014. Disponible en: <https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/09/2014-setencia-t970.pdf> (último acceso el 30 de abril de 2021), p. 43.

¹⁴⁵ *Ibid.*, p. 19.

¹⁴⁶ TOMÁS-VALIENTE LANUZA, Carmen, “La evolución del derecho al suicidio asistido y la eutanasia en la jurisprudencia constitucional colombiana: otra muestra de una discutible utilización de la dignidad”, *Revista Española de Derecho Constitucional*, 2019, p. 312.

¹⁴⁷ Vid. Art. 6 de la Resolución n° 1216, de fecha 20 de abril de 2015. Disponible en: <https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/09/2015-ley-eutanasia.pdf> (último acceso el 30 de abril de 2021).

pueda rectificar. Después del fallecimiento, el mencionado Comité enviará un documento al Ministerio de Salud describiendo todas las circunstancias y hechos del supuesto planteado¹⁴⁸.

A partir del documento recibido, el Ministerio de Salud realizará un análisis exhaustivo del asunto y comprobará que el procedimiento que se siguió fue acorde con lo establecido en la Resolución 1216. Dicha verificación la realizará el Comité Interno del Ministerio de Salud y Protección Social, el cual se creó en base a la Resolución n° 4006 de 2016¹⁴⁹.

Por último, hay que resaltar que, complementando a lo antecedente, la Resolución n° 825 de 2018 reglamenta el procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad de los niños, niñas y adolescentes. De acuerdo a la resolución nombrada, se puede adelantar la muerte de niños mayores de 12 años. Asimismo, extraordinariamente aquellos que tengan una edad comprendida entre los 6 y los 12 años también pueden solicitar ayuda para acabar con su vida si “alcanzan un desarrollo neurocognitivo y psicológico excepcional que les permita tomar una decisión libre, voluntaria, informada e inequívoca en el ámbito médico (es decir, tienen suficiente madurez y capacidad para expresar su voluntad) y su concepto de muerte alcanza el nivel esperado para un niño mayor de 12 años”¹⁵⁰.

Además, los enfermos que tengan entre 6 y 14 años deberán contar con el consentimiento de quien ejerza su patria potestad para poder continuar con el procedimiento. Dicho consentimiento no será obligatorio a partir de los 14 años, pero hasta la mayoría de edad se deberá informar a quien tenga la patria potestad sobre la decisión de recibir la muerte asistida tomada por el paciente¹⁵¹.

¹⁴⁸ Vid. Arts. 15-17 de la Resolución n° 1216, de fecha 20 de abril de 2015.

¹⁴⁹ Resolución n° 4006, de fecha 2 de septiembre de 2016. Disponible en: <https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2018/09/2016-resolucion-4006.pdf> (último acceso el 30 de abril de 2021).

¹⁵⁰ Art. 3 de la Resolución n° 825, de fecha 9 de marzo de 2018. Disponible en: <https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2018/09/2018-resolucion-825-menores.pdf> (último acceso el 30 de abril de 2021).

¹⁵¹ Vid. Art. 10 de la Resolución n° 825, de fecha 9 de marzo de 2018.

6.5. Canadá

En 2016 se aprobó la *Ley C-14* en Canadá, la cual modificaba el CP y regulaba tanto la eutanasia como el suicidio asistido¹⁵². La mencionada ley permite que puedan recibir asistencia médica para morir aquellas personas mayores de 18 años que sean capaces de decidir acerca de su salud y que hayan solicitado dicha ayuda voluntariamente, sin sufrir presiones del exterior. Asimismo, las personas que quieran recibir la eutanasia o el suicidio asistido deben ser beneficiarios de los servicios de salud financiados por el gobierno de Canadá, es decir, deben ser ciudadanos canadienses. También será preciso el consentimiento informado del paciente.

Finalmente, se requiere tener una condición médica grave e irremediable que la ley describe como aquella situación en la que se tiene una enfermedad o discapacidad seria e incurable caracterizada por una disminución avanzada e irreversible de las capacidades, lo que ocasiona sufrimientos físicos o psicológicos constantes que resultan intolerables para el paciente y que no pueden ser aliviados en condiciones que él considere aceptables. A lo descrito, se añade que, según las circunstancias médicas, el resultado razonablemente previsible es la muerte. Esto es, el paciente debe ser terminal, sin que sea necesario que se haya determinado el tiempo exacto de vida que le queda.

