



Universidad de Jaén

Facultad de Ciencias Sociales
y Jurídicas

Trabajo Fin de Grado

**LA EUTANASIA DESDE UNA
PERSPECTIVA
CONSTITUCIONAL: EL
DERECHO A LA VIDA**

Alumno: Álvaro Ogállar Boiso

Mayo, 2020

Índice:

1. Resumen/Abstract.....	2
2. Introducción.....	2
3. Antecedentes de hecho.....	3
4. Tipología.....	6
a. Origen etimológico y definición.....	6
b. Tipos de eutanasia.....	6
c. Conceptos otorgados por distintas corrientes y organizaciones...8	
5. Posturas de algunos colectivos.....	10
a. El mundo de la medicina.....	10
b. Asociación derecho a morir dignamente.....	11
c. La iglesia católica.....	12
6. Derecho comparado.....	14
a. Países Occidentales europeos.....	14
b. Países Occidentales no europeos.....	19
c. Unesco.....	22
d. Australia.....	22
7. Jurisprudencia.....	22
8. Legislación española.....	29
a. El artículo 143.4 del Código Penal.....	29
b. La voluntad del paciente (fuera del art. 143.4 CP).....	32
c. Proposición de ley de derecho y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida.....	33
9. La eutanasia y el derecho a la vida: Art. 15 de la Constitución española.....	36
a. Derecho constitucional a disponer de la propia vida.....	37
b. Justificación de la eutanasia activa.....	40
10. Conclusión.....	43
11. Bibliografía.....	49

1. RESUMEN

Aunque la eutanasia no es un problema que haya surgido recientemente, ya que es una práctica que se lleva debatiendo durante siglos, en estos últimos años el debate se ha intensificado. La multitud de avances médicos hace que nos planteemos como la sociedad debe tratar a algunos enfermos terminales y personas que se encuentran en un estado de salud incurable e irreversible, solicitando morir para evitar el sufrimiento que su enfermedad les provoca.

El artículo 15 de la Constitución Española recoge el derecho fundamental a la vida. Sin embargo, el derecho a la muerte no viene expresamente recogido en ese artículo. En este trabajo vamos a analizar si la eutanasia puede considerarse protegida por nuestra constitución, vamos a comparar nuestra legislación con la de otros países sobre este tema, y conoceremos a fondo todo lo que implica este concepto, sus diferentes clasificaciones y su historia.

ABSTRACT

Although euthanasia is not a problem that has come up recently, as it is a practice that has been debated for centuries, in recent years the debate has intensified. The multitude of medical advances makes us consider how society should treat some terminally ill and people who are in an incurable and irreversible state of health, requesting to die to avoid suffering caused by their disease.

Article 15 of the Spanish Constitution includes the fundamental right to life. However, the right to death is not expressly included in that article. In this work we are going to analyze if euthanasia can be considered protected by our constitution, we are going to compare our legislation with that of other countries on this subject, and we will know in depth everything that this concept implies, its different classifications and its history.

2. INTRODUCCIÓN

Vivir, vivir libremente y de la forma más digna posible. En una búsqueda constante de la felicidad. Es lo que ansiamos todos, poder vivir cada segundo lo mejor que sepamos. Pablo Neruda decía “me enamoré de la vida, es la única que no me dejará sin antes yo hacerlo”, acertando en ese adjetivo, única. La vida es única, solo disponemos de una y eso es lo que la hace tan especial. El ser humano se centra tanto en vivir que nos olvidamos de aquello que la hace tan hermosa, la muerte.

La muerte da sentido a la vida, saber que es finita, que tiene un inicio y un final. Sin la muerte carecería de lógica vivirla como la vivimos, aprovechando hasta su último suspiro. La vida es importante, y vivirla aún más, pero ignoramos a la muerte, apartándola como un actor secundario cuando sin duda es el coprotagonista de la historia. Y si la muerte tiene un papel tan importante como la vida ¿Por qué podemos elegir como vivir, pero no como morir?

Es evidente que la formulación de esta pregunta abre la puerta a muchas otras. Pero cuando un ser humano sufre una agonía permanente y no la vida no tiene nada más para darle salvo dolor, ¿Por qué esa persona no puede elegir acabar con todo ese sufrimiento? Francisco de Quevedo escribió “Mejor vida es morir que vivir muerto”.

Esto es lo que se va a analizar durante este trabajo, el derecho a una buena muerte, la eutanasia. Estudiaremos este concepto desde diversos ángulos. Los avances médicos en aras del aumento de la esperanza de vida han supuesto en las últimas décadas el planteamiento de una regulación, requisitos y garantías para asegurar la dignidad de la persona en el proceso de su muerte. Si bien es un tema que ha existido siempre, la prolongación de la vida, de manera natural o artificial, ha provocado que esta cuestión recoja un mayor relieve.

Trabajaremos el tema desde los distintos puntos de vista y enfoques posibles: Como la sociedad afronta este concepto, tanto cultural, religiosa como ideológicamente. La regulación internacional al respecto, analizando como algunos países y varios textos internacionales tratan esta situación. También veremos su aplicación a la realidad jurídica con jurisprudencia al respecto. Y lo más importante, como la regulación española y nuestra constitución han manejado este concepto.

3. ANTECEDENTES DE HECHO

La eutanasia, conceptualizada como una muerte fácil, tranquila y sin dolor, se ha practicado desde la cultura grecorromana. Los primeros indicios de su uso los podemos encontrar en la obra del historiador romano Seutonio (69-125 d.C.), *la vida de los doce césares*, donde se narra la muerte de César Augusto, una muerte dulce acorde a sus deseos. Siempre que escuchaba que alguien moría rápidamente y sin dolor, solicitaba, tanto para él como su familia lo mismo. Además de Seutonio, Tácito (55-120 d.C.) también recogía relatos donde aparecía la eutanasia activa, por envenenamiento o abriendo las venas. Incluso Sócrates, cuando atribuyó a Asclepio la decisión de no prolongar la vida en los casos en los que el cuerpo estaba totalmente enfermo por dentro. Hipócrates fue una de las excepciones de su época, con

el juramento hipocrático. En Grecia, con la llegada de la medicina científica, la eutanasia se medicalizó y quedó a cargo de los médicos¹. Se puede apreciar que en aquella época la eutanasia no era un grave conflicto. Se postulaba que la vida debía ser digna de vivir, y que, en caso contrario, prolongar la vida de una persona en esas condiciones no era útil ni para él ni para el estado. Un claro ejemplo de ello es la medicina. Diego Gracia argumenta esto mediante Platón: en la época de la República, Platón señalaba que la medicina solo debía ser destinada para los seres con una constitución sana para curarlos de alguna enfermedad, y no a individuos que padecen enfermedades crónicas y se convierten en una carga para la sociedad².

Aunque dicho término fuera acuñado en esa época no quiere decir que no se aplicara tiempo atrás. Diego Gracia señala que en los pueblos primitivos han existido muchos tipos de prácticas eutanásicas consistentes en rituales u otros procesos con la finalidad de dejar a morir a una persona por diferentes motivos (edad avanzada, invalidez, una enfermedad incurable con graves dolores o por su incompetencia). Las prácticas mencionadas eran realizadas por los familiares, chamanes o hechiceros.

Debido a la influencia del cristianismo la eutanasia fue condenada al igual que el suicidio, sin embargo, en diversos textos su práctica es admitida. Es en el siglo IV cuando los conceptos teológicos de Agustín otorgaron un punto de vista diferente, considerando el suicidio como un acto contrario a la naturaleza suprema de la voluntad divina. Durante los 12 siglos siguientes imperó la idea de que Dios era el único que podía disponer de la vida de los demás. Se consideraba que tanto la vida como el sufrimiento formaban parte de los planes divinos, prohibiéndose así cualquier tipo de actividad que agilizase la muerte de alguien. En este momento histórico encontramos más religiones que prohíben expresamente acciones como el suicidio, como es el caso del Corán, basado en razones análogas a las agustinas.

A partir del siglo XIV comienza a haber un cambio de pensamiento sobre el suicidio y la eutanasia. A raíz del Renacimiento volvieron a tener relevancia los valores griegos y romanos, postulando la “muerte fácil” como una opción³. En el siglo XVII, el término *euthanasia* se introdujo de las manos del filósofo inglés Francis Bacon, que consideraba necesario la ayuda de los médicos a los enfermos próximos a la muerte. En su obra *el avance de la ciencia* diferenciaba la eutanasia “externa” como la ayuda del médico para acelerar la muerte, de la eutanasia como la asistencia a buena muerte. Desde ese momento, varios filósofos y escritores (no tanto médicos), empezaron a reivindicar la eutanasia. Karl F. H. Marx publicó en 1826 su

¹ D. Gracia, “Historia de la eutanasia”, en S. Urraca (ed), op. Cit., pp. 67-91

² Platón, República, 407/408 d.

³ D. Humphry y A. Wickett, op. Cit., pp. 5-8

obra *Medical euthanasia* exponiendo que enseñar a los médicos a cuidar técnica y humanamente a los enfermos que están cerca de su muerte es una necesidad.

En la primera mitad del siglo XX, en América y Europa se debatía sobre la legalización de la eutanasia, surgiendo así las primeras asociaciones en defensa del derecho a una muerte digna (la Euthanasia Society de 1935). Fue la segunda guerra mundial y el genocidio nazi lo que paralizó este proyecto eutanásico. En 1938, la abuela de un niño ciego y con capacidades reducidas se encontraba internado en una clínica de la universidad de Leipzig, solicitó a Hitler que le garantizase la muerte por compasión. Desde entonces Hitler inició un programa para procurar la muerte por misericordia en casos similares. No menos de un año más tarde estableció la obligación de declarar a todos los recién nacidos con defectos físicos. Se calcula que fueron asesinados unos 5.000 niños, pasando posteriormente a eliminar a todas aquellas personas carentes de valor social o con defectos genéticos. La guerra trajo consigo muerte, lo que dio como consecuencia una urgente necesidad de asistir a los heridos. Pero esta derivación de sucesos llevó a pensamientos negativos y reacios sobre la eutanasia. La Asociación Médica Mundial, reunida en Ginebra en 1948, estableció dentro de los deberes de los médicos el tener absoluto respeto por la vida humana desde el instante de la concepción; y el no utilizar, ni aún bajo amenaza, los conocimientos médicos contra las leyes de la humanidad. Asimismo, en relación con la eutanasia, dispuso que es el acto deliberado de dar fin a la vida de un paciente, ya sea por su propio requerimiento o a petición de sus familiares, lo cual es contraria a la ética.

La segunda mitad del siglo XX fue un momento de progreso médico, modificando significativamente la atención a los pacientes, tanto en la forma de morir como en el concepto de la misma muerte. Debido al aumento del número de personas que se encontraban en esa situación y que llevaban sus casos a juicio acusados de homicidio, el debate sobre la eutanasia se incrementó. Un ejemplo de ello es el acuerdo de la Asamblea General del Consejo de Europa de enero del 76, que discutió los derechos del enfermo, anteponiendo el derecho a la vida sobre el de la eutanasia.

Debido a la tecnología y la aparición de enfermedades crónicas como el cáncer, el sida, y otros padecimientos neurodegenerativos, estas situaciones cada vez son más frecuentes, planteando la necesidad de acelerar el fin de la vida.

4. TIPOLOGÍA

A. Origen etimológico y Definición

El término eutanasia proviene del griego: “eu” (bueno/a) y “thanatós” (muerte). Por lo que la expresión correcta sería “buena muerte”, la privación o suspensión de la vida de los seres humanos en forma dulce, por consideraciones de tipo humanitario en beneficio del individuo y/o de la sociedad.

La RAE sostiene dos definiciones acerca de la eutanasia: Su primera definición se refiere a la eutanasia como “Intervención deliberada para poner fin a la vida de un paciente sin perspectiva de cura”, y una segunda definición como “Muerte sin sufrimiento físico”. Esta última se deriva el término etimológico de la palabra y posee un alcance genérico, dado que engloba a todas las situaciones en las cuales puede producirse la muerte sin dolor, ya sea por causas naturales o a raíz de acciones-activas u omisivas- encaminadas a acelerar el fin de la vida del enfermo, con o sin participación de terceros en ambos supuestos. Pero ya que dicha definición posee un gran alcance, hay que delimitar el concepto para solo aquellas acciones u omisiones que puedan mostrar cierta relevancia para el *ius puniendi*.

Otra definición, que no se aleja de las mencionadas anteriormente, es la sostenida por Martín Gómez y Alonso Tejuca: *«Aquella conducta, comportamiento o técnica que, consistente en un hacer, un dejar de hacer lo posible o en un mero no hacer, tiene por fin paliar la situación de dolor extrema e incluso anticipar el exitus de quien, consintiendo o no pudiendo prestar su anuencia a ello, se halla en una situación de enfermedad o deficiencia límite e irreversible.»*

B. Tipos de eutanasia

La primera de ellas es la consideración más clásica de dos tipos de eutanasia, activa y pasiva. La eutanasia activa se encarga de aplicar recursos médicos en un sentido positivo para conseguir la muerte, sustituyendo la muerte por causa natural u otra artificial.

Según la OMS, las definiciones de la eutanasia activa no son exactas y pueden variar de una persona a otra, pero con varios elementos en común. Puede dividirse en tres categorías:

- El homicidio intencional de aquellos que lo han solicitado de manera libre y con capacidad plena.
- El suicidio asistido profesionalmente.

- La muerte intencional de los recién nacidos con anomalías congénitas que puede o no ser una amenaza para la vida.

En el contexto jurídico, el debate doctrinal se centra en categorizar el concepto de la eutanasia como un derecho a elegir la propia muerte, asociándolo a los principios constitucionales de libertad y dignidad humana, o la prohibición de esa configuración legal.

La eutanasia activa contiene a su vez dos clasificaciones:

En primer lugar, tenemos la eutanasia activa indirecta, mediante la aplicación de técnicas paliativas del dolor que, indirectamente, pueden implicar una anticipación de la muerte. Es lo que se podría denominar una *muerte dulce*, la cual es atípica en nuestra legislación. La sedación paliativa podría encuadrarse en este concepto. La sedación paliativa es “*la administración deliberada de fármacos para lograr el alivio, inalcanzable con otras medidas, de un sufrimiento físico y/o psicológico, mediante la disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la consciencia en un paciente cuya muerte se prevé muy próxima y con su consentimiento explícito, implícito o delegado*” según el documento del Comité de Ética de la SECPAL sobre “Aspectos éticos de la sedación en Cuidados Paliativos”, de enero de 2002. Para ella se requiere el consentimiento informado del enfermo o de su representante, pues puede contribuir al acortamiento de su vida.

En segundo lugar, la eutanasia activa directa consiste en la causa de la muerte indolora por solicitud del enfermo cuando dicha enfermedad se diagnostique como incurable, realizando acciones que directamente van encaminados a provocar la muerte del enfermo. Este tipo de eutanasia si se encuentra tipificada bajo nuestro código penal.

