

Trabajo Fin de Grado

**“EUTANASIA Y OBJECCIÓN DE
CONCIENCIA EN LA *LO 3/2021, DE
24 DE MARZO, DE REGULACIÓN
DE LA EUTANASIA*”**



EKONOMIA
ETA ENPRESA
FAKULTATEA
FACULTAD
DE ECONOMÍA
Y EMPRESA

Doble grado en ADE y Derecho
Curso 2022/2023

Autor/a: Cristina Gómez Pastor

Director/a: Javier María Tajadura Tejada

Bilbao, a 12 de febrero de 2023



LISTADO DE ABREVIATURAS

C.E.: Constitución española de 1978

CIS: Centro de investigaciones sociológicas

CP: Código penal

CGE: Comisión de Garantía y evaluación

F.J.: Fundamento jurídico

LORE: Ley orgánica de regulación de la eutanasia

PAM: Proceso de ayuda a morir

SMA: Suicidio médicamente asistido

STC: Sentencia del Tribunal Constitucional

STEDH: Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos humanos

TC: Tribunal Constitucional

TEDH: Tribunal europeo de derechos humanos

RESUMEN: La *LO 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia*, incorpora en el ordenamiento jurídico español el derecho a solicitar y recibir ayuda médica a morir. Esta ley ha permitido dar respuesta a una demanda social que existía desde hace décadas, y por ello, el presente trabajo tendrá como objeto analizar su régimen jurídico. Se comenzará concretando las conductas a las que se hace referencia cuando se emplea el término eutanasia y cuáles son las que realmente se regulan en la ley. También se hará un breve recorrido por los países que han regulado la eutanasia (y el suicidio asistido). Y como en España, la LORE está generando polémicas y dudas en su aplicación, se expondrán sus principales puntos controvertidos, entre los que destaca y será objeto de análisis en este trabajo, la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios.

PALABRAS CLAVE: Ayuda a morir, eutanasia, LORE, objeción de conciencia, suicidio asistido

ABSTRACT: The *LO 3/2021, of 24 March, on the regulation of euthanasia*, incorporates into the Spanish legal system the right to request and receive medical assistance in dying. This law has made it possible to respond to a social demand that had existed for decades, and for this reason, the aim of this paper will be to analyse its legal regime. We will begin by specifying the behaviours referred to when the term euthanasia is used and which are actually regulated by the law. We will also take a brief look at the countries that have regulated euthanasia (and assisted suicide). And as in Spain, the LORE is generating controversy and doubts in its application, its main controversial points will be presented, among which the conscientious objection of health professionals will be the object of analysis in this work.

KEYWORDS: Help to die, euthanasia, LORE, conscientious objection, assisted suicide

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN	3
2. EUTANASIA	4
2.1 Concepto	4
2.2 Clases	6
2.3 Naturaleza	7
3. DERECHO COMPARADO	9
4. LEY ORGÁNICA 3/2021, DE 24 DE MARZO, DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA	16
4.1 Antecedentes	16
4.2 Derechos afectados	18
4.3 Objeto de la regulación	19
4.4 Requisitos de acceso a la prestación	19
4.5 Proceso de ayuda a morir (PAM)	20
4.6 Garantías	23
5. ASPECTOS CONTROVERTIDOS DE LA LORE	24
6. LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA	31
6.1 Concepto	32
6.3 Clases	34
6.4 La objeción de conciencia en la LORE	35
6.5 El registro de profesionales objetores	40
7. CONCLUSIONES	43

1. INTRODUCCIÓN

La esperanza de vida de la sociedad actual es cada vez mayor y los medios técnicos que permiten sostenerla de manera artificial están en constante evolución. Por ello, es habitual ver en los medios de comunicación casos de pacientes en continuo sufrimiento y sin perspectivas de mejora, que no desean seguir viviendo y solicitan ayuda para morir porque su estado de salud les impide hacerlo por sí mismos. En este marco, surge una nueva demanda social en torno a la toma de decisiones sobre el final de la vida para que las personas que auxilian a la muerte del paciente no incurran en responsabilidad penal.

La *LO 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia* (en adelante, LORE) permite satisfacer esa demanda social incorporando en el ordenamiento jurídico español el derecho a solicitar y recibir ayuda médica a morir. A raíz de distintos casos mediáticos, el dilema entre vivir o morir llamó mi atención, pero en el momento de aprobación de la ley no tuve oportunidad de profundizar en el tema, por lo que el trabajo de fin de grado se presenta como una oportunidad para aumentar mis conocimientos en la materia.

El objetivo del trabajo será analizar la regulación de la LORE y para comprenderlo, es necesario empezar con un análisis conceptual de la eutanasia, precisar la naturaleza del derecho y analizar sus diferentes clases, delimitando el tipo de eutanasia que será regulada por la LORE.

En segundo lugar, se efectuará un análisis comparado, ya que es conveniente ver como otros ordenamientos jurídicos regulan, si lo hacen, el derecho a la eutanasia y suicidio asistido.

Tras la vista comparada, la piedra angular del trabajo girará en torno al régimen jurídico de la LORE. Iniciaré con los antecedentes de la ley y una mención de los derechos y principios que pueden verse afectados, después procederé a delimitar el objeto de la regulación, los requisitos de acceso a la prestación, las distintas fases del procedimiento de ayuda a morir y las garantías legales previstas.

La regulación ha sido altamente controvertida y por eso, el trabajo va a concluir con una exposición de los principales puntos conflictivos. Como uno de los más relevantes es la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios, el apartado final irá destinado a analizar la objeción de conciencia y su regulación en la LORE.

En cuanto a la metodología empleada, se han consultado diversos manuales, informes, revistas, normativa y jurisprudencia nacional, europea y extranjera. Todos estos recursos me han permitido crear una opinión acerca de la regulación de la LORE y cómo trata de conciliar el derecho a la prestación de ayuda a morir con la libertad de conciencia de los profesionales sanitarios, que será expuesta en el apartado relativo a las conclusiones.

2. EUTANASIA

2.1 Concepto

Etimológicamente, según la Real Academia Española, la palabra eutanasia proviene del latín *euthanasia* y está derivada del griego *eu* (bueno) y *thanatos* (muerte) que significa “buena muerte”.

La Asociación Médica Mundial (AMM) define la eutanasia como “*el acto deliberado de poner fin a la vida, a petición propia o de algún familiar*” (2002). Esa acción va dirigida a causar la muerte rápida e indolora de un paciente, bajo su petición expresa, con el objetivo de acabar con el sufrimiento físico o psíquico derivado de su enfermedad o padecimientos incurables (De Miguel Sánchez y López Romero, 2006: Pp.209).

En general, el fenómeno de la eutanasia exige la concurrencia de cuatro elementos (Payán Ellacuría, 2020: Pp. 5):

1. La *situación sanitaria especialmente desfavorable* (elemento objetivo), es decir, que adolezca una enfermedad grave e incurable o padecimientos permanentes e irreversibles, de manera que la calidad de vida no mantendrá un mínimo aceptable.
2. La *voluntad del afectado* (elemento subjetivo), esto es, que la decisión de adelantar la muerte sea una decisión personalísima del enfermo expresada por su petición o consentimiento.
3. La *intervención, activa o pasiva, de un tercero* que va a provocar la muerte del afectado
4. La *muerte del afectado* que se produce con el objetivo de acabar con el sufrimiento

Teniendo en cuenta el concepto de eutanasia y sus elementos esenciales, se puede diferenciar de otras figuras (Vega Gutiérrez, 2000: Pp 2):

Los “*tratamientos paliativos*” consisten en la aplicación de fármacos para aliviar el dolor en un paciente terminal, aunque ello produzca, indirecta e inevitablemente, un cierto acortamiento de la vida. Esta figura se corresponde con la eutanasia indirecta, ya que la finalidad es disminuir el dolor, pero como efecto secundario puede adelantar la muerte.

La “*distanasia*” (del griego “dis” y “thánatos”, significa “mala muerte”) es lo contrario de la eutanasia, ya que la finalidad es retrasar la muerte todo lo posible utilizando medios para prolongar artificialmente la vida. La distanasia es también denominada “*ensañamiento terapéutico*” pues se intenta alargar la vida del paciente por medios extraordinarios y desproporcionados, a pesar de que no tenga esperanza de cura e implique mayor sufrimiento.

La “*adistanasia*” significa la omisión o retirada de los medios extraordinarios o desproporcionados que permiten sostener la vida de un enfermo terminal. Se corresponde con la eutanasia pasiva porque la muerte no es provocada, sino que deja que esta suceda dejando de poner inconvenientes a una muerte inminente.

La “*cacotanasia*” es la eutanasia involuntaria, que se impone sin una petición expresa e inequívoca del afectado que tiene capacidad para expresar su voluntad.

Es importante diferenciar la eutanasia del “*suicidio asistido*”. Ambas son modalidades del proceso de ayuda a morir pero diferentes en cuanto a su finalidad, ya que en el suicidio asistido el objetivo es provocar la muerte propia, mientras que en la eutanasia se persigue la muerte ajena. También difieren en cuanto al sujeto que realiza la acción, pues en el suicidio asistido es el propio paciente quien se autoadministra el fármaco letal y el tercero se limita a prescribirlo, mientras que en la eutanasia el tercero es el encargado de administrar el fármaco letal, provocando directamente la muerte del paciente. De manera que, en la eutanasia la muerte asistida se da por administración y en el suicidio asistido, por prescripción.

2.2 Clases

Una vez analizado el concepto de eutanasia y sus elementos esenciales, se expondrán las distintas clases de eutanasia que existen atendiendo a diversos criterios (Rivera López, 2003: Pps. 18-21):

2.2.1 Eutanasia directa e indirecta

Por el modo de acción, se distingue entre dos tipos de eutanasia: La eutanasia directa (y dentro de ella, la activa y la pasiva) y la eutanasia indirecta.

La eutanasia directa tiene como objetivo provocar la muerte de un enfermo y dentro de esta, dependiendo de la actuación del profesional, puede ser:

- Eutanasia activa o positiva: Es la acción dirigida a provocar la muerte a través de la administración de un medicamento letal o de una intervención que causa el fallecimiento. En España, antes de la aprobación de la LORE era una conducta tipificada como delito en el artículo 143.4 del CP.
- Eutanasia pasiva o negativa: Es la muerte acaecida por omisión de acción, bien porque no se practica una intervención o por quitar el soporte que le mantiene con vida artificialmente. El presupuesto de este tipo de eutanasia es evitar el “ensañamiento terapéutico” al que se ha hecho alusión. Así, 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*, reconoce expresamente en el art. 2.4 el derecho del paciente de negarse al tratamiento médico.

La eutanasia indirecta es la que tiene como objetivo aliviar el dolor y sufrimiento, aunque como efecto adverso, se produzca un acortamiento de la vida o acelere el proceso de muerte. Al igual que la eutanasia pasiva, se trata de una conducta atípica en España y como se ha dicho, se puede apreciar en tratamientos paliativos.

2.2.2. Eutanasia voluntaria, no voluntaria e involuntaria

Según la voluntad del paciente, puede ser:

Eutanasia voluntaria: Se corresponde con la definición propia de eutanasia, cuando el paciente expresa su voluntad de morir de manera libre y consciente y la eutanasia es practicada previa petición expresa.

Eutanasia no voluntaria: Se da en aquellos casos de eutanasia que recaen sobre pacientes que no tienen capacidad para consentir, ya sea porque no pueden o porque su consentimiento no es válido. Es la eutanasia practicada sin la voluntad del sujeto o con la voluntad de un sujeto incapaz para consentir. Por ejemplo: casos de niños, enajenaciones mentales, etc.

Eutanasia involuntaria: Se produce cuando una tercera persona es quien impone la decisión de morir (también denominada *cacotanasia*) porque no le ha consultado o haciéndolo, el paciente la ha rechazado. En este caso, la eutanasia se practica contra la voluntad del sujeto o sin la voluntad del sujeto capaz para consentir.

2.2.3 Eutanasia eugénica o piadosa

Según la finalidad, se distingue entre:

Eutanasia eugénica: Es la que se produce por motivos sociales y/o raciales como una vía para purificar la raza, liberar a la familia o a la sociedad de la carga de las llamadas “*vidas sin valor*” (Vega Gutiérrez, 2000: Pp: 2). Por ejemplo: el holocausto nazi.

Eutanasia piadosa: Tiene como objetivo evitar el dolor y sufrimiento de una persona enferma y es la que se asocia con la definición actual de la eutanasia.

Cuando se habla de eutanasia en la LORE no se refiere a todos los tipos de eutanasia, sino que el preámbulo limita el término a aquella producida de manera activa y directa. Por tanto, de todos los tipos analizados, el concepto de eutanasia en torno al cual girará este análisis será la eutanasia activa, directa, voluntaria y piadosa.

2.3 Naturaleza

La eutanasia no aparece expresamente en la CE, pero su vinculación con diversos preceptos constitucionales (Art. 15, Art. 1.1, Art. 10.1 CE), hace que su naturaleza deba ser contemplada desde una perspectiva constitucional. Además, es importante distinguir entre eutanasia activa directa y eutanasia pasiva e indirecta.

La eutanasia pasiva y la activa indirecta forman parte del derecho de autodeterminación del paciente que, a juicio del TC, está implícito en el derecho fundamental a la vida e integridad física y moral del art. 15 CE (F.J.9 de la STC 154/2002, de 18 de julio), es decir, son conductas que forman parte del derecho fundamental a la integridad personal.

