



---

**FACULTAD DE CC. Sociales, Jurídicas y de la Comunicación**  
**UNIVERSIDAD DE VALLADOLID**

Grado en Derecho

**¿SOMOS DUEÑOS DE NUESTRA VIDA?**  
**EUTANASIA Y SUICIDIO ASISTIDO**

**Autor:** Alessa Martín Colodrón

**Tutor:** Araceli Álvarez Álvarez

**Fecha:** Julio 2019

**CURSO 2018-2019**

## ÍNDICE

0. INTRODUCCIÓN.....	3
1. DISTINTAS TEORÍAS ACERCA DE LOS LÍMITES DE LA INTERVENCIÓN ESTATAL; LIBERALISMO Y PATERNALISMO.....	4
1.1. Postura liberal.....	5
1.1.1. <i>Diferencias entre liberal, liberalista y libertario</i> .....	7
1.2. Postura paternalista.....	8
1.3. Consideración del suicidio asistido y la eutanasia desde las anteriores corrientes..	8
2. BIENES JURÍDICOS DE PROTECCIÓN.....	11
2.1. Disponibilidad de la vida.....	11
2.1.1. <i>Evolución histórica</i> .....	11
2.1.2. <i>La disponibilidad de la vida como derecho</i> .....	12
2.2. Dignidad.....	15
2.2.1. <i>Dignidad en el proceso de morir</i> .....	15
2.3. Autonomía.....	20
2.4. Libertad ideológica.....	23
2.5. Colisión de los bienes de protección.....	27
3. SUJETOS QUE INTERVIENEN.....	36
3.1. Ámbito sanitario.....	36
3.1. <i>Médicos</i> .....	36
3.2. <i>Pacientes</i> .....	40
3.3. <i>Representantes del paciente</i> .....	43
3.2. Ámbito no sanitario.....	44
4. MARCO LEGAL EN ESPAÑA.....	45
4.1. Evolución.....	45
4.2. Diferenciando conceptos: suicidio asistido y eutanasia.....	46
5. CONCLUSIONES.....	50
6. BIBLIOGRAFÍA.....	53
7. ANEXOS.....	60

## **RESUMEN:**

Los filósofos del contractualismo centraron sus teorías en explicar el nacimiento del Estado y el marco de actuación de éste, es decir, sus límites en diferentes campos: la intervención en la economía, la intervención en la esfera privada de sus ciudadanos. Ésta última es en la que se centra el trabajo, en el estudio, en concreto, de la libertad que poseen los individuos para apropiarse de sus cuerpos y debatir el papel que juega el Estado en estos supuestos, a través del análisis de dos corrientes filosóficas: paternalismo vs intervencionismo.

La Constitución Española reconoce que todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, y que toda persona tiene derecho a la libertad y a la dignidad. El debate surge en los casos en los que el derecho a la vida entra en colisión con el derecho a la libertad cuando se pretende acabar con la primera, bien por sí mismo o, bien a través de la figura de un tercero.

Este tercero puede ser un médico o no, de tal manera que sus responsabilidades serán distintas. En los casos en los que es un médico surge una relación especial dentro del ámbito sanitario que lo diferencia de otros, puesto que el médico ocupa una posición privilegiada pues posee los conocimientos necesarios para llevar a cabo de una manera segura y digna la muerte por suicidio asistido o eutanasia.

## **ABSTRACT:**

Contractualism philosophers based their theories on explaining the State's birth and its framework of action, in particular, in economy intervention and intervention in private sphere of citizens. Intervention in private sphere of citizens is focus on work. It studies liberty of individuals to appropriate themselves of their bodies and it discusses the role played by the State in these cases. It analyzes two philosophical currents : paternalism and interventionism.

The Spanish Constitution recognizes that everyone has the right to life and the right to have physical and moral integrity. Moreover, everyone has the right to be freedom and dignity. Discussion arises in cases in which the right to life disagree with the right to be freedom when it is intended to end your own life, either by yourself or by third person. In most cases, this third person is a doctor. Thus, there is a special connection between doctor and the health field that differentiates it from others fields. Doctor occupies a privileged position because he possesses the necessary knowledge to carry out death in a safe

and dignified way by assisted suicide or euthanasia. To analyze the possible criminal responsibilities, we will study Penal Code's precepts.

**PALABRAS CLAVE:**

Autonomía, dignidad, disponibilidad, eutanasia, liberalismo, libertad, médico, muerte, paternalismo, suicidio asistido, tercero, vida.

**KEY WORDS:**

Autonomy, dignity, availability, euthanasia, liberalism, liberty, doctor, death, paternalism, assisted suicide, third, life.

## 0. INTRODUCCIÓN.

Actualmente se ha reavivado el debate jurídico, médico y social sobre la disponibilidad de la propia vida. Fundamentalmente, en los últimos meses, el referido a cuestiones sobre si un sujeto puede pactar que otro coopere, auxilie u ocasione su muerte en los casos en los que medie su consentimiento.

Pocas realidades obligan tanto como la muerte a preguntarnos sobre el sentido de nuestra vida, hasta el punto de plantearnos si existen vidas que no merecen ser vividas, es decir, vidas indignas. La protección jurídica de la vida es un derecho fundamental de las democracias actuales, pero, ¿el derecho a la vida exige el deber de vivirla? Frente al derecho a la vida voces se alzan defendiendo otro derecho, el derecho a una muerte digna.

El análisis desde el punto de vista filosófico se centrará en diferentes teorías que giran en torno al debate crítico del poder del Estado relacionado con las libertades reconocidas a sus ciudadanos, y en concreto, si somos libres para decidir qué hacer con nuestro cuerpo o si, por el contrario, el Estado tiene poder para limitar esa capacidad de decisión.

Desde el punto de vista jurídico, se realizará un estudio sobre tres pilares básicos reconocidos en la Constitución: el derecho a la vida derecho, el derecho a la dignidad y derecho a la libertad, éste último en cuanto derecho a la autodeterminación y a la posibilidad de que un tercero disponga de la vida ajena con consentimiento del sujeto pasivo. En base a estos pilares se centra el debate jurídico de la eutanasia y el suicidio asistido, tanto para su defensa como para su protección. Tras la explicación normativa y jurisprudencial de estos bienes jurídicos protegidos en nuestro ordenamiento, se expondrá como entran en colisión a la hora de examinar diferentes supuestos de hecho reales. De modo que, tras la explicación teórica de estos bienes se puede haber fijado un criterio jerárquico a priori, pero se observará que, a la hora de acercarnos a supuestos de hecho concretos, esta jerarquía de bienes cambia respecto a cada caso concreto.

Seguidamente se procederá al análisis de los distintos sujetos que intervienen en el acto del suicidio asistido o eutanásico y sus posibles responsabilidades dentro del marco legal español. El estudio se centrará en el ámbito sanitario ya que, la mayor parte de la población muere en contacto con éstos.

## **1. DISTINTAS TEORÍAS ACERCA DE LOS LÍMITES DE LA INTERVENCIÓN ESTATAL; LIBERALISMO Y PATERNALISMO.**

Los filósofos contractualistas explican el nacimiento del Estado como un contrato original entre los seres humanos, por el cual éstos aceptan una limitación de las libertades naturales por el órgano de gobierno de la sociedad civil. Para ellos, la sociedad civil comenzará tras ese pacto, configurado de manera distinta por cada uno.

Mediante sus teorías, los contractualistas Hobbes, Locke y Rousseau pretenden llevar a cabo un análisis crítico sobre el poder y la legitimidad de los Estados. Distinguen un Estado de naturaleza, previo a la fundación del Estado y sociedad como cuerpo político; y un contrato, como medio en el que los miembros acordarían un modelo de organización al que estarían sometidos.

Para Hobbes<sup>1</sup> en el Estado de naturaleza cada ser humano busca su propio interés, estamos ante un todo contra todos. El contrato sería un pacto entre individuos que renuncian a la violencia a favor de la seguridad, a partir de este se crea el Estado al que se le dota de un poder absoluto cuyos mandatos son órdenes.

Locke<sup>2</sup>, a diferencia de Hobbes, expone un Estado de naturaleza regido por una ley natural que orienta la conducta de los seres humanos. De esa ley natural derivan una serie de derechos inalienables, previos al pacto y que limitarían a los poderes políticos. Esos derechos serían la conservación de la vida, la libertad y la propiedad. Mediante el contrato los humanos renuncian al uso de la fuerza conservando la libertad. Estamos ante un contrato entre individuos y Estado. El poder del Estado deriva del pueblo, de tal forma que el Estado posee un poder limitado, su función es asegurar la paz y la seguridad. La teoría contractualista de Locke fijó las bases del liberalismo político.

---

<sup>1</sup> Hampsher-Monk, I., *Historia del pensamiento político moderno*, Editorial Ariel S.A., Barcelona, 1996, pp.15 a 22.

<sup>2</sup> Solar Cayón, J. I., "Los derechos naturales en la filosofía política de Locke" en *Historia de los Derechos Fundamentales*, Tomo 1: Tránsito a la modernidad. Siglos XVI y XVII, Dykinson, Madrid, 1998, cap. VIII, pp.601 y ss.

Rousseau<sup>3</sup>, por su parte, encuadra al contrato como un compromiso libre entre los individuos de someterse a las leyes, de tal forma que las leyes expresan la voluntad general. El Estado es la soberanía popular y la democracia es directa.

Parto desde este punto de vista filosófico de Estado con el fin de debatir el papel del Estado, los poderes que posee frente a los individuos y sus límites.

Dentro de las diferentes corrientes sobre el grado de intervención del Estado en las libertades de los individuos podemos encontrarnos: la postura liberal y la postura paternalista.

### **1.1. Postura liberal.**

Bajo esta corriente se hacía alusión a los partidarios de los mercados libres de ataduras —en contraposición a que el mercado sea regulado por el Estado— basándose en la libertad humana, no bajo la justificación de la eficiencia económica.

De esta manera se opta por entender que el papel del Estado debe ser de mínimos, dejando a las personas decidir libremente. De tal manera que el Estado intervendrá cuando en el ejercicio de dicha libertad se dañe a un tercero.

El principio del daño a terceros aparece en la obra de Stuart Mill, 'On liberty', y lo configura como límite de la intervención estatal, lo fija como el único propósito, para el que puede ejercitarse legítimamente el poder y es, la utilización de esa libertad para dañar a otro sujeto. De ello se deduce que, la actuación de un sujeto que atente contra un bien propio no constituye justificación suficiente para que intervenga el Estado en la autonomía individual ya que, entra dentro de su libertad de actuación. Para Mill "el individuo es soberano sobre sí mismo, sobre su cuerpo y sobre su mente".<sup>4</sup> "El único fin en el cual la humanidad está autorizada a interferir en la acción de sus miembros, es evitar un daño a los demás".<sup>5</sup>

No se puede obligar a un sujeto a hacer algo porque sea mejor para dicha persona en opinión de los demás. La polémica que planteó Mill sigue hoy vigente, acerca de si el

---

<sup>3</sup> *Historia del pensamiento político moderno* "cit." p.199.

<sup>4</sup> Pérez de la Fuente, O., "Los límites de la intervención estatal", material extraído del temario de la asignatura de Filosofía Política de la Universidad Carlos III de Madrid, p. 1. (disponible en <http://ocw.uc3m.es/filosofia-del-derecho/filosofia-politica/material-de-clase-1/tema-5-los-limites-de-la-intervencion-estatal/view>).

<sup>5</sup> Garzón Valdés, E., "¿Es éticamente justificable el paternalismo jurídico?", *DOXA 5. Cuadernos de Filosofía del Derecho*, 1988, p. 155.

paternalismo solo debe admitirse para el caso del daño a terceros, o si existe, otros tipos justificables de paternalismo.

Uno de los principios fundamentales de esta corriente es su oposición a legislar sobre la moral.<sup>6</sup> Los liberales también abogan por su negativa ante políticas de redistribución de renta, a través de impuestos. Argumentan que la decisión de ayudar debería dejarse en manos de los individuos no del Estado, pues de otra forma, violaría su derecho a decidir. Michael J. Sandel, compara esta situación con un delito de robo; argumenta que el Estado fuerza al contribuyente (roba) para invertirlo en fines sociales con el fin de redistribuir la riqueza; lo compara con la situación del ladrón que roba al rico para dárselo al pobre.

Friedrich A Hayek (1899-1992) fue un economista-filósofo que defendió que ``el intento de igualdad económica que intenta llevar a cabo los Estados a través de estas políticas no podrá ser sino coercitivo y destructivo para una sociedad libre''.<sup>7</sup> Para Robert Nozich en *Anarquía, Estado y utopía* (1974)<sup>8</sup> asegura que ``no es relevante si el resultado es justo o injusto, lo relevante es cómo se ha llegado a esa redistribución''.

Los liberales critican el papel de los estados modernos cuestionando su legitimidad, abogando porque violan la libertad de los individuos. Consideran que la actuación del Estado ha de ser de mínimos. Milton Friedman en *Capitalismo y libertad* (1962)<sup>9</sup> alega que muchas de las actividades del Estado de gran aceptación social van encaminadas ilegítimamente en contra de la libertad, añade como ejemplos, la seguridad social o el programa de pensiones obligatorias dirigidas por el Estado, o las leyes del salario mínimo. Considera que violan la libertad individual, plasmada en la decisión de los trabajadores de aceptar el salario que le imponga el empresario y defiende que ``leyes así suponen claramente una interferencia en la libertad de los individuos de cerrar contratos voluntariamente entre sí''.

---

<sup>6</sup> Un ejemplo claro de ello es, su concepción sobre la prostitución, ya que puede ser moralmente reprochable, pero ello no justifica que las leyes impidan su práctica, pues son adultos los que consiente llevar a cabo dichas actuaciones en contra de la moral; o, por otro lado, la homosexualidad, que el Estado lo desapruere, no implica que se prive a los individuos de elegir a sus compañeros sexuales. El centro moral de la doctrina libertaria básica es: ser dueño de uno mismo.

<sup>7</sup> Sandel, M., *Justicia ¿Hacemos lo que debemos?*, trad. J. P. Campos Gómez, Debolsillo, Barcelona, 2013, p. 74.

<sup>8</sup> *Ibíd.*, p. 76.

<sup>9</sup> *Ibíd.*, pp. 74-75.



La clave de esta doctrina es la autonomía individual, su capacidad de decisión, sin importar si es justo o injusto el resultado, lo relevante es cómo se ha llegado.

Consideran al ser humano como una persona capaz de razonar y con poderes de actuación en busca de fines posteriores a sus acciones. Al contrario que las posturas paternalistas, consideran que solo éstos son capaces de tomar las decisiones que afectan a su vida pues son los más apropiados para decidir sobre sus propios intereses.

### *1.1.1. Diferencias entre liberal, libertarista y libertario.<sup>10</sup>*

Al utilizar el término liberal se hace referencia a la tradición iniciada por Locke o Adam Smith. Esta línea de pensamiento podría sintetizarse de la siguiente forma: el mejor Estado es el que menos interviene. El fin del Estado sería el de proteger los Derechos individuales de los miembros de la sociedad.

Sin embargo, tanto en Europa como en EEUU el término liberal ha perdido su connotación clásica ya que los partidos teóricamente liberales se han aliado con corrientes ideológicas conservadoras que se alejan de las bases del liberalismo —sobre todo en el plano de legislar sobre la moral—. Esta alianza los aleja del clásico liberalismo.

Bajo la premisa de reivindicar el pensamiento liberal en su esencia surge el libertarismo. La base de este pensamiento seguiría siendo que la actuación del Estado ha de ser de mínimos y que los comportamientos privados no deben ser legalmente restringidos.

La palabra “libertario” en EEUU —en inglés “*libertarian*”— posee una connotación distinta a la que se da en Europa; en Europa el término anglosajón “*libertarian*” se traduce por libertarista para no confundirlo con el término libertario cuyo pensamiento en Europa se identifica por la ideología anarquista<sup>11</sup>.

Al igual que el libertarismo, el movimiento defiende los derechos individuales siempre que en su ejercicio no se dañe a terceros, pero se distancian de los “libertaristas

---

<sup>10</sup> Material extraído del Blog de Divulgación Filosófica y Pensamiento Libre, <http://www.lasangredelleonverde.com/>. En concreto el artículo publicado bajo el título “Diferencia entre liberal, libertarista y libertario” (disponible en <http://www.lasangredelleonverde.com/diferencia-entre-liberal-libertarista-y-libertario/>).

<sup>11</sup> Tal y como define la RAE el adjetivo libertario: “En el ideario anarquista, que defiende la libertad absoluta y, por lo tanto, la supresión de todo gobierno y de toda ley” (disponible en <https://dle.rae.es/?w=libertario>).

estadounidenses'', en que también consideran que la libertad de empresa y la propiedad pueden ser un obstáculo para la libertad individual.

## **1.2. Postura paternalista.**

La postura paternalista, de manera completamente antitética al liberalismo, defiende la intervención del Estado en la libertad de los individuos.