El médico o enfermera que vaya a practicar la ayuda para morir deberá asegurarse previamente de que se cumplen los requisitos mencionados. En relación con la solicitud, esta debe recogerse por escrito y ser fechada y firmada por el enfermo después de que se le haya informado acerca de su situación médica. Esto se realizará en presencia de dos testigos independientes (imparciales) que a su vez deberán fechar y firmar la solicitud. El enfermo siempre podrá cambiar de parecer y retirar su petición.

Acto seguido, otro médico o enfermera imparcial e independiente del médico o enfermera que vaya a auxiliar en la muerte del paciente tiene que confirmar que efectivamente se cumplen todas las condiciones para continuar con el procedimiento. Entre la firma de la solicitud y la prestación de la ayuda para morir deberán transcurrir al menos 10 días naturales, periodo que podrá ser menor en el supuesto de pérdida de la capacidad inminente.

¹⁵² *Vid.* Ley C-14, de 17 de junio de 2016, para hacer modificaciones en el Código Penal y otras leyes (ayuda médica para morir). Texto definitivo original disponible en: <https://www.parl.ca/DocumentViewer/en/42-1/bill/C-14/royal-assent> (último acceso el 30 de abril de 2021).

El último trámite consiste en que inmediatamente antes de la asistencia médica para morir se le preguntará al enfermo si quiere revocar su petición, en caso negativo el paciente deberá dar su consentimiento expreso para recibir la ayuda. Este hecho es muy llamativo porque, a diferencia de los países que hemos analizado previamente, en Canadá el paciente debe encontrarse consciente y ser capaz de expresar su autorización en el momento final en que se le vaya a proporcionar el auxilio para morir. Por consiguiente, no se ha contemplado en la norma la posible redacción de un testamento vital o un documento de instrucciones previas en el que el enfermo dispusiera anticipadamente su deseo de morir en vistas de que en el futuro no pudiera exteriorizar dicha voluntad. En consecuencia, los incapaces para prestar su consentimiento en los últimos instantes no podrán recibir el auxilio previsto legalmente.

Después del fallecimiento, el médico o enfermera que facilitó la muerte y, en su caso, el farmacéutico que proporcionó la sustancia letal, tendrán que suministrar la información al respecto que les exija el Ministerio de Sanidad.

Tras todo lo expuesto, es visible que el ámbito de aplicación de la legalización de la eutanasia y el suicidio asistido que plantea la *Ley C-14* es bastante limitado fundamentalmente por dos razones. Por una parte, el enfermo debe ser terminal, es decir, atendiendo a los datos sobre su salud se cree que morirá en un periodo relativamente breve. De esta manera, se incurriría en un delito al ayudar a acabar con la vida de aquellas personas con una condición médica grave e irremediable, pero cuya muerte no se estimara próxima. Así pues, no se permitiría la ayuda en casos como el de Ramón Sampredo, un español que debido a su tetraplejía vivió 30 años postrado en una cama y esto le causó una gran tortura¹⁵³.

Por otra parte, como se ha explicado hace poco, el paciente debe poder expresar su consentimiento en el momento inmediatamente anterior a que se le proporcione la ayuda a morir y no se contempla la vía alternativa de que se hubiera expresado previamente dicha voluntad a través de unas instrucciones previas. Por ende, la asistencia no sería legal para enfermos como la española Maribel Tellaetxe, que sufrió varios años Alzheimer y no podía expresar su deseo de morir, aunque había indicado

¹⁵³ CUESTA, Consuelo, “21 años sin Ramón Sampredo el tetrapléjico que falleció tras beber cianuro potásico”, *El Comercio*, 2019.

tales deseos en un testamento vital cuando todavía tenía capacidad para hacerlo¹⁵⁴. Es más, es preciso destacar el supuesto mediático de Audrey Parker, una paciente canadiense que cumplía con los requisitos exigidos por la ley para recibir la eutanasia, que se vio obligada a adelantar la fecha de su muerte por miedo a que su enfermedad la dejará incapacitada para comunicar su consentimiento final¹⁵⁵.