La eutanasia pasiva consigue el mismo objetivo, pero de otra manera, mediante la supresión u omisión de ayudas terapéuticas que podrían alargar o conservar la vida del paciente ante la imposibilidad real de curación. A este último tipo también se le conoce como eutanasia omisiva, negativa o indirecta. En relación a la eutanasia pasiva, la calidad de las medidas de soporte vital puede variar entre recursos ordinarios y extraordinarios, siendo considerados estos últimos más artificiosos y menos justificables que los primeros. A pesar de ello no hay una línea divisoria clara al respecto, pudiendo considerarse los recursos extraordinarios en algunas áreas de hospital como una simple ayuda de rutina (UVI, por ejemplo).

Aunque los objetivos y métodos de cada tipo son notoriamente diferentes, como dice Ramsey, estas adjetivaciones pueden ser aleatorias, según la situación concreta ⁴. De esta manera, un fármaco concreto puede estar preparado para finalizar con la vida del paciente y a su vez aliviarle el dolor, y su aplicación en estas circunstancias debe considerarse como eutanasia activa. Pero si el objetivo que pretendemos se centra en la analgesia, aunque se arriesgue la vida del enfermo, podríamos hablar de eutanasia pasiva.

Aparte de estas dos grandes clasificaciones, las más tradicionales y trascendentes, dependiendo de diversos factores podemos encontrar otras clasificaciones:

Si nos centramos en la finalidad de la eutanasia podemos encontrar dos conceptos. La primera, si con la muerte es compasiva y se pretende privar al enfermo de los dolores, o una deformación física o una ancianidad penosa, se denomina “homicidio pasivo”. Sin embargo, cuando la muerte es un medio purificador de la raza o liberador para la familia o sociedad por considerarse una carga, se llama eutanasia eugenésica, económica y social; este último tipo es para las denominadas “vidas sin valor”. Aquí no existe la voluntad de morir por parte de la víctima y predominan los motivos egoístas del autor, para eliminar a los enfermos, niños débiles y ancianos, por ser considerados una carga. Aquí nos encontramos con los delitos de genocidio, parricidio, infanticidio y homicidio.

En el caso de que el enfermo pida la eutanasia hablamos de eutanasia voluntaria. Pero puede darse el caso que el enfermo no pueda otorgar el consentimiento por carecer de sus capacidades físicas y mentales y que haya expresado su consentimiento previamente. O incluso sin siquiera haber dado su consentimiento previo, sin saber cuál habría sido su voluntad. Nos referimos a la eutanasia involuntaria.

El último tipo que vamos a tratar es el suicidio asistido. Aun habiendo consentido la víctima, la eutanasia no deja de ser un homicidio con unas características especiales y en unas circunstancias muy determinadas. Pero en el caso de que sea uno mismo quien provoca intencionadamente la muerte nos encontramos ante el suicidio asistido. Un ejemplo es cuando el médico proporciona el fármaco letal y el propio enfermo se lo administra a sí mismo.

C. Conceptos otorgados por distintas corrientes y organizaciones

La eutanasia es una práctica que crea opiniones en ambas caras de la moneda y de muy diversa índole. También es un concepto que abre un cierto abanico de interpretaciones. Es por

⁴ Ramsey, P.: “euthanasia and dying well enough”. Linacre. Quartely. 1977.

esto por lo que nos encontramos con tantas asociaciones y organizaciones que disponen a proporcionar su propia visión sobre esta práctica. Vamos a ver alguna de ellas.

La Asociación Médica Mundial definió la eutanasia en 1987 como “el acto deliberado de dar fin a la vida de un paciente”⁵. Unos años más atrás, en enero de 2002, la Sociedad Española de Cuidado Paliativos (SECPAL)⁶ sostuvo otra definición como “conducta (acción u omisión) intencionalmente dirigida a terminar con la vida de una persona que tiene una enfermedad grave e irreversible, por razones compasivas y en un contexto médico”. La SECPAL declaró la irrelevancia ética entre eutanasia pasiva/activa si se mantiene la misma intención y resultado.

Merece la pena mencionar como última definición otorgada por una organización de relevancia la dada por la OMS, definiéndola como aquella acción del médico que provoca deliberadamente la muerte del paciente.

A pesar de la multitud de conceptos que le otorga a la eutanasia, existen ciertas sombras y vaguedades. Para resolver esos vacíos han surgido otros términos que procuran detallar con más exactitud el comportamiento médico ante situaciones límite. Estos conceptos son la distanasia y ortotanasia.

La distanasia (dis = mal) trata el uso de recursos terapéuticos que no obtienen beneficio positivo para el curso del paciente y solo consiguen una prolongación de la vida biológica. Generalmente este concepto también ha sido definido como “ensañamiento terapéutico”, alegando que no se prolonga la vida, sino la agonía⁷. Se parte de la obligación del médico de conservar la vida humana hasta el máximo de sus posibilidades de y de la ciencia.

El otro concepto en contrapunto es la “ortotanasia” (ortos = recto), que postula la ayuda al moribundo hasta donde es útil, eliminando los cuidados especiales a enfermos en estado vegetativo irrecuperables. Este concepto se aproxima a la eutanasia pasiva en relación a la supresión de ayudas que se pueden considerar inútiles dado el estado del paciente.

⁵ Ortiz villajos y Moreno, J. M.: “muerte de la persona y distancia”. Razón y Fe. 1970

⁶ el manantial de la vida (Jouve, Nicolás)

⁷ la sociedad española de cuidados paliativos es una asociación de profesionales interdisciplinar, entre cuyos objetivos destacan los de la promoción de una buena calidad de atención de los enfermos terminales, la docencia de los profesionales, la investigación y la ayuda y asesoramiento a la administración para el desarrollo y la implementación de los cuidados paliativos en España. Fue fundada en enero de 1992 y tienen más de 300 miembros, procedentes de diferentes especialidades y ámbitos de atención, y con diferentes profesiones sanitarias.

Por último, un profesor de ética en la universidad de Harvard, A. Dick, sugirió un término que representara la ortotanasia en un sentido positivo, denominado “benemortasia”. Se centra en el comportamiento del sanitario ante el moribundo para conseguir un *éxitus* digno, con tratamientos destinados al objetivo de reducir al máximo el sufrimiento del sujeto en esta situación.

A pesar de que, como hemos visto, nos encontramos ante diversas calificaciones y conceptos de la eutanasia, en suma, podemos clarificar unos elementos esenciales y comunes a la eutanasia:

- El fin último de la eutanasia es la muerte de la persona
- La búsqueda de esa muerte es acabar con el dolor que no permite mantener una vida digna.
- La muerte puede producirse mediante acción (provocando la muerte administrando sustancias para ello) u omisión (se deja de administrar medicación al paciente).

5. POSTURAS DE ALGUNOS COLECTIVOS

La religión, el mundo de la medicina y muchos otros colectivos/organizaciones ofrecen diversas posturas con respecto a la eutanasia, tanto en su aceptación como rechazo, y algunos de estos colectivos han influido considerablemente a lo largo de la historia en su progreso o su exclusión.

A. El mundo de la medicina

Los Códigos de Deontología Médica exigen que el médico cure o alivie a sus enfermos, rechazando la idea de provocarles deliberadamente la muerte. El médico debe tener el máximo respeto a la vida humana. El juramento Hipocrático (460 a.c) es un gran ejemplo: “Y no daré ninguna droga mortal a nadie, aunque me lo pidan, ni sugeriré un tal uso”.

El Código internacional de Deontología (Ginebra 1948; Sídney 1968) adoptado por la OMS, en su párrafo 9 redacta: “Guardaré el máximo respeto hacia la vida humana desde el momento de su concepción”. La Asociación Médica Mundial estableció entre los deberes del médico el absoluto respeto por la vida humana desde su comienzo, y el no usar, bajo ningún concepto, los conocimientos médicos contra las leyes de la humanidad.

En el mismo sentido, la Asociación Médica Mundial declaró la eutanasia como el acto deliberado a poner fin a la vida de un paciente, aunque sea por voluntad propia o petición de sus familiares, es contraria a la ética. Ello no impide al médico respetar el deseo del paciente

de dejar que el proceso natural de la muerte siga su curso en la fase terminal de su enfermedad

8

El Código de Deontología Médica español vigente, en su capítulo XVII, art. 116 dice: “El médico está obligado a poner los medios preventivos y terapéuticos necesarios para conservar la vida del enfermo y aliviar sus sufrimientos. No provocará nunca la muerte deliberadamente, ni por propia decisión, ni cuando el enfermo, la familia, o ambos, lo soliciten, ni por otras exigencias”. Aunque a priori pueda parecer un poco contradictorio con lo que acabamos de leer en el art. 116, el art. 117 rechaza el ensañamiento terapéutico, al querer cambiar una situación irreversible, alargando el sufrimiento y el malgasto de recursos. El art. 116 está planteado para las situaciones en las que hay varias posibilidades diferentes antes que la muerte, y el 117 para situaciones que no tienen remedio.

B. Asociación derecho a morir dignamente

Esta asociación fue fundada en 1984 y es sin ánimo de lucro. Promueve el derecho de toda persona a disponer con libertad de su cuerpo y de su vida, y a elegir libre y legalmente el momento y los medios para finalizarla; y defiende el derecho de los enfermos terminales e irreversibles a morir sin sufrimientos, si así lo desean.

Fernando Marín, presidente de la asociación, sostiene que en España sigue existiendo un tabú en torno a la muerte y que es necesario crear una cultura con respecto a esta: “La gran aportación de una regulación de la eutanasia o el suicidio asistido es que es un torpedo en la línea de flotación al tabú de la muerte. Obliga a que todas las personas lo piensen”.

Marín explica que su asociación está empeñada en crear una cultura de la buena muerte, una muerte digna que aún no existe en nuestra sociedad, señalando lo importante que es que la personas reflexionen sobre la muerte y piensen que desean.

Marín también habla del testamento vital como una herramienta para dar instrucciones de no prolongar más la vida en la situación de que el enfermo en cuestión no pueda expresarse por sí mismo. Y remarca que “Si hay dudas sobre si del deterioro es irreversible, no se aplica el testamento vital”. Hace alusión a países donde el testamento vital se utiliza de manera habitual y funciona correctamente como ejemplo de su efectividad: “Se ha demostrado que en los países donde se ha promovido el testamento vital, las personas mueren mejor. En el sentido de que muchas más personas mueren en sus casas y muchas menos pasan sus últimos

11

⁸ declaración de la AMM sobre la Eutanasia adoptada por la 39.ª Asamblea Médica Mundial Madrid, España, octubre 1987 y reafirmada por la 170.ª Sesión del Consejo Divonne-les-Bains, Francia, mayo 2005.

30 días en una UVI. Esta es la imagen paradigmática de una mala muerte. Porque si te vas a morir ¿qué haces en una UVI? Estas cifras aún se producen, pero se han reducido bastante”.

C. La iglesia católica

La iglesia ha sido una de las religiones más influyentes en la historia a la hora de abordar la eutanasia (aunque no es la única), imponiendo durante 12 siglos, hasta la llegada del renacimiento, que Dios era el único que podía disponer de la vida de los demás. Se consideraba que la vida y el sufrimiento en ella formaba parte un plan divino de Dios, por lo que se prohibía cualquier acto encaminado a agilizar la muerte de alguien.

Sin embargo, en la actualidad encontramos diversas posturas dentro de la religión católica:

La opinión de “la iglesia oficial” es claramente opuesta a su práctica. La iglesia, consciente del debate que lleva décadas abordándose en torno a la eutanasia, ha querido contrarrestar su influencia con diversos comunicados y documentos expresando su postura desde una reflexión cuidadosa, asesorada por diversos médicos y especialistas. En 1980 el Vaticano publicó la *Declaración sobre la eutanasia*. En este documento la iglesia equipara la eutanasia con el homicidio. Pero reconoce el sufrimiento de los enfermos terminales, permitiendo el uso de medicinas paliativas, aunque estas reduzcan la vida. También rechaza el encarnizamiento terapéutico, pero en ningún caso el derecho a provocar la muerte.

Poco después, en 1995 el papa Juan Pablo II reveló la encíclica *Evangelium vitae*. En este documento se ratifica la postura de la iglesia manifestado en la declaración sobre la eutanasia, y coloca al aborto y la eutanasia en el mismo nivel que el genocidio y el homicidio. El capítulo tercero se titula “No matarás. La ley santa de Dios”, dedicando un apartado específico a las acciones médicas al final de la vida con el nombre de “Yo doy la muerte y doy la vida: el drama de la eutanasia”, condenando la eutanasia y el suicidio asistido. Un documento más reciente, aunque en la misma línea de rechazo a la eutanasia, data del 2003, por el cardenal Joseph Ratzinger, llamado la *Nota doctrinal sobre algunas cuestiones relativas al compromiso y la conducta de los católicos en la vida política*, animando a que los políticos católicos intervengan en la sociedad de sus países para mantener los ideales católicos, esto es, entre otros, rechazar la eutanasia.

Luego, dentro de la iglesia, encontramos un movimiento que se postula frente a la posición oficial, aunque no se distancia mucho de ella. Bajo esta idea encontramos teólogos y filósofos que buscan una bioética basada en principios cristianos en la que la fe no sustituya la razón,

sino que la ilumine. Aquí podemos encontrar tanto a defensores de posición del Vaticano como a otros dispuestos a aceptar la eutanasia en algunos casos excepcionales.

Javier Gafo es un jesuita y teólogo que considera la eutanasia actual con un sentido muy concreto cuando se trata de poner fin a la vida de una persona enferma que no tiene esperanzas de vivir en condiciones humanas. Difiere con el papa en la similitud entre la eutanasia y el homicidio. Javier considera que no se puede condenar definitivamente la eutanasia porque algunas situaciones carecen de argumentos suficientes tanto para rechazar como aceptar la eutanasia, e igual sucede con la eutanasia activa o pasiva, siendo poco claras a veces las diferencias entre una y otra. También plantea que la legalización o despenalización de la eutanasia podría llevar a un abuso de su práctica.

Otro autor que encajaría en esta postura intermedia es José Vico Peinado, sacerdote y profesor de ética. En su libro *Dolor y muerte humana digna*, cuestiona la radical condena de la iglesia a la eutanasia, haciendo hincapié en el contexto de cada situación. Vico Peinado sostiene que no solo debemos considerar la calidad de vida, sino la calidad de la muerte para que esa persona se encuentre en las mejores condiciones humanas. Este autor plantea que la eutanasia no tiene por qué ser solo para los no cristianos, sino que puede ser éticamente correcto la aplicación de la eutanasia en situaciones concretas sin alejarse del mensaje cristiano.

La última postura abre la posibilidad de la eutanasia para los creyentes, sin que la aplicación de la misma atente contra las conciencias de que quienes necesitan finalizar su vida de una forma más especial. Han Küng es un teólogo y catedrático suizo, director de la Fundación Ética Mundial de 1995 a 2013. Este autor siempre ha mantenido una postura crítica ante la posición del Vaticano. Han argumenta su postura en la libertad atribuida por Dios al hombre para hacerlo responsable de sus decisiones, y eso incluye la muerte. Este autor cree en la vida después de la muerte, lo que hace que morir represente llegar a la plenitud. Para este autor, hay que alejar la idea de que estar a favor de la eutanasia es estar a favor de matar. Pero solo considera el acto eutanásico en situaciones de enfermedad muy grave.