Dworkin ofrece una definición amplia de paternalismo ``es la interferencia en la libertad de acción de una persona justificada por razones que se refieren exclusivamente al bienestar, al bien, la felicidad, a las necesidades, a los intereses, o a los valores de las personas coaccionadas''.<sup>12</sup>

Como sostiene Ramiro Avilés ``dicha intervención del Estado sobre el comportamiento de las personas mediante el establecimiento de normas jurídicas o el desarrollo de políticas públicas que aconsejan, desalientan, obstaculizan o criminalizan su realización''.<sup>13</sup>

El paternalismo se basa en la idea de la protección de las personas, pero, su fin va más allá de evitar se haga daño a terceros.

Uno de los argumentos principales de esta corriente, se centra en el beneficio que reporta en los individuos dichas intromisiones en nuestra libertad de decisión. Considera al ser humano como una persona incapaz de conocer sus intereses e incapaz de tomar buenas decisiones de tal manera que ignoran lo que en realidad les conviene, poseen una capacidad de razonamiento limitada, no conocen lo que les conviene para su bienestar. Es necesario que otro sujeto, un tercero, actúe en su lugar. ¿Quién sería el tercero en este caso? El Estado, como institución que tiene más poder sobre los seres humanos mediante la adopción de políticas públicas que se justifican en el bienestar de la población, medidas de protección de éstos frente al daño que esa persona podría causarse a sí mismo.

## **1.3. Consideración del suicidio asistido y la eutanasia desde las anteriores corrientes.**

Se examinarán en este punto, la postura que adoptarían los Estados respecto a la disponibilidad de la vida y, por tanto, de la muerte, por parte de sus ciudadanos, desde ambas

---

<sup>12</sup> *Los límites de la intervención estatal*, ``cit.'' p. 4.

<sup>13</sup> Ídem.

corrientes, la liberal y la paternalista. El reconocimiento a la disponibilidad de la vida por parte de los sujetos implica reconocerles la libertad de que estos decidan libremente cuándo, cómo y con qué medios poner fin a dicha vida.

Desde la corriente liberal, al ser actuaciones en las cuales no se daña a terceros, los ciudadanos serían libres de ponerlas en práctica. Simpatizan en la defensa del suicidio asistido bajo el lema ``si soy dueño de mi vida, debería ser dueño para ponerle fin cuando lo desee``. Considerando que el Estado no tiene derecho a impedir que cada individuo use su cuerpo o disponga de su vida cuando o como le convenga, mientras que no cause daño efectivo y objetivable a otro.

Bajo la visión de un liberal el argumento sería: mi vida me pertenece, es mía, entonces debería tener la libertad de abandonarla y, si lo hago, podré mediante un acuerdo convenir que otro me ayude a morir y el Estado no debe interferir en mis decisiones.

Si desde este punto de vista tenemos derecho a decidir sobre nuestro cuerpo también tenemos derecho a decidir cómo deseamos quitarnos la vida, mediante qué medios, y terceras personas igualmente tienen derecho a decidir si van a ayudarnos o no. Somos dueños de nosotros mismos tenemos un derecho de auto-propiedad sobre nuestro cuerpo y podemos decidir sobre ello.

De tal forma, que el suicidio asistido y la eutanasia se extenderá no solo a casos en los que un sujeto padezca una enfermedad terminal o con un sufrimiento físico fácilmente objetivable y con una fuerte dependencia —su defensa puede basarse en razonamientos en torno a la dignidad y compasión—. Sino también a casos en los que un sujeto quiera poner fin a su vida sin más motivo que el cansancio o la infelicidad<sup>14</sup>.

Desde la corriente paternalista se justificarán medidas que prohíban estas prácticas con el fin de proteger al sujeto. El Estado asume una tarea activa en el desarrollo de la vida de las personas prohibiendo comportamientos que les dañen —individualmente—, aunque

---

<sup>14</sup> Caso del científico australiano David Goodall, fallecido en Suiza, lugar al que se había desplazado para darse muerte ya que en su país la legislación prohíbe el suicidio asistido. Él mismo fue el que llevó a cabo el acto abriendo la válvula para liberar el producto letal. Goodall no padecía ninguna enfermedad simplemente que su calidad de vida no era adecuada pues tenía 104 años. Información extraída de ``El científico australiano David Goodall se suicida asistido en una clínica de suiza``, *El País*, 2018 (disponible en [https://elpais.com/internacional/2018/05/10/actualidad/1525949833\\_715167.html](https://elpais.com/internacional/2018/05/10/actualidad/1525949833_715167.html)).

no suponga daños para terceras personas. De tal manera que, los sujetos no serían libres de decidir sobre cuando poner fin a sus vidas.

A través del examen de ambas posturas filosóficas se observa la colisión de un bien, la libertad de uno de decidir sobre su vida, frente a una actitud protectora del Estado, limitando esa libertad e impidiendo que se facilite la muerte de sus ciudadanos.

El Estado español se ha dotado de una serie de bienes jurídicos protegidos. Éstos entran en colisión a la hora de debatir el papel que debe adoptar el Estado en estos supuestos. Se procederá al examen de dichos bienes en el siguiente bloque, desde un punto de vista teórico y práctico. Como expone Araceli Álvarez ``aquellos que nos hemos adherido o hemos compartido el principio de que somos dueños de nuestro cuerpo y nuestra vida, ¿lo mantendríamos ante cualquier decisión que un tercero tomara respecto al suyo, si no mediara enfermedad terminal?''<sup>15</sup>. Ya que si bien, podemos optar por defender nuestra postura desde la defensa de la primacía de unos bienes frente a otros, nos resulta difícil mantenerlos ante casos concretos reales.

---

<sup>15</sup> Álvarez Álvarez, A., `` ¿Somos nuestros propios dueños? '', Revista del Ilustre Colegio de Abogados de Valladolid —ICAVA—, primer semestre 2018, p.37.

## 2. BIENES JURÍDICOS DE PROTECCIÓN.

El ordenamiento jurídico de los Estados tiene como objeto la defensa de unos principios y unos bienes jurídicos básicos, que constituyen la base de los derechos fundamentales recogidos en los textos constitucionales.

Dichos derechos pueden colisionar y ser objeto de una necesaria ponderación en cuestiones tan delicadas y a la vez polémicas como las que constituyen el tema de este estudio; particularmente en lo concerniente al acto eutanásico y al suicidio asistido, son varios los bienes jurídicos de protección que se invocan indistintamente en el debate, bien para su defensa o bien para su detracción. Estos son el derecho a la vida, dignidad, autonomía y libertad.

Así, el derecho a la vida será objeto de una doble interpretación: por un lado, para defender la indisponibilidad de la misma, con la consiguiente obligación del Estado de protegerla; por otro lado, nos encontramos, en el marco del mismo derecho, con la reivindicación del derecho a una muerte digna, y a la autonomía personal en la toma de decisiones vitales, como argumento inseparable al ejercicio de nuestra libertad.

### 2.1. Disponibilidad de la vida.

#### 2.1.1. *Evolución histórica.*

El debate sobre los límites de la libertad humana, y, por ende, sobre el tema que nos atañe, el de si podemos disponer sobre nuestra vida para quitárnosla o para consentir que un tercero nos la quite, lleva a cuestionarnos asuntos polémicos como el suicidio, el suicidio asistido o la eutanasia. En concreto, la elección del suicidio, históricamente, nunca ha dejado indiferente a la sociedad.

En el Mundo Antiguo el suicidio estaba marcado por dos posturas. La primera sería el heroísmo. Se consideraba que la buena muerte estaba ligada a la muerte en defensa de la comunidad, por el bien común.

Platón, en el 'Fedón', relata cómo Sócrates afronta su muerte (condena pública a suicidarse). La postura que adopta Sócrates ante la muerte es la de no intentar retrasarla con 'trucos legales' pues no sería coherente con los principios que rigen su vida. Dicha situación que le sucede a Sócrates, es la que sucede —de forma metafórica— cuando se califica a un paciente como enfermo terminal, pues se lo condena a muerte.

Séneca, filósofo estoico, opina sobre la muerte y la vejez, estableciendo que, para él, un sabio debe saber en qué momento ha de morir, dispone que lo importante no es la cantidad de vida que vivas sino la calidad de ésta y fija la siguiente reflexión, no es posible juzgar las decisiones sobre la muerte de un modo general, cada uno tendrá una circunstancia particular. Opina que ``aprender a morir lleva toda una vida''. Los estoicos levantan el tabú del suicidio.

La segunda postura es la que adopta el Imperio Romano, considerando el suicidio como un crimen.

En la Edad Media, con la extensión del cristianismo, se implantó la norma de la sacralidad de la vida, y, por ende, la ilegalidad e inmoralidad de cualquier acción sobre la disponibilidad de la vida que llevara a la muerte voluntaria de la persona. El único decisor sobre la vida o la muerte es Dios.

Dicha situación se mantiene hasta el siglo XVIII, momento a partir del cual se empieza a defender el derecho de muerte voluntaria como prueba del dominio del hombre sobre su destino.

### *2.1.2 La disponibilidad de la vida como derecho.*

La primera cuestión que habrá de plantearse es si la protección jurídica de la vida incluye la facultad de disponer de ella.

La Constitución Española de 1978 (CE) garantiza la protección jurídica de la vida en, la sección I del Capítulo II del Título I ``De los Derechos fundamentales y las libertades''.

Así, el artículo 15 recoge: ``Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes. Queda abolida la pena de muerte''.

El anterior artículo está integrado por un contenido complejo, que otras constituciones regulan en diferentes artículos. Consagra en primer lugar, el derecho a la vida y la integridad física y moral, en segundo lugar, prohíbe las torturas, penas y los tratos inhumanos o degradantes y, en tercer lugar, establece la abolición de la pena capital.

Por lo tanto, el artículo 15 reconoce el Derecho a —la protección jurídica de— la vida, y de ello se derivan unas obligaciones negativas (no matar) como positivas (protección frente a ataques de terceros).

Las características que derivan de este artículo son las siguientes, en primer lugar, el derecho a la vida es el presupuesto del resto de derechos —solo podemos disfrutarlos si estamos vivos—; en segundo lugar, su violación tiene un carácter irreversible, y; en tercer lugar, no es un derecho absoluto pues en nuestro ordenamiento se reconoce como causa de justificación el acto de matar a otro en legítima defensa.

El sentido fundamental constitucional del derecho a la vida es que nace como una conquista liberal, es decir, nace frente al Estado cuyo fin es impedir que el Estado mate seres vivos, de tal manera, que se impone una serie de deberes, en primer lugar, respetar la vida y, en segundo lugar, protegerla frente a ataques de particulares.

Ahora cabe preguntarse, cuál es el alcance de dicho derecho; y para la delimitación del alcance del derecho a la vida habrá que plantearse, si el derecho fundamental incluye la facultad de disponer de él.

La respuesta de nuestro ordenamiento es negativa para los casos en los que intervenga un tercero, de ahí que se castigue el homicidio consentido, si bien, a la hora de determinar la pena a imponer variará según nuestro Código Penal (CP)<sup>16</sup>. Ejemplos de esta necesidad de análisis casuístico y como ya desarrollaré en los siguientes puntos, es el de si los presos bajo la tutela del estado que se ponen en huelga de hambre pueden ser alimentados forzosamente o si la negativa de un menor testigo de Jehová imposibilita o no que se le someta a un tratamiento médico que impida su muerte. Ahora bien, en estos casos existen circunstancias especiales, por cuanto se trata de presos bajo tutela del Estado y de un menor, —sujeto especialmente protegido por el ordenamiento jurídico—. ¿Qué pasaría en el caso de una persona mayor de edad y sin estar bajo la tutela del Estado?, ¿podría disponer de su vida?, ¿qué pasa en el caso de que no pueda quitarse por sí solo la vida y se lo pida a otro sujeto (homicidio a petición)?

Será necesario distinguir si para quitarse la vida es necesario el concurso de un tercero o no. Pues los casos en los que intervenga un tercero están tipificados, en cambio, el suicidio no está tipificado. Para determinar las consecuencias prevista para el caso que intervenga un tercero habrá que acudir al CP, en el libro II, del título I ``del homicidio y sus formas'', en concreto, al artículo 143, que a lo largo del trabajo desarrollaré.

Las posturas respecto a esta problemática pueden resumirse desde el punto de vista constitucional en lo siguiente. Unos defienden que la vida es disponible para la persona y,

---

<sup>16</sup> Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre del Código Penal. Referencia: BOE-A-1995-25444.

por tanto, consideran que la tipificación de la eutanasia activa directa es inconstitucional. Entendiendo que la eutanasia es una excepción al derecho de protección de la vida, y para ello, consideran importante salvaguardar la decisión del enfermo, de renunciar a su propia vida de manera que lo ejercerán libre y consciente. Y otros que el derecho a la vida no incluye el derecho a disponer de ella

El Tribunal Constitucional (TC), como máximo intérprete de la CE, se ha pronunciado sobre el sentido constitucional del derecho a la vida.

En primer lugar, en la sentencia 53/1985 (Pleno) de 11 de abril, en la que relaciona el derecho a vida con la dignidad prevista en el artículo 10.1. Establece el derecho a la vida como un concepto jurídico indeterminado y como valor superior del ordenamiento jurídico y lo justifica en que sin este derecho carecen de sentido los demás.

Y, en segundo lugar, en su sentencia 120/1990 (Pleno) de 27 de junio (FJ 4) establece lo siguiente, ``el derecho a la vida tiene un contenido de protección positiva que impide configurarlo como un derecho de libertad que incluya el derecho a la muerte, sin embargo, la vida es un bien integrado en el círculo de la libertad de la persona, por lo que esta puede fácticamente disponer de su propia muerte, pero esa disposición constituye una manifestación del *agere licere*<sup>17</sup>, en cuanto que la privación de la vida propia o la aceptación de la propia muerte es un acto que la ley no prohíbe, pero no un derecho subjetivo de carácter fundamental´´.

---

<sup>17</sup> Tomando como referencia la jurisprudencia del Tribunal Constitucional español, se puede decir que la libertad religiosa tiene una doble dimensión: interna y externa. Por un lado, esa libertad garantiza la existencia de un claustro íntimo de creencias y, por tanto, un espacio de autodeterminación intelectual ante el fenómeno religioso, vinculado a la propia personalidad y dignidad individual (STC 177/1996, de 11 de noviembre); es decir, cada uno, en su fuero interno, puede creer o no en lo que quiera. Pero, a su lado, también existe una dimensión externa —el denominado *agere licere* (locución latina traducible, libremente, como: llevar a cabo [algo] con licencia)— que permite a los ciudadanos externalizar ese claustro íntimo, actuando con arreglo a sus propias convicciones y manteniéndolas frente a terceros (STC 137/1990, de 19 de julio). Ese reconocimiento de un ámbito de libertad y de una esfera de *agere licere* se complementa con su dimensión negativa: nadie podrá ser obligado a declarar sobre su ideología, religión o creencias.



Es decir, el titular de la vida dispone de ella, y en consecuencia permite no prohibir el suicidio, admitiendo que el suicidio está permitido en tanto no está prohibido, sin alcanzar un derecho subjetivo fundamental a la propia muerte.

¿Implica el derecho a la vida el deber de vivirla? Para el TC la vida es un derecho no un deber. Por ello el derecho a la vida no incluye el deber de vivirla, ni incluye el derecho a la muerte —entendido como derecho subjetivo de carácter fundamental—. Tampoco existe un derecho a que otro ejecute la propia muerte o colabore en ella. Desde un punto de vista estrictamente constitucional, no existe inconveniente a que la ley penal sancione determinados casos de participación en el suicidio de otro, con independencia de la valoración político-criminal que merezca dicha opción legal.

“Que la CE reconozca la disponibilidad, no significa, necesariamente que el ordenamiento jurídico valore positivamente la muerte consentida, ni que la protección jurídica de la vida se retire absolutamente. La CE no impide que el legislador prohíba la sustitución de la disponibilidad, o determinadas intervenciones de terceros”.<sup>18</sup>

Respecto a la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH)<sup>19</sup> en relación con el derecho a la disposición de la propia vida ha fijado el siguiente criterio “interpreta que son los Estados los que, en virtud del margen de apreciación nacional, están en mejores condiciones para determinar el alcance de las restricciones al mismo”.<sup>20</sup>

## **2.2 Dignidad.**

### *2.2.1. Dignidad en el proceso de morir.*

El concepto dignidad ha tenido una larga trayectoria histórica. No obtuvo reconocimiento desde el punto de vista jurídico hasta el siglo XX, a través del preámbulo de

---

<sup>18</sup> García Arán, M., y Córdoba Roda, J., *Comentarios al CP parte especial tomo II*, Marcial Pons, Madrid, 2004, pp. 41-42.

<sup>19</sup> Conclusiones extraídas de diferentes casos que llegaron al TEDH, caso Lambert contra Francia, caso Pretty contra el Reino Unido, caso Hass contra Suiza, caso Gross contra Suiza.

<sup>20</sup> Climent Gallard, J.A., “La jurisprudencia del TEDH sobre el derecho a la disposición de la propia vida”, *Actualidad jurídica iberoamericana*, N.º. 8, 2018, p. 137 (disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6369280>).

la Carta de Naciones Unidas<sup>21</sup> y de la Declaración Universal de Derechos Humanos<sup>22</sup>. Dichos textos internacionales reconocen la dignidad como algo propio del ser humano y como último fundamento de los derechos humanos.

