

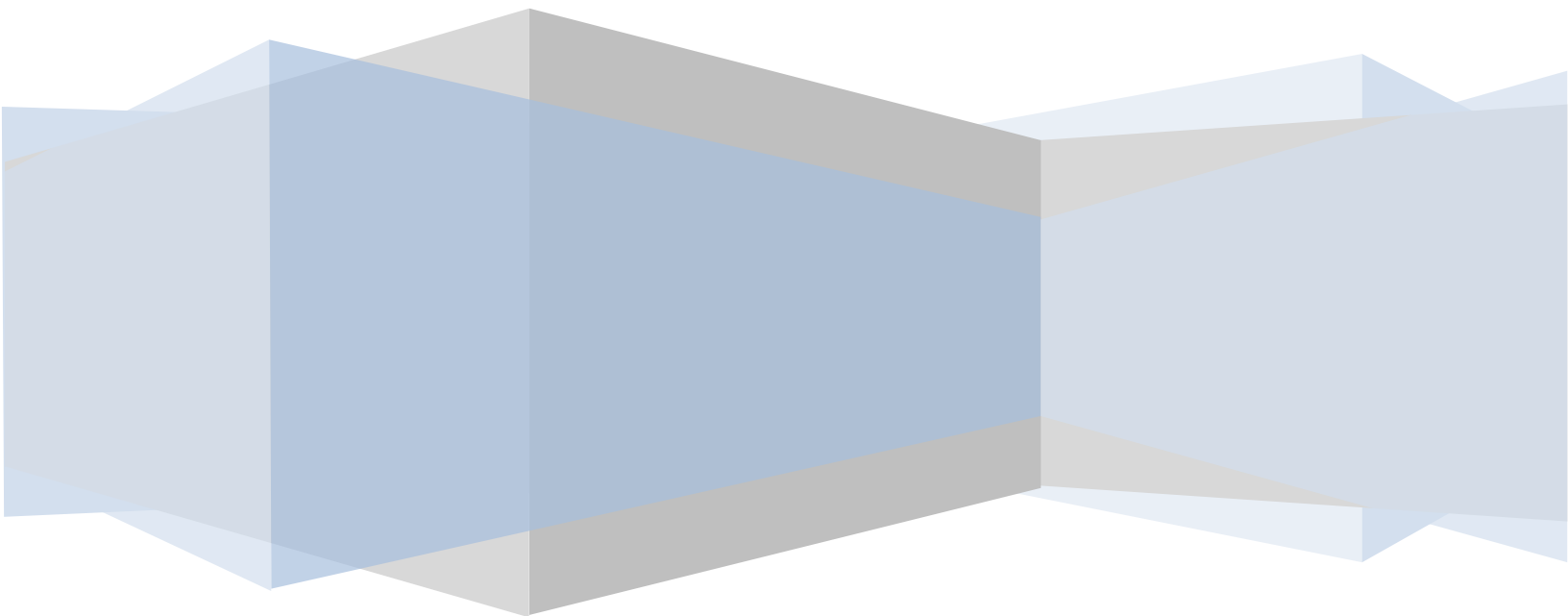
La regulación penal de la eutanasia

Análisis del art. 143.4 y estudio de Derecho Comparado

Autora: Idoia Cerca Pérez

Director: José María Farjas Ballester

Fecha: 08/07/2016



ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	3
II. ¿QUÉ ES LA EUTANASIA?	4
1. CONCEPTO	4
2. TIPOS DE EUTANASIA	6
III. REGULACION DE LA EUTANASIA EN EL CODIGO PENAL ESPAÑOL ..	8
1. EVOLUCIÓN DE LA EUTANASIA EN ESPAÑA	8
2. REGULACIÓN ACTUAL DE LA EUTANASIA EN EL CÓDIGO PENAL DE 1995	10
2.1 La petición del enfermo.....	11
2.2 Padecimiento de una enfermedad grave.....	13
2.3 Conducta activa y directa	15
2.4 ¿Motivos del autor?.....	16
3. CASOS PROBLEMÁTICOS QUE RESULTAN DE LA APLICACIÓN DEL ART. 143.4 CP	17
3.1 ¿Es la desconexión una acción o una omisión?	17
3.2 Eutanasia activa indirecta	21
4. CRÍTICA A LA REGULACIÓN DE LA EUTANASIA EN ESPAÑA	22
IV. DERECHO COMPARADO	24
1. HOLANDA.....	24
2. FRANCIA.....	29
V. CONCLUSIONES	32
VI. BIBLIOGRAFÍA	37
1. LIBROS Y ARTÍCULOS DE REVISTAS	37
2. RECURSOS DE INTERNET	38
3. JURISPRUDENCIA Y LEGISLACIÓN	39

I. INTRODUCCIÓN

El tema del presente trabajo es el análisis de la regulación penal de la eutanasia en España, así como una visión de la misma en el Derecho comparado.

Los avances en la medicina han permitido alargar la vida de los enfermos de forma artificial. Este hecho ha tenido un doble efecto en la sociedad. Por un lado satisfacción en aquellos casos en los que estos avances permiten una curación total del enfermo, y desolación cuando solo se logra mantener la vida aunque éste esté inconsciente. Esto ha generado un debate sobre si se debe proteger la «muerte digna» de la persona o por el contrario los médicos deben seguir cumpliendo con su deber de cuidar al enfermo aunque suponga el suministro de tratamientos sin expectativas de curación del paciente

Este es un tema muy controvertido por las distintas opiniones que suscita. Una de sus principales dificultades es que afecta a la esfera moral y ética de la persona. Así mientras hay algunos autores que defienden a ultranza el paternalismo y con ello la vida como bien jurídico a proteger en los casos de eutanasia, otros defienden la autonomía personal y el derecho a decidir sobre la propia vida.

En primer lugar para establecer las bases sobre a qué nos referimos cuando se habla de eutanasia se realizará un breve estudio del concepto y sus tipos.

Posteriormente se abordará el estudio de la regulación de la eutanasia en España, haciendo hincapié en los requisitos exigidos en el tipo, así como diferentes interpretaciones que se han dado a lo largo de los años en la doctrina sobre qué supuestos deben subsumirse dentro del precepto y cuáles no. Además de algunos supuestos problemáticos surgidos de la falta de especificación del legislador en algunos aspectos, que como veremos también han suscitado gran controversia entre los autores.

Por último, se estudiará la regulación de la eutanasia en Holanda, un país que cuenta con una legislación muy amplia y que fue uno de los primeros que despenalizó de forma parcial la eutanasia activa. Y a continuación se explicará la reforma legal sobre la materia en Francia que se aprobó en enero de este año. Ésta es una regulación más restrictiva, lo que nos permitirá comparar legislaciones más permisivas y menos, y de gran actualidad pudiendo conocer qué soluciones ha dado el país vecino al debate sobre la eutanasia.

II. ¿QUÉ ES LA EUTANASIA?

1. CONCEPTO

El término eutanasia proviene del griego y significa «buena muerte», hace referencia al morir en buenas condiciones. Antigüamente la vida se consideraba sagrada e indisponible, pero hoy en día también deben tenerse en cuenta otros valores presentes en la sociedad como son la dignidad y la libertad.

La eutanasia, en palabras de ROXIN¹, sería la «ayuda prestada a una persona gravemente enferma, por su deseo, para facilitarle una muerte humanamente digna en correspondencia a sus propias convicciones». Aunque ésta no es la única definición de eutanasia, otros autores proponen que es aquella «acción o acciones encaminadas a procurar una buena muerte (pacífica, indolora, sin sufrimiento, dulce) a una persona que va a fallecer»².

Sin embargo, éste es un concepto que conlleva una carga emocional positiva y negativa, tocando los sistemas morales de cada persona; y por ello tiene sus defensores y detractores. Entre las definiciones de eutanasia que dan estos últimos se incluyen palabras como homicidio o asesinato, que tienen una connotación que genera rechazo en la población.

Por todo ello la noción de eutanasia se ha convertido en un concepto en el que es difícil establecer sus límites, ya que cada persona lo interpreta conforme a su propio sistema de valores y creencias. Por ello Marina Gascón y Pablo de Lora proponen tres criterios para clarificar este concepto³ y que en mi opinión ayudan a esclarecer qué se entiende exactamente por eutanasia:

- La eutanasia puede producirse por una acción u omisión que produzca la muerte de otro. Las acciones pueden ser directas o indirectas, mientras que por omisión se refiere a no adoptar o suprimir medidas que prolongarían artificialmente la vida del paciente.

¹ ROXIN, C., «Tratamiento jurídico-penal de la eutanasia» en *Eutanasia y suicidio. Cuestiones dogmáticas y de política criminal*. Granada, Editorial Comares. Estudios de Derecho Penal, 2001, p. 5-36.

² PASCUCCI DE PONTE, E., «Cuestiones entorno a la eutanasia» en *Saberes*. Volumen 1, 2003 p. 10

³ DE LORA, P. Y GASCÓN, M., «Bioética en el final de la vida» en *Bioética principios, desafíos, debates*. Madrid, Alianza Editorial, 2008, p. 207- 256.

Hasta aquí podría equiparse al homicidio o asesinato, por acción u omisión, tanto doloso como imprudente. Por ello aparece el segundo criterio que ayuda a perfilar el concepto de eutanasia.

- La voluntad del sujeto. A veces se habla de eutanasia voluntaria y no voluntaria dependiendo de si ha habido un consentimiento o no de la persona que va a morir. Sin embargo, pueden darse casos en los que la persona enferma solicite que se suspenda el tratamiento que la mantiene con vida, pero también que la persona esté en un coma irreversible y no pueda expresar su voluntad de morir. Por lo tanto si la nota definitoria de la eutanasia fuese única y exclusivamente la voluntad del sujeto, podría equiparse a la cooperación al suicidio. Es por ello que para completar el concepto de eutanasia aparece un tercer criterio.
- Móviles o circunstancias. Las acciones u omisiones que producen un resultado de muerte se realicen en consideración a esa persona, es decir pensando en su bien. En la eutanasia entran otros móviles como la piedad, la compasión, etc. Pero en estos casos solo tendrá sentido actuar por el bien del sujeto, cuando su vida se haya convertido en un mal para él porque ha dejado de ser digna y ya no hay esperanza de que lo vuelva a ser. No obstante, el aspecto clave de esta cuestión es cuándo se debe considerar que una vida ya no es digna.