Otro autor aún más crítico con la postura del Vaticano, siendo condenado por el propio Vaticano por mostrar las contradicciones teológicas de la iglesia en varios temas, la eutanasia entre ellos, es Jacques Pohier. Este autor se postula a favor de la legalización de la eutanasia. Pohier defiende que la idea del dolor como consecuencia del mal o de los planes divinos de Dios fue una forma de darle sentido a un problema que siglos atrás no tenía solución, pero el avance de la medicina hace que esa interpretación carezca de valor. Afirma que la atención

del dolor debe ser máxima prioridad en la medicina y la sociedad, debiendo las personas reapropiarse de su propia muerte, siendo el mismo sujeto el que decida el rechazo o no de su tratamiento y qué quiere para el final de su vida.

6. DERECHO COMPARADO

A. Países occidentales europeos

- Holanda y Bélgica

Unos de los países donde se ha avanzado notablemente en la aceptación de la eutanasia ha sido Holanda. Hasta hace poco, la eutanasia era técnicamente ilegal, pero tolerada. Existía una especie de acuerdo en todos los niveles del sistema judicial en aceptar dicha práctica mediante sentencias absolutorias en aplicación del estado de necesidad con la condición de cumplir unas pautas a seguir diseñadas por una comisión estatal:

- Solicitud explícita y repetida del paciente, no dejando lugar a dudas su deseo de morir.
- Que exista un sufrimiento físico y/o mental muy severo sin señales de mejoría.
- Falta de otras opciones terapéuticas, al haber sido rechazadas o probadas todas las disponibles.
- Decisión libre del paciente, siendo debidamente informado y consciente de ello.
- Consulta del médico con otros médicos.

El método allí utilizado es mediante la aplicación de un barbitúrico que induce al sueño. Seguido de una inyección letal de curare. Aunque las cifras oficiales hablan de 2.000 actos eutanásicos anuales, otras cifras sugieren entre 5 y 10.000 personas.

Bajo la legislación holandesa, las conductas eutanásicas se encontraban tipificadas como delito en los arts. 293 (homicidio a petición) y 294 (inducción y auxilio al suicidio)

Hace poco la situación en Holanda ha cambiado. El parlamento holandés ha procedido a la despenalización de la eutanasia bajo 25 condiciones. Aunque se considera que la doctrina aún es confusa y los criterios no distinguen claramente entre eutanasia y terminación de la vida sin petición, aparte la inseguridad hacía los participantes en el proceso a que no sean mirados como asesinos, a pesar del apoyo público. Otro de los debates que se han abierto se encaminan sobre los posibles abusos que pueden producirse a raíz de esta ley, realizando el acto eutanásico en situaciones en las que no debe darse, bien porque el enfermo no cumple

con los requisitos necesarios o por su práctica sin el consentimiento del paciente. Ante estas críticas, el presidente de la asociación *derecho a morir dignamente* declaró: “¿Pero qué abusos? Después de 80.000 muertes voluntarias no ha habido ni un solo caso de homicidio. El miedo al abuso es infundado. La idea de que tus nietos te van a ingresar y un médico te va a dar una inyección que acabe con tu vida en contra de tu voluntad es una distopía, completamente irreal en un sistema público.”

Llama la atención de la regulación holandesa en su aplicación sobre menores de edad, permitiéndose a partir de los 12 años. Así como la regulación de las voluntades anticipadas para los que se encuentran incapacitados para manifestar su voluntad.

El caso de Bélgica es bastante similar. La ley belga relativa a la eutanasia (28 mayo 2002) se dictó siguiendo el sistema holandés, exceptuando la mención sobre el auxilio al suicidio, dado que no éste no se encuentra tipificado en el CP belga. La normativa vino a dar cobertura legal a una práctica que era relativamente común en los hospitales belgas. La ley define la eutanasia como “la terminación intencional de la vida de otra persona, a solicitud de quien se verá privada de la vida” (art. 2).

Los requisitos para practicar la eutanasia son los siguientes: Ser mayor de edad o menor emancipado, que tenga capacidad legal y conciencia en el momento de la petición; que la petición sea voluntaria, bien meditada y reiterada, sin que medie presión externa, y que el paciente se encuentre en una condición precaria, sometido a un sufrimiento constante e insoportable que no pueda ser aliviado, como consecuencia de una enfermedad incurable o de un accidente (art. 3). La ley también determina que el médico que participe en la fase eutanásica sea independiente del paciente.

La ley belga posee una gran amplitud en esta norma al no distinguir entre estado terminal o enfermedad crónica, permitiendo al poeta Hugo Claus (padecía el síndrome de Alzheimer¹) eligiera el momento de morir y solicitara la aplicación de la eutanasia el 19 de marzo de 2008. Esta ley también regula las directivas anticipadas, otorgando la posibilidad de dictar instrucciones ante situaciones de una futura enfermedad incurable, carezca de conciencia y su estado no es reversible. Otra opción es el derecho de opinión de una persona que el paciente puede señalar en sus directivas (art. 4). Para regular y supervisar la aplicación de la ley, se crea una Comisión Federal de Control y de Evaluación. Dicha Comisión se integra por dieciséis miembros, en atención a sus conocimientos y a su experiencia (ocho doctores en medicina, cuatro profesores universitarios en derecho y otros cuatro relacionados con

organizaciones involucradas en los problemas de los enfermos mentales o crónicos. (art. 5 y 6). Por último, cabe mencionar que la ley, a diferencia de la legislación holandesa, considera la muerte por eutanasia por causa natural (art. 15). Esta consideración se tomó para dar más facilidades procesales en materia sucesoria y contractual.

El 13 de febrero de 2013 el Parlamento belga aprobó una nueva ley por la cual se despenaliza la eutanasia en menores de edad sin límite de edad. El motivo principal se encuentra en las observaciones de pediatras y oncólogos que observan a niños con enfermedades incurables que sufren un dolor irremediable. El consentimiento por parte de los menores se analiza cuidadosamente por un equipo pediátricos multidisciplinario, incluyendo un psiquiatra infantil. También es necesario el consentimiento de los padres.

- Francia

En Francia se condena tanto la eutanasia como el suicidio asistido, sin embargo, ha habido diversos conflictos políticos y casos que han influido directamente en la modificación de los textos legislativos.

Primero tenemos que mencionar el art. 38 del código de Ética médica francés, el cual indica que “*nadie tiene derecho a causar la muerte deliberadamente*”, dándonos ciertos indicios de hacia donde se inclina la legislación francesa. La normativa penal francesa no tiene un tipo específico para la eutanasia, por lo que hay que referirse a los tipos generales. El código penal francés tipifica “el hecho de ocasionar la muerte a otra persona” como homicidio en su art. 221-1, el envenenamiento o intoxicación a terceros (art. 221-5), incluso se castiga la mera promesa u oferta de cometer homicidio o envenenamiento (art. 221-5-1), o la mera propagando de productos para tales fines (art. 223). Lo que sí permite es el rechazo de un tratamiento de un mayor de edad, aún cuando esto suponga su fallecimiento.

Como normativa más específica encontramos la ley Kouchner en 1999, que prohibía tanto la eutanasia como el suicidio asistido; esa ley dio paso a la ley Kouchner II en 2002, que reforzó los derechos del paciente a rechazar tratamientos para evitar el encarnizamiento terapéutico, intentando crear un plan de desarrollo de cuidados paliativos.

Ya en el 2005 aparecía la ley Leonetti, que mantenía una fuerte prohibición hacía la eutanasia y el suicidio asistido, pero reforzó el rechazo de tratamientos que se podían considerar de inútiles y desproporcionados y reguló las voluntades anticipadas. Esta ley sufrió una reforma en 2016 debido a una serie de circunstancias: los nuevos casos que surgieron junto con los

intereses y expectativas políticas hicieron que esta ley fuera insuficiente. Casos como el de Chantal Sébire en 2008 (solicitó a los tribunales el suicidio asistido, siendo dicha petición denegada), el suicidio en 2008 de Rémy Salvat, de 23 años, que sufría de una enfermedad grave degenerativa, y varias proposiciones de ley que no prosperaron frente la asamblea nacional crearon la necesidad de una reforma de la ley, siendo ratificada por el consejo nacional de la Orden Médica, que encargó la elaboración de una nueva proposición de ley, que se convirtió en la reforma de 2016.

La reforma de 2016 parte del principio del respeto de la dignidad humana. Se le dio una nueva redacción al deber de información en relación con los cuidados paliativos, el derecho a renunciar un tratamiento y las directivas anticipadas, otorgándoles un carácter vinculante y obligatorio. También se prohíbe a los médicos la implementación o continuación de un tratamiento que se pueda calificar de irracional o desproporcionado, siempre en concordancia con la voluntad del paciente. Además, se indica expresamente que *“la nutrición e hidratación artificiales constituyen tratamientos que pueden suspenderse”*. Por último, configuró dos nuevos derechos: el derecho a no sufrir y el derecho a la sedación profunda y continua.

- Suiza

El suicidio asistido es legal en Suiza, mientras que la eutanasia directa activa está prohibida en el art. 114 del código penal suizo, sin embargo, el art.115 trata la asistencia al suicidio, prohibiendo dicho acto según el animus del asistente. La criminalidad o no del acto viene determinada por la intencionalidad, penándose la acción cuando se motiva en razones egoístas. Se permite el suicidio asistido por razones altruistas, considerado como requisito previo para su punibilidad. El art. 115 no requiere la intervención de un médico ni que el paciente este en fase terminal, solo requiere que el motivo no sea egoísta. La legislación suiza no considera que el suicidio sea un crimen o que la colaboración al suicidio sea actuar como cómplice de un delito.

Resulta paradójico que la eutanasia siga considerándose una acción delictiva, sin embargo, esto se fundamenta en la libertad de elección de la persona y la autonomía de la voluntad. Una persona es capaz de decidir sobre su propio destino, pero nadie debe tener la capacidad de tomar esa decisión en nombre de otros, por deteriorado que se encuentre. Aunque este argumento es el justificante para prohibir un acto y permitir otro, parece que esta línea argumental va destinada a los casos en los que los pacientes no se encuentran en condiciones para manifestar su voluntad.

Lo interesante es que, dado el planteamiento regulador suizo, es la existencia de varias organizaciones las que realizan el suicidio asistido. Hay varias organizaciones que realizan el suicidio asistido en Suiza, incluso algunas permiten el ejercicio eutanásico a extranjeros. Nosotros vamos a ver lo más importantes:

Exit Detusche Schweiz y Exit Suisse romande ADMD: Estas dos organizaciones permite el acceso solo a ciudadanos suizos y residentes legales en el país que deseen poner fin su vida. Deben ser mayores de 18 años y presentar un informe médico que confirme una enfermedad sin cura o una minusvalía que genere dolores insoportables. También son visitados por otros miembros de la organización para asegurarse de que su decisión es seria e inequívoca. Si se cumplen todos los requisitos, la propia organización encarga la droga letal y se practicará en la fecha y lugar pactados. Debido a la ilegalidad de esta práctica si los motivos son egoístas y lucrativos, los asistentes de la organización son voluntarios.

Dignitas y Lifecircle: estas dos organizaciones aceptan a ciudadanos extranjeros que quieran suicidarse y cumplan los requisitos legales. Dignitas fue fundada en 1998 y ofrece la posibilidad de terminar con tu vida sin sufrimiento y de una manera digna a personas con enfermedades terminales o graves sin posibilidad de mejora. En Dignitas solo realizan un suicidio acompañado se confían en que todos los gastos serán satisfechos, requiriendo el pago anticipado. El único elemento que puede faltarle a esta organización es la ausencia de un psicólogo. A pesar de que sus trabajadores se encuentran muy cualificados, no pueden suplir la asistencia de un profesional. Lifecircle es la asociación más reciente, fundada el 27 de noviembre de 2011. Esta asociación forma parte de la fundación Eternal Spirit. Está asociación está dirigida a todos aquellos que “estén comprometidos con la dignidad humana y la autodeterminación, especialmente en circunstancias difíciles de la vida”. Para ser miembro de la asociación se establece una cuota, que puede ser mensual o anual.

- Alemania

En el Alemania el debate de la eutanasia y la despenalización del suicidio se ve muy marcado por los sucesos del final de la primera mitad del siglo XX. La regulación alemana no trata específicamente nada al respecto, debiendo deducir de su legislación pueden deducirse las disposiciones relevantes y aplicables.

El Código Penal alemán tipifica los supuestos de homicidio a petición de la víctima e incitación o ayuda comercial al suicidio en sus arts. 216 y 217. Se castiga la eutanasia activa directa, pero la indirecta crea más dudas. Siguiendo la línea jurisprudencial, este tipo de

eutanasia no debe ser objeto de sanción penal en este país, pues el tribunal federal declaró en una sentencia del 15 de noviembre de 1996 que “*un medicamento prescrito por un médico a una persona moribunda para aliviar su dolor no debe considerarse prohibido solo por el hecho de que pueda acelerar la muerte como efecto secundario no intencionado, aunque aceptado como consecuencia inevitable*”

Le eutanasia pasiva ha provocado mayores pronunciamientos por parte del tribunal debido a su qué regulación no ha sido clara. Actualmente se considera como no punible en Alemania debido a tres motivos: que los actos enjuiciados solo consistan en la interrupción de un tratamiento prescrito por un médico con la finalidad de alargar, artificialmente o no, la vida del paciente; que la enfermedad del paciente conlleve como consecuencia irreversible la muerte; y que ese resultado de muerte sea inminente al momento de tomar la decisión a la hora de interrumpir el tratamiento.

También cabe mencionar que el Código civil alemán sobre la tutela de los pacientes, en su art. 1901 trata el testamento vital y la forma de determinar su voluntad. En la ley de estupefacientes se establece la prohibición de la prescripción de sustancias cuando el motivo de su adquisición no sea coherente, para así garantizar su uso médico.

B. Países occidentales no europeos

- Estados Unidos

Es importante destacar aquí que, al amparo de la XIV enmienda de la constitución americana, su configuración del derecho de privacidad no solo tiene el ámbito negativo de evitar injerencias como en nuestro país, sino que su *privacy of autonomy* añade una facultad positiva de poder definir el propio concepto de la existencia, del significado del universo y del misterio de la vida humana⁹. A pesar de esta esta especie de reconocimiento constitucional a la eutanasia o al auxilio al suicidio, no son muchos los estados que han intentado promulgar iniciativas en favor de la eutanasia (California, Washington, Florida, etc..). Oregón fue el primero de ellos donde ha triunfado, creando un modelo legal de suicidio asistido por médico, llamada la *Dead With Dignity*.