En el plano comunitario, en la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea<sup>23</sup>, titula su capítulo 1º ``La dignidad`` y en su artículo 1 reconoce que `` la dignidad humana es inviolable. Será respetada y protegida por todos``.

En el plano nacional, se encuentra reconocida a nivel constitucional en el artículo 10.1 `` la dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social. ``. El Tribunal Constitucional (Pleno) ha dispuesto en su Sentencia de 11 de abril 53/85 (F J 2) que es un ``valor jurídico fundamental`` y en la Sentencia del Tribunal Constitucional (Pleno) de 23 de diciembre 337/94 (F J 12) ``pórtico de los demás valores allí consagrados``.

Existen numerosas alusiones a este término, relacionándolo con el tema del suicidio asistido, en numerosas proposiciones de despenalización de la eutanasia y en el Convenio de Oviedo<sup>24</sup>, cuyo objetivo principal es la protección de la dignidad humana relacionado con el avance tecnológico en el ámbito de la biomedicina.

De todo ello, se puede extraer la siguiente conclusión: hay cierto consenso de considerar la dignidad como fundamento último del Derecho.

---

<sup>21</sup> Carta de Naciones Unidas firmada el 26 de junio de 1945, entrada en vigor 24 de octubre de ese mismo año, ratificada por España el 16 de noviembre de 1990. Referencia: BOE-A-1990-27553.

<sup>22</sup> Declaración Universal de Derechos Humanos, adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 217 A (III), el 10 de diciembre de 1948 en París. Ratificado por España el 24 de noviembre de 1977. Referencia: BOE-A-1979-24010.

<sup>23</sup> Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, creada en el 2000 y revisada en el 2007. Referencia: DOUE-Z-2010-70003.

<sup>24</sup> El Convenio de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto de las aplicaciones de la biología y la medicina. Conocido también como Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina o ``Convenio de Oviedo``. Suscrito en Oviedo el 4 de abril de 1997. Referencia: BOE-A-1999-20638.

En la práctica el principio de dignidad humana puede llevar a discusiones sobre cómo interpretar dicho parámetro orientador de cualquier norma jurídica. En la actualidad se recurre a este término desde puntos de vista ideológicos, utilitaristas y políticos para defender multitud de ideas, como, por ejemplo, la legalización del suicidio asistido, apelando al intento de afrontar la muerte de la manera que más les identifique dentro del margen de posibilidades, dotándolo de dignidad a ese acto.

Hay autores que proponen la superación de este principio, ya que lo consideran vacío de contenido. En esta línea Norbert Hoerster “Cuan vacía es necesariamente la fórmula del principio de dignidad humana: no es nada más y nada menos que el vehículo de una decisión moral sobre la admisibilidad o inadmisibilidad de formas posibles de la limitación de la autodeterminación individual”.<sup>25</sup> Otros autores entienden que no es un concepto vacío de contenido y que dota de moralidad al derecho pues, aunque son ordenes distintos, el Derecho debe buscar como base fundamental la realización de la justicia, e intentar que a partir de sus normas se plasmen valores generalmente compartidos, como, en este caso es, dotar de dignidad el proceso de morir.

El término dignidad puede ser contemplado desde diversos puntos de vista, me centraré en este caso, en el filosófico-jurídico.

Tomás de Aquino, en el Libro I de la Suma Teología, estableció que “el término dignidad es algo absoluto y pertenece a la esencia”<sup>26</sup>, “es evidente por sí misma cualquier proposición cuyo predicado pertenece a la esencia del sujeto”.<sup>27</sup> Por lo tanto, la dignidad es propia de la naturaleza y evidente; la dignidad es una realidad ontológica y autoevidente. Aunque apuntar que establecía ciertos matices “hay proposiciones que son evidentes por sí mismas sólo para los sabios, que entienden la significación de sus términos”.

El recurso a la dignidad se remite a un presupuesto esencial, al valor que todos los hombres tienen en sí mismos. En esta dirección, para Kant, “aquello que tiene precio puede ser sustituido por algo equivalente; en cambio, lo que se halla por encima de todo precio y,

---

<sup>25</sup> Hoerster, N., “Acerca del significado del principio de la dignidad humana”, en *En defensa del positivismo jurídico*, trad. J.M. Seña y revisión de E. Garzón Valdés y R. Zimmerling, Gedisa Editorial, Barcelona, 1992, pp. 91 y ss.

<sup>26</sup> De Aquino, T., *Summa Theologica*, I-I, Cuestión 42, artículo 4, edición de Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid, 1993, p. 411.

<sup>27</sup> *Ibidem*, p. 731.

por tanto, no admite nada equivalente, eso tiene una dignidad''.<sup>28</sup> Es esencial distinguir entre personas y cosas, pues mediante esta separación se puede comprender el alcance del principio de dignidad, las personas poseen dignidad, las cosas no. De esta manera se pueden establecer las actuaciones que se consideran lesivas contra la dignidad humana pues cosifican a la persona. ``La dignidad es una cualidad exclusiva, indefinida y simple del ser humano con independencia del modo de comportarse''.<sup>29</sup> No existe una superioridad de un ser humano frente a otro, sino de los seres humanos frente al resto de seres que carecen de razón. Para Kant, la dignidad humana residía en nuestra capacidad de conceder valor a nuestras preferencias. Esa capacidad señalaba la autonomía humana como digna de respeto, es decir, como un fin en sí misma.

En conclusión, la dignidad es un término que se aplica para señalar una peculiar calidad del ser, es una persona, no un individuo, ello conlleva, a que se le dé una exigencia de respeto y consideración, que no puede ser aplicada al resto de seres u objetos.

Otra concepción en torno a la dignidad, es su uso a través de una concepción más utilitarista<sup>30</sup>, especialmente en el campo sanitario, a través de la noción, calidad de vida. Esta noción se ha extendido a través de los debates sociales sobre la eutanasia.

En el contexto de la filosofía utilitarista, el sufrimiento despoja de sentido a la vida del hombre, en esta línea una vida llena de sufrimiento no merece ser vivida y por ello, puede llegar a carecer de dignidad, acuñando el término `vidas indignas'. Un ejemplo de este planteamiento lo encontramos en el texto de la Proposición de Ley Orgánica de despenalización de la eutanasia<sup>31</sup>, presentada por Izquierda Unida. En su Preámbulo establece:

---

<sup>28</sup> Kant, E., *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*, Espasa-Calpe, Madrid, 1983, 8ª edición, p. 92.

<sup>29</sup> García Cuadrado, A., M., ``Problemas constitucionales de la dignidad de la persona'', *Persona y derecho: Revista de fundamentación de las Instituciones Jurídicas y de Derechos Humanos*, Nº. 66-67, 2012, p. 460 (disponible en, <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4286806>).

<sup>30</sup> Utilitarismo: corriente de la ética según la cual lo que es útil es bueno y, por lo tanto, el valor de la conducta está determinado por el carácter práctico de sus resultados.

<sup>31</sup> 122/000060 Proposición de Ley Orgánica sobre la eutanasia. Presentada por el Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea (disponible en [http://www.congreso.es/public\\_oficiales/L12/CONG/BOCG/B/BOCG-12-B-77-1.PDF](http://www.congreso.es/public_oficiales/L12/CONG/BOCG/B/BOCG-12-B-77-1.PDF)).

“El derecho del hombre a una muerte digna está directamente relacionado con el derecho a una vida digna, por ello, cuando causas de naturaleza médica impiden al ser humano desarrollar su propia vida, o le pongan en una situación de fuerte menoscabo de su dignidad como persona, o le supongan padecimientos físicos permanentes e irreversibles, hacen que se deba dar la oportunidad de poner fin a una vida no digna desde el punto de vista de quien decida”.

Ejemplo de ello, también lo plasma Anne Bert, en su libro *El último verano*<sup>32</sup>, publicado de manera póstuma, “Morir no es mi proyecto de vida, no quiero morir, es la ELA, (esclerosis lateral amiotrófica) mi adversario, que me está matando, me niego a pasar un pacto con el enemigo, a colaborar, a observarla mientras está construyendo mi cárcel. Rechazo una agonía que sería solo una inútil lucha llena de angustias. No renuncio a asumir la responsabilidad del final de mi vida porque es parte de mi vida. No la entrego en contra de mi voluntad al cuerpo médico, me queda una última libertad, la de elegir cómo voy a morir”. Anne pasó el último año de su vida intentando convencer a los políticos de su país—Francia—, que regulasen la eutanasia y acabó acudiendo a Bélgica para morir.

Estas líneas nos sitúan ante ciertos interrogantes ¿existen vidas que no merecen ser vividas? ¿deben, por ello, dejar de estar protegidas jurídicamente? Son muchos los problemas, y no sólo jurídicos, que plantea la reducción del valor de la vida —su dignidad— a la calidad de la misma.<sup>33</sup> La calidad de vida es un concepto jurídico indeterminado, pues se basa en una serie de valores subjetivos. Para Sánchez González “el problema radica en que la idea de la calidad de vida no es primariamente un concepto intelectual. Es más bien una aspiración ideal que sólo puede llenarse de contenido en un determinado contexto histórico, social y personal”.<sup>34</sup>

La calidad de vida relacionada con la salud, nos lleva a plantearnos la expresión “muerte digna”.

En este punto, respecto a la cuestión sobre la muerte digna, el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, sobre conceptos y definiciones de Atención Médica al Final

---

<sup>32</sup> Bert, A., *El último verano*, trad. A. Blanco Solis, KAILAS, ISBN 978-84-17248-20-8.

<sup>33</sup> Cohen, C.B., “Quality of life” and the analogy with the nazis”, *The Journal of Medicine and Philosophy*, 1983, volume 8, p. 114.

<sup>34</sup> Sánchez, M., “Calidad de vida en enfermos terminales y eutanasia”, en Urraca, S., (ed.) *Eutanasia hoy: un debate abierto*, Madrid, Noesis, 1996, p.356.

de la Vida, en 2015<sup>35</sup>, declara que la muerte digna: ``Supone vivir dignamente hasta el último momento. Ello requiere la consideración del enfermo como humano hasta el momento de la muerte, el respeto a sus creencias y valores, así como su participación en la toma de decisiones mediante una relación cercana y sincera con el equipo asistencial. Se asocia el hecho de morir con dignidad a la ausencia de sufrimiento. También hay que tener en cuenta otros factores humanos, como la presencia de los seres queridos y la creación de un entorno amable``.

Para el Magistrado del Tribunal Supremo (TS), Don José Jiménez Villarejo, dispone que la dignidad humana se manifiesta singularmente en la autodeterminación consciente y responsable de la propia vida, lo que se consigue mediante el ejercicio efectivo de los derechos que son inherentes a la persona. El Magistrado se refiere concretamente a los casos en los que el titular lo pide de forma expresa y determinante, pero, ¿Qué sucede en los casos en los que la persona se encuentra en un estado terminal o no tiene capacidad suficiente?

### **2.3. Autonomía.**

Desde finales del siglo XX, se ha producido una transformación entre las relaciones médico-paciente, es decir, en las relaciones sanitarias, como consecuencia de la toma en consideración de la opinión de los pacientes en decisiones que afectan a su salud. Se ha pasado de un ``paternalismo médico``—en el que el médico estaba obligado deontológica y bioéticamente a fomentar el beneficio de su paciente sin que fuera necesaria la opinión de aquél— a una relación entre médico-paciente regida por el respeto a las decisiones del paciente sobre su salud. Actualmente, los pacientes reivindican ser informados y participar en las relaciones sanitarias; se los ha dotado de una autonomía.

Sin embargo, el paso de ese ``paternalismo médico`` ha llevado a una preponderancia del principio de autonomía, y ha generado en la praxis clínica una frecuente inseguridad. Esta situación lleva a plantearnos preguntas como ¿Hasta cuándo el personal sanitario debe respetar la voluntad del paciente? ¿cómo manifiesta esa voluntad para un caso futuro en el que no

---

<sup>35</sup> El Grupo de Trabajo de Atención Médica al Final de la Vida de la Organización Médica Colegial (OMC) y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) en esta Declaración, <http://www.medicosypacientes.com/sites/default/files/Documento%20Conceptos%20AtencionFinalVida%202015.pdf>, refrendada por la Asamblea General de la Corporación celebrada el pasado 19 de septiembre.

pueda manifestarla? ¿qué pasa si el paciente no está capacitado para tomar dicha decisión? Estas cuestiones se irán resolviendo a lo largo del trabajo.

Pasemos a analizar a qué nos referimos al emplear el termino autonomía, desde un punto de vista moral, bioético y constitucional.

La autonomía desde un punto de vista moral se compone de dos condiciones: racionalidad e independencia. La independencia implica la ausencia de condiciones externas que puedan influir en la voluntad del sujeto<sup>36</sup>. Esto, en la práctica, es complejo porque hay una gran cantidad de factores que condicionan nuestras decisiones. De ello deriva que, lo importante no es la inexistencia de factores, sino que el sujeto sea capaz de examinarlos y adoptar una decisión —mediante el empleo de la racionalidad—.

Desde un punto de vista subjetivo, es frecuente definir la autonomía personal como capacidad de autogobierno —mediante una decisión racional—. El problema es que en las sociedades actuales esa capacidad de autogobierno se ve aminorada por la obediencia a la autoridad, o, por ejemplo, la posibilidad de escapar del paternalismo en situaciones de fuerte dependencia como es el caso de las personas enfermas —ya que, en las relaciones sanitarias, los médicos tienen una posición de superioridad respecto al paciente—.

Ahora bien, es necesario que para que el sujeto pueda ejercitar esa autonomía, tenga a su alcance la capacidad efectiva de llevarlas a cabo. De nada nos sirve que se nos reconozcan derechos si no podemos hacerlos efectivos.

Desde un punto de vista objetivo, una persona es más o menos autónoma después de haber evaluado las posibilidades. Es decir, para decidir autónomamente se necesitan diversas opciones y elegir. Se garantiza así la independencia sin ser objeto de manipulación o coerción. Un ejemplo extraído del libro *Constitución y derechos fundamentales*<sup>37</sup>, dispone que un ciudadano de una sociedad política que solo pueda escoger entre dos opciones cualitativamente semejantes, en este caso, entre leer el periódico A y leer el periódico B, ambos dirigidos por un consejo editorial integrado por las mismas personas. En este caso las personas no parecer tener acceso a opciones informativas diferentes, aunque haya varias opciones. O, el caso, de un periódico que informe sobre condiciones meteorológicas u otro

---

<sup>36</sup> Álvarez, Silvina: ``La autonomía personal y los derechos de los enfermos´´, en VVAA, *Constitución y derechos fundamentales*, Ministerio de la Presidencia. Secretaria General Técnica, Madrid, 2004, p. 918.

<sup>37</sup> *Ibidem*, p. 941.

que solo informe del estado de las carreteras. Por ello, es necesario tener en cuenta las condiciones para el ejercicio de la autonomía.

En este caso, en las relaciones médico-paciente, el médico cuenta con una posición de superioridad, pues posee los conocimientos y la experiencia, conoce el tratamiento y la solución a la enfermedad del paciente. El paciente, es el que toma la decisión, pero para ello será necesario que se le proporcione información.

En relación con la bioética<sup>38</sup>; el principio de autonomía se reafirma como principio de respeto a la voluntad de las personas en el ámbito sanitario. Este principio de autonomía se materializa a través del consentimiento informado.

“La evolución producida en los últimos años, y que está en el origen que nos ocupa, muestra la clara tendencia a la valoración de la autonomía por encima de la beneficencia. Y es en este contexto de la relación médico-paciente donde surge el concepto de consentimiento informado (C.I.), como una forma de salvaguarda en la autonomía del enfermo. Ya no se trata de imponer el bien al enfermo, con su aceptación más o menos presupuesta —o incluso en contra de su voluntad—, sino de averiguar cuáles son sus expectativas y prioridades y adaptarse a ellas. Así entendido, el Consentimiento Informado es una nueva cultura en la que el desarrollo de los derechos humanos ha influido de manera decisiva. Toda persona, aunque esté enferma, debe continuar siendo considerada, en principio, libre y competente para decidir sobre su salud y su integridad y debe, por tanto, tener la posibilidad de intervenir activamente en las decisiones médicas que le incumben”.<sup>39</sup>

Esta autonomía de los pacientes en el ámbito sanitario se confirma, en nuestro ordenamiento jurídico, tanto; en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica<sup>40</sup>; como en numerosa normativa de las Comunidades Autónomas (CCAA) en materia relativa a los derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del paciente y la documentación clínica, sobre todo, en lo relativo al documento

---

<sup>38</sup> Puede leerse un desarrollo amplio de esta relación entre autonomía y bioética en A.I. y Abellán Salort, J.C., *Autonomía, libertad y testamentos vitales*, Dykinson, SL., Madrid, 2009, pp.15-27.

<sup>39</sup> Palomares, M. y López y García de la Serrana, J. (Coords.), *El consentimiento informado en la práctica médica y el testamento vital*, Comares, Granada, 2002, pp. 6-7.