Desde la perspectiva que defienden muchos autores de la existencia físico-biológica, la vida es digna siempre, es un bien digno de preservar e indisponible. Esto es defendido por muchas doctrinas tanto seculares como religiosas, como afirmaba Ronald DWORKIN⁴.

Sin embargo, desde otra punto de vista que incluye los valores morales, no es suficiente con estar vivo, sino que esa vida tiene que tener una cierta calidad. Actualmente la línea entre la vida y la muerte se ha establecido en la muerte cerebral, al menos en la mayoría de los países y culturas, ya que hay algunas culturas asiáticas como la nipona que son más

⁴ Ronald DWORKIN «existe tanto una interpretación secular como religiosa de la idea de que la vida humana es sagrada», *El dominio de la vida* dentro de De Lora y Gascón, «Bioética en el final...», cit., p. 236.

reticentes a esta consideración. En cualquier caso, pueden darse situaciones en las que, aunque no se haya producido la muerte cerebral, la calidad de la vida sea muy pobre no solo a nivel físico, sino también psíquico.

Como se ha apuntado anteriormente, una vida se habrá convertido en un mal para la persona cuando haya dejado de ser digna, y no haya esperanza de que lo vuelva a ser. De modo que es también un aspecto muy importante el hecho de que el estado de indignidad de la vida de la persona sea irreversible.

Diversos autores expertos en la materia, así como numerosos médicos afirman que el estado de indignidad irreversible puede darse en tres supuestos⁵:

- Procesos terminales de muerte acompañados de graves padecimientos.
- Casos de existencia dramática, con graves padecimientos psíquicos y físicos, (enfermedad grave o severa sin necesidad de que sea terminal, niños nacidos con daño cerebral muy grave, etc.)
- Estados persistentes de vida vegetativa, coma irreversible o mantenida por aparatos.

Con todo esto podemos establecer una definición de eutanasia que sería: todas aquellas acciones u omisiones destinadas a provocar la muerte de una persona, con o sin su voluntad expresa, pero en cualquier caso encaminadas a aliviar sus padecimientos insoportables, siempre y cuando la persona tenga una escasa calidad de vida y su situación tenga carácter irreversible.

2. TIPOS DE EUTANASIA

En primer lugar ROXIN hace una distinción entre eutanasia en sentido amplio, que es la que se da cuando se suministra ayuda para morir a una persona que podría vivir más

⁵ Entre estos autores se encuentra Enrique GIMBERNAT quién en su obra «Eutanasia y Derecho penal» establece estos tres estados los que forman parte del ámbito de discusión de la eutanasia dentro de DE LORA P. Y GASCÓN M. «Bioética en el final...», cit., p. 237

tiempo, pero quiere ponerle fin a su vida porque ésta le resulta insoportable por causa de una enfermedad grave y penosa. Y la eutanasia en sentido estricto, que es la que se da cuando la ayuda es suministrada después de que el suceso mortal haya comenzado, la muerte va a ser próxima con o sin ayuda⁶.

Algunos autores que han tratado este tema proponen una única distinción: eutanasia activa y pasiva; mientras que otros ven más tipos incluidos dentro de estas. Los más relevantes son:

- Ortotanasia: El término ortotanasia viene del griego *ortos*, «correcto», sería la muerte correcta, «muerte justa»⁷. Es un término más benévolo y suele aludir a la omisión o no adopción de medidas para curar una vida que ya está llegando a su fin. Estas prácticas no solo están permitidas sino que en muchos casos son obligadas por ser consideradas buenas prácticas médicas conforme al principio de beneficencia que impide prolongar graves padecimientos al final de la vida⁸.
- Eutanasia social y eugenésica: La social y la eugenésica se refieren a la eliminación de lo que se ha considerado “vidas sin sentido” o “sin valor”. En el caso de la social se produce por los elevados costes económicos que puede generar el suministrar un tratamiento a una persona para alargar su vida, aun sabiendo que sus posibilidades de curación son muy escasas o improbables. La eugenésica por su parte se produce por razones de higiene racial. Sin embargo, en opinión de muchos autores, que comparto, estos dos tipos pueden llevar a alejarnos del concepto de eutanasia tal y como lo entendemos⁹.

⁶ ROXIN, C., «Tratamiento jurídico- penal...», cit., p. 5

⁷ MARCIANO VIDAL afirma que la ortotanasia es un neologismo acuñado en 1950 por el Doctor Boskan y que integra el valor de la vida humana y el derecho a morir dignamente. «Así, la ortotanasia al mismo tiempo que evita una prolongación artificial y dolorosa de la vida, no quita al moribundo la conciencia de su muerte».

⁸ Esto queda recogido en la Declaración sobre la Atención Médica al final de la Vida de la Organización Médica Colegial de 11 Enero 2002.

⁹ MANUEL CUYÁS dice que «si queremos dar un sentido propio y específico al termino eutanasia, no deberíamos involucrar nunca en su problemática ni el suicidio ni el homicidio por compasión, ni la supresión de “vidas sin valor” por motivos de piedad o eugenésicos o raciales. En estos casos se recurre a la muerte para poner fin a una vida que no se aprecia».

- Activa y pasiva: La activa son acciones que provocan la muerte o el acortamiento de la vida suele producirse generalmente mediante la administración de un fármaco. Dentro de esta suele distinguirse entre directa e indirecta.
 - La eutanasia directa es cuando se actúa con intención de poner fin a la vida del sujeto que está sufriendo.
 - Indirecta es cuando el fin perseguido no es provocar la muerte, pero tiene como resultado el fallecimiento de esta persona (esta puede tener doble efecto porque pueden suministrarse esos fármacos para aliviar el dolor, pero se sabe que van a llevar a la muerte).

Por otra parte la eutanasia pasiva se produce cuando no se adoptan determinadas prácticas médicas que alargarían la vida de una persona, pero que podrían provocar graves sufrimientos, y resultar inútiles cuando el estado del enfermo es irreversible.

La eutanasia pasiva al tratarse de una omisión en ocasiones puede confundirse con la ortotanasia. Sin embargo, se debe rechazar esta consideración ya que no todos los supuestos de eutanasia pasiva son casos de ortotanasia. No reanimar a una persona que podría vivir, aunque con una escasa calidad, sería eutanasia pasiva, pero no ortotanasia. Se habla de ortotanasia cuando se ayuda a morir a una persona cuya vida está llegando a su fin irremediamente, pero no cuando tiene posibilidad de vivir aún con una calidad escasa de vida.

III. REGULACION DE LA EUTANASIA EN EL CODIGO PENAL ESPAÑOL

1. EVOLUCIÓN DE LA EUTANASIA EN ESPAÑA

El concepto de eutanasia es un término muy reciente en los ordenamientos jurídicos. En España su concepto se asimilaba al de la cooperación o inducción al suicidio y se reguló de forma expresa por primera vez en el Código Penal de 1848. La redacción del precepto se

mantiene prácticamente igual desde 1848 hasta el Código Penal de 1995, más de un siglo después, únicamente variando las penas, que si bien se fueron agravando en algunos códigos, en el último de 1973 volvió a reducirse.

En todos los Códigos estaba incluido este artículo dentro de los delitos contra las personas, concretamente en el homicidio, ya que se trataba de un delito contra la vida, y era éste el bien jurídico protegido.

Así, en todos los casos de eutanasia que se producían durante la vigencia del CP 1973, se aplicaba el art. 409 del CP 1973¹⁰, debido a que en este artículo estaba implícito el concepto de suicidio y por lo tanto había un consentimiento por parte del sujeto pasivo. En cambio para los casos en los que en lugar de realizar una acción que acabase con la vida de alguien que se quería suicidar, se omitía una acción de auxilio, se aplicaba el delito de omisión del deber de socorro.

Por otra parte para los supuestos en los que no mediaba el consentimiento del sujeto se aplicaba el art. 407¹¹ que era el de homicidio, aunque podían ser de aplicación algunas atenuantes.

Sectores de la doctrina criticaban esta solución de los casos de eutanasia ya que la pena para el homicidio y para la eutanasia con consentimiento del sujeto pasivo era la misma, lo que significaba que para el legislador el consentimiento o no del sujeto no era relevante.

Todas estas críticas tuvieron repercusión en la redacción del art. 143 del CP de 1995. Algunos problemas se resolvieron, como la equiparación de la pena de homicidio y la de cooperación al suicidio con la voluntad del sujeto, pero aparecieron otros, principalmente por la falta de concreción del legislador. A continuación se abordará de forma más extensa esta cuestión.

¹⁰ Art.409 CP 1973 «El que prestare auxilio o induzca a otro para que se suicide será castigado con la pena de prisión mayor; si se lo prestare hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte será castigado con la pena de reclusión menor» obtenido de http://noticias.juridicas.com/base_datos/Penal/d3096-1973.html

¹¹ Art. 407 CP 1973« El que matare a otro será castigado, como homicida, con la pena de reclusión menor» obtenido de http://noticias.juridicas.com/base_datos/Penal/d3096-1973.html

2. REGULACIÓN ACTUAL DE LA EUTANASIA EN EL CÓDIGO PENAL DE 1995

El legislador decidió incluir en el CP de 1995 por primera vez un artículo que regulase la eutanasia. La noción de eutanasia recoge de manera implícita conceptos como «muerte digna», «autonomía personal», e incluso «derecho a la propia muerte». Por ello, se pedía una regulación expresa de la eutanasia. Frente a esto último el Tribunal Constitucional argumentó que el art. 15 CE establece el derecho a la vida de todos los ciudadanos, sin embargo, el derecho a la propia muerte no está dentro del tenor literal de este artículo en la Constitución, y por lo tanto no supone un derecho fundamental¹². Pero dejó al legislador la posibilidad de sancionar o no las conductas de terceros relacionadas con la voluntad de una persona de disponer de su vida. Por ello, al pretender dar solución al problema de la eutanasia activa, el legislador optó por dotarla de una atenuación muy cualificada, si se cumplen una serie de requisitos. Así, el art. 143.4 del CP establece lo siguiente:

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

Como señala TOMÁS-VALIENTE LANUZA, este artículo supone una atenuación del tipo básico previsto en los apartados anteriores, es decir, la cooperación al suicidio y el homicidio a petición, cuando concurren las circunstancias o presupuestos enumerados.