Lo excepcional de este modelo y lo que hace que sea tan difícil su exportación a otros países es su modo de aprobación, pues no fue por el legislador estatal, sino a iniciativa popular (51% de votos a favor). Se teoriza el motivo del éxito de la ley en Oregón. Algunos piensan que es

⁹ sentencia del Tribunal Supremo dictada en *Planned Parenthood v. Casey*, 1992: “these matters, involving the most intimate and personal choices a person may make in a lifetime, choices central to personal dignity and autonomy, are central to the liberty protected by Fourteenth Amendment. At the heart of Liberty is the right to define one’s own concept of existence, of meaning of the universe, and of the mystery of human life”

debido a que la medicina letal se autoadministra por el paciente vía oral, mientras que otros sostienen que es gracias a que es uno de los estados más secularizados de Estados Unidos y con un gran reconocimiento de la autonomía personal.

La ley permite solicitarlo por escrito con el propósito de poner fin a su vida a cualquier adulto competente con su expresa voluntad, residente en Oregón, con una enfermedad diagnosticada de terminal por su médico habitual y un especialista. Los médicos son los que recetan esa dosis letal a un paciente que cumpla los requisitos, informando reiteradas veces al paciente su derecho a retirar su solicitud en cualquier momento y, de cualquier modo.

Con el tiempo, estados como Washington, Colorado, Maine, Vermont, Hawái y California se han sumado a su legalización, siendo este último uno de los más polémicos tras el caso de Brittany Maynard, una mujer de 29 años con cáncer cerebral que tuvo que mudarse a Oregón para poder poner fin a su vida de forma legal. El último ha sido Nueva Jersey, que en 2019 aprobó un proyecto de ley autorizando la eutanasia para personas con esperanza de vida de menos de 6 meses.

- **Cánada**

La ley C-14, de 17 de junio de 2016, o ley de asistencia médica para morir, se despenalizó la eutanasia activa y el suicidio asistido. Dicha ley define la ayuda médica a morir como la actuación de un médico o enfermero a administrar a una persona una sustancia que cause la muerte a petición de dicha persona, o prescriba o suministre a una persona una sustancia que cause la muerte a petición de esa persona. Se consideran estos actos como eximentes de responsabilidad penal para todos aquellos profesionales de la medicina que intervengan en el proceso. Esta regulación se ve complementada por otros tipos penales sobre el incumplimiento consciente de los requisitos legales.

Los requisitos con los que puede realizarse la ayuda médica a morir (en adelante AMM) son los siguientes: (a) que el solicitante tenga derecho a recibir servicios de salud financiados por el estado de Canadá, (b) ser mayor de 18 y plena capacidad para tomar decisiones, (c) que el solicitante sufra problemas de salud graves, incurables e irreversibles, (d) que se solicite de forma voluntaria y sin presión externa, (e) que el solicitante consienta de manera informada, y haya sido informado de otros medios disponibles para aliviar su sufrimiento.

Esta ley sostiene una amplia garantía procedimental para las personas que solicitan la AMM, debiendo comprobar que se cumplen todos los requisitos, que la solicitud se realiza por escrito y que ha sido debidamente informado, además de garantizar que los profesionales médicos y enfermeros son independientes entre sí y respecto del paciente.

Esta ley provocó la creación de dos tipos de medidas: una regulación para la recogida de datos sobre las solicitudes de AMM, su uso y protección, para así vigilar correcta implantación; y una evaluación *ex post* de la norma para así examinar los resultados de la norma.

- Argentina

Argentina no posee una regulación legal sobre la eutanasia pasiva. Sin embargo, el Código de Ética de la Asociación Médica Argentina, de 2001, sí prevé esta práctica. El capítulo 34 de este código tiene como epígrafe “De la eutanasia y del suicidio asistido”. Los artículos 546 y 548 establecen que el paciente terminal “tiene derecho a una muerte digna, con la asistencia terapéutica [...] para evitar el sufrimiento tanto físico como psíquico”. En cualquier situación se debe respetar la autonomía del paciente, exceptuando los menores de edad y los discapacitados mentales, en cuyo caso se requiere la acción de sus representantes. Por lo tanto, el paciente en estado terminal tiene la capacidad de continuar su vida acabando con el tratamiento, pero el suicidio asistido está prohibido.

- Uruguay

Uruguay tampoco posee una regulación de la eutanasia, pero sí la suspensión, oposición y rechazo de tratamientos y procedimientos médicos bajo la ley de voluntad anticipada o “del buen morir”.

Esta ley establece como requisitos para este rechazo de tratamiento o voluntad anticipada la mayoría de edad y aptitud psíquica, de manera voluntaria, consciente y libre. La voluntad anticipada deberá constar por escrito y firmada ante dos testigos, no pudiendo ser testigos el médico tratante o funcionarios de la salud en la cual el titular sea paciente; la voluntad anticipada puede ser revocada tanto de forma verbal como escrita. En dicho documento donde conste la voluntad anticipada deberá nombrar un representante mayor de edad para que cumpla su voluntad. La enfermedad deberá catalogarse de incurable e irreversible y, por último, en los casos de suspensión de tratamiento, el médico debe notificarlo ante la comisión de bioética de la institución cuando esta exista.

C. Unesco

Es importante ver lo redactado en el art. 5 de la Declaración Universal Bioética y Derechos humanos, aprobada por aclamación por la 33ª sesión de la conferencia General de la UNESCO, el 19 de octubre de 2005, que tiene carácter indicativo para los estados miembros. El art. 5 dispone que “Se habrá de respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones, asumiendo la responsabilidad de éstas y respetando la autonomía de los demás. Para las personas que carecen de la capacidad de ejercer su autonomía, se habrán de tomar medidas especiales para sus derechos e intereses”.

D. Australia

En 1995, el Territorio del Norte, uno de los seis estados del país, aprobó una ley para la muerte asistida, convirtiéndose así en el primer estado en el mundo en hacerlo, hasta que en 1997 el Gobierno Federal promulgó una ley para anularla. 20 años después, en 2017, el estado de Victoria legalizó nuevamente la eutanasia y el suicidio asistido, quizás esto sea debido a que un año antes el padre del presidente de Victoria muriera de cáncer.

Esta ley permite tanto solicitar un permiso de autoadministración como la administración por un médico si el paciente se encontrará incapacitado físicamente.

La presente ley regula detalladamente el procedimiento (primera solicitud, dos evaluaciones, declaración escrita y solicitud final) y los requisitos para solicitarla son los siguientes: ser mayor de 18 años, ser ciudadano australiano o tener residencia habitual y permanente en Victoria, plena capacidad para tomar decisiones, haber sido diagnosticado con una enfermedad incurable e irreversible en un estado avanzado.

Para los casos de enfermedades mentales o de sufrir una discapacidad no se permite el acceso a esta práctica hasta que el pronóstico de vida sea inferior a los 12 meses, al igual que los enfermos terminales.

7. JURISPRUDENCIA

- Ramón Sampredo y su relevancia mediática

Ramón Sampredo podría reconocerse como uno de los mártires de la eutanasia, uno de los casos más conocidos, llegando a producirse una película titulada “mar adentro”. La historia del parapléjico que reivindicó en España el derecho a la propia muerte trajo consigo una

polémico que ni finalizó con su muerte ni con el archivo judicial de su caso. En su obra *Cartas desde el infierno*, el propio Ramón relata su historia de la siguiente forma: “Ramón Sampedro nació el 5 de enero de 1943 en Xuño, una pequeña aldea de la provincia de La Coruña. A los 22 años se embarcó en un mercante noruego en el trabajo como mecánico. Con él recorrió cuarenta y nueve puertos de todo el mundo, Esta experiencia formó parte de sus mejores recuerdos. El 23 de agosto de 1968 cayó en el agua desde una roca. La marea había bajado. El choque de la cabeza contra la arena le produjo la fractura de la séptima vértebra cervical. Durante treinta años vivió su tetraplejia soñando con la libertad a través de la muerte. Su demanda jurídica llegó hasta el Tribunal de Derechos humanos de Estrasburgo sin que llegase a prosperar. En los medios de comunicación reivindicó su derecho a una muerte digna y en enero de 1998, en secreto y probablemente asistido por una mano amiga, consiguió su propósito”. Ramón Sampedro, bajo la ayuda de un amigo, murió ese día por la ingesta de un veneno que le produjo una larga agonía, que fue grabada, por algún ojo amigo. En 1993 tomó la decisión de poner fin a su vida, y tras contactar con la Asociación Derecho a Morir Dignamente, el objetivo de lograr poder poner fin a su vida se convirtió en una obsesión.

Ramón se convirtió en el primer español en solicitar la eutanasia, siendo esta denegada por los tribunales. Debido a esta negativa contó con un amplio número de ayudantes, hasta un total de 11. Cada uno tenía una función específica que, en sí misma, ninguna de ellas constituía un delito. Pero todas juntas concluían en la eutanasia. Un amigo compro el cianuro, otro calculó la proporción adecuado y otro llevó el veneno hasta la casa adecuada. Alguien lo recogió, se lo puso en la bebida en un vaso con una cañita para que Sampedro pudiera beber el líquido. Cuando los forenses encontraron el cianuro en su cuerpo, detuvieron a Ramona Maneiro, la mujer que acompañó a Ramón los últimos dos años de su vida. La policía no pudo encontrar pruebas que la incriminaran, lo cual provocó que se archivase la causa judicial. Siete años después, una vez que el delito ya había prescrito, fue ella misma quien reconoció haber administrado el veneno y realizar la grabación.

Hay que detallar que las circunstancias que rodeaban a Ramón eran diferentes, pues no estábamos frente a un enfermo terminal, incurable e irreversible, que le produjera un enorme e incesante sufrimiento físico, sino ante una persona que consideraba que su vida carecía de suficiente calidad para ser vivida. Sufría una discapacidad física. Debido a los accidentes de tráfico, su situación es similar a muchos españoles, muchos de ellos jóvenes. Es interesante saber que la tentación suicida pueda ser calificada como una fase hacia la aceptación de las nuevas condiciones del paciente. La actitud mostrada por Sampedro tenía la intención de

reclamar un derecho personal y de mostrar intolerancia a que otras personas puedan verse en esa situación.

El caso de Ramón trajo consigo opiniones en ambos bandos: La actitud de Sampedro frente a esa enfermedad, solicitando el acceso a todos los parapléjicos y tetrapléjicos a realizar el acto eutanásico, caía en el tópico de la indignidad de la vida en esas circunstancias. Frente a esa posible correlación o conexión entre la tetraplejia y la eutanasia, el presidente de la Federación Nacional de Asociaciones de Lesionados Medulares y Grandes Minusválidos manifestó la oposición ante esta idea. Javier Romañach, que también sufre paraplejia, destaca algunos de los fallos de Sampedro, como la despersonalización de su lucha al solicitar el cambio de una ley que hubiera afectado a otros casos como el suyo. El también tetrapléjico Luis de Moya, criticó la actitud de Sampedro ante su situación, calificada de muy favorable, pues hay personas en el mismo estado que pueden conducir coches. Hay que destacar que no rechazan en sí el objetivo de Ramón Sampedro, sino su actitud ante su minusvalía y su situación.

Otros muchos apoyan la opinión sostenida por Ramón, calificando de indigno una muerte clandestina al margen de sus seres queridos para no verse perjudicados ante la justicia. En 2017, José Antonio Arrabal, de 58 años, fue diagnosticado con esclerosis lateral amiotrófica (ELA). José Antonio se quitó la vida, grabando un video antes de morir en el que declaraba: “Me parece indignante que en este país no esté legalizado el suicidio asistido y la eutanasia. Me parece indignante que una persona tenga que morir sola y en la clandestinidad. Me parece indignante que tu familia se tenga que marchar de casa para no verse comprometida en el tema y acabar en la cárcel”¹⁰

- Sentencia del Tribunal Constitucional 120/1990, de 27 de junio

El asunto versaba sobre unos presos del Grapo que iniciaron una huelga de hambre y la justicia determinó que debían ser alimentados a la fuerza cuando su salud comenzara a correr peligro. Hay que recordar que la tutela de la salud de los reclusos es competencia de la Administración, que tiene que adoptar las medidas necesarias para mantener la integridad y la salud de los reclusos.

Alegaban que impedirles este ejercicio era negarles la capacidad de disponer de su vida y su muerte: “El derecho a la vida del art. 15 de la CE no es un derecho absoluto. Se trata de defender una vida digna, no vegetal, por lo que la alimentación forzosa por medios mecánicos supone un trato degradante”.

¹⁰ artículo: La vanguardia: Así logró Ramón Sampedro su muerte digna hace 20 años

La cuestión central consistía en determinar la constitucionalidad de una resolución judicial a favor de la administración penitenciaria para dar asistencia médica obligatoria, especialmente en alimentar incluso contra su voluntad a los recurrentes cuando sufran peligro sus vidas debido a la huelga de hambre. El TC declaró en su fundamento jurídico 7 que “Tiene, por consiguiente, el derecho a la vida un contenido de protección positivo que impide configurarlo como un derecho de libertad que incluya el derecho a la propia muerte. Ello no impide, sin embargo, reconocer que, siendo la vida un bien de la persona que se integra en el círculo de su libertad, pueda aquélla fácticamente disponer sobre su propia muerte, pero esa manifestación del “agere licere”, en cuanto que la privación de la vida propia o la aceptación de la propia muerte es un acto que la ley no prohíbe y no, en ningún modo, un derecho subjetivo que implique la posibilidad de movilizar el apoyo del poder público para vencer la resistencia que se ponga a la voluntad de morir, ni, mucho menos un derecho subjetivo de carácter fundamental en el que su posibilidad se extienda incluso frente a la resistencia del legislador que no puede reducir el contenido esencial del derecho”. Mediante este argumento se puede concluir que el tribunal constitucional no admite que la Constitución garantice en su art. 15 el derecho a la propia muerte.

- Sentencias del Tribunal Europeo de Derecho Humanos

- Pretty c. Reino Unido (29 de abril de 2002, sentencia de sala)

La demandante padecía de una fase terminal de esclerosis lateral amiotrófica, una enfermedad neurodegenerativa incurable que causa parálisis muscular. La demandante solicitaba poder elegir el momento y la forma de morir, ya que su enfermedad le conllevaría un gran sufrimiento y pérdida de su dignidad. Debido a la enfermedad en cuestión, Diane Pretty no podía suicidarse por sí sola, necesitando la ayuda de su marido. La cuestión no eran las consecuencias jurídicas por el suicidio, sino por su marido, dado que ayudar a cometer el suicidio es calificado de delito en la ley inglesa. La demandante reclamó a las autoridades que no hubiera represalias contra su esposo si este le ayudará a morir.

El tribunal rechazó las pretensiones de la demandante, no considerando la violación ni del art. 2 (derecho a la vida) ni del art. 3 (prohibición de tratos humanos o degradantes) del convenio. El tribunal no considera que el derecho a la vida, tal y como está redactado en el Convenio Europeo de Derechos Humanos, confiera el derecho a morir. Concluyó el

tribunal negando la violación de los arts. 8 (derecho al respeto a la vida privada), 9 (libertad de conciencia) y 14 (prohibición de discriminación) del convenio.