<sup>40</sup> 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. Referencia: BOE-A-2002-22188.



de voluntades anticipadas: la primera, la ley 21/2000, de 29 de diciembre sobre los derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del paciente y la documentación clínica de Cataluña <sup>41</sup>, la segunda CCAA en dotarse de una ley en esta materia fue Galicia mediante la 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado de la historia clínica de los pacientes de Galicia<sup>42</sup>, y, la Ley 3/2005, de 7 de marzo, de modificación de la Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes de Galicia<sup>43</sup>. El resto de CCAA han ido dotándose de estas leyes para regular la autonomía de los pacientes en el ámbito sanitario

El concepto de autonomía aparece ligado también a las posibilidades decidir sobre nuestro cuerpo, por ejemplo, a través del derecho a la información relacionado con el paciente. Como consecuencia de la ley 41/2002, el Capítulo III del Código de Deontología Médica<sup>44</sup>, el derecho del paciente a una información libre, veraz y comprensible y a rechazar, total o parcialmente un tratamiento. Y por lo que respecta al médico le reconoce la posibilidad de ``negarse, por razones científicas o éticas, a realizar un procedimiento inadecuado o inaceptable'' (artículo 12.3); este punto es considerado por la doctrina como un apoyo más al derecho de objeción de conciencia<sup>45</sup> y de conciencia. En dicho Código, a efectos del consentimiento, se considera según el artículo 14 al mayor de 16 años capacitado para tomar decisiones sobre su salud, pero trasladando al médico la `responsabilidad ética' de hacer la valoración subjetiva sobre la madurez del paciente.

#### **2.4. Libertad ideológica.**

El término libertad no tiene un único sentido. Puede definirse como el conjunto de ideas que forman parte del pensamiento de una persona, sociedad, religión o época.

---

<sup>41</sup>BOE, núm. 29, de 2 de febrero de 2001, pp. 4121 a 4126.

<sup>42</sup> BOE, núm. 158, de 3 de julio de 2001, pp. 23537 a 23541.

<sup>43</sup> BOE, núm. 93, de 19 de abril de 2005, pp. 13364 a 13368.

<sup>44</sup> Código de Deontología Médica. Promulgado en 1978 y reformado 1990, 1999 y 2011. El Real Decreto 300/2016, de 22 de julio, por el que se aprueban los Estatutos del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Referencia: BOE-A-2016-7604.

<sup>45</sup> Concepto introducido en el Código de Deontología Médica, que a diferencia de la de conciencia esta apela a razones de tipo profesional para el rechazo de una norma u orden que se oponga a la libertad de método o prescripción médico.

La afirmación de la libertad del hombre ha sido debatida a lo largo de la historia por múltiples filósofos. En la filosofía cristiana, la libertad, se concibe como un don de Dios a los hombres, siendo esta la salvación de los hombres en su devenir terrenal. Esto es, la condición necesaria que posibilita el obrar moral y, por tanto, el pecado y la salvación.

Para Kant el hombre libre es el que se realiza a sí mismo. La ley moral, que se rige por el imperativo categórico que marca el cumplimiento de la ley y, por consiguiente, el beneficio o recompensa futuro. La moral se vacía de fundamento que no sea cumplir la ley.

El límite de cualquier pretensión autonomista, se marcaba en el siglo XVI, como consecuencia del iusnaturalismo clásico. Se basaba en la premisa de que el hombre debía acomodar su conducta moral a unos fines naturales. Cuando de acuerdo a la voluntad libre del hombre, éste actúa de acuerdo a la ley natural<sup>46</sup>, el hombre se dignifica.

Se produce en los siguientes siglos una crisis de la moral iusnaturalista como consecuencia de las corrientes que explican el nacimiento del Estado mediante el ‘‘contrato social’’<sup>47</sup>. Se concibe la libertad como atributo anterior al contrato social.

En la actualidad, se considera que las creencias forman parte de la ideología de una persona, en tanto, que modulan el comportamiento del sujeto que cree en ellas. Se configuran como un elemento de nuestro ser, de tal manera que, si se realiza cualquier actividad en contra de dichas creencias puede entenderse que uno mismo se ha ‘traicionado’.

Desde una dimensión individual, la libertad ideológica implica que el sujeto pueda actuar de acuerdo a sus convicciones y a no ser obligado a actuar en contra de ellas. Es uno de los fundamentos básicos del derecho de objeción de conciencia y el derecho a elegir sobre su propia salud.<sup>48</sup>

Ahora bien, para que un sujeto actúe conforme a su propia ideología, es necesaria la existencia de un sistema socio-jurídico que ampare y permita a cada persona comportarse de acuerdo con su conciencia. Pero, esta libertad no puede ser ilimitada, la conclusión de Isaiah

---

<sup>46</sup> La ley natural es cognoscible por el hombre mediante la participación en la ley eterna, mediante la cual Dios ordena el cosmos.

<sup>47</sup> Autores como Hobbes, Locke o Rousseau.

<sup>48</sup> Tarodo Soria, S., *La libertad de conciencia y derechos del usuario de los servicios sanitarios*, Universidad del País Vasco, Bilbao, 2005, p. 311.

Berlin<sup>49</sup> no puede ser más ilustrativa: ``la libertad individual, en el sentido de libre arbitrio, debe conectarse con otros valores, pero también con el libre arbitrio de los demás. Para que la coexistencia sea viable, dentro de una sociedad en la que conviven pretensiones contrapuestas, es necesario que esta libertad sea limitada``. El Derecho ha de servir para hacer posible, como afirmó Kant, la ``coexistencia de libertades``. El Derecho trata de remover los obstáculos que se oponen a la libertad, no de eliminarla. Lo que hace el Derecho es que procura ordenar libertades.

La plasmación constitucional de la libertad se configura como uno de los valores centrales del ordenamiento jurídico en el artículo 1.1.<sup>50</sup>

El artículo 16.1 recoge el derecho a la libertad ideológica y religiosa, —tanto en una dimensión interna— formarse sus propias convicciones, —como en una dimensión externa— expresar dichas convicciones. La libertad ideológica se refuerza en este punto a través de la libertad de expresión. La libertad ideológica y religiosa forma parte del denominado por el TC *agere licere*, a través del cual, se faculta a los ciudadanos a actuar conforme a sus convicciones y mantenerlas frente a terceros.

El TC ha venido reiterando en su doctrina que ``no existen derechos ilimitados. Todo derecho tiene sus límites, que en relación con los derechos fundamentales, establece la Constitución por sí misma en algunas ocasiones``.<sup>51</sup> En este caso, el límite de la libertad de conciencia se establece en el propio artículo 16.1, y este es, el orden público. El orden público es un concepto jurídico indeterminado, y se caracteriza por ser un concepto mutable. El problema de esta remisión al orden público es que es un concepto abierto y que su valoración puede llegar a caer en juicios de valor.

La objeción de conciencia, regulada en el artículo 30.2 CE<sup>52</sup>, es uno de los pilares del reconocimiento constitucional de la libertad ideológica —en su dimensión individual—.

---

<sup>49</sup> Gil Claros, M. G., ``Humanismo, libertad y pluralidad en Isaiah Berlin``, *A Parte Rei. Revista de Filosofía* (disponible en <http://serbal.pntic.mec.es/~cmunoz11/gil60.pdf>).

<sup>50</sup> ``España se constituye en un Estado social y democrático de Derecho, que propugna como valores superiores de su ordenamiento jurídico la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político``.

<sup>51</sup> Sentencia del Tribunal Constitucional de 29 de enero 2/1982 (FJ 5).

<sup>52</sup> ``La ley fijará las obligaciones militares de los españoles y regulará, con las debidas garantías, la objeción de conciencia, así como las demás causas de exención del servicio militar obligatorio, pudiendo imponer, en su caso, una prestación social sustitutoria``.

Consiste en negarse a realizar un deber público impuesto por la ley en los casos en los que entre en conflicto con convicciones religiosas o ideológicas. Para valorar en qué casos se puede hacer uso del derecho a la objeción de conciencia, habrá que estar a un juicio de ponderación. El derecho a la objeción de conciencia también se encuentra plasmado en el Código de Deontología Médica<sup>53</sup>, en la propia *lex artis* y en el Código Internacional de Ética Médica (Sudáfrica, 2006).

El Código de Deontología Médica fue promulgado, en 1978, por la Organización Médica Colegial de España al amparo del artículo 36 de la CE<sup>54</sup> y ha sido objeto de actualizaciones aproximadamente cada diez años; aporta enfoques éticos y jurídicos, cuyo valor legal y obligatoriedad han sido objeto de múltiples debates. El Capítulo III de dicho Código lleva por título ``Atención médica al final de la vida`` poniendo énfasis en los cuidados paliativos y reitera la posición de la ética médica respecto a la consideración de la eutanasia en el artículo 36.3 ``el médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de éste``. E incluso como consecuencia de la ley de autonomía del paciente, la obligación del médico de atenerse a las recomendaciones de los documentos de voluntades anticipadas, salvo cuando vayan en contra de la buena praxis; y precisa cuando la ``sedación en agonía`` es éticamente correcta.

Respecto a la jurisprudencia del TC, en la Sentencia 27 de junio 120/1990, dictada en Pleno, declara que ``la libertad...solo tiene protección del recurso de amparo en aquellas concretas manifestaciones a las que la Constitución les concede la categoría de derechos fundamentales incluidos en el capítulo II del título I, como son las libertades a que se refieren los arts. 16.1, 17.1, 18.1, 19 y 20, entre otros`` y, en esta línea en su Sentencia 89/1987 (Sala Primera) de 3 de junio distingue entre las manifestaciones ``de la multitud de actividades y relaciones vitales que la libertad hace posibles`` (o manifestaciones de la libertad a secas) y ``los derechos fundamentales que garantizan la libertad`` pero que ``no tienen ni pueden tener como contenido concreto cada uno de esas manifestaciones en su práctica, por importantes que sean estas en la vida de los individuos``. Este razonamiento lleva al tribunal

---

<sup>53</sup> La deontología se define en el propio artículo 1 del Código de Deontología Médica: ``el conjunto de principios y reglas éticas que han de guiar la conducta profesional del médico``. Se trata de la asunción de unos principios morales, que exceden el mero cumplimiento de la legalidad.

<sup>54</sup> Artículo 36 CE `` La ley regulará las peculiaridades propias del régimen jurídico de los Colegios Profesionales y el ejercicio de las profesiones tituladas. La estructura interna y el funcionamiento de los Colegios deberán ser democráticos``.

a restringir en modo considerable la libertad del paciente para aceptar o rechazar tratamientos médicos, entendiendo que esta libertad no está protegida por el artículo 17, sino por el derecho a la protección de la salud<sup>55</sup>, que se encuentra regulado en el capítulo III del título I<sup>56</sup>.

## 2.5. Colisión de los bienes de protección.

La Constitución Española reconoce una serie de Derechos y Libertades Fundamentales, pero no establece un orden de jerarquía respecto a qué derechos deben de primar. En la práctica se plantean colisiones entre dichos derechos, ¿Cómo han de resolverse? Pues bien, será a través del criterio de ponderación, atendiendo al caso concreto. Para ver con mayor claridad los derechos que se enfrentan sobre el tema de la disponibilidad de la vida, pasaré a exponerlo de un modo más práctico, a través de jurisprudencia, con el fin de ilustrar que el derecho a la vida —Derecho Fundamental recogido en el artículo 15 CE— puede, en la práctica, entrar en colisión con otra serie de derechos.

En los siguientes casos, trataremos de realizar un ejercicio interno sobre si se ha resuelto de un modo justo la colisión entre derechos por parte de los tribunales. Lo haremos en base a nuestra jerarquía de valores. Veremos que a priori contamos con una serie de principios infranqueables y, a medida que avanzan los casos se van modificación esos principios o, al menos, en nuestra conciencia se producen colisiones entre nuestros principios.

El primer caso versa sobre el fallecimiento de un interno en un centro penitenciario a causa de una enfermedad, en concreto, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA),

---

<sup>55</sup> En España, el derecho a la protección de la salud se reconoció en la Constitución de 1978. Este derecho aparece regulado en el Título I del Capítulo III, dentro de los principios rectores de la política social y económica, en concreto, en el artículo 43.1 ``. Se reconoce el derecho a la protección de la salud``. Establece en su apartado segundo que ``el Estado debe promover y asegurar la salud pública de los ciudadanos``. A diferencia de los derechos fundamentales, el derecho a la protección de la salud no puede ser directamente invocado ante los tribunales, solo es posible en función de las leyes que lo desarrollen, tal y como recoge el artículo 53.3CE. El desarrollo de dicho precepto constitucional tuvo lugar a través de la ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad y el Real Decreto 63/1995 que desarrolla la citada ley.

<sup>56</sup> *Constitución y derechos fundamentales*, ``cit.`` , pp. 941-942.

contraído en dependencias penitenciarias. Al fallecido se le diagnosticó durante su estancia en Instituciones Penitenciarias (IIPP) tuberculosis pulmonar y VIH.

La familia del fallecido, como parte acusadora en el proceso, considera que su hijo no recibió todas las atenciones médicas, sanitarias, higiénicas y farmacológicas que requería en el Centro Penitenciario.

El Centro Penitenciario por su parte, dispone, que el sujeto ingresó en varios hospitales y para su tratamiento se siguieron las recomendaciones del Plan Nacional de Sida del Ministerio de Sanidad y Consumo, se le llevaron controles analíticos y un programa de prevención y control de la tuberculosis, con el que el centro penitenciario cuenta. A parte, disponen que el sujeto manifestó su negativa en varias ocasiones a que se le realizaran analíticas, a tomar medicación antirretrovírica (quimioprofilaxis) y a recibir tratamiento de la infección del VIH.

El Tribunal Supremo (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 6ª) en su sentencia de 18 de octubre de 2005 RJ/2006/307, se pronuncia sobre dicha cuestión suscitada, centrándose en si existe relación de causalidad respecto del funcionamiento de los servicios públicos, de velar por la salud e integridad física en un centro penitenciario y la muerte del interno. El fallo establece que ``aunque la actuación médico sanitaria fue correcta en cuanto al reconocimiento, diagnóstico y seguimiento del enfermo, antes y durante el internamiento se tendrían que haber adoptado, ante las negativas del tratamiento por parte del interno, las medidas reglamentariamente oportunas con la autorización de la Dirección del centro penitenciario'' (FJ 4). Por ello, aprecian ``una conexión mínima, indirecta de causa y efecto, sobrevenida y concurrente con el comportamiento de la propia víctima''.

En este caso, podemos apreciar la siguiente colisión entre deberes y libertades:

- Deber de la administración de velar por la vida de los internos (artículos 3, 40 y 41 Ley General Penitenciaria y 138 del Reglamento Penitenciario<sup>57</sup>).

---

<sup>57</sup> El artículo 3 dispone que ``la administración penitenciaria velará por la vida, integridad y salud de los internos'' y el 40 señala que ``la asistencia médica y sanitaria estará asegurada por el reconocimiento inicial de los ingresados y los sucesivos que reglamentariamente se determinen'' y, el 45 legitima ``la utilización de medios coercitivos, cuando sean necesarios, para evitar daños a los internos a sí mismos...'', 138 del Reglamento Penitenciario, establece que ``la asistencia médica en los establecimientos penitenciarios tendrá por finalidad la prevención de enfermedades...y curación''

- Derecho a (la protección jurídica de la) vida (artículo 15 CE<sup>58</sup>)
- Libertad del interno (artículo 16.1 CE, artículo 8.1, 9.2.a y b de la Ley 4/2002 reguladora de la autonomía del paciente).<sup>59</sup> Esta ley se puede aplicar a centros penitenciarios, pues no establecen excepciones a la población interna de dichos centros y por tanto, recoge el derecho a no permitir actuaciones médicas que les afecten.

La Revista Española de Sanidad Penitenciaria sobre el tema autonomía y pacientes reclusos considera respecto a la Sentencia del Tribunal Supremo ``que la imposición de un tratamiento médico forzoso a personas autónomas para tomar decisiones en el ambiente carcelario sólo resultaría admisible en casos de riesgo cierto e inminente para la vida, lo que no sucedía en este caso y que la normativa vigente reconoce, en principio, la libertad de todos para aceptar o rechazar tratamientos médicos``.

Igualmente entiende que ``la Administración Penitenciaria es reprochada por haber respetado la voluntad de una persona bajo su custodia a la hora de rechazar un tratamiento médico que se le ofreció, sin que mediaran criterios de urgencia o riesgo vital al hacerlo. Es incuestionable que los presos son personas y, en tanto que tales, conservan plenamente su dignidad, lo que les hace acreedores, en principio, de la misma consideración que cualquier otra persona. La dignidad, en cuanto valor espiritual y moral inherente a la persona, ha de permanecer inalterada cualquiera que sea la situación en que la persona se encuentre, también durante el cumplimiento de una pena privativa de libertad, y por tanto los poderes públicos deben asegurar las condiciones suficientes para su respeto. Todas las personas son sujetos, en principio, de los llamados derechos humanos subjetivos o personalísimos (a la vida, a la salud, a la libertad física y de pensamiento, a la integridad física y moral). Una expresión de

---

<sup>58</sup> Artículo 15 CE ``Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral``.

