

Grado en Derecho.

Facultad de Derecho.

Universidad de la Laguna.

Curso: 2019-2020

Convocatoria: Septiembre

TRABAJO FIN DE GRADO
LA EUTANASIA EN ESPAÑA.
PROYECTO DE LEY.
(THE EUTANASIA IN SPAIN.
THE BILL)

Realizado por el alumno/a: Zuleima Hernández Guerra.

Tutorizado por el Profesor: Iván González Barrios.

Departamento: Derecho Constitucional, Ciencia Política y Filosofía del Derecho.

Área de conocimiento: Filosofía del Derecho.

Dedico mi Trabajo Fin de Grado, a la persona más importante de mi vida, mi madre, Ana Celia, le doy las gracias por estar siempre ahí, inculcarme valores, principios, confianza y sobre todo humildad. Gracias por apoyarme en este trayecto de la vida, sin ella no sería posible, es el motor de toda una familia. Dedicada a cuidar a los suyos, en situaciones como las que describo en el TFG, situaciones complicadas, perdida de familiares con padecimientos incurables, a los que ha cuidado hasta el final, tanto a mi padre como a mi abuela, estarán agradecidos allá donde estén.

Que menos puedo hacer, que estar orgullosa de ella y agradecida, por tanto y por todo. Y a mi hermano, por ofrecerme las palabras adecuadas en cada momento.

Zuleima

ÍNDICE:

RESUMEN	3
ABSTRACT	3
INTRODUCCIÓN	4
CAPÍTULO I: ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA EUTANASIA Y SU CLASIFICACIÓN	5
1.1 HISTORIA Y EVOLUCIÓN DE LA EUTANASIA.....	5
1.2 CONCEPTO Y ETIMOLOGÍA DE LA EUTANASIA.....	6
1.3 CLASIFICACIÓN Y MODELOS DE INTERPRETACIÓN	8
CAPÍTULO II. RÉGIMEN JURÍDICO DE LA EUTANASIA	14
2.1 EUTANASIA EN LA CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA.....	14
2.1.1 Derechos fundamentales implicados	14
2.2 REGULACIÓN EN EL CÓDIGO PENAL.....	17
2.3 LÍMITE DEL DERECHO A LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE.....	18
2.4 CONSENTIMIENTO DE LOS MENORES.....	21
2.1 NORMATIVA REGULADORA DE CUIDADOS PALIATIVOS.....	22
CAPÍTULO III. BIOÉTICA Y EUTANASIA	31
3.1 MUERTE DIGNA.....	31
3.2. EL TESTAMENTO VITAL O DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIA.....	35
CAPÍTULO IV. PROYECTO DE LEY	39
4.1 Acuerdo.....	40
4.2 Estructura.....	40
4.3 Objeto de la Ley.....	40
4.4 ¿Quién pide la prestación?.....	44
4.5 ¿Quién debe prestarla?.....	44

4.6 Sujetos implicados.....	44
4.7 Procedimiento.....	45
4.8 Deberes y obligaciones de los facultativos.....	46
4.9 Garantía de acceso.....	46
4.10 Consideraciones críticas.....	47
CONCLUSIONES.....	49
BIBLIOGRAFÍA.....	50

RESUMEN:

A pesar de que se ha avanzado en lo referente a la calidad de vida, no es suficiente, ya que a medida que pasa el tiempo se amplía el número de personas que sufren una enfermedad incurable. La cuestión a debatir es si la libre decisión de poner término a la vida, debe o no encontrar un apoyo en la sociedad, y más concretamente, en el ordenamiento jurídico. Es un tema complejo, de ahí que tenga especial importancia la eutanasia, para evitar sufrimiento y dolor en el ser humano, que está atravesando dicha enfermedad. Se debe destacar el artículo 143 Código Penal, se deduce la dificultad de distinguir en la práctica entre eutanasia activa y pasiva.

Destaca el testamento vital o declaración de instrucciones previas para los casos legalmente previstos de eutanasia pasiva.

En España se pretende aprobar la Ley de la eutanasia, tiene como objetivo "dar una respuesta jurídica, sistemática, equilibrada y garantista a una demanda social", tal y como se desprende de la exposición de motivos de la Proposición de Ley. Como ya sabemos, vida y calidad de vida, no son sinónimos.

ABSTRACT:

Although progress has been made in terms of quality of life, it is not enough, as time goes on the number of people suffering from an incurable disease. The question to be discussed is whether or not the free decision to end life must find support in society, and more specifically, in the legal order. It is a complex issue, hence euthanasia is of particular importance, to avoid suffering and pain in the human being, who is going through that disease. It should be noted article 143 Penal Code, it follows the difficulty of distinguishing in practice between active and passive euthanasia.

The living will or declaration of prior instructions for legally foreseen cases of passive euthanasia stands out.

In Spain it is intended to adopt the Law on euthanasia, with the aim of "giving a legal, systematic, balanced and guaranteeing response to a social demand", as is apparent from the explanatory memorandum of the Proposition of Law. As we already know, life and quality of life are not synonymous.

1. INTRODUCCIÓN.

El proceso de muerte para los seres humanos está condicionado por diversos factores, influyen los avances de la medicina, ya que muchas enfermedades que antes causaban la muerte, han sido erradicadas o tienen un tratamiento específico. Por otro lado, se produjo también un aumento de la esperanza de vida, y esto ha dado lugar a un aumento en las enfermedades crónicas e irreversibles.

Se pretende que a través de la reivindicación de la sociedad se garanticen unos derechos y un proceso de muerte digno. Aquí es donde surge la eutanasia, por ejemplo, un exhaustivo sondeo del CIS, determina que 6 de cada 10 ciudadanos creen que España debería regular por ley la eutanasia, mientras que solo uno de cada 10 se opone abiertamente a ello¹.

La eutanasia, a día de hoy, se sigue considerando un delito, por lo tanto, se encuentra tipificada en el Código Penal, está castigada con pena de prisión (artículo 143.4 CP)².

Para entender mejor la eutanasia y su problemática, lo más conveniente es hacer una breve mención a su origen y luego una aproximación a través del concepto y etimología, además de conocer su clasificación para poder diferenciar este término de otros.

Además, hay que centrarse concretamente en los derechos fundamentales afectados.

Dentro del régimen jurídico de la eutanasia, hago mención a la regulación actual de la Ley de la autonomía del paciente, y la normativa reguladora de cuidados paliativos.

Destaca el testamento vital o documento de instrucciones previas, que se consideran herramientas que regulan la acción médica ante situaciones donde el paciente pierde la capacidad para decidir sobre ella con respecto a su salud. Y lo que se entiende por muerte digna. Destacando sobre todo el papel de los médicos, comités de biótica, familiares y demás sujetos implicados.

Por último, hago especial mención al proyecto de ley, es clave saber cómo se logra, su estructura, quien puede solicitarla, y demás aspectos importantes.

1 <https://www.lavanguardia.com/vida/20100828/53991448486/un-60-por-ciento-de-los-espanoles-estan-a-favor-de-la-eutanasia.html>

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

CAPÍTULO I: ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA EUTANASIA Y SU CLASIFICACIÓN.

1.1 HISTORIA Y EVOLUCIÓN DE LA EUTANASIA.

Hoy en día carece de una regulación, ya que, en nuestro ordenamiento jurídico, la eutanasia activa está castigada en el Código Penal, al igual que el suicidio asistido o formas de participación.

La eutanasia ha existido tiempo atrás, se practicó en Grecia y Roma, entendida en el sentido de la deliberada aceleración de la muerte de una persona, tuvo su apoyo por Sócrates, Platón y Séneca el Viejo en el mundo antiguo, aunque al parecer Hipócrates tenía un pensamiento algo diferente y contrario a los demás cuando escribió lo siguiente: “no prescribiré una droga mortal para complacer a alguien, ni dar consejos que puedan causar su muerte”, de ahí se deduce que hubiera una discordancia de pensamientos, tanto a favor como en contra.

El termino eutanasia fue utilizado por Francis Bacon (1561-1626), realizo un trabajo, Eutanasia médica, y así dio lugar a dos distinciones, por un lado, eutanasia interior o la preparación del alma para la muerte, y por otro, eutanasia exterior, que pretendía hacer el fin de la vida más llevadero.