Con la intención de extender la legalización de la eutanasia y el suicidio asistido a casos como el de Ramón Sampredo y evitar lo ocurrido con Audrey Parker, en marzo de 2021 se ha aprobado la *Ley C-7*, que vuelve a modificar el CP¹⁵⁶. Esta nueva ley introduce la posibilidad de que un paciente no terminal, cuya muerte no es previsible a corto plazo, pueda recibir la asistencia médica para morir. En tal caso, se requiere que transcurra un plazo mínimo de 90 días naturales desde que el médico o enfermera practicante realizaron su valoración acerca de si el paciente no terminal era apto para recibir la ayuda para morir, hasta el momento en que suceda la prestación.

En cuanto a los pacientes terminales, se modifican algunas condiciones establecidas en la *Ley C-14*. De esta manera, conforme a la *Ley C-7*, solamente se exige la presencia de un testigo independiente en vez de dos cuando el paciente firme la solicitud (en el supuesto de tratarse de un enfermo no terminal también se necesita solo un testigo) y desde la firma hasta la práctica de la asistencia médica ya no tiene que mediar un periodo mínimo de 10 días.

Por último, de acuerdo a la *Ley C-7*, los enfermos que hayan sido evaluados y considerados aptos para recibir la asistencia médica para morir podrán eliminar el requisito de tener que ofrecer el consentimiento final, en vista de posibles situaciones de incapacidad futura. Para ello, se tendrá que haber llegado a un acuerdo escrito con el médico o enfermero practicante mediante el cual el paciente le autoriza a ese profesional sanitario a ayudarlo a finalizar su vida si antes de recibir dicha prestación perdiera su consciencia. No obstante, el acuerdo con el médico o enfermera se realizará durante el procedimiento y, por lo tanto, sigue sin existir la opción de presentar una

¹⁵⁴ GOROSPE, Pedro, “Muere Maribel, la enferma de alzhéimer que pedía la eutanasia”, *El País*, Vitoria/Madrid, 2019.

¹⁵⁵ PORRAS FERREYRA, Jaime, “Una mujer adelanta su muerte para cumplir la ley de eutanasia de Canadá”, *El País*, Montreal, 2018.

¹⁵⁶ *Vid.* Ley C-7, de 17 de marzo de 2021, para hacer modificaciones en el Código Penal (ayuda médica para morir). Texto definitivo original disponible en: <https://parl.ca/DocumentViewer/en/43-2/bill/C-7/royal-assent#ID0EBAA> (último acceso el 30 de abril de 2021).

solicitud previa al proceso obtenida de voluntades anticipadas. Dicho de otra manera, con la nueva reforma Maribel seguiría sin poder recibir legalmente ayuda para fallecer.

6.6. Otros países

Nueva Zelanda se une a los Estados nombrados y en noviembre de 2021 entrará en vigor la *Ley de Elección al Final de la Vida*¹⁵⁷, que fue sometida a referéndum.

No obstante, aparte de los países que regulan estatalmente tanto la eutanasia como el suicidio asistido, hay otros lugares a los que también conviene hacer alusión. En Australia la eutanasia y el suicidio asistido no se han legalizado a nivel nacional, pero estas conductas se permiten en Victoria¹⁵⁸ y pronto también en Western Australia¹⁵⁹.

Además, existen algunos territorios de los Estados Unidos que han recogido los casos en los que se tolera el suicidio asistido: Oregón (ley en vigor desde 1997), Washington (2009), Montana (se permite el suicidio asistido por una decisión judicial de 2009, pero no hay ley al respecto), Vermont (2013), Colorado (2016), California (2016), Distrito de Columbia (2017), Hawái (2019), Nueva Jersey (2019), Maine (2019) y Nuevo México (la ley entra en vigor en junio 2021)¹⁶⁰.

Asimismo, debemos recordar que Suiza ha despenalizado totalmente el suicidio asistido altruista. También en Alemania, en una de las sentencias del TC, de fecha 26 de febrero de 2020, se ha declarado nulo de pleno Derecho el art. 217 del CP que castigaba el suicidio asistido¹⁶¹.

¹⁵⁷ Ley de Elección al Final de la Vida n.º. 67 de 2019. Disponible en: <https://www.legislation.govt.nz/act/public/2019/0067/latest/whole.html#DLM7285905> (último acceso el 30 de abril de 2021).

¹⁵⁸ Ley de Muerte Asistida Voluntaria n.º. 61 de 2017. Disponible en: <https://content.legislation.vic.gov.au/sites/default/files/2020-06/17-61aa004%20authorised.pdf> (último acceso el 30 de abril de 2021).

