



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

LA PROBLEMÁTICA CONSTITUCIONAL DEL DERECHO A MORIR DIGNAMENTE

Autor:

Álvaro Benito Celma

Director:

Profesor D. Carlos Garrido López

Facultad de Derecho
Año 2024

SUMARIO

ABREVIATURAS UTILIZADAS	5
INTRODUCCIÓN	6
CAPÍTULO I. ANÁLISIS LEY ORGÁNICA 3/2021, DE 24 DE MARZO DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA	8
1. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS	8
1.1 Concepto de eutanasia	8
1.2 Necesidad de afrontar una regulación sobre la eutanasia	9
1.3 Nuevo derecho de configuración legal e individual conectado con otros derechos y bienes constitucionales	11
1.4 Contexto eutanásico	13
2. DERECHO A SOLICITAR LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR Y REQUISITOS PARA EL EJERCICIO	14
3. PROCEDIMIENTO	18
3.1 Procedimiento ordinario	18
3.2 Procedimiento en situación de incapacidad de hecho del paciente	19
3.3 Verificación, comunicación y realización	20
4. GARANTÍAS EN EL ACCESO Y OBJECIÓN DE CONCIENCIA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS	21
5. COMISIONES DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN	23
CAPÍTULO II. MODIFICACIÓN DEL ARTÍCULO 143 CP Y LA CONSECUENTE DESPENALIZACIÓN	25
CAPÍTULO III. ARGUMENTOS POLÍTICOS Y DOCTRINALES A FAVOR Y EN CONTRA DE LA REGULACIÓN LEGAL DE LA EUTANASIA	37
1. PREMISAS EN LAS QUE SE APOYA LA LEY ORGÁNICA DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA	37
1.1 La eutanasia como instrumento necesario para evitar padecimientos y sufrimientos insopportables a causa de las enfermedades	37
1.2 La eutanasia es un derecho conectado con bienes constitucionalmente protegidos como la dignidad humana, la libertad de decisión y la autonomía individual	38
1.3 Una regulación ampliamente garantista y unas restricciones suficientemente justificadas	42
2. ARGUMENTOS CONTRARIOS A LA NUEVA REGULACIÓN DE LA EUTANASIA	47

2.1 Insuficiente y errónea justificación de la elaboración de la LORE	47
2.2 La indeterminación del contexto eutanásico	50
2.3 Problemática en situaciones de incapacidad de hecho	52
2.4 Falta de regulación y control de las Comisiones de Garantía y Evaluación	54
CAPÍTULO IV. PROBLEMÁTICA CONSTITUCIONAL DE LA LEY ORGÁNICA DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA	55
1. MOTIVOS DE INCONSTITUCIONALIDAD ALEGADOS AL TRIBUNAL CONSTITUCIONAL	55
1.1 Vulneración del derecho a la vida	55
1.2 Ausente universalización de los cuidados paliativos en España.....	56
1.3 Insuficientes garantías administrativas y jurisdiccionales	56
1.4 Inconstitucionalidad del régimen relativo a la situación de «incapacidad de hecho»	58
1.5 Vulneración de la libertad ideológica y religiosa, en relación con la infracción del derecho a la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios	60
1.6 Motivos procedimentales	60
2. ARGUMENTOS DE LA ABOGACÍA DEL ESTADO Y LOS FUNDAMENTOS JURÍDICOS CONTENIDOS EN LAS SSTC 19/2023 Y 94/2023	61
2.1 El derecho a la vida no goza de una primacía ni de un carácter absoluto respecto a otros bienes y derechos protegidos	61
2.2 Aprobación de la LORE a través de una proposición de ley	63
2.3 Delimitación coherente del contexto eutanásico. Los cuidados paliativos como alternativa a la muerte asistida	64
2.4 Garantías administrativas y judiciales suficientemente justificadas	66
2.5 Prestación de ayuda para morir en casos de incapacidad supeditada al documento de instrucciones previas	69
2.6 Registro de objeción de conciencia como medio para asegurar la prestación efectiva de la ayuda para morir	71
CONCLUSIONES	73
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS, NORMATIVAS Y JURISPRUDENCIALES	76
1. MONOGRAFÍAS Y ARTÍCULOS CIENTÍFICOS	76
2. FUENTES NORMATIVAS	81
3. JURISPRUDENCIA	81

ABREVIATURAS UTILIZADAS

- Art.: Artículo
- Arts.: Artículos
- C. A.: Comunidad Autónoma
- CC. AA.: Comunidades Autónomas
- CE: Constitución Española
- Cit.: Citado
- CP: Código Penal
- Dir.: Director
- LORE: Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.
- Núm.: Número
- p.: Página
- pp.: Páginas
- PP: Partido Popular
- RCD: Reglamento Congreso de los Diputados
- STC: Sentencia del Tribunal Constitucional
- TC: Tribunal Constitucional
- TEDH: Tribunal Europeo de Derechos Humanos
- TS: Tribunal Supremo
- Vol.: Volumen

INTRODUCCIÓN

Cuando comencé a investigar que temas podían ser más interesantes para desarrollar mi Trabajo Fin de Grado, llamó especialmente mi atención la problemática constitucional que gira alrededor de la prestación de ayuda para morir, más conocida como eutanasia, debido, principalmente, a la especial importancia y al debate continuo que está cuestión suscita en la actualidad, así como a la promulgación, de manera reciente, de una regulación que aborda esta materia tan problemática.

Los progresos relacionados en el ámbito de la medicina han permitido conseguir avances extraordinarios con el objetivo de prolongar, significativamente, la vida de pacientes que sufren enfermedades crónicas. Sin embargo, este aumento de la esperanza de vida, no siempre lleva aparejado un aumento de la calidad, teniendo como resultado, en muchas ocasiones, el sufrimiento prolongado de aquellas personas que padecen enfermedades incurables, surgiendo, la necesidad, de asegurar una serie garantías judiciales y administrativas que permitan disponer de una muerte digna y en paz, sin tener que hacer frente a un padecimiento innecesario, no solo para ellos, sino también para sus familias, las cuales, tienen que soportar, entre otras, múltiples obligaciones económicas, morales y físicas.

Este debate, que se encuentra presente de manera diaria en nuestra sociedad a través de los medios de comunicación, también lo podemos apreciar en el ámbito político y en el ordenamiento jurídico de los distintos países debido a la gran transcendencia que tiene para todo el mundo la concepción de la vida, así como derechos fundamentales asimilados como la dignidad, la intimidad o la integridad personal.

En el terreno legal, en el cual me he centrado a la hora de desarrollar este trabajo, existe un gran debate alrededor de la cabida constitucional que tiene el derecho a una muerte digna en nuestro ordenamiento jurídico, y especialmente en la Constitución Española, por la posible confrontación con el derecho fundamental a la vida y a la integridad física y moral, reconocido en el artículo 15 CE.

En nuestro país, hasta la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia, aprobada en el año 2021, no se había desarrollado ningún ordenamiento encaminado a configurar un derecho legar a morir dignamente, poniendo de manifiesto la gran controversia que ha reinado a lo largo de los años en relación con este tema en España y en otros estados

europeos como Polonia, Noruega o Grecia, en los que sigue sin haber una regulación en relación a este aspecto, siendo ilegal la práctica de la eutanasia a pesar de los múltiples cambios sociales, culturales, éticos y sobre todo por la «progresiva secularización de la sociedad»¹.

En este trabajo analizaré la nueva Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia, describiendo los requisitos necesarios para poder acceder a este derecho, así como el procedimiento a seguir, dando especial importancia al consentimiento para disponer de la propia vida y a las consecuencias que ha tenido la nueva regulación tras la modificación del artículo 143 del Código Penal. Además, estudiare la compatibilidad de la novedosa regulación con nuestro ordenamiento jurídico, a través de una serie de argumentos desarrollados por entendidos en la materia, así como los posibles motivos de inconstitucionalidad que se han sido planteados por parte de algunos partidos políticos.

¹ CÁMARA VILLAR, G., «La regulación de la eutanasia y el suicidio asistido en el mundo. Panorama general y comparado», en: RODRÍGUEZ BLANCO, R., (dir.), *Anuario de Derecho Eclesiástico del Estado*, núm. 37, 2021, p. 404.

CAPÍTULO I. ANÁLISIS LEY ORGÁNICA 3/2021, DE 24 DE MARZO DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA

1. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1.1 Concepto de eutanasia

La eutanasia, etimológicamente, procede del griego (eu –buena– y thanatos –muerte–). Este término está cargado de una gran indefinición, dando lugar a múltiples acepciones en función del autor ante el que nos encontramos y de los comportamientos que cada uno consideran que deben ser englobados dentro de este concepto, provocando, en consecuencia, una gran confusión en la sociedad. Debido a esta indeterminación, es necesario reunir las definiciones de varios expertos en la materia, que permitan aproximarse de manera más certera y acertada al concepto desarrollado por la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (LORE en adelante).

Uno de los expertos que encontramos en esta materia es Pániker Alemany², el cual entiende la eutanasia como «la acción u omisión destinada a provocar la muerte de un enfermo debidamente informado de su estado y pronóstico, a petición libre y voluntaria de éste, y con el fin de evitarle sufrimientos que le resulten insopportables», configurando, como se puede desprender de sus palabras, un derecho que tienen aquellas personas que sufren padecimientos intolerables, para decidir de manera libre, si quieren poner fin a su vida.

Este concepto, como se podrá comprobar más adelante, goza de gran imprecisión, aunque tal como indica Gascón Abellán³, los desacuerdos giran y se concentran en torno a tres elementos configuradores: la modalidad de la conducta, el consentimiento del sujeto, y las circunstancias que motivan esta muerte. Para esta autora, es importante evitar identificar la eutanasia con el homicidio o asesinato ya que la primera figura mencionada tiene el objetivo de producir la muerte cuando la vida ya no es digna ni hay esperanzas de que lo vuelva a ser, no siendo el elemento determinante de esta práctica el consentimiento otorgado por el paciente ni el tipo o modalidad de eutanasia llevada a cabo, sino las circunstancias que conducen a solicitar esta muerte.

² PÁNIKER ALEMANY, S., «El derecho a morir dignamente», en: GUÁRDIA OLMOS, J., (ed.), *Anuario de psicología*, Vol. 29, núm.4, Elsevier, Barcelona, 1998, p. 87.

³ GASCÓN ABELLÁN, M. F., «¿De qué estamos hablando cuando hablamos de eutanasia?» en: *Revista Humanitas, Humanidades Médicas*, Vol. 1, núm.1, 2003, pp. 5-12.

En definitiva, en la eutanasia se comprenden «aquellas acciones u omisiones que provocan la muerte de otra persona, para poner fin o evitar un padecimiento insopportable, lo que tiene sentido cuando su vida ha alcanzado tales cotas de indignidad de manera irreversible que la convierten en un mal».

En el ordenamiento español, ha sido definida esta figura, por parte del legislador, en el preámbulo de la LORE, como el «acto deliberado de dar fin a la vida de una persona, producido por voluntad expresa de la propia persona y con el objeto de evitar un sufrimiento». Este concepto hace referencia, exclusivamente, a dos modalidades eutanásicas: por un lado, la causación activa y directa de la muerte de otra persona, es decir, la «eutanasia activa directa»⁴, y, por otro lado, el «suicidio asistido por parte del facultativo», siendo el propio paciente el encargado de autoadministrarse las sustancias necesarias para poner fin a su vida⁵. La LORE, excluye de esta manera, tanto la eutanasia pasiva, consistente como señala Rey Martínez⁶, en la suspensión del tratamiento prescrito o en la no administración de la medicación tendente a mitigar los efectos de la enfermedad o a prolongar la vida del paciente, ni la eutanasia activa indirecta, la cual no busca principalmente la muerte del paciente, pero está es un efecto secundario de la suministración de medicación que tenga efectos colaterales y comprometa alguna función vital acelerando la muerte del paciente.

1.2 Necesidad de afrontar una regulación sobre la eutanasia

La LORE, según el Preámbulo, «pretende dar una respuesta a una demanda sostenida de la sociedad actual», demanda que se ha visto incrementada día tras día por la multitud de casos personales recogidos en los medios de comunicación y en las redes sociales.

⁴ Por eutanasia activa directa, entiende la LORE, que es «la acción por la que un profesional sanitario pone fin a la vida de un paciente de manera deliberada y a petición de este, cuando se produce dentro de un contexto eutanásico por causa de padecimiento grave, crónico e imposibilitante o enfermedad grave e incurable, causantes de un sufrimiento intolerable»

⁵ En esta práctica es imprescindible la «colaboración de un profesional sanitario», encargado de aconsejar, informar e incluso suministrar al paciente, los medios, las dosis y las sustancias necesarias con el objetivo de que el paciente realice esta práctica.

⁶ REY MARTÍNEZ, F., «El nuevo modelo de regulación de la eutanasia y el suicidio asistido como derechos: contenidos y valoración crítica» en: RODRÍGUEZ BLANCO, R., (dir.), *Anuario de Derecho Eclesiástico del Estado*, núm. 37, 2021, p. 473.

Este ruego de la sociedad española se puede comprobar en las múltiples encuestas elaboradas por Centro de Investigaciones Sociológicas. En 2009⁷, esta institución, preguntó a la sociedad española si creía que debería regularse por Ley la eutanasia. El 73,60% consideró que era necesario pautar esta práctica mediante una ley, estando en contra, de manera absoluta, únicamente, el 10,3% de la población. En relación con la necesidad de regular por ley el suicidio medicamente asistido, el porcentaje de personas que estaban a favor disminuía en torno a un 50%, pudiendo verse claramente que el ciudadano acepta y está más dispuesto a que una tercera persona le provoque la muerte que producirse la muerte a sí mismo a través de los medios proporcionados por un tercero. En el año 2011⁸ fue la última vez antes de la elaboración de la LORE que el CIS preguntó acerca de la eutanasia, pero esta vez interpelando acerca de si se estaba de acuerdo con que en España se aprobara una ley que regulara el derecho de las personas a tener una muerte digna. El 77,5% de los encuestados estaban a favor de la regulación, mientras que el 9,8% estaba en desacuerdo. Una de las últimas encuestas que han tenido lugar, ha sido la elaborada por la empresa *Metroscoopia*, en la que en torno al 87% de los encuestados están a favor de que el médico correspondiente proporcione algún producto que ponga fin a la vida, sin dolor, de aquellos pacientes que padecen enfermedades incurables.

Como mencioné en la introducción, el avance en el ámbito biomédico y las mejores condiciones de vida, provocan un aumento de la esperanza de vida, conllevando una mayor supervivencia de aquellas personas que padecen enfermedades graves e incapacitantes, sin embargo, esta mayor esperanza no lleva aparejada, en la mayoría de los casos, un aumento de la calidad de vida, sino todo lo contrario, provoca un mayor deterioro físico y psíquico y un dolor insopportable.

Esta demanda también responde al uso, cada vez más normalizado, de instrumentos técnicos encaminados a prolongar la vida de los pacientes, pero que no ayudan a la curación de la enfermedad ni a la mejora significativa de su salud, pero sobre todo, responde a la búsqueda de una ampliación de la autonomía del paciente, definida por el

⁷ CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLÓGICAS. «Atención a pacientes con enfermedades en fase terminal». Estudio núm. 2803, España, Mayo-junio 2009, [Fecha de consulta: 15/05/2024], [Disponible en: <https://www.cis.es/documents/d/cis/es2803pdf>]

⁸ CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLÓGICAS. «Barómetro Sanitario, 2011». Estudio núm. 8811, España, Febrero-octubre 2011. [Fecha de consulta: 15/05/2024] [Disponible: https://www.cis.es/documents/d/cis/Es8811_modpdf]

TS⁹ como la «manifestación del derecho a la vida, a la integridad física y a la libertad personal, a decidir por sí mismo en lo atinente a la propia persona y a la propia vida y, en consecuencia, a la autodisposición sobre el propio cuerpo».

Además, la secularización de la sociedad española¹⁰, entendida como «el abandono o alejamiento de la doctrina religiosa», así como los profundos cambios sociales, han generado una mayor conciencia social y la tenencia de unos valores más fuertes y arraigados, provocando la necesidad de una regulación que se centre en configurar un derecho a la muerte digna de aquellas personas que padecen sufrimientos considerables e irreversibles.

Por último, en la exposición de motivos de la LORE, se pone de manifiesto la relevancia de la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, en concreto, la sentencia dictada el 14 de mayo de 2013 por parte de este Tribunal en el *caso Gross contra Suiza*¹¹, en la que se condenaba a Suiza debido a que la ambigüedad de su legislación había vulnerado el derecho al respeto de la vida privada y familiar de Gross (solicitante de la ayuda para morir), señalando el Tribunal la necesidad de promulgar un régimen legal específico¹² en todos aquellos estados en los que se hubiera despenalizado las conductas eutanásicas, indicando de manera clara, quién, cómo y cuándo se puede recurrir al suicidio asistido.

1.3 Nuevo derecho de configuración legal e individual conectado con otros derechos y bienes constitucionales

El legislador, en la exposición de motivos, considera que la configuración de este nuevo derecho a «morir dignamente» debe ser compatible y respetuoso con otros derechos fundamentales constitucionalmente reconocidos y protegidos como son el «derecho a la vida y a la integridad física y moral, así como la dignidad, la libertad o la autonomía de la voluntad».

⁹ Sentencia del Tribunal Supremo (Sala de lo Civil, Sección 1^a), núm. 3/2001, de 12 de enero de 2001 (ECLI:ES:TS:2001:74), FJ 1.

¹⁰ RUIZ ANDRÉS, R., «El proceso de secularización de la sociedad española (1960-2010): entre la historia y la memoria», en: *Pasado y Memoria. Revista de Historia Contemporánea*, núm. 16, 2017, pp. 207-232.

¹¹ Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos («CASE OF GROSS v. SWITZERLAND»), núm. 67810/10, de 14 de mayo de 2013 (ECLI:CE:ECHR:2013:0514JUD006781010)

¹² El legislador, en la exposición de motivos de la LORE, indica que «no es aceptable que un país que haya despenalizado conductas eutanásicas no tenga elaborado y promulgado un régimen legal específico, precisando las modalidades de práctica de tales conductas eutanásicas».

El derecho a la vida, promulgado en el artículo 15 de la CE, se configura como un derecho fundamental esencial¹³, a partir del cual, se reconocen y se construyen el resto. Por este motivo, este derecho a la vida que reconoce la Constitución está orientado a hacia la consecución de una vida lo más digna posible. Es el propio TC¹⁴ el que reconoce el carácter esencial y troncal de dicho derecho a la vida, «reconocido y garantizado en su doble significación física y moral» y sin el cual, los restantes derechos no tendrían existencia posible.

En relación con esto, cabría plantearse si este derecho es absoluto o se pueden establecer alguna limitación con el objetivo de proteger otros derechos fundamentales protegidos por la Constitución, es decir, el derecho a la vida, como hemos señalado, merece la máxima protección, sin embargo, esto no significa que debe ser protegido siempre y en cualquier circunstancia, no debiendo sancionarse a aquellas personas que decidan libremente poner fin a su vida, cuando esta no disponga de una vida digna. En esa misma corriente se encuentra Pániker Alemany¹⁵, que considera que la vida no es un valor absoluto, siendo lo realmente importante que se trate de una vida digna con una determinada calidad y en el caso de que no se alcancen determinados niveles o haya una degradación de esta, se tiene el derecho a «dimitir», es decir, el derecho a una muerte digna y sin sufrimiento innecesario.

Sin embargo, también hay opiniones contrarias¹⁶ que consideran que la vida no constituye un derecho fundamental, «sino un espacio indisponible para el poder político», siendo la función del Estado, la de ayudar a aquellas personas que han decidido privarse de su vida, pero no tienen a su alcance los medios necesarios para conseguirlo, primando en todo caso la autonomía y determinación del individuo.

El legislador considera que no es suficiente despenalizar aquellas conductas que ayudan a que se produzca la muerte de otra persona, siempre que se cumplan los requisitos promulgados por la LORE, sino que es necesario llevar a cabo una regulación clara que

¹³ ARROYO GIL, A., «El derecho a una muerte digna en el ordenamiento constitucional español» en: ARAGÓN REYES, M., (dir.), *La Constitución de los españoles: estudios en homenaje a Juan José Solozabal Echavarria*, Fundación Manuel Giménez Abad de estudios parlamentarios y del Estado Autonómico, 2019, p. 618.

¹⁴ Sentencia del Tribunal Constitucional, núm. 53/1985, de 11 de abril de 1985 (ECLI:ES:TC:1985:53), FJ. 3

¹⁵ PÁNIKER ALEMANY, S., op. cit., p. 86.

¹⁶ CHUECA RODRIGUEZ, R. L., «La Ley Orgánica de Regulación de la eutanasia y su aplicación» en: *Revista Derecho y Salud*, Vol. 32. Extraordinario, 2022, p. 57.

indique y delimita los supuestos en los que este derecho puede ser invocado, las personas que pueden solicitarlo, así como las garantías que protejan la libertad de decisión del individuo frente a presiones de terceras personas, instituciones, estándares o convicciones personales, configurando, como consecuencia, en el ordenamiento jurídico, un nuevo derecho conectado con el derecho fundamental a la vida así como con otros derechos y bienes constitucionalmente protegidos como son la integridad física y moral, la dignidad, la autonomía personal, la intimidad...