Bien es cierto que se le da sentido porque se cree que se alivia el proceso de muerte, esto se remonta al historiador Karl Friedrich Heinrich, Marx (1796-1877), con gran influencia de Bacon. Según su creencia un médico tenía el deber moral de mitigar el sufrimiento mediante el apoyo y uso de medicamentos, aquí ya pasa al plano de la responsabilidad de los médicos.

En el sentido moderno, se ha opuesto a la tradición judeocristiana. En este caso en concreto, Tomás de Aquino (1225-1274), se opuso totalmente, y decía que esto iba en contra de la supervivencia que tenemos implícita en nuestra condición de seres humanos.

Existió mucha oposición, pero eso no impidió la eutanasia continuara.

Ya en el periodo de la ilustración, el suicidio y la eutanasia comenzaron a ser más aceptados.

Tiempo después surgió el uso de la morfina para tratar “los dolores de la muerte”, a mediados del siglo XIX d.C., John Collins Warren recomendó su empleo. En 1866 Joseph Bullar reveló una utilización similar para el cloroformo. Ninguna debería ser utilizada.

Surgió un debate sobre la eutanasia contemporánea por parte de Samuel Willians, a través de un discurso que también destacaba el cloroformo como medio para acelerar deliberadamente la muerte (en 1870). A raíz de esto, Annie Besant, ensayista y reformadora que se involucró en la Sociedad Nacional Laica, consideraba que era un deber con la sociedad que no debe “morir voluntariamente y sin dolor” cuando uno llega al punto de convertirse en una carga.

Cada cultura tiene una percepción diferente de lo que entienden por eutanasia.

En realidad, tanto estar a favor como en contra, suele ser por una lucha que existe basada en defender el valor supremo de la vida, y otros que creen en la autonomía y responsabilidad de sus propias decisiones, y que no ven necesario pasar por un sufrimiento que no se ha elegido.

1.2 CONCEPTO Y ETIMOLOGÍA.

El concepto de eutanasia, tiene diversas interpretaciones según la fuente a la que acudamos. Lo más apropiado es hacer una aproximación tanto jurídica como etimológica.

En primer lugar, la palabra eutanasia proviene de dos palabras griegas, “eu”, que significa buena y, “thanos” que significa muerte, lo que se deduce es “buena muerte”, «la producción de la muerte de una persona sin causarle sufrimientos físicos o morales», esta reflexión proviene de Francis Bacon, puede traducirse “buena muerte” o similar “muerte tranquila”, “muerte dulce”, dice además; *“que se tiene por error confiar un cuerpo natural a médicos empíricos, que disponen de unas cuantas recetas agradables con las que se muestran confiados y temerarios, pero no conocen ni las causas de las enfermedades, ni las constituciones de los pacientes (...)”*³.

3 Francis Bacon en su libro *El avance del saber* (1605) Alianza Editorial S.A., Madrid, reintrodujo el término “eutanasia” en el debate filosófico, usado con cierta frecuencia en la filosofía griega y romana: *“El deber del médico no solo es devolver la salud al enfermo, sino también aliviar sus dolores y sufrimientos, y no solo cuando tal alivio puede conducir a la recuperación, sino también cuando ayuda a procurar una muerte pacífica y sencilla (...)”*, pp. 27 y ss.

Aquí guarda relación aquello que se considera muerte digna, que será tratado más adelante.

Suponiendo que la muerte es un mal, conforme a la tradición cristiana y muchas otras, aparece como efecto del pecado de Adán.

Pero lo anterior es una primera aproximación ya que la expresión ha evolucionado, la RAE⁴ en su caso, lo define como “*Intervención deliberada para poner fin a la vida de un paciente sin perspectiva de cura*” y como “*muerte sin sufrimiento físico*”.

En el plano filosófico, cabe preguntarse qué es la muerte y el morir para el hombre, analizar qué criterios clínicos son necesarios para el diagnóstico de muerte (tratado más adelante en el apartado de biótica), si es lícito adelantar por compasión la muerte de alguien, tema de ética, y las consecuencias que esa reflexión debe tener en el Derecho positivo, esto se ubica en el tema jurídico.

La eutanasia no es reciente, tiene un amplio recorrido, ya que tanto la vida como la muerte están unidas, no puede darse una sin la otra. La vida siempre llega a su fin de una manera u otra.

La eutanasia está arraigada en la sociedad, pero dependiendo del contexto, tanto de la cultura, religión o la ética de la comunidad, se puede entender de diferentes maneras, y adoptar posiciones distintas.

El primer uso se le atribuye al historiador Suetonio, «*muriendo rápidamente y sin sufrir en los brazos de su esposa, Livia, experimento la “eutanasia” que había deseado*».

Su primer uso en el contexto médico aparece con Bacon⁵, hacía referencia a una muerte feliz, fácil e indolora, durante la cual era «*responsabilidad del médico aliviar los padecimientos físicos del cuerpo*”.

4 Real Academia Española.

5 Francis Bacon en su libro *El avance del saber* (1605), Alianza Editorial, S.A., Madrid, 1988, pp.27 y ss.

Bacon se refería a una eutanasia «externa», el término «externa» era usado para distinguir un concepto espiritual; la eutanasia a la cual se refiere, es a la «preparación del alma». Como se deduce de su etimología (del griego “eu-thanatos”), eutanasia significa “buena muerte”, en el sentido de muerte apacible, sin dolores, y con esta acepción la introdujo en el vocabulario científico Francisco Bacon en 1623.

El uso actual anglosajón, define como la «*inducción indolora de una muerte rápida*», deja abierta una serie de acciones que cumplirían con los requisitos de la definición, pero no se consideran eutanasia.

Otro elemento que se introduce es el de sufrimiento, “muerte sin dolor”.

Y, además, la muerte debe ser accidental, Michael J. Warren dijo “*el principal asunto que diferencia la eutanasia de la intención de homicidio simple, es el motivo del agente, debe haber un buen motivo en lo que respecta al bien de la persona muerta*”.

Por su parte, Draper argumentó que la definición de eutanasia debe incorporar cuatro elementos: un agente y un sujeto; una intención; una proximidad causal tal que las acciones del agente conducen al resultado; y un resultado, “eutanasia debe definirse como la muerte que resulta de la intención de una persona de matar a otra persona, utilizando los medios más suaves e indoloros posibles, motivados únicamente por los mejores intereses de la persona que muere”.

Se han producido muchos cambios en el ámbito de la teología, y en otros ámbitos, existe una lucha entre dos concepciones totalmente enfrentadas, en primer lugar, la concepción que postula la intangibilidad de la vida humana apoyada ante todo en consideraciones religiosas y teológicas principio de santidad de la vida. Y, en segundo lugar, la concepción que antepone el principio de calidad de la vida e invoca el derecho a disponer sobre sí mismo en las situaciones en que dicha calidad de vida se encuentre ausente.

La complejidad en torno al termino "eutanasia" cada vez fue mayor en la era moderna impulsó el uso de adjetivos para tratar de diferenciar los tipos de actuaciones "eutanáicas" que los profesionales sanitarios podían realizar. Y cuando los adjetivos resultaron insuficientes, comenzaron a crearse palabras alternativas⁷.

6. <https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2018/04/eutanasia-y-suicidio-asistido-conceptos-generales-y-situacion-legal.pdf>

2.2 Clasificación y modelos de interpretación.

Teniendo claro lo que significa el término eutanasia, se podrá proceder a desarrollar la clasificación de la misma.

- ***Eutanasia:*** por parte del médico u otra persona, acción u omisión con la intención de provocar la muerte del paciente terminal o altamente dependiente, por compasión y para eliminarle todo dolor.
- ***Eutanasia voluntaria:*** aquí si se da el consentimiento del paciente.
- ***Eutanasia involuntaria:*** se produce en contra de la voluntad del paciente, que manifiesta su deseo de no morir.
- ***Eutanasia no voluntaria:*** no se constata el consentimiento del paciente, que no puede manifestar ningún deseo, como sucede en casos de niños y pacientes que no han expresado directamente su consentimiento informado.