¹⁵⁹ Ley de Muerte Asistida Voluntaria n.º. 27 de 2019. Disponible en: [https://www.legislation.wa.gov.au/legislation/prod/filestore.nsf/FileURL/mrdoc_42491.pdf/\\$FILE/Voluntary%20Assisted%20Dying%20Act%202019%20-%20%5B00-00-00%5D.pdf?OpenElement](https://www.legislation.wa.gov.au/legislation/prod/filestore.nsf/FileURL/mrdoc_42491.pdf/$FILE/Voluntary%20Assisted%20Dying%20Act%202019%20-%20%5B00-00-00%5D.pdf?OpenElement) (último acceso el 30 de abril de 2021).

¹⁶⁰ Todas las legislaciones que permiten el suicidio asistido en los Estados Unidos disponibles en: <https://www.deathwithdignity.org/learn/death-with-dignity-acts/> (último acceso el 30 de abril de 2021).

¹⁶¹ RIQUELME VÁZQUEZ, Pablo, “Suicidio asistido y libre desarrollo de la personalidad en la República Federal de Alemania”, *UNED. Revista de Derecho Político*, n.º. 109, Vigo, 2020, pp. 298-303.

7. Conclusiones

El estudio realizado evidencia, en primer lugar, que cuando los legisladores hablan de eutanasia hacemos alusión a su modalidad activa, directa y voluntaria. En otras palabras, cuando se discute en estos tiempos sobre si se debe despenalizar o no la eutanasia se debate acerca de la acción por la que alguien provoca intencionadamente la muerte de otra persona que así lo desea, siempre moviéndose el sujeto activo por motivos piadosos o compasivos ya que el sujeto pasivo sufre una enfermedad o padecimiento, en ambos casos grave y permanente, que le causa intensos sufrimientos.

A lo largo de toda la historia ha habido momentos en los que la sociedad se ha mostrado a favor de adelantar la muerte de personas, ya fuera por propia voluntad o algunas veces sin el consentimiento del afectado y por razones eugenésicas. También se percibe que el suicidio y la eutanasia han estado siempre muy unidos, llegando a utilizarse el término eutanasia en el periodo antiguo para referirse a una muerte suave y sin dolor, y aceptándose en algunos casos por el Senado de la época el suicidio para alcanzar la mencionada muerte agradable.

No obstante, también del análisis histórico podemos advertir la oposición que ha recibido el hecho de tratar de adelantar el momento del fallecimiento de una persona, con independencia de los dolores que padeciera. Tiene especial relevancia las medidas que tomó la Iglesia durante la Edad Media para tratar de frenar los suicidios alegando que esto iba en contra de Dios, él único que podía decidir la hora de la muerte. Este pensamiento todavía se mantiene en varias religiones. Del mismo modo, también hay que recordar que tras el Holocausto del siglo XX la eutanasia se convirtió en un tema tabú que, como ha afirmado alguna autora, muchos siguen relacionando erróneamente con exterminio y genocidio.

Lo anterior demuestra dos razones fundamentales por las que hay una parte de la sociedad que es contraria a la eutanasia. Por una parte, las religiones, a pesar de que estén perdiendo poder, siguen teniendo influencia en un elevado número de creyentes y, por ello, sigue bastante extendida la idea de que anticipar el fallecimiento de una persona es pecado. Por otra parte, muchos temen que tolerar la eutanasia pueda derivar en que se vuelva a las ideas eugenésicas de la Alemania nazi y se generalice la eliminación de aquellas personas consideradas débiles o inferiores sin su consentimiento.

Las diferentes perspectivas sobre la eutanasia han llevado a que la misma y su variante, el suicidio asistido, o bien se prohíban penalmente o bien se despenalicen. Como ya se ha mencionado en este trabajo, la mayoría de los países, incluida España en los últimos años, han optado por prohibir tanto el suicidio asistido como la eutanasia. Sin embargo, no es menos cierto que cada vez más territorios están admitiendo estos comportamientos. En relación a esto último, resulta llamativo señalar que en ocasiones la eutanasia está peor vista que el suicidio asistido, ya que hay países que admiten la segunda pero no la primera figura.