1.4 Contexto eutanásico

El contexto eutanásico se define en la LORE como «la situación de padecimiento grave, crónico e imposibilitante o de enfermedad grave e incurable, padeciendo un sufrimiento insopportable que no puede ser aliviado en condiciones que considere aceptables», quedando excluidas de este contexto, por tanto, aquellas situaciones en las que se ponga fin a la vida de una persona sana o que padece una enfermedad curable o transitoria. Este contexto eutanásico está configurado por dos elementos; un elemento subjetivo, como es la voluntad expresa y autónoma del paciente de poner fin a su vida, y un elemento objetivo, consistente en el padecimiento de una enfermedad que revista las características expresadas en esta legislación.

En relación con la determinación del tipo de enfermedad que hay que sufrir para que esta pueda quedar englobada dentro del contexto eutanásico, la nota del TC núm. 24/2023¹⁷ establece que «el padecimiento grave ha de presentarse siempre como una enfermedad somática en su origen, aunque los sufrimientos constantes e intolerables pueden ser de orden psíquico, de manera que la LORE no incluye entre los padecimientos graves la enfermedad psicológica o la depresión».

Por lo tanto, la eutanasia se puede solicitar en dos situaciones tasadas: por un lado, cuándo se trata de un «padecimiento grave, crónico e imposibilitante», entendida por la LORE como «aquella situación que hace referencia a limitaciones que inciden directamente sobre la autonomía física y actividades de la vida diaria, de manera que no permite valerse por sí mismo, así como sobre la capacidad de expresión y relación, y que llevan asociado un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable para quien lo padece, existiendo seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones vayan a

¹⁷ Nota Informativa del Tribunal Constitucional núm. 24/2023, Madrid, 22 de marzo de 2023.

persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable», y por otro lado, cuando se padece una «enfermedad grave e incurable», entendida como «la que por su naturaleza origina sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables sin posibilidad de alivio que la persona considere tolerable, con un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva».

En definitiva, se puede señalar que el contexto eutanásico está configurado por una serie de condiciones relacionadas con la situación física en la que se encuentra el paciente, el sufrimiento físico o mental, la posibilidad de mitigar el dolor, así como las convicciones morales, todo esto, valorado y dictaminado de manera cualificada por personal externo al entorno del paciente, siendo clave la delimitación que se hace del contexto eutanásico con el objetivo de ejercer correctamente el derecho a una muerte digna, evitando los posibles excesos y abusos.

2. DERECHO A SOLICITAR LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR Y REQUISITOS PARA EL EJERCICIO

El artículo 4.1 de la LORE reconoce el derecho a solicitar y recibir ayuda para morir siempre que se cumplan los requisitos establecidos, siendo fundamental e imprescindible que se trate de una decisión autónoma, entendiéndose por tal, aquella «que está fundamentada en el conocimiento sobre su proceso médico, después de haber sido informada adecuadamente por el equipo sanitario responsable»¹⁸.

La autonomía, es uno de los principios básicos que conforman el ámbito biomédico, y que consiste en la ausencia de restricciones de control por parte de las autoridades respecto a las decisiones autónomas de cada persona, siempre que no se produzca un daño a otras personas. Esta autonomía incluye el respeto por parte de las autoridades, el Estado y los médicos de decisiones fundamentales del ser humano respecto a su propia vida, incluso de la forma y el momento de morir.

Rivera López¹⁹, advierte de los peligros que conlleva la legalización de la eutanasia para el cumplimiento de una decisión autónoma por parte del paciente, en relación con las presiones externas que se puedan ejercer por parte de las familias, del sistema, o de

¹⁸ Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

¹⁹ RIVERA LÓPEZ, E., «Eutanasia y autonomía» en: *Revista Humanitas, Humanidades Médicas*, Vol. 1, núm.1, 2003, pp. 79-86

los sanitarios sobre el paciente o sobre la propia familia, las cuales tienen que hacerse cargo de esta situación tan desagradable y la respectiva carga económica y psicológica que conlleva.

En la LORE, en concreto, en el apartado 3 del artículo 4 mencionado anteriormente, se afirma que se garantizará que, estas personas que solicitan la ayuda para morir reciban toda la información necesaria e indispensable, con el objetivo de formar una opinión autónoma alejada de cualquier injerencia externa.

En cuanto a los requisitos, la LORE realiza una distinción en función de si se trata de solicitar o recibir la ayuda para morir. En este análisis me centraré en estos últimos.

En cuanto a los requisitos necesarios para recibir la prestación de ayuda para morir, el artículo 5 de la LORE señala una serie de condiciones que se deben cumplir cumulativamente.

En primer lugar, es necesario, tener la posesión de la nacionalidad española o, en su defecto, residencia legal en España o certificado de empadronamiento que certifique un periodo de permanencia en el territorio español superior a un año. Este requisito relativo a la nacionalidad o la continuidad en un territorio ha sido adoptado por diversos ordenamientos como en Holanda, Bélgica y Colombia, con el objetivo, tal como señala Cámara Villar²⁰, de evitar que nacionales de otros estados en los que está prohibido la práctica de la eutanasia, acudan a España con el único propósito de que se le permita acceder a esta ayuda para morir, es decir, se pretende prohibir el llamado turismo eutanásico.

Otra de las condiciones para recibir la prestación es la de «ser mayor de edad, capaz y consciente» en el momento de realización de la solicitud. En virtud de este requisito no es de aplicación la «doctrina del menor maduro»²¹, en virtud de la cual se permitiría tomar decisiones sobre el propio cuerpo y sobre su vida a los menores de 18 años y mayores de 16 años que sean capaces intelectual y emocionalmente de comprender el alcance de su decisión. En este sentido, el artículo 9.3 c) de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica señala que no hay ninguna restricción a la

²⁰ CÁMARA VILLAR, G., op. cit., p. 461.

²¹ REY MARTÍNEZ, F., op. cit., p. 475.

autonomía total del paciente cuando éste tenga 16 años cumplidos, siendo esta edad la «mayoría de edad sanitaria», sin embargo, en relación con la eutanasia, se tiene que atender a la mayoría de edad legal, por lo que es necesario tener 18 años en el momento de la solicitud.

Otro requerimiento necesario para recibir esta ayuda consiste en tener a disposición la información relativa a la enfermedad, las alternativas de esta prestación, y el acceso a cuidados paliativos, así como «haber formulado dos solicitudes de manera voluntaria y por escrito», de manera autónoma y «dejando una separación de al menos quince días naturales entre ambas». En primer lugar, en relación con el acceso a los cuidados paliativos²² en ningún momento este precepto garantiza la disponibilidad de estos cuidados por parte de los centros médicos y únicamente se trata de una mera alusión y respecto al periodo de tiempo entre una solicitud y otra, diversos autores han considerado que la separación que especifica la LORE de 15 días entre una solicitud y otra es excesiva, sobre todo respecto a pacientes que se encuentran en una situación terminal con un deterioro progresivo y cuyo dolor es insopportable y no puede ser paliado por ningún medio.

En relación con el tipo de enfermedad que hay que padecer, ya se ha analizado esta cuestión en el apartado relativo al «contexto eutanásico», siendo necesario «sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante».

A parte de lo mencionado anteriormente, la obligación más importante a cumplir antes de recibir la prestación de ayuda para morir es la de «prestar consentimiento informado de manera autónoma, personal y libre», tal como se recoge en el artículo 5.1 e) de la LORE. Este consentimiento informado aparece regulado en la Ley de Autonomía del Paciente²³ que lo define en el artículo 3 como «la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su

²² ROMEO CASABONA, C. M., «Lección 15. Suicidio y Eutanasia», en: ROMEO CASABONA, C. M., (dir.), *Manual de Bioderecho (Adaptado para la docencia en ciencias, ciencias de la salud y ciencias sociales y jurídicas)*, Dykinson, S. L., País Vasco, 2022, pp. 400-402.

²³ 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.

salud». Este requisito, según Arruego Rodríguez²⁴, es la manifestación más relevante del principio de autonomía, constituyendo esta información una condición fundamental para que se puede ejercitar este consentimiento de manera libre, autónoma y responsable, equivaliendo una privación injustificada de la información «a la limitación o privación del propio derecho a decidir y consentir la actuación médica, afectando así al derecho a la integridad»²⁵, por lo que se puede apreciar una conexión manifiesta entre el derecho de información y el de consentimiento.

Llegado a este punto es necesario señalar una precisión, en el caso de que el paciente «no se encuentre en el pleno uso de sus facultades ni puede prestar su conformidad libre, voluntaria y consciente para realizar las solicitudes», pero sufra una determinada enfermedad englobada dentro del contexto eutanásico mencionado anteriormente y «haya suscrito con anterioridad un documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documentos equivalentes», no será necesario el cumplimiento de los requisitos establecidos en el artículo 5.1 b) c) y e) relativos a la información sobre el proceso médico, la formulación de las dos solicitudes y el consentimiento previo informado.

Estas instrucciones previas, testamento vital o voluntades anticipadas²⁶ es un documento mediante el cual una persona mayor de edad, de manera libre y consciente, emite su voluntad de manera anticipada «manifestando las opciones e instrucciones sobre los cuidados y tratamientos médicos que quiere recibir en caso de que concurran circunstancias clínicas en las cuales no pueda expresar personalmente su voluntad» y esta se cumpla de manera incondicionada.

Los profesionales sanitarios consultarán este documento cuando sea imposible la emisión de la voluntad por parte del paciente, hasta entonces, siempre prevalecerá su voluntad actual frente a lo indicado en el testamento vital o respecto a la opinión de

²⁴ ROMEO CASABONA, C.M; ARRUEGO RODRÍGUEZ, G., «Lección 14. Toma de decisiones al final de la vida», en: ROMEO CASABONA, C. M., (dir.), *Manual de Bioderecho (Adaptado para la docencia en ciencias, ciencias de la salud y ciencias sociales y jurídicas)*, Dykinson, S. L., País Vasco, 2022, p. 367.

²⁵ Sentencia del Tribunal Constitucional, núm. 37/2011, de 28 de marzo de 2011. Recurso de Amparo 3574-2008. FJ. 5

²⁶ VIVAS, TESÓN, I., «Lección 5. Consentimiento Informado (II)», en: ROMEO CASABONA, C. M., (dir.), *Manual de Bioderecho (Adaptado para la docencia en ciencias, ciencias de la salud y ciencias sociales y jurídicas)*, Dykinson, S. L., País Vasco, 2022, pp. 125-127.

familiares, instituciones o del equipo médico. Este documento, además, podrá ser sustituido por otro, modificado e incluso revocado.

En caso de denegación de la solicitud, el artículo 7 señala que deberá realizarse por escrito y de manera motivada por el médico responsable, es decir, deberá explicar la decisión tomada y los motivos en los que se ha apoyado para adoptarla. Contra esta denegación, se podrá interponer por parte del solicitante, reclamación ante la Comisión de Garantía y Evaluación competente en el plazo máximo de quince días desde la denegación de la solicitud.

3. PROCEDIMIENTO

3.1 Procedimiento ordinario

En caso de que quede demostrado que el paciente ostenta la capacidad necesaria para solicitar la prestación de ayuda para morir, el procedimiento ordinario tendrá comienzo en el momento del recibo, por parte del médico responsable, de la primera solicitud formulada por el paciente que hace referencia el artículo 5.1 c) LORE. El médico en el plazo máximo de dos días naturales deberá comprobar que se cumplen los requisitos del artículo 5.1 a) c) y d), y una vez verificado el cumplimiento, llevará a cabo un «proceso deliberativo» con el paciente consistente en la explicación por parte de este profesional de las diferentes posibilidades de actuación así como de las alternativas que existen a la eutanasia o al suicidio asistido, como puede ser el acceso a cuidados paliativos o a otras prestaciones que tuviera derecho el paciente. Esta información sobre el diagnóstico y otras alternativas deberá facilitarse también por escrito.

El proceso deliberativo, como indica el Manual de Buenas Prácticas de la Eutanasia²⁷ elaborado por parte del Ministerio de Sanidad, deberá basarse en la «escucha activa y empática del paciente», teniendo especial transcendencia la comprensión de los sentimientos, razones y dudas que le pudieran surgir. La finalidad del proceso deliberativo, según este manual, es la de certificar que lo indicado por parte del paciente en la primera solicitud se corresponde con la realidad y no ha sido determinada su voluntad por presiones externas, siendo una decisión libre y voluntaria en base a la

²⁷ Manual de buenas prácticas en eutanasia sobre la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, Ministerio de Sanidad.

información que le ha sido proporcionada por los distintos especialistas, los cuáles, deben abstenerse de ejercer algún tipo de presión.

Transcurridos, al menos, 15 días desde la presentación de la primera solicitud, tal como se indica en el artículo 5.1 LORE, y si el paciente quiere proseguir con el procedimiento, deberá presentar una segunda solicitud ante el médico responsable, al menos 15 días naturales después de la primera solicitud, sin embargo, en el caso de que la pérdida de capacidad por parte del paciente sea inminente, el médico responsable podrá reducir el plazo de 15 días a cualquier extensión que se considere oportuno. Este profesional, tal como se indica en el artículo 8.1 LORE, deberá retomar el proceso deliberativo, en el plazo máximo de 5 días, con el objetivo de solucionar las dudas que le hayan podido surgir al paciente, así como la ampliación de información sobre el proceso. Una vez que termine el proceso deliberativo y hayan transcurrido 24 horas, el paciente deberá comunicar al médico responsable la decisión de si quiere continuar o desistir del proceso.

En el caso de que decida continuar, el médico responsable deberá poner en conocimiento esta decisión a los respectivos implicados como son los profesionales sanitarios, así como en el caso de que lo solicite el paciente, a los familiares, y lo más importante, deberá recabar «la firma del consentimiento del documento firmado». Esta condición es indispensable para poder continuar el procedimiento, siendo la persona solicitante, la única que puede presentarlo, a menos de que por causas de imposibilidad física, este no pueda darlo por sí mismo.

Una vez obtenido este consentimiento, el apartado tercero del artículo 8, señala que el médico responsable deberá acudir a un médico consultor, el cual, aparte de verificar que se cumplen los requisitos señalados anteriormente, deberá redactar un informe al médico responsable en el plazo máximo de 10 días naturales desde la fecha de la segunda solicitud. En el caso de que el informe fuera desfavorable, el paciente podrá recurrir a la Comisión de Garantía y Evaluación.

3.2 Procedimiento en situación de incapacidad de hecho del paciente

La situación de incapacidad de hecho del paciente se define en el artículo 3 h) LORE como «la situación en la que el paciente carece de entendimiento y voluntad suficientes para regirse de forma autónoma, plena y efectiva por sí mismo, con

independencia de que existan o se hayan adoptado medidas de apoyo para el ejercicio de su capacidad jurídica», es decir, el paciente no se encuentra en pleno uso de sus facultades, no permitiéndole su estado llevar a cabo un consentimiento libre, autónomo, voluntario y consciente.

Esta valoración de la situación de incapacidad de hecho del paciente, según la Ley de Autonomía del Paciente²⁸, deberá llevarse a cabo por parte del médico que trate al paciente, en concreto, por el médico responsable. El artículo 9.3 LAP otorga el consentimiento por representación cuando «el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación».

En caso de que el médico considere que el paciente se encuentra en una situación de incapacidad de hecho, este podrá solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir siempre que sufra una enfermedad que pueda ser comprendida dentro del contexto eutanásico descrito anteriormente y que se desarrolle en la LORE, y además que hubiera suscrito con anterioridad un documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documentos equivalentes. La solicitud para obtener esta prestación podrá ser presentada por otra persona mayor de edad y plenamente capaz, teniendo que presentar el documento de instrucciones previas el médico que trata al paciente cuando no haya ninguna persona que presente el documento en nombre de esta.

A la hora de decidir si el paciente puede recibir la prestación, se deberá atender en todo momento al contenido del documento de instrucciones previas o testamento vital, siempre que en este documento se exprese la voluntad del interesado de manera clara e inequívoca.

3.3 Verificación, comunicación y realización

Una vez que el médico responsable haya comunicado la situación a la Comisión de Garantía y Evaluación, el presidente de esta comisión deberá nombrar, en el plazo máximo de dos días, a un jurista y a un profesional médico, miembros pertenecientes a la comisión, para que comprueben si, en el caso determinado que tratan, se cumplen los requisitos indicados en la ley, teniendo la posibilidad de acceder a la documentación tratada, así como entrevistarse con el médico responsable, los profesionales sanitarios y

²⁸ Ley 41/2002

con el propio paciente. Estos miembros deberán elaborar y remitir un informe en el plazo máximo de 7 días naturales al presidente de la Comisión de Garantía y Evaluación. Si este informe es favorable, este «servirá de resolución a los efectos de la realización de la prestación de ayuda para morir». Si el informe es desfavorable, se comunicará al paciente la posibilidad de recurrir esta decisión, resolviéndose esta cuestión en el plazo máximo de 20 días.

La resolución definitiva se comunicará al presidente y este, al médico responsable. A partir de aquí comenzará la realización de la prestación de ayuda para morir. Esta prestación se deberá llevar a cabo con el «máximo cuidado y profesionalidad» y el paciente, en caso de estar consciente podrá decidir entre la eutanasia²⁹ y el suicidio asistido³⁰.

Una vez se haya producido esta ayuda para morir, y en el plazo máximo de cinco días hábiles, se deberá remitir a la Comisión de Garantía y Evaluación de la respectiva C. A. los documentos consistentes en una serie de datos del paciente y otras personas intervenientes, así como del procedimiento llevado a cabo.

4. GARANTÍAS EN EL ACCESO Y OBJECCIÓN DE CONCIENCIA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

El legislador ha elaborado una regulación especialmente garantista, pudiéndose apreciar esta situación a lo largo de la ley, pero especialmente en los capítulos IV y V.

En primer lugar, se garantiza la prestación y el acceso de la ayuda para morir, incluyéndose esta práctica en la Cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, y, por lo tanto, la financiación tendrá carácter público, debiéndose garantizar el acceso de este derecho a todas aquellas personas que cumplan los requisitos promulgados en la legislación.

Esta prestación se llevará a cabo en centros sanitarios públicos, privados o concertados, incluido en el domicilio del paciente, respetando en todo momento la intimidad y confidencialidad de este. Es previsible que esta prestación no se desarrolle en

²⁹ En la eutanasia se produce la administración directa al paciente por parte del profesional sanitario competente

³⁰ En el suicidio asistido se prescribe o se suministra al paciente la sustancia para que él mismo se la suministre.

todos los centros sanitarios, designándose previamente aquellos que cuenten con los materiales e infraestructuras necesarias para desarrollarla, y en cuanto a la práctica en el domicilio, se considera que es adecuado en aquellos casos en los que se trate de «personas imposibilitadas sin ninguna patología severa»³¹ o cuando se quiera promover un clima de confianza e intimidad a través de un apoyo del entorno familiar o de los amigos.

En relación con la objeción de conciencia, la LORE, en el artículo 16, garantiza este derecho para aquellos profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de ayuda para morir con el objetivo de garantizar la libertad de conciencia. El término de «objeción de conciencia» se define en la LORE en el artículo 3 f) que señala que es el «derecho individual de los profesionales sanitarios a no atender aquellas demandas de actuación sanitaria reguladas en esta Ley que resultan incompatibles con sus propias convicciones», siendo necesario que esta objeción se manifieste de manera anticipada y por escrito. Esta objeción de conciencia deberá basarse, de manera exclusiva, en motivos de conciencia moral y/o religiosa , es decir, es una desobediencia del derecho basada en motivos ideológicos. Además, es importante resaltar que se trata de un derecho individual y no colectivo, es decir, corresponde únicamente a los individuos, por lo tanto, los centros sanitarios públicos, privados o concertados o cualquier otra institución no podrán ejercitar este derecho.

El manual de Buenas Prácticas señala que «los miembros de la Comisión de Garantía y Evaluación, no deberían ser objetores de conciencia a la LORE», siendo decisivo la imparcialidad de estos miembros.

Además, se informa que esta objeción debe referirse a aspectos o acciones concretas y específicos de la práctica eutanasica, no pudiendo llevarse a cabo una interpretación extensiva que permita ampliar el rango a servicios habituales otorgados al paciente como puede ser un simple cuidado. Los actos frente a los que se puede invocar la objeción de conciencia están determinados por esta manual de buenas prácticas, abarcando, por un lado, el «procedimiento que tiene que seguir el médico responsable cuando se realiza una solicitud por parte del paciente», y por otro lado, la «realización de la prestación de ayuda para morir». En estas situaciones, los profesionales se encargan de realizar actos directos e imprescindibles para ejecutar la prestación como pueden ser la constatación de la

³¹ ROMEO CASABONA, C. M., op, cit., pp. 404-405

voluntad clara e inequívoca de recibir la eutanasia, o la prescripción y suministración de aquella. Por lo tanto, además de los médicos responsables, también pueden ser objetos de conciencia los consultores, psicólogos clínicos, profesionales de la enfermería, ...

Hay que señalar que es posible la revocación y anulación de la objeción de conciencia, así como la objeción sobrevenida y una objeción total o parcial, no debiendo discriminarse a aquellos profesionales que hayan decidido ejercer este derecho, sin embargo, no se debe usar la objeción de conciencia para «obstaculizar el cumplimiento de la ley»³², no tratándose esta de un derecho fundamental reconocido en ninguna sentencia o en la Constitución, sino más bien el resultado del derecho fundamental de la libertad ideológica promulgado en el artículo 16 de la carta magna.

Con respecto a la creación de un registro donde se deban inscribir las declaraciones de objeción de conciencia de los de profesionales sanitarios, Romeo Casabona considera desmedido la obligación de inscripción en este registro universal, pudiendo vulnerarse una serie de principios relacionados con el tratamiento de datos personales, siendo una alternativa realista la creación de un registro en cada centro donde estuvieran inscritos únicamente los profesionales sanitarios de ese centro, sin permitir a terceros el acceso. Otras corrientes critican la mera de la existencia de este registro, amparándose en el apartado 2 del artículo 16 de la CE, en el que afirma «nadie podrá ser obligado a declarar sobre su ideología», precepto que se vulneraría con la creación de esta especie de censo.