Es de gran importancia saber diferenciar la eutanasia activa y pasiva⁸, ya que juegan un papel muy importante, y a lo largo de los años ha sido un tema muy controvertido:

- ***Eutanasia activa:*** se da una acción positiva que provoca la muerte del paciente.
- ***Eutanasia pasiva***⁸: el dejar morir intencionadamente al paciente por omisión de cuidados o tratamientos que están indicados y son proporcionados.

⁸ Asamblea General del Consejo General de Colegios oficiales de Médicos (22 de mayo de 1993). «Declaración de la Comisión Central de Deontología sobre el significado de la expresión «Eutanasia pasiva»»

La expresión eutanasia pasiva, a veces no se usa adecuadamente, de omisión de tratamientos desproporcionados respecto al resultado que se va a obtener, estaríamos ante la correcta limitación del esfuerzo terapéutico o limitación de terapias, se deberá en todo caso respetar la decisión del paciente a recibir el tratamiento.

- ***Encarnizamiento terapéutico*** denominado como tratamientos inútiles, o de serlo produzcan una desproporción en el resultado esperado.

- ***Ortotanasia***: Se permite la muerte natural a través de tratamientos paliativos para evitar sufrimientos en casos extremos como enfermedades incurables y terminales, recurriendo a medidas razonables. Frente a esto, y desde una perspectiva moral y legal donde se reivindica la desacralización de la vida, también contra el encarnizamiento terapéutico, inaceptable éticamente, la ortotanasia (del griego orthos, recto, justo, que observa el derecho conforme a la razón) se plantea como una posición jurídica y moral aceptable. Se define así; no adelantar la muerte con una acción médica intencional; acompañar al enfermo terminal, considerando su vida, aunque dependiente y sufriente, siempre digna; aliviar el dolor en lo posible y favorecer su bienestar; asistencia psicológica y espiritual para satisfacer su derecho de aceptar su proceso de muerte; no abandonar nunca al paciente, pero saber dejarle morir, cuando no podemos curarle.

- ***Enfermo terminal***: No cabe esperar que se recupere de esa enfermedad, que en todo caso es mortal a corto plazo que puede ser desde algunas semanas a varios meses.

- ***Cuidados paliativos***: la atención a los aspectos físicos, psíquicos, sociales y espirituales de las personas en situación terminal; el bienestar, la dignidad y autonomía de los enfermos y de su familia. Se encargan de ello equipos multidisciplinares, que pueden incluir profesionales sanitarios (médicos, enfermeras, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales, auxiliares de enfermería, psicólogos), expertos en ética, asesores espirituales, abogados y voluntarios.

- ***Sedación terminal:*** se logra aliviar el dolor mediante fármaco, de un sufrimiento físico y/o psicológico, mediante la disminución de la conciencia, en un paciente cuya muerte se prevé inminente, con el consentimiento del mismo en sus variantes. Desde el punto de vista ético⁹, no es relevante el que, como efecto secundario no buscado de la administración de la sedación se adelante la muerte de la persona, siempre y cuando esto no sea lo que se pretenda directamente como fin de la acción.
- ***Suicidio:*** el acto de quitarse voluntariamente la propia vida.
- ***Suicidio asistido:*** ayudar a suicidarse en los supuestos en que la persona no sea capaz de hacerlo por sus propios medios.
- ***Testamento vital:*** la manifestación expresa de voluntad anticipada para el caso de que la persona careciese de la facultad de decidir acerca de su tratamiento médico.

La concepción de Rey Martínez, distingue entre la eutanasia activa directa¹⁰ y el suicidio asistido, de un lado, y la eutanasia activa indirecta y la eutanasia pasiva, de otro.

La primera, está prohibida penalmente, pero la pasiva y activa indirecta son conductas que integran el contenido del derecho fundamental a la integridad personal.

Establece cuatro modelos de interpretación constitucional:

⁹ <http://www.observatoriobioetica.org/wp-content/uploads/2013/12/La-eutanasia.-Perspectiva-ética-jurídica-y-médica>.

¹⁰ Fernando Rey Martínez “Derechos Fundamentales y Eutanasia” (Madrid, Centro de Estudios Políticos y Constitucionales/Tribunal Constitucional, 2008) pp. 119 y ss.

El primero, el modelo de la “eutanasia constitucionalmente prohibida”, podría decirse que es el tradicional, relacionado con ideologías conservadoras.

Esto guarda relación con el artículo 15 de la Constitución, y está respaldado por la doctrina del Tribunal Constitucional, la vida no es un bien del que pueda disponer su titular y el suicidio no es un derecho fundamental sino una simple libertad fáctica.

El segundo, es el de la “eutanasia como derecho fundamental”, totalmente contrario al anterior, “incluye en su contenido el derecho a disponer de la propia vida por su titular”. El suicidio sino incluso la eutanasia activa directa son manifestaciones de ejercicio legítimo de un derecho fundamental. No es nada justo que esté reconocido un derecho así por la Constitución y que por otro lado el legislador penal mantenga una prohibición absoluta.

El tercer modelo es el de la “eutanasia como libertad constitucional legislativamente limitable”, se sostiene que la Constitución no se deriva un derecho fundamental a terminar con la propia vida de forma activa, y continúa diciendo que la cláusula general de libertad del artículo 1.1 de la Constitución ampararía conductas, como el suicidio, que no afectan a bienes jurídicos ajenos. La prohibición del suicidio sería por ello inconstitucional.

El legislador penal podría incriminar la eutanasia activa directa, en atención a intereses públicos como para despenalizarla. Por otra parte, la eutanasia activa indirecta y la eutanasia pasiva forman parte del derecho fundamental a la integridad del artículo 15 de la Constitución.

El cuarto, es la eutanasia como “excepción legítima, bajo ciertas condiciones, de la protección estatal de la vida”. Se entiende que no hay un derecho fundamental a disponer de la propia vida. De manera que el acento se sitúa, por decirlo así, en el reconocimiento constitucional del derecho a la vida. Ésta es la regla. Por ello no es inconstitucional la incriminación de la eutanasia activa directa.

También se dice que el legislador penal podría despenalizarla bajo ciertas condiciones”. Ésta es la excepción.

Rey Martínez mantiene que tanto la eutanasia pasiva como la activa indirecta forman parte del derecho a tomar decisiones sobre la propia salud, derecho que se hallaría “implícito” del derecho fundamental a la integridad personal, reconocido en el artículo

15 de la Constitución. A tal efecto, invoca reiterada doctrina del Tribunal Constitucional en la que este “nuevo” derecho parece abrirse paso.

La vida es un bien jurídico de rango constitucional, cuya “disponibilidad” es de difícil fundamentación; la vida es, a lo sumo, “limitable” por el juego de otros derechos fundamentales, principios o valores, o con excepciones debido a determinadas condiciones. En su caso, la restricción de su protección penal, incluida la eventual despenalización de la eutanasia activa directa, entraría dentro del margen de discrecionalidad legislativa en materia penal, que se desenvuelve con independencia de la teoría del bien jurídico.

CAPÍTULO II. RÉGIMEN JURÍDICO DE LA EUTANASIA.

2.1 EUTANASIA EN LA CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA

Para hablar del régimen jurídico de la eutanasia en España es necesario hacer mención a los derechos fundamentales afectados¹¹, que se encuentran recogidos en la Constitución Española de 1978.

2.1.1 Derechos fundamentales implicados.

Los derechos fundamentales a la dignidad, libertad personal y derecho a la vida contenidos en la Constitución Española de 1978 (en adelante, “CE”) y breve aproximación a la concepción de Rey Martínez.

Según REY MARTÍNEZ¹², el derecho a la vida y el derecho a la integridad física y moral, vienen reconocidos como los derechos fundamentales primordiales de entre todos los reconocidos en nuestra Constitución.

Los derechos fundamentales afectados son; el derecho a la vida y a la integridad física y moral (art. 15 CE), los principios de la dignidad humana y el libre desarrollo de la personalidad (art. 10 CE), el valor libertad (art. 1.1 CE), la libertad ideológica y religiosa (art. 16 CE).