El tipo objetivo del artículo establece dos conductas: la causación y la cooperación activa en la muerte de otra persona, con la diferencia respecto a los apartados anteriores de que el legislador en la redacción del apartado 4 ha tenido en cuenta los casos en que esa cooperación o causación de la muerte de un tercero se produce por la petición de éste de morir.

¹² Sentencia del Tribunal Constitucional 120/1990 de 27 de Junio de 1990 <http://hj.tribunalconstitucional.es/>

Con respecto al tipo subjetivo del art. 143.4, algunos autores como NUÑEZ PAZ afirman que solo cabe el dolo directo, reduciéndose la admisión del dolo eventual únicamente a conductas activas pero indirectas como puede ser el suministro de analgésicos u otros medicamentos que calman el dolor del enfermo pero acortan su vida¹³.

Por último los requisitos o circunstancias que deben darse para poder subsumir una conducta a este artículo 143.4 son:

- 1- Petición del enfermo de morir
- 2- Que éste padezca una enfermedad grave o terminal, o graves padecimientos difíciles de soportar
- 3- Que se produzca una conducta activa por parte de un tercero

2.1 La petición del enfermo

El art. 143.4 establece que la petición del enfermo debe ser «expresa, seria e inequívoca». De aquí se puede presumir que es el propio paciente quien debe hacer la petición de poner fin a su vida y no otra persona, es decir no cabe la petición «por representación». Esto hace que no puedan subsumirse dentro de este artículo los supuestos en los que los representantes de menores o incapacitados pidan su muerte en nombre de éstos.

Precisamente son estos casos los que más problemas acarrearán tanto desde el punto de vista ético como jurídico. Ya que si una persona que se halla en coma irreversible o en un estado de inconsciencia y no ha dejado constancia anteriormente de su voluntad de morir por medio de un documento de últimas voluntades o testamento vital¹⁴, no podrán sus representantes tomar esta decisión.

¹³ NUÑEZ PAZ, M.A., *La buena muerte: el derecho a morir con dignidad*, Madrid: Editorial Tecnos, 2006, p. 279-280

¹⁴ Un testamento vital o documento de últimas voluntades es aquel en el que se expresa la voluntad sobre las atenciones médicas que se desea o no recibir en caso de padecer una enfermedad irreversible o terminal que

De modo que la petición del enfermo debe ser:

- Petición expresa: Se puede hacer de forma oral o escrita, pero al requerirse que sea expresa se entiende que no será válida la que se haga de forma tácita o presunta. Debe quedar claro que la voluntad del sujeto es no continuar con su vida.
- Petición seria: Debe ser firme y reflexionada, es decir no debe haber sido fruto del estado anímico del paciente en ese momento. Se tendrá también en cuenta que no haya habido ningún vicio del consentimiento por violencia, engaño, error o intimidación. A la hora de valorar la seriedad de la petición también se contemplará la capacidad del sujeto en el momento de la toma de la decisión y si ha habido reiteración o no en la petición. Respecto a esto último hay diversas posturas, mientras algunos autores argumentan que basta con que el sujeto exprese con convicción su voluntad de morir sin que sea necesaria una reiteración, otros como NUÑEZ PAZ entienden que esta petición debe mantenerse en el tiempo para eliminar cualquier posible duda sobre “el carácter definitivo de la decisión”¹⁵. Para ello es necesario que el enfermo esté bien informado sobre la gravedad de su estado, su diagnóstico, alternativas de tratamiento y efectos que pueda tener el seguir este tratamiento o no
- Petición inequívoca: No debe dejar dudas sobre la existencia de esa petición y la voluntad del sujeto. Las peticiones que sean ambiguas, contradictorias o confusas no supondrán una petición real y efectiva.

impida al sujeto expresarse por sí mismo. Todas las Comunidades Autónomas tienen una regulación sobre los documentos de voluntades anticipadas. Existen tres formas de realizar este testamento vital: a) ante tres testigos que no sean familiares, hasta el segundo grado, b) ante notario o c) ante el personal del registro de la Comunidad Autónoma.

¹⁵ NUÑEZ PAZ, M.A., *La buena muerte...*, cit., p. 277

2.2 Padecimiento de una enfermedad grave

Otro de los requisitos del art. 143.4 es que el sujeto pasivo sufra una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte o le produzca graves padecimientos difíciles de soportar.

Tal y como afirma Carmen TOMAS-VALIENTE LANUZA¹⁶, del artículo se entiende que no es necesario que la enfermedad esté en una fase terminal, sino que basta que lleve a un resultado de muerte o que suponga graves padecimientos para el enfermo.

Una cuestión que ha recibido numerosas críticas por parte de la doctrina ha sido que «la redacción del párrafo no es gramaticalmente afortunada y puede plantear problemas de interpretación»¹⁷.

Algunas de estas dificultades se dan en la relación entre la grave enfermedad y los padecimientos difíciles de soportar, ya que con la palabra “produjera” se da a entender que esos padecimientos deben provenir de una enfermedad grave. Así que para poder incluir en este artículo los traumatismos que han dado lugar a una paraplejia o tetraplejia que impide al sujeto poder gobernarse por sí mismo, se debería hacer una interpretación extensiva del concepto de “enfermedad”. Considerándose como una disminución grave de la salud no derivada necesariamente de una patología, sino también de un traumatismo¹⁸.

Otros autores, sin embargo, han entendido de esta redacción, concretamente por el uso de la conjunción “o” que no tienen porqué darse la enfermedad grave y unos padecimientos difíciles de soportar al mismo tiempo, sería suficiente con que concurra una de ellas para poder aplicar el tipo.

¹⁶ TOMAS-VALIENTE LANUZA, C., «*Perspectivas sobre la regulación de la eutanasia en España*», Universidad de Valencia, 2001, p. 5

¹⁷ CARBONELL MATEU, J.C., «*Suicidio y eutanasia en el Código Penal de 1995*», La reforma de la justicia penal, Gómez Colomer (coord.), 1997, p.193

¹⁸ TOMAS-VALIENTE LANUZA, C., «*Perspectivas...*», cit., p. 5

Otra cuestión que ha generado gran controversia debido a la redacción del artículo, es si deben incluirse en el tipo además de los padecimientos físicos, los psíquicos causados por la propia enfermedad que ya sufren, como puede ser la depresión. El único requisito legal de estos padecimientos es que sean permanentes, en el sentido de incurables, lo cual no quiere decir que sean continuados, entendiéndose la doctrina que pueden incluirse aquellos que sean intermitentes, pero no los esporádicos¹⁹.

No obstante, autores como TOMAS-VALIENTE LANUZA, ROMEO CASABONA y MENDES DE CARVALHO consideran que no deben incluirse estos padecimientos psíquicos ya que como dice esta: “se excluyen las enfermedades de cuño exclusivamente psicológico, siendo imprescindible que se exteriorice a través de padecimientos físicos [...] y ello porque, como bien señala la doctrina mayoritaria, la existencia de una enfermedad psíquica de naturaleza “grave” impediría que la petición del enfermo fuese “expresa, seria e inequívoca”, es decir, impediría la aplicación de la pena atenuada y determinaría incluso la punición del autor de la conducta por un delito de homicidio, ya que en tales casos no es posible sostener que el suicidio fuese producto de una reflexión ponderada del sujeto pasivo”²⁰.

La dificultad que resulta de este requisito es verificar si esa grave enfermedad va a conllevar a la muerte del sujeto o no. Ya que si ésta no va a llevar de manera inevitable a un final no podrían subsumirse las conductas de aquellos sujetos que ayuden a morir a esa persona que padece la enfermedad dentro de este artículo. Para ello, cuando un juez o tribunal tenga que enjuiciar un supuesto de eutanasia, para comprobar si verdaderamente se da este requisito, va a tener que recabar informes periciales y científicos que le ayuden a decidir²¹.

¹⁹ CARBONELL MATEU, J.C., «Suicidio...», cit., p. 193

²⁰ MENDES DE CARVALHO, G., *Suicidio, eutanasia y Derecho penal. Estudio del art. 143 del Código penal español y propuesta de lege ferenda*, Granada: Editorial Comares, Estudios de Derecho Penal y Criminología, 2009, p. 334

²¹ TOMAS-VALIENTE LANUZA, C., «Perspectivas...», cit., p.5

2.3 Conducta activa y directa

Del tenor literal del artículo 143.4 se extrae que quien practique la eutanasia “*activamente con actos necesarios y directos*” en los casos que cumplan los requisitos anteriormente citados, se le aplicará la atenuación de este precepto. De modo que a *sensu contrario* se puede establecer que no se incluyen las conductas pasivas ni las indirectas.

Por lo tanto, si las conductas pasivas e indirectas no se regulan en este artículo, ¿debemos entender que están reguladas en otro artículo del Código Penal, o por el contrario que el legislador las ha dejado impunes?

Si las conductas pasivas y activas indirectas no se regulan en el apartado 4, entonces deberían subsumirse en los apartados anteriores 2 y 3 que versan sobre la cooperación al suicidio y homicidio voluntario. Sin embargo, esto resultaría incoherente, ya que estas conductas son menos graves que las activas, y de incluirse en esos apartados la pena sería mayor.

Este es el argumento que un amplio sector de la doctrina utiliza para explicar que, según su interpretación, estas conductas han sido consideradas por el legislador como atípicas. Como dice TOMÁS-VALIENTE LANUZA: «una interpretación a contrario del precepto indica claramente que el legislador ha optado por restringir la tipicidad de ambas conductas a las que revistan un carácter directo y activo, *manteniendo en la impunidad* (siempre que se cumplan los requisitos especificados por el precepto) la cooperación necesaria al suicidio y la producción de la muerte realizadas a través de comportamientos *omisivos e indirectos*»²².