5. COMISIONES DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN

La LORE, en el artículo 17, establece la obligación de la creación de una Comisión de Garantía y Evaluación en cada una de las CC. AA. Esta Comisión, según el manual de buenas prácticas, es el «órgano administrativo colegiado encargado de verificar el cumplimiento de lo dispuesto en la LORE en su ámbito territorial», el cual estará compuesto de al menos siete miembros entre los que se encontrarán profesionales médicos y de enfermería, así como juristas de reconocido prestigio.

En relación con sus funciones, encontramos las siguientes (artículo 18 LORE):

³² CASTRO CARBÓN, C., «Objetores de conciencia: la eutanasia reabre un debate sin resolver en España», *El Independiente*, 10/10/2021, [Fecha de consulta: 22/04/2023], [Disponible en: <https://www.elindependiente.com/vida-sana/salud/2021/10/10/objetores-de-conciencia-la-eutanasia-reabre-un-debate-sin-resolver-en-espana/>]

- Resolver en el plazo establecido en la ley las reclamaciones que formulen aquellas personas a las que se deniegue la prestación de ayuda para morir por parte del médico responsable.
- Verificar si la prestación se ha realizado conforme al procedimiento establecido por la ley.
- Detectar posibles problemas en relación con las obligaciones señaladas en la ley, así como la propuesta de mejoras.
- Resolución de dudas en torno a la aplicación de la ley.

CAPÍTULO II. MODIFICACIÓN DEL ARTÍCULO 143 CP Y LA CONSECUENTE DESPENALIZACIÓN

La disposición final primera de la LORE modifica, puntualmente, el apartado 4 del artículo 143 de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal y se añade el apartado 5 a este artículo.

Con respecto al art. 143.5 CP, el legislador ha pretendido exonerar de responsabilidad a aquel que «causare o cooperare activamente la muerte de una persona» siempre que se cumplieran los requisitos y obligaciones a los que hace referencia la LORE, siendo indispensable que la persona a la que se ha causado la muerte sufriera «un padecimiento grave, crónico e imposibilitante o una enfermedad grave e incurable» y existiera petición expresa y clara de este paciente. Esto no quiere decir que se produzca una legalización de cualquier conducta eutanasica, sino únicamente aquellas prestaciones de ayuda para morir que se lleven a cabo cumpliendo lo prescrito en la LORE y en su exposición de motivos.

Según García Álvarez³³ nos encontramos ante una «justificación procedural» que determina la exclusión de la tipicidad, en términos, según la autora, similares a lo que ocurre en materia de aborto. Siguiendo esta misma corriente encontramos a otros autores como García Marcos³⁴, el cuál considera que el artículo 143.5 se trataría de una «causa de exclusión de la tipicidad», es decir, la conducta eutanasica no será típica si se cumplen los requisitos señalados en la normativa sanitaria o como Romeo Casabona³⁵, que señala que este precepto consistiría en una «causa de justificación en el sistema de la teoría jurídica del delito», siendo lícita la conducta realizada siempre que siga las pautas marcadas en la LORE.

Sin embargo, se pueden encontrar detractores de esta creencia como Suárez Llanos³⁶ que consideran que se trataría de un estado de necesidad en el que se deben ponderar valores fundamentales como la protección de la vida frente a la dignidad y a la

³³ GARCÍA ALVARÉZ, P., «La reforma del artículo 143 del Código Penal por la Ley Orgánica, de regulación de la eutanasia, ¿la despenalización de la eutanasia, “por fin”?» en: *Revista General de Derecho Penal*, núm. 35, 2021, p. 68.

³⁴ GARCÍA MARCOS, J., «Tratamiento jurídico penal de la eutanasia a partir de la entrada en vigor de la LO 3/2021» en: *Revista de Jurisprudencia*, núm. 40, 2022.

³⁵ ROMEO CASABONA, C. M., op. cit., p. 406.

³⁶ SUÁREZ LLANOS, L., «La ley de la muerte. Eutanasias, éticas y derechos», en: AÑOÑ ROIG, M. J., (dir.), *Anuario de Filosofía del Derecho*, Tomo XXVIII, Madrid, 2012, pp. 323-371.

libertad amenazada a causa de la enfermedad que padece, u otros que opinan que se trataría de una «causa de justificación incompleta»³⁷ en relación con el estado de necesidad (art. 20.5 CP) y el cumplimiento de un deber (art. 20.7 CP).

Por otro lado, y respecto al apartado 4 del artículo 143, si se cumplen las condiciones marcadas en este precepto, es decir, si se produce la causación o cooperación activa con actos necesarios para dar muerte a una persona que sufre una enfermedad que se puede encuadrar dentro del contexto eutanásico, motivado el acto por la petición de esta pero no se siguen las reglas marcadas por la LORE, se produciría una atenuación de la pena en uno o dos grados respecto a las señaladas en los apartados 2 y 3 relativos a la inducción al suicidio. Por lo tanto, causar o cooperar activamente en la muerte de una persona que sufra un padecimiento determinado dentro del contexto eutanásico en la LORE, pero sin respetar los requisitos y trámites de esta ley sería un comportamiento penalmente relevante, manteniendo la tipicidad de la conducta, si bien con una pena atenuada.

El problema surge en el caso de que el incumplimiento de la LORE venga determinado por la inobservancia de algún procedimiento o requisito no especialmente grave de esta regulación como puede ser una infracción en los plazos prefijados. En este caso, nos tendríamos que preguntar si se seguiría exonerando de responsabilidad y por tanto aplicado el artículo 143. 5, o se debería acudir al apartado 4 y castigar esta infracción, aunque de manera atenuada.

Romeo Casabona señala que hay que distinguir entre elementos esenciales y no esenciales y en el momento en el que se produzca una infracción o una ausencia de cualquiera o de la totalidad de los elementos no esenciales se aplicaría la «eximente incompleta», en cambio, cuando se produjera un quebramiento de cualquiera de los elementos esenciales, aunque únicamente fuera uno, tendríamos que acudir al artículo 143.4, no pudiendo en ningún caso exonerar de responsabilidad. Sin embargo, la problemática surge a la hora de seleccionar y decidir cuáles son los elementos esenciales y cuáles no. Según Romeo Casabona, elementos fundamentales podrían considerarse, los requisitos necesarios para recibir la prestación de ayuda para morir (art. 5 LORE), que se

³⁷ PAYÁN ELLACUARIA, E., «Análisis jurídico-penal de la Ley Orgánica de regulación de la eutanasia: una propuesta de lege ferenda» en: *e-Eguzkilore. Revista Electrónica de Ciencias Criminológicas*, núm. 5, 2020, p. 10.

trate de una solicitud autónoma, clara e inequívoca (art. 4.2 LORE), alejada de injerencias y presiones externas o que la prestación sea realizada por un médico responsable (art. 11.1 LORE).

El artículo 143.4 tiene su base en «el menor reproche de la conducta» ya que no todas las conductas admiten el mismo grado de reproche y en este caso, se han cumplido las condiciones establecidas en este precepto, es decir, el comportamiento típico marcado, pero no se ha cumplido con lo indicado en la LORE. En virtud de esto, lo determinante para que esta conducta sea irrelevante penalmente y, por tanto, haya una exclusión de la tipicidad, es el cumplimiento de todos los requisitos y trámites a los que hace referencia la LORE, con independencia de la decisión del afectado o de la enfermedad y el padecimiento que sufra esta persona. Ahora bien, hay que destacar, que en el caso de que se cumplieran todos los requisitos de la LORE, pero la enfermedad no fuera considerada tan grave o con sufrimientos tan insoportables como para llevar a cabo esta práctica, no se produciría ni una atenuación de la pena y menos aún, una exoneración de la misma.

Anteriormente, para que pudiera ser aplicado esta pena atenuada, era necesario que el paciente sufriera una «enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar». Tras la reforma, se pueden apreciar una serie de diferencias y similitudes entre las distintas regulaciones.

En primer lugar, se mantienen los comportamientos típicos, siendo necesario «causar o cooperar activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro». Tampoco sufre ninguna modificación la atenuación de la pena en uno o dos grados respecto a los apartados 2 y 3, así como la necesidad de tener que existir una petición expresa, seria e inequívoca y el término “El que” para referirse a la persona que causa o coopera en esta práctica.

En cuanto a las diferencias, la «enfermedad grave que conduciría necesariamente a la muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar» sufre una modificación en relación al contexto eutanásico y al padecimiento que tiene que sufrir el sujeto pasivo, es decir, en la actualidad, la persona que solicita esta prestación de ayuda para morir debe sufrir una «enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante, con sufrimientos físicos o psíquicos constantes e

insoportables». Respecto al primer término señalado relativo a la anterior regulación y que hace referencia a la necesidad de que la enfermedad tiene que provocar necesariamente la muerte, García Álvarez señala que, en virtud de esto, no era necesario que el paciente sufriera dolores o padecimientos insoportables ni que se encontrara en una fase avanzada y terminal de la enfermedad, es decir, se englobaban aquellos supuestos en los que el fallecimiento se pudiera producir a corto, medio o largo plazo, sin embargo, había que determinar que se trataba de una enfermedad especialmente grave y que tenía un «nexo causal y directo» con una posible muerte. Sin embargo, respecto al segundo requisito y a la exigencia de que el paciente sufriera «graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar», no era necesario una proximidad de la muerte aunque si un sufrimiento especialmente grave y considerado.

Un caso real, relativo a la anterior regulación, es aquel que tuvo lugar el 7 de abril de 2015 en Zaragoza³⁸. Emilia padecía una enfermedad que le provocaba «paranoias con ideaciones persecutorias» pensando en todo momento que era vigilada por otras personas, evitando, debido a esto, salir de casa o incluso acudir al médico para recibir asistencia de sus fuertes dolores de espalda, así como tratamiento de la úlcera que presentaba en la pierna, la cual se curaba ella misma, provocando un aumento significativo del dolor y de los sufrimientos. Emilia, en un momento dado, le comenta a su hijo, Teodosio, la decisión irrevocable de poner fin a su vida debido al sufrimiento que le ocasionaba y al estado en el que se encontraba la úlcera de la pierna, con el propósito de que este le ayudara a cumplir su deseo. La forma en la que se iba a producir esta ayuda para morir era por medio de la asfixia, colocándose unas bolsas de basura en la cabeza. Teodosio entendió que la decisión de su madre era firme y clara. Madre e hijo fueron al cuarto de estar, donde ella se sentó en un sillón mientras bebía brandy con el objetivo de «atontarse». Emilia se puso una bolsa en la cabeza, pero tuvo que ser asistida por Teodosio para colocársela, el cuál puso otra bolsa sobre la cabeza de su madre por si acaso se había roto la primera. Al cabo de unos minutos cesó la respiración de Emilia.

La Audiencia Provincial de Zaragoza consideró que se trataba de un delito de cooperación ejecutiva del suicidio, denominado por la doctrina como homicidio consensual o consentido y que se encuentra regulado en el artículo 143.3 del CP castigado

³⁸ Sentencia de la Audiencia Provincial de Zaragoza 85/2016, Sección 6 (Rec.40/2015), de 18 de abril de 2016, (ECLI:ES:APZ:2016:578).

con una pena de prisión de seis a diez años. La Audiencia señala que Teodosio fue el ejecutor del suicidio de su madre al colocarle las dos bolsas en la cabeza con el objetivo de asfixiarla, a pesar de que esto haya sido motivado por el deseo y la voluntad de su madre. En ningún momento se estudia la aplicación del artículo 143.4, relativo a la muerte digna y que supondría una reducción de la pena considerable en uno o dos grados respecto a la señalada en el apartado anterior. Esto se debe a que sería necesario que la víctima sufriera «una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar» y los médicos responsables señalaron que las úlceras de las que se aquejaba Emilia podían tratarse en un centro hospitalario con perspectivas de mejoría muy altas y el dolor de espalda no era constitutivo de un sufrimiento difícil de soportar, permitiéndole realizar la mayoría de las tareas del hogar.

Es necesario indicar que la terminología relacionada con la gravedad de la enfermedad y los padecimientos permanentes e insopportables son conceptos «bastante indeterminados»³⁹ que pueden dar lugar a múltiples apreciaciones y opiniones, siendo imprescindible el dictamen del equipo médico a la hora de valorar la gravedad y la dificultad para soportar el dolor, sin embargo, Romeo Casabona considera que esta apreciación viene «determinada por el propio sentimiento del sujeto», siendo muy difícil de valorar por parte de los médicos encargados o por terceros, debido a que se trata de una evaluación más subjetiva. A pesar de esta subjetividad, los términos como «padecimiento grave, crónico e imposibilitante» y «enfermedad grave e incurable» que aparecen en la nueva regulación en artículo 143.4, se encuentran claramente definidos en el artículo 3 b) y c) LORE, ofreciendo una mayor seguridad jurídica.

Otro de los inconvenientes de la antigua regulación, era el hecho de que no se incluían de manera literal las enfermedades psíquicas y mentales pudiendo dar lugar a distintas opiniones en función del médico o juez que decidía, sin embargo, esto se ha corregido de manera expresa por la actual ley, incluyendo literalmente en el artículo 143.4 los padecimientos psíquicos como motivo para solicitar la eutanasia, a pesar de la dificultad que sigue existiendo en la actualidad para poder objetivar el verdadero

³⁹ DÍAZ Y GARCÍA CONLEDO, M; BARBER BURRUSCO, S., «Participación en el suicidio y eutanasia. Esbozo del tratamiento penal en España» en: *Revista Nuevo Foro Penal*, Vol. 8, núm. 79, 2012, pp. 138-139.

sufrimiento de este tipo de enfermedades, al no ser algo físico que se pueda demostrar con claridad.

En relación con el sujeto activo que describe el apartado 4 del artículo 143 del CP, el término “El qué” indica generalidad, por lo que puede ser cualquier persona, tanto perteneciente al ámbito sanitario como alejado de él, pudiendo ser sujeto activo, familiares, allegados o terceros distintos a estos, es decir, no se exige ningún requisito especial ni cualificación determinada para ser sujeto activo. Sin embargo, para poder acogerse a la exoneración de responsabilidad del artículo 143.5, es necesario que el sujeto activo sea un profesional médico, ya que es un requisito exigido en la LORE, en concreto, en su artículo 11.1.

Por otro lado, los comportamientos a los que hace referencia el hecho típico descrito en el apartado 4, deben ser activos, necesarios y directos, por lo que la omisión no forma parte del hecho típico⁴⁰. Al señalar la necesidad de que se traten de comportamientos y conductas activas, quedan fuera del ámbito penal las conductas omisivas, así como indirectas, es decir, se excluye tanto la eutanasia indirecta⁴¹ como la eutanasia pasiva⁴². La eutanasia indirecta, además de no poder ser castigada en virtud del artículo 143.4, nunca ha sido penalmente relevante, debido a que, generalmente, se ha permitido el suministro de analgésicos con el objetivo de paliar el dolor de las personas que tienen mayores sufrimientos, a pesar del considerable acortamiento de la vida que se produce, siendo necesario que este suministro se ajuste a las previsiones de la *lex artis médica*⁴³, entendida esta como el modo y la forma en que los profesionales sanitarios o el equipo médico actúa ante una situación determinada.

En este sentido, es el propio Código Deontológico Médico⁴⁴ el que indica que el profesional sanitario tiene la obligación de «intentar la curación o la mejoría del paciente siempre que sea posible», y en el momento en el que no sea posible esta mejoría, el

⁴⁰ DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO, M; BARBER BURRUSCO, S., op. cit., p. 140.

⁴¹ Se entiende la eutanasia indirecta como la «utilización de fármacos o medios terapéuticos que alivian el sufrimiento físico o psíquico aunque aceleren la muerte del paciente». (Definición recogida en el Preámbulo de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia)

⁴² Aludiendo a la «omisión de un tratamiento cuando éste no tiene eficacia terapéutica alguna y sólo prolonga de forma artificial e, innecesariamente la vida del paciente». (Definición recogida en el Preámbulo de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia)

⁴³ GÓMEZ ROMERO, J., «Lex artis: Qué es y cuál es su papel en las negligencias médicas», 15 febrero 2023, [Fecha de consulta:25/04/2024], [Publicado en: <https://www.rafaelmartinbueno.es/lex-artis/>]

⁴⁴ Artículos 38.1 y 2 del Código de Deontología Médica del 2022.

médico tiene el deber de llevar a cabo medidas encaminadas a «procurar su mayor bienestar posible y dignidad», aunque esto en muchas ocasiones pueda generar un acortamiento significativo de la vida del paciente, no debiendo proseguir con unas medidas que no son útiles y no proporcionan ningún beneficio ni al paciente ni a sus familias y debiendo tener muy presente el médico que no debe colaborar ni provocar intencionadamente la muerte del paciente.

En relación con el uso de la sedación como un instrumento paliativo⁴⁵, se ha demostrado de manera científica, que en situaciones de clara agonía⁴⁶, su utilización es correcta, aunque únicamente cuando existen «síntomas refractarios a los recursos terapéuticos disponibles»⁴⁷ y siempre que exista el consentimiento por parte del propio paciente⁴⁸ o por representación. Por lo tanto, esta sedación es un tratamiento correcto e indicado, por lo que negar los medicamentos oportunos para mitigar este dolor, podría provocar una responsabilidad al médico responsable.

Respecto a la problemática acerca de si la interrupción del tratamiento ya iniciado constituye un comportamiento activo, es decir, eutanasia activa y por tanto un comportamiento penalmente relevante, o en cambio, se trataría de una práctica pasiva y en consecuencia, exento de responsabilidad, García Álvarez⁴⁹, considera que en la eutanasia pasiva se incluye tanto el no comienzo del tratamiento prescrito como la interrupción del tratamiento que se encuentra en desarrollo pero que no tiene ninguna eficacia ni perspectivas de mejora, de ahí que ni el médico esté obligado a seguir con un tratamiento que no va a proporcionar ninguna mejoría ni beneficios, ni el paciente tenga

⁴⁵ Se denomina sedación paliativa a aquella que se logra mediante la «administración deliberada de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas, para reducir la conciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal, tanto como sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios y con su consentimiento». (Definición recogida del informe denominado «Sedación paliativa en la fase final de la enfermedad, una buena práctica clínica» elaborado por el Comité de Bioética de la Comunitat Valenciana, 2021)

⁴⁶ Situación de agonía es aquella que «precede a la muerte cuando ésta se produce de forma gradual, y en la que hay deterioro físico intenso, debilidad extrema, alta frecuencia de trastornos cognitivos y de la conciencia, dificultad de relación e ingesta y pronóstico de vida en horas o días». (Definición recogida en el documento de «Atención Médica al final de la vida: conceptos y definiciones», elaborado por el Grupo de trabajo «Atención médica al final de la vida», Organización Médica Colegial y Sociedad española de cuidados paliativos, en abril de 2015)

⁴⁷ Entendiéndose por síntoma refractario aquel que no responde al tratamiento adecuado y precisa, para ser controlado, reducir la conciencia de la persona (Definición recogida del informe denominado «Sedación paliativa en la fase final de la enfermedad, una buena práctica clínica» elaborado por el Comité de Bioética de la Comunitat Valenciana, 2021)

⁴⁸ Artículo 36. 5 del Código de Deontología Médica elaborado por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos

⁴⁹ GARCÍA ALVAREZ, P., op. cit., p. 71

el deber de soportar tratamientos o atenciones que prolonguen irracionalmente su vida. En virtud de esto, en un principio podríamos afirmar que la desconexión de aparatos cuyo objetivo es prolongar la vida del paciente de manera artificial, se trataría de un comportamiento activo ya que requiere un acto activo y directo como es el de apagar esta máquina, sin embargo, la valoración de este comportamiento en su conjunto es omisiva y por tanto penalmente irrelevante.

Por otro lado, cuando señala el precepto que deben tratarse de actos necesarios, hace referencia a que deben ser comportamientos que conduzcan necesariamente a la muerte o a la colaboración de esta, siendo la acción del sujeto activo imprescindible para causar esta muerte.

En relación con la forma de manifestación de voluntad del sujeto pasivo, el precepto analizado señala que debe prestarse de manera «expresa, seria e inequívoca». García Álvarez, respecto a la necesidad que sea una petición «seria», señala que el legislador lo que pretende es que tenga lugar una solicitud llevada a cabo tras un periodo de reflexión, meditada gracias a la información aportada por las autoridades y principalmente, por el equipo médico, siendo imprescindible que no se encuentre influenciada por circunstancias sobrevenidas que puedan afectar a su decisión. Por otro lado, el término «inequívoca» alude a la necesidad que sea una decisión definitiva, firme y clara, sin expresiones ambiguas y sin que pueda dar lugar a confusión. Por último, la exigencia de que sea una decisión «expresa»⁵⁰, apunta a que debe provenir directamente por la palabra del sujeto pasivo, no pudiendo deducirse del silencio o de la abstención del sujeto, ni tampoco pueden ser solicitudes tácitas. Además, debe tratarse de una petición personal, alejada de la injerencia de terceros, y prohibiéndose tajantemente que pueda ser sustituida por representación o en nombre del sujeto pasivo, por lo que no es posible que los representantes legales puedan elaborar esta solicitud ni sustituir la voluntad del sujeto pasivo a pesar de que se trate de un menor o un incapaz.

Sobre la modalidad para expresar esta petición, Romeo Casabona⁵¹ entiende que es posible tanto de manera verbal como escrita, sin embargo, y con el propósito de ofrecer una mayor seguridad jurídica, recomienda que se realice de manera escrita o por cualquier

⁵⁰ PAYÁN ELLACURIA, E., op. cit., p. 9.