Mientras que, en el caso de la eutanasia activa directa, dependiendo de la interpretación constitucional que se lleve a cabo para regular su práctica, Rey Martínez ha establecido cuatro modelos diferentes (2008: Pps. 83-88):

Eutanasia constitucionalmente prohibida: Es el modelo tradicional propio de ideologías más conservadoras, en el que el derecho a la vida es interpretado en sentido absoluto. En consecuencia, la eutanasia activa directa es una conducta prohibida en todo caso y una eventual despenalización de la misma sería inconstitucional, por ir en contra del derecho fundamental de la vida (Art. 15 CE).

Eutanasia como derecho fundamental: Es el opuesto del anterior en el que el derecho a la vida es interpretado en sentido relativo, en relación con el principio de dignidad de la persona y libre desarrollo de la personalidad (art. 10.1 CE) del que se desprende el “derecho a disponer de la propia vida”, que legitima la eutanasia activa directa. Se trata de una consideración relevante, ya que al ser expresión de un derecho fundamental, lo que sería inconstitucional sería una eventual penalización de la eutanasia activa directa.

Eutanasia como libertad constitucional legislativamente limitable: El tercer modelo entiende que de la CE no se deriva un “derecho a disponer de la propia vida”, pero basándose en la cláusula general de libertad del art. 1.1 CE se amparan conductas, como el suicidio, que no afectan a bienes ajenos. En consecuencia, la eutanasia activa directa está permitida como un acto de libertad, aunque podrá ser limitada por el legislador en atención a los intereses públicos afectados.

Eutanasia como excepción legislativa legítima: Este modelo es más riguroso que el anterior, pues parte de que la cláusula de libertad del Art. 1.1 CE no ampara conductas de suicidio y menos aún, de eutanasia activa directa. En consecuencia, la penalización de la eutanasia activa directa es constitucional, pero el legislador puede, en atención a otros bienes y derechos, despenalizarla bajo ciertas condiciones.

En España, la legalización y regulación de la eutanasia activa directa se asienta sobre los derechos fundamentales a la vida y a la integridad física y moral (Art. 15 CE), en relación con otros bienes constitucionalmente protegidos como la dignidad (Art. 10.1 CE), la libertad (Art. 1.1 CE) o la autonomía de la voluntad (Preámbulo de la LORE). En consecuencia, algunos autores afirman que se corresponde con el modelo de “*eutanasia como derecho fundamental*” (Presno Linera, 2021: Pp. 34). Esta idea se manifiesta en la propia ley, ya que los recursos jurisdiccionales se remiten al procedimiento previsto para la protección de los derechos fundamentales en la *Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-administrativa* (Disposición adicional quinta de la LORE).

3. DERECHO COMPARADO

España no es el primer país en regular la eutanasia y el suicidio asistido, por eso, resulta necesario hacer una vista comparada de aquellos países que permiten y regulan la muerte asistida. Actualmente, la eutanasia y el suicidio asistido es legal en 7 países: Holanda (2002), Bélgica (2002), Luxemburgo (2009), Colombia (2014), Canadá (2016), España y Nueva Zelanda (2021). Y aparte de los países que regulan tanto la eutanasia como el suicidio asistido, hay otros que solo han tolerado el suicidio asistido.

3.1 Holanda

El primer país en reconocer el derecho a la eutanasia y el suicidio asistido fue Holanda. El caso pionero se dio en 1973 en relación con el caso Postma, cuando la Dra. Geertruda Postma, por motivos de piedad, puso fin a la vida de su madre con una inyección de morfina y la corte suprema Holandesa decidió no sancionar la eutanasia si se daban ciertas condiciones. A raíz de esta sentencia, se aprobó la *Ley de verificación de la terminación de la vida a petición propia y auxilio al suicidio*, que entró en vigor en el año 2002 y despenaliza la eutanasia y el suicidio asistido, siempre que se aprecien los siguientes requisitos (Art. 2.1 de la Ley 26691/2001):

- El/la médico/a debe tener la convicción de que la petición del paciente es voluntaria y meditada. También se admite la solicitud que conste por escrito en lo que suele denominarse “documento de voluntades anticipadas”, donde manifiesta el deseo de recibir la eutanasia si en el futuro llega a tener el estado

de salud deteriorado y no pudiera expresar su voluntad (Art. 2.2 de la Ley 2669/2001).

- Así como de que el padecimiento del paciente es “*insoportable y sin perspectivas de mejora*”. La ley Holandesa no restringe la ayuda a morir a las enfermedades terminales, de hecho, ni siquiera exige una enfermedad y extiende su aplicación a “padecimientos insoportables e incurables” sin más concreción, lo que incluye no solo el sufrimiento derivado de enfermedades físicas, sino también mentales.
- El/la médico/a tiene que informar al paciente de su estado de salud y esperanza de vida y juntos llegar al convencimiento de que no existe otra solución razonable, a través de un proceso deliberativo en el que mantendrán distintas entrevistas.
- Y tiene que consultar, al menos, con un médico independiente que ha visto al paciente y ha emitido un dictamen sobre el cumplimiento de los requisitos.

Desde el punto de vista del paciente, debe tener capacidad plena (salvo que concurra la excepción del art. 2.2) y hacer la solicitud de forma voluntaria, aunque no es necesario que la efectúe por escrito y puede revocar su decisión en cualquier momento. En cuanto a la edad, Holanda es uno de los pocos países que han permitido la eutanasia de los menores de edad. Entre los 12 y 16 años, pueden solicitar la eutanasia siempre que tengan madurez suficiente para comprender la decisión y cuenten con el consentimiento de los padres o tutor (Art. 2.4 de la Ley 2669/2001). Y a partir de los 16 años, pueden solicitarla incluso sin el consentimiento de los padres, aunque estos deben de participar en la decisión final (Art. 2.3 de la Ley 2669/2001).

Una de las peculiaridades es que, a diferencia de otras regulaciones, Holanda no exige la nacionalidad o residencia como condición para recibir las solicitudes, por lo que algunas comisiones admiten solicitudes de personas extranjeras y ha dado lugar al denominado “*turismo eutanásico*”, es decir, personas residentes en países donde el acto eutanásico no estaba permitido se desplazan a Holanda, exclusivamente, para poder recibir la eutanasia de forma legal (Beltrán Aguirre, 2021: Pp. 158).

El modelo holandés cuenta con un control *ex post*, ya que una vez ejecutada la eutanasia o suicidio asistido, el/la médico/a enviará un formulario al forense municipal de las causas del fallecimiento y motivará el cumplimiento de los requisitos legales (Art. 21 a)

de la Ley 26691/2001). Una vez recibido el formulario y el informe por el forense municipal, este lo enviará a la Comisión Regional Estatal de Comprobación (Art. 21 c) de la Ley 26691/2001), que se encargará de corroborar el cumplimiento de los requisitos y emitir un dictamen al respecto (Arts. 3.2, 8.1, 14 de la Ley 26691/2001).

3.2 Bélgica

En el caso de Bélgica, regula la eutanasia en la *Ley de 28 de mayo de 2002, de eutanasia*, en vigor desde el 20 de septiembre de ese mismo año, que solamente legaliza y regula la eutanasia porque su Código Penal no castiga el suicidio asistido.

Instaura un modelo similar al de Holanda, exigiendo al médico que verifique los siguientes requisitos (Art. 3 de la Ley relativa a la eutanasia):

- El carácter voluntario, consciente y reiterado de la petición, y que no resulte de una presión externa.
- La situación médica del paciente con “*pronóstico de no recuperación*” que padece un “*sufrimiento físico o psíquico constante e insoportable*”, como resultado de una “*afección accidental o patológica grave e incurable*”. Al igual que Holanda, no exige que la enfermedad sea terminal y equipara el sufrimiento físico al psíquico.
- Informar al paciente sobre su salud, valorar juntos las posibilidades terapéuticas y concluir que no existe otra solución razonable.
- Debe certificar el carácter permanente del sufrimiento físico o psíquico del paciente y su voluntad y a tal fin, realizará un proceso deliberativo con él (sobre su diagnóstico, expectativas...) y este tendrá que reiterar la solicitud, mediando un periodo de tiempo entre ellas.
- Y consultar con otro médico que examinará la historia clínica del paciente y emitirá un dictamen sobre el carácter constante, insoportable e incurable del sufrimiento físico o psíquico.

Desde el punto de vista del paciente, es necesario que su solicitud se presente por escrito y puede revocar la decisión en cualquier momento (Art. 3.4 de la Ley relativa a la eutanasia). En supuestos de incapacidad de hecho, también contempla la posibilidad de practicar la eutanasia mediante un consentimiento anticipado constatado en un documento (Art. 4 de la Ley relativa a la eutanasia). Y del mismo modo que Holanda,

extiende la eutanasia a los menores de edad: Hasta los 15 años, con el consentimiento del tutor o representante legal y los mayores de 15 años emancipados, la pueden solicitar por sí mismos, siempre que el/la médico/a constate la situación incurable y el sufrimiento físico o psíquico constante e insoportable (Art. 3.1 de la Ley relativa a la eutanasia).

Una vez practicada, la Comisión Federal de Control y Evaluación llevará a cabo el control *ex post*, examinando el cumplimiento de los requisitos y emitiendo un documento al respecto. La ley señala que la información contenida en este documento es confidencial entre el/la médico/a y la comisión, y cuando a juicio de esta última no se han cumplido los requisitos legales, se remitirá a la Fiscalía del lugar de fallecimiento (Arts. 7 y 8 de la Ley relativa a la eutanasia).

3.3 Luxemburgo

En Luxemburgo la eutanasia y el suicidio asistido se legalizan mediante la *Ley de 16 de marzo de 2009 sobre la Eutanasia y la Asistencia al suicidio*. A diferencia de Holanda y Bélgica, no admite la eutanasia de los menores de edad, sino que el primer requisito exigido es que la solicitud se formule por un paciente mayor de edad. La ley es aplicable siempre que el paciente se encuentre en un estado de “*sufrimiento físico o psíquico constante e insoportable, sin perspectiva de mejora*”, como resultado de una “*dolencia accidental o patológica*”. Es necesario que la solicitud se presente por escrito y podrá ser revocada en cualquier momento (Art. 2 de la Ley sobre la eutanasia y la asistencia al suicidio).

Siguiendo el modelo de los países europeos, exige que el/la médico/a informe al paciente sobre su estado de salud y posibilidades terapéuticas y juntos concluir que es la solución más razonable, tiene que asegurarse del carácter permanente del sufrimiento y de su voluntad, llevando a cabo varias entrevistas en momentos distintos (proceso deliberativo) y consultar a un médico independiente que confirme si la eutanasia o suicidio asistido podrá ser practicada (Art. 2.2 de la Ley sobre la eutanasia y la asistencia al suicidio). En supuestos de incapacidad de hecho, también se permite aplicar la eutanasia cuando el paciente haya consignado su voluntad por escrito en “*disposiciones para el final de la vida*” (Art. 4 de la Ley sobre la eutanasia y la asistencia al suicidio).

Prevé un control *ex post*, por lo que una vez practicada la eutanasia o suicidio asistido, el/la médico/a envía un documento informativo a la Comisión Nacional de Control y Evaluación para que concluya que se ha actuado conforme a la ley (Art. 5 de la Ley sobre la eutanasia y la asistencia al suicidio).

3.4 Colombia

En Colombia, la eutanasia y el suicidio asistido son prácticas permitidas por los tribunales, precisamente, la Corte Constitucional reconoce el derecho a la eutanasia con la sentencia C-239 de 20 de mayo de 1997, pero aún no hay una regulación legal al respecto. Por tanto, la despenalización de la eutanasia no se ha producido por la vía legal, sino por la vía jurisdiccional.

En defecto de ley, la Sentencia T-970/14, de 15 de diciembre de 2014, de la Corte Constitucional solicitó al Ministerio de Salud y Protección Social que elabore una guía para llevar a cabo prácticas de eutanasia y suicidio asistido. Actualmente, esa guía se contiene en la Resolución N.º 1216, de 20 de abril de 2015, que permite aplicar el auxilio a la muerte a aquel paciente que sea mayor de edad, adolezca una enfermedad terminal o se encuentre bajo intenso sufrimiento y dolor, que haya presentado su solicitud de manera libre e informada y sea aprobada por un comité científico-interdisciplinario para el derecho a morir con dignidad.

Del mismo modo que los países europeos, se contempla la posibilidad de realizar tales prácticas mediante un consentimiento anticipado, cuando el paciente esté en una situación de incapacidad y no pueda expresar su voluntad (Arts. 15-17 de la Resolución N.º 1216, 20 de abril de 2015).

3.5 Canadá

En Canadá fue el Tribunal Supremo federal, quien en la Sentencia Carter de 2015 ordenó al legislador regular la eutanasia y el suicidio asistido. Así, se aprobó la *Ley C-14, de 17 de junio de 2016, de asistencia médica para morir*, que despenaliza la eutanasia y el suicidio asistido.

La ley de Canadá contempla una regulación diferenciada y bastante más limitada que el resto, ya que exige que el paciente sea mayor de 18 años (no contempla la eutanasia o suicidio asistido de los menores de edad), deben ser ciudadanos canadienses (no

aplicable a extranjeros), que adolezcan una enfermedad terminal (no basta con padecimientos graves e irremediables) y estén conscientes en el momento de la solicitud. Tampoco admite solicitudes de eutanasia o suicidio asistido mediante un documento de voluntades anticipadas u otro legalmente equivalente. Y otra diferencia fundamental es que no contempla un control *ex post* en manos de un órgano especializado, sino que el profesional sanitario practicante se limita a enviar la información al Ministerio de Sanidad (Beltrán Aguirre, 2021: Pp. 164).