¹¹ Constitución Española de 1978.

¹² Fernando Rey Martínez “Derechos Fundamentales y Eutanasia” (Madrid, Centro de Estudios Políticos y Constitucionales/Tribunal Constitucional, 2008). (páginas 1, 15, 84 y ss).

El derecho a la vida se encuentra regulado en el artículo 10.1 de la CE se establece como derecho fundamental “la dignidad de las personas”, se refiere a la forma de vivir de la persona, y a la manera por la que quiere morir. “La dignidad humana, es algo permanente e inherente al ser humano y, por supuesto, se mantiene en el momento de su muerte”.

Derecho a la vida, regulado en el artículo 15 de la CE “todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos (...) tratos inhumanos o degradantes”.

En España, el final de la vida de una persona ha sido regulado, sin embargo, no hay ninguna ley que regule la eutanasia ni tampoco el suicidio asistido.

En el Código penal de España, en su artículo 143, recoge las penas para aquella persona que induzca a un tercero al suicidio, contiene un tipo objetivo que va a consistir en dos opciones, uno de ellos causar directamente la muerte de la otra persona y otra la cooperación necesaria y activa que lleva a la muerte de la otra persona (art.143.2 y 3). Además, posee también un tipo subjetivo, el supuesto en el que una persona solicite a otra muerte porque no quiere vivir más (art.143.4), en el último caso se necesita “petición expresa, seria e inequívoca de este”.

- En cuanto a la petición expresa se refiera a la necesidad de que sea una petición verbal o escrita y que en ningún caso pueda ser tácita.
- Petición seria, ya que no puede existir ningún vicio de violencia, engaño o error.
- Petición inequívoca: La petición de la persona no puede dejar lugar a dudas de la voluntad de morir. También hay otro requisito en el artículo 143.4 y es que la víctima “sufriera una enfermedad grave” o “sufriera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar”.

En Tribunal Constitucional se ha pronunciado en la STC 120/1990, de 27 de junio de 1990, estableciendo¹³,

13 STC 120/1990, de 27 de junio de 1990

“Posee el Derecho a la Vida un contenido de protección positiva que impide configurarlo como un derecho de libertad que incluya el derecho a la propia muerte. Ello no impide, sin embargo, reconocer que, (...), pueda aquella fácticamente disponer sobre su propia muerte, pero esa disposición constituye una manifestación del agere licere, en cuanto que la privación de la vida propia o la aceptación de la propia muerte es un acto que la Ley no prohíbe y no, en ningún modo, un derecho subjetivo que implique la posibilidad de movilizar el apoyo del poder público para vencer la resistencia que se oponga a la voluntad de morir, ni, mucho menos, un derecho subjetivo de carácter fundamental en el que esa posibilidad se extienda incluso frente a la resistencia del legislador, que no puede reducir el contenido esencial del derecho. En virtud de esto, no es posible admitir que la Constitución en vigor, en su art. 15, garantice al individuo un derecho a su propia muerte”.

En relación con el derecho a la vida, el Convenio de Roma¹⁴ establece en su artículo 2, apartado primero lo siguiente: “El derecho de toda persona a la vida está protegido por la Ley. Nadie podrá ser privado de su vida intencionadamente, salvo en ejecución de una condena que imponga pena capital dictada por un tribunal al reo de un delito para el que la ley establece esa pena.” En este sentido, es conveniente traer a colación el Caso *Pretty vs. Reino Unido*, de 29 de abril de 2002, resuelto por el TEDH, donde la demandante, que sufría una enfermedad neurológica degenerativa y sin posibilidad de curación, formalizó una solicitud a la Cámara de los Lores para que no abrieran diligencias contra su marido en caso de que éste le ayudara a suicidarse por voluntad propia. En este caso, se desestimó la petición de la actora debido al mencionado artículo 2 del Convenio Europeo de Derechos Humanos, cuyo precepto “no puede ser interpretado como si el mismo otorgase el derecho a morir”, ni puede “crear un derecho de autodeterminación” en el sentido de conferir a un individuo la facultad de morir más que de vivir.

En cuanto a la Carta Europea de Derechos Fundamentales¹⁵, reconoce el derecho a la vida en su artículo 2, de la siguiente manera: “1. Toda persona tiene derecho a la vida. 2. Nadie podrá ser condenado a la pena de muerte ni ejecutado”.

14 Convenio de Roma.

15 Carta Europea de Derechos Fundamentales

A diferencia del Convenio de Roma, la Carta Europea de Derechos Fundamentales también recoge el Derecho a la integridad de la persona en su artículo 3: “1. Toda persona tiene derecho a su integridad física y psíquica. 2. En el marco de la biología se respetarán en particular:

- el consentimiento libre e informado, de acuerdo con las modalidades establecidas en la ley,
- la prohibición de prácticas eugenésicas concretamente las que tienen por finalidad la selección de las personas,
- la prohibición de que el cuerpo humano o partes del mismo se conviertan en objeto de lucro,
- la prohibición de la clonación reproductora de seres humanos.”

Así, tanto la interpretación del artículo 15 de nuestra Constitución Española, como la del artículo 2 del Convenio de Roma, determinan que la protección del derecho a la vida no ampara el derecho a disponer de ella, se configura como un derecho inalienable, y como tal, están excluidos los actos de disposición sobre el mismo, así como la destrucción del bien jurídico protegido por este derecho.

2.2 REGULACIÓN EN EL CÓDIGO PENAL

En cuanto a la regulación actual, se establece en concreto, en el artículo 143.4 del Código Penal¹⁶, tipifica la eutanasia como un tipo privilegiado del auxilio ejecutivo al suicidio. Esta regulación recibió críticas en el momento de entrar en vigor por parte de sectores de la doctrina jurídica, que entendían negativo el extender la aplicabilidad del mismo a hipótesis que se realicen fuera del ámbito médico-asistencial.

Es importante señalar dos elementos, la pena prevista supone una protección menor del bien vida humana, lo que contradice la previsión constitucional del artículo 15 de la CE de 1978.

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

2.3. LÍMITES DEL DERECHO A LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE.

El “Convenio sobre los derechos del hombre y la biomedicina¹⁷”, elaborado por el Consejo de Europa, suscrito el día 4 de abril de 1997 y con entrada en vigor en España el 1 de enero de 2000, es de especial importancia, ya que fruto de este Convenio es la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, base reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica¹⁸.

Se produjo un cambio, en cuanto a la figura del paciente, y surge la denominación “autonomía del paciente”.

Supone una regulación básica porque establece unos mínimos obligatorios para todos los gobiernos autonómicos, posibilitando una regulación a posteriori que aborde los conceptos tratados en la Ley Básica con mayor profundidad. Cataluña, Galicia, Navarra, País Vasco, La Rioja y Aragón ya han aprobado sus propias leyes autonómicas mejorando algunos aspectos de esta ley como, por ejemplo, las voluntades anticipadas.

Estamos ante la Ley 41/2002, cuyo artículo 2 recoge los principios básicos inspiradores que deben tenerse siempre en cuenta en este nuevo papel de los pacientes:

- El primero es la dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad.
- El consentimiento de los pacientes se requerirá para toda actuación en el ámbito de la sanidad.
- El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.
- Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento. Su negativa al tratamiento deberá constar por escrito.

17 Convenio sobre los derechos del hombre y la biomedicina”, elaborado por el Consejo de Europa, suscrito el día 4 de abril de 1997 y con entrada en vigor en España el 1 de enero de 2000

18 Ley 41/2002, de 14 de noviembre, base reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica

- Los pacientes o usuarios tienen el deber de facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera leal y verdadera, además de poder obtenerlo, especialmente cuando sean necesarios por razones de interés público o con motivo de la asistencia sanitaria.
- Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no solo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente. Es decir, el profesional sanitario está obligado a llevar a cabo una “buena praxis sanitaria”.
- Y en materia de protección de datos. La persona que elabore o tenga acceso a la información está obligada a guardar la reserva. Es importante destacar en este punto toda la normativa regulada por la LO 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

También se regula en dicha ley otros conceptos como son; el consentimiento informado, las instrucciones previas y la historia clínica.