⁵¹ ROMEO CASABONA, C. M., op. cit., p. 410

otro procedimiento equivalente como puede consistir en una grabación de voz o audiovisual, incluso a través del testamento vital o documento de instrucciones previas.

Es importante destacar que el artículo 143.4 no engloba la inducción al suicidio, a pesar de que el sujeto pasivo se encuentre dentro de una situación de sufrimiento y enfermedad a la que se refiere este apartado, y esto se debe a que es imprescindible la petición expresa, seria e inequívoca por parte del paciente. En caso de inducción al suicidio, es decir, surgir en otra persona la intención de quitarse la vida, tendría que aplicarse el apartado primero del artículo 143.

Esos actos directos, necesarios y activos que señala el apartado 4 del artículo 143 del CP, según Tomas-Valiente Lanuza⁵², se refiere «tanto a la cooperación como a la causación de la muerte», implicando que la cooperación no necesaria al suicido del paciente es impune, así como los actos de colaboración no imprescindible, como puede ser la prestación de ayuda al paciente para morir cuando esa ayuda la podría haber obtenido de igual manera sin la cooperación del sujeto activo.

Un ejemplo de esta situación sería el caso del Sr. Sampedro, el cual se encontraba inmovilizado de cabeza y cuello, y se le puso a su alcance, por una tercera persona, el veneno que se encontraba en un vaso para que lo ingiriera con una pajita. Esta se trataría de una conducta punible en virtud del artículo 143.4 al ser un acto necesario para llevar a cabo la prestación, debido a que, sin su ayuda, nunca podría haber ingerido ese veneno, es decir, es un acto necesario.

En un primer momento de la proposición de la LORE, la disposición adicional primera y en concreto el artículo 143.4 se planteó redactarlo de manera que no fuera punible el comportamiento del profesional médico que causara o cooperara a la muerte de una persona, cuando sufriera una enfermedad que según la LORE reuniera los condicionantes necesarios para ser parte del contexto eutanásico. Esta regulación daría lugar a un claro retroceso ya que castigaría a aquellas personas que, no siendo médicos ayudaran a otras a morir a pesar de que se haya producido la petición, y se hayan cumplido los requisitos y el procedimiento establecido en la normativa sanitaria, con las penas previstas en los apartados 2 y 3 del artículo 143, es decir, con una pena que variaría de

⁵² TOMAS-VALIENTE LANUZA, M. C., «La regulación de la eutanasia voluntaria en el ordenamiento jurídico español y en el derecho comparado» en: *Revista Humanitas, Humanidades Médicas*, Vol. 1, núm.1, 2003, pp. 49-53.

dos a diez años, eliminándose el precepto que permitía la atenuación de la pena en uno o dos grados. Este precepto fue criticado por gran parte de la doctrina como De la Mata Barranco⁵³, el cuál consideraba que únicamente se producía una despenalización de la eutanasia a los médicos, excluyéndose equivocadamente al resto de la población. Lo que pretendían autores como De La Mata Barranco, es que, si se cumplían los requisitos de enfermedad y de consentimiento libre, y el qué practicara la eutanasia fuera una persona distinta del médico, se atenuara la pena y únicamente se despenalizara la conducta cuando se cumplieran los requisitos establecidos en la LORE y el que llevara a cabo la práctica fuera el médico responsable, es decir, tal como se recoge en la regulación vigente.

Un caso especialmente mediático que ha tenido lugar en España recientemente ha sido el de Ángel Hernández, quién en 2019, puso fin a la vida de su mujer, María José Carrasco, enferma terminal de esclerosis múltiple diagnosticada hace 32 años, la cual no podía valerse por sí misma y dependía en todo momento de su marido. Su mujer le prestó su consentimiento, el cual incluso fue grabado, para que Ángel le ayudara a morir. Tras esto, Ángel vertió en un vaso el medicamento que provocaría la muerte de su mujer, se lo acercó y ella mediante una pajita lo ingirió.

En el hipotético caso de que se hubiera aprobado el artículo 143. 4 CP en los términos en los que se pretendía en la Proposición de Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia, no solo no quedaría impune ya que este precepto solo hacía referencia a la eutanasia practicada por el médico, sino que tampoco se podría beneficiar de ninguna pena atenuada ya que desaparecería esta minoración en el Código Penal y sería castigado con las penas de prisión de los apartados 2 y 3, las cuales son especialmente graves y severas. Sin embargo, gracias a las sucesivas enmiendas de los distintos partidos políticos, se permitió reducir la pena en uno o dos grados en los casos en los que se causara o se cooperara a la muerte de otra persona que padeciera una enfermedad en los términos señalados en la LORE, permitiendo llevar a cabo el hecho típico no solo a los médicos sino a todas personas a las que se le otorgara petición expresa y clara por parte del paciente. Por lo que Ángel debería haber visto reducida su pena considerablemente, sin

⁵³ DE LA MATA BARRANCO, N. J., «El Derecho penal de la libertad: ¿qué hacemos con la eutanasia?» en: *Almacén de Derecho*, 26 de febrero 2020, [Fecha de consulta: 26/04/2024], [Publicado en: <https://almacendedderecho.org/el-derecho-penal-frente-a-la-idea-de-libertad-que-hacemos-con-la-eutanasia>]

embargo, se le acabó absolviendo tras la aprobación de la LORE y la retirada de la acusación del MF.

Barquín Sanz⁵⁴ afirmó que la aprobación de la LORE daría lugar, necesariamente, a la impunidad de cualquier comportamiento que fuera subsumible en el artículo 143. 4 CP y que se hubiera llevado a cabo con anterioridad a la aprobación de esta regulación, y aunque no se hubiera producido ni el ámbito sanitario ni cumpliendo los requisitos señalados en la normativa correspondiente. Y aunque en el caso que estoy tratando, a Ángel Hernández se le absolviera porque se había retirado de la acusación la única parte personada, es la propia Fiscalía General del Estado la que afirmaba que el hecho de que su mujer no tenía a su disposición ningún otro medio para asistir en el proceso de muerte es lo que permite exonerar de responsabilidad a su marido, es decir, no se le exonera porque se cumplan los requisitos marcados en la LORE relativos al contexto eutanásico y a la enfermedad que padecía su mujer, sino que el sistema, al no ofrecer ningún medio para que aquellas personas que padecen una enfermedad especialmente grave e incurable pongan fin a su vida, no puede perseguir penalmente estas acciones llevadas a cabo con anterioridad a la entrada en vigor de la LORE.

Por otra parte, hay que aclarar que no se incluye en ninguno de estos artículos analizados aquellos casos en que la persona que padezca la enfermedad dentro del contexto eutanásico, se encuentre imposibilitada para emitir una solicitud y no haya llevado a cabo voluntades anticipadas para iniciar el procedimiento reglado en la LORE, manteniendo la atenuación de la pena en el caso de que se haya producido una cooperación al suicidio sobre una persona que sufriera una determinada enfermedad imposibilitante para emitir una solicitud y cumplir los requisitos de la LORE, pero se admite la exención de la responsabilidad penal en el caso de que se cumplan las condiciones establecidas en la LORE.

En definitiva, la elaboración de la LORE y en consecuencia de esto, la modificación del artículo 143 del Código Penal ha provocado, por un lado, la legalización de la prestación de ayuda para morir siempre que se cumplan los requisitos y los procedimientos prescritos en la LORE y el encargado de causar o cooperar activamente en la muerte del sujeto pasivo sea parte del equipo médico, por lo tanto, si se cumple lo

⁵⁴ BARQUÍN SANZ, J., «Tratamiento jurídico-penal de la eutanasia tras la reforma de 2021» en: *Revista Cuadernos de Política Criminal*, Dykinson. S. L., núm. 133, España, 2021, pp. 5-59.

establecido en la LORE, la conducta será impune. Por otro lado, se ha mantenido la atenuación de la pena en aquellos casos en los que se cause o se coopera, con conductas necesarias, activas o directas, la muerte del sujeto pasivo que sufra una «enfermedad grave e incurable» o un «padecimiento grave, crónico e imposibilitante», siendo indispensable que se haya producido esta práctica por petición seria, expresa e inequívoca de este sujeto pasivo, con independencia de que persona realicé la prestación.

CAPÍTULO III. ARGUMENTOS POLÍTICOS Y DOCTRINALES A FAVOR Y EN CONTRA DE LA REGULACIÓN LEGAL DE LA EUTANASIA

1. PREMISAS EN LAS QUE SE APOYA LA LEY ORGÁNICA DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA

1.1 La eutanasia como instrumento necesario para evitar padecimientos y sufrimientos insoportables a causa de la enfermedad.

La eutanasia es reconocida en la mayoría de los países como un derecho que le pertenece intrínsecamente a cada individuo, teniendo como objetivo fundamental poner fin a su vida de manera pacífica y sin sufrimiento alguno. Ésta otorga la posibilidad de evitar un padecimiento prolongado e incontrolable, así como un dolor físico y emocional extremo que no puede ser aliviado total y adecuadamente por los cuidados paliativos ofrecidos por la Seguridad Social. Muchas de estas personas llegan a experimentar tal dolor físico y mental que contemplan la muerte como un «mal menor»⁵⁵, la cual les conducirá finalmente a acabar con una agonía que llevaban experimentando durante muchos años.

Es necesario hacer especial énfasis en las situaciones en las que se padecen enfermedades terminales, debido a que éstas deterioran de manera alarmante la calidad de vida, pudiendo constituir la eutanasia un instrumento que mantenga la dignidad de los pacientes y evite un deterioro duradero que acabará inevitablemente en un final trágico acentuado por un sufrimiento insoportable.

Esta prestación no es únicamente un acto de compasión, sino que trasciende al aspecto humano que nos caracteriza, especialmente cuando esta persona está sufriendo de manera considerable, permitiendo, además, reducir el sufrimiento, tanto emocional como económico, de los familiares, quienes se ven en la obligación de soportar el trauma de ver a un ser querido en una situación tan delicada, además de la carga económica que deben hacer frente por el uso de instrumentos médicos avanzados y la contratación de profesionales que ayuden en el cuidado.

⁵⁵ PÁNIKER, S., op. cit. p. 8

La eutanasia ha demostrado ser coherente con las prácticas médicas que existen en la actualidad, mostrando una cierta semejanza con la sedación paliativa en las fases de agonía y en la etapa terminal, consistente en el uso de medicamentos tendentes a aliviar el sufrimiento del paciente, aunque esto pueda suponer, en la mayoría de las ocasiones, un acortamiento de la vida del paciente.

Actualmente se ha ampliado la posibilidad de que los pacientes, y especialmente, sus familias, tomen decisiones al final de la vida encaminadas a ponerla fin, situación que tiene lugar, principalmente, cuando estos pacientes necesitan un soporte para que sus funciones vitales puedan seguir funcionando. En estos casos, se produce una especie de suicidio asistido debido a que no hay perspectivas de mejora.

Al tener un procedimiento reglado en una ley como la LORE, la eutanasia puede desarrollarse con todas las garantías, de manera controlada y segura, evitando posibles suicidios a los que recurrían estos pacientes en el hipotético caso de que la eutanasia estuviera prohibida.

El reconocimiento de la eutanasia en la ley permite devolver a estas personas un poco de la dignidad que habían perdido a causa de enfermedades y padecimientos incontrolables, que crean una gran angustia y agonía, así como un sufrimiento psicológico y emocional, tanto para el paciente como para sus familias, y que deteriora progresivamente la vida de estos individuos, los cuales necesitan en todo momento asistencia para poder desarrollar actividades cotidianas.

1.2 La eutanasia es un derecho conectado con bienes constitucionalmente protegidos como la dignidad humana, la libertad de decisión y la autonomía individual

Es imprescindible recordar que la vida es un derecho reconocido en la Constitución Española en el artículo 15, pero en ningún caso constituye un deber y una obligación que deba respetarse y cumplirse de manera coercitiva cuando tenga lugar el contexto eutanásico descrito con anterioridad, es decir, no existe una indisponibilidad de la vida, prevaleciendo, siempre que se cumplan una determinadas condiciones legales, la «autodeterminación sobre la propia vida del paciente», cuyo fundamento es la autonomía del sujeto y la libertad de decisión que posee.

Dicho de otro modo, hay situaciones en las que la vida del individuo no puede ser considerada como «digna de hospitalidad»⁵⁶, pudiendo ejercer libremente la decisión de acabar con su propia vida.

También es cierto que no existe un derecho a la muerte, siendo necesario traer a colación las palabras del Tribunal Constitucional que afirmaban que «el derecho a la vida no incluye el derecho a la propia muerte»⁵⁷. En muchas ocasiones, mantener a una persona «con vida», la cual está sufriendo una enfermedad que le provocan dolores extremos, puede ser inhumano e inmoral, tratándose incluso de un «acto cruel o una tortura»⁵⁸. La secularización de la sociedad y un cambio significativo en la conciencia del ser humano han dado lugar a diversas reivindicaciones y peticiones alrededor de la legalización de la muerte voluntaria, para aquellos casos en los que el paciente sufra una enfermedad especialmente grave.

Para cumplir este propósito es necesario que se establezcan una serie de garantías recogidas en una ley con el objetivo de no corromper este derecho, permitiendo alcanzar altas cotas de dignidad y libertad del individuo a través de un procedimiento reglado que no abogue a ninguna persona a solicitar este derecho ni a los médicos a practicarlo. A tal efecto, es necesario respetar las convicciones personales de cada uno, permitiendo que aquellas personas que están sufriendo un deterioro irreversible de su cuerpo pongan fin a su vida, así como aceptar que quieran seguir viviendo a pesar de la delicada situación en la que se encuentran.

La eutanasia tiene su fundamento principal en la dignidad humana. Este derecho se reconoce en nuestra Constitución en el artículo 10, configurando un valor superior y una «finalidad axiológica» de nuestro sistema que permite configurar una «convivencia humana, justa y pacífica»⁵⁹. La dignidad no se configura como un concepto independiente, sino que se encuentra estrechamente relacionado con el resto de los

⁵⁶ CASINI, M., «La indisponibilidad de la vida humana en la perspectiva del Bioderecho» en: *Medicina y Ética: Revista internacional de bioética, deontología y ética médica*, Vol. 22, núm. 1, 2011, pp. 33-52

⁵⁷ Sentencia del Tribunal Constitucional númº. 120/1990, de 27 de junio (ECLI:ES:TC:1990:120)

⁵⁸ GARCÍA VICENTE, J. C., «Apuntes para reflexionar y argumentar sobre la ley de eutanasia», *Omnes*, 30/05/2021, [Fecha de consulta: 22/05/2023], [Disponible en: <https://omnesmag.com/recursos/apuntes-para-reflexionar-y-argumentar-sobre-la-ley-de-eutanasia/>]

⁵⁹ Sentencia del Tribunal Constitucional númº. 25/1981, de 14 de julio de 1981 (ECLI:ES:TC:1981:25)

derechos fundamentales, siendo la base para que estos puedan ser desarrollados⁶⁰ y configurando todos estos el contenido que hace referencia a la dignidad de la persona.

En virtud de las anteriores afirmaciones y como ya expuse con anterioridad, lo que reconoce la Constitución es el derecho a una vida digna, siendo de especial necesidad delimitar lo que se considera por «vida digna», cuáles son los requisitos necesarios para que una persona pueda vivir en condiciones de dignidad y quién es la institución o la persona que decide si una vida digna posee el grado suficiente de dignidad o no. Es la dignidad la que permite decidir, cuando tengan lugar una serie de circunstancias, sobre la propia muerte reconociéndose la plena autonomía del sujeto.

Si el Estado, por el contrario y como sucede en aquellos países donde no se ha reconocido la figura de la eutanasia, tuviera el deber de preservar, en cualquier circunstancia, la vida de los ciudadanos, las personas que sufrieran una gran agonía por una enfermedad imposibilitante tendrían que resistir el dolor hasta su muerte, sin posibilidad de poner fin anticipadamente a su vida, protegiéndose la vida del ciudadano con independencia de su voluntad y su opinión y confundiendo el significado del derecho a la vida y la propia vida en sí misma⁶¹.

En relación con la libertad personal y a la autonomía del sujeto, la Constitución garantiza que cada individuo, siempre que se encuentre en pleno uso de sus facultades mentales, pueda decidir libremente acerca de cuestiones relativas a su propia vida, siempre que «respete los derechos fundamentales de los demás y los intereses generales superiores»⁶². La plena autonomía del sujeto puede colisionar con el derecho a la vida, sin embargo, se reconoce que la libertad para poner fin a la propia vida es superior a esa vida en cuestión, no pudiendo castigar ni sancionar a aquellas personas que decidan, libremente y alejados de presiones de terceros, ponerla fin.

El Tribunal Constitucional no impone que el derecho a la vida sea superior y más importante que otros derechos fundamentales debido a que no existe una jerarquía entre

⁶⁰ OEHLING DE LOS REYES, A., «El concepto constitucional de dignidad de la persona: Forma de comprensión y modelos predominantes de recepción en la Europa continental», en: *Revista Española de Derecho Constitucional*, núm. 91, 2011, pp. 167-172.

⁶¹ MIRÓ QUESADA GAYOSO, J., «La muerte digna bajo la jurisprudencia del derecho internacional de los derechos humanos», en: *THEMIS: Revista de Derecho*, núm. 78, Asociación Civil THEMIS, Perú, 2020, p. 506.

⁶² ARROYO GIL, A., op. cit., pp. 621-622.

estos, debiendo de realizar una ponderación cuando estos entre en colisión. La primacía de la libertad de decisión frente al derecho fundamental a la vida tiene su fundamento, como introduce anteriormente, en la dignidad, o mejor dicho, en la falta de dignidad que experimenta una persona a causa de una «enfermedad grave e incurable» o que sufra «un padecimiento grave, crónico e imposibilitante», por lo tanto, esta libertad de elección no tendrá primacía en cualquier caso, no pudiendo invocarse este derecho en caso de que el individuo sufriera una enfermedad curable o transitoria, es decir, se tienen que alcanzar altas cotas de indignidad para poder permitir a una persona poner fin irreparablemente a su vida.

Esta autodeterminación individual reconocida alcanza las voluntades anticipadas⁶³, que permiten a todos los individuos manifestar de manera adelantada las decisiones respecto a los cuidados sobre el propio cuerpo e incluso su vida, cuando este no pueda hacerlo de manera personal por el estado en el que se encuentra, por lo tanto, se trataría de una serie de instrucciones dirigidas al equipo médico correspondiente.

Hay expertos que consideran que la capacidad que permite al individuo decidir sobre su propia vida es ajena, completamente, al derecho fundamental de la vida, por lo que las cuestiones relacionadas con la calidad o la dignidad de la vida son ajenas a este derecho, teniendo que encontrar acomodo en otras concepciones. Dicho en otras palabras, únicamente se garantiza a través de este derecho a la vida «la prohibición de privar a su titular del derecho de su existencia física»⁶⁴.

Se puede apreciar esto en las distintas sentencias internacionales que han reconocido la ayuda para morir, las cuáles niegan fundamentar esta legalización en el derecho fundamental a la vida, acudiendo para basar esta legitimación en otros bienes constitucionales como la libertad personal, la vida privada o la autodeterminación individual.

Esto no quiere decir que no exista ninguna relación entre el derecho a la vida y la muerte asistida debido a que el estado tiene el deber de proteger la vida de sus ciudadanos, a pesar de que este deber, conforme han pasado los años, ha sufrido cambios en su

⁶³ CHUECA RODRÍGUEZ, R. L., «Los derechos fundamentales a la vida y a la integridad física: el poder de disposición sobre el final de la vida propia» en: *Revista Derecho y Salud*, Vol. 16, núm. Extra 1, 2008, pp. 7-8.

⁶⁴ ROMEO CASABONA, C. M; ARRUEGO RODRÍGUEZ, G., op. cit. pp. 362-364.

concepción que han permitido que esta obligación esté condicionada a la voluntad y la decisión del titular de la vida, siempre que se cumplan una serie de circunstancias relacionadas con el sufrimiento de una enfermedad especialmente grave.

La LORE, en definitiva, ha permitido configurar en nuestro ordenamiento jurídico, tal como señala el propio preámbulo, un derecho individual consistente en acceder a una muerte digna siempre que se cumplan una serie de condiciones marcadas en la ley, vinculado a otros derechos y bienes constitucionalmente protegidos como la dignidad, la integridad física y moral, la libertad de sus múltiples vertientes y la intimidad, justificándose constitucionalmente el suicidio asistido gracias al derecho de libertad o autodeterminación individual pero limitada a un contexto eutanásico, puesto que no se reconoce un derecho constitucional al suicidio en general⁶⁵.

España, en el momento de la aprobación de la ley, se convirtió en el cuarto país de la Unión Europea en desarrollar una regulación relativa a la muerte asistida y permitir la legalización de esta práctica, gracias al reconocimiento de la autonomía personal de los individuos para decidir, libremente, respecto a las cuestiones relativas a su vida. En la mayoría de los países desarrollados, han sido las propias sentencias las que han reconocido esta capacidad de autodeterminación libre y responsable de la persona sobre su propio cuerpo, salud e incluso sobre su vida, así como la dignidad del ser humano y el libre desarrollo de la personalidad, por lo tanto, estos han sido los derechos que han permitido justificar la despenalización de la eutanasia.