Centrándonos ahora en la lista de territorios que han legitimado la eutanasia y/o el suicidio asistido, caben dos posibilidades. Por un lado, la despenalización puede ser total, es decir, se autoriza la conducta eutanásica para todos los ciudadanos o, por otro lado, se pueden regular los supuestos concretos en los que se va a consentir y establecer las personas determinadas a las que no se les va a castigar si llegan a realizar tales actos. Casi todos los lugares de la lista nombrada han decidido establecer leyes (en el caso de Colombia han sido resoluciones) que recogen los requisitos, procedimientos y garantías que deben cumplirse para no sancionar la eutanasia y/o el suicidio asistido, limitando la despenalización a ciertos casos. Entre estas leyes se encuentra la LO 3/2021 de España.

La LO 3/2021 recoge unas características que en algunos aspectos son similares a los fijados por los países europeos (Países Bajos, Bélgica, Luxemburgo), Colombia y Canadá. De esta manera, en todos estos lugares para que se practique la eutanasia o el suicidio asistido se exige la existencia de algún tipo de enfermedad o padecimiento grave e incurable que cause sufrimientos y que la solicitud realizada sea voluntaria y no proceda de presiones externas. Asimismo, también todos establecen la necesidad de que el médico responsable delibere con el paciente sobre su situación y las posibles alternativas a la muerte, y a partir de los datos recibidos el enfermo podrá expresar su consentimiento libre e informado.

Prestando atención ahora al entorno europeo, siempre se contempla la intervención de un médico responsable y un médico consultor (en Bélgica en algunos casos incluso se prevé una segunda consulta a un tercer médico) que comprobaran los requisitos requeridos. También en los mencionados países europeos se ha instaurado una Comisión que tendrá funciones de control sobre la adecuación a los requisitos y procedimiento previstos. Pero mientras que en los Países Bajos, Bélgica y Luxemburgo

la Comisión realiza solamente una inspección a posteriori del fallecimiento, en España la Comisión supervisa antes y después de la muerte. Otra diferencia entre estos países es que en los Países Bajos y Bélgica han extendido la posibilidad de ayuda para morir a los menores, pero en Luxemburgo y España únicamente pueden recibir ese auxilio los mayores de edad.

En los cuatro países europeos aludidos, junto con Colombia y Canadá, se percibe como la despenalización se ha limitado a no castigar al personal sanitario y siempre y cuando se respeten las condiciones y la tramitación prevista. Hay quienes han criticado esto porque consideran que la despenalización debería haber sido total, sin embargo, tras lo analizado no comparto la misma opinión.

En primer lugar, a través del caso Gross contra Suiza he comprendido la inseguridad jurídica que conlleva limitarse a eliminar del CP los preceptos referentes a la muerte asistida sin regular un procedimiento. Como se pudo observar en ese conflicto jurídico, la falta de una guía que establezca claramente los pasos a seguir cuando alguien solicita auxilio para acabar con su vida genera desconcierto y confusión tanto a quien quiere solicitar la ayuda como a quien pretende proporcionarla, ya que ambos pueden dudar acerca de qué manera deben actuar.

Es más, tampoco veo la necesidad de que normas como la LO 3/2021 amplíen la despenalización al personal no sanitario. Esto no lo afirmo en base a la justificación que da el preámbulo de nuestra LO sobre que la despenalización total vaya a suponer la desprotección del derecho a la vida de la persona que desea morir, ya que comparto la opinión de que no se daría tal desprotección al haberse renunciado voluntariamente a dicho derecho. No obstante, para poder realizar tal renuncia el enfermo debe expresar su consentimiento libre e informado y los únicos que podrían ofrecer una información correcta y fiable tanto sobre el estado de salud como sobre las posibles alternativas a la muerte son los trabajadores sanitarios. Además, los médicos y las enfermeras debido a los conocimientos que tienen son los más aptos para poder practicar la eutanasia o el suicidio asistido de la manera más segura y menos dolorosa para el paciente.

En definitiva, por todo lo expuesto y por las múltiples garantías que ofrece la LO 3/2021 pienso que la misma es adecuada para dar respuesta a la demanda social que venía existiendo desde hace mucho tiempo en relación con admitir la eutanasia.