En cuanto al consentimiento informado, es toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente cuando se necesite el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez recibida la información prevista para el caso. ¿Cuándo debe constar por escrito?; ante una intervención quirúrgica, diagnósticos, en caso de aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes y que supongan una repercusión negativa en la salud del paciente. En cualquier caso, el paciente podrá revocar libremente su consentimiento en cualquier momento siempre que lo haga por escrito.

Existen unos límites concretos y se prevé la posibilidad de que los facultativos puedan llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin que se dé consentimiento, en los siguientes casos:

- Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias.
- Cuando existe riesgo para la integridad física o psíquica del enfermo y no sea factible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.

En cuanto a las instrucciones previas, se tratará más adelante.

La historia clínica, es el conjunto de los documentos que guardan relación con los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos.

Por otra parte, el art. 9.5 de la Ley establece que «la prestación del consentimiento por representación será adecuada a las circunstancias y proporcionada a las necesidades que haya que atender, siempre a favor del paciente y con respeto a la dignidad personal...».

En el artículo 8 de la misma ley, se establece lo siguiente, “toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso.”

Uno de los límites positivos lo tenemos recogido en el artículo 2.3 de la ley 41/2002; “El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles”, por lo tanto, el paciente solo podrá elegir entre las opciones clínicas posibles, y solo serán posibles aquellas que queden claramente indicadas. En resumen, el primer límite que encontramos es el de la indicación médica.

En el artículo 18 de la ley 2/2010 del 8 abril denominada Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte¹⁹. 1. “El médico o médica responsable, antes de proponer cualquier intervención sanitaria a una persona en proceso de muerte, deberá asegurarse de que la misma está clínicamente indicada, elaborando su juicio clínico al respecto basándose en el estado 27 de la ciencia, en la evidencia científica disponible, en su saber profesional, en su experiencia y en el estado clínico, gravedad y pronóstico de la persona afecta.

19 ley 2/2010 del 8 abril denominada Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte

En el caso de que este juicio profesional concluya en la indicación de una intervención sanitaria, someterá entonces la misma al consentimiento libre y voluntario de la persona, que podrá aceptar la intervención propuesta, elegir libremente entre las opciones clínicas disponibles, o rechazarla, en los términos previstos en dicha ley y en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre”.

“Todos los profesionales sanitarios implicados en la atención de los pacientes tienen la obligación de respetar los valores, creencias y preferencias de los mismos en la toma de decisiones clínicas (...) debiendo abstenerse de imponer criterios de actuación basados en sus propias creencias y convicciones personales, morales, religiosas o filosóficas”.

En conclusión, los profesionales deberán respetar siempre la voluntad de los pacientes, o sus representantes, ya que, en situaciones de incapacidad, la citada Ley de 2002 reconoce en su art. 9.3. el consentimiento por representación, bajo determinados presupuestos, para actuar en el ámbito de la salud. “El consentimiento corresponde en tales casos al representante legal o a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho”.

2.3 CONSENTIMIENTO DE LOS MENORES

En el apartado c del artículo 9 se establece lo siguiente, *“Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectualmente ni emocionalmente de comprender el avance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos. Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente”*.

El legislador en primer lugar, reconoce la capacidad del menor para prestar consentimiento a partir de los dieciséis años o cuando el menor se encuentra emancipado. Por ello se considera no capacitado al menor que no alcance dicha edad, ya que no está plenamente desarrollado tanto intelectual como emocionalmente para comprender el alcance de la intervención.

Y como casi siempre, existe una excepción en aquellos supuestos en el que el menor no emancipado o menor de dieciséis años pueda prestar su consentimiento cuando alcance un grado de madurez en tales circunstancias, será el representante legal el que lo determine. Por representante legal entendemos los padres o tutores legales, compelidos por la ley.

2.4 NORMATIVA REGULADORA CUIDADOS PALIATIVOS.

Se puede definir la medicina paliativa como la atención total a los pacientes y familias, por parte de un equipo multiprofesional, cuando la enfermedad ya no responde a tratamientos curativos y la expectativa de vida es relativamente corta. La palabra “paliativa” viene del latín pallium, significa manta o cubierta²⁰. Así, cuando la causa no puede ser curada, los síntomas son cubiertos con tratamientos específicos, como, por ejemplo, analgésicos y antieméticos. El término guarda relación con la consideración con las molestias físicas, y también las preocupaciones psicológicas, sociales y espirituales.

La Medicina Paliativa afirma la vida y reconoce que el morir es un proceso normal. No busca ni acelerar ni posponer la muerte. No está dominada por la “tiranía de la curación”, y se opone también firmemente a la eutanasia.

Definición de la Sociedad Europea de Cuidados Paliativos

"Los cuidados paliativos afirman la vida y consideran la muerte como un proceso natural: ni la aceleran ni la retrasan ante cualquier circunstancia. Se administran para mantener la mejor calidad de vida posible hasta la muerte."

²⁰ Twycross, Robert (junio de 2000). «Medicina paliativa: filosofía y consideraciones éticas», pp. 35 y ss.

Definición de la OMS²¹

"Los Cuidados Paliativos son un modo de abordar la enfermedad avanzada e incurable que pretende mejorar la calidad de vida tanto de los pacientes que afrontan una enfermedad como de sus familias, mediante la prevención y el alivio del sufrimiento a través de un diagnóstico precoz, una evaluación adecuada y el oportuno tratamiento del dolor y de otros problemas tanto físicos como psicosociales y espirituales.

Los cuidados paliativos existen para proteger la vida y consideran la muerte como un proceso natural: ni la aceleran ni la retrasan. Se administran para mantener la mejor calidad de vida posible hasta la muerte.

Los cuidados paliativos y también los equipos de cuidados paliativos:

- Proporcionan alivio al dolor y a otros síntomas;
- defienden la vida y ven la muerte como un proceso natural;
- no intentan acelerar ni posponer el fallecimiento;
- incorporan los aspectos psicológico y espiritual en la atención al paciente;
- proporcionan un apoyo para ayudar a los pacientes a mantener hasta el fallecimiento, dentro de sus limitaciones, el mayor nivel de actividad;
- ofrecen su ayuda a la familia a lo largo del proceso de la enfermedad y, luego, en el duelo;
- trabajan en equipo para resolver el conjunto de necesidades del paciente y de sus familiares incluido, cuando es preciso, el apoyo en el duelo;
- no solo pretenden mejorar la calidad de vida, sino que pueden influir también de manera positiva en el curso de la enfermedad;

²¹ Definición de Cuidados Paliativos por la OMS

- se pueden aplicar de manera temprana en la evolución de la enfermedad asociados a otros tratamientos como la quimioterapia y la radioterapia, dirigidos a prolongar la supervivencia

comenzó en Londres en los años 1970 y se extendió, primero por el mundo anglosajón, y luego por Europa y otros países.

Los cuidados paliativos recuperan la forma más profunda de comprender y atender al paciente terminal que late en la medicina²². Existe un descontento en torno a este tema, ya que estaban ignorando necesidades claves de alivio del sufrimiento para el enfermo avanzado e incurable y para su familia. Necesidades que habían quedado escondidas quizá detrás de la búsqueda de progreso científico.

Sus comienzos se remiten a 1970, la doctora Cicely Saunders, promueve un primer centro médico dedicado a la atención de enfermos terminales que será un referente para todo el mundo.

En sus orígenes es patente la esencia profundamente cristiana de los cuidados paliativos.

En la declaración sobre *La atención médica al final de la vida* de la Organización Médica Colegial de España²³, se recoge la existencia de una demanda social -motivada entre otras causas por el envejecimiento de la población-, la necesidad de procurar una mejor calidad de vida al enfermo terminal, así como el reto de formar a los profesionales en cuidados paliativos. Se indica que,

22 https://www.secpal.com/secpal_historia-de-los-cuidados-paliativos_5-la-internacionalizacion-de-una-nueva-filosofia-de-cp

23 *Declaración sobre La atención médica al final de la vida de la Organización Médica Colegial de España*

"Todas las personas tienen derecho a una asistencia sanitaria de calidad, científica y humana. Por tanto, recibir una adecuada atención médica al final de la vida no debe considerarse un privilegio, sino un auténtico derecho."