1.3 Una regulación ampliamente garantista y unas restricciones suficientemente justificadas

Respecto a las garantías, estas permiten salvaguardar la absoluta libertad de decisión, autonomía y conocimiento, protegida de cualquier presión externa que pueda influir en la decisión ya tomada y meditada por parte del paciente. El carácter garantista de la Ley se muestra, desde el primer momento, en la restricción de su titularidad activa, ya que la eutanasia solo es accesible para aquellas personas que residan habitualmente en España o tengan la nacionalidad española, sean mayores de edad, y, en general, capaces y conscientes en el momento de solicitar esta práctica, además de padecer una enfermedad que pueda ser determinada dentro del contexto eutanásico, es decir, «el universo de

⁶⁵ REY MARTÍNEZ, F., op. cit. p. 487.

potenciales beneficiarios de la prestación es muy reducido»⁶⁶ por los múltiples requisitos fácticos, y sobre todo, clínicos y médicos, que hay que cumplir.

Rey Martínez considera necesario la restricción que se realiza en función de la nacionalidad y la residencia en territorio español a fin de evitar el denominado «turismo eutanásico». Y en relación con el requisito de la mayoría de edad, señala que la ley, posiblemente, terminará ampliando el rango a aquellos menores de 16 años que tengan plena conciencia y sean capaces, así como escuchando a los mayores de 12 y menores de 16, aunque finalmente se tome la decisión por parte de los padres.

Este carácter garantista también se puede apreciar a lo largo de todo el procedimiento regulado en la LORE, teniendo como objetivo, en todo momento, asegurar el libre consentimiento y la absoluta libertad y responsabilidad del enfermo a lo largo del proceso⁶⁷. Para que el enfermo solicite el acceso a la eutanasia con absoluta libertad de decisión es fundamental que se haya suministrado una información clara al paciente y este la haya comprendido, es lo que se conoce como «consentimiento informado».

El Tribunal Constitucional⁶⁸, en relación con este consentimiento, ha afirmado que «para que esa facultad de consentir, de decidir sobre los actos médicos que afectan al sujeto pueda ejercerse con plena libertad, es imprescindible que el paciente cuente con la información médica adecuada sobre las medidas terapéuticas. Sólo si dispone de dicha información, podrá prestar libremente su consentimiento, eligiendo entre las opciones que se le presenten», por lo que tanto el consentimiento como la información se presentan como dos derechos manifiestamente conectados, de manera que la privación o la no suministración de esta información equivaldría a la automática denegación del consentimiento. Por tanto, la LORE no permite que la asistencia para morir sea realizada por el equipo médico sin la prestación de un consentimiento libre, informado y espontáneo del sujeto.

Otra garantía que se puede observar en la LORE es la delimitación del contexto eutanásico que se realiza en el preámbulo de esta ley, y se define, más adelante, en el

⁶⁶ ARRUEGO RODRÍGUEZ, G., «Las coordenadas de la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia», en: *Revista Española de Derecho Constitucional*, núm.122, 2021, pp.105-106

⁶⁷ El propio preámbulo de la LORE indica que «han de establecerse garantías para que la decisión de poner fin a la vida se produzca con absoluta libertad, autonomía y conocimiento, protegida por tanto de presiones de toda índole [...] o incluso de decisiones apresuradas».

⁶⁸ Sentencia del Tribunal Constitucional núm.^o 37/2011, de 28 de marzo de 2011, (ECLI:ES:TC:2011:37)

artículo 3, con el propósito de justificar esta ayuda para morir. A tenor de ambos, únicamente se podrá prestar la ayuda para morir cuando el paciente sufra un «padecimiento grave, crónico e imposibilitante» o una «enfermedad grave e incurable, causantes de un sufrimiento intolerable». Ese contexto eutanásico se valorará dependiendo de la situación física y clínica del enfermo, así como de las circunstancias y convicciones morales que le rodean, atendiendo, en todo momento, al dictamen de un experto en la medicina. Con base a esto, esta prestación no se amplía a cualquiera situación en la que la persona quiera poner fin a su vida y necesite la ayuda de tercero, sino que únicamente se permite cuando el enfermo sufra padecimientos externos y sufrimientos incontrolables sin ninguna perspectiva de mejora.

En el procedimiento, el consentimiento se plasma en la necesidad de otorgar dos solicitudes, la facilitación de periodos de reflexión para que pueda confirmar su voluntad, así como otorgando la posibilidad de revocar su solicitud en el caso de que haya cambiado su deseo, situación que puede tener lugar en cualquier momento del proceso, la exigencia de una serie de dictámenes por dos profesionales médicos, uno de ellos especialista en su enfermedad, además del consentimiento informado previo a la ayuda para morir.

La principal dimensión garantista de esta información reside en la puesta en conocimiento al paciente de las alternativas que existen a la eutanasia, principalmente, respecto a los cuidados paliativos. Para que haya una decisión estrictamente libre y real es necesario prestar una correcta y verídica información donde se le comente las prestaciones a las que tiene derecho y se le de acceso a otras alternativas a la eutanasia.

Como refuerzo, se prevé también un control previo y otro de carácter posterior por parte de la Comisión de Garantía y Evaluación con el objeto de verificar si se han cumplido los requisitos tanto formales como clínicos, si se ha seguido el procedimiento reglado y si la decisión ha sido prestada de manera voluntaria y libre.

La LORE prevé también la adopción de medidas tendentes a garantizar la intimidad y confidencialidad de los pacientes, así como el derecho a la objeción de conciencia y la creación de un registro de objetores de conciencia donde se incluirán aquellos profesionales sanitarios que ejerzan este derecho de manera anticipada y con anterioridad a esta prestación. Esta objeción de conciencia es uno de los principales puntos problemáticos de la LORE. En muchas ocasiones el personal sanitario no está preparado

para estas situaciones ya que no han recibido formación por parte de los autoridades o de los puestos superiores, provocando que cuando se les presenta una situación similar, no puedan actuar de manera adecuada, sumándole a esto la posible repercusión y responsabilidad penal a la que se enfrenta el sanitario en el caso de que incumpla alguna de las pautas establecidas en la LORE, dando lugar al miedo y a la incertidumbre a la hora de intervenir en esta técnica y como consecuencia, un aumento de profesionales sanitarios que ejercen su derecho de objeción de conciencia.

En relación con ello, la disposición adicional séptima de la LORE señala que serán las administraciones sanitarias competentes las encargadas de promover y difundir esta ley a los profesionales sanitarios y a la ciudadanía y formar de manera permanente, a los primeros, sobre las formas de actuar ante los distintos supuestos que se puedan producir.

Debe subrayarse que la objeción de conciencia se trataría de un derecho plenamente individual, cuya manifestación se encuentra en el derecho a la libertad ideológica, el cual se recoge en el art. 16.2 CE. Las instituciones u otros entes colectivos no pueden invocar el derecho a la «objeción de conciencia» como un derecho colectivo debido a que se trataría de un derecho exclusivo de la persona física, no pudiendo ampararse en un determinado «ideario»⁶⁹ o doctrina que posea aquella institución, prohibiéndose, en todo caso, obligar a sus profesionales a que lleven a cabo esta objeción.

La objeción de conciencia únicamente pueden ejercerla los «profesionales sanitarios directamente implicados», tal como indica el artículo 16.1 LORE. Bajo este concepto, no todo el personal sanitario tiene la consideración de «profesional sanitario», quedando excluidos del derecho a objetar el personal auxiliar, administrativos, directivos, así como los profesionales que desarrollan trabajos sociales. Sobre la condición de que se trate de una implicación directa, podríamos incluir cualquier intervención a lo largo del proceso, si le otorgamos una interpretación extensiva o, bien podemos estipular un análisis más restrictivo, entendiendo que «solo pueden objetar los profesionales que participan de forma directa en la realización del acto final que produce la muerte»⁷⁰. Respecto a esta doble interpretación, el Manual de Buenas Prácticas elige realizar una interpretación extensiva y considerar que puede ejercer su derecho a la objeción de

⁶⁹ TERRIBAS SALA, N., «Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia en España: cuestiones polémicas sobre su aplicación», en: *Revista Folia Humanística*, Vol. 2, núm. 7, 2022, pp. 9-10.

⁷⁰ Ibid., p. 11

conciencia reconocido en la LORE, cualquiera de los profesionales sanitarios que participan en algún momento en el proceso, con actos «necesarios y directos, anteriores o simultáneos, sin los cuáles no fuese posible llevarla a cabo».

Sobre la creación de un registro de objetores de conciencia, existen detractores como la vicepresidenta del Colegio Profesional de Médicos de Madrid, Luisa González⁷¹, que advierte que la LORE vulnera el derecho a la objeción de conciencia, en primer lugar, debido a que el artículo 16.2 CE señala que «nadie podrá ser obligado a declarar sobre su ideología, religión o creencias», pudiéndose originar situaciones graves de discriminación y estigmatización hacia estos profesionales sanitarios. Por otro lado, considera que se limita este derecho con la creación de listas de objetores de conciencia, considerados por ella como «listas negras», que violan la libertad profesional, así como el tratamiento de datos personales⁷², siendo más congruente, en este caso, la creación de una lista de aquellos que sí que aceptan realizar la prestación de ayuda para morir, es decir, una lista en positivo. Dicha opinión, sin embargo, es rechazada por algunos sectores por considerar que no tiene sentido señalar a aquellos profesionales que están dispuestos a cumplir la ley, siendo más acertado la existencia de listas en las que se incluyen los objetores de cada centro, pero sin acceso de terceros ajenos. Otros expertos señalan que la creación de este registro no puede ser una solución, ya que pueden existir casos en los que la objeción de conciencia se ejerza en una única situación concreta, por las circunstancias de este suceso, pudiendo no llevar a cabo esa objeción de conciencia en el resto de los casos. Además, puede ocurrir que el profesional sanitario manifieste esa objeción al principio, pero conforme transcurre el procedimiento cambie de opinión, es decir, la objeción no sería ni absoluta ni definitiva.

Otra garantía que destacar es que esta prestación de ayuda para morir, en virtud del artículo 13.1 LORE, se incluye dentro de la «cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud», y por tanto, se garantiza que la financiación sea pública para todas aquellas personas que cumplan los requisitos de acceso, además, esta prestación podrá realizarse en centros sanitarios públicos, privados o concertados, así como en el domicilio, prohibiéndose expresamente que intervengan en el procedimiento «quienes

⁷¹ LABAYEN LÓPEZ, C., «¿Qué está en juego si se limita la objeción de conciencia?», *Cadena Cope*, 29 septiembre 2021, [Fecha de consulta: 12/06/2023] [Disponible en: https://www.cope.es/actualidad/sociedad/noticias/que-esta-juego-limita-objencion-conciencia-20210929_1529856]

⁷² ROMEO CASABONA, C. M; ARRUEGO RODRÍGUEZ, G., op. cit. p. 405.

incurran en conflicto de intereses» y «quienes resulten beneficiados de la práctica de la eutanasia».

Por último, hay que resaltar la posibilidad de que en caso de denegación de la solicitud en cualquier fase del procedimiento se podrá interponer el correspondiente recurso administrativo, y judicial, además de prevenir expresamente la responsabilidad a la que se enfrentan las personas que intervengan en caso de incumplimiento de la LORE. Este proceso tan estricto provoca en muchas ocasiones una excesiva burocratización que puede provocar un aumento del sufrimiento del enfermo que solo quiere poner fin a su vida, sin más trabas y cargas.

2. ARGUMENTOS CONTRARIOS A LA NUEVA REGULACIÓN DE LA EUTANASIA

Esta regulación de reciente creación ha sido criticada por diversas cuestiones que voy analizar a continuación:

2.1 Insuficiente y errónea justificación de la elaboración de la LORE.

En primer lugar, el Preámbulo justifica la elaboración de la nueva regulación sobre la base de dar «una respuesta [...] a la demanda sostenida de la sociedad actual», sin embargo, es notorio⁷³ que en nuestra sociedad, aparte de alguna encuesta hacia los ciudadanos, no ha tenido lugar un debate social, médico y jurídico alrededor de esta materia, guiándose el Gobierno más por los casos mediáticos que en los últimos años han aparecido en los medios de comunicación que por una verdadera demanda de nuestra sociedad.

La aprobación de una ley como la LORE ha carecido de la comparecencia, el consenso y el debate de las distintas partes y posiciones que intervienen en esta práctica⁷⁴, habiendo sido adecuado e imprescindible que todas las partes involucradas hubieran tenido voz en las cuestiones más polémicas relativas a esta nueva legislación, como

⁷³ REY MARTÍNEZ, F., op. cit. p. 486.

⁷⁴ MARCOS DEL CANO, A. M., «¿Existe un derecho a la eutanasia? Panorama internacional y análisis de la Ley Orgánica de la Eutanasia de nuestro país», en: *Teoría & Derecho. Revista De Pensamiento jurídico*, numero 29, 2021, p. 145.

pueden ser los representantes legales, fedatarios públicos, la Fiscalía, las autoridades judiciales, así como los profesionales sanitarios, los cuales serán los actores principales.

Sobre las encuestas mencionadas anteriormente, en su mayoría, preguntaban al ciudadano si un enfermo terminal tenía derecho a que se le pusiera fin a su vida sin dolor, pero no se cuestionaban las condiciones y requisitos para llevar a cabo esta práctica.

Además, la respuesta afirmativa por parte de la población de la legalización de la eutanasia no presupondría un reconocimiento de esta, porque si no esta práctica estaría ampliamente legalizada en la mayor parte de los estados. La demanda social que señala el preámbulo se refiere a un proceso de morir sin dolor y no a una prestación directa de ayuda a morir, respondiendo esta demanda al deseo generalizado de ausencia de dolor en los últimos momentos de vida, así como a la reacción de la sociedad por los casos tan sonados, motivos que no son suficientes para el reconocimiento y justificación de este derecho.

Respecto a la configuración de la eutanasia como un nuevo derecho individual cuya fundamentación se encuentra en otros derechos o bienes constitucionalmente protegidos como la dignidad, la integridad física y moral o la autodeterminación personal, algunos expertos consideran que el acceso a esta práctica no puede considerarse en ningún caso como un derecho que necesite la actuación por parte de los poderes públicos para garantizar su cumplimiento, sino como una excepción del derecho fundamental de la vida, el cuál merece la máxima protección por parte de las autoridades.

En la actualidad, se está poniendo de «moda» calificar cualquier pretensión como derecho, provocando una sobreexplotación de este término y dando lugar a que en este caso, la eutanasia pueda pasar de ser un instrumento excepcional para situaciones realmente graves a una práctica generalizada. Y el argumento expuesto cobra especial importancia cuando, actualmente, no se garantiza de manera universal el acceso a los cuidados paliativos a todas estas personas, a las cuales, sí que se les pone a disposición la eutanasia.

Sobre los cuidados paliativos, es importante advertir que en la LORE únicamente se menciona la posibilidad de acceder a ellos, sin embargo, no se configura como un verdadero derecho del paciente, y una alternativa real a la eutanasia. El legislador debería haber atendido, también, a todas aquellas personas que desean continuar con su vida, de

manera digna y sin dolor, pero a través de una asistencia y unos cuidados paliativos que le permitan mitigar los sufrimientos.

En España, los cuidados paliativos se encuentran en un claro retroceso, y esto se puede comprobar en el estudio denominado *EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2019*⁷⁵, donde se advirtió a España de que debía incrementar los esfuerzos por desarrollar más programas de cuidados paliativos debido a que hay un 0,6 de servicios especializados por cada 100.000 habitantes, cifra ridícula para ser un país extremadamente desarrollado, por ello, sería necesario configurar el acceso a los cuidados paliativos como un verdadero derecho reconocido en una ley específica para esta materia, dotándole de medios físicos y económicos para el acceso a estos y permitir que sea una verdadera alternativa a la eutanasia y no sea ésta la única solución, si no que debería ser al contrario, es decir, la eutanasia debería ser el último recurso ante una situación de dolor y sufrimiento extremos, priorizando desde el primer momento los cuidados paliativos y garantizando su acceso universal y equitativo.

Se deduce, así mismo, que en la mayoría de los países donde se reconoce la eutanasia, no se configura un nuevo derecho, sino que únicamente despenalizan esta práctica, siempre que se cumplan las condiciones correspondientes en ese Estado.

Rey Martínez, en este mismo sentido, considera que el reconocimiento del derecho a morir dignamente se debería haber realizado a través de la reforma de parte de nuestra Constitución, posteriormente a la celebración de un referéndum vinculante en el que se preguntara a todos los ciudadanos si se querría legalizar la eutanasia y si la respuesta fuera afirmativa, en qué condiciones. Esta consulta ya se ha llevado a cabo en otros estados como Nueva Zelanda, donde fue aprobada el uso de la eutanasia con alrededor de un 65 por ciento de los votos.

Convocando al cuerpo electoral, lo que se busca, es que se produzca un debate entre todas aquellas personas involucradas en el procedimiento, donde se puedan mostrar los distintos puntos de vistas, así como las ventajas e inconvenientes de esta técnica. La reforma constitucional también sería necesaria para modificar el contenido que se le atribuye a la protección de la vida en nuestra Constitución, debido a que la eutanasia,

⁷⁵ GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS ATLANTES, «EAPC ATLAS OF PALLIATIVE CARE IN EUROPE 2019» [Fecha de Consulta:11/06/2024], [Publicado en: <https://dadun.unav.edu/handle/10171/56787>]

actualmente, sería una excepción del deber estatal de protección jurídica de la vida, no existiendo un derecho en negativo de la vida y no pudiendo disponer de ella.

2.2 La indeterminación del contexto eutanásico

Respecto al contexto eutanásico, Marcos del Cano sostiene que únicamente se debería plantear la eutanasia o el suicidio asistido cuando el paciente se encuentra en una fase terminal de la enfermedad. Esta situación se define como la «enfermedad incurable, avanzada e irreversible, con un pronóstico de vida limitado a semanas o meses»⁷⁶. Por lo tanto, considera que no se debería ampliar la eutanasia a otros supuestos donde no haya perspectivas de una muerte cercana en el tiempo, porque si no se estaría generalizando su uso a enfermedades como la depresión.

Más controvertido aún es la afirmación relativa al «padecimiento grave, crónico e imposibilitante», en virtud de la cual, se pueden incluir a personas con discapacidad que no pueden valerse por sí mismas y que sufren padecimientos físicos y mentales, privando, en cierta medida, de la igualdad que este colectivo ha ido adquiriendo conforme pasaban los años al permitir que la eutanasia pueda ser accesible para estas personas, aumentando con ello la discriminación latente todavía en nuestra sociedad. Por lo tanto, tal como señala el Instituto “Gregorio Peces-Barba” de la Universidad Carlos III de Madrid⁷⁷, se debería hacer un intento por parte del legislador de «redefinir» el contexto eutanásico, así como modificar la definición relativa al «padecimiento, grave, crónico e imposibilitante» que provoca que las personas con discapacidad puedan ser incluidas.

Otra situación que ha despertado bastante polémica respecto al contexto eutanásico es el hecho de la incorporación de las enfermedades mentales y psíquicas como padecimientos que permiten solicitar y acceder a la eutanasia. Hay que advertir que muchas de estas afecciones son temporales y, por tanto, curables a través de la ayuda de profesionales especializados. Sin embargo, es importante recalcar en este momento la ausencia en todo el procedimiento de la intervención un profesional técnico en la materia como un psiquiatra o un psicólogo que se encargue de examinar al paciente y de valorar

⁷⁶ GRUPO DE TRABAJO «ATENCIÓN MÉDICA AL FINAL DE LA VIDA» DE LA ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL, «Atención médica al final de la vida. Conceptos», en: *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, vol.17, núm.3, Madrid, abr. 2010.

⁷⁷ INSTITUTO DE DERECHOS HUMANOS «GREGORIO PESES-BARBA» DE LA UNIVERSIDAD CARLOS III. «Comunicado sobre la Proposición de Ley Orgánica de Regulación de la eutanasia a la luz de los derechos de las personas con discapacidad».

el estado mental en el que se encuentra, ya que el contexto eutanásico integra de forma explícita los «sufrimientos psíquicos» y es claramente incongruente mencionar un tipo de enfermedad y que no pueda ser juzgada por el profesional sanitario especializado para ello.

En estas enfermedades mentales suele ser difícil compatibilizar la libertad de la decisión de solicitar la eutanasia con el padecimiento de este tipo de patologías debido a que, en la mayoría de las ocasiones, estas distorsionan y anulan parcial o completamente la capacidad de discernir y decidir de forma meditada y consciente, siendo necesario «una evaluación profesional extremadamente rigurosa»⁷⁸ por parte de un profesional especializado en la materia. Estas personas que sufren estos trastornos tienen muy complicado a lo largo de su vida el acceso al mercado laboral, a la vivienda, a conservar las relaciones sociales, lo que consecuentemente, influye en el deseo de morir, no pudiéndose tomar esta decisión con absoluta libertad debido a que estas circunstancias externas inciden en el parecer del paciente.

Respecto a esta materia, Rey Martínez, además, considera que es clave la delimitación del contexto eutanásico con el objetivo de distinguir claramente entre el acceso a la eutanasia y el derecho a un suicidio general. El artículo 5.1 d) LORE señala que para que se pueda tener derecho a recibir la eutanasia es necesario, entre otros requisitos, que el paciente padezca una enfermedad «grave e incurable». El término «grave» es innecesario debido a que ya se deduce claramente que una enfermedad incurable es grave por sí misma.