- Koch c. Alemania (19 de julio de 2012, sentencia de sala)

En 2004, la esposa del demandante, tetrapléjica, solicitó al Instituto Federal de Productos Farmacéuticos y Médicos la obtención de una dosis letal de un medicamento para poder suicidarse en su domicilio en Alemania. Tras la desestimación del recurso administrativo, en febrero de 2005 se dispusieron a ir a Suiza para que su esposa pudiera suicidarse con la ayuda de una asociación. Dos meses después, el esposo demandó instituto Federal para declarar ilegal la negativa a administrarle la dosis letal. Todas las instancias alemanas declararon los recursos inadmisibles. El demandante alegó al TEDH la violación del derecho al respeto a su vida privada y familiar por la negativa de los tribunales alemanes a entrar en el fondo del asunto.

El tribunal declaró la violación del art. 8 del convenio por la denegación de la justicia alemana de examinar el fondo del asunto, dictaminando que era competencia de la jurisdicción alemana examinar el fondo de la demanda.

- Gross c. Suiza (30 de septiembre de 2014, sentencia de gran sala)

Se trata de una persona mayor que quería poner fin a su vida, pero no sufría ninguna enfermedad concreta. El demandante alegaba que no pudo obtener la autorización necesaria por parte de las autoridades suizas para poder obtener una dosis letal del medicamento necesario para suicidarse. Argumentaba su demanda en base al art. 8 (derecho al respeto a la vida privada y familiar) al negarle el derecho a decidir cuándo morir.

El 14 de mayo de 2013, en sentencia de sala, el tribunal determinó la violación del art. 8 del convenio al no haber una definición clara de las condiciones necesarias para ser apto para el suicidio asistido en la legislación suiza. Posteriormente la demanda se declaró inadmisibile por la Gran Sala del Tribunal al conocer de la muerte del demandante en noviembre de 2011. El demandante había tomado las precauciones necesarias para que su muerte no fuera relevada ni ante su abogado ni los tribunales.

- Lambert y otros c. Francia (5 de junio de 2015, Sentencia de Gran Sala)

Vincent Lambert sufrió un accidente de motocicleta en 2008, quedando en estado vegetativo. Su esposa pidió reiteradas veces la retirada de los tubos de alimentación. Sin

embargo, sus padres y sus hermanos insisten en que se mantenga con vida su hijo. El equipo médico de Lambert recomendó en 2013 que se detuviera la atención al paciente.

Es aquí donde los padres y los dos hermanos de Lambert presentaron la demanda.

Concretamente recurrieron la sentencia del 24 de junio de 2014 por el *Conseil d'état* francés, basándose, entre otros, en el informe médico que recomendaba la retirada de la alimentación del enfermo. Alegaron la vulneración del art. 2 del convenio (derecho a la vida), argumentando que esta acción era contraria a las obligaciones positivas que tienen los estados con respecto a este artículo.

El Tribunal no apreció violación alguna del art. 2 del Convenio Europeo de Derechos Humanos al ejecutarse la sentencia del *Conseil d'état*. Uno de los principales motivos de la postura del tribunal se basa en la falta de consenso entre los estados miembros del Consejo de Europa en lo que respecta a la suspensión de tratamientos que alargan la vida artificialmente, otorgándole a las autoridades nacionales la competencia para verificar si la supresión del tratamiento era acorde a los estándares nacionales.

A pesar de esta decisión del tribunal, el Comité de Naciones Unidas sobre los Derechos de Personas con Discapacidad pidió a Francia retrasar la decisión hasta investigar el caso más a fondo, reiterándose en la recomendación que los médicos realizaron en 2013. Los padres de Lambert incluso llegaron a escribirle una carta al presidente para que detuviera la suspensión del tratamiento, a lo que este respondió: “la decisión de interrumpir el tratamiento se tomó después de un diálogo constante entre sus médicos y su esposa, que es su representante legal”.

- Estados Unidos: Nancy Cuzan v. director, Missouri department of health, 1990

El caso trata sobre una joven de veintiséis años que sufrió un accidente de circulación y quedó en estado vegetativo permanente. La paciente podía respirar de forma autónoma, pero tenía que ser alimentada e hidratada mediante sonda de gastrostomía.

La cuestión jurídica comienza cuando los padres solicitan a los tribunales la suspensión de las medidas de soporte vital. Tras el rechazo de su solicitud en segunda instancia en el tribunal supremo de Missouri, llevan el caso al tribunal supremo de los Estados Unidos. El rechazo de la solicitud se fundamentaba en que la voluntad real de la paciente no podía conocerse al encontrarse en estado vegetativo, y por lo tanto no podía manifestarse para rechazar el

tratamiento. El punto de conflicto residía en la prueba de la voluntad del paciente, ya que no había realizado un testamento vital. El supremo exigía una prueba clara de la voluntad de la paciente de rechazar el tratamiento, y en este caso debido al estado de la enferma era imposible. Los cuatro magistrados que discrepaban sobre la desestimación de la demanda sostenían que la exigencia de una prueba clara y evidente constituía, de facto, un límite excesivo al derecho a morir con dignidad.

Tomás-Valiente Lanuza hace una valoración interesante sobre las consecuencias de esta sentencia, pues la decisión del tribunal da a entender que el rechazo no se entiende como un derecho fundamental. Para los Estados Unidos, la consideración de derecho fundamental lleva consigo una restricción para el legislador en la limitación del derecho, siendo solo admitida dicha restricción cuando concurra un interés estatal de valor superior al derecho limitado, pues existe una presunción de inconstitucionalidad de la restricción de derechos fundamentales. Sin embargo, si nos encontramos ante derechos ordinarios, tal presunción de inconstitucionalidad no concurre, teniendo el legislado más posibilidades de restricción del derecho por parte del legislador. El método de revisión de los derechos no fundamentales es menos restringido, considerando válida la limitación estatal si se demuestra que la norma persigue adecuadamente un objetivo que se le puede atribuir al poder público de manera legítima¹¹

Esta sentencia supone la separación de la fundamentación jurídica sobre el derecho a la vida, siendo muy flexible en cuanto al inicio la vida (aborto) y otro mucho más estricto y limitado en cuanto al final (eutanasia y auxilio al suicidio). La doctrina *privacy* opera en consecuencia de manera muy diferenciada: dicha doctrina opera de forma muy amplia en la interrupción del embarazo, aun concurriendo el interés de un tercero, el *nasciturus*, pero en el final de la vida el individuo tiene la libertad de acabar con ella, pero no el derecho a hacerlo, es decir, exigirle al estado o a un tercero que acabe con su vida o le ayuden a morir.

Siete años después, el Tribunal Supremo en *Glucksberg v Washington, 1997*. Esta demanda fue presentada por cinco médicos junto a tres pacientes terminales y una organización sin ánimo de lucro, *Compassion in Dying*, frente a la prohibición del suicidio asistido del Estado de Washington. El tribunal reafirmo su postura del derecho a la muerte como mera libertad, pero no como derecho, argumentando que era una postura racional que promovía el legítimo interés del Estado en proteger la vida humana y a los enfermos mentales y con discapacidad.

¹¹ Tomás-Valiente Lanuza, 1999, pp. 218 a 220

Este argumento jurídico podría considerarse como un mero instrumento para ocultar lo que verdaderamente preocupaba al tribunal, la pendiente resbaladiza. Si declaraban el suicidio asistido por un médico como derecho constitucionalmente protegido, se estaría marcando un camino hacia la eutanasia voluntaria y quizás involuntaria.

8. LEGISLACIÓN ESPAÑOLA

A. El artículo 143.4 del Código Penal

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

- Conducta típica

La conducta típica consiste en “causar o cooperar activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro”. De este modo el tipo excluye tanto la eutanasia indirecta como la pasiva. Hay unanimidad de opiniones de los penalistas en que la eutanasia indirecta es una conducta atípica¹². Es lógica esta línea de pensamiento, dado que si lo que se castiga en este precepto es la eutanasia activa, sería absurdo la imposición de un castigo más grave para las otras modalidades de eutanasia, ya que la disposición sólo trata (y de forma atenuada) la eutanasia activa directa.

Debemos recordar que el médico está obligado a proporcionar el adecuado tratamiento paliativo, aunque dicho tratamiento tenga como efecto secundario el acortamiento de la vida. La ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud ubica la atención paliativa a enfermos terminales entre las prestaciones de atención primaria (art. 12 g.) y las prestaciones de atención especializadas (art. 13 f.). La sociedad española de cuidados paliativos, en su declaración sobre la eutanasia, del 26 de enero de 2002, alegaban que “no hay objeciones éticas ni legales para emplear altas dosis de analgésicos en el tratamiento del dolor de un paciente en situación terminal, aunque esto pueda suponer de manera indirecta un adelanto de la muerte, cuando la intención del tratamiento no es provocarla”. Cuando nos

¹² Sanz Morán recuerda como incluso la iglesia católica legitima este modelo de eutanasia en el párrafo 2279 de su Catecismo (1997): “El uso de analgésicos para aliviar los sufrimientos del moribundo, aún a riesgo de abreviar sus días, puede ser moralmente conforme a la dignidad humana, si la muerte no es buscada como fin ni como medio, sino solamente prevista y tolerada como inevitable. Los cuidados paliativos constituyen una forma privilegiada de caridad desinteresada. Por esta razón deben ser alentados”.

encontramos ante tratamientos que puedan producir un acortamiento de la vida, es necesario el consentimiento del paciente, expreso o en su testamento o declaración vital, o en las instrucciones previas, incluso mediante posibles manifestaciones anteriores del sujeto. El médico tiene la obligación de iniciar o mantener un tratamiento, aunque la prolongación de la vida no signifique una mejora de su calidad, si el paciente lo solicita, salvo en caso de enfermos terminales o personas en coma profundo e irreversible donde el tratamiento sea inútil.

En términos de cooperación, el tipo específica que es necesaria una cooperación activa con actos necesarios y directos a la muerte de otro. Esto elimina a los partícipes que realicen actos no imprescindibles en la calidad de cómplices¹³. Pero este tipo no recoge la inducción, que se castiga en el 143.1 con penas de 4 a 8 años de prisión. El argumento a favor de que la regulación se detalle de esta manera se centra en evitar que el enfermo adopte la decisión condicionado por un tercero con motivos utilitaristas, dándole únicamente ese tratamiento privilegiado a los casos en el que la decisión de morir viene reflexionada por el propio individuo. Dentro de la autoría y participación de este tipo también cabe destacar que se califica como un delito común, pudiendo ser cometido tanto por un profesional sanitario como por cualquiera otra persona.

- Requisitos de la petición de la muerte

Este tipo penal atenuado se aplica cuando el que realiza la cooperación activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro ser practican previa “petición expresa, seria e inequívoca de éste”. No es preciso que esa petición vaya dirigida concretamente al sujeto activo, sino que simplemente debe de existir una voluntad manifiesta y apta (la persona deberá de ser capaz en ese momento) de desear la eutanasia. Con relación a la aptitud de la persona a la hora de realizar la petición que acabamos de comentar, no basta con una previsible alteración psíquica y emocional derivada de una situación de alta tensión como es afrontar tu propia muerte. Esta “tensión emocional” que se produce por el conocimiento de una enfermedad incurable no vale por sí misma para alegar una ausencia de discernimiento. Para saber con precisión cuando esa persona posee una voluntad válida habrá que analizar judicialmente caso por caso.

Sobre la edad del sujeto, no se establece como punto clave la edad del sujeto, sino la posesión o no de la capacidad natural de juicio para entender el alcance de la solicitud de la eutanasia.

¹³ Lorenzo Salgado dice al respecto que la cooperación no necesaria y complicidad es también atípica en hipótesis del suicidio fuera del contexto eutanásico, ya que “el art. 143.2 castiga con pena de dos a cinco años únicamente al que coopera con actos necesarios al suicidio de una persona”

En cuanto a los pacientes en estado de inconsciencia, entran en juego las “instrucciones previas”. Para la eutanasia pasiva e indirecta hay un acuerdo mayoritario en la doctrina en que su aceptación, dado que no es necesario que esa petición sea actual. El debate es más intenso cuando se plantea este modelo con la eutanasia activa directa. El conflicto principal en la aceptación de las “instrucciones previas” se centra en el motivo por el cual se estima su aceptación en la eutanasia pasiva e indirecta. Algunos autores se posicionan en contra debido a que consideran que la solicitud de la eutanasia activa debe ser actual, considerando que así es el único modo de garantizar que la petición es seria e inequívoca. Al tratar este tema en relación con pacientes en estado de inconsciencia es evidente que para las personas que apoyan esta teoría, las “instrucciones previas” no tendrían validez, pues el sujeto no puede manifestar en ese momento su deseo de solicitar la eutanasia activa directa ante una situación que, debido al haberse redactado ese escrito con anterioridad a esa situación, puede ser distinta.

Otros especialistas sin embargo sí estiman admisibles esa declaración previa. Alegan que el requisito de seriedad queda probado con dicha declaración, denotando una decisión firme y reflexionada; y que, mientras dicha petición sea inequívoca, esto es, en términos claros y concisos que no den lugar a dudas del deseo de que se ponga fin a su vida.

- Estado del enfermo

Para la aplicación del presente artículo se establecen dos modalidades en relación con el estado de salud del enfermo: Según Lorenzo Salgado, el primer supuesto se trata de una enfermedad grave de carácter incurable, dolorosa o no que conducirá necesariamente a la muerte. No es obligatorio que el sujeto se halle ya en fase terminal, porque es suficiente con un diagnóstico que implique un resultado letal con el tiempo, sea más lejano o no¹⁴.

El segundo supuesto se trata de una enfermedad que produce en la víctima “graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar”, abarcando tanto las lesiones físicas como psíquicas.

- Elemento subjetivo

El tipo no condiciona la aplicación de este supuesto a que la actitud del actor esté inspirada por una determinada motivación subjetiva, móvil altruista, et., siendo suficiente tan solo que conozca el estado del sujeto pasivo y su voluntad de desear y querer realizar la eutanasia. Por

¹⁴ si bien es cierto que la enfermedad debe conducir necesariamente a la muerte, el art. 143.4 CP no puede aplicarse, por ejemplo, a una persona que ha sido diagnosticada de cáncer, pero en fase inicial, siendo posible su recuperación.

lo tanto, solo es necesario el dolo del sujeto activo para completar la parte subjetiva del tipo, sin solicitar expresamente una *pietatis causa* en el sujeto activo.

- Justificación de la conducta

Se realiza el planteamiento de si la regulación estima viable la justificación de esta conducta aplicando el estado de necesidad (art. 20. 5° CP) de quien realiza la eutanasia directa. La doctrina mayoritaria opina que el tipo penal ya es reconocido como una causa de justificación incompleta del estado de necesidad; “el precepto minoraría la responsabilidad penal en atención a la disminución del injusto que se produce en los casos por él abarcados¹⁵”. Dado que ya ha sido resuelto por el legislador como una causa de justificación incompleta, determinarlo como una causa de justificación plena quebrantaría gravemente la voluntad legislativa.