<sup>59</sup> Artículo 16 CE ``1. Se garantiza la libertad ideológica, religiosa y de culto de los individuos y las comunidades sin más limitación, en sus manifestaciones, que la necesaria para el mantenimiento del orden público protegido por la ley``. Ley 4/2002 en su art. 8.1, la obligatoriedad del consentimiento libre y voluntario de los afectados para cualquier actuación médica sobre los mismos, y su ámbito de aplicación es toda la población y establecimientos sanitarios públicos y privados españoles. las limitaciones impuestas en los arts. 9.2.a (riesgo para la salud pública o para otros) y 9.2.b (riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo, no siendo posible conseguir su autorización).

estos derechos es la autonomía individual, que tiene mucho que ver con la gestión soberana del espacio privado, del propio cuerpo''.

El estudio individual del caso y su solución dependerá de los principios jurídicamente protegidos que preponderemos, de tal forma que para el sujeto que considere que el Estado deba tener una postura más acercada a la corriente liberal optara por respetar la voluntad del paciente y en consecuencia dejarle morir. Y para aquellos que consideren que es necesario obligarle a aceptar el tratamiento en contra de su voluntad estarán optando porque el Estado adopte una postura paternalista.

Nos podemos plantear un segundo caso: el de la alimentación forzosa.

Los sujetos pertenecientes a los GRAPO<sup>60</sup> que se encontraban en Instituciones Penitenciarias llevaron a cabo una huelga de hambre que obligó a la Administración Penitenciaria a suministrarles forzosamente alimentación. Supuso una fijación de la doctrina constitucional en este punto, contenida sobre todo en la Sentencia del Tribunal Constitucional (Pleno) de 27 de junio 120/1990 y en la Sentencia de 19 de julio 137/1990, que permitió a la Administración Penitenciaria imponer, en determinadas situaciones, limitaciones a los Derechos Fundamentales de los internos (artículo 25 CE<sup>61</sup> que remite a la Ley General Penitenciaria), que, a consecuencia de una huelga de hambre se coloquen en peligro de muerte. En dichos casos, se procederá de manera coactiva para evitar riesgos contra la vida, una vez que ésta corra peligro. Se basó en la relación de sujeción especial de la Administración con los reclusos, como consecuencia de ellos, la asistencia médica obliga a la Administración a velar por la vida y salud de los internos bajo su custodia.

Colisión de derechos:

- Integridad física y moral (artículo 15 CE).
- Intimidad (artículo 18 CE).
- Libertad personal y seguridad (artículo 17 CE).
- Derecho a la vida (artículo 15 CE).

---

<sup>60</sup> Grupo de Resistencia Antifascista Primero de Octubre. Fue considerado un grupo terrorista por parte de la UE y el Departamento de Estado de EEUU.

<sup>61</sup> Artículo 25 CE: ``... el condenado a pena de prisión que estuviere cumpliendo la misma gozará de los derechos fundamentales de este Capítulo, a excepción de los que se vean expresamente limitados por el contenido del fallo condenatorio, el sentido de la pena y la ley penitenciaria...''.



El TC en esta sentencia evalúa si la Administración debe o no proceder a la alimentación forzosa frente al deterioro progresivo de la salud de los huelguistas que pueda provocar la muerte de los reclusos.

¿Se vulnera el derecho a la vida? El TC en la sentencia dispone ``impide configurar el derecho a la vida como un derecho de libertad que incluya el derecho a la propia muerte`` (FJ 7). Y afirma que la asistencia médica coactiva no vulnera el derecho a morir pues, no existe configuración constitucional de dicho derecho. Por tanto, la protección del derecho a la vida no conlleva la protección de un supuesto derecho a la muerte.

En cuanto a la integridad física y moral, el TC rechaza la vulneración de dicho derecho en relación con la asistencia médica, dado que dicho tratamiento coactivo no puede compararse con la tortura o los tratos inhumanos o degradantes pues es una intervención destinada a servir de ``paliativo``<sup>62</sup>: ``en esta actuación médica, ajustada a la *lex artis*, no es objetivamente reconocible indicio alguno de vejación e indignidad`` (FJ 7). Y señala que el fin de la Administración Penitenciaria era reestablecer su salud pues, el fin de los huelguistas no era provocar su muerte.

El TC reconoce la relación especial del huelguista frente a la administración penitenciaria y dispone que ésta última tiene la obligación de preservar la vida de los internos. Por tanto, reconoce una función tutelar de ésta, pero, ¿Qué pasaría en otros espacios bajo tutela de la administración, por ejemplo, en los militares?

El TC se decanta por la legitimada de la asistencia sanitaria coactiva amparando la restricción constitucional que admitía el derecho de autodeterminación de los enfermos.

El magistrado Rodríguez-Piñero, en voto particular, reconoce la obligación de la administración penitenciaria de velar por la vida y salud de los internos, pero establece que no se puede limitar adicionalmente a los reclusos de los derechos y libertades de los que gozan en igualdad de condiciones que cualquier otro ciudadano. Y aprecia que se debe reconocer el mismo grado de voluntariedad en la relación de asistencia médica y sanitaria, en relación a la decisión de recibir o no tratamiento —alimentación— forma parte de la autonomía del paciente.

En mi opinión, el TC se preocupa más por conciliar la actuación de los huelguistas con la actuación de la Administración, que por la condición de los enfermos. Como afirma

---

<sup>62</sup> *Constitución y derechos fundamentales*, ``cit.`` , pp. 941.

el magistrado Leguina Villa al final de su voto particular ``Los reclusos que...se niegan a recibir alimentos y asistencia sanitaria no son personas incapaces cuyas limitaciones hayan de ser subvenidas por los poderes públicos. Son personas enfermas que conservan la plenitud de sus derechos para consentir o para rechazar los tratamientos médicos que se les propongan. Creo que un enfoque del problema desde esta última perspectiva —la del enfermo que es además recluso— en lugar de la adoptada por la Sentencia —la del recluso que es además enfermo— hubiera permitido llegar a una solución favorable a la concesión del amparo´´.

Plantaremos un tercer caso, esta vez muy conocido por su difusión mediática: es el de Ramón Sampedro. A diferencia de otros países, el debate en torno a la eutanasia, en España fue desarrollado a partir de este caso

Ramón Sampedro, sufrió en 1968, a los 25 años, un accidente que le dejó tetraplégico. Tras dicho accidente, tomó la decisión de no llevar a cabo ningún tipo de rehabilitación. El caso de Ramón Sampedro era singular, pues no es un enfermo terminal, sino una persona con discapacidad, la cual él considera que es suficiente para sostener que su calidad de vida no es suficiente para ser vivida. Por todo ello, Sampedro falleció voluntariamente de manera indolora, con la asistencia de una o varias personas anónimas.

En 1993 solicitó a los tribunales civiles de Barcelona el reconocimiento de su derecho a que el Estado no se interpusiera en su decisión de poner fin a su vida, fue desestimado por incompetencia territorial, ya que Sampedro vivía en A Coruña. En 1994 interpuso un recurso de amparo, que fue rechazado, declarando la demanda (núm. 25949/1994) inadmisibile por no haber agotado las vías internas. En 1995 presentó una demanda ante el Juzgado de Instrucción de Noia en la que ``solicitaba la autorización a su médico a que le prescribiera medicamentos para evitar dolor, angustia, ansiedad en la que se encontraba y que no pudiera considerársele penalmente responsable como ayuda al suicidio, asumiendo el riesgo y que pudiera morir dignamente´´. El Juzgado rechazó su petición disponiendo que ``no concede autorización judicial para que un tercero ayude a morir´´. En 1996 interpuso un recurso de apelación ante la Audiencia Provincial de A Coruña que confirmó la anterior sentencia, basándose en el artículo 15 de la CE, las diversas interpretaciones del TC en torno a dicho tema, los artículos 3 y 17 CC y el antiguo 409 del CP, actual 143. En 1996 solicitó recurso de amparo en base a su derecho de dignidad, al libre desarrollo de su personalidad, a la vida, la integridad física y moral y el derecho a un proceso justo (artículos 10,15 y 24 CE). El 12 de enero de 1998 murió Sampedro, con la asistencia de una o varias personas anónimas y se

inició un proceso penal contra las personas que le ayudaron a morir. Sampedro nombró a su cuñada heredera legal, para continuar los procesos que emprendió cuando estaba vivo y ésta reformuló las conclusiones de Sampedro, alegando `` que debería haber sido reconocido por la Audiencia el Derecho (de Sampedro) a que su médico fuera autorizado para suministrarle medicamentos necesarios''. El TC archivó el asunto, mediante auto 242/1998 de 11 de noviembre, y negó a la demandante el derecho a continuar con el proceso. Interpuso recurso ante el Tribunal Europeo de Derechos Humanos (en lo siguiente TEDH), caso Manuela Sanles Sanles contra España, que resolvió por decisión de 26 de octubre del 2000 que ``la demandante no puede actuar en nombre del Señor Sampedro y considerarse víctima''.

Colisión de derechos:

- Derecho a la vida (artículo 15 CE), protección jurídica de la vida tipificada en el Código Penal, artículo 143.
- Debate sobre la eutanasia activa. Practicada por el personal sanitario, sin sufrimientos. ¿También a la discapacidad (tetraplejía) estaría amparada por el debate?
- Autonomía del paciente, decidir sobre su salud y su cuerpo.

Por último, un cuarto caso: la negativa de un menor de 13 años, testigo de Jehová que se niega a que se le practique una transfusión de sangre.

Partimos de los siguientes hechos: un menor cae de una bicicleta ocasionándose unas lesiones en una pierna. Los padres acuden al médico quienes restan importancia. Días después el menor comienza a tener sangrados en la nariz cada vez más intensos y los facultativos concluyen que el menor padece un alto riesgo hemorrágico, prescribiendo una transfusión de plaquetas a fin de neutralizarla. Los padres manifiestan, que su religión no permite la aceptación de una transfusión de sangre, y buscan en distintos centros tratamientos alternativos y los médicos alegan no conocer otros tratamientos. El menor rechaza consciente y seriamente la transfusión, por profesar la misma religión que sus padres. Los médicos solicitan autorización judicial para realizar la transfusión de sangre imprescindible para salvar la vida del menor, que es concedida por un Juzgado de Guardia. La misma es acatada por los padres, pero cuando los médicos fueron a realizarlo, esta fue rechazada con autentico terror por parte del menor, reaccionando de forma agitada y violenta en un estado contraproducente, que podría ocasionar una hemorragia cerebral. Se intentó convencer al menor pero no se logró. Los médicos le concedieron el alta voluntaria y los padres acudieron a más centros médicos con la esperanza de otra solución que no encontraron. Días más tarde, el Juzgado de Instrucción competente, a instancia del Ayuntamiento que le hace llegar un

informe emitido por el Médico Titular en el que expone los hechos y la situación del menor, dispone, tras oír al Ministerio Fiscal, autorizar la entrada domiciliaria en el domicilio familiar, para que reciba asistencia médica que precise. Los padres acatan la decisión judicial, se le realiza la transfusión, pero acaba falleciendo con signos de descerebración por hemorragia cerebral.

La Audiencia Provincial de Huesca (Sección Primera) en su resolución nº 196/1996 falla absolviendo a los progenitores de un delito de comisión por omisión —homicidio—. El TS en sentencia número 950/1997, de 27 de junio, falla condenando por comisión por omisión (disponiendo *dolo eventual*, aplicando atenuante por obcecación muy cualificada que hace irrelevante la agravante mixta de parentesco ``cuando concurren estímulos poderosos que impulsan el hecho delictivo en las que la relación de parentesco no es expresión de mayor culpabilidad del agente´´). La Sala finaliza la sentencia alegando que, está en predisposición de informar favorablemente de un indulto parcial, en caso de solicitud por parte de los acusados. Los progenitores interpusieron recurso de amparo ante el TC, que resolvió en sentencia (Pleno) de 18 de julio 154/2002, y fallo reconociendo el amparo de su vulneración al derecho fundamental a la libertad religiosa y anulando la STS 950/1997. Finalmente, se les concedieron dos indultos a los progenitores.

Colisión de derechos:

- Igualdad ante la ley: protección de creencia religiosa en conflicto con el bien vida.
- Derecho a la vida: como valor superior del ordenamiento jurídico. ¿Se puede configurar el derecho a la muerte como extensión del derecho a la vida? El Tribunal Constitucional en su fundamento jurídico 12 dispone que el derecho a la vida no puede configurarse como un derecho a la muerte: ``la decisión de arrostrar la propia muerte no es un derecho fundamental sino únicamente una manifestación del principio general de libertad que informa nuestro texto constitucional, de modo que no puede convertirse en que el menor goce sin matices de tan facultad de auto disposición sobre su propio ser´´ reiterando así el criterio mantenido en su STC 120/1990.
- Libertad religiosa y de culto: comprende una dimensión interna de autodeterminación ante el fenómeno religioso vinculado a la personalidad y dignidad individual y también una dimensión externa ``del *agere licere*´´ que faculta a los ciudadanos para actuar de acuerdo a sus convicciones y mantenerlas frente a terceros.

- Derecho del menor a manifestar su opinión, en concreto, la negativa a recibir tratamiento —conforme a su libertad religiosa—.
- Posibilidad de asistencia médica coactiva como consecuencia de la ``delegación de tutela'' por parte de los padres una vez que entraron al hospital. El TC no entra a valorar dicha cuestión.
- Deber de los padres en la actuación de su hijo. En este caso el TC resuelve disponiendo que no se les debe exigir a los padres una posición disuasoria frente a las creencias de su hijo.

Es necesario en estos casos tener en cuenta que se trata de un menor de edad y la condición de garantes de los padres respecto de la vida del menor —cabe recordar que los padres no se opusieron ante las ordenes de los Juzgados y siempre buscaron medidas alternativas—.

Como consecuencia de este caso, el Fiscal General Torres-Dulce estableció las pautas de actuación ante la negativa a transfusiones de sangre a menores de edad mediante una Circular dirigida a todos los fiscales —también incluía referencias a otras intervenciones urgentes y graves—. En dicha circular se dispone que los progenitores no podrán oponerse a la transfusión en los casos en los que concurra riesgo para la vida del menor y que en estos casos el médico podrá suministrar tratamiento sin autorización judicial, basando en el principio de actuación en interés del menor. En la Circular también distingue entre ``menor maduro'' (entre 16 y 17 años) como regla general habrán de prestar su consentimiento y el "menor no maduro" o sin capacidad intelectual ni emocional para comprender el alcance de la intervención. Para el caso de menores de 16 años, se evaluará en cada caso su madurez. En esos casos de falta de madurez, el consentimiento habrán de prestarlo los representantes legales del menor, con la obligación de oírle siempre que tenga más de 12 años.

¿En todos los casos usted hubiera resuelto igual? ¿considera justas todas las soluciones a las que llegaron los juzgados? ¿siempre ha resuelto preponderando el mismo principio?

### 3. SUJETOS QUE INTERVIENEN.

En los supuestos que hemos venido examinando, se da la coincidencia de la intervención de un tercero para dar muerte al suicida, mediante una conducta activa o pasiva. En el caso de Ramón Sampetro, solicitando a los tribunales que permitieran a los médicos suministrarle la eutanasia activa para morir. O del menor testigo de Jehová, cuya negación a recibir una transfusión de sangre fue respetada por los médicos.

Estamos ante hechos en los que han intervenido diferentes sujetos, por ello será necesario realizar un estudio de los diferentes sujetos que pueden llegar a mediar en estas situaciones, su ámbito de actuación y sus posibles responsabilidades.

#### 3.1. Ámbito sanitario.

En este ámbito será necesario diferenciar lo que se denomina enfermedad irreversible de la enfermedad terminal. En relación con la primera, sería la afección grave que con los conocimientos médicos disponibles no se puede curar. En relación con la segunda, hablaríamos de una enfermedad incurable en un estado avanzado, aquí el fallecimiento se prevé inminente.

A ambos tipos de enfermos se les reconoce el derecho a la autonomía personal que se traduce en la facultad de elegir entre las opciones médicas existentes. De esta forma se supera la vinculación paternalista que caracterizaba a la medicina, conforme al cual "el sanitario era el que estaba en mejores condiciones para decidir lo que era bueno para el enfermo"<sup>63</sup>. Ahora es el paciente el que decide en base a su libertad si acepta o rechaza un tratamiento, aun cuando pueda comportar su fallecimiento.

##### 3.2.1. Médicos.

El sujeto principal para realizar el suicidio medicamente asistido es el médico, pues posee el conocimiento necesario para acelerar o retrasar la muerte de otro sujeto. Su actuación dota de seguridad al acto, por ello los defensores de la eutanasia recurren a que sean éstos los que se encarguen de su práctica.