A pesar de ello, la consideración de qué se entiende por conductas omisivas y qué se entiende por conductas activas indirectas ha generado grandes problemas y diversas opiniones en la doctrina que se abordarán más adelante.

²² TOMAS-VALIENTE LANUZA, C., «*Perspectivas...*», cit., p.2

2.4 ¿Motivos del autor?

Tal y como está redactado el art. 143.4 no se dice nada sobre los motivos o razones que llevan al autor a realizar esa conducta eutanásica. De hecho, nada se menciona sobre la autoría en este precepto, permitiendo el legislador que la atenuación de la cooperación al suicidio pueda llevarse a cabo por cualquier persona²³.

De manera que, volviendo a los motivos que han llevado a la persona a provocar la muerte de otra a petición expresa de ésta y siempre y cuando sufra una grave enfermedad o padecimientos difíciles de soportar, podemos entender que cualquier razón es válida.

En el apartado segundo de este trabajo, cuando se abordaron los diferentes criterios delimitadores del concepto de eutanasia, los motivos eran un factor para diferenciar estas conductas de otros tipos delictivos en los que se provoca la muerte de una persona, como pueden ser el homicidio o el asesinato. La eutanasia se caracteriza porque quien lleva a cabo la acción de matar a un sujeto lo hace por compasión hacia él y por motivos de solidaridad.

Por ello, algunos autores, como GONZÁLEZ RUS, sostienen que debería haberse tenido en cuenta este requisito ya que si alguien provoca la muerte de otra persona por motivos que nada tienen que ver con la compasión o el ánimo de poner fin a su sufrimiento, sino por intereses económicos o de venganza no debería poder aplicárseles esta atenuación, principalmente porque no entrarían dentro del concepto de eutanasia al no cumplirse el “móvil piadoso”. BARQUÍN SANZ por su parte opina, que los motivos serían relevantes a la hora de aplicar una atenuación más cualificada, reduciendo la pena en el grado máximo que permite el art. 143.4, en aquellos casos en los que verdaderamente se realice la eutanasia por motivos de solidaridad²⁴.

²³ Esto también ha sido objeto de algunas críticas, ya que algunos autores opinaban que debería restringirse a los médicos y facultativos y aquellas personas que actúen bajo su dirección.

²⁴ BARQUÍN SANZ, J., «La eutanasia como forma de intervención en la muerte de otro» en *Eutanasia y suicidio...* cit., p. 184-188.

3. CASOS PROBLEMÁTICOS QUE RESULTAN DE LA APLICACIÓN DEL ART. 143.4 CP

Con la regulación de la eutanasia activa en el artículo 143.4 CP muchos casos podrían ser resueltos sin problemas.

Sin embargo, la realidad es mucho más compleja, y unido a que este apartado 4 no menciona de forma expresa las conductas pasivas y activas indirectas, provoca que se tenga que hacer un estudio caso por caso y que en ocasiones se genere inseguridad jurídica entre familiares de pacientes y médicos al no saber cómo actuar.

Por ello, qué se considera por conductas omisivas y activas indirectas ha generado gran controversia dentro de la doctrina.

3.1 ¿Es la desconexión una acción o una omisión?

Según la interpretación mayoritaria del art. 143.4, el legislador ha establecido que el límite entre una conducta típica y una atípica está en realizar una acción. Por ello, es importante conocer qué se entiende por acción y qué se entiende por omisión²⁵.

Las conductas eutanásicas pasivas son aquellas que no evitan la muerte de una persona que sufre una enfermedad al no iniciarse el tratamiento o por la interrupción del mismo.

Sin embargo, esto ha sido discutido ya que por un lado la «no iniciación del tratamiento» supone una actuación pasiva en sí misma; pero por otro el dejar de aplicar ese tratamiento que ya se venía aplicando anteriormente, supone una conducta activa.

Son precisamente los casos de interrupción del tratamiento los que más controversia han generado, en concreto dos supuestos:

²⁵ Análisis respecto a lo que en relación con la eutanasia se discute si es una conducta activa u omisiva.

- a) La desconexión de un aparato que mantiene las funciones vitales del paciente como pueden ser los ventiladores o la respiración artificial.
- b) La retirada de sondas gástricas que proporcionan alimentación e hidratación a los pacientes.

Además, al debate sobre si estos supuestos son una conducta activa o pasiva, se añade el problema de si la persona puede manifestar su voluntad de ser desconectado o por el contrario se encuentra en un estado de inconsciencia que le impide solicitar su desconexión, ya que dependiendo de si se considera acción u omisión la doctrina da una solución distinta a esos supuestos.

Si bien el desconectar el aparato requiere una acción, parte de la doctrina considera que esa «acción de desconectar» debe entenderse como una omisión, ya que en realidad se está dejando de proporcionar a una persona un tratamiento que le mantiene con vida. ROXIN afirma que no depende del «desarrollo o no de movimientos corporales, más bien depende de si normativamente es interpretable como un cese del tratamiento, pues entonces existe una omisión»²⁶.

Otros autores por el contrario siguen manteniendo que se trata de una acción, ya que el hecho de «desconectar» una máquina constituye una conducta activa en sí misma.

Ante la falta de jurisprudencia española al respecto, que permitiría conocer como resuelven los tribunales españoles esta cuestión, cabe mencionar el caso de Inmaculada Echevarría Ramírez. En noviembre de 2006 la paciente solicitó la suspensión del tratamiento con ventilación que venía recibiendo desde hace 10 años y que dicha «desconexión» conllevaría a su fallecimiento debido a la enfermedad irreversible que padecía. Por ello, la Consejería de Salud de Andalucía solicitó un dictamen al Consejo Consultivo de la Junta de Andalucía para discernir si la petición de Doña Inmaculada era adecuada a derecho, y en caso de serlo, si tendría consecuencias punibles, desde el punto de vista jurídico, para los médicos que llevasen a cabo dicha petición. Con esto, el Consejo Consultivo emitió un dictamen el 1 de marzo de 2007 que concluyó que la solicitud de Doña Inmaculada de suspender el tratamiento era adecuada a derecho por estar amparada por la Ley 41/2002 de autonomía

²⁶ ROXIN, C., «Tratamiento jurídico- penal...», cit., p. 11

del paciente y autorizó la suspensión del tratamiento de ventilación por considerar, de acuerdo a la doctrina mayoritaria incluida la opinión de autores extranjeros, que la desconexión de un aparato de ventilación mecánica «no es una acción, sino que se encuentra dentro de un proceso general de omisión del tratamiento»²⁷. A su modo de entender, la ventilación mecánica requiere una atención continuada con varios actos médicos como la sustitución de tubos, asepsia, etc. Y por lo tanto puede asimilarse a la interrupción de un tratamiento médico que consista en el suministro de un fármaco. Es por ello que se considera que ésta es una conducta pasiva no incluida en el art. 143.4 y por lo tanto no es punible.

Este caso deja al descubierto el otro problema mencionado anteriormente, el de la posibilidad del paciente de expresar su voluntad. Aunque Doña Inmaculada pudo manifestar su petición de ser «desconectada» y los médicos que efectuaron esta «desconexión» resultaron impunes al tratarse de una omisión, ¿en caso de que el paciente no pueda expresar su petición, seguiría tratándose de una omisión y con ello continuarían considerándose impunes los médicos que suspendan su tratamiento de ventilación?

La doctrina llega a la solución de que si la desconexión efectuada por un facultativo supone dejar de suministrar un tratamiento a una persona que está sufriendo graves padecimientos además de alargar su vida sin posibilidades de curación, es una conducta impune. Bien por tratarse de una omisión en sí misma, argumento que utilizan aquellos autores que consideran la desconexión como una omisión; o bien porque, aunque se trata de una conducta activa, (según quienes defienden este argumento), puede justificarse por la exigencia del estado de necesidad, ya que en el ámbito sanitario, los médicos tienen la obligación de atender a todo paciente, pero no por ello deben continuar con un tratamiento hasta el final si no hay perspectivas de curación.

Antes del CP de 1995 esta causa de justificación solo se aplicaba a los médicos que realizaban esa acción dentro de la *lex artis*, pero no a terceras personas²⁸. No obstante,

²⁷ Dictamen Consejo Consultivo de la Junta de Andalucía 1 marzo 2007 obtenida de <http://www.eutanasia.ws/hemeroteca/z30.pdf>

²⁸ En otros países la ampliación de la atipicidad de las conductas eutanásicas pasivas a terceros ya estaba establecida. Ejemplo de ello es la Sentencia del tribunal de Ravensburg de 1987 en Alemania: un hombre

como el art. 143.4 no hace mención alguna sobre la autoría, la atipicidad de estas conductas se ha visto ampliada a terceros que no son facultativos ni actúan en nombre de estos, pudiendo quedar impunes estas conductas pasivas o activas indirectas siempre que concurren los requisitos exigidos por la ley, «siempre que concorra el contexto eutanásico de la ley»²⁹. No ocurrirá lo mismo en el caso de las conductas activas, ya que al encontrarse tipificadas expresamente en el precepto si son punibles, sería discutible el poder aplicar la eximente del estado de necesidad a estas terceras personas que no pueden amparar su conducta en un Código Deontológico, como sí ocurre con los médicos.

Respecto a la retirada de sondas gástricas que proporcionan alimentación e hidratación a los enfermos, también ha surgido un debate sobre si calificar esta conducta como acción u omisión.

Tribunales de otros países, como el Tribunal Supremo Alemán, permiten renunciar a medidas que alarguen la vida del paciente que está en fase terminal, cuando éste se encuentre en una situación prolongada de incapacidad, se trate de respiración asistida o alimentación artificial. Es decir, asimilan los tratamientos de alimentación por sondas a los de máquinas que mantienen las constantes vitales.