Debido a esas limitaciones, en el año 2021, se aprobó la Ley C-7 que vuelve a modificar el CP. Por un lado, extiende la ayuda médica a morir a pacientes no terminales que tengan un estado de salud “grave e incurable” y, por otro lado, permite un acuerdo entre el/la médico/a y el paciente para que a la vista de una posible situación de incapacidad, el/la médico/a este autorizado para continuar con el proceso de auxilio a la muerte. Este acuerdo se realiza durante el procedimiento entre el/la médico/a y el paciente y, por tanto, sigue sin permitir el consentimiento anticipado que tiene lugar antes del procedimiento entre el paciente y un tercero que prestará el consentimiento en su lugar.

3.6 Nueva zelanda

Nueva Zelanda es el primer país del mundo donde la eutanasia y el suicidio asistido han sido permitidas mediante un referéndum en el año 2021, que aprobó la *Ley de Elección al Final de la Vida*. Esta ley permite aplicar la muerte asistida a los pacientes mayores de edad, ciudadanos o residentes en Nueva Zelanda, que sean capaces de tomar una decisión de muerte asistida, estén bien informados y sufran una enfermedad terminal que probablemente acabará con su vida en 6 meses (Sección 5 de la Ley de Elección al final de la vida). A diferencia de los países europeos, en Nueva Zelanda la ayuda a morir es de alcance más limitado, ya que solo podrá ser utilizada en el caso de pacientes afectados por una enfermedad terminal (no basta con padecimientos graves e incurables) y con un pronóstico de vida inferior a 6 meses.

El/la médico/a debe de consultar con un médico independiente la concurrencia de tales requisitos y en caso de duda sobre la capacidad del paciente para tomar decisiones, con un psiquiatra (Secciones 13, 14 y 15 de la Ley de Elección al final de la vida). Y una vez practicada la eutanasia o suicidio asistido, el/la médico/a practicante debe de enviar un informe al Comité de Revisión (Sección 21 de la Ley de Elección al final de la vida).

3.7 Países que toleran el suicidio asistido

En Estados Unidos, solo algunos de sus territorios han permitido el suicidio asistido. El primero de ellos fue el territorio de Oregón, que toleró el suicidio asistido a través de la *Ley de Muerte con Dignidad de Oregón*, en vigor desde el 27 de octubre, de 1997.

La innovadora ley de Oregón fue la primera de este tipo en Estados Unidos y la que abrió el camino a la tolerancia del suicidio asistido en los siguientes territorios (Death with dignity, 2022): Washington (2009), Vermont (2013), Colorado (2016), California (2016), Distrito de Columbia (2017), Hawái (2018), Nueva Jersey (2019), Maine (2019) y el más reciente, Nuevo México (2021). En el territorio de Montana, a pesar de no existir una ley de muerte digna, también es legal el suicidio asistido en virtud del fallo de la corte suprema en el caso *Baxter v. Montana*, de 31 de diciembre de 2009.

En Suiza, el suicidio asistido también es legal, ya que en el art. 115 de su CP solo se castiga cuando se realiza por motivos egoístas, lo que permite concluir que el suicidio asistido altruista o por motivos no egoístas está permitido. Pero a diferencia de otros países, no tiene leyes específicas que regulen las condiciones para solicitar y recibir la prestación (Reis de Castro, *et al* 2016: Pp. 360-361).

En Alemania, la tolerancia al suicidio asistido se ha producido por decisión mediante la sentencia del TC alemán, de 26 de febrero de 2020, que declara nulo de pleno derecho el art. 217 del CP en virtud del cual se castigaba el suicidio asistido. El tribunal entiende que el derecho al libre desarrollo de la personalidad incluye la libertad de buscar a un tercero que esté dispuesto a ayudarlo en el suicidio, es decir, que el suicidio asistido es un acto de manifestación del libre desarrollo de la personalidad y por eso, la penalización del suicidio asistido es inconstitucional (Coca-Vila, 2020: Pps. 505-506)

Teniendo en cuenta la disparidad normativa, el TEDH ha ido estableciendo pronunciamientos con el fin de poder llevar a cabo una homogeneización, al menos, en los países pertenecientes a la Unión Europea, de los que se pueden extraer las siguientes matizaciones (Climent Gallart, 2018: Pp. 137):

- La eutanasia y suicidio asistido no forman parte del derecho a la vida del art. 2 CEDH, pues este derecho no incluye, en sentido negativo, el derecho a la propia muerte ni de la mano de un tercero, ni con la ayuda de una autoridad pública.

- Tales prácticas quedan amparadas por el derecho al respeto a la vida privada del art. 8 CEDH, que a juicio del TEDH, incluye el derecho a la autonomía personal y en virtud de este último, el paciente puede rechazar un tratamiento médico, aun cuando ello pueda provocar su muerte, y los países pueden extender su alcance regulando la posibilidad de solicitar la eutanasia o suicidio asistido.
- No obstante, la autonomía personal del art. 8 CEDH no puede ser invocada en aquellos países que prohíban la eutanasia y suicidio asistido, ya que son los estados los que, en virtud del “*margen de apreciación nacional*”, están en mejores condiciones para determinar el alcance de las restricciones a los derechos afectados. Y por ello, a pesar de que la eutanasia o suicidio asistido puedan quedar amparadas por el art. 8 CEDH, cuando el estado restringe el alcance de la autonomía personal, prohibiendo prácticas de eutanasia o suicidio asistido, el TEDH tiene que respetar esa decisión del estado, conforme al margen de apreciación nacional (STEDH, de 29 de abril de 2002, caso Pretty v. Reino Unido)

4. LEY ORGÁNICA 3/2021, DE 24 DE MARZO, DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA

4.1 Antecedentes

En España, hasta el año 2021 la eutanasia activa directa y el suicidio médicamente asistido eran conductas castigadas por el artículo 143.4) de la *Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal* (en adelante, CP).

La regulación del CP no se correspondía con la opinión pública, pues ya en la encuesta realizada por el Centro de investigaciones sociológicas en el año 2009, un 58,4% de los encuestados se mostraba a favor de la regulación de la eutanasia en España (Centro de investigaciones sociológicas, 2009). Y ese porcentaje fue incrementando con los años, pues en las encuestas realizadas por IPSOS, una multinacional de investigación de mercados, mostraban como en 2018 el 85% de los españoles estaba a favor de la regulación de la eutanasia (IPSOS, 2018).

Para satisfacer la demanda sostenida de la sociedad actual, el grupo socialista impulsó una proposición de ley orgánica de regulación de la eutanasia (PLORE). Debido al

propósito de modificar el CP y a la injerencia en los derechos fundamentales, de acuerdo con el art. 81 CE, el carácter de la iniciativa ha de ser de ley orgánica.

La iniciativa legislativa fue aprobada el 17 de diciembre de 2020 por el Congreso de los Diputados y superó el trámite de la toma en consideración, mediante el cual el pleno de la cámara hizo suya la propuesta. Obtuvo un apoyo muy amplio de 203 votos a favor y solo los Grupos Parlamentarios del PP y VOX votaron negativamente. De esta manera, se inició la tramitación parlamentaria en un escenario triple: ponencia, pleno y comisión. No obstante, la tramitación parlamentaria se vio afectada por la incidencia de la pandemia, pues durante el estado de alarma se suspendió y hasta el 10 de diciembre de 2020, el congreso no publicó el informe de la ponencia. A partir de ahí, el trámite se aceleró y el 17 de ese mismo mes, el texto resultante de la ponencia y la comisión se aprobó por el pleno del congreso. Una vez aprobado por el congreso, se remitió al pleno del senado que aprobó las enmiendas el 10 de marzo. Y una vez aprobado en el senado, se remitió al congreso que aprobó las mismas enmiendas, produciéndose la aprobación definitiva el 25 de marzo de 2021 (Martínez Sospedra, 2021: Pps. 65-66). Tras su aprobación, se publicó en el Boletín Oficial del Estado (BOE) y entró en vigor a los tres meses, es decir, el 25 de junio de 2021.

Con la entrada en vigor, se despenalizan las conductas de eutanasia activa directa y el suicidio médicamente asistido cuando concurren los requisitos de la ley, pues se añade un apartado 5º al artículo 143 CP “(...)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”

También modifica la redacción del art. 143.4 CP para que, aun cuando no concurren todos los requisitos legales, pero se trate de una persona que sufra un “*padecimiento grave, crónico e imposibilitante*” o una “*enfermedad grave e incurable*”, se contemple una atenuación de la pena, que será inferior en uno o dos grados.

4.2 Derechos afectados

4.2.1 Derecho a la vida (Art. 15 CE)

El preámbulo de la LORE habla de conectar el derecho a la vida con otros bienes constitucionales, aunque más bien se encarga de exceptuar tal derecho, pues, bajo una

serie de requisitos, permite aplicar un procedimiento de ayuda a morir (Rey Martínez, 2021: Pp. 486).

La regulación no se basa en el derecho a la muerte, pues la jurisprudencia del TC ya se posicionó al respecto, concluyendo que el derecho a la vida no incluye, en su dimensión negativa, un derecho a la propia muerte (F.J.7 de la STC 120/1990, de 27 de junio). Aunque tampoco se puede llevar a cabo una interpretación absoluta que imponga un deber constitucional de mantener la vida, ya que se trata de una decisión personalísima en la que se debe tener en cuenta la voluntad de su titular (F.J.3 de la STC 48/1996, de 25 de marzo). Además, deberá ponderarse con otros principios como la dignidad que, a juicio del TC, debe permanecer siempre inalterado en todas las etapas de la vida, incluida en su fase final (F.J.7 de la STC 91/2000, de 30 de marzo)

En consecuencia, como se ha anticipado en la naturaleza del derecho, la regulación se basa en una interpretación relativa del derecho a la vida e integridad física y moral del art. 15 CE, junto con otros bienes constitucionalmente protegidos como la dignidad, la autonomía de la voluntad o la libertad, de manera que *“cuando una persona plenamente capaz y libre se enfrenta a una situación vital que a su juicio vulnera su dignidad e integridad, el bien de la vida puede decaer en favor de los demás bienes y derechos con los que debe ser ponderado[...]*” (Preámbulo de la LORE).

4.2.2 Derecho a la autonomía de la voluntad y libertad

La ley permite respetar la voluntad de aquel sujeto que, cumpliendo con los requisitos de la ley, manifiesta el deseo de poner fin a su propia vida. La consecuencia que genera es la obligación negativa del estado de prolongar la vida de quien no quiere vivir, así como la obligación positiva de prestar ayuda médica a morir (Rodríguez Lainz *et al.*, 2021: Pp. 33).

4.2.3 Derecho a la libertad ideológica y de conciencia (Art. 16 CE)

La libertad ideológica y de conciencia también está reflejada en la ley y puede utilizarse para solicitar la prestación o participar en ella, cuando sea acorde al sistema de valores individual. Pero también cuando no lo sea, para no solicitar la prestación o negarse a participar en ella como profesional sanitario. En este último caso, la ley ha intentado proteger este derecho mediante el reconocimiento de la objeción de conciencia.

4.3 Objeto de la regulación

El objeto es regular *“el derecho que corresponde a toda persona que cumpla las condiciones exigidas a solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir; el procedimiento que ha de seguirse y las garantías que han de observarse”* (Art. 1.1 de la LORE). Y la ayuda para morir, como se ha explicado previamente, abarca dos modalidades:

- Suicidio médicamente asistido (en adelante, SMA): Es la prescripción o suministro al paciente, por parte del profesional sanitario, de una sustancia letal que este se autoadministrará para causar su muerte (Art. 3.g.2a de la LORE), es decir, la ayuda médica por prescripción.
- Eutanasia: Consiste en la administración de una sustancia letal por parte del profesional sanitario (Art. 3.g.1a de la LORE), esto es, la ayuda médica por administración.

4.4 Requisitos de acceso a la prestación

La LORE no despenaliza la eutanasia y el SMA de manera general, sino sólo en aquellos casos que cumplan con los requisitos de la ley y el procedimiento establecido. Los requisitos que el paciente debe de reunir para poder solicitar la ayuda a morir, aparecen enunciados en el art. 5.1 de la LORE:

- La mayoría de edad, la nacionalidad, residencia legal o empadronamiento en España superior a un año y que sea capaz y consciente en el momento de la solicitud (art. 5.1.a de la LORE).
- Disponer por escrito de la información que exista sobre su proceso médico y las diferentes alternativas terapéuticas, incluida la de acceder a cuidados paliativos y las prestaciones previstas por la normativa de dependencia (art. 5.1.b de la LORE).
- Haber formulado dos solicitudes de manera voluntaria y por escrito, o por otro medio que permita dejar constancia de su voluntariedad, dejando una separación entre ambas de al menos 15 días naturales (art. 5.1.c de la LORE).
- Sufrir una *“enfermedad grave e incurable”* o *“un padecimiento grave, crónico e incapacitante”* certificado por el/la médico/a responsable (art. 5.1.d de la LORE). Estas dos situaciones adquieren la denominación de *“contexto eutanásico”*.

- Firmar el consentimiento informado previamente a recibir la prestación de ayuda para morir (Art. 5.1.e de la LORE). Si bien este requisito queda exceptuado en los supuestos de incapacidad, cuando hayan prestado el consentimiento en un documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas u otros legalmente equivalentes (art. 5.2 de la LORE).

La concurrencia de tales requisitos serán sometidos a control y evaluación de tres órganos diferenciados:

- El/la médico/a responsable, definido como aquel *“facultativo que tiene a su cargo coordinar toda la información y la asistencia sanitaria del paciente[...]*” (Art.3.d de la LORE)
- El médico consultivo, es aquel/la facultativo/a especializado/a en el ámbito de las patologías del paciente y que forma parte de un equipo médico diferente del médico responsable (Art. 3.e de la LORE), de manera que cada solicitud será tratada al mismo tiempo por distintos equipos médicos.
- La Comisión de Garantía y evaluación (en adelante, CGE), que es un órgano administrativo integrado por un número mínimo de siete miembros de carácter multidisciplinar, entre los que debe haber médicos, enfermeros y juristas (Arts. 17.1 y 17.2 de la LORE).