Y finaliza el documento con el siguiente texto,

"Los cuidados que un pueblo presta a sus ciudadanos más frágiles es un exponente de su grado de civilización. En este esfuerzo colectivo, los médicos, fieles a nuestra mejor tradición humanística y humanitaria, siempre deberemos estar comprometidos."

Muchos profesionales de la medicina siempre, también en los últimos tiempos, han actuado de acuerdo con ese proceder.

En cuanto a las características a diferencia del sistema común de atención al enfermo en situación terminal son;

- En este tipo de asistencia la unidad de cuidado está constituida por el paciente más la familia.
- El equipo de asistencia es multidisciplinar: médicos/as, enfermeros/as, psicólogos, trabajadores sociales, asistentes pastorales y personal voluntario.
- Por la situación terminal de enfermedad en la que se encuentran los pacientes que reciben cuidados paliativos, los tratamientos empleados frente al dolor y demás síntomas físicos serán principalmente de intención paliativa. Soporte para ampliar el estrés y preocupaciones que afectan de lleno a la familia y pacientes.
- La medicina paliativa es integradora y no supone una exclusión de otros especialistas ni de tratamientos activos que tengan la misma intención paliativa y miren primordialmente por el bienestar del paciente.

Declaración sobre *La atención médica al final de la vida* de la Organización Médica Colegial de España

Los servicios:

- Unidades móviles de apoyo intrahospitalario;
- Unidades intrahospitalarias de cuidados paliativos;
- Casas de reposo para pacientes terminales
- Unidades hospitalarias diurnas;

- Equipos de control ambulatorio y de atención domiciliaria.

Los objetivos:

1. En cuanto a los síntomas, controlarlos; de forma particular el dolor. Deberán ser expertos, para poder curar debidamente, con un exhaustivo control de los síntomas ya sean vómitos, depresión, heridas, etc.
2. Y sobre todo prestar una atención personalizada al paciente.
3. Deben ser un medio y facilitar al paciente la relación y la comunicación dentro de su medio familiar.

Atender en todo caso las necesidades tanto de los pacientes como de su familia.

4. Mantener a los profesionales que realizan el trabajo de cuidar al paciente en condiciones óptimas, evitando el desgaste emocional y otras repercusiones psicológicas negativas.

Los objetivos en todo caso son:

- Control del dolor y otros síntomas
- Asistencia personalizada e integral del paciente
- Soporte de la familia
- Soporte del propio equipo asistencial
- Mejorar la calidad de vida, no solo del paciente, sino también de sus familiares y/o cuidadores

El derecho a morir dignamente es objeto de debate bioético contemporáneo relacionado con el final de la vida humana.

Muchos de los autores que abogan por el derecho a una “muerte digna”, entienden que éste incluye el derecho a disponer de la propia vida y, en su caso, practicar la eutanasia o el suicidio medicamente asistido, basándose en el respeto a la libertad individual o autonomía del paciente.

Nadie tendría derecho a imponer la obligación de seguir viviendo a una persona que, en razón de un sufrimiento extremo, ya no lo desea.

En situaciones extremas, la eutanasia y la asistencia al suicidio se muestran como actos de compasión.

Cuando tanto el colectivo médico como los que están pasando por esto están en contacto es cuando se entiende la problemática que gira en torno a la solicitud de la eutanasia y asistencia al suicidio.

Esta respuesta de la medicina paliativa supone abordar totalmente al enfermo terminal en dimensiones diferentes: física, psicológica, espiritual y social. Supone, además, considerar el acto de morir como un "acto humano"²⁴.

Bajo la cuestión de la eutanasia late un debate intelectual y filosófico bien conocido. Por un lado, están quienes afirman que la capacidad de autodeterminación del ser humano es total y absoluta.

Una persona capaz puede, por tanto, determinar el momento de finalizar la propia vida cuando considera que ya no es digna de ser vivida.

Y, por otro lado, una autodeterminación que no implica dispensabilidad absoluta.

Quienes así entienden la existencia humana no consideran moralmente aceptable el suicidio y niegan que exista tal derecho. Se necesita de un tercero. Por esta razón la eutanasia tiene unas implicaciones sociales que no pueden perderse de vista. Todo ello establecido en la Declaración sobre la eutanasia de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos.

Hay que ver en todo caso, la verdad acerca de su condición.

²⁴ *“Los cuidados paliativos no llegan ni a la mitad de los enfermos, eso genera un extraordinario sufrimiento; la gente muere muy mal”, eldiario.es*

En un primer momento, lo que se comprueba es la intervención de los profesionales sanitarios o equipo médico y se valora si la familia está preparada emocionalmente para atender de forma adecuada al enfermo según las condiciones descritas.

Ya que estas situaciones son muy extremas y delicadas, y por supuesto, es una decisión que ha de ser meditada en todo momento.

Ha de tenerse constancia de quien es la persona que lleva el peso de esta decisión, y de la atención del paciente, y después, planificar la integración plena de los familiares, si necesitan apoyo emocional, ayuda y recompensación de la familia.

Deberá prestarse la adecuada atención a ese proceso de duelo, el cual puede ser definido como el estado de pensamiento, sentimiento y actividad que se produce como consecuencia de la pérdida de una persona amada, asociándose a síntomas físicos y emocionales.

En todo caso, los familiares sufren profundamente, debido a los lazos de unión, y que en muchas ocasiones no desean que estos tomen una decisión tan trascendental, pero tampoco ver sufrir de una manera desproporcionada a dicho familiar, se mire desde cualquier perspectiva, la pérdida siempre es psicológicamente traumática.

Según la Guía de Cuidados Paliativos, editada por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos²⁵, en la situación de enfermedad terminal concurren una serie de características que son importantes. Los elementos fundamentales:

- Padecimiento de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable
- Cuando no haya respuesta al tratamiento.

25 Guía de Cuidados Paliativos, editada por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos

- Cuando se den numerosos problemas.
- Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la consideración, explícita o no, de la muerte.
- Pronóstico de vida inferior a 6 meses. Esta situación compleja produce una gran demanda de atención y de soporte, a los que los profesionales sanitarios han de responder adecuadamente. Procesos patológicos tales como el cáncer, SIDA, enfermedades de la motoneurona, insuficiencia específica orgánica (renal, cardíaca, etc) cumplen estas características, en mayor o menor medida, en las etapas finales de la enfermedad. Clásicamente la atención del enfermo de cáncer en fase terminal ha constituido la razón de ser de los Cuidados Paliativos.

Como es lógico no se puede calificar como enfermo terminal a un paciente potencialmente curable.

Los cuidados paliativos se aplican cuando se presente un cuadro clínico irreversible, debido a enfermedades incurables o a situaciones que traen consigo sufrimientos físicos o psíquicos insoportables para el paciente.

En lo que respecta a la ayuda médica, establecen una comunicación abierta con el enfermo en situación terminal. La muerte y el proceso de morir evocan en los cuidadores reacciones psicológicas que conducen, directa o indirectamente, a evitar la comunicación con el paciente y su familia.

Es muy complicado llegar a comunicarse ya que el propio hecho de ver a otra persona sufrir y más si es un familiar, genera angustia a enfrentarse a la situación y a comunicarle a la otra persona algo que genere una reacción adversa, reacciones emocionales no controlables, o malinterpretarse por desconocimiento de la información.

Aunque ya se sabe que la comunicación es una herramienta terapéutica esencial para hacer efectivo el principio de autonomía, el consentimiento informado, la confianza mutua, la seguridad y la información que el enfermo necesita para ser ayudado y ayudarse a sí mismo.

Coordinación fundamental entre el equipo, la familia y el paciente. La información aportada por el equipo médico en su caso, debe ser siempre clara y fiable. Por ello, el enfermo y su familia, conjuntamente, constituyen la unidad a considerar en el tratamiento.

Los profesionales sanitarios deben estar al tanto y reconocer con facilidad cuando se está ante un gran impacto emocional, en estos casos, y abordarlo de la mejor manera posible.