Algunos autores como ROMEO CASABONA, siguen esta línea de pensamiento y defienden que el mantenimiento o supresión de la alimentación debe resolverse de forma similar a los tratamientos médicos: según el pronóstico de recuperación. El criterio que propone este autor para resolver los casos controvertidos es que si hay un pronóstico de recuperación del paciente debe continuarse con el tratamiento, ya sea conectado a la máquina que le mantiene las funciones vitales, como a las sondas gástricas.

desconectó del aparato de respiración artificial al que estaba conectada su mujer cuando ésta le expresó su deseo de no querer vivir más. El fallo del Tribunal consideró esta conducta como atípica exponiendo que: «No actúa antijurídicamente quien omite o interrumpe medidas que alargan la vida, siempre que el interesado así lo haya solicitado expresamente», ROXIN, C., «Tratamiento jurídico- penal...», cit., p. 15 y 16

²⁹ ALONSO ÁLAMO, M., «La eutanasia hoy: perspectivas teleológicas, bioética constitucional y jurídico-penal», en *Revista Penal*, nº 21, enero 2008, p. 40

Por el contrario si no hay pronóstico de recuperación debe suspenderse el tratamiento ya que los médicos no tienen obligación de continuar con éste si no hay posibilidades de recuperación del paciente³⁰.

Otros autores por el contrario, consideran que la alimentación es un cuidado básico y por ello, no puede asimilarse a los supuestos de interrupción de un tratamiento, no es posible considerarlo como una «eutanasia pasiva por omisión de cuidados básicos» ya que estos no suponen una obstinación médica, y su supresión sería contraria a la *lex artis*.

3.2 Eutanasia activa indirecta

La eutanasia activa indirecta consiste en el suministro de fármacos que tienen un doble efecto, tratan de aliviar el dolor del paciente, pero conllevan un acortamiento de su vida, por ejemplo, los tratamientos paliativos. Los médicos están obligados a suministrarlos de forma adecuada conforme a la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud y a diversos planes de las Comunidades Autónomas. Estos tratamientos, según el Subcomité Europeo de Cuidados Paliativos de la Unión Europea, son una asistencia a pacientes cuando no hay expectativas de curación, y su objetivo es proporcionarles una calidad de vida sin intentar alargarla.

Así los médicos estarían obligados a suministrar este tipo de tratamientos paliativos a enfermos terminales para evitar que sufran, aunque algunos de estos medicamentos puedan ocasionar el acortamiento de la vida del paciente.

Respecto al ámbito jurídico penal, a pesar de la falta de jurisprudencia al respecto, la mayoría de la doctrina entiende que las conductas indirectas son impunes al quedar fuera del art. 143.4.³¹

³⁰ En el art. 27 Código de Ética y Deontología de la Organización Médica Colegial (OMC) establece que «el médico no deberá emprender o continuar acciones, diagnósticas o terapéuticas, sin esperanza, inútiles u obstinadas. Ha de tener en cuenta la voluntad explícita del paciente a rechazar el tratamiento para prolongar su vida y a morir con dignidad. Y cuando su estado no le permita tomar decisiones, el médico tendrá en consideración y valorará las indicaciones anteriores hechas por el paciente y la opinión de las personas vinculadas responsables».

No obstante, autores, como SILVA SÁNCHEZ, consideran que no debe hacerse esta interpretación a contrario del artículo y restringen la atipicidad de la eutanasia activa indirecta para aquellas actuaciones en las que el médico actúe conforme a la *lex artis*. Otros por el contrario piensan que esta interpretación es restrictiva, ya que al no pronunciarse el legislador sobre la autoría, la práctica de la eutanasia se ha ampliado, no solo a los médicos, sino a cualquier persona³².

Igual que ocurría en el apartado anterior con la interrupción del tratamiento, en los cuidados paliativos también debe considerarse la posibilidad de que el paciente pueda expresar o no su voluntad, en este caso en contra de ese tratamiento.

En los supuestos en que un enfermo se oponga al tratamiento paliativo, conforme a la Ley 41/2002 de autonomía del paciente, el médico debería abstenerse de suministrarlo porque prima la voluntad de enfermo. Por otra parte, cuando el enfermo se encuentre en un estado de inconsciencia o no pueda dar su consentimiento contra estos tratamientos paliativos que pueden llevar al acortamiento de su vida, se deberá velar siempre por el bienestar del paciente.

4. CRÍTICA A LA REGULACIÓN DE LA EUTANASIA EN ESPAÑA

La redacción del art. 143.4 ha propiciado una serie de debates dentro de la doctrina, enumerados en los apartados anteriores, pero el principal ha sido sobre si ésta regulación expresa de la eutanasia ha supuesto un avance o no con respecto a la regulación anterior.

Por un lado, algunos autores afirman que a pesar de los problemas de interpretación de la ley el legislador ha dado un paso adelante en el reconocimiento de la dignidad humana³³. Por otro lado, otros autores son más críticos con el artículo por entender que lejos de

³¹ TOMAS-VALIENTE LANUZA, C., «*Perspectivas...*», cit., p.8; GIMBERNAT ORDEIG, E., “El problema jurídico de la muerte y el dolor” en *El Mundo*, 19 de abril de 2005, <http://www.eutanasia.ws/hemeroteca/m59.pdf>

³² ALONSO ÁLAMO, M., «*La eutanasia hoy...*», cit., p. 39

³³ CARBONELL MATEU, J., «*Suicidio...*», cit., p. 193

suponer un avance ha supuesto un retroceso en la pretensión de establecer una regulación de la eutanasia. Uno de estos autores más críticos ha sido GIMBERNAT.

A su juicio, el art. 409 del Código Penal de 1973, explicado en el apartado III.1 de este trabajo, era una regulación indiferenciada y genérica del homicidio consentido, que permitía justificar estas conductas con la eximente del estado de necesidad, «porque junto a la lesión de un único derecho fundamental, supone también una defensa de otros intereses constitucionales, como el libre desarrollo de la personalidad o la dignidad humana»³⁴. Así, todas las formas de eutanasia estaban justificadas y por lo tanto eran impunes.

Sin embargo, con el nuevo art. 143.4, se ha «despenalizado» la eutanasia pasiva, así como la activa indirecta, tal y como ya se ha explicado a lo largo del presente trabajo. Pero se ha castigado expresamente la eutanasia activa. Por ello, según GIMBERNAT, esto ha supuesto un retroceso respecto a la regulación anterior, ya que ahora con una regulación tan estricta en la que deben cumplirse una serie de requisitos para dar lugar al tipo, es difícil utilizar los argumentos a los que se acudía para aplicar la casusa de justificación del estado de necesidad. Por lo tanto, aunque antes no estaba expresamente recogida la eutanasia, podían aplicarse causas que la justificasen. Pero con la nueva regulación únicamente quedan excluidas del tipo la eutanasia por omisión y la activa indirecta, siendo punible la activa directa.

GIMBERNAT finaliza su dura crítica expresando las diferencias entre la regulación española y el Derecho comparado. Manifiesta que hay países en los que sus regulaciones consideran punibles todos los tipos de eutanasia, y los sectores más progresistas tratan de encontrar una causa de justificación para considerarla impune; mientras que en otros se trata de conseguir una reforma legal para despenalizarla, pero «hasta ahora ningún legislador había tenido la ocurrencia de describir expresamente los supuestos eutanásicos, no para descriminalizarlos, sino para declarar que son punibles, y haciendo creer, encima, que todo ello constituye un avance»³⁵.

³⁴ Crítica de Enrique GIMBERNAT extraída del prólogo a la segunda edición del Código Penal de 1995, Tecnos 1996

³⁵ Enrique GIMBERNAT prólogo a la segunda edición del Código Penal de 1995, Tecnos 1996

Después de este análisis de la regulación de la eutanasia en España, en el siguiente apartado se estudiarán algunas de las regulaciones existentes sobre esta materia en otros países para establecer una comparación con la legislación española.

IV. DERECHO COMPARADO

1. HOLANDA

Holanda fue uno de los primeros países europeos en despenalizar la eutanasia en todas sus formas. En este país lo que se entiende por “eutanasia” es lo que nosotros entendemos por eutanasia directa. En la década de los ochenta tuvo lugar un debate sobre si ésta debía estar o no «despenalizada», no sólo en la doctrina y jurisprudencia, esta última con cada vez más fallos a favor de la despenalización, sino que se extendió también a la sociedad.

Las primeras sentencias en Holanda sobre la eutanasia fueron en 1984 y 1986, y en ambas el Tribunal Supremo consideró impune la conducta del sujeto activo en base a una justificación basada en el estado de necesidad, al darse una serie de requisitos: que la llevase a cabo un médico, la necesidad de una petición expresa del paciente, que éste sufriera padecimientos extremos e insoportables y la consulta del médico a otros profesionales. Sin embargo esta justificación de la eutanasia por el estado de necesidad recibió muchas críticas por una gran parte de autores que consideraban que el legislador había dejado un «amplio campo de decisión a los tribunales siendo necesaria una regulación material sobre el tema y no solo procedimental», como había en ese entonces; y por considerarse que el estado de necesidad estaba considerado como una excepción y por lo tanto no podía aplicarse a una práctica que cada vez era más habitual³⁶.

El resultado de este debate fue la Termination of Life on Request and Assisted Suicide Act (Ley relativa a la terminación de la vida bajo petición y el suicidio asistido), está en vigor desde el 1 de abril de 2002 y regula la práctica de la eutanasia junto con los artículos 293 y 294 del Código Penal holandés.

³⁶ TOMAS-VALIENTE LANUZA, C., «La regulación de la eutanasia en Holanda» en *ADPCP*, Volumen L, 1997, p.314

El art. 293 CP holandés³⁷ establece respecto al homicidio a petición:

“1- Cualquier persona que ponga fin a la vida de otra persona por petición expresa y seria de ésta, será condenada [...]

*2. La actuación referida en el primer párrafo **no se considerará delito** si quien lo lleva a cabo es un **médico** que realiza su actuación de acuerdo con los criterios de diligencia debida establecidos en el artículo 2 de la Ley de terminación de la vida **bajo petición** [...] a la Ley de cremación e inhumación.”*

De este artículo se deduce que la práctica de la eutanasia de forma activa solo puede llevarse a cabo por los médicos para ser considerada impune, siempre que éste haya actuado conforme a los criterios que se especifican en la Ley de terminación de la vida, con la debida diligencia.