8. Bibliografía

- ÁLVAREZ GÁLVEZ, Íñigo, “Un comentario sobre el caso de Gross c. Suiza (Tribunal Europeo de Derechos Humanos, caso N° 67810/10)”, *Revista Tribuna Internacional*, vol. 4, n°. 8, 2015.
- AMADOR RIVERA, Gonzalo H., “Suicidio: consideraciones históricas”, *Revista Médica La Paz*, vol. 21, n°. 2, La Paz, 2015.
- ANDRUET, Armando S., “Ley holandesa de terminación de la vida a petición propia. Nuestra consideración acerca de la eutanasia”, *Derecho y salud*, vol. 9, n°. 2, 2001.
- AZULAY TAPIERO, Armando, “La sedación terminal. Aspectos éticos”, *Anales de Medicina Interna*, vol. 20, n°. 12, Madrid, 2003.
- BACON, Francis, *Novum Organum*, Ediciones Orbis S.A., Buenos Aires, 1984.
- BARROSO FERNÁNDEZ, Irene de la C. / GRAU ABALO, Jorge, “Eutanasia y cuidados paliativos: ¿diferentes aristas de un mismo problema?”, *Psicología y Salud*, vol. 22, n°. 1, 2012.
- BOECHAT CABRAL, Hideliza, “Ortotanasia: permitir morir no significa sencillamente dejar morir”, *Derecho y Cambio Social*, 2017.
- BONT, Maribel, *et al.*, “Eutanasia: una visión histórico-hermenéutica”, *Comunidad y Salud*, vol. 5, n°. 2, Maracay, 2007.
- CAMPOS CALDERÓN, J. Federico / SÁNCHEZ ESCOBAR, Carlos / JARAMILLO LEZCANO, Omaira, “Consideraciones acerca de la Eutanasia”, *Medicina legal de Costa Rica*, vol. 18, n°. 1, Heredia, 2001.
- CLIMENT GALLART, Jorge Antonio, “La jurisprudencia del TEDH sobre el derecho a la disposición de la propia vida”, *Actualidad Jurídica Iberoamericana*, IDIBE, n°. 8, 2018.
- DE LA MATA BARRANCO, Norberto Javier, “El derecho penal de la libertad: ¿qué hacemos con la eutanasia?”, *Almacén de Derecho*, 2020.
- DE MIGUEL SÁNCHEZ, Carolina / LÓPEZ ROMERO, Alejandro, “Eutanasia y suicidio asistido: conceptos generales, situación legal en Europa, Oregón y Australia (I)”, *Medicina Paliativa*, vol. 13, n°. 4, 2006.

- DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO, Miguel / BARBER BURUSCO, Soledad, “Participación en el suicidio y eutanasia. Esbozo del tratamiento penal en España”, *Revista Nuevo Foro Penal*, vol. 8, n°. 79, Universidad EAFIT, Medellín, 2012.
- DURKHEIM, Emilio, *El suicidio. Estudio de Sociología*, Mariano Ruiz-Funes (Trad.), Editorial Reus, Madrid, 1928.
- ERSEK, Mary, “El suicidio asistido: una cuestión compleja”, *Nursing*, vol. 24, n°. 3, 2006.
- FERREIRA, Sidnei / PORTO, Dora, “Mistanasia x Calidad de vida”, *Revista Bioética*, vol. 27, n°. 2, Brasilia, 2019.
- FLORES SALGADO, Lucerito Ludmila, “Autonomía y manifestación de la voluntad en el testamento vital y documento de voluntad anticipada en México”, *Revista IUS*, vol. 9, n° 36, Puebla, 2015.
- GAMARRA, María del Pilar, “La asistencia al final de la vida: la ortotanasia”, *Horizonte Médico*, vol. 11, n°. 1, La Molina, 2011.
- GARCÍA PEREÁÑEZ, José Antonio, “Dilemas bioéticos sobre el final de la vida”, *Revista Colombiana de Bioética*, vol. 10, n°. 2, Bogotá, 2015.
- GASCÓN ABELLÁN, Marina, “¿De qué estamos hablando cuando hablamos de eutanasia?”, *Humanitas, Humanidades Médicas*, vol. 1, n°. 1, 2003.
- GUERRERO DÍAZ, Miguel, “Reflexiones sobre el suicidio desde la mirada histórica”, *Boletín Psicoevidencias*, n°. 55, Andalucía, 2019.
- GUTIÉRREZ-SAMPERIO, César, “La bioética ante la muerte”. *Gaceta Médica de México*, vol. 137, n°. 3, 2001.
- JIMÉNEZ DE ASUA, Luis, *Libertad de amar y derecho a morir. Ensayos de un criminalista sobre eugenesia, eutanasia y endocrinología*, 3ª edición, Historia Nueva, Santander, 1929.
- JONSEN, Albert R., “Ética de la eutanasia”, *Humanitas, Humanidades Médicas*, vol. 1, n°. 1, 2003.