4.5 Proceso de ayuda a morir (PAM)

El Capítulo III de la LORE es el que regula el proceso de ayuda a morir (en adelante, PAM), que puede fraccionarse en las siguientes fases:

4.5.1 Primera solicitud ante el/la médico/a responsable

El procedimiento comienza con la solicitud del paciente dirigida al médico responsable, que debe estar fechada y firmada por el solicitante [Art. 5.1.c) de la LORE].

4.5.2 Proceso deliberativo con el/la médico/a responsable

En el plazo máximo de 2 días desde la primera solicitud y tras verificar que se cumplen los requisitos del art. 5.1 (o en su caso, del art. 5.2), el/la médico/a responsable realizará con el paciente un proceso deliberativo sobre su diagnóstico, posibilidades terapéuticas, posibles cuidados paliativos... y tras la deliberación oral, en el plazo máximo de 5 días,

deberá proporcionar toda esa información por escrito al solicitante (art. 8.1 de la LORE).

4.5.3 Segunda solicitud ante el/la médico/a responsable

El paciente, tras 15 días naturales desde la primera, debe presentar por escrito una segunda solicitud al médico responsable, ratificando el deseo de anticipar su muerte [art. 5.1.c) de la LORE].

4.5.4 Firma del consentimiento informado

Una vez recibida la segunda solicitud, en el plazo de 2 días, el/la médico/a responsable concluirá el proceso deliberativo con el paciente para atender cualquier duda o ampliar la información que necesite (art. 8.1 de la LORE). Y transcurridas 24 horas desde la finalización del proceso deliberativo, el paciente debe confirmar su decisión de continuar o, por el contrario, de desistir de la solicitud.

Si decide continuar con el procedimiento, firma el consentimiento informado y el/la médico/a responsable lo incluirá en la historia clínica del paciente. Esta decisión se comunica al equipo asistencial (especialmente, a los profesionales de enfermería) y en su caso, a los familiares y allegados (art. 8.2 de la LORE).

4.5.5 Informe del médico consultor

La médica responsable debe consultar con el médico consultor que estudia la historia clínica del paciente, corrobora que se cumplen los requisitos del art. 5.1 (o en su caso, del art. 5.2) y elabora un informe en un plazo máximo de 10 días desde la segunda solicitud, informando al paciente de las conclusiones del mismo en el plazo máximo de 24 horas (Art. 8.3 de la LORE).

4.5.6 Control previo de la CGE

En caso de que el médico consultor emita un informe desfavorable por no reunir los requisitos legales, el paciente podrá recurrir a la CGE en un plazo de 15 días (artS. 8.4 y. 7.2 de la LORE).

Si el médico consultor dicta un informe favorable, el médico responsable pondrá los hechos en conocimiento del presidente de la CGE en el plazo máximo de 3 días hábiles a efectos de que realice el control previo (art. 8.5 de la LORE). Para ello, designará en

el plazo de 2 días a dos miembros (un médico y un jurista) y estos serán los encargados de verificar el cumplimiento de los requisitos del art. 12.b (Sexo y edad, tiempo de espera entre solicitudes, naturaleza de la enfermedad, existencia de voluntades anticipadas...). A tal fin, la ley permite a los miembros de la CGE examinar la historia clínica y llevar a cabo entrevistas con el paciente o con el equipo sanitario (Arts. 10.1 y 10.2 de la LORE).

En el plazo de 7 días naturales, emitirán un informe sobre la concurrencia de los requisitos que permiten recibir la prestación de ayuda a morir (art. 10.1 de la LORE). Y el resultado del informe se debe de comunicar al presidente de la CGE para que lo traslade al médico responsable, tramitándose todo ello en el plazo de 2 días naturales (art. 10.4 de la LORE).

4.5.7 Realización de la prestación de ayuda a morir

El resultado del informe de la CGE puede ser favorable, denegatorio o cabe la posibilidad de que no se haya emitido un informe, por la falta de acuerdo entre los miembros de la comisión acerca del cumplimiento de los requisitos.

En el caso de informe favorable, servirá de base para la prestación de ayuda a morir en la modalidad de eutanasia o SMA, a elección del paciente, siempre que esté consciente (Art. 11.1 de la LORE).

Ante el informe denegatorio, el paciente solicitante puede reclamar en un plazo de 15 días al pleno de la CGE y esta tiene 20 días naturales para responder. Transcurrido el plazo de 20 días sin que la CGE haya emitido pronunciamiento alguno (ni favorable, ni desfavorable) se produce un silencio negativo y, por tanto, se entiende denegada la reclamación. Y frente a la decisión desfavorable de la CGE (ya sea expresa o por silencio negativo), el paciente tiene la posibilidad de recurrir ante la jurisdicción contencioso-administrativa (Arts. 10.8 y 18.1 de la LORE).

En ausencia de informe, la cuestión se eleva al pleno de la CGE que será quien resuelva el desacuerdo y corrobore el cumplimiento de las condiciones y requisitos.

4.5.8 Control posterior de la CGE

Una vez realizado el PAM, en el plazo máximo de 5 días hábiles, el médico responsable deberá remitir a la CGE de su comunidad autónoma dos documentos para que realice el

control posterior (Art. 12 de la LORE): El primero de ellos, con información relativa a los intervinientes del proceso (nombre e identificación del paciente, médico responsable, médico consultor y en su caso, el documento de instrucciones previas). Y el segundo, acerca del cumplimiento de los requisitos que han permitido realizar la prestación (edad, nacionalidad, voluntariedad, contexto eutanásico...).

Por lo expuesto, el espacio de tiempo entre que se presenta la solicitud y se recibe la prestación de ayuda a morir, en total, supondrá entre 30 y 40 días.

4.6 Garantías

A lo largo de la LORE, se observa cómo se pretenden garantizar determinados aspectos.

En primer lugar, el preámbulo de la ley afirma la necesidad de que *“la decisión de poner fin a la vida se produzca con absoluta libertad, autonomía y conocimiento”*. Por ello, el paciente (salvo que este incapacitado) debe de formular dos solicitudes diferentes, mediando un plazo determinado entre ellas, con el fin de asegurar que la decisión sea meditada e informada. También debe firmar la solicitud en presencia del profesional sanitario, para asegurar que no existen presiones externas (Art. 6.2 de la LORE). Y para garantizar la libertad, el solicitante tiene derecho a revocar su decisión en cualquier momento y podrá pedir el aplazamiento a la administración de la ayuda para morir (art. 6.3 de la LORE).

Asimismo, el Capítulo IV enumera expresamente una serie de garantías que deben de respetarse a lo largo del proceso de ayuda a morir:

4.6.1 Prestación con financiación pública

El acceso a la prestación se encuentra garantizado a través del art. 13 de la LORE, que incluye el PAM en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud y, por tanto, será financiada con dinero público. El objetivo es que el acceso a la prestación se dé en condiciones de igualdad.

4.6.2 El lugar de la prestación

El art. 14 de la LORE permite realizar el PAM tanto en un centro sanitario (público, privado o concertado) como en el domicilio para asegurar el acceso a la prestación, con independencia del lugar donde se realice.

4.6.3 La intimidad y confidencialidad

La protección de la intimidad y la confidencialidad de los datos personales se garantiza en el art. 15, al exigir a los centros sanitarios que cuenten con sistemas de custodia activa de las historias clínicas de los pacientes y con medidas de seguridad de alto nivel.

Vinculado a lo anterior, los miembros de las CGE tienen el deber de guardar secreto sobre sus deliberaciones y los datos personales de los pacientes, familiares y personas allegadas (Art. 19 de la LORE).

5. ASPECTOS CONTROVERTIDOS DE LA LORE

La legislación no fue el final de la controversia sobre la eutanasia, de hecho, más de 50 diputados del PP interpusieron un recurso de inconstitucionalidad alegando la vulneración de diversos preceptos constitucionales, entre ellos, el propio derecho a la vida pues interpretan el art. 15 CE en sentido absoluto, así como los arts. 10.1 y 2, 14, 16, 23, 49, 53.2, 93, 96.1, 168 y 169.CE, y el TC, por providencia de 16 de septiembre de 2021, ha acordado admitir a trámite.

Asimismo, la aplicación de la LORE está generando dudas y polémicas en torno a diferentes aspectos, que serán expuestos a continuación.

5.1 ¿"LO 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia" o "ayuda médica a morir"?

La polémica inicia con el propio título de la ley. En el análisis comparado, se observa como todos los estados que regulan la eutanasia y el suicidio asistido, lo hacen mediante una ley de "ayuda a morir", "asistencia médica para morir" u otros términos que equivalentes.

En España, pese a que la ley regula el PAM que incluye ambas modalidades, el término empleado en el título es simplemente "regulación de la eutanasia", un término incorrecto y confuso que presenta el SMA como una modalidad subsumida en la eutanasia, cuando en realidad es una modalidad diferente de ayuda médica a morir. Por tanto, hubiera sido más correcto y claro modificar el título de la ley por el de "ayuda médica a morir" que, además, es un término utilizado constantemente por el legislador (Asociación de Bioética fundamental y clínica, 2021: Pp. 4).

5.2 Brevedad en la tramitación parlamentaria y en la implementación de la ley

Desde el inicio de las negociaciones, la proposición de ley se tramita y se convierte en ley orgánica en un plazo algo inferior a los tres meses y teniendo en cuenta que dentro de ese periodo, las negociaciones estuvieron paralizadas durante el estado de alarma.

La brevedad en la tramitación no se corresponde con las variaciones del texto original de la PLORE, ya que tan solo el art. 2. (ámbito de aplicación), el art. 9 (procedimiento en caso de incapacidad de hecho), el art. 19 (deber de secreto de los miembros de las Comisiones de Garantía y Evaluación) y las disposiciones transitoria y derogatoria, coinciden con la versión original (Martínez Sospedra, 2021: Pp. 67). Estas modificaciones fueron relevantes tanto en sentido cuantitativo (pues abarcan la práctica totalidad de los artículos), como cualitativo (pues afecta a la mayoría de cuestiones importantes de la ley), por lo que el trámite parlamentario fue breve pero intenso.

La ley fue negociada de forma apresurada y aplicada de manera casi inmediata, ya que desde la aprobación y publicación en el BOE, entró en vigor a los 3 meses. A excepción del art. 17 que entró en vigor al día siguiente de su publicación, para que durante esos tres meses se fueran creando las CGE y elaborando los protocolos y manuales de buenas prácticas (Disposición final cuarta de la LORE). Mientras que en el resto de países (Holanda, Bélgica, etc.), el plazo de implementación tras la aprobación de la ley ha oscilado entre 12 y 18 meses para desarrollar buenas prácticas, divulgar la prestación entre los pacientes y formar a los profesionales sanitarios (ABFyC, 2021: Pp. 6).

5.3 Ambigüedad

Del contexto eutanásico

La LORE define de modo genérico aspectos sustanciales del proceso y esto genera dudas en su interpretación. Entre ellos, el “contexto eutanásico” que habilita a solicitar y recibir la prestación de ayuda a morir, que queda delimitado por dos supuestos:

La “*enfermedad grave e incurable*”, se define como aquella que provoca un “*sufrimiento físico o psíquico, constante, insoportable, sin perspectivas de mejora y con un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva*” (art. 3.c de la LORE). La ley exige que la enfermedad sea incurable, pero no terminal. La diferencia es que la enfermedad terminal, además de ser incurable, se encuentra en un estado

avanzado y en un periodo corto de tiempo progresará hacia la muerte (De Miguel Sanchez y López Romero, 2006: Pp. 209). Lo anterior implica que formalmente la ley exige una enfermedad “incurable”, pero en realidad la definición del art. 3.c la configura como una enfermedad “terminal”, ya que no basta con que provoque un sufrimiento constante y sin posibilidad de mejora, sino que, además, es necesario que en un periodo corto de tiempo progrese hacia la muerte al exigir un “*pronóstico de vida limitado*”, por lo que parece limitar la ayuda a morir a la fase terminal de una enfermedad incurable. En cualquier caso, la ley no concreta de cuanto tiene que ser ese pronóstico de vida para poder aplicar la ayuda a morir, por lo que serán las distintas CGE las que lleven a cabo su concreción y esto puede dar lugar a divergencias en la aplicación de la ley entre comunidades autónomas (Rey Martínez, 2021: Pp 493).

El “*padecimiento grave, crónico e imposibilitando*”, exige la concurrencia de cuatro condiciones: limitaciones sobre su “*autonomía física, capacidad de expresión y relación*”, que “*le impidan regirse con autonomía*”, que lleven aparejado un “*sufrimiento constante e intolerable*” y no exista curación o mejoría apreciable. También incluye los casos de dependencia absoluta de apoyo tecnológico (art. 3.b de la LORE). De manera que, la simple ancianidad avanzada, estados de demencia o enfermedades mentales no son suficientes *per se* para la aplicación de la ley, pues es necesario que vaya acompañado de un sufrimiento constante e incurable. En la práctica, las exigencias del art. 3.b restringen su apreciación a aquellas situaciones más graves como casos de tetraplejia, enfermedades neurodegenerativas, etc.

Del encargado de realizar la prestación

Otra de las cuestiones relevantes que se define de modo genérico es el encargado de asumir la prestación. El art. 11 de la LORE anuncia a dos intervinientes: el “*médico responsable*” y el “*resto de profesionales sanitarios*”.

En el caso de los profesionales sanitarios, la cuestión es más clara, ya que los únicos que también pueden realizar la prestación de ayuda a morir, además del/a médico/a responsable, es el personal de enfermería al prescribir al paciente la sustancia letal.