Estos criterios están recogidos en el art. 2.1 de dicha Ley³⁸ y consisten en que:

- a) El médico tenga la convicción de que la petición realizada por el paciente es voluntaria y meditada. Si el paciente no puede expresar su voluntad en ese momento por encontrarse en un estado de inconsciencia, si ha dejado constancia de su voluntad de querer morir en un testamento vital, ésta servirá como petición necesaria. Tal y como afirma TOMAS-VALIENTE LANUZA la eficacia de los testamentos vitales es más amplia en Holanda que en el resto de países occidentales, donde solo son eficaces para el rechazo de tratamientos. En Holanda la mayoría de la doctrina reconoce la eficacia de las voluntades anticipadas. Por último respecto a esto, es preciso añadir que en las leyes holandesas nada se dice acerca de cómo debe ser expresada la petición de morir por parte del paciente, de modo que se entiende que esta petición puede ser tanto escrita como verbal.

³⁷ Art. 293 Código Penal Holandés obtenido de http://www.ejtn.eu/PageFiles/6533/2014%20seminars/Omsenie/WetboekvanStrafrecht_ENG_PV.pdf

³⁸ Art. 2.1 «Ley de Terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio» en Holanda obtenida de <http://www.eutanasia.ws/documentos/Leyes/Internacional>

- b) El médico llegue a la convicción de que el sufrimiento del paciente es persistente e insoportable. Respecto a los dolores sufridos por el paciente, se deben incluir tanto los dolores físicos derivados de la enfermedad que sufre, como todos aquellos derivados de traumatismos que han producido paraplejía o tetraplejía impidiendo a la persona gobernarse por sí misma mermando su dignidad personal. A estos pueden sumarse también todos aquellos padecimientos psicológicos sean derivados de la enfermedad grave que sufren o no. Estos padecimientos psicológicos se han introducido por la jurisprudencia a raíz de la Sentencia de 21 de Junio de 1994³⁹. El Tribunal Supremo determinó que “la causa del padecimiento no merma la intensidad con que éste es experimentado por la persona afectada”, rechazando así el argumento que afirma que la petición de una persona que sufre una enfermedad psicológica o psiquiátrica nunca puede ser seria y libre, ya que sus capacidades mentales están mermadas. Además en esta sentencia también se cerró el debate en torno al asunto de si la enfermedad que sufriese el paciente debía ser terminal o por el contrario bastaba con que el sujeto padeciese un sufrimiento extremo, decantándose finalmente por esta última opción.
- c) Haya informado al paciente sobre la situación en la que está y sobre sus perspectivas futuras. Los médicos tienen el deber de informar al paciente sobre su diagnóstico, consecuencias de su decisión de morir, tratamientos alternativos etc.
- d) Llegue a la conclusión junto con el paciente de que no hay otra solución razonable para la situación en la que se encuentra.

³⁹ TOMAS-VALIENTE LANUZA, C., «La regulación...», cit., p.309 hace referencia a la Sentencia 21 Junio 1994, Tribunal Supremo Holanda: Un psiquiatra le proporcionó una medicación letal a su paciente que a causa de diversos acontecimientos en los últimos años de su vida sufría graves padecimientos psicológicos.

e) El médico ha consultado, al menos, con otro médico independiente y ajeno al caso quien, tras examinar al paciente, ha dado su opinión por escrito en cuanto a los requisitos del cuidado debido referido en los cuatro apartados anteriores. Este fue un criterio muy discutido tanto en la doctrina como en la jurisprudencia, mientras algunos tribunales lo consideraron fundamental, otros no, salvo para los casos de padecimientos psicológicos. En cualquier caso, finalmente terminó incluyéndose en la legislación como un criterio para determinar la buena diligencia del médico en el proceso de muerte del paciente.

f) El médico ha puesto fin a la vida o le ha asistido en su suicidio con la diligencia debida.

Según podemos extraer de la regulación del homicidio a petición y auxilio al suicidio, solo serán impunes aquellos que se hayan realizado por un médico. Esto excluye a terceras personas e incluso cualquier otro personal sanitario como enfermeros, auxiliares⁴⁰.

Además es imprescindible un vínculo de confianza entre paciente y médico. Este requisito se incluyó para evitar que personas de otros países viajaran a Holanda con el único motivo de que se les practicase la eutanasia porque en sus países no estaba permitida.

Así los principales requisitos que se deben cumplir para que el médico pueda practicar la eutanasia a un paciente son dos: que éste lo pida expresamente y que esté sufriendo unos padecimientos extremos. Ambos requisitos van a ser determinantes en la solución de algunos casos difíciles que se presentan en la práctica y que explicaré brevemente a continuación.

Cuando el paciente se encuentre inconsciente y no sea capaz de expresar su voluntad de morir, ni tampoco lo haya hecho anteriormente en un testamento vital, el criterio de la autodeterminación queda descartado, quedando sólo el criterio del sufrimiento. Respecto a

⁴⁰ TOMAS-VALIENTE LANUZA, C., «La regulación... » cit., p.313 se hace referencia a una Sentencia de Septiembre de 1995: Una enfermera proporcionó una inyección letal a su novio enfermo de sida. A pesar de que se le revocó la pena por “buena voluntad”, el Tribunal mantuvo la idea de que solo los médicos pueden practicar de forma no punible la eutanasia.

esto en la Royal Dutch Medical Association establecen que «si el médico observa que persisten signos de sufrimiento, puede practicarle la eutanasia a pesar de encontrarse éste inconsciente»⁴¹. La decisión final la toma el médico, que debido a la relación de confianza que tiene con el paciente se presume que va a velar siempre por su interés. Sin embargo, esto ha sido muy discutido y es uno de los motivos de crítica de esta regulación holandesa.

Otro supuesto sería el de un paciente que sufre demencia y por lo tanto no puede expresar su petición de morir de forma seria. En este caso se sigue la misma línea de actuación de antes de esta regulación, cuando lo que se aplicaba era la eximente del estado de necesidad. El médico sólo podrá practicarle la eutanasia si ha manifestado anteriormente en un documento de últimas voluntades su intención de morir en caso de que algún día sufriera una enfermedad que le causase demencia, y estuviese sufriendo padecimientos insoportables sin expectativas de curación.

En los supuestos de los menores de edad se ha generado un amplio debate ya que es un tema de gran sensibilidad en la sociedad. En Holanda se permite la eutanasia a mayores de 12 años, cuando estos lo pidan, aunque el consentimiento de los padres siempre será obligatorio hasta los 16 años. Desde los 16 hasta los 18 no será obligatorio el consentimiento de los padres, pero sí deberán estar presentes en todo el proceso⁴².

Para terminar, una particularidad de este país, es que cuando un médico realice una práctica eutanásica debe dar cuenta de ello a las Regional Euthanasia Review Committees (Comités Regionales de supervisión), compuestos por un médico, un jurista y un experto en cuestiones éticas. Su principal cometido es controlar que el médico que ha practicado la eutanasia lo ha hecho cumpliendo con todos los requisitos anteriormente nombrados y que aparecen en el art. 2 de la Ley de terminación de la vida a petición. Así en caso de que el médico no cumpla con las condiciones exigidas en este artículo, se le juzgará por la vía del homicidio a petición o auxilio al suicidio como si fuera un particular.

⁴¹ Royal Dutch Association, es una organización profesional de médicos de los Países Bajos cuyos principales objetivos son mejorar la calidad de la atención médica y la salud pública.

⁴² En Bélgica también se regula la eutanasia infantil siempre que se den una serie de requisitos como que el menor esté sufriendo graves padecimientos únicamente físicos, no se incluyen los psicológicos; que los padres den su autorización por escrito; que su muerte esté próxima y una evaluación psicológica para saber si el menor tiene capacidad o no de entendimiento. No se establece límite de edad, por lo que podría acogerse a esta regulación cualquier menor.

Como conclusión, la regulación holandesa ha introducido el criterio de la autoría en su regulación para así «despenalizar» la eutanasia activa para los casos en los que se lleve a cabo por un médico y este cumpla con los requisitos que exige la ley, siendo castigada en caso de que quien lo realice sea un tercero. Así en comparación con la ley española, que castiga la eutanasia activa, aunque como una atenuación de la cooperación y asistencia al suicidio cuando se cumplan unos requisitos, la legislación holandesa la considera atípica. En España se parte de la consideración de que la eutanasia es un delito y por ello debe ser castigado, salvo que se den ciertas circunstancias por las que se verá atenuada.

Sin embargo, en Holanda se entiende que la eutanasia realizada por un médico en unas circunstancias aceptadas por la ley, no es un delito y por ello no puede ser castigada.

2. FRANCIA

En Francia no hay ningún precepto del Código Penal que regule de forma expresa la eutanasia. En España, a pesar de que en el art. 143.4 no aparece el término «eutanasia», la regulación que se hace en el precepto encaja en su mayoría con la noción de eutanasia, tal y como nosotros la entendemos. Sin embargo, en Francia ni siquiera existía un precepto similar al art. 143.4. Los casos de eutanasia se debían subsumir en los casos de homicidio regulados en el art. 221.1 del Código Penal francés.

De modo que no había una regulación para las conductas sobre enfermos terminales o que sufrían graves padecimientos y pedían ayuda a los médicos para morir. La única ley que regulaba el derecho sanitario en el final de la vida era la llamada Ley de Leonetti sobre los derechos de los enfermos y el final de la vida, que en 2005 introdujo el rechazo del “encarnizamiento terapéutico”⁴³, y la prohibición de la ayuda activa a morir.

No obstante, la mayoría de la sociedad francesa reivindicaba una mayor regulación de la eutanasia que diese seguridad jurídica a los médicos y familiares de pacientes que se

⁴³ El «encarnizamiento terapéutico», también llamado distanasia, consiste en la aplicación de tratamientos médicos que no van a conseguir una recuperación del paciente, sólo la prolongación de su vida en unas condiciones penosas de vida.

encuentran en el final de su vida, sobre cómo actuar y proceder en estas situaciones. Se criticaba el hecho de que al no tener una regulación sobre la materia no se estaba respetando la voluntad de los pacientes y a una muerte digna.