- JUANATEY DORADO, Carmen, “Notas históricas sobre el suicidio y la eutanasia”, *Humanitas, Humanidades Médicas*, vol. 1, nº. 1, 2003.
- MURGUÍA GUTIÉRREZ, María Isabel, “Ortotanasia, pauta y límite a la eutanasia”, *Hospitalidad ESDAI*, nº. 12, 2007.
- PADOVANI CANTÓN, Antonio Manuel / CLEMENTE RODRÍGUEZ, María Elisa “Eutanasia y legislación”, *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, vol. 12, nº. 2, Pinar del Río, 2008.
- PÁNIKER ALEMANY, Salvador, “El derecho a morir dignamente”, *Anuario de Psicología*, vol. 29, nº. 4, Barcelona, 1998.
- PARREIRAS REIS DE CASTRO, Mariana, *et. al.*, “Eutanasia y suicidio asistido en países occidentales una revisión sistemática”, *Revista Bioética*, vol. 24, nº. 2, 2016.
- PÉREZ FLORES, Manuel, “Bioética: perspectivas históricas e ideológicas sobre Eutanasia”, *Revista Médica Clínica Las Condes*, vol. 15, nº. 4, Las Condes, 2004.
- PÉREZ SÁNCHEZ, Elías, “Eutanasia, autonomía y la libre disponibilidad de la propia vida”, *Astrolabio Nueva Época: Revista digital del Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad*, nº. 15, 2015.
- Platón, *Obras Completas*, Patricio de Azcárate y del Corral (Trad.), t. 5, Medina y Navarro Editores, Madrid, 1871.
- Platón, *Diálogos vol. 9. Leyes (Libros VII-XII)*, Francisco Lisi (Trad.), Editorial Gredos, Madrid, 1999.
- PORTA SALES, Josep, *et. al.*, “Definición y opiniones acerca de la sedación terminal: estudio multicéntrico catalano-balear”, *Medicina Paliativa*, vol. 6, nº. 3, 1999.
- RIQUELME VÁZQUEZ, Pablo, “Suicidio asistido y libre desarrollo de la personalidad en la República Federal de Alemania”, *UNED. Revista de Derecho Político*, nº. 109, Vigo, 2020.
- RIVERA LÓPEZ, Eduardo, “Eutanasia y autonomía”, *Humanitas, Humanidades Médicas*, vol. 1, nº. 1, 2003.
- ROMEO CASABONA, Carlos María (Ed.), *La eugenesia hoy*, Editorial Comares, Bilbao-Granada, 1999.

- ROMEO CASABONA, Carlos María, *Los delitos contra la vida y la integridad personal y los relativos a la manipulación genética*, Editorial Comares, Granada, 2004.
- SANCHÉZ-SALVATIERRA, Jazmin M. /TAYPE-RONDAN, Álvaro, “Evolución del Juramento Hipocrático: ¿qué ha cambiado y por qué?”, *Revista médica de Chile*, vol. 146, n°. 12, Santiago, 2018.
- TOMÁS-VALIENTE LANUZA, Carmen, “La evolución del derecho al suicidio asistido y la eutanasia en la jurisprudencia constitucional colombiana: otra muestra de una discutible utilización de la dignidad”, *Revista Española de Derecho Constitucional*, 2019.
- URIARTE MÉNDEZ, Ariel, *et. al.*, “La familia y la limitación del esfuerzo terapéutico en los cuidados intensivos pediátricos”, *MediSur*, vol. 12, n°. 1, Cienfuegos, 2014.
- VERA CARRASCO, Oscar, “Aspectos bioéticos en la atención de los pacientes de las unidades de cuidados paliativos”, *Revista Médica La Paz*, vol. 21, n°. 1, La Paz, 2015.
- VILCHES, Liliana, “Sobre la eutanasia”, *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, vol. 10, n°. 1, 2001.

Artículos periodísticos:

- CUESTA, Consuelo, “21 años sin Ramón Sampedro el tetraplégico que falleció tras beber cianuro potásico”, *El Comercio*, 2019.
- GOROSPE, Pedro, “Muere Maribel, la enferma de alzhéimer que pedía la eutanasia”, *El País*, Vitoria/Madrid, 2019.
- PORRAS FERREYRA, Jaime, “Una mujer adelanta su muerte para cumplir la ley de eutanasia de Canadá”, *El País*, Montreal, 2018.