A este respecto, Marcos del Cano, aboga por sustituir el término «incurable» por «terminal», término más entendible y claro y que, por ende, otorga una mayor precisión. En este sentido, el artículo 3 c) de la LORE define «enfermedad incurable» como la condición de un «pronóstico de vida limitado». Este pronóstico no está limitado de manera definitiva, por lo que son las distintas Comisiones de Garantía y Evaluación las encargadas de concretar este pronóstico, generando distinciones y una discriminación severa dependiendo de la Comunidad Autónoma donde habite el paciente. Sin embargo, la ayuda para morir en la LORE está destinada para la última etapa de la vida y a pesar

⁷⁸ SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA. «Eutanasia y enfermedad mental. Posicionamiento de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre la Proposición de Ley orgánica sobre la regulación de la eutanasia», [Fecha de consulta: 10/06/2024], [Disponible en: <https://sepsm.org/wp-content/uploads/2023/03/SEP-Posicionamiento-Eutanasia-y-enfermedad-mental-2021-02-03.pdf>]

de que se hace referencia a una enfermedad incurable, tal como se plantea la redacción, estaría dirigida al momento en el que la enfermedad se encuentra en la fase terminal.

2.3 Problemática en situaciones de incapacidad de hecho

El solicitante, para poder acceder a la eutanasia, tal como indica el artículo 5.1 c) LORE, debe «formular dos solicitudes de manera voluntaria y por escrito», además del cumplimiento de una serie de requisitos que aparecen formulados en este artículo.

Sin embargo, en aquellos casos en los que el médico responsable considere que este paciente no se encuentra capacitado para prestar su consentimiento de manera «libre, voluntaria y consciente» ni se encuentre «en pleno uso de sus facultades», pero «haya suscrito con anterioridad un documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documentos equivalentes legalmente reconocidos», se le podrá realizar la asistencia para morir sin necesidad de haber formulado estas dos solicitudes ni prestar ese consentimiento.

Haber prescindido de estos requisitos ha dado lugar a múltiples críticas. En primer lugar, que esta «situación de incapacidad de hecho» pueda ser declarada por parte del equipo médico resulta, en gran medida, incompatible con la manera de proceder con la que se ha actuado hasta ahora, donde el juez era la figura que, exclusivamente, podía declarar la incapacidad de una persona, es decir, la incapacidad era siempre de «iure» a través de un procedimiento contradictorio.

Sin embargo, en la LORE, se puede comprobar que existe una ausencia de garantías judiciales, configurándose este procedimiento a través de trámites administrativos, a pesar de la importancia del tema en cuestión y entrar en conflicto derechos fundamentales y básicos correspondientes al individuo, siendo necesario la intervención judicial como ocurre en otras situaciones como en la inviolabilidad del domicilio, el registro corporal o en las intervenciones telefónicas.

Siguiendo esta misma línea, se le otorga otro poder al médico responsable en el caso de que considerara que esta pérdida de la capacidad es «inminente». El médico podría aceptar cualquier plazo menor respecto al periodo de quince días que debe transcurrir entre las dos solicitudes, siendo muy peligroso que el equipo asistencial sea el único responsable para determinar, a su propio criterio, la pérdida de capacidad jurídica,

y que además puede saltarse el procedimiento cuando este lo considere a través de una flexibilización del plazo. Tal como señala el Comité de Bioética de España, «con la eutanasia el profesional de la Medicina adquiere un nuevo poder, aunque sea no buscado. Posee un poder de muerte sobre el paciente, que ciertamente se abre según la voluntad de éste y las circunstancias previstas en la ley»⁷⁹. El médico no debería decidir cuándo iniciar el procedimiento ni influir en la decisión del paciente.

Respecto a la solicitud, según el artículo 6.1 LORE, deberá hacerse por escrito, a través de un documento fechado y firmado por parte del paciente. Sin embargo, si la situación en la que se encuentra el paciente o circunstancias que le rodeen no le permiten hacerlo personalmente, otra persona mayor de edad, distinta del paciente, podría realizar estas acciones. Este hecho provoca que no exista ninguna garantía de que la persona que firma lo haga atendiendo a la voluntad real del paciente, dando lugar a una gran flexibilización de los requisitos necesarios para formular la solicitud, y consigo una serie de «abusos no deseables», permitiendo que una persona firme la solicitud a pesar de que el paciente, que se encuentre en situación de incapacidad de hecho, no quiera recibir la eutanasia, existiendo un riesgo de que se produzca un quebramiento total de la libertad de decisión y del consentimiento informado.

Este problema se ve agravado con el tenor del artículo 6.4 LORE, el cual, en situación de incapacidad, permite que la solicitud sea presentada por una persona mayor de edad distinta del paciente, al médico responsable, y en caso de que nadie se lo presente, él mismo podrá exteriorizar esta solicitud. Esto puede provocar que el médico responsable solicite la eutanasia atendiendo a lo señalado en el documento de instrucciones previas a pesar de que ese documento pueda haber sufrido una falsificación y de que el propio paciente considere que no quiere recibir la eutanasia. Este precepto supone una clara ruptura de la autonomía individual del paciente y de la neutralidad del médico responsable.

Otro punto problemático es el documento de instrucciones previas del paciente y la obligación de atender a su contenido cuando este se encuentre incapacitado. Este hecho supone una pérdida severa de la autonomía individual del enfermo, porque se debe

⁷⁹ COMITÉ DE BIOÉTICA DE ESPAÑA, «Informe del Comité de Bioética de España sobre el final de la vida y la atención en el proceso de morir, en el marco del debate sobre la regulación de la eutanasia: Propuestas para la reflexión y la deliberación», [Fecha de consulta: 12/06/2024], [Disponible en: <https://hsjdtenerife.sjd.es/sites/default/files/imce/comite%20bioetica%20y%20eutanasia.pdf>]

cumplir de manera imperativa lo que, en un pasado, el cual puede ser muy lejano, se expresó en este documento. Este escrito no establece una vigencia o duración determinada, creando un serio peligro de interpretación, puesto que no es lo mismo redactar este documento cuando se padece una enfermedad que cuando se goza de una mayor salud.

El médico responsable, incluso podría considerar que el paciente se encuentra en una situación de incapacidad y en el momento de revocar la decisión no sea plenamente consciente de este acto, pudiéndose aplicar la eutanasia en contra de su voluntad. A fin de solucionar esta problemática, sería necesario que, en esta situación, se cumpliese el procedimiento general marcado en la LORE y no se produjera una eliminación de etapas como ocurre en la actual regulación⁸⁰.

2.4 Falta de regulación y control de las Comisiones de Garantía y Evaluación

En relación con la creación de una Comisión de Garantía y Evaluación en cada Comunidad Autónoma, la ley solo exige que este cuerpo esté compuesto de 7 miembros, sin hacer referencia a la profesionalidad e independencia de estos, por lo que las resoluciones podrían ser diferentes en función de si estos miembros están a favor o en contra de la eutanasia, quebrando completamente el principio de igualdad, ya que dependiendo en qué lugar te encuentres, se puede resolver de una forma u otra. La ley no indica absolutamente nada sobre el control posterior ni señala ninguna cláusula de responsabilidad en caso de que se aprecie por parte de la Comisión de Garantía y Evaluación algún incumplimiento o irregularidad en el procedimiento, además tampoco existe un verdadero deber de transparencia en las deliberaciones llevadas a cabo por estos entes debido a la confidencialidad que reina en esta institución.

⁸⁰ ÁLVAREZ ROYO-VILLANOVA, S; BRAQUEHAIS CONESA, L., «Las instrucciones previas en la Proposición de Ley de Eutanasia», en: *El notario del S.XXI: revista colegial de Madrid*, núm. 95, Colegio Notarial de Madrid, España, 2021, p. 42.

CAPÍTULO IV. PROBLEMÁTICA CONSTITUCIONAL DE LA LEY ORGÁNICA DE REGULACIÓN DE EUTANASIA

1. MOTIVOS DE INCONSTITUCIONALIDAD ALEGADOS AL TC

Dos han sido los recursos de inconstitucionalidad que se han planteado contra la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. El primero fue suscrito por cincuenta parlamentarios del Grupo Parlamentario VOX⁸¹, mientras que el segundo fue interpuesto por 88 diputados del Grupo Parlamentario Popular⁸². En estos recursos se exponen una serie de motivos que, a su juicio, darían lugar a la inconstitucionalidad de la LORE, los cuales voy a analizar a continuación.

1.1 Vulneración del derecho a la vida

En ambos recursos de inconstitucionalidad se proclama que en la elaboración de esta nueva regulación se ha producido una vulneración del derecho a la vida promulgado en el artículo 15 de la Constitución Española, al considerar los reclamantes que es inconstitucional «exigir que el Estado provoque la propia muerte».

Los dos recursos recurren a la doctrina jurisprudencial mantenida, tanto por el TEDH como por el Tribunal Constitucional que consideran que el Estado no tiene la obligación de provocar la muerte de sus ciudadanos, sino que tiene el deber de proteger la vida de estos a través de la oportuna intervención y la toma de decisiones adecuada.

Los recurrentes consideran que no es posible la vulneración del derecho a la vida a través de la ponderación de otros bienes constitucionales y derechos protegidos, ya que el quebramiento de este derecho daría lugar a la transgresión del resto de bienes en los que se apoya y no se entiende ni se concibe que se pueda vulnerar un derecho fundamental, esencial y absoluto como es el derecho a la vida, cediendo frente a otros bienes constitucionales de menor consideración como puede ser la dignidad humana, la libertad en todas sus vertientes, la integridad física y moral e incluso el derecho a la intimidad.

⁸¹ Sentencia del Tribunal Constitucional núm. 19/2023, de 22 de marzo de 2023. Recurso de inconstitucionalidad 4057-2021, (ECLI:ES:TC:2023:19).

⁸² Sentencia del Tribunal Constitucional núm. 94/2023, de 12 de septiembre de 2023. Recurso de inconstitucionalidad 4313-2021, (ECLI:ES:TC:2023:94).

En definitiva, el Estado tiene la obligación proteger la vida del paciente, aunque esto sea contrario a la voluntad manifestada por esta persona, teniendo la «obligación negativa de no provocar la muerte de sus ciudadanos».

1.2 Ausente universalización de los cuidados paliativos en España

El recurso de inconstitucionalidad planteado por VOX afirma que el derecho fundamental y absoluto a la vida no puede ser transgredido a través de la invocación de cualquier otro bien o derecho constitucional, únicamente se podría llevar a cabo esta invasión cuando esté afectado el derecho a la vida de otra persona, siempre a través de un examen de proporcionalidad, no siendo necesario en el resto de casos, aunque indican que esta ley tampoco superaría el test de proporcionalidad al no cumplir los requisitos de legalidad, adecuación, necesidad y proporcionalidad.

Haciendo especial hincapié en los principios de necesidad y proporcionalidad, los recurrentes señalan que se ha optado por la mayor restricción del derecho fundamental a la vida con la finalidad de garantizar otros bienes constitucionales como la dignidad, la integridad, la libertad,... sin tener en cuenta la alternativa que ofrecen los cuidados paliativos, únicamente estableciéndose en la LORE un mero requisito formal como es el ofrecimiento al paciente de información sobre la posibilidad de acceso a los cuidados paliativos, sin configurar un verdadero acercamiento a estos y sin haberse universalizado esta técnica en España con el objetivo de devolver la dignidad a estas personas, pudiendo provocar esta falta de accesibilidad, un condicionamiento en la libertad de decisión a la hora de elegir la práctica de la eutanasia.

1.3 Insuficientes garantías administrativas y jurisdiccionales

Se denuncia, en tercer lugar, la insuficiencia de garantías que permitan la defensa y la protección del derecho a la vida de manera adecuada y proporcionada. Esta falta se refleja en una serie de preceptos recogidos en la LORE, así como en la omisión de otras garantías que no aparecen en la regulación y según los recurrentes se deberían manifestar.

El recurso planteado por VOX denuncia, en concreto, la inconstitucionalidad de una serie de preceptos. En relación al artículo 7.2 de la LORE, que señala que si se deniega la prestación de ayuda para morir, el solicitante tendrá un plazo máximo de quince días naturales para interponer un reclamación ante la Comisión de Garantía y

Evaluación correspondiente y el artículo 8.4 LORE, que también contempla esta posibilidad de llevar a cabo la reclamación, esta vez, en relación con el informe desfavorable del médico consultor, estiman los recurrentes que estos artículos no señalan ninguna mención que permita al interesado recurrir ante la Comisión de Garantía y Evaluación en el caso de que se estime la prestación de ayuda para morir o el médico consultor elabore un informe favorable.

La Comisión de Garantía y Evaluación únicamente actuará para resolver las reclamaciones en caso de se hubiera denegado el acceso a la eutanasia o exista un informe desfavorable, al igual que sucede con la jurisdicción contenciosa-administrativa, a la que únicamente se podrá interponer un recurso en el caso de que la Comisión decidiera en sentido desfavorable, sin señalar nada acerca de las decisiones favorables.

Los recurrentes advierten la inconstitucionalidad de estos preceptos, debido a que si se confirma el acceso a la eutanasia, esa decisión es inapelable ante las comisiones o ante el órgano jurisdiccional a pesar de la promulgación en la LORE de que se trata de una decisión revocable y reversible.

Por otro lado, el grupo parlamentario VOX impugna, también, el párrafo cuarto del art. 18 a) de la Ley Orgánica, en el que se otorga un «plazo máximo de siete días naturales» para realizar la prestación de ayuda para morir una vez que se haya resuelto favorablemente la solicitud. Los recurrentes señalan que este plazo máximo de siete días para prestar la ayuda a morir es extremadamente breve, imposibilitando el control por parte del órgano jurisdiccional y la tutela judicial efectiva, al no permitir otorgar un mayor plazo para que los familiares del paciente, por ejemplo, puedan presentar un recurso.

Los recurrentes ponen especial énfasis en la ausencia de control judicial en la LORE, atribuyendo todo el peso del procedimiento, de la otorgación del consentimiento y del cumplimiento de las condiciones necesarias al médico responsable y al médico consultor, sin tener en cuenta en ningún momento la figura del juez, el cuál es el encargado de actuar en otras situaciones en las que se encuentran afectados seriamente otros derechos fundamentales.

Respecto al recurso de inconstitucionalidad planteado por el Grupo Parlamentario Popular, se denuncia esta falta de garantías, sobre todo, respecto a la emisión del

consentimiento por parte del paciente y en relación con las presiones externas que puede sufrir.

Los recurrentes ponen de manifiesto que en ningún momento se define a qué hace referencia la «presión externa» y el peligro que supone que las distintas Comisiones de Garantía y Evaluación no hayan elaborado un procedimiento para evaluar y determinar que la decisión se ha tomado con plena libertad.

Señalan, además, que al no establecer ningún mecanismo para advertir estas presiones externas se vulnera el derecho fundamental a la vida, el libre desarrollo de la personalidad, la integridad física y moral y la tutela judicial efectiva.

Respecto al contexto eutanásico y la definición del «padecimiento grave, crónico e imposibilitante», el artículo 3 b) de la LORE se hace referencia a este padecimiento como las «limitaciones que inciden directamente sobre la autonomía física y actividades de la vida diaria, de manera que no permite valerse por sí mismo». Ambos recursos señalan que esta situación puede asimilarse perfectamente a la sufrida por un anciano, un discapacitado o una persona que sufre un trastorno mental como una depresión, las cuáles podrían solicitar y recibir la eutanasia en virtud de este concepto tan abierto.

Por último, se denuncia la disposición adicional primera de la LORE, que considera la muerte producida a consecuencia del cumplimiento de esta ley como una muerte natural a todos los efectos. En virtud de este precepto, no sería necesario en ninguna situación investigar las causas de la muerte, ya que, en todo caso, se consideraría como una muerte natural, siempre que se cumplieran los requisitos.

1.4 Inconstitucionalidad del régimen relativo a la situación de «incapacidad de hecho»

Los recurrentes denuncian la inconstitucionalidad, casi total, del régimen descrito en la LORE sobre la incapacidad de hecho. Señalan que la valoración de que una persona se encuentre en esta situación se lleva a cabo, exclusivamente, por parte del médico responsable, en virtud del artículo 5.2, segundo párrafo, sin embargo, tanto en el recurso planteado por VOX como por el PP, denuncian que sea el médico responsable el único encargado de definir esta situación, haciendo caso omiso en todo momento a la figura del juez, así como del Ministerio Fiscal a la hora de valorar la capacidad del paciente, a pesar

de que esta práctica sea contraria a la incapacidad judicial, la cual predomina en el sistema español.

En relación a la necesidad de que el solicitante a la eutanasia, haya «suscrito con anterioridad un documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documentos equivalentes legalmente reconocidos» se señala en el recurso de VOX que la indeterminación de vigencia que se otorga a este documento permite que el médico responsable pueda practicar la eutanasia al paciente que ha declarado en situación de incapacidad, a pesar de que la voluntad de la persona que emitió esas instrucciones haya cambiado y en este momento no quiera que se le practique la eutanasia, administrándole ésta en contra de su voluntad, sin permitir la intervención por parte de los órganos judiciales que asegure que la voluntad actual del paciente es la misma que señaló con anterioridad en el documento de instrucciones previas.

Por otro lado, en relación con la expresión que valida la elaboración de «documentos equivalentes legalmente reconocidos», en este mismo recurso se señala que este concepto provoca una gran indeterminación pudiendo permitir al médico hacer uso de cualquier documento donde el incapaz manifieste su deseo de que se le practique la eutanasia, como pueden ser cartas, e-mails, incluso mensajes de texto, siendo válidos en caso de que así los decida discrecionalmente el médico responsable.

En cuanto al artículo 5.2 y a la eliminación de requisitos del apartado b), c) y e) del apartado primero, así como el acortamiento de los plazos «si el médico responsable considera que la pérdida de la capacidad de la persona solicitante para otorgar el consentimiento informado es inminente», ambos recursos critican y denuncian esta rebaja de requisitos que se deben cumplir, en esta situación tan delicada, para realizar una decisión muy importante que pone fin a una vida.

Acerca del artículo 6.4 LORE, se considera que la posibilidad de que la eutanasia pueda ser presentada al médico responsable por otra persona distinta del paciente, a pesar de que se deba acompañar del documento de instrucciones previas, es claramente inconstitucional ya que se permite a un tercero decidir sobre la vida de otra persona, otorgando más poderes aún al médico responsable sobre la vida del paciente y sin mediar intervención judicial, que sería muy necesaria en estos casos.

1.5 Vulneración de la libertad ideológica y religiosa, en relación con la infracción del derecho a la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios

Ambos recursos de inconstitucionalidad mencionan la creación del registro de objeción de conciencia, considerando que lo único que hace este registro es limitar el derecho de objeción de conciencia al señalar, discriminar y estigmatizar a todas aquellas personas que decidan ejercer este derecho con libertad a pesar de que la tarea fundamental del equipo médico sea la curación del paciente y no su muerte.

Se señala que esta objeción de conciencia no es «definitiva ni absoluta», por lo que la creación de un registro para aquellas personas que ejerzan este derecho respecto a la ayuda para morir no resulta de ninguna utilidad debido a que su concepción sobre esta práctica puede cambiar a lo largo del propio proceso o dependiendo de un caso u otro.

Según los recurrentes, la declaración de este derecho en el registro vulnera frontalmente la libertad ideológica y religiosa, debido a que la Constitución proclama en el artículo 16.2 que «nadie podrá ser obligado a declarar sobre su ideología, religión o creencias», no resultando necesario este registro para poder ejercer este derecho ni para poder realizar la prestación de ayuda para morir.

El recurso planteado por el PP critica abiertamente el rechazo a que puedan acceder y ser sujetos de este derecho las personas jurídicas debido a que este derecho proviene directamente de la libertad ideológica y religiosa, reconociéndose expresamente su acceso tanto las personas físicas como jurídicas.

Finalmente, la disposición final tercera de la LORE atribuye al derecho de objeción de conciencia de los profesionales sanitarios el carácter de ordinario, siendo esta disposición, para los recurrentes, inconstitucional, debido a que la objeción de conciencia, en la Constitución Española, se encuentra integrada dentro de un derecho esencial y fundamental como es el de libertad ideológica y religiosa (artículo 16.1 CE), y por tanto debería ser regulado por medio ley orgánica.

1.6 Motivos procedimentales

Respecto al procedimiento de aprobación de la Ley Orgánica 3/2021, reguladora de la eutanasia, los demandantes de ambos recursos señalan la ausencia de un informe previo

del Consejo General del Poder Judicial, transcendental para la valoración de las cuestiones jurídicas relacionadas y que afecten a derechos fundamentales siendo claramente necesario que se elabore este informe al producirse una reforma penal tan importante. Este informe, según ellos, también tiene su razón de ser en el origen de la ley, la cual proviene de una proposición de ley del Grupo Parlamentario Socialista, partido político que se encuentra en el Gobierno, y que no puede utilizar su posición de poder para imponer una ley a las minorías sin el previo dictamen de este órgano.

El artículo 561 LOPJ señala una serie de disposiciones que deberán ser sometidos al informe previo del Consejo General del Poder Judicial, y los recurrentes en base a esto, consideran que deben someterse también a este informe las proposiciones de ley presentadas por la mayoría política, ya que si no se somete a este informe, el Ejecutivo estaría utilizando su mayoría parlamentaria con el objetivo de evitar la intervención del Consejo General del Poder Judicial, e incurriendo en consecuencia en un fraude de ley.

También se señala que faltan una serie de informes de otros organismos como puede ser el del Comité de Bioética de España, institución encargada de emitir informes «en asuntos con implicaciones bioéticas relevantes».

Por último, se advierte la ausencia de un debate parlamentario y social entre los diputados y la ciudadanía, así como de los actores principales que son los profesionales sanitarios, debido a que nos encontrábamos en un estado de alarma a causa de la epidemia del Covid-19 y la tramitación se llevó a cabo de manera acelerada y consciente para que no tuviera lugar este debate.