Sin embargo, algunos autores han intentado realizar una interpretación *pro reo* para intentar admitir, en determinados supuestos, la justificación completa de la eutanasia activa directa. Mercedes Alonso, por ejemplo, “nada impide, en principio, que venga en consideración del estado de necesidad previsto en el art. 20.4 toda vez que el art. 143.4 no contiene, en rigor, un supuesto de estado de necesidad”. Díez Ripollés concreta un poco más, estableciendo el nivel de justificación completa en supuestos excepcionales como el de quién, diagnosticado con una enfermedad incurable y permanente, está imposibilitado para darse muerte a sí mismo. Otros penalistas alegan el caso de Sampedro: Ramón Sampedro murió el 12 de enero de 1998 tras ingerir cianuro disuelto en agua, que bebió sorbiendo a través de una pajita. La bebida había sido preparada y puesta a su disposición por personas no identificadas, siendo un total de once involucrados. Ramón Sampedro padecía tetraplejia desde los 25 años y llevaba 3 décadas luchando para que se reconociera la eutanasia.

Podemos concluir en que nuestro ordenamiento jurídico-penal castiga cualquier acción activa dirigida a matar, aún en contextos eutanásicos, manifestando la intangibilidad del bien jurídico de la vida humana, por encima de la voluntad de su titular.

B. Voluntad del paciente (fuera del art. 143.4 CP)

¿qué sucede con los enfermos de los que no se puede conocer ni se conoce su voluntad¹⁶? El art. 9.3 de la ley 41/2002 permite el consentimiento por representación, con ciertos requisitos, para situaciones en las que el paciente no sea capaz de tomar decisiones sobre su salud,

¹⁵ Lorenzo Salgado afirma que “De este modo, el legislador, tras valorar el conflicto presente en las hipótesis que contempla (conflicto entre la conservación de la vida y el respeto a la autonomía para poner fin a ella en las condiciones en las condiciones consabidas), decide

¹⁶ por ejemplo, en caso de pérdida irreversible de la conciencia o de estado vegetativo permanente.

tomando esa decisión su representante legal o personas vinculadas al paciente por motivos familiares. En relación a la supresión del tratamiento o su no instauración por estas circunstancias, debemos distinguir dos supuestos: Si el tratamiento médico no va a significar ninguna mejoría para el paciente, carece de sentido y por lo tanto, su supresión o no iniciación constituiría un acto médico conforme a la *lex artis* y como tal, atípico; pero, si la intervención médica posee alguna posibilidad de mejorar la salud del paciente, no realizar dicho tratamiento podría considerarse un homicidio en comisión por omisión. Un ejemplo algo complejo es el de los recién nacidos con múltiples y graves anomalías o enfermedades, que, de no ser intervenidos, desembocaría inevitablemente a la muerte.

Hemos visto la toma de decisiones sobre la salud del paciente por terceras personas ante la incapacidad del mismo de poder manifestar su voluntad, ahora veamos la normativa que regula la autonomía del paciente. El Convenio de Oviedo y la ley 41/2002 determinan en su marco normativo que cualquier intervención médica en contra de la voluntad del paciente vulnera sus derechos a la dignidad humana (art. 10 CE) y la prohibición de trato inhumano y/o degradante (art. 15 CE). La legislación andaluza reitera esta idea: el art. 22.2. d del Estatuto reconoce el principio de consentimiento informado. Podemos concluir que el ordenamiento aplicable permite que el paciente que sufra una enfermedad mortal e irreversible pueda decidir como el caso de doña I.E.¹⁷.

C. Proposición de ley de derecho y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida

El 28 de febrero de 2020 se aprobó en España un proyecto de ley presentado por el grupo parlamentario socialista¹⁸. Esta ley no pretende la legalización de la eutanasia activa directa. El objetivo es regularizar una situación que, como ya hemos visto en el Código Penal, se encuentra atípica en nuestro ordenamiento. Se trata de la eutanasia pasiva. Vamos a ver los puntos más relevantes e interesantes para concluir con una breve opinión al respecto. Este proyecto de ley se compone por 22 artículo, seis disposiciones adicionales, cuatro disposiciones finales, una disposición transitoria y una disposición derogatoria.

La justificación de este proyecto de ley se centra en la garantía de un derecho a una muerte digna que el ordenamiento jurídico debe procurar, primando la disposición de sus últimos días acorde a sus principios y creencias ante la prolongación de la vida imponiendo el sufrimiento

¹⁷ I.E. es una paciente que padecía una enfermedad muscular, incurable, progresiva e irreversible, cuya evolución le ha llevado a una invalidez completa y a depender de un dispositivo artificial en concreto, un aparato de ventilación mecánica, sin el cual no podría prolongar su vida.

¹⁸ proposición de ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida, de 28 de febrero de 2020. Boletín oficial de las cortes generales.

a quien no tiene expectativas de supervivencia. Esta ley reitera de manera similar lo regulado en la ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Esta ley establece la regla general del previo consentimiento y libre decisión ante cualquier tipo de actuación sanitaria, cabiendo tanto la aceptación como la negativa a recibir el tratamiento indicado. Y este proyecto ley se encarga del proceso final de la vida, cuando es próximo e irreversible, eventualmente doloroso y lesivo de la dignidad de la persona, con la finalidad de aliviarlo, respetando su autonomía, integridad física e intimidad personal.

El art. 1 regula el objeto de la presente ley, que como ya hemos explicado se basa en el ejercicio de los derechos en el proceso final de su vida y los deberes de los profesionales ante los pacientes que se encuentren en esta situación. Los principios en los que esta ley se inspira los encontramos en el art. 3: “a) La garantía del pleno respeto a la dignidad de la persona en el proceso del final de su vida. b) La promoción de la libertad, la autonomía y la voluntad de la persona, de acuerdo con sus deseos, preferencias, creencias o valores, así como la preservación de su intimidad y confidencialidad. c) La garantía de que el rechazo de un tratamiento por voluntad de la persona, o la interrupción del mismo, no suponga el menoscabo de una atención sanitaria integral y el respeto a la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida. d) La garantía del derecho de todas las personas a recibir cuidados paliativos integrales. e) La igualdad efectiva y la ausencia de discriminación en el acceso a los servicios sanitarios en el proceso final de su vida, con independencia de su lugar de residencia en todo el territorio nacional. f) Garantizar una atención sanitaria personalizada a través de la coordinación y cooperación entre los sistemas de salud y de servicios sociales, velando por la continuidad de los cuidados.”

Dicha ley se divide en tres títulos: derechos de las personas ante el proceso final de su vida, deberes de los profesionales sanitarios que atiendan a personas en el proceso final de su vida, y garantía de las administraciones públicas y de los centros e instituciones sanitarias y sociales.

- Título I: Derechos de las personas ante el proceso final de su vida (art. 5-12)

Lo primero y más relevante, pues forma parte del eje principal de motivos por los que se quiere regularizar dichos actos, es el derecho a la protección de la dignidad de las personas en el proceso final de su vida, garantizando el efectivo cumplimiento de lo dispuesto en esta ley. Los derechos que encontramos en este título podrían estructurarse en tres apartados

- Derecho de información: todas las personas tienen derecho a ser informadas sobre su estado de salud, expectativas de vida y calidad de la misma. Trata, además, diversas situaciones que pueden darse en estas circunstancias, como en el caso de recibir la información y rechazar el tratamiento, que el paciente es imposibilitado para comprender dicha información, o cuando nos encontramos con menores.

- Derecho a la toma de decisiones y el consentimiento: las personas que se encuentren en el proceso final de su vida tienen derecho a tomar decisiones sobre las intervenciones sanitarias que les afecten pudiendo aceptar su realización o negándose a ellas. Aquí entra las llamadas instrucciones previas, también reguladas en este proyecto de ley. Esta manifestación anticipada de la voluntad sobre los cuidados y el tratamiento asistencial que desea recibir en el proceso final de su vida tiene como requisitos la mayoría de edad y capacidad para tomar decisiones al momento de realizarla. Se podrá designar un representante legal y deberá constar en documento público o conforme lo dispuesto en la normativa aplicable. También se contempla la situación frente a menores, pudiendo tomar las decisiones dependiendo de su capacidad intelectual y emocional para comprender la situación. En referencia al consentimiento, ya hemos visto lo referido a las instrucciones previas, y además se establece que para el consentimiento es necesario que sea libre (sin ninguna influencia externa), al valorar la información que se les proporciona y de manera inequívoca.

- Fuera de estos dos elementos encontramos los dos últimos arts. del título, que hacen referencia al derecho de los cuidados paliativos para prevenir y aliviar el dolor, y el derecho de acompañamiento para las personas que se encuentren ingresadas en un centro sanitario o social.

- Título II: deberes de los profesionales sanitarios que atiendan a personas en el proceso final de su vida (art. 13-15)

Los deberes que podemos encontrar aquí son los analizados anteriormente en el título I pero desde el punto de vista del enfermero/médico. Deben respetar las decisiones y la voluntad del paciente, dándoles la información necesaria basada en su juicio clínico y evidencias científicas. En las situaciones en las que el paciente pueda encontrarse en una situación de incapacidad de hecho, será el médico el que valorará su estado y, si a su juicio no se encuentra en condiciones de tomar decisiones, actuará el representante que conste en la historia clínica. El último art. trata el esfuerzo terapéutico, debiendo

adecuarlo a cada situación, para así evitar la obstinación terapéutica y no alargar el sufrimiento.

- Título III: garantía de las Administraciones Públicas y de los centros e instituciones sanitarias y sociales (art. 16-22)

Tampoco es necesario comentar en exceso este apartado dado que lo relevante acerca los derechos que se protegen y su finalidad ya han sido planteadas en los títulos. Este título se centra en garantizar que las instituciones sanitarias públicas respeten los derechos conferidos por la presente ley, estableciendo prestaciones de apoyo a la familia y cuidadores, asesorarles en los objetivos de los cuidados paliativos, facilidades en lo relativo al acompañamiento de los pacientes, así como un comité de Ética asistencial en caso de discrepancia entre sanitarios y pacientes. Además, todas las instituciones sanitarias públicas dispondrán del documento modelo para los pacientes sobre las instrucciones previas.

Haciendo un breve análisis al respecto, hay dos conclusiones que podrían ser cuanto menos interesantes: la primera es la relativa al concepto de eutanasia. Este concepto no se ha mencionado ni una sola vez en la redacción del proyecto de ley. Es evidente que esto refleja que aún en España se considera “palabra tabú”, dado que su asimilación podría traer consigo ideas y proyectos que, por lo que se regula en esa ley, aún no están preparados para poner sobre la mesa. El segundo se relaciona con el último comentario, pues en realidad aquí no se está legalizando ningún acto novedoso en nuestro país. Este tipo de actos que se podrían calificar dentro de la eutanasia pasiva, es algo que se practica de manera habitual en nuestro país. Hasta ahora su práctica se encontraba atípica en nuestro país, y con esta ley transmutará de atípica a legalmente garantizada. La cuestión idónea que cabría hacerse aquí es si este proyecto de ley representa o no un verdadero avance hacía una futura legalización de la eutanasia en todos sus tipos, tanto activa como pasiva, sirviendo de precedente para llegar hasta ahí; o solo se trata de regularizar una situación que se viene dando habitualmente en nuestro país.

9. LA EUTANASIA DESDE UNA PERSPECTIVA CONSTITUCIONAL

Nuestra constitución no menciona en ningún momento el concepto de la eutanasia. Sin embargo, de nuestro art. 15, en referencia al derecho a la vida, podemos extraer conclusiones al respecto e interpretarlo para determinar su constitucionalidad o no.

Carmen Tomás-Valiente, la perspectiva jurídica tradicional ha considerado con la idea de “santidad” o “intangibilidad”. Este concepto se fundamenta en una convicción de naturaleza idealista de que la vida “no consiste ni se agota en sus manifestaciones biológicas”, que “desde su iniciación hasta la muerte la vida posee un sentido único y es constitutivamente intangible”; que la vida humana es un bien jurídico absoluto.

Esta perspectiva ha ido evolucionando, cambiando progresivamente desde el concepto de la intangibilidad de la vida hacía el principio de la calidad de la vida. Este último concepto muestra una visión más empírica de la vida que opera *a posteriori* de la experiencia; se sostiene que el criterio ético-jurídico de la “santidad” de la vida es indemostrable científicamente. Se argumenta a favor de este concepto que la vida humana se basa en “procesos biológicos, fases diferenciales, segmentos existenciales”, con “peculiaridades biológicas divergentes, susceptibles de consideración ética y jurídica diferenciada¹⁹”. La vida humana tiene entonces un nivel de calidad diferente en la época de la juventud, la madurez y la vejez. Esto podría dar lugar a relaciones jurídicas diferentes a la hora de considerar la calidad de la vida de una persona enferma de la de otra persona en un buen estado de salud.

A. Derecho constitucional a disponer de la propia vida

El art. 15 CE habla, entre otras cosas, del derecho a la vida. Pero no hay que confundir el significado de ese derecho, pues este no establece un deber jurídico de vivir, sino una obligación de los poderes públicos de proteger la vida de los individuos. En contra posición a esta inexistencia del deber jurídico de vivir, no se reconoce un derecho a morir.

Inevitablemente estas escasas delimitaciones de ambos derechos nos llevan a pensar que las personas pueden suicidarse como ejercicio de una libertad no considerada como derecho subjetivo protegido por el ordenamiento. También pueden, con determinados requisitos, tomar decisiones que condicionen la salud de la persona, creando un efecto indirecto o colateral como la muerte. Como afirma M. Bajo, el art. 15 CE sostiene el derecho a disponer de la vida en el sentido de “derecho a oponerse a la prolongación artificial de la vida²⁰”

El problema principal del reconocimiento jurídico de la eutanasia activa directa es la participación del tercero. Este elemento permite diferenciar el suicidio de la eutanasia o del suicidio asistido. Una cosa es “dejarse morir” y otra muy distinta es solicitar a un tercero que cause la muerte. Si se reconociera el derecho de una persona a tener ayuda al morir mediante

¹⁹ el comienzo de la vida, por ejemplo, no tendría lugar en el momento de la fecundación, sino en el de implantación estable del óvulo fecundado en el útero, sino en el de la implantación estable del óvulo fecundado en el útero.

²⁰ lo contrario sería un trato inhumano o degradante en el sentido del art. 15 CE

el suicidio asistido y/o eutanasia, se estaría reconociendo simultáneamente la obligación de otra persona de matar. En un sentido purista hablamos del derecho al propio homicidio.

La eutanasia activa directa, indirecta y pasiva son tipos distinguibles desde el punto de vista jurídico-penal y de los derechos fundamentales reconocidos por la constitución. El derecho a la vida y el derecho a la integridad física son derechos semejantes y complementarios, formando parte del núcleo de la dignidad humana y requisitos para el ejercicio del resto de derechos. Sin embargo, discrepan en que la vida sea objeto de protección aún sin la voluntad del sujeto, dado que la integridad personal puede ser afectada si el sujeto presta su consentimiento, puesto que, no como la vida, la integridad no es intangible.