Las sociedades actuales se caracterizan por haber experimentado un enorme progreso en el campo de la medicina. Antes, la mayoría de las enfermedades eran incurables, de manera que el cuerpo de una persona enferma se iba deteriorando hasta su fallecimiento. Esa misma

---

<sup>63</sup> *La jurisprudencia del TEDH sobre el derecho a la disposición de la propia vida*, "cit." p. 126.

tecnología que tantos logros ha conseguido, puede complicar el final de la vida de una persona y provocar un sufrimiento innecesario. El gran número de enfermedades crónicas y degenerativas asociadas al envejecimiento (por ejemplo, el alzhéimer) o; el mantenimiento con vida de cuerpos con un daño cerebral, puede conllevar a que dichas personas sientan que su calidad de vida es mala o que sus enfermedades son incompatibles con un proyecto de vida como el que querrían. Desde este punto de vista, dicha manifestación del progreso puede desencadenar en una amenaza a la integridad moral y a la dignidad de los pacientes.

“La complejidad ética y jurídica del trabajo del personal sanitario es, pues, evidente y se complica más aún en el contexto de una sociedad enormemente desarrollada en el plano científico y técnico”<sup>64</sup>. El avance de las ciencias de la biología replantea problemas sobre los límites y controles de ésta desde el punto de vista ético y moral.

Desde esta perspectiva, el médico puede llevar a cabo dos tipos de actuaciones sanitarias consideradas de buena *praxis* médica, con el fin de evitar el sufrimiento del paciente: la limitación del esfuerzo terapéutico y la sedación terminal. La primera sería “el rechazo de actuaciones médicas que solo tienen por finalidad prolongar la vida del paciente cuando este esté abocado a la muerte”<sup>65</sup>. Y en relación con el segundo sería “la aplicación de un tratamiento que consiga aliviar el grave padecimiento, aun cuando como consecuencia del mismo se pueda acortar la vida del paciente”<sup>66</sup>.

La actuación de los médicos se encuentra definida tanto en su Código Deontológico Médico<sup>67</sup> como en la Ley 41/2002<sup>68</sup>, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía

---

<sup>64</sup> López Calera, N.M., “La vida y la muerte ante la ética del derecho, paternalismo médico y desarrollo científico”, *Doxa: Cuadernos de filosofía del derecho*, N.º. 15-16, 2, 1994. P. 716 (disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=128628>).

<sup>65</sup> *La jurisprudencia del TEDH sobre el derecho a la disposición de la propia vida*, “cit.” p. 126.

<sup>66</sup> Ídem.

<sup>67</sup> Código de Deontología Médica. Promulgado en 1978 y reformado 1990, 1999 y 2011. El Real Decreto 300/2016, de 22 de julio, por el que se aprueban los Estatutos del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Referencia: BOE-A-2016-7604.

<sup>68</sup> 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. Referencia: BOE-A-2002-22188.

del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica<sup>69</sup>.

Actualmente, las actuaciones que puedan llevar a cabo los médicos están vinculadas a unas pautas que sirven para mejorar el ejercicio de su profesión. Para ello, nos debemos remitir a los códigos del deber personal sanitario, que no son otros que los códigos deontológicos. El artículo 1 del Código de Deontología Médica define la deontología como: ``el conjunto de principios y reglas éticas que han de inspirar y guiar la conducta profesional del médico``.

Dentro de sus principios generales, el artículo 5.1 expone que ``la profesión médica está al servicio del ser humano y de la sociedad. Respetar la vida humana, la dignidad de la persona y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad son los deberes primordiales del médico``.

Además, el código define en qué consiste el acto médico en su artículo 7 ``se entiende por acto médico toda actividad lícita, desarrollada por un profesional médico, legítimamente capacitado, sea en su aspecto asistencial, docente, investigador, pericial u otros, orientado a la curación de una enfermedad, al alivio de un padecimiento o a la promoción integral de la salud. Se incluyen actos diagnósticos, terapéuticos o de alivio del sufrimiento, así como la preservación y promoción de la salud, por medios directos e indirecto. `` Este artículo delimita el margen de su actuación definiendo que elementos incluye y cuáles no. Como se puede observar la práctica del suicidio asistido o la eutanasia suponen un hecho que es contrario a la legalidad y, por tanto, proclama la ilicitud de dichos actos.

El Código dedica el capítulo VII a las situaciones al final de la vida, en él se desarrollan todos los conceptos tratados hasta ahora en un solo artículo, el 36:

`` 1.- El médico tiene el deber de intentar la curación o mejoría del paciente siempre que sea posible. Cuando ya no lo sea, permanece la obligación de aplicar las medidas adecuadas para conseguir su bienestar, aun cuando de ello pudiera derivarse un acortamiento de la vida. 2.- El médico no deberá emprender o continuar acciones diagnósticas o terapéuticas sin esperanza de beneficios para el enfermo, inútiles u obstinadas. Ha de tener

---

<sup>69</sup> En concreto el artículo 2.1 dispone los principios que inspiran la relación médico-paciente: ``La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica``.



en cuenta la voluntad explícita del paciente a rechazar dicho tratamiento para prolongar su vida. Cuando su estado no le permita tomar decisiones, tendrá en consideración y valorará las indicaciones anteriormente hechas y la opinión de las personas vinculadas responsables. 3.- El médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de éste. 4.- El médico está obligado a atender las peticiones del paciente reflejadas en el documento de voluntades anticipadas, a no ser que vayan contra la buena práctica médica. 5.- La sedación en la agonía es científica y éticamente correcta sólo cuando existen síntomas refractarios a los recursos terapéuticos disponibles y se dispone del consentimiento del paciente implícito, explícito o delegado''.

Se expone un ámbito dentro del cual el médico debe orientar su actuación, cuyo fin principal será garantizar el bienestar del paciente, respetando los límites de la buena práctica médica. La eutanasia directa es una actuación no permitida, en cambio, expone soluciones a la situación del paciente terminal, con matices. Se permite acortar la vida del paciente siempre y cuando el fin que se busque sea el bienestar del paciente, y no se persiga la muerte del paciente de forma directa.

En el capítulo VI se recoge la ``Objeción de conciencia'' en los artículos 33 a 35. En ellos se reconoce el derecho del médico a rechazar el ejercicio de determinadas conductas que se le atribuyen por imperativo legal y que pueden lesionar sus convicciones morales o religiosas.

En lo concerniente al acto eutanásico y al suicidio asistido al ser conductas ilegales en nuestro ordenamiento no podría objetarse en conciencia sobre ellas pero, al igual que el aborto, que tradicionalmente ha sido considerado como una conducta típica, una vez entrada en vigor la Ley 2/2010<sup>70</sup>, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, que introdujo un sistema a plazos para regular el aborto, se permitió a los médicos objetar en conciencia respecto del aborto, en concreto en el artículo 19.2<sup>71</sup>. De manera previa a la ley fue reconocido este derecho a objetar en conciencia de los médicos en

---

<sup>70</sup> Ley 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Referencia: BOE-A-2010-3514.

<sup>71</sup> Artículo 19.2: `` Los profesionales sanitarios directamente implicados en la interrupción voluntaria del embarazo tendrán el derecho de ejercer la objeción de conciencia sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabadas por el ejercicio de la objeción de conciencia. El rechazo o la negativa a realizar la intervención de interrupción del embarazo por razones de conciencia es una decisión siempre individual del personal sanitario directamente implicado...''

la STC 53/85 de 11 de abril, disponiendo que `` cabe señalar, por lo que se refiere al derecho a la objeción de conciencia, que existe y puede ser ejercido con independencia de que se haya dictado o no tal regulación. La objeción de conciencia forma parte del contenido del derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa reconocido en el art. 16.1 de la Constitución y, como ha indicado este Tribunal en diversas ocasiones, la Constitución es directamente aplicable, especialmente en materia de derechos fundamentales `` (FJ14).

Tras la promulgación de la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, se ha dotado legalmente al paciente de cierta autonomía para paliar la situación anterior. En ella se desarrolla una especie de ``guía`` sobre cómo deben actuar los médicos, respetando la autonomía del paciente con el fin de garantizar la dignidad y el libre desarrollo personal. En esta línea, el texto ``Ayudar a Morir`` de la británica Iona Heath<sup>72</sup>, dirigido a los médicos y a su tarea de acompañar en la muerte, reivindica que se dé al paciente la opción de vivir la muerte de la forma que él quiera. Se trata de garantizar una muerte digna al paciente bajo la visión de lo que esa persona considere digna, de tal manera que la medicina sea la herramienta que el enfermo tenga a su disposición. Para el doctor Carlos Barra ``cuando no se puede ayudar, hay que aliviar, y aliviar implica evitar sufrimiento, pues no hacer sería una mala práctica médica. ``<sup>73</sup>

### 3.2.2. *Pacientes.*

La relación médico-paciente es una relación compleja. Por un lado, el paciente depende de la información que el médico le ofrezca. Por otro lado, el médico tiene una posición dominante, pues posee los conocimientos y la experiencia; por ello, su actuación puede derivar hacia una posición paternalista ya que, diagnostica, asigna el tratamiento y lo prescribe. Para evitar ese paternalismo existe; el consentimiento informado. El médico no puede tomar decisiones sobre el tratamiento, a menos que este consienta previamente. La decisión se toma en función de la información previa que el médico aporte. De esta forma, se dota al paciente de autonomía, pero ¿cuál es la forma adecuada de propiciar la autodeterminación del paciente?

---

<sup>72</sup> Heath I. *Ayudar a morir*, trad. J. Ibarburu, Katz Editores, Madrid, 2008.

<sup>73</sup> Conclusiones plasmadas en el documental sobre el Hospital Severo Ochoa, (disponible en <https://vimeo.com/1144120>).

En la actualidad, los textos normativos tratan de reconocer una cierta autonomía al paciente, a través, por ejemplo, del Convenio sobre derechos del hombre y la biomedicina o la Ley reguladora de la autonomía del paciente.

El Convenio sobre derechos del hombre y la biomedicina<sup>74</sup>, en vigor en España desde enero del 2000, trata de reconocer una serie de derechos a los pacientes, como el derecho a la información; el consentimiento informado o; la intimidad sobre la información relativa al estado de salud, con el fin de armonizar la legislación de los diversos países. El fin de este Convenio es el de reconocer el derecho a la autonomía del paciente, que comprende ``el consentimiento previo de los pacientes, el derecho de estos a recibir la información, a negarse al tratamiento´´ basándose en el máximo respeto a la dignidad y la libertad individual. Ahora bien, esta libertad individual no es absoluta, pues está limitada para el caso en el que las decisiones del paciente sean contrarias al ordenamiento jurídico.

En nuestro ordenamiento, la ley 41/2002 reguladora de la autonomía del paciente, reconoce la autonomía privada del paciente basándose en tres derechos plasmados en el artículo 2: 1) el consentimiento informado prestado por el paciente que deberá preceder a toda actuación sanitaria 2) su derecho a elegir entre las alternativas terapéuticas disponibles 3) su derecho a rechazar libremente determinados tratamientos médicos con los que se muestre contrario.

El **consentimiento informado**: se centra en la relación médico-paciente y permite la garantía de la autonomía de este último. El médico le proporciona una información suficiente, clara y comprensible respecto al diagnóstico y tratamiento de su enfermedad, permitiendo al paciente que éste decida y consienta o no el tratamiento, dotándolo de autonomía sobre las decisiones que afecten a su salud. Los elementos de este mecanismo médico-jurídico serían; la voluntariedad y la información suficiente. La información no será suministrada al paciente cuando éste así lo desee, artículo 4.1.

El consentimiento puede verse limitado, tal y como aparece en el artículo 9 de la citada ley, en los siguientes casos: 1) cuando el paciente renuncie a recibir información limitando este supuesto en los casos en los que sea necesario por el interés de la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad y por las exigencias terapéuticas del caso; 2) cuando el paciente manifieste expresamente su deseo de no ser informado, se respetará su

---

<sup>74</sup> «BOE» núm. 251, de 20 de octubre de 1999, páginas 36825 a 36830 (6 págs.). Referencia: BOE-A-1999-20638.

voluntad haciendo constar su renuncia documentalmente, sin perjuicio de la obtención de su consentimiento previo para la intervención; 3) los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos: a) cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley. En todo caso, una vez adoptadas las medidas pertinentes, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986, se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas. b) Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.

El principal problema del consentimiento informado se encuentra en las fases en las que el paciente no tiene la capacidad de decidir sobre si, por ejemplo, acepta o rechaza el tratamiento. En estos casos en los que los pacientes no puedan manifestar su voluntad de manera libre y consciente, el personal sanitario acudirá, si cuentan con ello, al documento de últimas voluntades, a la hora de tomar decisiones respecto al final de su vida relativas a la paralización de tratamientos de soporte vital (por ejemplo, en los casos de parada cardiorrespiratoria, realizar o no reanimación), llevar a cabo la sedación paliativa, interrupción o no de la alimentación e hidratación.

El **documento de voluntades anticipadas o el mal llamado ``Testamento vital``**<sup>75</sup>. Regulado en el artículo 11 de la citada Ley reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Consiste en un documento, mediante el cual; una persona mayor de edad, con capacidad legal suficiente, padeciendo o en previsión de padecer enfermedad o deficiencia que pueda afectar a su estado físico o psíquico limitando la expresión de su voluntad, pueda dictar instrucciones relativas a la asistencia médica que desea recibir. El fin es evitar la obstinación terapéutica.

---

<sup>75</sup> Mal llamado ``testamento vital`` porque en nuestro Derecho el testamento viene regulado en el artículo 667 del CC y dispone que es el ``acto por el cual una persona dispone, para después de su muerte todos sus bienes o parte de ellos`` sin perjuicio de dotarlo de un contenido no patrimonial (por ejemplo, el reconocimiento de un hijo). Los efectos del testamento se producen *mortis causa*, mientras que los efectos del documento de voluntades anticipadas son *inter vivos* (excepto las disposiciones sobre donación de órganos que tienen efectos postmortem).

Se establecen unos límites en el apartado tercero, 1) las voluntades nunca podrán ser contrarias al ordenamiento jurídico, por ello, no cabe la exigencia de la eutanasia activa, en cambio sí la pasiva. Así, sería legal que el paciente prohíba el uso de determinadas intervenciones en el campo de la medicina intensiva, 2) todas las suposiciones de ese documento quedaran sometidas a juicio médico.

Dicho documento podrá ser revocable, pues mientras el otorgante conserve su capacidad y pueda manifestar libremente su voluntad, prevalecerá ésta sobre lo que hubiese podido disponer en el testamento vital.

Cabe plantearse qué ocurre si el paciente ha manifestado la interrupción de la alimentación en el documento de voluntades anticipadas y, actualmente, quiere lo contrario, pero no puede manifestarlo o; cómo sabemos cuál es su última voluntad.

Desde el punto de vista de los sujetos que van a morir, el Proyecto Dipex España<sup>76</sup> —base de datos sobre experiencias del paciente— recoge experiencias del paciente que va a morir y deduce unas ideas principales: la aceptación de la muerte por parte de los pacientes y el deseo de no sufrir previo por encima del miedo a la muerte. Se ve la muerte como liberación del sufrimiento, como diría Schopenhauer: el suicidio es una relación de ambivalencia entre querer vivir otra vida y querer morir *“el que se da muerte quería vivir”* pero quería vivir otra vida. No se trata ya de elegir morir, sino elegir el proceso de morir, para los casos de estar abocado a la muerte, pues hay muchas maneras de morir.

### *3.2.3. Representantes del paciente.*

Si una persona no hubiese otorgado un testamento vital y no pudiera tomar la decisión dicha persona, (por no tener capacidad o por encontrarse en una situación terminal, por ejemplo) la legislación española prevé otros mecanismos de expresión del consentimiento. Si bien, este será *“por representación”*, lo que permite al representante legal o sus familiares manifestar *“cuál hubiese sido la voluntad del paciente mayor de edad cuando éste ya no se encuentre en condiciones de expresar su voluntad, de forma consciente y libre”*<sup>77</sup>.

---

<sup>76</sup> Disponible en [www.dipex.es](http://www.dipex.es).

<sup>77</sup> Navarro Michel, M., *“El documento de voluntades anticipadas (el mal llamado *“testamento vital”*)”*, *La Notaría*, núm. 2, 2003, p.27.

En estos casos, puede plantearse la problemática en torno a que los familiares tengan más en cuenta sus intereses personales —cobrar la herencia— que la verdadera voluntad del paciente, o que se rijan por la carga emocional que ello implica.

El artículo 9.5 de la LDP recoge una serie de parámetros sobre la actuación que deben llevar los familiares del paciente, ésta debe ser adecuada y proporcionada a las circunstancias del paciente, respetando su dignidad.

### **3.2. Ámbito no sanitario.**

El problema se plantea en los casos en los que el tercero que interviene en la muerte del suicida no es un médico y, por tanto, en supuestos no amparados bajo la buena *praxis* médica, es decir, suicidio asistido y eutanasia.

De tal modo, que en el suicidio asistido intervendrían dos sujetos, uno el que quiere morir que solicita a un tercero que le proporcione ayuda para morir —un medicamento letal—. Y en la eutanasia, el tercero, previa petición, inyectará la sustancia que pondrá fin a su vida.

Aceptar su legalidad supone aceptar la existencia de un derecho a la disposición de la propia vida. En el siguiente epígrafe se analizarán las consecuencias penales y las responsabilidades en las que incurre el sujeto que interviene en la muerte del suicida dentro del marco legal español.