Todo lo que gira en torno a la muerte, crea dudas, incertidumbres, ya que los familiares tienen miedo a que no se cumpla eso de “no sufrirá”, si están cuidando de esa persona eficazmente, si pueden surgir problemas posteriormente, todo esto y más, afecta de lleno a la familia. Cuando alguien cercano no se encuentra bien, no quiere seguir viviendo en esas condiciones, inhumanas, porque cuando te dan la vida, nunca piensas en que vengas al mundo a sufrir, sino a intentar disfrutar de cada momento, pero cuando te encuentras una situación así tanto cercana como personalmente, y no tiene remedio, lo único que da tranquilidad es el bienestar del enfermo, y en la decisión justificada de no querer sufrir.

Supone por lo tanto un impacto, ya que una enfermedad terminal es grave, y el ambiente familiar se enfrenta a distintas situaciones, en función de factores relacionados con la enfermedad (control de síntomas, información, no adecuación de objetivos enfermo-familia), así como entorno social y circunstancias de vida del enfermo.

La Conferencia Episcopal en un documento hizo hincapié a los cuidados paliativos y al sufrimiento, la enfermedad terminal, y que, gracias a la compasión, al amor y demás, nunca a provocar directamente la muerte.

CAPÍTULO III. BIÓTICA Y EUTANASIA

Perspectiva (bio)ética, la eutanasia constituye un problema central de la bioética entendida ésta, según Diego GRACIA²⁶, como una disciplina biomédica pero también como una ciencia moral que pretende tratar «con la lógica y la metodología de la “ética científica” los problemas morales que plantean las ciencias biomédicas».

3.1 Muerte digna

¿Qué se entiende por “muerte digna”?

Según el Barómetro sobre Neurociencia y Sociedad²⁷ publicado en noviembre de 2018, el **85% de los españoles estaba a favor** de regular la eutanasia; de ellos, el 49% se mostraba "totalmente convencido" de que es una necesidad.

El Estudio sobre valores y actitudes en Europa acerca de la esfera privada, elaborado por la Fundación BBVA y hecho público en octubre de 2019, muestra que el 83% de los españoles acepta la regulación de la eutanasia, entendida como el proceso para "**acelerar la muerte con ayuda médica** a enfermos en fase terminal de una enfermedad incurable y que han expresado su voluntad de no seguir viviendo".

Conocida como ortotanasia, se determina la manera más adecuada ante la muerte por quienes atienden al que la sufre (la enfermedad incurable).

No se emplean medios extraordinarios para mantener la vida de la persona. Es diferente a la eutanasia ya que no permite adelantar deliberadamente la muerte del paciente.

Se cree que ayudar a otro a morir en ciertos casos como el de una enfermedad incurable y sufrimientos extremos es un acto humanitario. Por lo que el derecho a morir dignamente tiene cabida en esta corriente jurídica, filosófica, moral.

²⁶ ³⁴ Diego GRACIA, en *Lecciones de bioética*, Universidad de Valladolid, 1987, págs. 21 y 31 y s. Vid. también, Romeo CASABONA, *El derecho y la bioética ante los límites de la vida humana*, Editorial Centro de Estudios Ramón Areces, 1994

²⁷ Barómetro sobre Neurociencia y Sociedad publicado en noviembre de 2018, el **85% de los españoles estaba a favor** de regular la eutanasia; de ellos, el 49% se mostraba "totalmente convencido" de que es una necesidad.

Sin embargo, existen escépticos a estos argumentos, sosteniendo que dicha ayuda que se presta a la persona que quiere terminar con su vida, es un homicidio que el derecho debe castigar. Por lo que el derecho a morir dignamente se enfrenta con el derecho de la vida, derecho fundamental e inviolable, que prevalece por encima del anterior.

El derecho a morir dignamente²⁸ puede ser entendido como un derecho subjetivo, por el cual el paciente o enfermo terminal tiene la capacidad de intervenir en el proceso de muerte, por medio de las decisiones relativas al mismo sin intervención de ninguna persona, por lo tanto, no corresponde a cualquier ciudadano, sino aquella persona que tiene la condición de paciente, añadiendo a este el dolor o sufrimiento, y de otra forma las condiciones que hacen considerar que esa forma de vida no son dignas, por ejemplo, estar postrado para siempre en una cama o el estar conectado a una máquina.

El derecho a morir dignamente cuenta con un conjunto de facultades que la integran, algunas de estas pueden ser propias de este derecho, sin embargo, podemos encontrar que otras facultades provienen de la titularidad de otros derechos, pero el contenido a morir permite hablar de tal derecho.

Haciendo un resumen de lo dicho anteriormente, la información debe ser veraz en todo momento, sobre el estado de salud, derecho a recibir cuidados paliativos, en la fase terminal, así morirá dignamente, rechazar en todo caso el encarnizamiento, rechazando tratamientos que son inútiles, también el paciente tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento médico o interrumpir alguno que se esté dando en ese momento. Y, por último, derecho del paciente a manifestar su voluntad, de forma anticipadamente a los cuidados y el tratamiento de su salud para que llegado lo momento en que no esté en condiciones, se cumpla satisfactoriamente.

28 Esta figura en el derecho español se le conoce como documento de las voluntades anticipadas. Méndez Baiges, V, Sobre morir. Eutanasia, derechos, razones, Barcelona 2002, pag.53-59.

La recomendación del Consejo de Europa y la Propuesta del Parlamento Europeo sobre asistencia a los enfermos terminales de 25 de Abril de 1991, apartado D

Por su parte, catedrático de Filosofía del derecho en la Universidad Carlos III Gregorio Peces-Barba ha reclamado una ley "valiente" que regule la eutanasia desde una perspectiva general”.

Según él, “la eutanasia debería aplicarse en los casos en los que el paciente esté "irremisiblemente deteriorado", recalando que solo debe hacerse cuando “no hay posibilidad de remisión" en su estado”.

Peces-Barba considera que "la vida tiene que ser digna"²⁹ y que hay personas que, en estas situaciones, tienen "convicciones" morales o religiosas para asumir su enfermedad, pero otras no.

El catedrático ha señalado que "no se puede dejar a la jurisprudencia" este fenómeno, ya que puede ser "contradictoria" y lo que se necesita en estos momentos es "seguridad jurídica" para evitar que su regulación esté "vinculada a ocurrencias, buenas o mejores, de los jueces".

Siguiendo con el término “muerte digna”, hablamos del “valor de la vida humana” pero, como personas y como sujetos sociales, nos importa cada vez más señalar en qué consiste y a qué nos obliga si queremos poner en práctica esa valoración.

El conocimiento actual de la vida humana, desde el punto de vista biológico, alcanza un detalle y una profundidad que nos permite formular con más y mejor precisión una idea esencial.

²⁹ Peces-Barba considera que "la vida tiene que ser digna" <https://www.20minutos.es/noticia/787266/0/>

Continuando con la **materia de bioética**, no es lo mismo morirse, o dejar morir, que matar o ayudar a otro a hacerlo.

Es complicado, como se ha dicho anteriormente, ya que unas veces procederá abstenerse de intervenir o suspender el tratamiento iniciado, en los casos de enfermedades incurables; y otras veces, dejar morir puede implicar un acto inmoral e incluso criminal de dejación de los deberes de asistencia hacia el enfermo.

También podría suponer una omisión si existe una mínima expectativa de curación, y el facultativo deja de suministrar el tratamiento o suspende las medidas de soporte vital. Pero el paciente o su representante, deciden.

Se dice que es inmoral porque va en contra de la ley natural, y de los principios de la ética, aunque bien es cierto que la finalidad es compasiva.

Generalmente ese poder se otorga al personal sanitario, de poner fin directamente a la vida de las personas en condiciones especialmente dependientes.

Desde el punto de vista deontológico, se amplía el poder del médico, de forma arbitraria, la protección jurídica de la vida más dependiente se limita a una especie de control, en todo caso, burocrático.