La doctrina constitucional (STC 120/1990 como *leading case*) sostiene una opinión bastante firme al respecto: el derecho a la vida no incluye la facultad de disponer de ella; la decisión de morir no está amparada por el derecho a la vida. La jurisprudencia española califica la vida la vida como un derecho esencial y troncal, dado que sin él los restantes derechos no tendrían existencia posible, otorgándole un valor indisponible. Esto no se traduce en que todos los casos se encuentren injustificada, por ejemplo, en el ámbito del derecho penal, dentro del estado de necesidad. De aquí el tribunal deduce el derecho a la vida “tiene, por consiguiente, el derecho a la vida un contenido de protección positiva que impide configurarlo como un derecho de libertad que incluya el derecho a la propia muerte”. No es posible admitir, para el Alto Tribunal, que la Constitución garantice el derecho a la propia muerte. «Ello no impide, sin embargo, reconocer que, siendo la vida un bien de la persona que se integra en el ámbito de su libertad, pueda aquélla fácticamente disponer de su propia muerte, pero esa disposición constituye una manifestación del agere licere, en cuanto que la privación de la vida propia o la realización de la propia muerte es un acto que la ley no prohíbe» (FJ. 7.º de la STC 120/1990, de 27 de junio, principalmente; FJ. 5.º de la STC 137/1990, de 19 de julio, y, FJ. 2.º de la STC 11/1991, de 17 de enero). Esto nos viene a decir que el sujeto puede disponer de su vida, pero esta libertad no es un derecho subjetivo ni mucho menos un derecho subjetivo fundamental; la privación de la propia vida o la aceptación de la propia muerte no es un acto prohibido por la ley, pero tampoco un derecho subjetivo que otorgue la posibilidad de que los poderes públicos no se opongan a la voluntad de morir. La conclusión es clara y contundente: el art 15 CE no admite ni garantiza el derecho a la propia muerte; su reconocimiento requeriría una reforma constitucional expresa en ese sentido.

Los defensores de la eutanasia argumentan que el derecho a la vida del art. 15 CE es una vida en el sentido de la dignidad humana, no es únicamente “biología”, sino también “biografía”. J.A Marín, por ejemplo, considera que el derecho a la vida del art. 15 se refiere implícitamente a una cierta “calidad” de vida²¹. Este autor también mantiene que ese carácter indisponible que la constitución le otorga a la vida oculta un sentido paternalista y contrario a la propia constitución, pues “la autonomía y el *agere licere* que parte de las previsiones del art. 1.1 de la constitución (valor superior de libertad), obligan a reconocer como una facultad de impronta fundamental el derecho a la propia muerte”.

Siguiendo la línea interpretativa de J.A. Marín, no considera que la constitución imponga al ciudadano deberes basados en valores independientes de su libertad y su dignidad, concluyendo en que hay que rechazar la existencia de un deber constitucional consistente en tutelar la vida contra la voluntad de su titular, no siendo por tanto inconstitucional la supresión de las conductas contenidas en el art. 143 CP.

Sostiene que la dignidad humana como soporte constitucional de los derechos fundamentales, por lo que los derechos se reconocen al ser humano, una persona digna y libre. *“Pero lo que no se debe de perder de vista es que la vida es un bien jurídico de naturaleza estrictamente individual. De la Constitución española de 1978 no se desprende la existencia de un deber jurídico de vivir al servicio de la comunidad ni de la ética. No existe, de ninguna forma, una especie de «función social de la vida», al modo de la que pudiera contemplar el artículo 33.2 del mismo Texto para el derecho de la propiedad”*²². Admitir que la vida constituye un deber jurídico al servicio de la comunidad sería contrario a la propia constitución en reconocimiento al valor superior de la libertad, otorgándole un carácter indisponible por razones sociales y no personales, además de justificar un control paternalista del derecho a la vida o la muerte.

Es por todo ello por lo que afirma la disponibilidad de la propia vida y a su no imposición contra su voluntad. Argumenta que *“La vida impuesta contra la voluntad de su titular no es un valor constitucional ni puede configurarse como un bien jurídico digno de tutela penal. Con lo que se entiende que tanto la normativa criminalizadora precedente como la vigente tipificada en el artículo 143 del nuevo Código plantean una inadecuada regulación penal de los valores constitucionales implicados en aquellos contenidos”*.

Por último, hace referencia a la no neutralidad del ordenamiento constitucional. Al ser la vida, y no la muerte, un bien /valor, es congruente que el ordenamiento jurídico no se neutral ante dicha situación, creando medidas a proteger el valor de la vida, y solo cuando puede acreditarse fehacientemente su voluntad de morir, se elimine la tutela que el propio ordenamiento otorga.

Otra forma de abordar la cuestión no es la disposición o no de la vida, sino la libertad y autonomía para determinar el momento en el que poner fin a una situación objetiva de sufrimiento. De esta forma el derecho a morir es compatible con el carácter garantista del art. 15 CE, ejerciendo el derecho a morir en las situaciones en las que la vida y la muerte no son conceptos incompatibles sino realidades entrecruzadas en las que la muerte se adelanta para humanizar el fin de la vida. El derecho a la vida no significa obligación de vivir y la dignidad humana está reñida con el sometimiento a tratos inhumanos o degradantes, por lo que hay que concluir que es un derecho de libre disposición

B. Justificación de la eutanasia activa

Filósofos como Ronald Dworkin, Robert Nozick o Thomas Scanlon presentaron ante el tribunal supremo norteamericano en los asuntos *Washington v. Glucksberg* y *Vacco v. Quill* (ambos en 1997) un documento denominado el *brief*. Este documento argumentaba la autonomía de los pacientes en relación con el suicidio asistido y la eutanasia. Sus argumentos pueden resumirse en tres puntos:

1) Al igual que el aborto, los enfermos deben tener un derecho constitucional a morir que los Estados no pueden limitar con una prohibición. Intentan que el tribunal supremo reconozca que los individuos tienen un interés constitucional para tomar decisiones por sí mismos sin la imposición de jueces o legisladores de cualquier creencia religiosa o filosófica. Es la ética o la religión un obstáculo para este objetivo sostienen en su argumentación, e invitan a eliminar cualquier tipo de juicio ético o religioso acerca de confrontar la muerte. Consideran que solo este tipo de creencias son la única base que puede sostener que los estados denieguen ayuda a morir a enfermos terminales u otros que juzgan su vida de intolerable.

La muerte es uno de los momentos más significativos para la vida de mucha gente. Poder vivir esa circunstancia siendo fiel a tus propias convicciones en vez de afrontarlo acorde a lo que los demás te impongan es muy importante para muchas personas, además de ser una clara manifestación de los derechos de privacidad y libertad. La gente debe poder afrontar la muerte como desee sin que el gobierno o los médicos lo tachen de irracional.

2) No hay diferencia moral ni jurídica entre la eutanasia activa y la eutanasia pasiva. Los filósofos no consideran que un médico lesione un derecho en un caso (eutanasia activa) y no en otro (eutanasia pasiva) simplemente porque una acción sea de forma positiva y la otra se base en un “no hacer”. Es más, el médico lesiona el derecho de su paciente cuando, por acción u omisión, adopta una decisión en contra de su deseo.

3) Los argumentos utilizados por los tribunales para justificar su negativa no son convincentes. Con el argumento del riesgo de abusos de una legalización de dicha conducta alegan que ante la eutanasia pasiva podemos encontrar con los mismos abusos o incluso mayores, cuando el paciente no está consciente o carece de las aptitudes para tomar esa decisión, además de poder establecer garantías para evitarlo. Respecto a las presiones de los familiares que se oponen, el *brief* dice que la gente que se está muriendo tiene derecho a oír y actuar en consecuencia, siendo peligroso que un estado evite esta circunstancia por creer saber mejor lo que sus ciudadanos deben hacer a la hora de adoptar decisiones de esa índole.

En España, diversos autores han remarcado la importancia de la autonomía del enfermo en la toma de decisión de acabar con su vida. Ana María Marcos, por ejemplo, plantea que “supone el reconocimiento del actuar autorresponsable, de que cada ser humano tiene el derecho a determinar su propio destino vital y personal, con el respeto a sus propias valoraciones y a su visión del mundo, incluso aunque se tenga la plena convicción de que son erróneas y de que son potencialmente perjudiciales para él”. El derecho a morir puede ser una clara expresión de la autonomía vital de la persona, poder elegir el modo, el lugar y el tiempo de tu propia muerte.

María José Parejo razona la eventual legalización de la eutanasia en el derecho a libre disposición sobre la vida humana por parte de su titular y en el respeto de su autonomía individual: “el derecho a la libre disposición del cuerpo y de la vida es contenido de un derecho de libertad, y en concreto, de un derecho a vivir de conformidad con los principios, ideas o convicciones que conforman una persona”.

No todos los autores apoyan la idea de una absoluta libertad del individuo, como por ejemplo M. García Arán, que dice que “si resulta erróneo entender la vida y su protección como un valor absoluto, no puede caerse en el error opuesto de entender en términos absolutos valores como la libertad o la dignidad”.

Hacer un análisis de la práctica eutanásica únicamente a partir del art. 15 CE sería imprudente, inexacto e incompleto si no habláramos de otros derechos que necesariamente

están ligados a la vida, que son el de la dignidad y el libre desarrollo de la personalidad. Sin ellos nos encontraríamos ante una vida vacía de contenido e impuesta por el estado, la cual carecería de valor para vivirla. Comenzando con la dignidad, este (art. 10.1 CE) posee una importancia fundamental en un estado democrático, pero también hay que mencionar que tiene una menor eficacia jurídica práctica, dado que principalmente suele funcionar con instrumentos complementarios de otros argumentos principales (igual que lo que hemos explicado anteriormente). Ambas posiciones (a favor y en contra de la eutanasia) utilizan estos derechos en el debate. Algunos autores sostienen que la dignidad humana es un valor que implica la conservación de la propia vida, siendo injustificable la eutanasia ya que elimina a la persona el soporte de esa dignidad. Desde el otro lado se sostiene que la dignidad se manifiesta como el derecho a elegir el momento, lugar y modo de la propia muerte como una opción respetable en cuanto un modo de vida deseado por esa persona. Como ya vemos el argumento de la dignidad puede aplicarse a ambas posturas según la interpretación que queramos aplicarle, otorgándole una profunda ambigüedad. Esto hace que el argumento de la dignidad en la eutanasia no sea nada clarificador, al menos de la directa. En el caso de la eutanasia pasiva sí es evidente que la dignidad del paciente juega un papel fundamental, pues su dignidad puede verse vulnerada cuando se convierte en objeto sin voluntad de medicina intensiva sin que la continuación del tratamiento tenga algún sentido para proteger o mejorar la vida humana.

Con respecto al libre desarrollo de la personalidad (también del art. 10.1 CE). Aunque no es un derecho fundamental, tiene una mayor relevancia interpretativa que la dignidad. Luís María Díez-Picazo y Carmen Tomás-Valiente mantienen una postura similar a lo que ocurre en Alemania, una “auténtica cláusula general de libertad que preside el entero ordenamiento jurídico”. Viene a decir que, siempre que se respeten los derechos de los demás, “cada ser humano es el mejor juez de sus propios intereses”. Ambos autores determinan que, a partir de una cláusula constitucional de libertad general, todo lo que no está prohibido u ordenado está permitido. Por lo que los jueces deben reconocer como lícito las acciones que no se opongan a normas imperativas. Esto también se traduce en que el legislador no puede restringir la libertad de las personas a su discrecionalidad, sino siguiendo las exigencias del principio de proporcionalidad.

Aunque es poco verosímil creer que el tribunal constitucional puede declarar de inconstitucional una disposición legal en base a la invocación de la cláusula general de libertad del art. 10.1 CE simplemente porque el art. 143.4 del Código Penal, por ejemplo, al

prohibir la eutanasia directa, pueda estar lesionando el libre desarrollo de la personalidad. Para Fernando Rey Martínez, la interpretación de Carmen Tomás-Valiente sobre el art. 10.1 CE es demasiado leve y con poca concreción. Añade que “si la eutanasia fuera en principio, además, una libertad genérica, no veo de qué modo puede llegar a limitarse tanto que pudiera llegarse no sólo a no reconocerla, aunque fuera con serias restricciones, sino incluso a prohibirse, y por el Código Penal además”. Por lo tanto, según este autor, “no parece razonable sostener, al mismo tiempo, que la eutanasia sea una libertad constitucional y, a la vez, que pueda ser prohibida legislativamente por completo, castigada por el Código Penal nada menos”.

Entonces, si admitiéramos la idea de suicidio, suicidio asistido o eutanasia (aunque no sean lo mismo) como una expresión en respuesta al principio de autonomía personal y no lesiona a terceros, ¿Qué motivos pueden justificar su prohibición? Esta prohibición basada en evitar que una persona se haga daño a sí mismo se denomina, como ya hemos mencionado en varias ocasiones, paternalismo. Esto devuelve el conflicto al paternalismo del estado en la prohibición de determinados actos. R. Dworkin analiza el fundamento paternalista, considerando que “incluso cuando las personas han decidido deliberada y conscientemente morir...ello es, sin embargo, un *mal* para ellos”. La prohibición de la eutanasia justificada mediante el concepto paternalista del estado puede residir en la interpretación de que el sujeto que la solicita no es verdaderamente competente (esto se argumenta en base a un comportamiento autodestructivo que se produce en un elevado número de casos en situaciones críticas emocionalmente que puedan poner en duda la autonomía de la persona); o no lo decide con una total voluntad, siendo presionado por su entorno familiar o por el equipo médico que le atiende.

10. CONCLUSIÓN

Después de una larga y exhaustiva búsqueda acerca de la eutanasia, hay varias cuestiones que he apreciado, así como algunas conclusiones que me gustaría compartir. Pudiendo estar errado o no, estas son las conclusiones a las que he llegado. He intentado ser lo más objetivo posible durante todo el trabajo para mostrar solo opiniones, datos e ideas que rodean a nuestra sociedad, sin posicionarme bajo una postura u otra. La finalidad de este trabajo es la de recoger toda la información, ideas, teorías y posturas para acercarme más a fondo en la eutanasia, para luego poder hacer mi propia reflexión crítica. Creo que la eutanasia es un tema

trascendental que todo el mundo debería poner encima de la mesa, pues a todos nos llegara un momento en el final de nuestra vida en el que tengamos que tomar una decisión de tal magnitud, y para ello es necesario conocer profundamente acerca de este concepto. Esa objetividad a lo largo del trabajo también tiene otra finalidad, que es ni más ni menos que la de ofrecer al lector la oportunidad de realizar la misma reflexión que hago yo ahora.