## 4. MARCO LEGAL EN ESPAÑA.

El CP en el libro segundo —comúnmente denominado parte especial— ``de los delitos y sus penas`` recoge una serie de conductas calificadas como delitos cuya perpetración supone que el Estado ejercite su *ius puniendi*.

El fin que se pretende es proteger bienes jurídicos reconocidos en el ordenamiento jurídico español —como ya se han desarrollado anteriormente—, en este caso la vida humana dependiente, optando así el legislador por tipificar conductas que atenten contra esta, bajo la denominación ``del homicidio y sus formas``.

Nuestro ordenamiento ha superado la sanción a los suicidas, si bien, se sancionan conductas participativas en el suicidio ajeno, artículo 143 CP. Tal y como afirma Tomás-Valiente ``el bien jurídico protegido por el Artículo 143 del Código Penal es, al igual que en los preceptos que le preceden, la vida humana independiente, con la particularidad de que la protección se concede en este caso en contra de la voluntad del titular``<sup>78</sup>, autor con el que comparto dicha argumentación.

### 4.1. Evolución.

La regulación a lo largo del tiempo del suicidio asistido y la eutanasia en el Código Penal ha llevado aparejado consigo un amplio debate parlamentario que continúa, tras el caso de María José Carrasco<sup>79</sup> que ha conmocionado a la opinión pública.

En primer lugar, a través del Proyecto de Ley Orgánica del Código Penal de 1980 se abogó por atenuar la pena de manera relevante cuando el suicida consienta y cuando la cooperación de otro llegue al punto de la ejecución de la muerte. El Grupo Socialista presentó

---

<sup>78</sup> Tomás-Valiente Lanuza, C., *La cooperación al suicidio y la eutanasia en el nuevo código penal (artículo 143)*. Editorial Tirant lo Blanch, Valencia, 2000, p.25.

<sup>79</sup> El caso de María José Carrasco ha reabierto el debate social y parlamentario en España sobre el suicidio asistido y la eutanasia. María José es una enferma terminal de esclerosis múltiple, especialmente limitante y con un alto grado de dependencia, que se quitó la vida con la ayuda de su marido. El marido reconoció los hechos —confesó haber suministrado una sustancia letal a su esposa (que ella misma había comprado) que había pedido asistencia para acabar con su vida— ante el Juzgado de Guardia nº 36 de Madrid, se le imputa el delito de auxilio o cooperación al suicidio previsto en el CP. Este caso ha saltado a la opinión social tras haberse publicado un video de la pareja, en el que se puede ver a María José pidiendo ayuda a su compañero para acabar con su vida, en él se muestra como su marido le proporciona la sustancia a su mujer.

la enmienda 431 que propugnaba el siguiente texto alternativo: ``el que matare a otro a petición expresa de éste será castigado con la pena de prisión de tres a seis años —ocho a doce, en las previsiones del Proyecto— o excepcionalmente con multa de doce a veinticuatro meses, teniendo en cuenta las razones humanitarias que hubieres movido al autor``. El fondo de la enmienda se centra expresamente en la remisión al juez de la apreciación de móviles eutanásicos.

Se llevó a cabo un segundo Proyecto de Ley en 1992, que se basaba en una atenuación de las penas al sujeto que causare o cooperare activamente con actos necesario a la muerte de otro por petición expresa. El Grupo mixto-EE propuso la despenalización, abogando por suprimir la respuesta punitiva por ``no incurrirá en responsabilidad criminal``. Y el Grupo Socialista propuso complementar ``actos`` por ``actos directos`` y ``petición expresa y seria`` por ``petición expresa, seria e inequívoca``.

Actualmente, se regula en el Código Penal de 1995<sup>80</sup>, en el artículo 143, rechazándose la opción despenalizadora, abriéndose camino como atenuante, pues no es lo mismo matar a alguien en contra de su voluntad, que la muerte ``a petición``. Se tiene en cuenta así que en muchas ocasiones la participación en el suicidio ajeno viene de motivaciones piadosas y humanitarias, como la de acortar los sufrimientos a personas que van a morir pronto y que no pueden valerse por sí mismas. Se acoge por primera vez en nuestro Derecho Penal a una regulación expresa de la eutanasia.

En febrero de 1998 se rechazaron dos iniciativas legislativas orientadas a la despenalización. Una de ellas presentada por el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida, que pretendía incidir en el Código Penal; otro presentada por el Grupo Parlamentario Mixto, que pretendía incidir tanto en el Código Penal como en la Ley General de Sanidad, introduciendo el derecho del paciente a decidir libremente sobre su salud.

#### **4.2. Diferenciando conceptos: suicidio asistido y eutanasia.**

El suicidio supone un ataque contra la propia vida del que lo realiza, como tal, es impune en nuestro ordenamiento jurídico por razones político-criminales.

La vida, en el ámbito penal, es objeto de protección, incluso en los casos en los que su titular consiente o autoriza a los demás que lo maten. Es decir, a diferencia del suicidio,

---

<sup>80</sup> Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre del Código Penal. Referencia: BOE-A-1995-25444.



en estos casos, nos referimos a supuestos en los que en la decisión o en la ejecución del mismo intervienen terceras personas.

La diferencia entre el artículo 143 del Código Penal, que regula las diferentes conductas sobre la participación en el suicidio ajeno, y los demás preceptos que tipifican otros delitos contra la vida, consiste en que es el sujeto quien decide su destino final. El artículo 143 demuestra claramente, tal y como establece Francisco Muñoz Conde, ``La voluntad del legislador de tratar autónomamente e incluso de un modo privilegiado las distintas formas de participación dolosa en el suicidio ajeno, pero no hasta el punto de considerar irrelevantes tales conductas´´<sup>81</sup>. El resultado común de los actos tipificados en las tres modalidades que regula el artículo 143 es la muerte del suicida.

El artículo 143.1. recoge la regulación de la inducción al suicidio: ``El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años´´. El suicida es el que tiene el dominio del hecho, es decir, el que decide si muere o no; y el tercero actúa como inductor de que lleve a cabo tal conducta. De esta forma se dota de importancia a la voluntad, puesto que no se puede reprochar del mismo modo al tercero que ayuda a suicidarse a quien desea morir que convencer a alguien para que lleve a cabo tal conducta, cuando antes no tenía tal idea.

Como bien refleja Tomás-Valiente ``Lo que en este apartado se incrimina es la conducta consistente en hacer nacer en otra persona el deseo de poner fin a su vida, propósito suicida que no habría existido de no ser por la intervención del sujeto activo´´<sup>82</sup>.

El apartado segundo del artículo 143 recoge la figura de la cooperación al suicidio: ``Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona´´. Se hace referencia a ``actos necesarios´´, de tal manera que sin dichos actos no se habría conseguido el resultado final. Por ello, será necesario atender a la circunstancia de cada caso, por ejemplo, dar una pistola o un veneno será cooperación necesaria, pero indicar dónde puede conseguirse, será complicidad. No se refiere a actos de ejecución de la muerte —sí en el apartado tercero—.

Se presenta la problemática en torno a la no prestación de asistencia médica (por ejemplo, en relación al caso de la negativa a la transfusión sanguínea de los testigos de Jehová)

---

<sup>81</sup> Muñoz Conde, F., *Derecho Penal- Parte Especial*, 20ª edición, Tirant lo Blanch, Valencia, 2015, p. 58.

<sup>82</sup> *La cooperación al suicidio y la eutanasia en el nuevo código penal (artículo 143)*, ``cit.´´ p. 57.

por parte de los médicos o funcionarios en caso de las huelgas de hambre en instituciones penitenciarias (alimentación forzada, por ejemplo, en el caso GRAPO).

El artículo 143 apartado tercero regula la cooperación ejecutiva al suicidio, disponiendo que ``será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte``. En este caso, la acción consiste en que la cooperación del tercero llegue hasta ``ejecutar la muerte``, es decir, estamos ante una cooperación de índole ejecutiva, aunque el verdadero autor material no es el tercero sino el que no quiere vivir más. El tercero es un mero partícipe, aunque tal participación llegue al punto de ejecutar materialmente la muerte. Se suele dar en los casos en los que el suicida no puede valerse por sí mismo y el tercero actúa movido por motivaciones piadosas y humanitarias.

El artículo 143.4 del CP recoge la regulación de la eutanasia activa: `` El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo``

Las características de la regulación del artículo 143.4 del Código Penal se basan en:

- Exige petición expresa, seria e inequívoca, es decir, es necesario el consentimiento.
- Atipicidad de la eutanasia pasiva y la activa indirecta, ya que se refiere a actos activos y encaminados a la muerte.

Según se deduce de este artículo la eutanasia indirecta, no es una conducta típica. Se trata de facilitar lenitivos en la fase terminal, provocando así un adelantamiento de la muerte. Dicha eutanasia es conforme a la *lex artis* y no plantea problemas en torno a la regulación legal.

En lo que respecta a la eutanasia pasiva, se trata de la interrupción de un tratamiento que conserva artificialmente la vida del paciente. La doctrina mayoritaria considera que estamos ante una conducta omisiva, porque lo que se hace es quitar un tratamiento que mantiene con vida. Se pueden plantear problemas en cuanto a la posición de garante, de tal manera que si existe un testamento vital y en él se ha manifestado que no quiere que se le mantenga con vida, se rompe la posición de garante del médico; si el sujeto ha manifestado que se le mantenga con vida, entonces si existe esa posición de garante; si no existe

testamento vital, entonces se presume que el sujeto quiere vivir y existe también posición de garante por parte del médico, aunque en este caso se podría discutir si cabría causa de justificación, en el sentido de que se enfrenta el derecho a la vida, con el derecho a morir dignamente.

- Situación perfilada por la característica de enfermedad y padecimientos producidos por ésta.

No parece deseable dar una primacía a la voluntad de quien no quiere vivir hasta el punto de dejar impune la participación de terceros, Muñoz Conde<sup>83</sup> recoge una serie de ejemplos que abogan razonamientos sobre esta cuestión, ``piénsese en un enfermo incurable que consiente en que se le acelere su muerte para que se le extraigan sus órganos vitales, a cambio de una fuerte cantidad de dinero para sus herederos, o simplemente porque la perspectiva de una larga y penosa enfermedad, apenas comenzada (cáncer recién diagnosticado), le hace preferir la muerte, aunque aún no han comenzado sus dolores''. ‘Y afirma que ``el derecho a disponer sobre la propia muerte (suicidio), en el caso de que existiera, no hace surgir automáticamente un derecho a colaborar en el suicidio''.

Se pueden dar casos complejos y extremos en los que cabrá aplicar causas de atenuación o incluso de exclusión de la culpabilidad o apreciar el estado de necesidad como causa de justificación, bien fruto de una colisión de deberes —deber de respetar la vida *versus* deber de eliminar el sufrimiento— o mediante la ponderación de intereses —muerte *versus* sufrimiento—.

---

<sup>83</sup> *Derecho Penal- Parte Especial*, ``cit.´´, p. 66.

## 5. CONCLUSIONES.

Los filósofos del contractualismo basaron sus teorías en explicar el nacimiento del Estado y el marco de actuación de éstos, es decir, sus límites en diferentes campos: la intervención en la economía, la intervención en la esfera privada de sus ciudadanos. Las intervenciones en nuestra pequeña libertad se llevan a cabo desde que somos menores de edad a través de nuestros padres, pero, ¿es lógico ese comportamiento paternalista del Estado ante sujetos con el suficiente grado de madurez, en los casos en los que éstos puedan llevar a cabo conductas que los puedan poner en riesgo? En principio no, los sujetos deben ser seres libres de decidir qué hacer con sus cuerpos, tomando ellos mismos estas decisiones. Sería necesario que el Estado adoptara una postura orientada a garantizar esta libertad, pero, llevando a cabo un estudio del consentimiento prestado por los sujetos, proporcionándoles información y analizando el grado de madurez de éstos, con el fin de evitar que tomen decisiones apresuradas al respecto. Centrando estas prácticas en casos que anulen al sujeto y lo sometan a una fuerte dependencia, por ejemplo, ELA; enfermedades neurodegenerativas; demencia senil.

En la actualidad, ambas posturas —liberal, paternalismo— no se proyectan tal cual, en el escenario político nacional, pues, por un lado, “los conservadores” apoyan el argumento de los libertarios del libre mercado, pero, se separan de esta concepción en cuestiones como el aborto o suicidio asistido. Y, por otro lado, los partidarios del “Estado de bienestar” apoyan la redistribución de la renta, es decir, un paternalismo económico, pero abogan por la libertad de los derechos reproductivos o el suicidio asistido.

La corriente intelectual de los liberales nació para oponerse al “Estado del bienestar” —pues, en un primer momento, su argumentó se centró en la libertad de los mercados— pero, simpatiza con estos últimos en argumentos relativos a la libertad reproductiva, moralidad sexual, derecho de privacidad.

A la hora de valorar los bienes jurídicamente protegidos que entran en conflicto en el estudio del suicidio asistido y la eutanasia hay que tener en cuenta tanto la regulación vigente como la jurisprudencia.

La CE española reconoce que todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral (art. 15), y que toda persona tiene derecho a la libertad (art 17). El derecho a la vida entra en colisión con el derecho a la libertad cuando se pretende acabar con la propia vida —entendida la libertad en sentido de autonomía personal—.

La jurisprudencia, en concreto la del TC, ha declarado que no existe un derecho a morir (como derecho subjetivo jurídicamente protegido). Y, que en el supuesto de que se admitiera, el Estado no podrá legitimar la muerte de un tercero, no se puede legitimar el matar a otro aun con su consentimiento. También ha declarado que es legítimo proteger la vida humana incluso en contra de su propio titular.

Si bien, la disponibilidad de la propia vida en forma de suicidio carece de sanción por parte del Derecho penal. El debate jurídico no se presenta en términos del ``derecho a disponer de la propia vida'', sino sobre la disponibilidad por un tercero de la vida ajena con el consentimiento del sujeto pasivo —la intervención por parte del tercero, que auxilia, coopera u ocasiona la muerte del sujeto pasivo, en aquellas situaciones en las que el sujeto pasivo manifiesta su consentimiento suicida—.

El CP ha tipificado un auxilio al suicidio en términos eutanásicos con penas inferiores en uno o dos grados respecto al ``auxilio al suicidio ordinario''. La atenuación no obedece a la concurrencia de consentimiento del sujeto pasivo, sino que se debe al carácter eutanásico, es decir, a las circunstancias que el tipo delictivo exige que ``la víctima o sujeto pasivo sufra una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar''. Por todo ello, se puede afirmar que la autodeterminación personal no fundamenta la atenuación de la pena en el delito de auxilio al suicidio en supuestos eutanásicos.

La diferencia legal que ofrece el CP entre la eutanasia activa y la pasiva e indirecta es sustantiva pues, permite la pasiva — interrupción de un tratamiento que conserva artificialmente la vida— y la indirecta —facilitar lenitivos en la fase terminal provocando un adelantamiento de la muerte—, pero tipifica la activa. Esta diferencia legal no se corresponde con la distinción moral de ambos supuestos —pues en el fondo es lo mismo— ``ayudar a un sujeto que quiere morir''.

La regulación actual de las relaciones médico-paciente ha supuesto la superación de una etapa en la que regía por parte del médico una postura paternalista, en la que el médico no tenía la obligación de informar al paciente o, ni si quiera de que el paciente decidiera a que tratamientos someterse, de tal modo que decidía el médico en su lugar. Actualmente, se ha dotado legalmente al paciente de cierta autonomía para paliar la situación anterior.

El problema es que, en términos prácticos, el médico es la persona que posee el conocimiento exacto para proveer la droga letal o llevar a cabo la eutanasia. El paciente tiene

la opción de buscar otros medios para terminar con su vida, pero si no quiere morir una muerte traumática, su primera opción será buscar la colaboración de un médico.

El deber absoluto de proteger la vida no implica solamente el deber de actuar preventiva o remedialmente en contra de cualquier factor que amenace la vida de una persona, también incluye la obligación de aliviar el sufrimiento producido por el deterioro de la salud de una persona cuando es imposible eliminar las causas de este deterioro. La función del médico en España, en los casos en los que ya no existe un tratamiento que cure, se reduce a su aspecto paliativo. Bajo mi punto de vista, se debe ir un paso más allá, en los casos en los que una vez se haya sometido al paciente en los cuidados paliativos y siga convencido de que no desea seguir viviendo ese tipo de vida, sería necesario que por parte del Estado se dé otra solución, como la eutanasia activa, empleada bajo una serie de garantías.

Es obligación del Estado proporcionar el marco jurídico necesario para la coexistencia y el respeto del derecho a una muerte digna, por parte de aquellos que lo deseen, con la objeción de conciencia que puedan tener los sanitarios a la hora de practicar el suicidio médicamente asistido.

Así lo hizo en relación al aborto, una vez se despenalizó el mismo en determinados supuestos, permitiendo a los médicos acogerse a su derecho de objeción de conciencia respecto a su práctica, reconocimiento inicial en la STC 53/1985 anteriormente desarrollada y finalmente desarrollada normativamente, en el artículo 19.2 de la Ley 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva.