Después de un largo debate parlamentario, finalmente el 27 de enero de 2016 se aprobó la «Ley del derecho a todas las personas a tener un final de vida digno y tranquilo⁴⁴». Así esta nueva regulación ha incluido una serie de novedades respecto a su regulación anterior. Las voluntades anticipadas serán vinculantes para los médicos cuando antes solo eran facultativas. También se reconoce el derecho de los pacientes a interrumpir el tratamiento. Pero las dos grandes modificaciones que se han producido respecto a la regulación anterior han sido el reconocimiento del derecho a no sufrir y el derecho a la sedación terminal, que se explicara a continuación.

- Reconocimiento del derecho a no sufrir.

Esta ley también prevé las posibilidades de actuación de los médicos en los casos del llamado síntoma refractario. Este se da cuando los padecimientos que sufre el enfermo son tan fuertes que la única forma de aliviarlos es disminuir la conciencia del paciente para que éste no sienta el dolor, es decir aplicar medios de sedación.

El hecho de que los médicos deban velar por el interés del paciente, les obliga a poner a su disposición todos aquellos medios analgésicos que disminuyan sus padecimientos, aunque supongan un acortamiento de su vida. En definitiva, en los términos utilizados a lo largo del presente trabajo, se está permitiendo la práctica de la eutanasia activa indirecta por médicos en caso de que el paciente sufra graves padecimientos que no puedan ser controlados mediante otros tratamientos.

En esta misma legislación se regula la prohibición del «encarnizamiento terapéutico», donde se establece que la interrupción o no iniciación de tratamientos que sólo van a suponer un alargamiento artificial de una vida que no tenga expectativas de recuperación, podrá llevarse a cabo por los médicos, siempre que se haya tenido en cuenta la voluntad del

⁴⁴ Rapport de présentation et texte de la proposition de loi de MM. Alain Claeys et Jean Leonetti créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/144000752>

paciente. En definitiva, se está permitiendo la eutanasia pasiva cuando el paciente lo exprese.

- Reconocimiento del derecho a la sedación terminal.

Otro aspecto nuevo que incluye esta ley es el derecho que tienen los pacientes a la aplicación de una sedación profunda y continua en los casos en los que el momento de su fallecimiento está próximo.

Así el art. 1110.5.2 de esta ley establece que se aplicará este tratamiento de sedación terminal del enfermo cuando padezca una enfermedad grave e incurable cuyo final esté próximo y presente un síntoma refractario al tratamiento, es decir que la sedación sea el único medio para aliviar su padecimiento. También se aplicará cuando sea el propio paciente que sufra una enfermedad incurable quien decida interrumpir el tratamiento que le alargaría la vida a corto plazo.

En caso de que el paciente no pueda expresar su voluntad, los médicos están obligados a aplicar este tratamiento sedativo cuando se cumplan el resto de requisitos del artículo, esto es, que el paciente que sufre una enfermedad grave tenga próximo su final y sufra de síntoma refractario.

El facultativo procederá a retirar todos aquellos medicamentos que mantienen vivo al enfermo de manera artificial, incluidas sondas de nutrición e hidratación, para administrarle los analgésicos que disminuyan su dolor hasta su fallecimiento. La ley además permite que esta sedación terminal se realice en hospitales, centros de ancianos e incluso en el domicilio del enfermo, pero siempre que lo realice un equipo de facultativos.

Esta actuación de los médicos se justifica por el rechazo al ensañamiento terapéutico explicado anteriormente.

Por último añadir que la aplicación de esta sedación terminal deberá seguir un procedimiento establecido en el Código Deontológico, debiendo comprobarse que se han

cumplido todas las condiciones que exige el artículo anteriormente citado para poder llevar a cabo este tratamiento sedativo.

A modo de conclusión podemos afirmar que si bien esta regulación ha supuesto un avance respecto a la situación legal anterior en Francia, todavía queda un largo recorrido para llegar a una despenalización de la eutanasia en este país. Esta nueva regulación, es parecida en cuanto contenido a la regulación española, que en varias leyes autonómicas también se regulan los derechos y garantías en el proceso de muerte⁴⁵. Si bien es cierto, que tanto la regulación francesa como la holandesa, que hemos abordado en el apartado anterior, dotan de una mayor seguridad jurídica a médicos y familiares en cuanto a la forma de proceder en estos casos, que en la regulación española ya que establecen unos procedimientos y requisitos a cumplir durante el proceso de muerte del paciente.

No obstante, la «Ley de derecho a todas las personas a tener un final de vida digno» es de las más restrictivas de Europa, ya que como bien definió Alain Claeys, diputado socialista en Francia, la nueva ley regula «la posibilidad de dormir antes de morir para no sufrir».

V. CONCLUSIONES

Después de este estudio sobre la regulación penal de la eutanasia podemos destacar las siguientes conclusiones principales.

En primer lugar, como se ha expuesto, la redacción del art. 143.4 es abstracta originando controversia dentro de la doctrina acerca de qué supuestos en la práctica deberían incluirse en ese art. o por el contrario quedar impunes. La falta de mención en el precepto de las conductas omisivas y activas indirectas, es considerada por la mayoría de la doctrina como que el legislador las ha dejado impunes. Sin embargo, se origina una discusión en torno a si la «desconexión» de una máquina que mantiene las funciones vitales de un paciente, o la retirada de sondas que le proporcionan alimentación e hidratación supone una omisión o

⁴⁵ En Aragón, Navarra, Cataluña o Andalucía se han desarrollado leyes autonómicas sobre esta materia como por ejemplo: la Ley 10/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte en Aragón, o la Ley 2/2010, de 8 de abril, en Andalucía, entre otras.

una acción. En mi opinión, esta «desconexión» se trata de una conducta omisiva, ya que como afirman otros autores como ROXIN, se trata del cese de un tratamiento médico y por lo tanto de una conducta pasiva. Otro resultado de la escasa concreción el art. 143.4 es sobre la autoría. Se entiende que se ha ampliado a terceras personas que no sean médicos ni facultativos, de modo que se le puede aplicar la atenuación de este art. 143.4 a cualquier persona que produzca la muerte de otra cuando se den los requisitos exigidos en el tipo. Sin embargo, a mi modo de ver, esta ampliación de la autoría podría no resultar tan satisfactoria para estas terceras personas. Por ejemplo, en los supuestos en el que un paciente le pida a otra persona que le «desconecte» de una aparato que mantiene sus funciones vitales por no querer vivir más. Si la «desconexión» es entendida como una omisión, su conducta quedaría impune, pero si es entendida como una acción su conducta entraría dentro del art. 143.4 siendo castigado. Sin embargo, si en lugar de ser un tercero fuese un médico, en caso de considerarse acción, podría aplicársele la eximente de estado de necesidad o colisión de deberes, porque deben respetar la voluntad del paciente, quedando su conducta justificada. De modo, que ante la inseguridad jurídica que produce este precepto, un tercero podría optar o bien por no llevar a cabo esa petición, o por pedir al médico que realice esa «desconexión», siendo irrelevante entonces que el precepto permita la autoría de terceros.

Así, de acuerdo con la crítica de GIMBERNAT a la que he aludido en este trabajo, si bien en el CP de 1973 no había una regulación expresa de la eutanasia, esa falta de regulación daba la posibilidad de considerar impunes aquellas conductas destinadas a ayudar a una persona que deseaba morir y estaba sufriendo graves dolores o una enfermedad terminal que se justificaban con la eximente del estado de necesidad. Pero ahora, al establecerse una regulación sobre esa materia castigándola, y concretando los requisitos para considerar una conducta como eutanásica, se ha cerrado la puerta a la posibilidad de aplicar la eximente a terceras personas. Por ello, coincido con la afirmación de que se ha producido un «retroceso».

Este art. 143.4 está dentro de los delitos que protegen la vida de las personas, pero como opinan algunos autores se está protegiendo una vida en contra de su voluntad, ya que castiga a todos aquellos que ayuden a una persona a morir que lo haya pedido expresamente. Esta postura paternalista del legislador puede resultar incoherente en

comparación con las nuevas regulaciones que se están llevando a cabo en materia sanitaria, como por ejemplo la Ley 41/2002 que reconoce la autonomía de paciente y su derecho a rechazar un tratamiento, y este rechazo debe primar sobre la opinión del médico que lo trate. Por lo tanto la pregunta sería ¿Por qué se permite al paciente rechazar un tratamiento, pero cuando lo que rechaza es seguir viviendo porque su vida ya no le resulta digna a causa de la enfermedad que padece, se castiga a toda persona que lo ayude? Esto podría llevarnos a pensar que siguiendo el ejemplo de la ley de autonomía personal del paciente, debería primar también en este segundo caso la autodeterminación de la persona y su dignidad.

Por otro lado los cuidados paliativos, medicamentos que alivian el dolor que padecen enfermos que están en fase terminal o que tienen una enfermedad muy grave aunque puedan acortar la vida del paciente, están permitidos y de hecho los médicos deben prescribirlos de acuerdo a la *lex artis*. Sin embargo, está penado el suministro de un medicamento a un enfermo terminal que desea morir cuando se hace con la intención de acabar con su vida. La diferencia entre estos dos casos está a mi juicio únicamente en el dolor. Es decir en el primer caso la intención del médico es aliviar el dolor del enfermo con un tratamiento que puede o no tener como consecuencia la muerte de éste; pero en el segundo caso la intención es la de provocar la muerte del sujeto. Por ello, debería entenderse este segundo caso de eutanasia directa como otra forma de aliviar los padecimientos que sufre una persona enferma que no tiene más deseos de vivir de la forma en la que lo hace.

Desde mi punto de vista no hay gran diferencia entre proporcionar un tratamiento médico que alivia el dolor del paciente, pero le causa la muerte; que proporcionarle un tratamiento que le ocasiona la muerte, siempre y cuando ambos se hagan por motivos de solidaridad con el paciente, y de cumplir su voluntad de no querer vivir de forma indigna para él. Por ello me adhiero a la opinión de algunos autores, como GONZALES RUS, que considera que podría haber sido más clarificador incluir en la regulación del art. 143.4 el «criterio de los motivos», teniendo en cuenta cuáles son los motivos que llevan a la persona a ayudar a otra a morir. Tal y como se ha definido la eutanasia en este trabajo, los motivos de solidaridad y compasión hacia el enfermo, que pide de forma expresa morir, son un criterio que permite diferenciar la eutanasia de otros tipos delictivos que también conllevan a la

muerte de una persona. Por lo tanto, debería haberse incluido este requisito impidiendo aplicarse esta atenuación a aquellos que han provocado la muerte del sujeto pasivo por motivos económicos u otros que nada tengan que ver con evitar el sufrimiento del enfermo.