Sin embargo, el/la médico/a responsable puede ser tanto el/la médico/a de atención primaria o el/la médico/a de atención hospitalaria: el neurólogo, el cirujano, el/la

médico/a especialista en cuidados paliativos... (Rey Martínez, 2021: Pp. 496), por lo que hubiera sido más preciso que la ley concrete quién de ellos asumirá la labor.

5.4 Brevedad en los plazos del proceso

Durante el proceso, se critica que los plazos previstos son poco garantistas.

El art. 8.1 de la LORE concede al médico responsable un plazo máximo de 2 días para realizar con el paciente un proceso deliberativo sobre el “(...) *diagnóstico, posibilidades terapéuticas y resultados esperables y cuidados paliativos.*” Es un plazo demasiado breve para ofrecer una respuesta terapéutica personalizada y eficaz al paciente, ya que esto podría requerir la consulta de otros especialistas, que sugieren posibilidades terapéuticas o ayudas sociales (Asociación de Bioética de la Comunidad de Madrid, 2021: Pp. 3).

Y “*Transcurridas 24 horas tras la finalización del proceso deliberativo, el médico o médica responsable recabará del paciente solicitante su decisión de continuar (...)*” (art. 8.2 de la LORE). Un plazo tan breve de un día para que el paciente tome la decisión sobre el final de su vida es breve e incluso, puede llegar a ser coaccionador (ABIMAD, 2021: Pp. 3).

Por lo tanto, los plazos previstos por la ley son poco garantistas tanto para el médico, que carece de tiempo suficiente para recabar todas las alternativas posibles, como para el paciente, que dispone de un tiempo limitado para reflexionar.

5.5 La CGE y su carácter descentralizado

El art. 17.1 de la LORE prevé “*la creación de una CGE en cada una de las comunidades autónomas y en las ciudades de Ceuta y Melilla*”.

El control que ejercen las comisiones es de carácter descentralizado y encuentra su fundamento en el art. 149 CE en relación con el art. art. 148.1, 21.^a CE, según los cuales en materia sanitaria el estado ostenta la competencia legislativa básica y las Comunidades Autónomas la de desarrollo. Por ello, la LORE remite la regulación interna de cada CGE a las normas autonómicas, de manera que cada una de ellas tendrá un funcionamiento diferenciado (Art. 17.4 de la LORE).

El problema que plantea es que el ejercicio efectivo de la eutanasia pueda ser desigualitario entre las comunidades autónomas. Por un lado, la ambigüedad de la ley en aspectos esenciales hace que sean las CGE de cada comunidad autónoma las encargadas de su concreción y lo más probable es que lleven a cabo interpretaciones diferentes. Y de otro lado, la ley no exige que la mayoría de los integrantes de la CGE sean sanitarios, por lo que su composición puede cambiar en función del lugar donde se encuentre y puede que una CGE integrada mayoritariamente por sanitarios decida de manera muy distinta a otra integrada mayormente por juristas, cuando se trata de un derecho que debería ser ejercido en condiciones de igualdad independientemente del lugar de residencia (Rey Martínez, 2021: Pp. 498).

Es cierto que para garantizar la igualdad, la ley obliga al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud a elaborar un manual de buenas prácticas que permita orientar la aplicación de la ley (Disposición adicional sexta de la LORE). Este manual permite unificar criterios, aclarar dudas y concretar aspectos, pero no tiene carácter vinculante y por eso, algunas de sus consideraciones están siendo reinterpretadas o sometidas a debate en los territorios autonómicos (Terribas, 2022: Pp. 8).

5.6 El sistema de control mixto

Otra de las cuestiones polémicas de la ley es el innovador sistema de control mixto, que solo existe en España, ya que en el resto de países europeos las comisiones efectúan un control a posteriori y el control previo queda en manos del/a médico/a responsable y consultor.

El control previo de la CGE solo encuentra una excepción en los “*casos de muerte o pérdida de capacidad inminentes apreciados por el médico responsable*” (art. 8.4 de la LORE), de manera que si el paciente está en situación inminente de muerte o de pérdida de capacidad basta con el control posterior de la comisión. En el resto de los casos, la CGE tendrá que verificar que la eutanasia y SMA se ha practicado conforme a la ley, tanto con carácter previo como posterior.

A pesar de que el control previo tiene una vertiente positiva y garantista, ya que permite evitar la arbitrariedad o aplicación indebida de la ley, en la práctica puede dificultar el proceso al exteriorizar la petición a la CGE con trámites y plazos largos. En su lugar, existen mecanismos de control más eficaces que no han sido previstos, como los

Comités de Ética Asistencial de los propios hospitales para corroborar con el médico responsable el cumplimiento de los requisitos (Terribas, 2022: Pp. 22).

5.7 La visión burocrática-administrativa del proceso

En relación con la CGE, otro de los aspectos controvertidos es la visión burocrática-administrativa que puede aportar al proceso, pues en el caso de que la mayoría de miembros sean juristas, el control de la CGE puede convertir un proceso clínico en un proceso burocrático. Hay que tener en cuenta que se trata de un proceso en el que interfieren factores diversos (psicológicos, emocionales, económicos...) y que recae sobre pacientes en situaciones de vulnerabilidad, que sugieren la intervención de otros especialistas como psicólogos, abogados, trabajadores sociales, etc. (González Rus, 2021: Pp. 27).

5.8 El problema de las enfermedades mentales

Mención especial merece el supuesto concreto de las enfermedades mentales en el que la capacidad de decisión, el estado de ánimo o el juicio del paciente puede estar afectado, de manera que la voluntad de morir obedezca al sufrimiento provocado por su enfermedad mental. Por ello, la valoración psiquiátrica debería de ser un trámite obligatorio a la hora de aplicar la eutanasia o el suicidio asistido en estos casos, con independencia de la enfermedad en la que se base la solicitud (Sociedad Española de Psiquiatría, 2021: Pp. 15). Sin embargo, a diferencia de otros países (como Nueva Zelanda), España no contempla la valoración psiquiátrica obligatoria en solicitudes de pacientes afectados por enfermedades mentales y por eso, se desaconseja la aplicación de la ley en estos casos o si se hace, con extrema prudencia (SEP, 2021: Pp. 14).

5.9 El problema de los incapacitados

La LORE extiende la ayuda médica a morir a pacientes incapacitados que hayan expresado su voluntad de anticipar su muerte en un documento de instrucciones previas. Se trata de un asunto complejo y controvertido, de hecho, muy pocas legislaciones han incluido esta posibilidad (Holanda, Bélgica, Luxemburgo y ahora, España).

Para que en supuestos de incapacidad se pueda prestar ayuda a morir, el art. 5.2 exige una serie de condiciones:

1. El contexto eutanásico (enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante).
2. La incapacidad de hecho definida como la ausencia de “*entendimiento y voluntad para regirse de forma autónoma [...] con independencia de que existan o se hayan adoptado medidas de apoyo para el ejercicio de su capacidad jurídica*” [Art. 3.h) de la LORE]. Se refiere a sujetos que pueden ser jurídicamente capaces, pero que, a juicio del médico responsable, no son capaces de valerse por sí mismos. Por ejemplo, un paciente en coma.
3. La voluntad anticipada en un “*documento de instrucciones previas*”, “*declaraciones de voluntad anticipada*” o también denominados “*testamentos vitales*”. Son un instrumento jurídico de doble configuración, pues permiten al paciente manifestar su voluntad ante una situación previsible en la que su estado de conciencia le impida adoptar decisiones vitales y por su parte, permiten dar instrucciones a los profesionales sobre cuál sería la voluntad del paciente (Rodríguez Lainz, *et. al* 2021: Pp. 51).

Lo primero que se ha cuestionado es que la valoración de la situación de incapacidad de hecho queda en manos del médico responsable y se considera que no es garantista dejar en manos de un solo profesional sanitario dicha valoración (ABIMAD, 2021: Pp.2).

Y en caso de que sea apreciada la situación de incapacidad, los requisitos de información previa (Art. 5.1.b de la LORE), la doble solicitud (Art. 5.1.c de la LORE) y el consentimiento informado (Art. 5.1.e de la LORE) se suprimen y se sustituye por el consentimiento anticipado emitido en un documento de instrucciones previas u otro legalmente equivalente, equiparando el consentimiento anticipado al consentimiento informado. El problema que plantea esa equiparación es que disminuye la seguridad jurídica, ya que no puede comprobarse si esa voluntad previa coincide con la actual y además, a la hora de formular el “documento de instrucciones previas” no existe el deber de verificar la capacidad real del otorgante, tampoco cuenta con el régimen específico de información previa (que sí prevé la LORE para el consentimiento informado) y en consecuencia, no existe certeza de que la decisión de poner fin a la vida fue adoptada con plenas facultades mentales, de manera libre y voluntaria (Rodríguez Lainz, *et. al* 2021: Pps. 70-78).

El procedimiento también varía con respecto de la situación ordinaria, ya que no se inicia por el paciente, sino por una tercera persona designada en el documento de instrucciones previas que se encarga de representar su voluntad. Incluso, si el paciente no ha nombrado a nadie o esta persona no le puede representar, la solicitud puede ser presentada por el médico responsable (Art. 6.4 de la LORE). Esta posibilidad de otorgar iniciativa al médico ha sido muy criticada, ya que sus labores son informar, ayudar y acompañar al paciente, pero no decidir en su lugar (Rey Martínez, 2021: Pp. 491). Por tanto, en supuestos de incapacidad, el proceso deliberativo, autónomo, libre y con posibilidad de revocación hasta el final, se convierte en un proceso “por representación”, o incluso dirigido por el propio médico responsable, que se basa en una voluntad constatada previamente y sin posibilidad de revocación por el paciente.

5. 10 Consideración legal de la muerte

La muerte derivada de la prestación de ayuda para morir “*tendrá la consideración legal de muerte natural a todos los efectos, independientemente de la codificación realizada en la misma*” (Disposición adicional primera de la LORE). Una muerte derivada de un acto eutanásico no es una muerte natural, sino una muerte provocada y al declarar una muerte provocada como muerte natural, impide el adecuado registro de la causa de la muerte y su cuantificación.

6. LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

Uno de los aspectos controvertidos más relevantes de la LORE es la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios y por ello, el apartado final de este estudio irá destinado a analizar su régimen jurídico en la LORE.

La objeción de conciencia tiene potencial para limitar la garantía del derecho a la prestación sanitaria, ya que en el caso hipotético de que todos los profesionales sanitarios objeten, el derecho a la eutanasia y SMA quedaría vacío de contenido. Por eso, resulta interesante analizar cómo la ley trata de conciliar el derecho de los pacientes a recibir la prestación sanitaria, con el derecho de los profesionales sanitarios a proteger su conciencia.

Antes de abordar la regulación de la LORE sobre la materia, resulta necesario definir previamente el concepto, la naturaleza y las clases de objeción de conciencia.

6.1 Concepto

La objeción de conciencia supone el incumplimiento de un individuo de un mandato legal por motivos éticos o de conciencia (Alarcos Martínez, 2011: Pp. 62). En el ámbito sanitario, el Código de Deontología Médica (CDM) de 2011 la define como “*la negativa del médico a someterse, por convicciones éticas, morales o religiosas, a una conducta que se le exige, ya sea jurídicamente, por mandato de la autoridad o por una resolución administrativa*” (art. 32.1).

Manifiesta el respeto a la libertad ideológica y religiosa cuando surge un enfrentamiento entre dos esferas: La obligación moral, que emana de la propia conciencia, y la obligación legal, que emana de una norma jurídica. Y en virtud de esa confrontación, se permite exceptuar la aplicación de la ley por motivos de conciencia (Gamboa Antiñolo y Poyato-Galán, 2021: Pp. 358).

Como permite exceptuar el cumplimiento de la ley, la objeción de conciencia siempre tiene carácter excepcional y esa excepción se basa en el respeto a las minorías, ya que el consenso de la mayoría no puede ser impuesto sobre la conciencia individual (Comité de Bioética de España, 2021: Pp. 12).

Desde el punto de vista jurídico, precisa la concurrencia de una serie de elementos (Alarcos Martínez, 2011: Pps. 53-54; CBE, 2021: Pp. 7):

1. Un *deber jurídico válido*: El sujeto tiene que reaccionar a una norma válida que respete las otras de rango superior, ya que la reacción de un sujeto a una norma inconstitucional o inválida supondría la activación de los procedimientos previstos para la anulación de normas. Y siempre se debe llevar a cabo respecto de un deber jurídico y nunca con respecto de ciertas personas, lo que daría lugar a la discriminación.
2. Un *criterio de conciencia ideológico o religioso opuesto al deber jurídico*: Para que la objeción de conciencia sea reconocida como tal, no basta con que el deber jurídico omitido sea meramente contrario a las opiniones o intereses personales, lo que podría considerarse oportunismo, sino que tiene que estar basado en elevadas razones éticas que obligan a incumplir la ley.

3. La *ausencia en el ordenamiento jurídico de normas que permitan resolver el conflicto* entre el deber jurídico y la moral individual, o que ofrezcan alternativas para el sujeto objetor
4. La *manifestación del propio sujeto del conflicto surgido entre la norma y su conciencia*: La objeción de conciencia ha de ser expresa y, por tanto, ni se puede presumir la existencia de conflicto ni se puede manifestar en nombre de un tercero.

Lo anterior permite diferenciar la objeción de conciencia de otras figuras (Alarcos Martínez, 2011: Pp. 36):

La *objeción de ley* supone negarse a la aplicación de una ley en cualquier circunstancia, mientras que la objeción de conciencia se limita a no participar en actos concretos de una ley por motivos de conciencia.