Es cada vez mayor la exigencia popular, resurgida recientemente tras el caso de María José Carrasco, de una regulación estatal que aporte soluciones viables a los sujetos cuyo estado de salud les impida tener una calidad de vida apta, que estén sometidos a una fuerte dependencia y los anulen como sujetos. La posición del Estado no debe limitarse, en los casos en los que no haya tratamiento o el paciente lo rechace, a un aspecto paliativo, sino que se debe ir un paso más, permitiendo que los sujetos sean libres de elegir si quieren seguir viviendo, si quieren ser dueños de sus vidas.

## 6. BIBLIOGRAFÍA.

### LIBROS ACADÉMICOS:

Abellán Salort, J. C., ``Autonomía, libertad y derecho´´, en VVAA: *Autonomía, libertad y testamentos vitales*, DYKINSON, S.L, Madrid, 2009.

Abellán Salort, J. C., ``La recepción del principio de autonomía en el bioderecho español´´, en VVAA: *Autonomía, libertad y testamentos vitales*, DYKINSON, S.L, Madrid, 2009.

Álvarez, S., ``La autonomía personal y los derechos de los enfermos´´, en VVAA, *Constitución y derechos fundamentales*, Ministerio de la Presidencia. Secretaria General Técnica, Madrid 2004.

Berrocal Lanzarot, A I., ``La regulación de las instrucciones previas o voluntades anticipadas en el derecho español´´, en VVAA: *Autonomía, libertad y testamentos vitales*, DYKINSON, S.L, Madrid, 2009.

Berrocal Lanzarot, A. I., ``El documento de instrucciones previas o voluntades anticipadas´´, en VVAA: *Autonomía, libertad y testamentos vitales*, DYKINSON, S.L, Madrid, 2009.

Cohen, C.B., “Quality of life” and the analogy with the nazis”, *The Journal of Medicine and Philosophy*, 1983.

De Aquino, T., *Summa Theologica*, I-I, Cuestión 42, artículo 4, edición de Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid, 1993.

De Aquino, T., *Summa Theologica*, I-I, Cuestión 94, artículo 2, edición de Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid, 1993.

De Lora, P., ``El derecho a la protección de la salud´´, en VVAA, *Constitución y derechos fundamentales*, Ministerio de la Presidencia. Secretaria General Técnica, Madrid, 2004.

Díaz Pintos, G., *Algunos problemas conceptuales del paternalismo y la autonomía moral individual con posible aplicación en el ámbito del tratamiento médico*, Universidad de Castilla La Mancha, Cuenca. Área de Filosofía del Derecho.

Hampsher-Monk, I., *Historia del pensamiento político moderno*, Editorial Ariel S.A., Barcelona, 1996.

Hoerster, N., “Acerca del significado del principio de la dignidad humana”, en *En defensa del positivismo jurídico*, trad. J.M. Seña y revisión de E. Garzón Valdés y R. Zimmerling, Gedisa Editorial, Barcelona, 1992.

Kant, E., *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*, Espasa-Calpe, Madrid, 1983, 8ª edición.

Navarro Michel, M., "El documento de voluntades anticipadas (el mal llamado "testamento vital")", *La Notaría*, núm. 2, 2003.

Pérez Álvarez, S., *La libertad ideológica ante los orígenes de la vida y la clonación en el marco de la U.E.*, Editorial Comares, Granada, 2009.

Sánchez, M., "Calidad de vida en enfermos terminales y eutanasia", en Urraca, S., (ed.) *Eutanasia hoy: un debate abierto*, Madrid, Noesis, 1996.

Sandel, M., *Justicia ¿Hacemos lo que debemos?*, trad. J. P. Campos, Gómez, Debolsillo, Barcelona, 2013, p. 74.

Singer, P., *¿Por qué actuar moralmente?* Ética Práctica, Capítulo 12, Editorial Alianza.

Singer, P., *Repensar la vida y la muerte. El derrumbe de nuestra ética tradicional*, Editorial Paidós, 1997.

Solar Cayón, J. I., "Los derechos naturales en la filosofía política de Locke" en *Historia de los Derechos-Fundamentales*, Tomo 1: Tránsito a la modernidad. Siglos XVI y XVII, Dykinson, Madrid, 1998.

Tarodo Soria, S., *La libertad de conciencia y derechos del usuario de los servicios sanitarios*, Universidad del País Vasco, Bilbao, 2005.

Tomás-Valiente Lanuza, C., *La cooperación al suicidio y la eutanasia en el nuevo código penal (artículo 143)*, Editorial Tirant lo Blanch, Valencia, 2000.

#### **LIBROS NO ACADÉMICOS:**

Bert, A., *El último verano*, trad. A. Blanco Solis, KAILAS, ISBN A 978-84-17248-20-8.

#### **ARTÍCULOS DE REVISTAS:**

Del Barco, R., *El derecho a la vida*. Accesible en la Revista de la Facultad de Ciencias Sociales y Jurídicas de Elche. Volumen I- Número 8- febrero de 2012- pp. 124-139- ISSN: 1886-6611. Enviado el 27/07/2010. Aceptado el 25/01/2011.

García Cuadrado, A.M., "Problemas constitucionales de la dignidad de la persona", *Revista Persona y Derecho*, vol. 67, 2012, pp. 449-514.

Garzón Valdés, E., "¿Es éticamente justificable el paternalismo jurídico?", en DOXA 5 (1988), pp. 155-173. Una primera versión de este trabajo fue publicada en la Revista



Latinoamericana de Filosofía, XIII (1987), núm. 3. Ha sido reeditado en Garzón Valdés, Ernesto: *Derecho, ética y política*, Ed. CEC, Madrid, 1993, pp. 361-378; y, en versión inglesa, con el título: "On Justifying Legal Paternalism", en *Ratio Juris*, 3 (1990), pp. 173-184.

## RECURSOS DE INTERNET:

Álvarez Álvarez, A., "¿somos nuestros propios dueños?", ICAVA, primer semestre 2018, pp. 36-37 (disponible en [https://www.icava.org/public\(Attachmente/2018/7Revistajulio2018b.pdf](https://www.icava.org/public(Attachmente/2018/7Revistajulio2018b.pdf); última consulta junio de 2019).

Blog de Divulgación Filosófica y Pensamiento Libre, <http://www.lasangredelleconverde.com/>. En concreto el artículo publicado bajo el título "Diferencia entre liberal, libertarista y libertario", (disponible en <http://www.lasangredelleconverde.com/diferencia-entre-liberal-libertarista-y-libertario/>; última consulta junio de 2019).

Climent Gallard, J.A., "La jurisprudencia del TEDH sobre el derecho a la disposición de la propia vida", *Actualidad jurídica iberoamericana*, N.º. 8, 2018, pp. 124-137 (disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6369280>; última consulta junio de 2019).

De [www.bioeticaweb.com](http://www.bioeticaweb.com) para la Biblioteca Católica Digital, [https://mercaba.org/FICHAS/bioetica/paternalismo\\_y\\_autonomia\\_moral.htm](https://mercaba.org/FICHAS/bioetica/paternalismo_y_autonomia_moral.htm), (última consulta marzo de 2019).

Documental sobre el Hospital Severo Ochoa, <https://vimeo.com/1144120>, (última consulta mayo de 2019).

El enfermo terminal y el derecho a una muerte digna, [http://www.pepe-rodriguez.com/Morir/Morir\\_test\\_vital.htm](http://www.pepe-rodriguez.com/Morir/Morir_test_vital.htm), (última consulta abril de 2019).

"El científico australiano David Goodall se suicida asistido en una clínica de suiza", *El País*, 2018 (disponible en [https://elpais.com/internacional/2018/05/10/actualidad/1525949833\\_715167.html](https://elpais.com/internacional/2018/05/10/actualidad/1525949833_715167.html)).

Encuentros en la UCM, sobre la disponibilidad de la vida: eutanasia, <https://www.ucm.es/encuentros/disponibilidad-de-la-vida-la-eutanasia>, (última consulta abril de 2019).

Juristas sobre la disponibilidad de la vida, <https://juristasporlaeutanasia.org/>, (última consulta abril de 2019).

López Calera, N. M., ``La vida y la muerte ante la ética del derecho, paternalismo médico y desarrollo científico´´, *Doxa: Cuadernos de filosofía del derecho*, Nº. 15-16, 2, 1994 (disponible en Dialnet, <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=128628>; última consulta junio de 2019).

Material extraído del temario de la asignatura de Filosofía Política de la Universidad Carlos III de Madrid, en concreto el tema sobre `` Los límites de la intervención estatal´´, pp. 1-10. Disponible en <http://ocw.uc3m.es/filosofia-del-derecho/filosofia-politica/material-de-clase-1/tema-5-los-limites-de-la-intervencion-estatal/view>, (última consulta junio 2019).

Proyecto Dipex España, <http://www.dipex.es/index.php/inicio>, (última consulta marzo de 2019).

Revista de Filosofía, <http://serbal.pntic.mec.es/AParteRei/index3.html>, (última consulta mayo 2019).

Revista española de sanidad penitenciaria, <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/324/721>, (última consulta marzo de 2019).

Temario de la asignatura filosofía política de la Universidad Carlos III de Madrid, <http://ocw.uc3m.es/filosofia-del-derecho/filosofia-politica/material-de-clase-1/tema-5-los-limites-de-la-intervencion-estatal>, (última consulta abril de 2019).

Monge Fernández, A., ``Vida indigna o muerte digna: ¿eutanasia?´´, *revista laleydigital*, 19/03/2019, disponible en LA LEY 3308/2001.

Landrove Díaz, G., ``El derecho a una muerte digna´´, *revista laleydigital*, 19/03/2019, disponible en LA LEY 21657/2001.

Díez Fernández, J. A., ``El nuevo Código de Ética Médica: la supervivencia de la Deontología en el marco legislativo actual, *revista laleydigital*, 19/03/2019, disponible en LA LEY 18094/2012.

Cervilla Garzón, M. A., ``Comentario a 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'', *revista laleydigital*, 19/03/2019, disponible en LA LEY 285/2003.

Página web oficial de Aranzadi,

<http://www.aranzadidigital.es.ponton.uva.es/maf/app/authentication/signon?legacy>.

Escalante Zabala, R., ``Cuando la vida sí merece la pena: especial referencia a la llamada ``muerte digna'', *revista laleydigital*, 19/03/2019, disponible en LA LEY 5499/2017.

Vilar González, S., ``La autonomía del paciente y los testamentos vitales'', *revista laleydigital*, 19/03/2019, disponible en LA LEY 15197/2018.

Calaza López, S., ``La oportunidad de regular un proceso para la determinación judicial de los derechos y garantías de las personas al término de la vida'', *revista laleydigital*, 19/03/2019, disponible en LA LEY 3346/2019.

Civilistica, <http://civilistica.com/wp-content/uploads/2015/08/Álvarez-civilistica.com-a.4.n.1.2015.pdf>, (última consulta abril 2019).

RAE disponible en, <http://www.rae.es/>, (última consulta mayo 2019).

## **JURISPRUDENCIA:**

Auto del Tribunal Constitucional 242/1998 de 11 de noviembre.

Decisión del Tribunal Europeo de Derechos Humanos de 26 de octubre del 2000.

En la Sentencia del Tribunal Constitucional (Pleno) de 27 de junio 120/1990.

Resolución de la Audiencia Provincial de Huesca (Sección Primera) nº 196/1996.

Sentencia del Tribunal Constitucional (Pleno) de 11 de abril 53/1985.

Sentencia del Tribunal Constitucional (Pleno) de 18 de julio 154/2002.

Sentencia del Tribunal Constitucional (Pleno) de 19 de julio 137/1990.

Sentencia del Tribunal Constitucional (Pleno) de 23 de diciembre 337/94.

Sentencia del Tribunal Constitucional (Pleno) de 27 de junio 120/1990.

Sentencia del Tribunal Constitucional de 11 de abril 53/85.

Sentencia del Tribunal Constitucional de 29 de enero 2/1982.

Sentencia del Tribunal Supremo (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 6ª) de 18 de octubre de 2005 RJ/2006/307.

Sentencia del Tribunal Supremo número 950/1997, de 27 de junio.

## **LEGISLACIÓN:**

Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, creada en el 2000 y revisada en el 2007. Referencia: DOUE-Z-2010-70003.

Carta de Naciones Unidas firmada el 26 de junio de 1945, entrada en vigor 24 de octubre de ese mismo año, ratificada por España el 16 de noviembre de 1990. Referencia: BOE-A-1990-27553.

Código de Deontología Médica. Promulgado en 1978 y reformado 1990, 1999 y 2011. El Real Decreto 300/2016, de 22 de julio, por el que se aprueban los Estatutos del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Referencia: BOE-A-2016-7604.

Constitución Española de 1978.

Declaración Universal de Derechos Humanos, adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 217 A (III), el 10 de diciembre de 1948 en París. Ratificado por España el 24 de noviembre de 1977. Referencia: BOE-A-1979-24010.

El Convenio de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto de las aplicaciones de la biología y la medicina. Conocido también como Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina o ``Convenio de Oviedo``. Suscrito en Oviedo el 4 de abril de 1997. Referencia: BOE-A-1999-20638.

La Proposición de Ley Orgánica sobre la eutanasia. Presentada por el Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea, 122/000060, [http://www.congreso.es/public\\_oficiales/L12/CONG/BOCG/B/BOCG-12-B-77-1.PDF](http://www.congreso.es/public_oficiales/L12/CONG/BOCG/B/BOCG-12-B-77-1.PDF).

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Referencia: BOE-A-1986-10499.

Ley 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Referencia: BOE-A-2010-3514.

Ley 21/2000, de 29 de diciembre sobre los derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del paciente y la documentación clínica de Cataluña. Referencia: BOE-A-2001-2353.

Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado de la historia clínica de los pacientes de Galicia, y, la Ley 3/2005, de 7 de marzo, de modificación de la Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes de Galicia. Referencia: BOE-A-2001-12770.

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. Referencia: BOE-A-2002-22188.

Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria. Referencia: BOE-A-1979-23708.

Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre del Código Penal. Referencia: BOE-A-1995-25444.

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Referencia: BOE-A-1977-10734.

Proyecto de Ley Orgánica del Código Penal de 1980.

Proyecto de Ley Orgánica del Código Penal de 1992.

Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario. Referencia: BOE-A-1996-3307.

Real Decreto 63/1995 de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. Referencia: BOE-A-1995-3554.

## 7. ANEXOS.

Modelo de Consentimiento Informado:  
<http://modelosconsentimientoinformado.es/modelos.html>.

### Anexo 6. Modelos de Consentimiento Informado

Documento de CONSENTIMIENTO INFORMADO GENERAL

El/la Paciente D/D.ª ..... natural de .....  
con domicilio en .....  
Ciudad..... Provincia .....  
con edad de..... y DNI....., menor de edad, y abajo firmante,  
ha sido INFORMADO DETALLADAMENTE SOBRE .....

La medicación prescrita/intervención o prueba a la que va a ser sometido  
..... y que de forma resumida consiste en  
.....  
.....

Se le ha informado sobre los riesgos y efectos secundarios inherentes a la  
mencionada y explicada medicación/intervención o prueba, y que son los  
siguientes:  
.....  
.....

Asimismo se le ha informado de los riesgos probables que son .....

Todo ello tal y como preceptúa la actual Ley 41/2002, de Autonomía del Pa-  
ciente, por lo cual, entiende y acepta los anteriores puntos por lo que firma  
el presente CONSENTIMIENTO INFORMADO

En la fecha ..... de ..... del año 20.....

**Médico responsable**

**El/la paciente**

Modelo de Consentimiento Informado por representante:

### Anexo 6. Modelos de consentimiento informado

Documento de CONSENTIMIENTO INFORMADO POR  
REPRESENTACIÓN

El/la representante legal D/D.ª .....  
..... del/la menor D/D.ª .....  
natural de ..... con domicilio en .....  
Ciudad..... Provincia .....  
con edad de..... y DNI....., mayor de edad, y abajo firmante,  
ha sido INFORMADO DETALLADAMENTE SOBRE .....

La medicación prescrita/intervención o prueba a la que va a ser sometido  
..... y que de forma resumida consiste en  
.....  
.....

Se le ha informado sobre los riesgos y efectos secundarios inherentes a la mencio-  
nada y explicada medicación/intervención o prueba, y que son los siguientes:  
.....  
.....

Asimismo se le ha informado de los riesgos probables que son .....

Todo ello tal y como preceptúa la actual Ley 41/2002, de Autonomía del Pa-  
ciente, por lo cual, entiende y acepta los anteriores puntos por lo que firma el  
presente CONSENTIMIENTO INFORMADO POR REPRESENTACIÓN

En la fecha ..... de ..... del año 20.....

**Médico responsable**

**Representante legal**

Modelo orientativo del Documento de Voluntades Anticipadas:

[http://dgaval.caib.es/www/voluntats\\_anticipades/docs/modelo\\_orientativo.pdf](http://dgaval.caib.es/www/voluntats_anticipades/docs/modelo_orientativo.pdf).