2. ARGUMENTOS DE LA ABOGACÍA DEL ESTADO Y LOS FUNDAMENTOS JURÍDICOS CONTENIDOS EN LAS SSTC 19/2023 Y 94/2023

2.1 El derecho a la vida no goza de una primacía ni de un carácter absoluto respecto a otros bienes y derecho protegidos

Respecto a la pretensión de los recurrentes, que sostenían que el derecho a la vida, al tener una naturaleza absoluta no podía ceder frente a ningún otro bien o derecho constitucional, no siendo necesario, por tanto, un juicio de proporcionalidad, la Abogacía del Estado, en el escrito de alegaciones tanto del recurso de inconstitucionalidad interpuesto por VOX, como por el PP, defiende que no puede obligarse a ninguna persona

a seguir viviendo en contra de su voluntad, no vulnerando la LORE el derecho a la vida promulgado en el artículo 15 CE, sino que la asistencia de ayuda a morir se apoyaría en la libertad de decisión del individuo a través de un consentimiento informado y una serie de garantías que permiten asegurar esta autonomía del individuo. Chueca Rodríguez⁸³, en relación con esta afirmación, dictamina que esta argumentación es especialmente débil debido a que la vida tiene naturaleza fisiológica, siendo muy peligroso afirmar el carácter absoluto de este derecho.

Este rechaza el argumento relativo a la no procedencia de un juicio de proporcionalidad debido a que, en ningún momento, la elección individual de poner fin a la vida vulnera este derecho fundamental, tratándose, más bien, de una «facultad de autodeterminación» que necesita de una ponderación con otros derechos y bienes constitucionalmente protegidos que se pueden ver afectados. Además, el Abogado del Estado defiende que se superaría con creces los requisitos de «legalidad, finalidad legítima y proporcionalidad». El Tribunal Constitucional, en ambos recursos, afirma que el derecho fundamental a la vida no goza de un carácter absoluto que imponga un deber constitucional al Estado de proteger la vida a toda costa, es decir, no existe propiamente dicho un «deber de vivir». El TC se apoya en la doctrina *Mortier* del TEDH para defender que la Constitución no promulga el derecho a la vida como algo independiente y alejado de la voluntad del titular, sino que tiene en cuenta la dignidad, el libre desarrollo de la personalidad, así como la libertad que tiene el paciente para tomar sus propias decisiones en relación a como quiere vivir y morir, debiendo preservarse estos bienes constitucionales, al gozar para el TC de un valor superior (SSTC 132/1989, de 18 de julio).

Este nuevo derecho de acceso a la eutanasia no podría interpretarse, según el TC, como un límite al derecho fundamental a la vida, sino como una facultad que se deriva de este artículo.

En relación con este nuevo derecho de configuración legal, el Tribunal Constitucional realiza una serie de aclaraciones. En primer lugar, se diferencia de manera tajante el suicidio en general respecto a la autodeterminación personal de acceder a la

⁸³ CHUECA RODRÍGUEZ, R. L., «Dos sentencias sobre la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia SSTC 19/2023, de 22 de marzo y 94/2023 de 12 de septiembre), en: *Revista Española de Derecho Constitucional*, núm. 130, 2023, pp. 262-263.

eutanasia, siendo lo fundamental para diferenciar estas dos cuestiones el contexto eutanásico. En segundo lugar, se señala la necesidad de que se produzca una intervención por parte del Estado con el objetivo de proporcionar esta ayuda a los distintos pacientes, es decir, el Estado tiene una responsabilidad, no pudiendo eludirse. Y para terminar, se afirma que se deben poner a disposición de estas personas las medidas de protección y garantías necesarias para no corromper este derecho, evitando excesos y presiones por parte de terceros interesados, es decir, en ambos recursos se promulga que no se puede imponer al Estado un deber de proteger exclusivamente la vida de los ciudadanos ni la facultad de decidir sobre la muerte de estos⁸⁴.

El TC entiende que este derecho está vinculado y unido a la dignidad, el libre desarrollo de la personalidad y la integridad personal, sin embargo, tendría que mencionar la libertad en todas sus vertientes, es decir, la real o efectiva, así como la ideológica. El TC considera que se trata de un nuevo derecho fundamental vinculado a otros derechos y bienes constitucionalmente protegidos, y Rey Martínez⁸⁵ señala que está de acuerdo de que se trata de un derecho, en cambio, defiende que nunca se trataría de un «nuevo derecho fundamental», sino de una facultad de un derecho que ya existía como es la libertad que tienen las personas de decidir, de manera individual, cuándo y cómo morir si se encuentran ante un determinado contexto eutanásico.

2.2 Aprobación de la LORE a través de una proposición de ley

En relación a la tramitación acelerada que plantean los recurrentes, y a que esta se llevara a cabo durante un estado de alarma, el Abogado del Estado, en ambas demandas, defiende que la aprobación de la LORE se tramitó a partir de una proposición de ley y no conforme a la tramitación urgente, cumpliendo, en todo caso, los requisitos y el procedimiento reglado del artículo 124 y siguientes del RCD y descartan la vulneración del artículo 23 CE al existir un derecho de enmienda correspondiente a todos los grupos y un debate parlamentario en las distintas cámaras.

⁸⁴ SÁNCHEZ HERNÁNDEZ, J.; ALMEIDA AYERVE, C. N., «Sentencia del tribunal constitucional 19/2023. Recurso de inconstitucionalidad 4057/2021 contra la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de Regulación de la Eutanasia. Eutanasia y acto médico. Perspectiva desde la dogmática constitucional» en: *Reseñas de Jurisprudencia*, vol. 11, 2023, p. 244.

⁸⁵ REY MARTÍNEZ, F., «El derecho a recibir ayuda para morir en contexto eutanásico ¿Nuevo derecho fundamental? Comentario crítico de las SSTC 19/2023 y 94/2023, en: *Anuario Iberoamericano de Justicia Constitucional*, núm. 27(2), 2023, p. 331.

El TC, por su parte, considera que esta denuncia no tiene ninguna cabida jurídico-constitucional al no haber existido ninguna vulneración de los derechos de los parlamentarios a participar en el procedimiento de tramitación de la ley.

En lo que respecta a la ausencia del informe del Comité de Bioética de España y del Consejo General del Poder Judicial, el Abogado del Estado señala que, al tratarse de una proposición de ley, solo es preceptivo que se acompañe a esta una exposición de motivos y los antecedentes necesarios, no siendo obligatorio ningún otro informe. El TC, en la misma línea que la Abogacía del Estado, dictamina que es irrelevante la emisión del informe del Comité de Bioética debido a que no es necesario la emisión de ningún dictamen previo si se trata de proposiciones de ley, es decir, no existe la obligación de recabar la opinión de estos órganos o instituciones, teniendo únicamente su participación un carácter potestativo.

Por otra parte, el Tribunal Constitucional, respecto a la consideración del artículo 561 LOPJ que señala que será preceptivo el informe del Consejo General del Poder Judicial en los anteproyectos de ley que afecten a «normas procesales o que afecten a aspectos jurídico-constitucionales de la tutela ante los Tribunales ordinarios del ejercicio de derechos fundamentales», indica que no se trataría de un anteproyecto de ley sino de una proposición de ley presentada por un partido político en una cámara parlamentaria y por tanto no sería necesario recabar este informe, pudiendo las cámaras legislativas recabar la opinión del Consejo General del Poder Judicial si así lo consideraban necesario. Por lo tanto, el TC señala que no existe fraude de ley y que se trataría de una proposición de ley a pesar de que el partido político que presenta esta proposición sea el mismo que ostenta el Gobierno, no pudiendo considerarse que se trate de un proyecto del Ejecutivo y en consecuencia, no se ha producido la vulneración del artículo 23 CE.

2.3 Delimitación coherente del contexto eutanásico. Los cuidados paliativos como alternativa a la muerte asistida.

Respecto a la falta de previsibilidad y accesibilidad que denuncian los recurrentes por la indeterminación que ejerce el legislador al definir la situación de «padecimiento grave, crónico e imposibilitante» en el artículo 3 b) de la LORE, el Abogado del Estado señala que este contexto eutanásico no se aplica a cualquier situación y padecimiento, estando definido claramente en la LORE tanto el «padecimiento grave, crónico e

imposibilitante» como «enfermedad grave e incurable», por lo que no estamos ante una ley ambigua a pesar de que se permita algún margen de apreciación a los profesionales médicos, que son los encargados de dictaminar si esa enfermedad es lo suficientemente grave.

El TC indica que el «padecimiento» al que se refiere este precepto en la LORE hace referencia a una «dolencia o enfermedad somática en su origen» que no tenga posibilidad de recuperación o que sea incurable, teniendo que ser «constante e intolerable», características todas estas que pueden ser delimitadas de manera clínicamente objetiva. El TC excluye de manera expresa las enfermedades psicológicas y la depresión, afirmación coherente con el preámbulo de la LORE, en el que se hace referencia únicamente a la «situación física de la persona».

Además, dictamina que la definición exige el cumplimiento de una serie de circunstancias que deberán ser apreciadas por medio de varios facultativos médicos, así como por un órgano administrativo y establece que no es necesario que el legislador ejerza una mayor precisión en sus consideraciones, permitiendo diversas interpretaciones pero que no generan, en ningún caso, inseguridad jurídica, realizándose esta delimitación de manera clara y coherente.

En cambio, Chueca Rodríguez⁸⁶ considera que el contexto eutanásico «únicamente» puede definir y delimitar los supuestos habilitantes que permiten el acceso a la eutanasia, sin embargo, desde el punto de vista jurídico no puede sostener «la certeza técnica del diagnóstico de existencia de un contexto eutanásico caso a caso», imprescindible en esta situación. Además, afirma que este contexto debe combinar aspectos técnicos, así como biomédicos y clínicos, siendo el concepto bastante mejorable desde el punto de vista técnico.

El Abogado del Estado, también trata la denuncia que los recurrentes realizan sobre los cuidados paliativos y la falta de accesibilidad y universalización que contempla la LORE sobre dichos cuidados. El Abogado del Estado defiende que la elección de la prestación de ayuda para morir no elimina la atención paliativa que se le puede otorgar, configurándose esta última en la etapa terminal como una «prestación básica reconocida en la ley». Además, recalca que la información que se le tiene que otorgar al paciente no

⁸⁶ CHUECA RODRÍGUEZ, R., op. cit. p. 267

constituye un mero requisito formal, sino que se trataría de un requisito indispensable para poder acceder a esta prestación.

El TC dictamina en primer lugar que los cuidados paliativos, en ocasiones, cuando el padecimiento es grave, crónico e imposibilitante y no cabe esperar un fallecimiento próximo, son insuficientes. Estos pueden ser rechazados si así lo decide el paciente, pudiendo preferir la muerte anticipada, antes que un fallecimiento que tardaría en llegar, opción por tanto basada en el derecho de autodeterminación que le corresponde a cada persona. Además, se alega que los cuidados paliativos y la eutanasia activa directa no presentan una relación de subsidiariedad, sino que pueden ser complementarios o alternativos.

Nos encontraríamos ante una situación distinta si una persona que padece una enfermedad encuadrada dentro del contexto eutanásico no contase con la opción real de acceder a los cuidados paliativos o estos cuidados no le hubieran mitigado el dolor, afectando, entonces, a su capacidad de decisión, sin embargo, es la propia ley la que prevé cuidados paliativos integrales, además de estar previsto este acceso en otras disposiciones autonómicas, por lo que el TC niega la inconstitucionalidad de estas disposiciones.

El TC, en conclusión, señala que la LORE protege ampliamente el derecho a la libre autodeterminación, así como el derecho a la vida de la persona que desea acceder a esta práctica a través de un sistema de garantías que permite tomar una decisión de manera libre y alejada de la injerencia de terceros.

2.4 Garantías administrativas y judiciales suficientemente justificadas

En relación a la consideración por parte de los recurrentes de que la Constitución Española no permite al legislador regular la eutanasia activa directa como una actividad lícita, entendiendo este tipo de eutanasia como «la acción por la que un profesional sanitario pone fin a la vida de un paciente de manera deliberada y a petición de este», señala el TC que la existencia de una voluntad y un consentimiento libre por parte de su titular, siempre que nos encontramos ante una enfermedad suficientemente grave e irreversible, permiten que se pueda solicitar esta eutanasia activa directa, haciendo referencia a otros derechos fundamentales como pueden ser el de autodeterminación, integridad física y moral, dignidad,...

El Estado, en virtud de esto, debe buscar y desarrollar una serie de vías legales que permitan acceder a una eutanasia con garantías y sin imposiciones e injerencias por parte de terceros, estableciendo las medidas de protección con el objetivo de que no se produzca la vulneración del resto de bienes y derechos.

El Abogado del Estado, en relación a las garantías que ofrece la LORE, señala que la prestación recogida en esta ley se proporcionará únicamente a aquellas personas, que, debidamente informadas, expresen de manera libre su decisión, señalando el TC que estas garantías se ajustan perfectamente a las necesidades que requiere la protección de estos derechos y bienes constitucionales, y en especial el derecho a la vida promulgado en el artículo 15 CE.

En la demanda se denuncia la imposibilidad de recurrir las decisiones relativas al acceso a la eutanasia, así como los informes favorables ante las Comisiones de Garantía y Evaluación o ante la jurisdicción contenciosa-administrativa, sin embargo, en la LORE, únicamente se abre esa posibilidad cuando se trate de la denegación de la prestación de ayuda para morir o cuando el médico consultor emite un informe desfavorable.

El Abogado del Estado defiende que la posibilidad de recurrir la aceptación de la ayuda para morir supondría una ofensa a la libertad y dignidad del sujeto, socavando la autodeterminación de este, a pesar de que deja abierta la posibilidad de que se puedan recurrir por la vía jurisdiccional una resolución favorable de estas Comisiones de Garantía y Evaluación.

El TC señala que carece de sentido la demanda contra la constitucionalidad de estas consideraciones debido a que la decisión favorable de prestación de ayuda a morir así como el informe favorable lo que corroboran es el cumplimiento de los requisitos y la continuación del procedimiento, siendo necesario únicamente los recursos cuando se deniega la prestación que el titular ha solicitado y desea, por lo que no tiene sentido posibilitar un recurso a una decisión favorable para sus intereses.

Por otro lado, los recurrentes alegan una ausencia total de garantías judiciales, prescindiendo tanto en el procedimiento como en la verificación de la figura del juez. La Abogacía del Estado consideraba que supeditar el ejercicio de este derecho a una decisión externa como es la del juez supondría la negación absoluta de la autodeterminación individual, mientras que el Tribunal Constitucional señala que las resoluciones definitivas

de las comisiones de garantía y evaluación, así como la verificación de los requisitos para el acceso a la eutanasia no pueden estar exentas del control judicial, tal como señala el artículo 106.1 CE y el 24.1 CE, garantizando la tutela judicial efectiva. Sin embargo, el TC considera que no se ha excluido a la jurisdicción contenciosa-administrativa respecto a las resoluciones de las comisiones y por tanto no es constitucional debido a que no es necesario que se regule expresamente en la LORE las garantías judiciales, encontrándose estas recogidas en las respectivas leyes procesal.

Respecto a las garantías legales, Rey Martínez⁸⁷ critica que el TC, en ambos recursos, únicamente declara la constitucionalidad de estas, pero no entra a valorarlas de manera más profunda.

En el recurso de inconstitucionalidad interpuesto por el Partido Popular se plantearon además algunas impugnaciones más que merecen ser comentadas. Una de esas es la ausencia en todo el procedimiento de profesionales especializados en la materia médica, como pueden ser psiquiatras o psicólogos, y en el ámbito legal como fiscales, jueces, para asegurar la libertad de decisión, tesis que defiende también Rey Martínez⁸⁸, expresando que es bastante incongruente negar la necesidad de intervención de aquellos profesionales especializados en la salud mental, cuando son los profesionales oportunos para dictaminar si una persona puede discernir o no libremente y tiene plenas capacidades mentales.

El Abogado del Estado defendió que, aunque en la ley no existiera ninguna mención a la incorporación de estos profesionales en ningún momento se excluye su intervención, siendo necesaria esta cuando «existan dudas sobre la capacidad del paciente», y el TC consideraba que la LORE estaba colmada de suficientes garantías para cumplir este propósito. Otra impugnación fue la relativa a las discrepancias de opinión que pueden surgir entre las 19 Comisiones de Garantía y Evaluación que hay en cada C. A., pero el TC considera que se trata de una «conjetura» o un acto hipotético.

Por último, los recurrentes denuncian la inconstitucionalidad de la consideración contemplada en la disposición adicional primera que equipara la muerte a consecuencia de la prestación de ayuda para morir como muerte natural a todos los efectos debido a

⁸⁷ REY MARTÍNEZ, F. op. cit. p. 332.

⁸⁸ REY MARTÍNEZ, F., op. cit. pp. 332-333

que se suprime la obligación del Estado de investigar las causas en las que se ha producido la muerte. El Abogado del Estado afirma que el Estado no tiene la obligación de investigar cualquier muerte y el TC señala, que, a través de este precepto, se pretende afirmar la presunción de que la muerte se ha producido cumpliéndose lo contemplado en el procedimiento señalado en la LORE, no siendo necesario llevar a cabo una investigación penal sobre la muerte. Se trataría de una presunción iuris tantum que decaería en caso de se hubiera indicios de criminalidad o de muerte sospechosa. Esta función de verificar si se han cumplido los procedimientos les corresponde a las comisiones de garantía y evaluación, por lo tanto, no estaríamos ante una consideración inconstitucional, al igual que el resto de las pretensiones de los recurrentes respecto las garantías administrativas y judiciales antes mencionadas.

2.5 Prestación de ayuda para morir en casos de incapacidad supeditada al documento de instrucciones previas

En relación con el régimen aplicable relativo a la situación de incapacidad de hecho, el Abogado del Estado defiende que no se ha producido ninguna vulneración de la Constitución, centrándose la legislación en la voluntad expresada por el paciente a través del documento de instrucciones previas o equivalente. Este documento no puede ser cualquiera, sino aquellos que estén legalmente reconocidos en la Ley 41/2022 de Autonomía del Paciente. Respecto a la ausencia de la figura del juez a la hora de determinar esta incapacidad, el Abogado del Estado señala que no es necesaria esta garantía adicional debido a que en la LORE ya se define que es lo que se considera por «incapacidad de hecho», además de establecer un procedimiento determinado para verificar si se cumplen las garantías del artículo 5.

El TC niega que se produzca una eliminación o flexibilización de los requisitos para acceder a la eutanasia, sino que lo que el legislador realiza es una restricción debido a que supedita el completo acceso a la eutanasia a la elaboración, con anterioridad, de un «documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documentos equivalentes legalmente reconocidos», recabando de esta forma el consentimiento y la voluntad por parte de su titular. Por lo tanto, este documento es imprescindible para que una persona que no es capaz ni consciente pueda acceder a la prestación de ayuda para morir, primando, en todo caso, la voluntad actual del paciente capaz, prestada conforme a los requisitos establecidos en la LORE.

El TC señala que la voluntad del paciente a través de este documento de instrucciones previas no puede ser suplida por un consentimiento por representación otorgado por una tercera persona, sino que deberá realizarse por el propio paciente, garantizando el derecho de libre autodeterminación y desestimando el TC la inconstitucionalidad por la indeterminación relativa a estos documentos, que alegaban los recurrentes en su denuncia.

En relación a la «validez indefinida» de estos documentos que denuncian los recurrentes, la Constitución y la LORE no exigen que este documento y por tanto la voluntad del titular, sea renovado periódicamente y de manera actualizada, sino que se presume que el deseo que se indica en este documento es la voluntad actual del paciente.

Es importante destacar que el documento de instrucciones previas o equivalente se elabora por parte de su titular cuando se encuentra en pleno uso de sus facultades mentales y, por lo tanto, no tiene sentido llegar a pensar que el paciente, cuando no sea capaz, pueda manifestar su consentimiento de forma libre, meditada e informada y contrariar su voluntad anterior de manera voluntaria.

En lo que respecta a que la valoración de la situación de incapacidad de hecho únicamente por parte de los médicos facultativos, el TC indica que en un primer momento se realiza por los profesionales médicos así como por un médico consultor, pero posteriormente se lleva a cabo una valoración por el órgano administrativo y más tarde, si así se estima, por el órgano jurisdiccional contencioso-administrativo, siendo constitucionalmente correcta, así como la situación que permite al médico responsable apreciar la inminente pérdida de capacidad del paciente permitiendo aceptar cualquier período menor entre la primera y la segunda solicitud, obedeciendo, este caso, a la libre apreciación que realice el facultativo atendiendo a una serie de circunstancias tasadas.

Por último, en relación a este régimen, los recurrentes denuncian que la solicitud de acceso a la eutanasia de una persona incapaz pueda ser presentada por el médico responsable, accediendo a la información de los registros y documentos previos, sin embargo, lo que realmente ocurre no es que la solicitud sea presentada por un tercero, sustituyendo la voluntad del paciente, sino que la solicitud es acompañada del documento de instrucciones previas otorgado por el titular y no por el tercero.

Respecto a que el médico responsable pueda acceder a los documentos y se vulnere el derecho a la intimidad promulgado en el artículo 18.1 CE, el TC señala que lo que el titular busca con la elaboración del documento de instrucciones previas es que cuando no sea capaz de manifestar su voluntad, esta sea conocida a través del documento, por lo que no supone una invasión a su esfera personalísima.

2.6 Registro de objeción de conciencia como medio para asegurar la prestación efectiva de la ayuda para morir

Los recurrentes denuncian, por un lado, la inconstitucionalidad de la disposición final tercera que determina el carácter ordinario del artículo 16 de la LORE, el cuál proclama el derecho de los profesionales sanitarios a ejercer la objeción de conciencia, derecho regulado en el artículo 16.1 CE, y, por tanto, según ellos, debería regularse mediante ley orgánica al tratarse de un derecho fundamental.