En derecho comparado hemos abordado dos regulaciones sobre la eutanasia muy diferentes, la holandesa y la nueva reforma sobre la materia en Francia. A pesar de que una es más permisiva y la otra más restrictiva, respectivamente, ambas regulan procedimientos de actuación, dando una mayor seguridad jurídica a los médicos que van a practicar la eutanasia, como a familiares, algo que no está regulado en España. Además destaca la importancia que reciben los documentos de voluntades anticipadas, que pueden ser muy útiles en la práctica, sobre todo en aquellos supuestos en los que resulte difícil discernir si la petición del paciente es expresa, seria e inequívoca.

Sin embargo, si ponemos las tres regulaciones en comparación la francesa prohíbe expresamente la «ayuda activa a morir», la legislación española la castiga de forma atenuada, y la holandesa la considera atípica si es realizada por un médico. Por lo que nuestra regulación española podría decirse que está a medio camino entre las regulaciones más permisivas y las más restrictivas.

A modo de reflexión, y tal y como se ha comentado anteriormente en el apartado sobre la regulación holandesa, en mi opinión en su ordenamiento se ve plasmada la idea imperante en su sociedad de que ayudar a morir a alguien que está sufriendo graves padecimientos o cuyo final está próximo, y es su voluntad terminar con su existencia, es un acto de solidaridad con el paciente y por ello debe ser considerada como una conducta atípica, si la realiza un médico. Pero en la regulación española se transmite la idea de que la ayuda a morir a alguien que lo pide por padecer una enfermedad o graves sufrimientos, es un delito aunque menos grave que la cooperación al suicidio, que atenta contra la vida como bien jurídico a proteger.

Finalmente y para concluir, la eutanasia es un tema muy controvertido que aborda no solo cuestiones jurídicas, sino también éticas y sociales, que dificultan al legislador la tarea de elaborar una regulación conforme a todas las posturas. Sin embargo, comparto la opinión de autoras como MENDES DE CARVALHO y TOMÁS-VALIENTE LANUZA que

afirman que la sociedad está cambiando su percepción sobre la vida como bien jurídico protegido «ya que está dejando de ser aceptada como una protección absoluta para estimarse variable en función de las circunstancias mencionadas»⁴⁶. Además la consideración de la eutanasia como un homicidio es cada vez compartida por menos personas. Por lo que adhiriéndome a la opinión de autores que están de acuerdo con la despenalización de la eutanasia como MENDES DE CARVALHO, BARQUÍN SANZ⁴⁷ entre otros, debería llevarse a cabo una reforma del art. 143.4 que despenalizase la eutanasia directa como forma de ayudar a morir a alguien que desea tener una «muerte digna».

⁴⁶ TOMÁS-VALIENTE LANUZA, C., «La disponibilidad de la vida...» nota a pie de pág. en MENDES DE CARVALHO, G., *Suicidio, eutanasia...*, cit., p. 314.

⁴⁷ MENDES DE CARVALHO en *Suicidio, eutanasia...*cit., realiza una propuesta de *lege ferenda* en la que propone una despenalización de la eutanasia activa directa cumpliéndose una serie de garantías: a) valoración de la petición de morir del enfermo, b) valoración de sus motivos; y c) ponderación entre dignidad humana y prohibición de tratos inhumanos. BARQUÍN SANZ en «La eutanasia como forma de intervención en la muerte de otro» propone una despenalización de la eutanasia activa en los casos en que el enfermo tiene el control de la situación hasta el final.

VI. BIBLIOGRAFÍA

1. LIBROS Y ARTÍCULOS DE REVISTAS

- ALONSO ÁLAMO, M., «La eutanasia hoy: perspectivas teleológicas, bioética constitucional y jurídico-penal», en *Revista Penal*, nº 21, enero 2008
- BARQUÍN SANZ, J., «La eutanasia como forma de intervención en la muerte de otro» en *Eutanasia y suicidio. Cuestiones dogmáticas y de política criminal*. Granada, Editorial Comares. Estudios de Derecho Penal, 2001
- CARBONELL MATEU, J.C., «Suicidio y eutanasia en el Código Penal de 1995» en *La reforma de la justicia penal*, Gómez Colomer (coord.), 1997 p.183-202
- DE LORA, P. Y GASCÓN, M., «Bioética en el final de la vida» en *Bioética principios, desafíos, debates*. Madrid, Alianza Editorial, 2008 p. 207-256
- GIMBERNAT, E., Crítica al art. 143.4 extraída del prólogo a la segunda edición del Código Penal de 1995.
- MENDES DE CARVALHO, G., *Suicidio, eutanasia y Derecho penal. Estudio del art. 143 del Código penal español y propuesta de legeferenda*. Granada: Editorial Comares, Estudios de Derecho Penal y Criminología, 2009.
- NÚÑEZ PAZ, M.A., *La buena muerte: el derecho a morir con dignidad*. Madrid: Editorial Tecnos, 2006
- PASCUCCI DE PONTE, E., «Cuestiones entorno a la eutanasia» en *Saberes*. Volumen 1, 2003
- ROXIN, C., «Tratamiento jurídico-penal de la eutanasia» en *Eutanasia y suicidio. Cuestiones dogmáticas y de política criminal*. Granada, Editorial Comares. Estudios de Derecho Penal, 2001
- TOMAS-VALIENTE LANUZA, C., «La regulación de la eutanasia en Holanda» en *ADPCP*, Volumen L, 1997

TOMAS-VALIENTE LANUZA, C., «Perspectivas sobre la regulación de la eutanasia en España», *Universidad de Valencia*, 2001

2. RECURSOS DE INTERNET

Tratamiento jurídico de la eutanasia (28 Febrero 2016)

<http://www.upfiscales.com/2011/01/tratamiento-juridico-de-la-eutanasia/>

GIMBERNAT ORDEIG, E., “El problema jurídico de la muerte y el dolor” en *El Mundo*, el 19 de abril de 2005 (14 abril) <http://www.eutanasia.ws/hemeroteca/m59.pdf>

Government of The Netherlands. *Euthanasia, assisted suicide and non resuscitation on request.* (22 abril) <http://www.government.nl/issues/euthanasia/euthanasia-assisted-suicide-and-non-resuscitation-on-request>

Government of The Netherlands. *Is euthanasia allowed?* (22 abril)

<http://www.government.nl/issues/euthanasia/is-euthanasia-allowed>

Euthanasia: a guide to the Dutch Termination of Life on Request and Assisted Suicide

(Review Procedures) (25 abril) <http://www.bioeticanet.info/eutanasia/lleieuhol.pdf>

Eutanasia en el Mundo (26 abril) http://www.eutanasia.ws/eutanasia_mundo.html

Débat sur la fin de vie : ce qu'il faut savoir (28 de abril) <http://www.gouvernement.fr/fin-de-vie-ce-qu-il-faut-savoir-avant-l-ouverture-du-debat>

Fin de vie (28 de abril) <http://www.gouvernement.fr/argumentaire/fin-de-vie>

Pas d'éuthanasie mais une «sédation» : l'adoption de la loi fin de vie divise. Le Figaro (28

de abril) <http://www.lefigaro.fr/actualite-france/2015/03/12/01016->

[20150312ARTFIG00169-pas-d-euthanasie-mais-une-sedation-l-adoption-de-la-loi-fin-de-vie-divise.php](http://www.lefigaro.fr/actualite-france/2015/03/12/01016-20150312ARTFIG00169-pas-d-euthanasie-mais-une-sedation-l-adoption-de-la-loi-fin-de-vie-divise.php)

Francia cierra la puerta a la eutanasia y aprueba sedación terminal (2 de mayo)

http://www.abc.es/sociedad/abci-francia-cierra-puerta-eutanasia-y-aprueba-sedacion-terminal-201601272111_noticia.html

Código de ética y deontología de la organización médica colegial (3 mayo)

https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica.pdf

Declaración sobre atención médica (3 mayo) <http://www.unav.es/cdb/secpal1.html>

Testamento vital (5 de mayo) http://www.eutanasia.ws/testamento_vital.html

Definición de encarnizamiento terapéutico (6 mayo)

<http://www.unav.es/cdb/dhblexico005016.html>

The Royal Dutch Medical Association (KNMG) (6 mayo) <http://www.knmg.nl/Over-KNMG/About-KNMG.htm>

Eutanasia y suicidio asistido (20 mayo) http://www.eutanasia.ws/eutanasia_suicidio.html

3. JURISPRUDENCIA Y LEGISLACIÓN

Código Penal de 1973 http://noticias.juridicas.com/base_datos/Penal/d3096-1973.html

Código Penal 1995

Declaración sobre atención médica al final de la vida del 11 de enero 2002

<http://www.unav.es/cdb/secpal1.html>

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.

<https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-22188-consolidado.pdf>

Dictamen Consejo Consultivo de la Junta de Andalucía 1 marzo 2007 obtenida de

<http://www.eutanasia.ws/hemeroteca/z30.pdf>

Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte. http://noticias.juridicas.com/base_datos/CCAA/an-12-2010.t1.html

Código de deontología médica, 2011,

https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica.pdf

Ley 10/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte. <http://www.boa.aragon.es/cgi-bin/EBOA/BRSCGI?CMD=VEROBJ&MLKOB=590397610303>

Código Penal Holandés

http://www.ejtn.eu/PageFiles/6533/2014%20seminars/Omsenie/WetboekvanStrafrecht_EN_G_PV.pdf

Ley de Comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio, 2005 (Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures)).

<http://www.eutanasia.ws/documentos/Leyes/Internacional>

Rapport de présentation et texte de la proposition de loi de MM. Alain Claeys et Jean Leonetti créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie

2 de febrero de 2016 <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/144000752>

Sentencia del Tribunal Constitucional 120/1990 de 27 de Junio de 1990

<http://hj.tribunalconstitucional.es/>