La *desobediencia civil* se presenta como un instrumento de lucha o transformación política porque pretende lograr que la mayor cantidad de gente posible se adhiera al incumplimiento, como medio de presión para que se modifique la norma. Este propósito de “boicotear” la norma no existe en la objeción de conciencia, que se limita a salvar la propia conciencia individual.

6.2 Naturaleza

En España, la única previsión constitucional de la objeción de conciencia se contiene en el art. 30.2 CE en relación con el servicio militar obligatorio, que desde su supresión a partir del 31 de diciembre del 2001 ha quedado vacío de contenido. Jurídicamente, se encuentra vinculada a la libertad ideológica y de conciencia del art. 16.1 CE y al respecto, la jurisprudencia del TC ha tenido diferentes pronunciamientos.

En un primer momento, interpretó que la objeción de conciencia era un derecho derivado del art. 16. 1 CE y al derivar de un derecho fundamental, el estado quedaría obligado a su tutela y garantía y se situaría en una posición prioritaria con respecto de otros derechos no fundamentales (F.J.8 de la STC 15/1982, de 18 de mayo).

Después, matizó que la objeción de conciencia formaba parte del contenido del art. 16.1 CE y en consecuencia, podía ser ejercido “*con independencia de que el legislador lo*

haya reconocido expresamente” (F.J.14 de la STC 53/1985, de 11 de abril). Es decir, se podía ejercitar sin necesidad de un reconocimiento legal previo.

Los pronunciamientos más recientes del TC modifican la interpretación previa afirmando que no existe un derecho general a la objeción de conciencia, pues permitiría a todo sujeto y en cualquier circunstancia desvincularse de la ley, pero “[...]Lo que puede ocurrir es que se admita excepcionalmente respecto a un deber concreto[...]” (F.J.3 de la STC 161/1987, de 27 de octubre). Dicho de otro modo, en un estado de derecho, la excepción al cumplimiento de la ley ha de ser extraordinaria y no una regla general y bajo esta consideración, ha reconocido la objeción de conciencia en casos concretos y excepcionales: La objeción de conciencia de los testigos de Jehová (F.J. 15 de la STC 154/2002, de 18 de julio) o la objeción de conciencia farmacéutica a suministrar píldoras anticonceptivas (F.J. 6 de la STC 145/2015, de 25 de junio)

Lo anterior permite concluir que, en la actualidad, la naturaleza de la objeción de conciencia es de un derecho constitucional (no fundamental) de configuración legal y, por tanto, su ejercicio requiere de una previa regulación legal que, además, sólo tendrá lugar en cuestiones excepcionales, de suficiente entidad y susceptibles de lesionar la moral de un sujeto.

6.3 Clases

En el ámbito jurídico, se distingue entre dos variantes del derecho a la objeción de conciencia (Seoane, 2014: Pps 34-35):

La objeción de conciencia negativa: Consiste en el incumplimiento de un deber jurídico positivo por razones de conciencia, es decir, el individuo no lleva a cabo la conducta impuesta por razones de conciencia. Los supuestos clásicos de este tipo de objeción de conciencia son la objeción de conciencia al servicio militar, a prestar determinados tratamientos médicos (aborto, eutanasia, etc.).

La objeción de conciencia positiva: Que presenta dos modalidades:

- El incumplimiento de un deber jurídico negativo, esto es, el individuo realiza la conducta prohibida por razones de conciencia.

- O el incumplimiento de una norma general de inhabilitación que niega o priva la capacidad para realizar ciertos actos jurídicos, de manera que el individuo realiza los actos jurídicos excluidos por razones de conciencia.

Desde el punto de vista teórico, suele ser frecuente la distinción entre (Ferreiro Galguera, 2005: Pps. 289-290):

Objeción de conciencia *contra legem* o propia: Se refiere a aquellas actuaciones contrarias a una norma legal que impone un determinado comportamiento, sin alternativa posible y sancionando su incumplimiento. Si el ejercicio de la libertad de conciencia es *contra legem*, el individuo actúa conforme a su conciencia, pero en contra de la ley.

Objeción de conciencia *secundum legem* o impropia: Se trata de actuaciones que previamente habían sido contrarios a la ley, pero en virtud de la insistencia ejercida por los ciudadanos, el legislador ha permitido ignorar la obligación cuando entra en conflicto con la moralidad del sujeto o bien, sustituirla por un deber alternativo (Por ejemplo, los objetores del servicio militar tenían el deber de realizar una prestación social sustitutoria). Si el ejercicio de la libertad de conciencia es *secundum legem*, el individuo actúa conforme a su conciencia y en el marco de la ley.

Teniendo en cuenta lo anterior, la objeción de conciencia a la que se va a dedicar este estudio es de tipo negativa e impropia.

6.4 La objeción de conciencia en la LORE

Tras una aproximación inicial al fenómeno de la objeción de conciencia, se estudiará la regulación que la LORE contempla sobre la materia. El objetivo de la ley es conciliar la dignidad e integridad del paciente que solicita la prestación sanitaria, con el derecho a la libertad ideológica y religiosa del profesional sanitario objetor.

El art. 16 de la LORE es el que reconoce expresamente la objeción de conciencia:

“Las y los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de ayuda para morir tendrán el derecho de ejercer su objeción de conciencia sanitaria.

El rechazo o la negativa a realizar la citada prestación por razones de conciencia es una decisión individual del profesional sanitario directamente implicado en su realización, la cual deberá manifestarse anticipadamente y por escrito”

La redacción del citado precepto restringe su ejercicio desde el punto de vista subjetivo, objetivo, formal y temporal.

6.4.1 Ámbito subjetivo

Desde el punto de vista subjetivo, se trata de un “*derecho individual de los profesionales sanitarios directamente implicados*”. A continuación, se explicarán cada uno de esos conceptos:

“Derecho individual”

La objeción de conciencia es un derecho individual, que permite a los profesionales sanitarios no atender demandas sanitarias incompatibles con sus propias convicciones (art. 3.f de la LORE).

Lo anterior implica que la objeción de conciencia no puede imponerse colectivamente, excluyendo la denominada “objeción institucional”. Por ello, todos los centros públicos, privados o concertados, quedan obligados a incluir entre sus prestaciones sanitarias la eutanasia o el SMA. La prohibición de la objeción institucional se respalda en la doctrina fijada por el TC que permite a las personas jurídicas ser titulares de los derechos fundamentales *en la medida que por su naturaleza resulten aplicables* (F.J.3 de la STC 137/1985, de 17 de octubre). Y en el caso de la objeción de conciencia, no puede ser extendida a los centros sanitarios porque no tienen un ideario propio, sino uno derivado de la moral de sus integrantes (Ruiz Miguel, 2021: Pps. 269-273).

“De los profesionales sanitarios”

Es un derecho individual de los profesionales sanitarios. Pero no todo el personal sanitario tiene la consideración de profesional sanitario, sino sólo aquel que cumpla con lo establecido en el art. 2 de la *Ley 44/2003, de ordenación de las profesiones sanitarias*. Lo anterior excluye del derecho a objetar al personal auxiliar o subalterno, al personal administrativo, directivo, los servicios jurídicos y otras profesiones que podrían participar en la prestación de ayuda a morir.

“Directamente implicados”

Y el precepto limita aún más su titularidad, ya que no todos los profesionales sanitarios tienen derecho a objetar, sino sólo aquellos que estén directamente implicados en la

prestación de ayuda para morir. Sin embargo, la ley no concreta qué se entiende por implicación directa y esto da lugar a interpretaciones diversas. Si se lleva a cabo una interpretación extensiva, incluiría cualquier intervención a lo largo del proceso (médico consultor, personal farmacéutico, miembros de la comisión...). Mientras que si se interpreta de manera restrictiva, se limitaría la posibilidad de objetar a la intervención en el acto final que produce la muerte (Terribas, 2022: Pp. 11).

Teniendo en cuenta que la objeción de conciencia es de naturaleza excepcional, al eximir del cumplimiento de un deber general (F.J.3 de la STC 160/1987, de 27 de octubre y F.J. 3 de la STC 161/1987, de 27 de octubre), lo lógico sería llevar a cabo una interpretación restrictiva de la implicación directa que ampara su ejercicio. Bajo esta consideración, los profesionales sanitarios directamente implicados son los que tuvieron una participación directa, inmediata y concreta en el acto de la eutanasia o SMA, esto es, el médico responsable o el personal de enfermería (Comité de Bioética de Andalucía, 2021: Pp. 11).

Lo anterior implica que no podrían invocar la objeción de conciencia los profesionales sanitarios que hayan tenido una implicación indirecta mediante acciones precedentes o posteriores a la prestación, como los auxiliares administrativos (de limpieza, alimentación...), los técnicos de emergencias sanitarias (de ingresos, traslados...) que tienen una labor meramente asistencial de la ayuda a morir.

Ni tampoco el/la médico consultor/a encargado de comprobar los requisitos que avalan la prestación, el personal farmacéutico que suministra la medicación letal o los miembros sanitarios de la CGE, que corroboran el cumplimiento de los requisitos y del proceso. Por muy necesaria que sea su participación en el PAM, si se lleva a cabo una interpretación restrictiva de los términos de la ley, la titularidad de la objeción de conciencia quedaría limitada al médico responsable y enfermeros, ya que son los únicos que asumen acciones dirigidas a provocar la muerte de forma directa, excluyendo al resto del personal sanitario.

6.4.2 Ámbito objetivo-formal

El objeto de la objeción de conciencia será el acto propio de la eutanasia o SMA (Comité de bioética de Andalucía, 2021: Pp. 13):

- En el caso del/a médico/a responsable, podrá objetar para negarse a administrar el fármaco letal.
- En el caso del personal de enfermería, para prescribir o suministrar el fármaco letal que el paciente se autoadministra.

En consecuencia, los actos precedentes o posteriores (traslados, actos administrativos, asistencia...) no son susceptibles de objeción. Es por ello que, aunque el objetor se niegue a practicar el acto, está obligado a prestar atención médica, anterior o posterior, al paciente solicitante. Y debe comunicarle que no puede realizar ciertas acciones exclusivamente por motivos de conciencia, pues no se admite objetar como rechazo o discriminación hacia el paciente (Ciprés Casasnovas, 2021: Pp. 6).

En cuanto a los límites formales, el art. 16 exige que se manifieste “[...]por escrito”:

La manifestación escrita es un límite legal para evitar que la objeción de conciencia sea invocada por razones arbitrarias, por ello, debe expresar por escrito su ejercicio y el paciente afectado por la objeción. Sin embargo, la ley no exige una justificación de los motivos (moral, deontológico, religioso, ideológico).

6.4.3 Ámbito temporal

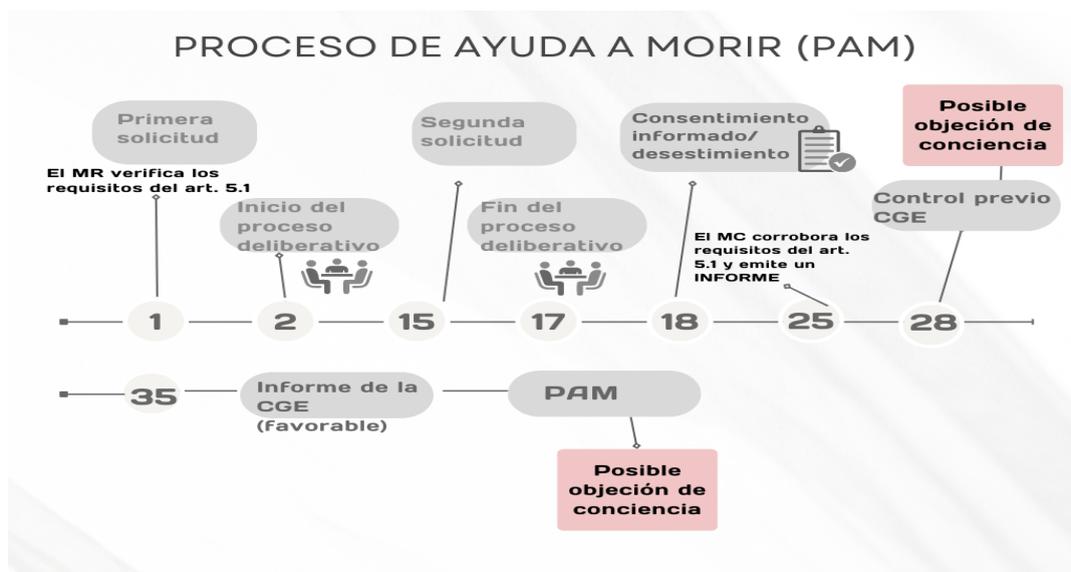
Desde el punto de vista temporal, la ley exige que la decisión se manifieste anticipadamente, pero no contempla un período de tiempo dentro del cual debe llevarse a cabo esa anticipación, y por tanto, el objetor podría comunicar su decisión en cualquier momento hasta su práctica. Lo anterior implica que pueda ser admitida legalmente la objeción sobrevenida, declarándose objetor en ese mismo momento, ya que formalmente seguirá concurriendo el carácter anticipado.

Aunque la ley admite su comunicación en cualquier momento, siempre que cuente con el carácter anticipado, la decisión de objetar no puede ser adoptada en cualquier momento del PAM. Durante todo el proceso deliberativo e informativo del PAM no hay lugar para la objeción de conciencia, pues la solicitud de ayuda a morir se encuadra en un contexto de sufrimiento y vulnerabilidad de una persona enferma que desea acabar con su vida y el/la médico/a tiene la obligación ética de acompañar y atender al enfermo. En este sentido, se distingue entre *cure* (curar) y *care* (cuidar), ya que aunque existan enfermos “*incurables*”, no existen enfermos “*incuidables*” (Comité de Bioética de España, 2021: Pp. 15) y, por tanto, el/la médico/a responsable tiene el deber moral de

atender al paciente y acompañarle en todo el proceso de deliberación, desde el inicio de la solicitud hasta que el médico consultivo verifica que cumple con los requisitos legales.