El Abogado del Estado considera que este precepto no establece los elementos ni el contenido esencial para ejercer este derecho, no siendo necesario, por tanto, regular este derecho mediante reserva de ley. El TC, por otro lado, afirma que no está de acuerdo en la inconstitucionalidad que promulgan los recurrentes considerando que no es necesario exigir que se promulgue este derecho en virtud de ley orgánica, regulando ya en el artículo 3 f) de la LORE la definición de objeción de conciencia y teniendo ésta el carácter de disposición orgánica.

Respecto a la creación de un registro de objetores conciencia y al supuesto riesgo de discriminación y estigmatización que podría ocurrir en caso de apuntarse, el Abogado del Estado indica que la creación del registro de objetores responde a la necesidad de mejorar la organización y el desarrollo de esta prestación facilitando tanto a la administración como a los centros donde se ejerza la eutanasia, un listado de aquellas personas que sean objetoras.

El TC señala que no es reprochable la creación de este registro en busca de facilitar a las distintas administraciones competentes la obtención de información necesaria ya que es necesario que la administración sanitaria tenga de conocimiento de primeras con que profesionales sanitarios puede contar para llevar a cabo el procedimiento, sin suponer en ningún momento un límite al ejercicio del derecho a la objeción de conciencia ni «un

sacrificio desproporcionado del derecho a la libertad ideológica». Además, se señala que este registro está basado en el principio de confidencialidad y de protección de datos.

Acerca de la afirmación del artículo 16.2 CE que señala que «nadie podrá ser obligado a declarar sobre su ideología, religión o creencias», los recurrentes denuncian la previsión de la LORE que indica que el objetor deberá manifestar anticipadamente y por escrito la objeción de conciencia. Sin embargo, será necesario que el objetor manifieste la opción de ejercer este derecho para que la administración lo pueda conocer.

En el recurso de inconstitucionalidad interpuesto por el Partido Popular se denunciaba la no inclusión de las personas jurídicas en el acceso a la objeción de conciencia, siempre con la condición de que aquellas expresen formalmente «un ideario contrario a la realización de la prestación de auxilio a morir»⁸⁹, sin embargo, el Abogado del Estado señala que este derecho no se puede generalizar a cualquier ámbito, además, es importante resaltar, que ninguna sentencia a reconocido este derecho a las personas jurídicas. En este sentido, el TC consideraba que únicamente pueden ejercer este derecho las personas físicas al tratarse de convicciones íntimas que solo pueden corresponderle a los sujetos físicos. Otros autores como Chueca Rodríguez y Rey Martínez defienden que la negación de ampliar este derecho a las personas jurídicas constituiría una «restricción indebida» que provocaría la inconstitucionalidad de la totalidad de la LORE.

En conclusión, el TC, en ambas sentencias, concluye la constitucionalidad de LORE configurando un nuevo derecho fundamental basado en una integridad personal en la que se incluye el derecho de autodeterminación individual ante la propia muerte siempre que se encuentre en una determinada situación como un padecimiento grave.

⁸⁹ CHUECA RODRÍGUEZ, C., op. cit. 275-276

CONCLUSIONES

La prestación de ayuda para morir en España ha sido un tema controvertido y complejo, alcanzando su punto crítico estos últimos años debido a la difusión mediática de ciertos casos de ayuda al suicidio o de muerte asistida que se iban produciendo. La aparición en los medios de comunicación tradicionales de estos casos personales han generado un gran interés y una profunda conmoción en la sociedad española, acentuándose esta preocupación por la falta de una regulación que permitiera ofrecer una mínima seguridad jurídica a aquellas personas que decidieran ayudar a pacientes que padecieran una enfermedad muy grave e incurable, con el objetivo de poner fin a sus vidas, y en consecuencia, terminar con un sufrimiento insoportable que llevaban arrastrando, en la mayoría de ocasiones, durante muchos años.

La problemática constitucional en España se ha centrado, principalmente, en la tensión entre el derecho a la vida, consagrado en la Constitución Española en el artículo 15, y otros bienes y derechos constitucionalmente protegidos como es el derecho a la dignidad, la libertad de decisión y autonomía personal, la integridad física o moral y el libre desarrollo de la personalidad.

Los sectores contrarios a esta práctica centran sus argumentos en que la legalización de la eutanasia supondría la vulneración total de este derecho a la vida, el cual, según ellos, se trataría de un derecho absoluto y esencial, que goza de primacía respecto a cualquier otro derecho, teniendo el Estado la obligación de proteger y preservar, en cualquier circunstancia, la vida de sus ciudadanos, a pesar de que la existencia de estos esté marcada por altas cotas de indignidad y sufrimiento.

Por otro lado, los defensores de la eutanasia consideran que la Constitución también protege la dignidad humana y la autonomía personal, permitiendo que aquellos pacientes que sufran padecimientos insoportables fruto de una enfermedad grave e incurable puedan decidir el destino de su propio cuerpo e incluso de su vida, cediendo, por tanto, el derecho fundamental a la vida sobre otros bienes en situaciones de especial sufrimiento.

La aprobación de la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia en el año 2021 ha buscado un equilibrio entre la protección del derecho a la vida y el respeto a la dignidad y a la libertad personal, estableciendo un procedimiento para acceder a la ayuda para

morir colmado de garantías que aseguren la libertad plena y consciente de decisión del individuo sin presiones e injerencias de terceros u otras instituciones.

A pesar de esto, existe alguna deficiencia técnica que puede ser mejorada en relación, especialmente, al régimen de incapacidad de hecho que se prevé en la LORE, al flexibilizar demasiado los requisitos exigidos para solicitar y acceder a la eutanasia, y, sobre todo, a la ausencia de la figura del juez a la hora de declarar la incapacidad del paciente.

Un punto positivo de esta regulación se puede encontrar, en mi opinión, en la delimitación del contexto eutanásico. El legislador ha pretendido definir de manera clara cuáles son las enfermedades y padecimientos necesarios para poder ejercer esta prestación, siendo necesario que el sufrimiento sea muy grave y evitando consigo promulgar un suicidio general. Además, se enumeran una serie de requisitos que debe cumplir el paciente relativos a la residencia y nacionalidad para evitar el «turismo eutanásico».

Contra esta nueva regulación se han interpuesto dos recursos de inconstitucionalidad por parte del Partido Popular y de VOX. En líneas generales, se denuncia, como he mencionado anteriormente, la vulneración del derecho a la vida que según los recurrentes goza de primacía sobre el resto de los derechos. Sin embargo, también se pone en el punto de mira por parte de los denunciantes, la dificultad y la imposibilidad que tiene el paciente de tomar una decisión totalmente libre y sin coacciones, especialmente, cuando no existe un acceso y una universalización de los cuidados paliativos, pudiendo influir esta situación en el momento de tomar una decisión. Además, consideran que los cuidados paliativos son la alternativa principal a la eutanasia, debiendo ofrecer como primera opción estos cuidados.

Otra cuestión que se denuncia es el registro de objetores de conciencia que plantea el legislador, teniendo el equipo médico que manifestar esta objeción y apuntarse en el censo, considerando los recurrentes que se produce un quebrantamiento del derecho a la libertad ideológica y religiosa del artículo 16 CE al tener que declarar previamente y en un registro sobre sus creencias.

A pesar de estos recursos, el TC, en dos ocasiones, ha desestimado las denuncias basándose en una serie de argumentos relativos a la inexistencia de primacía del derecho

a la vida, la delimitación correcta del contexto eutanásico, la constitucionalidad del registro de objeción de conciencia y del procedimiento relacionado con las personas incapaces, así como la suficiente justificación de las garantías para asegurar una prestación efectiva, considerado, por tanto, que ninguna disposición de la LORE era contraria a la Constitución, a pesar de la existencia de algún voto particular por parte de los magistrados.

En conclusión, la LORE ha permitido configurar un nuevo derecho fundamental consistente en una ayuda para morir a enfermos que se encuentren dentro de un determinado contexto eutanásico, ofreciendo, tanto a médicos como a pacientes, una mayor seguridad jurídica, teniendo que desempeñar el Estado un papel fundamental a la hora de garantizar el acceso a través de una decisión totalmente libre. Esta regulación permitirá, además, terminar con el sufrimiento que estas personas tienen que padecer a diario y que únicamente quieren poner fin a su vida en paz rodeados de familiares y amigos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS, NORMATIVAS Y JURISPRUDENCIALES

1. MONOGRAFÍAS Y ARTÍCULOS CIENTÍFICOS

ÁLVAREZ ROYO-VILLANOVA, S; BRAQUEHAIS CONESA, L., «Las instrucciones previas en la Proposición de Ley de Eutanasia», en: *El notario del S.XXI: revista colegial de Madrid*, núm. 95, España, 2021.

ARROYO GIL, A., «El derecho a una muerte digna en el ordenamiento constitucional español» en: ARAGÓN REYES, M., (dir.), *La Constitución de los españoles: estudios en homenaje a Juan José Solozabal Echavarría*, Fundación Manuel Giménez Abad de estudios parlamentarios y del Estado Autonómico, 2019.

ARRUEGO RODRÍGUEZ, G., «Las coordenadas de la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia», en: *Revista Española de Derecho Constitucional*, núm. 122, España, 2021.

BARQUÍN SANZ, J., «Tratamiento jurídico-penal de la eutanasia tras la reforma de 2021» en: MORILLAS CUEVA, L., (dir.), *Cuadernos de Política Criminal*, Dykinson. S. L., núm. 133, España, 2021.

CÁMARA VILLAR, G., «La regulación de la eutanasia y el suicidio asistido en el mundo. Panorama general y comparado», en: RODRÍGUEZ BLANCO, R., (dir.), *Anuario de Derecho Eclesiástico del Estado*, núm. 37, España, 2021.

CASINI, M., «La indisponibilidad de la vida humana en la perspectiva del Bioderecho» en: *Medicina y Ética: Revista internacional de bioética, deontología y ética médica*, Vol. 22, núm. 1, 2011.

CASTRO CARBÓN, C., «Objetores de conciencia: la eutanasia reabre un debate sin resolver en España», *El Independiente*, 10/10/2021, [Fecha de consulta: 22/04/2023], [Disponible: <https://www.elindependiente.com/vida-sana/salud/2021/10/10/objetores-de-conciencia-la-eutanasia-reabre-un-debate-sin-resolver-en-espana/>]

CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS. «Atención a pacientes con enfermedades en fase terminal». Estudio núm. 2803, España, Mayo-junio 2009,

[Fecha de consulta:15/05/2024],[Disponible en:
<https://www.cis.es/documents/d/cis/es2803pdf>]

CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS. «Barómetro Sanitario, 2011». Estudio núm. 8811, España, Febrero-octubre 2011. [Fecha de consulta: 15/05/2024], [Disponible: https://www.cis.es/documents/d/cis/Es8811_modpdf]

CHUECA RODRÍGUEZ, R, L., «Dos sentencias sobre la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia (SSTC 19/2023, de 22 de marzo y 94/2023 de 12 de septiembre), en: *Revista Española de Derecho Constitucional*, núm. 130, 2023.

CHUECA RODRIGUEZ, R, L., «La Ley Orgánica de Regulación de la eutanasia y su aplicación» en: *Revista Derecho y Salud*, Vol. 32. Extraordinario, 2022.

CHUECA RODRÍGUEZ, R. L., «Los derechos fundamentales a la vida y a la integridad física: el poder de disposición sobre el final de la vida propia» en: *Revista Derecho y Salud*, Vol. 16, núm. Extra 1, España, 2008.

COMITÉ DE BIOÉTICA DE ESPAÑA, «Informe sobre el final de la vida y la atención en el proceso de morir, en el marco del debate sobre la regulación de la eutanasia: Propuestas para la reflexión y la deliberación», Madrid, 2020.

COMITÉ DE BIOÉTICA DE LA COMUNITAT VALENCIA. «Informe sobre la sedación paliativa en la fase final de la enfermedad, una buena práctica clínica», Valencia, 2021

DE LA MATA BARRANCO, N. J., «El Derecho penal de la libertad: ¿qué hacemos con la eutanasia?» en: *Almacén de Derecho*, 26 de febrero 2020, [Fecha de consulta: 26/04/2024], [Publicado en: <https://almacendedderecho.org/el-derecho-penal-frente-a-la-idea-de-libertad-que-hacemos-con-la-eutanasia>]

DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO, M; BARBER BURRUSCO, S., «Participación en el suicidio y eutanasia. Esbozo del tratamiento penal en España» en: *Revista Nuevo Foro Penal*, Vol. 8, núm. 79, 2012.

GARCÍA ALVARÉZ, P., «La reforma del artículo 143 del Código Penal por la Ley Orgánica, de regulación de la eutanasia, ¿la despenalización de la eutanasia, “por fin”?» en: *Revista General de Derecho Penal*, núm. 35, 2021.

GARCÍA MARCOS, J., «Tratamiento jurídico penal de la eutanasia a partir de la entrada en vigor de la LO 3/2021» en: *Revista de Jurisprudencia*, núm. 40, 2022.

GARCÍA VICENTE, J. C., «Apuntes para reflexionar y argumentar sobre la ley de eutanasia», *Omnes*, 30/05/2021, [Fecha de consulta: 22/05/2023], [Disponible en: <https://omnesmag.com/recursos/apuntes-para-reflexionar-y-argumentar-sobre-la-ley-de-eutanasia/>]

GASCÓN ABELLÁN, M. F., «¿De qué estamos hablando cuando hablamos de eutanasia?» en: *Revista Humanitas, Humanidades Médicas*, Vol. 1, núm.1, 2003.

GÓMEZ ROMERO, J., «Lex artis: Qué es y cuál es su papel en las negligencias médicas», 15 febrero 2023, [Fecha de consulta: 25/04/2024], [Publicado en: <https://www.rafaelmartinbueno.es/lex-artis/>]

GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS ATLANTES. «EAPC ATLAS OF PALLIATIVE CARE IN EUROPE 2019» [Fecha de Consulta: 11/06/2024], [Publicado en: <https://dadun.unav.edu/handle/10171/56787>]

GRUPO DE TRABAJO «ATENCIÓN MÉDICA AL FINAL DE LA VIDA» DE LA ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL. «Atención médica al final de la vida. Conceptos», en: Revista de la Sociedad Española del Dolor, vol.17, núm. 3, Madrid, abr. 2010

INSTITUTO DE DERECHOS HUMANOS «GREGORIO PESES-BARBA» DE LA UNIVERSIDAD CARLOS III. «Comunicado sobre la proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia a la luz de los derechos de las personas con discapacidad». [Fecha de consulta: 25/05/2024], [Disponible en: https://www.uc3m.es/instituto-gregorio-pezes-barba/media/instituto-gregorio-pezes-barba/doc/archivo/doc_comunicado-del-idh-eutanasia-/posicionamiento-idhp-ley-de-eutanasia.pdf]

LABAYEN LÓPEZ, C., «¿Qué está en juego si se limita la objeción de conciencia?», *Cadena Cope*, 29 septiembre 2021, [Fecha de consulta: 12/06/2023] [Disponible en: https://www.cope.es/actualidad/sociedad/noticias/que-esta-juego-limita-objencion-conciencia-20210929_1529856]

MARCOS DEL CANO, A. M., «¿Existe un derecho a la eutanasia? Panorama internacional y análisis de la Ley Orgánica de la Eutanasia de nuestro país», en: *Teoría & Derecho. Revista De Pensamiento jurídico*, núm. 29, 2021.

MINISTERIO DE SANIDAD. «Manual de buenas prácticas en eutanasia sobre la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia»

MIRÓ QUESADA GAYOSO, J., «La muerte digna bajo la jurisprudencia del derecho internacional de los derechos humanos», en: *THEMIS: Revista de Derecho*, núm. 78, 2020.

OEHLING DE LOS REYES, A., «El concepto constitucional de dignidad de la persona: Forma de comprensión y modelos predominantes de recepción en la Europa continental», en: *Revista Española de Derecho Constitucional*, núm. 91, 2011.

PÁNIKER ALEMANY, S., «El derecho a morir dignamente», en: GUÁRDIA OLMOS, J., (ed.), *Anuario de psicología*, Vol. 29, núm. 4, Elsevier, Barcelona, 1998.

PAYÁN ELLACUARIA, E., «Análisis jurídico-penal de la Ley Orgánica de regulación de la eutanasia: una propuesta de lege ferenda» en: *e-Eguzkilore. Revista Electrónica de Ciencias Criminológicas*, núm. 5, 2020.

REY MARTÍNEZ, F., «El derecho a recibir ayuda para morir en contexto eutanásico ¿Nuevo derecho fundamental? Comentario crítico de las SSTC 19/2023 y 94/2023», en: *Anuario Iberoamericano de Justicia Constitucional*, núm. 27(2), 2023.

REY MARTÍNEZ, F., «El nuevo modelo de regulación de la eutanasia y el suicidio asistido como derechos: contenidos y valoración crítica» en: RODRÍGUEZ BLANCO, R., (dir.), *Anuario de Derecho Eclesiástico del Estado*, núm. 37, 2021.

RIVERA LÓPEZ, E., «Eutanasia y autonomía» en: *Revista Humanitas, Humanidades Médicas*, Vol. 1, núm. 1, 2003.

ROMEO CASABONA, C. M; ARRUEGO RODRÍGUEZ, G., «Lección 14. Toma de decisiones al final de la vida», en: ROMEO CASABONA, C. M., (dir.), *Manual de Bioderecho (Adaptado para la docencia en ciencias, ciencias de la salud y ciencias sociales y jurídicas)*, Dykinson, S. L., País Vasco, 2022.

ROMEO CASABONA, C. M., «Lección 15. Suicidio y Eutanasia», en: ROMEO CASABONA, C. M., (dir.), *Manual de Bioderecho (Adaptado para la docencia en ciencias, ciencias de la salud y ciencias sociales y jurídicas)*, Dykinson, S. L., País Vasco, 2022.

RUIZ ANDRÉS, R., «El proceso de secularización de la sociedad española (1960-2010): entre la historia y la memoria», en: *Pasado y Memoria. Revista de Historia Contemporánea*, núm. 16, 2017.

SÁNCHEZ HERNÁNDEZ, J; ALMEIDA AYERVE, C. N., «Sentencia del tribunal constitucional 19/2023. Recurso de inconstitucionalidad 4057/2021 contra la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de Regulación de la Rutanasia. Eutanasia y acto médico. Perspectiva desde la dogmática constitucional» en: *Reseñas de Jurisprudencia*, vol. 11, 2023.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA. «Eutanasia y enfermedad mental. Posicionamiento de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre la Proposición de Ley orgánica sobre la regulación de la eutanasia», [Fecha de consulta: 10/06/2024], [Disponible en: <https://sepsm.org/wp-content/uploads/2023/03/SEP-Posicionamiento-Eutanasia-y-enfermedad-mental-2021-02-03.pdf>]

SUÁREZ LLANOS, L., «La ley de la muerte. Eutanasias, éticas y derechos», en: AÑOÑ ROIG, M. J., (dir.), *Anuario de Filosofía del Derecho*, Tomo XXVIII, Madrid, 2012.

TERRIBAS SALA, N., «Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia en España: cuestiones polémicas sobre su aplicación», en: *Revista Folia Humanística*, Vol. 2, núm. 7, 2022.

TOMAS-VALIENTE LANUZA, M. C., «La regulación de la eutanasia voluntaria en el ordenamiento jurídico español y en el derecho comparado» en: *Revista Humanitas, Humanidades Médicas*, Vol. 1, núm.1, 2003.

VIVAS, TESÓN, I., «Lección 5. Consentimiento Informado (II)», en: ROMEO CASABONA, C. M., (dir.), *Manual de Bioderecho (Adaptado para la docencia en ciencias, ciencias de la salud y ciencias sociales y jurídicas)*, Dykinson, S. L., País Vasco, 2022.

2. FUENTES NORMATIVAS

Constitución Española de 29 de diciembre de 1978.

Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.

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.

Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista, 31 de enero de 2020.

Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

3. JURISPRUDENCIA CONSULTADA

Sentencia del Tribunal Constitucional núm. 25/1981, de 14 de julio de 1981 (ECLI:ES:TC:1981:25)

Sentencia del Tribunal Constitucional, núm. 53/1985, de 11 de abril de 1985 (ECLI:ES:TC:1985:53).

Sentencia del Tribunal Constitucional núm. 120/1990, de 27 de junio de 1990 (ECLI:ES:TC:1990:120)

Sentencia del Tribunal Supremo (Sala de lo Civil, Sección 1^a), núm. 3/2001, de 12 de enero de 2001 (ECLI:ES:TS:2001:74).

Sentencia del Tribunal Constitucional núm. 37/2011, de 28 de marzo de 2011, (ECLI:ES:TC:2011:37)

Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos («CASE OF GROSS v. SWITZERLAND»), núm. 67810/10, de 14 de mayo de 2013 (ECLI:CE:ECHR:2013:0514JUD006781010)

Sentencia de la Audiencia Provincial de Zaragoza 85/2016, Sección 6 (Rec.40/2015), de 18 de abril de 2016, (ECLI:ES:APZ:2016:578).

Sentencia del Tribunal Constitucional núm. 19/2023, de 22 de marzo de 2023. Recurso de inconstitucionalidad 4057-2021, (ECLI:ES:TC:2023:19).

Sentencia del Tribunal Constitucional núm. 94/2023, de 12 de septiembre de 2023. Recurso de inconstitucionalidad 4313-2021, (ECLI:ES:TC:2023:94).