Es interesante apreciar que, a pesar de lo avanzada que es nuestra sociedad culturalmente, abierta a todo tipo de libertades en el ámbito sexual, religioso, ideológico, cultural y en muchos otros aspectos, el increíble retroceso que padecemos sobre la eutanasia. Mucho tiempo atrás la eutanasia se consideraba como algo necesario para los enfermos que no tenían posibilidad de cura. Incluso César Augusto solicitaba una muerte dulce para él y su familia. Encontramos varios autores grecorromanos que recogían esta práctica. A día de hoy nos encontramos ante una constante reivindicación para poder obtener lo que antaño era algo accesible.

Pero lo que es aún más interesante no es reconocer ese atraso hacia la aceptación de la eutanasia, sino el por qué y en qué momento se dio ese paso atrás. Es aquí cuando entra en juego la religión, concretamente el cristianismo. Dejamos al margen la creencia o no en el cristianismo para centrarnos más y su carácter utilitarista. No cabe duda que la religión ayuda a mucha gente a encontrar su camino y orientarse por unas pautas de conducta, buscándole sentido a todo en Dios. Conuerdo con Jacques Pohier en que la iglesia mantuvo durante el siglo el dolor como consecuencia de tus malos actos o parte los planes de Dios, pero, al igual que dice este autor, esta teoría tenía sentido en su época, cuando no existían recursos suficientes para evitar el dolor y el sufrimiento de las personas. Ahora que existen multitud de medios para poner remedio al dolor y la agonía de las personas que se encuentran en un estado de enfermedad grave, incurable e irreversible, por lo que habría que alejarse de esta postura dado que ya carece de utilidad. Mediante este argumento, la iglesia ha condenado la eutanasia desde sus inicios, y dada su influencia a nivel global, consiguieron inclinar la balanza a su favor, condenándose la eutanasia. Creo que la religión es una línea de pensamiento muy relevante, aunque cada vez con menos fieles, para muchas personas, y siglos atrás era uno de los motores del mundo. Sin embargo, si analizo la postura de la iglesia y su argumentación para dicha postura, encuentro argumentos mucho más poderosos para posicionarse a favor de ella que en contra.

La iglesia rechaza la eutanasia porque Dios es el único que puede dar y quitar la vida, pero este argumento parece más una manera de instrumentalizar la palabra de Dios para que la iglesia tenga el control sobre la vida de sus seguidores. Si nos adentramos en el cristianismo, Dios siempre ha querido lo mejor para los suyos, llegando incluso a sacrificarse por su pueblo, por tanto, no concibo como Dios iba a permitir que la gente sufriera y no pudiera ponerle fin a su agonía. Yo mantengo una interpretación muy clara de Dios, soy católico, pero no creyente, considero que Dios es más un concepto que recoge unos valores éticos de bondad, solidaridad y misericordia; Pero si me siento en la silla de los creyentes, reconociendo la existencia de Dios, tendría muy clara mi opinión al respecto: Si Dios es todopoderoso, no es todo bondadoso, y si es todo bondadoso, no es todopoderoso. No puedo interpretar que Dios no sea todo bondadoso, dado que uno de los pilares de la iglesia es saber perdonar y ayudar al prójimo. Por lo tanto, llego a la conclusión que no es todopoderoso, porque si lo fuera, el mundo sería bien distinto, con menos guerras y maldad. Y entonces, si Dios es todo bondadoso, retorno al pensamiento anterior, ¿Por qué iba a querer que padeciéramos graves enfermedades y largas agonías sin poder hacer nada para acabar con todo ese sufrimiento?

Respecto al mundo de la medicina, prácticamente todos los valores éticos por los que se rige persiguen el mismo objetivo: la protección de la vida desde una acción positiva, es decir, el derecho a la vida y no a la muerte. Los profesionales médicos deben asegurar el bienestar de sus pacientes, primar siempre la vida, teniendo prohibido acabar con la vida de un paciente. Pero, aunque todos sus actos deben estar encaminados a salvar vidas y no a finalizarlas, aceptan la decisión de los pacientes cuando se decantan por la eutanasia, y rechazan el ensañamiento terapéutico.

La regulación internacional sobre la eutanasia es bastante limitada, siendo reconocida en pocos países, y en la mayoría de los que reconocen la eutanasia lo hacen en su modalidad pasiva únicamente. Y en los países en los que se permite su regulación, casi nunca encontramos la palabra “eutanasia”, siendo sustituida por su el “auxilio al suicidio”, “suicidio asistido” o “derecho a una muerte digna”. Esto refleja que dicho concepto parece verse como una palabra Tabú para los estados. El propio Tribunal Europeo de Derechos Humanos ha reconocido en varias sentencias la falta de consenso entre los estados miembros a la hora de abordar la eutanasia. No es solo un problema en Europa, en todo el globo hay una gran variedad de interpretaciones estatales al respecto. Podríamos encontrar diversos motivos para

este rechazo, pero analizando los argumentos a favor y en contra de la eutanasia encuadraría a dos de ellos como los más relevantes:

El primero es el miedo hacia la teoría de la pendiente resbaladiza: esta teoría plantea que, si aceptamos la regulación de la eutanasia pasiva, por ejemplo, estaremos abriendo la puerta a que después se legalice la eutanasia activa, y seguir avanzando en esta línea hasta que nos encontremos posibles abusos de esta práctica, hasta el punto de realizar dicho acto en situaciones en las que no debería aplicarse, negligencias médicas y sin consentimiento del paciente. El miedo de los estados a que la situación se des controle es real, y es por esto por lo que se sienten tan reacios legalizar tal actividad.

El segundo motivo lo planteó como una teoría: “la eutanasia no es cuestión de rechazo, sino de tradición”. Los estados deben de superar el miedo a la teoría de la pendiente resbaladiza, pues se ha demostrado que en los estados en los que la eutanasia es legal, no encontramos situaciones de abusos e irregularidades, por lo que estos estados deben servir como ejemplo para los que aún no ha despenalizado o regulado esta actividad. Una vez superada esta teoría, cabe preguntarnos cuáles son los argumentos que se dan para rechazar su uso, como la equiparación de la eutanasia al homicidio. Pero este tipo de argumentos no son más que meras interpretaciones arcaicas que apoyan el derecho a la vida, pero se olvidan de que la vida no es un derecho que pueda comprenderse de manera individual sin otros derechos, como la dignidad humana. Si nos paramos a ver quienes forman la postura que rechaza de forma tajante la eutanasia, nos encontramos con la religión y con muchos autores que plantean la eutanasia como el derecho a matar, limitando la libertad del individuo en su toma de decisiones vitales y sus deseos al final de su vida. Todas estas ideas y conceptos no han surgido de la sociedad actual, sino que viene arraigada de una cultura anterior donde no se le permitía al individuo disponer de su vida, mostrando un claro paternalismo tanto de los estados como de la religión. Debemos superar las tradiciones que no nos permitan avanzar, las ideas retrogradadas y los conceptos clasicistas y temerosos del significado de morir y matar. La eutanasia no puede equipararse al homicidio ni ser considerada como un acto sin piedad, nada más lejos de la realidad. Somos libres de tomar las decisiones que afectan a nuestra vida, y si somos libres para vivir, también debemos serlo para morir. La vida no consiste en vivirla sin más, sino en vivirla de la forma que cada uno desee; y si llega el momento en el que, debido a una serie de circunstancias, como una enfermedad degenerativa irreversible o cualquier otra dolencia que provoque un dolor insoportable, uno mismo cree que su vida ya no es digna de ser vivida, nadie tiene derecho a decirle lo contrario y obligarle a vivirla.

Creo que llegados a este punto es evidente que mi postura ante la legalización de la eutanasia es a favor. Es un acto libre y voluntario, y todo el que, estando en una situación de enfermedad incurable e irreversible, desee acabar con su vida de una manera digna y en el momento y lugar que desee, debe poder tener el derecho a hacerlo. Por eso considero que el art. 143.4 del CP español debería eliminarse, permitiendo el auxilio al suicidio para aquellas personas que debido a sus dolencias no puede hacerlo por sí solos.

La proposición de ley de derecho y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida me resultó ciertamente decepcionante. Es un paso hacia una futura regularización de la eutanasia, pero es un paso muy pequeño. Lo único que hace esta ley es garantizar unos derechos que ya se manifestaban de manera efectiva, aunque no estuvieran garantizados por el estado. No están añadiendo nuevos derechos para los ciudadanos, solamente se trata de la regulación de una situación que se lleva dando en nuestro país hace años.

Por último, y más importante, vamos a hablar del art. 15 CE. Es evidente que en su redacción no encontramos de manera explícita el derecho a morir, solo mostrando el derecho a la vida en su faceta positiva. Sin embargo, tal y como se encuentra redactado, podemos abrir un debate interpretativo de este artículo, habiendo varios puntos importantes:

Lo primero que debemos destacar es que el Tribunal Constitucional rechaza la idea de que este artículo haga al estado garante del derecho a la muerte. Entonces, a ojos del TC, el art. 15 solo reconoce la garantía que debe proporcionar al estado del derecho a vivir, y no de morir. Este tribunal es el máximo garante de los derechos fundamentales, por lo que no podemos pasar por alto su opinión, aunque discrepemos.

Uno de los elementos por los que considero que el art. 15 sí que reconoce el derecho a morir es por el paternalismo del estado. Si apreciamos que el estado solo garantiza el derecho a la vida en su vertiente positiva, sería reconocer que el estado está limitando los derechos y libertades de los ciudadanos en la disposición de su vida, lo que calificaría al estado de paternalista con sus ciudadanos. El estado no puede primar la vida si una persona manifiesta su voluntad contraria al respecto. Una vida impuesta en contra de la voluntad no puede considerarse un derecho constitucional.

Si una persona padece una enfermedad la cual le produce un incesante dolor y es diagnosticada de incurable e irreversible, y el estado no le permite realizar el ejercicio eutanásico, ¿No atentaría contra el propio art. 15, por considerarse una tortura y un trato humano degradante? No debemos olvidar que el art. 15 reconoce más derechos que el de la

vida, el derecho a no sufrir torturas ni tratos degradantes, y podría plantearse la vulneración de ese derecho por parte del estado cuando te obliga a soportar una situación que bien podría calificarse de indigna y humillante.

Para terminar, me gustaría salirme un poco de las interpretaciones constitucionales y de las conclusiones derivadas de toda la información recabada, para dar mi más sincera opinión sobre el asunto. La vida es hermosa, eso es innegable, dura y finita, y quizás sea eso lo que la hace tan especial. Esa constante superación de obstáculos, de ser mejor cada día y saber que tus días están contados te hace ver las cosas de manera muy distinta. Soy una persona joven que aún ve la muerte como un enemigo a batir muy lejano, y es por eso por lo que me decidí a hacer el trabajo de fin de grado sobre la eutanasia, para saber cómo quiero enfrentarme a ella cuando llegue el momento. Pero a pesar de lo hermosa que es la vida a veces suceden una serie de circunstancias que te hacen sentir que tu vida ya no tiene sentido. Si has vivido conforme a tus principios, ¿Por qué no puedes morir siguiendo esos mismos principios que llevan rigiendo tu vida desde el comienzo?

A nadie le preguntaron si querían venir a este mundo, ¿Por qué tenemos que preguntar si podemos irnos cuando la vida ya nos está diciendo que se acabó, y solo queremos acabarla de la forma más digna posible? El ser humano debe nacer y morir libre, y nadie puede impedir eso, porque sería atentar con la mismísima esencia de la vida.

Nuestra constitución surgió como la manifestación de un cambio en nuestro país, erradicando los genes dictatoriales que llevábamos sufriendo décadas, otorgándonos derechos y libertades que antes no se nos reconocían y se limitaban. Ni siquiera tengo que entrar en posibles interpretaciones para mostrar que el derecho a la vida es reconocido en sus dos versiones, la vida y la muerte; simplemente hago una llamada a la esencia primera de la constitución, a ese objetivo de perseguir la libertad y la igualdad de los ciudadanos ¿Por qué no podemos ser libres para decidir el momento de irnos si consideramos que nuestra vida es indigna para vivirla? Sinceramente me niego a pensar que nuestra constitución pueda limitarnos el derecho a disponer de nuestra propia vida.

11. BIBLIOGRAFÍA

- Andreu Arnalte, Carmen, “tratamiento jurídico de la eutanasia”, 21/01/2011.
- Álvarez del Río, Asunción, “Práctica y ética de la eutanasia”, 2014.
- Álvarez Gámez, Iñigo, “la eutanasia voluntaria”, 2002.
- Arroyo Castro, Laura, “aspectos jurídicos en torno a la eutanasia”, Revista jurídica de Seguridad Social, 2003.
- Artículo Radiocable.com, “Fernando Marín: “en Holanda, tras 80.000 muertes voluntarias no ha habido ni un solo caso de homicidio. El miedo al abuso es infundado”, 8/04/2019.
- Boletín Oficial de las Cortes Generales, “Proposición de ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida”, 28/02/2020.
- Carpizo, Jorge; Valadés, Diego, “Derechos humanos, aborto y eutanasia”, 2010.
- Código Penal Español, ley Orgánica 10/1995, 23 de noviembre.
- Constitución Española, 29/12/1978.
- Ficha temática del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, “Situaciones de fin de vida y Convenio Europeo de Derechos Humanos”, julio 2015.
- Jouve, Nicolás, “El manantial de la vida”, 2012.
- Marcos, Ana María; de la Torre, Javier, “Y de nuevo, la eutanasia, una mirada nacional e internacional”, 2019.
- Marín Gámez, José Ángel, “Reflexiones sobre la eutanasia: Una cuestión pendiente del derecho constitucional a la vida”, Revista española de Derecho Constitucional, núm. 54, septiembre-diciembre 1998.
- Misseroni Raddatz, Adelio, “Consideraciones jurídicas en torno al concepto de la eutanasia”, 2000.
- M. Sillero F. de Cañete, José, “Eutanasia: estado actual del problema”, 1993.
- Moreno Antón, María, “elección de la propia muerte y derecho: hacia el reconocimiento jurídico del derecho a morir”, 2004.
- Página Web, “Asociación Derecho a Morir Dignamente”

- Redacción, “el dramático caso de Vincent Lambert, el hombre en estado vegetativo que tiene a Francia dividida por el derecho a morir”, artículo de la BBC news mundo, actualizado 21/05/2019.
- Rey Martínez, Fernando, “Eutanasia y derechos fundamentales”, 2010
- Ruiz Marull, David, “así logró Ramón Sampedro su muerte digna hace 20 años”, artículo de la vanguardia, actualizado el 12/01/2018.
- Sentencia 120/1990, de 27 de junio.
- Serrano Ruíz-Calderón, José Miguel, “la eutanasia”, 2007.
- Vega Gutiérrez, Javier, “Eutanasia: concepto, tipos, aspectos éticos y jurídicos. Actitudes del personal sanitario ante el enfermo en situación terminal”.
- Zapatero Méndez, Diego, “Problemática jurídico-Penal sobre la eutanasia con especial referencia al derecho comparado (legislación holandesa y belga)” 01/09/2017.