A partir de ahí, hay dos momentos en los que la objeción de conciencia puede ser invocada con amparo legal (CBE, 2021: Pps. 16-17):

1. Una vez que el/la médico/a responsable ha cumplido con sus deberes asistenciales y ha remitido la historia clínica a la CGE para que efectúe el control previo, puede invocar la objeción de conciencia frente a un eventual PAM
2. Y posteriormente, tras el informe favorable de la CGE que habilita el PAM, tanto el/la médico/a responsable como el personal de enfermería pueden invocar la objeción de conciencia, tal y como se observa en el siguiente cronograma:



Fuente: Elaboración propia

6.5 El registro de profesionales objetores

El mecanismo legal para evitar que el ejercicio de la objeción de conciencia afecte a la calidad o acceso de la prestación de ayuda a morir se contiene en el art. 16.2 de la LORE, que obliga a las administraciones sanitarias a crear un registro de profesionales sanitarios objetores en el que tendrán que inscribir su declaración con la finalidad de que la administración sanitaria pueda “*garantizar una adecuada gestión de la*

prestación de ayuda para morir” (Art. 16.2 de la LORE). Se trata de una fuente de información que permite a la administración sanitaria saber los trabajadores que efectivamente están dispuestos a asumir la prestación.

Además, para salvaguardar la intimidad y protección de datos, la ley somete el registro a *“estricta confidencialidad y a la normativa de protección de datos de carácter personal”* (Art. 16.2 de la LORE).

Es una de las previsiones más conflictivas y precisamente, muchas de las críticas sobre la objeción de conciencia obedecen al funcionamiento y creación del registro de objetores de conciencia.

No se trata de una polémica nueva, sino que encuentra su origen en relación con la objeción de conciencia en materia del aborto, pues aunque el art. 19.2 de la LO 2/2010 no contempló su creación de modo general, sí que lo hicieron algunas comunidades autónomas, entre ellas, la comunidad de Navarra por la Ley foral 16/2010, de 8 de noviembre que dio lugar a la interposición de un recurso de inconstitucionalidad. La STC, de 25 de septiembre 825/2011, se posicionó al respecto avalando su constitucionalidad tanto en sentido formal, al afirmar que la reserva a ley orgánica queda limitada al contenido esencial de los derechos fundamentales y lo que la ley foral regula es el contenido adicional. Como en sentido material, afirmando que el registro era consecuencia de la obligación de manifestar la objeción de conciencia anticipadamente y por escrito, afirmando que era una medida necesaria y proporcional para organizar adecuadamente la prestación del aborto.

A pesar de ello, la sentencia no concluyó el debate y el registro de profesionales objetores ahora previsto en materia de eutanasia ha hecho resurgir la controversia sobre las mismas cuestiones, concretamente, surge la duda sobre si se cumple o no con el principio de proporcionalidad. Conforme a la doctrina del TC, la aplicación de este principio exige ponderar tres elementos (F.J 5 de la STC 66/1995, de 8 de mayo):

- a) El juicio de idoneidad o adecuación de la medida: Consiste en examinar si la medida es susceptible de conseguir el objetivo propuesto.
- b) El juicio de necesidad: La medida es necesaria cuando el mismo propósito no se puede conseguir con igual eficacia utilizando otros medios menos lesivos.

c) El juicio de proporcionalidad en sentido estricto: La medida es ponderada o equilibrada cuando de ella se derivan más beneficios o ventajas para el interés general, que perjuicios sobre otros bienes o valores en conflicto.

En cuanto al juicio de idoneidad, el objetivo propuesto por el registro es el de facilitar la cobertura de la prestación, informando a la administración sanitaria de los profesionales sanitarios objetores para que pueda asignar la prestación a otros que efectivamente estén dispuestos a asumirla. Sin embargo, esa fuente de información es de eficacia limitada, pues no informa de todos los supuestos de objeción de conciencia. Puede que la objeción se produzca de manera sobrevenida y también será admitida legalmente, ya que solo exige para su validez que el objetor se manifieste con antelación y por escrito. Además, los objetores que se inscriban pueden revocar su decisión en cualquier momento y dar de baja su inscripción. Lo anterior implica que el listado del registro es aproximado pero no exacto, puesto que un profesional que inicialmente no era objetor lo puede ser de manera sobrevenida o puede que un objetor inicial finalmente no lo sea porque haya revocado su decisión. En consecuencia, el registro es una medida de eficacia limitada para facilitar la cobertura de la prestación (CBE, 2021: Pp 23).

En cuanto al juicio de necesidad, también ha sido cuestionado porque el mismo fin organizativo se podría conseguir con otros medios menos arriesgados, por ejemplo, con la simple comunicación a la dirección del centro, que también permitiría dar cuenta de los supuestos de objeción pero sin que quede constancia de su ejercicio en un registro. O en su lugar, se podían haber previsto otras medidas organizativas, como un equipo especializado en la prestación de ayuda a morir, que además de garantizar la continuidad en el cuidado y la igualdad de trato a todos los pacientes, tendría mayor competencia a la hora de realizar la prestación que un equipo que solo la lleve a cabo ocasionalmente. Asimismo, como solo estaría integrado por personas dispuestas a asumir la prestación, evitaría invocar la objeción de conciencia y su inscripción en el registro (CBE, 2021: Pps. 23-25). Incluso, en el caso extremo de que todos los profesionales sanitarios del equipo ordinario objeten, la cobertura de la prestación no quedaría afectada, ya que sería asumida por el equipo especializado.

Y sobre la proporcionalidad en sentido estricto, exigir a los profesionales sanitarios que sus convicciones figuren en el registro puede poner en riesgo la libertad ideológica de los objetores, puesto que del art. 16.2 CE deriva el derecho a no tener que declarar sobre

su ideología, religión o creencias (Organización Médica Colegial de España, 2021). Además, puede interferir en la decisión de objetar por el miedo a enfrentarse a la estigmatización social de quien no obedece la ley y a sufrir diversas consecuencias negativas, como discriminación o represalias laborales (CBE, 2021: Pp. 24). La experiencia previa en materia de aborto muestra como en los pueblos y pequeñas comunidades, el acoso y la estigmatización fue el motivo principal por el que muchos no practicaban abortos y se veían presionados a objetar, por lo que la misma situación podría reproducirse en materia de eutanasia y que, o bien, no objete para no tener que declarar su ideología contraria o que se vea presionado a objetar, para ocultar sus convicciones a favor. A cambio, los beneficios que la medida aporta para el interés general son los de informar a la administración sanitaria, pero, como se ha dicho, no lo hace de manera exhaustiva. Y ante una eventual generalización de objetores, la eficacia del registro también sería limitada, pues simplemente permitiría informar de la situación, pero la única manera en la que se podría dar cobertura a la prestación sería remitiendo al paciente a otro centro sanitario, interrumpiendo de este modo la continuidad en la asistencia y cuidado y añadiendo más complejidad al proceso.

Teniendo en cuenta lo anterior y pese a que el TC se posicionó en sentido afirmativo, se ha puesto en duda la idoneidad del registro para compaginar el derecho a recibir la prestación con la libertad de conciencia de los profesionales sanitarios.

7. CONCLUSIONES

Tras lo estudiado, se puede afirmar que cuando el legislador habla de eutanasia se refiere a su modalidad activa, directa, voluntaria y piadosa. Y su propósito es regular la ayuda a morir, lo que incluye no solo la eutanasia sino también el suicidio médicamente asistido. De esta manera, la LORE insta en el ordenamiento jurídico español un nuevo derecho de la ciudadanía, que se traduce en la posibilidad de solicitar y recibir una prestación médica de ayuda a morir.

Del análisis comparado se observa que los países que despenalizan la ayuda a morir son la minoría y de esa minoría, hay más países que permiten el suicidio asistido que los que permiten la eutanasia. España es uno de los países que despenaliza tanto la eutanasia como el suicidio asistido y basa su regulación en el modelo europeo, ya que cuenta con trámites y requisitos homogéneos. Todos ellos condicionan la aplicación de la eutanasia y suicidio asistido a un requisito objetivo que es el estado de salud deteriorado

(enfermedad grave e incurable, padecimientos graves e incurables...) y otro subjetivo, que es el carácter libre, voluntario y consciente de la solicitud. Esto se intenta consiguiendo al paciente la posibilidad de revocar la solicitud en cualquier momento y exigiendo un proceso deliberativo con el/la médico/a, en el que juntos concluyan que es la solución más razonable. También exigen que la concurrencia de estos requisitos sea consultada y ratificada por otro médico independiente. Además, todos los países europeos extienden la ayuda a morir a pacientes incapacitados de hecho que hayan solicitado la eutanasia previamente en un “documento de voluntades anticipadas”.

Pese a las similitudes, hay algunos aspectos en los que difiere la regulación en España, entre ellos, que la titularidad del derecho queda limitada a los sujetos que cuenten con la nacionalidad española (seguramente con el fin de evitar el turismo eutanásico que ha tenido lugar en otros países, como Holanda), con la mayoría de edad (a diferencia de otros países, como Holanda o Bélgica) y el aspecto más innovador viene dado por el sistema de control mixto, que no está previsto en ningún otro país y, por tanto, las comisiones españolas son las únicas que no solo efectuarán un control a posteriori (como las europeas), sino también a priori.

En términos generales, la LORE condiciona el acceso a la prestación a la concurrencia de ciertos requisitos y de un procedimiento complejo, con diversos trámites y controles. Pero una vez superados, se intenta garantizar el acceso en condiciones de igualdad, independientemente de la capacidad económica, pues se incluye en el sistema nacional de salud y, por tanto, será de financiación pública. Y del lugar de realización, ya que es accesible tanto en un centro público, privado o concertado o incluso, en el propio domicilio.

Sin embargo, como resultado de su tramitación apresurada y aplicación casi inmediata, están surgiendo dudas y polémicas en su aplicación. La confusión empieza desde el propio título de la ley (“*de regulación de eutanasia*”) que presenta el suicidio asistido como una modalidad de eutanasia, cuando son dos variantes de ayuda a morir, que es lo que realmente regula. A mi juicio, olvida previsiones importantes como la valoración psiquiátrica obligatoria en el caso de las enfermedades mentales, pues la capacidad de juicio puede verse afectada. Y en general, la falta de precisión de la norma en aspectos esenciales (como el contexto eutanásico, el encargado de realizar la prestación...) junto al carácter descentralizado de la CGE, deja en manos de cada comunidad autónoma la interpretación de la ley y puede dar lugar a divergencias entre territorios autónomos.

De todos los aspectos polémicos, destaca la posibilidad que tienen los profesionales sanitarios de invocar la objeción de conciencia y de este modo, negarse a asumir la prestación, pues puede ser un obstáculo para el ejercicio efectivo del derecho del paciente. Del estudio realizado, se puede concluir que el reconocimiento legal de la objeción de conciencia es de naturaleza excepcional, limitado a supuestos extraordinarios y sensibles para la moral individual. En este caso, considero que la prestación médica de ayuda a morir es delicada y excede de los cometidos ordinarios de los sanitarios, ya que va dirigida a provocar la muerte del paciente y no su prevención o curación, que es para lo que fueron preparados, y por ello, es lógico que el legislador contemple la posibilidad de invocar la objeción de conciencia.

El régimen jurídico que la LORE prevé al respecto, cuenta con aspectos positivos, pues da prioridad a la asistencia y cuidado del paciente, limitando la posibilidad de objetar una vez que los profesionales sanitarios hayan cumplido con las labores asistenciales. Pero también tiene aspectos negativos que disminuyen la seguridad jurídica, al regular de modo genérico aspectos fundamentales, como los propios titulares de la objeción de conciencia, que según la LORE son los “profesionales sanitarios directamente implicados”, un concepto susceptible de interpretaciones diversas que puede generar dudas y problemas en la aplicación de la ley.

El mayor problema que plantea es la garantía legal de la cobertura de la prestación sanitaria, mediante un registro de profesionales objetores que obliga a los sanitarios a declarar sus convicciones, poniendo en juego su libertad ideológica y la decisión de objetar, que puede verse influenciada por el miedo a sufrir consecuencias negativas. Además de conflictiva, es una medida de eficacia limitada, pues ni informa de todos los supuestos de objeción que existen en cada momento (en casos de revocación u objeción sobrevenida), ni permite asegurar la cobertura de la prestación en todo caso (ante una eventual generalización de objetores).

En definitiva, la LORE es el resultado de décadas de debate sobre la ayuda a morir, en el que la opinión pública se ha mostrado favorable y considero que es un primer paso hacia el buen camino, porque permite respetar la libertad y dignidad de la persona en todas las fases de la vida, incluida la última. Sin embargo, para conciliar el derecho a recibir la prestación de ayuda a morir con la libertad de conciencia de los profesionales sanitarios, ha optado por una medida controvertida que ha agudizado el debate acerca de la objeción de conciencia.

FUENTES EMPLEADAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agencia Española del Medicamento. (2009). *Informe de septiembre de 2009*. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Disponible en: <http://www.aemps.gob.es> (última consulta: febrero 2023)

Alarcos Martínez, F.J. (2011). *Objeción de conciencia y sanidad*. Editorial Comares. Disponible en: <https://elibro-net.ehu.idm.oclc.org/es/ereader/eHu/162810?page=45>

Arruego, G. (2021). “Las coordenadas de la Ley Orgánica de regulación de la eutanasia”. *Revista Española de Derecho Constitucional*, 122, 85-118. Disponible en: <https://doi.org/10.18042/cepc/redc.122.03>

Asociación de bioética fundamental y clínica. (2021). *Reflexiones, consideraciones y propuestas de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica (ABFyC) en torno a la regulación de la ayuda médica para morir*. Disponible en: <https://www.asociacionbioetica.com/imagenes/publicaciones/reflexiones-consideraciones-y-propuestas-abfyc-en-torno-a-la-regulacion-de-la-ayuda-medica-para-morir-66-es.pdf> (última consulta: febrero 2023)

Asociación de bioética de la comunidad de Madrid. (2021). *Proposición de ley de eutanasia consideraciones legales: 10 críticas y carencias para una enmienda a la totalidad*. Disponible en: <http://abimad.org/wp-content/uploads/2021/03/Ley-de-eutanasia.-Consideracion-es-legales.pdf> (última consulta: febrero 2023)

Asociación médica mundial. (2022). *Resolución de la Asociación Médica Mundial sobre la Eutanasia*. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policiespost/resolucion-de-la-amm-sobre-la-eutanasia/> (última consulta: febrero 2023)

- Beltrán Aguirre, J. (2021). El procedimiento y los controles necesarios con el fin de garantizar la observancia de los requisitos objetivos y subjetivos. En C. Tomás-Valiente Lanuza (Ed.), *La eutanasia a debate. Primeras reflexiones sobre la Ley Orgánica de regulación de la eutanasia* (Pps. 155-198). Marcial Pons.
- Carbonell Mateu, J (2014). “Derecho constitucional: Suicidio y eutanasia”. *Revista derecho a morir dignamente (DMD)*, 67, 4-7. Disponible en: <https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2019/05/67-revista.pdf>
- Ciprés Casanovas, L. (2021). “Ley de la eutanasia y objeción de conciencia”. *Revista del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Teruel*, 20, 5-6. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7991832.pdf>
- Centro de Investigaciones Sociológicas (2009). *Estudio N.º 2.803* [¿Cree Ud. que en España debería regularse por Ley la eutanasia? ¿Y el suicidio médicamente asistido?]. CIS. Disponible en: https://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/2800_2819/2803/es2803.pdf (última consulta: febrero 2023)
- Climent Gallart, J. (2018). “La jurisprudencia del TEDH sobre el derecho a la disposición de la propia vida”. *Actualidad Jurídica Iberoamericana.*, 8, 124-137. Disponible en: <https://revista-aji.com/articulos/2018/8/124-137.pdf>
- Coca-Vila, I. (2020). “El derecho a un suicidio asistido frente a la prohibición de su fomento como actividad recurrente (§ 217 StGB): Comentario a la Sentencia del Tribunal Constitucional Federal alemán de 26 de febrero de 2020”. *InDret: Revista para el Análisis del Derecho*, 4, 501-513. Disponible en: https://pure.mpg.de/rest/items/item_3261337_5/component/file_3261338/content
- Código de deontología Médica (2011). CGCOM. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/main/files/files/2022-03/codigo_deontologia_medica.pdf

Comité de Bioética de España (2011). *Opinión del comité de bioética de España sobre la objeción de conciencia en sanidad*. Comité de Bioética de España. Disponible en: <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/es/La%20objecion%20de%20conciencia%20en%20sanidad.pdf> (Última consulta: febrero 2023)

Comité de Bioética de Andalucía (2021). *Informe del Comité de Bioética de Andalucía sobre la objeción de conciencia en eutanasia y suicidio asistido*. Bioética Andalucía. Disponible en: https://bioetica-andalucia.es/wp-content/uploads/2021/07/InformeOC_CBAE.pdf (Última consulta: febrero 2023)

Comité de Bioética de España (2021). *Informe del comité de bioética de España sobre la objeción de conciencia en relación con la prestación de la ayuda para morir*. Comité de Bioética de España. Disponible en: <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE%20sobre%20la%20Objecion%20de%20Conciencia.pdf> (Última consulta: febrero 2023)

Organización Médica Colegial de España (2021, 3 de marzo). *El CGCOM no considera necesario la creación de un registro de objetores de conciencia ante la regulación de la eutanasia y el suicidio asistido*. [Comunicado de prensa]. Disponible en: <https://www.cgcom.es/notas-de-prensa/el-cgcom-no-considera-necesario-la-creacion-de-un-registro-de-objetores-de> (Última consulta: febrero 2023)

Death with dignity (2022). *Estados con estatuto de muerte digna*. Death With Dignity. Disponible en: <https://deathwithdignity.org/states/> (Última consulta: febrero 2023)

De Miguel Sanchez, C. y López Romero, A. (2006). “Eutanasia y suicidio asistido: conceptos generales, situación legal en Europa, Oregón y Australia (I)”. *Revista de medicina paliativa*, 13(4), 207-215. Disponible en: <https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/04/eutanasia-y-suicidio-asistido-conceptos-generales-y-situacion-legal.pdf>

- Escobar Roca, G. (1991). *La objeción de conciencia en la Constitución española*. Centro de Estudios Constitucionales.
- Ferreiro Galguera, J. (2005). “Libertad de conciencia contra legem: criterios del Tribunal Constitucional en materia de transfusiones”. *Anuario de la Facultad de Derecho de la Universidad de la Coruña*, 9, 283-312. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2183/2371>
- Gamboa Antiñolo, F. M. y Poyato-Galán, J. M. (2021). “La objeción de conciencia de los profesionales sanitarios”. *Gaceta Sanitaria*, 35, 358-360. Disponible en: <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/135256/La%20objeci%c3%b3n...pdf?squence=1&isAllowed=y>
- González Agudelo, G. (2020). “Garantizar la efectiva aplicación de la ley”. *Revista derecho a morir dignamente (DMD)*, 82, 32-36. Disponible en: https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2020/08/Revista_DMD_82.pdf
- González Rus, J. (2021). “Observaciones a la Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia”. *Revista derecho a morir dignamente (DMD)*, 82, 26-28. Disponible en: https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2020/08/Revista_DMD_82.pdf
- IPSOS (2018). *Barómetro Neurociencia y Sociedad*. IPSOS. Disponible en: https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2018-11/barometro_ipsosneurocienciaysociedad_iii_entrega_eutanasia.pdf
- Martínez Sospedra, M. (2021). “Entre los Países Bajos y Oregón. Eutanasia, garantías y suicidio asistido: notas sobre la Ley Orgánica 3/2021, de regulación de la eutanasia y su tramitación parlamentaria”. *Corts. Anuari de Dret Parlamentari*, 35, 57-114. Disponible en: https://www.cortsvalencianes.es/sites/default/files/yearbook/doc/Anuari_35_complet.pdf.pdf

- Payán Ellacuria, Ekain: “Análisis jurídico-penal de la Ley Orgánica de regulación de la eutanasia: una propuesta de lege ferenda”. e-Eguzkilore: *Revista Electrónica de Ciencias Criminológicas*. 2020, 5, 1-36. Disponible en: <https://ojs.ehu.eus/index.php/eguzkilore/article/view/21828>
- Presno Linera, M. A. (2021): “La eutanasia como Derecho Fundamental”. *Teoría & Derecho. Revista De Pensamiento jurídico*, 29, 24-45. <https://doi.org/10.36151/td.2021.002>
- Real Academia Española (s.f.): *Diccionario de la lengua española* (23.6ª ed.). <https://dle.rae.es/eutanasia?m=form> (última consulta: febrero 2023)
- Reis de Castro, M.; Cafure Antunes, G.; Pacelli Marcon, L.; Silva Andrade, L.; Rückl, s.; Angelo Andrade, V. (2016): “Eutanasia e suicidio asistido en países occidentales” *Revista Bioética*, 24 (2), 355-367. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1983-80422016242136>
- Rey Martínez, F. (2008): *Eutanasia y derechos fundamentales*. Centro de estudios políticos y constitucionales.
- Rey Martínez, F. (2021): “El nuevo modelo español de regulación de la eutanasia y el suicidio asistido como derechos: contenido y valoración crítica”. *Anuario de Derecho Eclesiástico del Estado*, XXXVII, 466-504. Disponible en: https://www.boe.es/biblioteca_juridica/anuarios_derecho/abrir_pdf.php?id=AN_U-E-2021-10046500504
- Rivera López, E. (2003): “Eutanasia y autonomía”, *Revista Humanitas, Humanidades médicas* 1(1), 79-86. Disponible en: https://fundacionletamendi.com/revista-pdf/Revista_Humanitas_1.pdf
- Rodríguez Lainz, J.L.; Fuertes Rocañín, J. C.; Fuertes Iglesia, C.; Rodríguez Jiménez, B. (2021): *Eutanasia y testamento vital*. Aranzadi

- Ruiz Miguel, A (2021). Objeción de conciencia y eutanasia. En C. Tomás-Valiente Lanuza (Ed.), *La eutanasia a debate. Primeras reflexiones sobre la Ley Orgánica de regulación de la eutanasia* (Pps. 243-282). Marcial Pons.
- Seoane, J. (2014). “Objeción de conciencia positiva”. *Revista De Bioética Y Derecho*, 32, 34-35 Disponible en: <https://doi.org/10.1344/rbd2014.32.10691>
- Sociedad española de psiquiatría (2021). *Posicionamiento de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre la eutanasia y enfermedad mental*. SAIB. Disponible en: <https://saib.es/wp-content/uploads/SEP-Posicionamiento-Eutanasia-y-enfermedad-mental-2021-02-03.pdf>
- Terribas Sala, N. (2022). “Ley orgánica de regulación de la eutanasia en España: cuestiones polémicas sobre su aplicación”. *Folia Humanística*, 2(7), 1–25. <https://doi.org/10.30860/0085>
- Vega Gutiérrez, J (2000). “*Eutanasia: concepto, tipos, aspectos éticos y jurídicos. actitudes del personal sanitario ante el enfermo en situación terminal*”. Bioética. Disponible en: https://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion_temas/eutanasia/EUTANASIA_2000.pdf

REFERENCIAS NORMATIVAS

- Constitución Española. *Boletín Oficial del Estado*, 29 de diciembre de 1978, núm. 311.
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código penal. *Boletín Oficial del Estado*, 24 de noviembre de 1995, núm. 281.
- Ley de muerte con dignidad de Oregón, de 27 de octubre de 1997
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. *Boletín Oficial del Estado*, 14 de diciembre de 1999, núm. 298.
- Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, de 7 diciembre 2000. *DOUE*, de 18 diciembre 2000.
- Ley Holandesa 26691/2001, de Comprobación de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio, de 28 de noviembre de 2000.

- Traducción disponible en:
<https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2018/07/Ley-Eutanasia-Paises-Bajos.pdf>
- Ley relativa a la eutanasia en Bélgica, de 28 de mayo de 2002. Traducción disponible en:
https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2021/03/ley_eutanasia_BEL_ver2020.pdf
 - Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *Boletín Oficial del Estado*, 16 de mayo de 2003, núm. 274.
 - Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. *Boletín Oficial del Estado*, 23 de noviembre de 2003, núm. 280.
 - Ley de muerte con dignidad de Washington, de 5 de marzo de 2009
 - Ley sobre la eutanasia y la asistencia al suicidio en Luxemburgo, de 16 de marzo de 2009. Traducción disponible en:
<https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2018/07/Ley-Eutanasia-Luxemburgo.pdf>
 - Ley de elección y control del paciente de Vermont al final de la vida, de 20 de mayo de 2013
 - Instrumento de ratificación del Protocolo n.º 15 de enmienda al Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, 24 de junio de 2013
 - Ministerio de salud y protección social de Colombia. Resolución N.º 1216, de 20 de abril de 2015
 - Ley de opción para el Final de la Vida de California, de 9 de junio de 2016
 - Ley de opciones para el final de la vida de Colorado, de 16 de diciembre de 2016
 - Ley de muerte con dignidad del Distrito de Columbia, de 18 de febrero de 2017
 - Ley Our Care, Our Choice de Hawái, de 1 de enero de 2018
 - Ley de ayuda para morir para los enfermos terminales de Nueva Jersey, de 1 de agosto de 2019
 - Ley de muerte con dignidad de Maine, de 19 de septiembre de 2019

- Ley de elección sobre el final de la vida de Nueva Zelanda, de 13 de noviembre de 2019
- Ley C-7, de 17 de marzo de 2021, para hacer modificaciones en el Código Penal en Canadá (ayuda médica para morir). Texto definitivo original disponible en: <https://parl.ca/DocumentViewer/en/43-2/bill/C-7/royal-assent#ID0EBAA>
- Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. *Boletín Oficial del Estado*, 25 de marzo de 2021, núm. 72.
- Ley de opciones para el final de la vida de Nuevo México, de 18 de junio de 2021

REFERENCIAS JURISPRUDENCIALES

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-239 de 20 de mayo de 1997

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-970/14, de 15 de septiembre de 2014.

Corte suprema de Montana. Sentencia del caso Baxter v. Montana, de 31 de diciembre de 2009.

STC 15/1982, de 18 de mayo de 1982

STC 137/1985, de 17 de octubre de 1985

STC 53/1985, de 11 de abril de 1985

STC 160/1987, de 27 de octubre de 1987

STC 161/1987, de 27 de octubre de 1987

STC 120/1990, de 27 de junio de 1990

STC 66/1995, de 8 de mayo de 1995

STC 106/1996, de 12 de junio de 1996

STC 91/2000, de 30 de marzo de 2000

STC 154/2002, de 18 de julio de 2002

STC 145/2015, de 25 de junio de 2015

STEDH, de 29 de abril de 2002, caso Pretty v. Reino Unido

STS, de 11 de febrero de 2009

Sentencia del Tribunal Constitucional Federal alemán, de 26 de febrero de 2020