En concreto, en Canarias, la Ley 1/2015 de Derechos y Garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida³⁰, tiene como fundamento que el paciente pueda rechazar cualquier tipo de tratamiento o intervención realizada por los sanitarios. La Ley Orgánica 1/2018, de 5 de noviembre, de reforma del Estatuto de Autonomía de Canarias, recogió en su artículo 20 el derecho a formular instrucciones previas donde se recoge lo siguiente:

30 Ley 1/2015 de Derechos y Garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida

- las personas mayores de edad y capaces, tienen derecho a declarar libremente de forma anticipada y expresa su voluntad sobre los cuidados y los tratamientos y, sobre el destino de su cuerpo y los órganos del mismo, con el objeto de que esta se cumpla, no puede expresarla.

Uno de los límites positivos lo tenemos recogido en el artículo 2.3 de la ley 41/2002; “El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles”, es decir, solo podrá elegir entre las opciones clínicas posibles.

Lo que sí está regulado es el derecho de las personas enfermas a que sea respetada su personalidad, dignidad e intimidad, sobre todo en la fase final de sus vidas, procurando su mayor calidad de vida, tanto en el ámbito físico como psicológico, socioeconómico y espiritual. Esta regulación se incluye dentro de la normativa sobre la asistencia sanitaria y los derechos de los pacientes, que está cedido a las Comunidades Autónomas.

3.2 TESTAMENTO VITAL O DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS.

En concreto, la persona tiene derecho a decidir sobre los cuidados y tratamientos de su salud, en tanto mantenga su capacidad mental para entender y decidir. Para que dicha voluntad sea manifiesta y pueda ser respetada en las situaciones en las que la persona no pueda decidir o expresarla personalmente, existe el documento de instrucciones previas, o testamento vital.

Se define al documento de instrucciones previas como aquel documento por el que una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta de manera anticipada su voluntad sobre los cuidados y tratamientos de su salud o, una vez llegado su fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de sus órganos³¹ (definición contenida en la Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes, de Galicia).

31 Definición contenida en la Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes, de Galicia

Para acreditar que el documento de instrucciones previas o testamento vital cumple las anteriores condiciones, debe constar por escrito y otorgarse de alguna de las siguientes formas:

- Ante notario.
- Ante tres testigos capaces en todo caso, dos deben ser familiares.

Se da en situaciones de enfermedad incurable avanzada, enfermedad terminal, estado de inconsciencia permanente irreversible, situación de agonía y enfermedad o situación clínica grave e irreversible, y permitirá la toma de decisiones por parte del equipo médico que está atendiendo al paciente.

En dicho documento, la persona puede designar a un representante, que será el interlocutor con el equipo médico en sustitución de la persona en fase crítica, y que velará por el cumplimiento de las instrucciones dadas por ella.

Cualquier persona que se encuentre en ese supuesto tiene derecho al alivio del sufrimiento mediante aplicación de los cuidados paliativos.

Por medio del documento de instrucciones previas, o testamento vital, la persona afectada determina de antemano hasta dónde deben extenderse dichos cuidados.

Pudiendo limitar aquellos que simplemente prolonguen la supervivencia, pero que no suponen una cura o mejora de la situación de la persona enferma, o manifestarse en contra de ser sometido a procesos médicos o terapéuticos que supongan una desproporción entre el padecimiento sufrido y la calidad de vida obtenida.

En este documento además puede detallarse el destino del cuerpo de la persona una vez fallecida, es decir, donar órganos y tejidos para trasplante a otras personas, o donarlos para la investigación.

Pueden incluirse otras medidas o instrucciones que la persona que otorga el documento considere oportunas, pero en ningún caso podrán ir en contra de la ley, ello quiere decir que, puede limitar la intervención médica para que evite el sufrimiento y no impida la muerte, pero no puede solicitar dicha intervención para causar la muerte, en tanto la eutanasia no sea legalmente regulada y reconocida.

La aplicación de la sedación solo se utilizará para mitigar el sufrimiento, no para causar el fallecimiento, que deberá ser consecuencia natural de la situación en la que se encuentra la persona.

El documento de instrucciones previas o testamento vital puede revocarse y anularse en cualquier momento, y en tanto la persona que lo haya otorgado mantenga sus facultades mentales para hacerlo.

En caso de que no exista este documento y la persona afectada no esté en condiciones de expresar su consentimiento a determinadas actuaciones médicas, se recabará la autorización del cónyuge o pareja de hecho legalmente reconocida, si no hubiese, a los familiares de grado más próximo y, dentro del mismo grado, a los que ejerzan de cuidadores o, a falta de éstos, a los de mayor edad.

Testamento vital o documento de instrucciones previas en España contamos con legislación reciente que se ocupa específicamente de regular la autonomía y derechos de los pacientes. Además del Convenio de Oviedo sobre Biomedicina y Derechos Humanos, del Consejo de Europa (1997) y de la abundante legislación autonómica, la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía y de los derechos y deberes de los pacientes en materia de información y documentación clínica. En esta última norma se trata del consentimiento informado, que deberá preceder a cualquier intervención sobre una persona en el ámbito biomédico, así como de los testamentos vitales que el legislador español ha denominado “documentos de instrucciones previas”.

La jurisprudencia constitucional española ha dicho reiteradamente que el derecho a la vida y el derecho a no sufrir tratos inhumanos o degradantes, no conllevan un derecho a ser matado a petición propia. Tanto en el debate de la Comisión del Senado sobre la

eutanasia, como en las ocasiones en las que se han rechazado proposiciones de ley sobre su legalización.

Lo que justifica la intervención del Estado en protección de la vida humana en su momento más vulnerable. Igualmente es preciso recordar que, en la jurisprudencia comparada, especialmente en la norteamericana, uno de los elementos considerados para superar la autonomía de quien se niega a un determinado tratamiento médico es, precisamente, la intención suicida, que nunca es amparada, aunque no se sancione, por el ordenamiento.

La Asociación Médica Mundial se pronunció de forma clara y reiterativa, en octubre de 2019³², afirmando que tanto la eutanasia como el suicidio médicamente asistido son inaceptables, y que de hecho es ilegal en casi todos los países del mundo, con contadas excepciones.

Podría decirse, a modo de conclusión, que las instrucciones previas se pueden definir, una persona mayor de edad capaz y además libre, debe manifestar de manera anticipada su voluntad, para que se cumpla en el momento indicado, y si surge el inconveniente de no poder hacerlo en el momento preciso, sobre los cuidados y tratamiento de su salud, y si fallece, sobre el destino de su cuerpo y sus órganos. Puede contar con un representante por si se da el supuesto en que sea necesario que este actúe como el interlocutor con el médico o equipo y procurar así el cumplimiento de las instrucciones previas.

32 La Asociación Médica Mundial se pronunció sobre la eutanasia en octubre de 2019; “se otorga eficacia informadora de la lex artis a la voluntad del paciente actual, libre y expresada conscientemente, pero no a la voluntad expresada en un documento de instrucciones previas que, conforme a lo establecido en el art. 11.3, no puede ser contraria a la lex artis. A fortiori, lo mismo hay que sostener respecto de la voluntad «presunta» y, a nuestro juicio, también del consentimiento por representación”.

CAPÍTULO IV. PROYECTO DE LEY.

El Partido Socialista ya recogía en su programa de las últimas elecciones, una ley para regular la eutanasia, un tema que regresó a la primera línea del debate, después de que Ángel Hernández, un hombre de 70 años, fuera detenido por ayudar a morir a su mujer, enferma desde hacía tres décadas de esclerosis múltiple, suministrándole una sustancia letal. En España, más de una persona optó por no vivir postrado en una cama o en una silla y eligió la vía del suicidio asistido, castigado actualmente en el Código Penal con penas de dos a diez años. El caso más conocido es el de Ramón Sampetro, pero hay más casos.

Señala Diego GRACIA que una decisión es auténtica *«cuando no solo ha sido tomada con intencionalidad, con conocimiento y sin control externo, sino que además es coherente con el sistema de valores y las actitudes generales ante la vida que una persona ha asumido reflexiva y conscientemente»*, lo que le permite afirmar que *«cuando los pacientes son adultos, responsables, toman sus decisiones tras una madura ponderación de todos los factores y circunstancias del hecho, y estas decisiones son coherentes con sus sistemas de valores»*³³.

³³ Diego GRACIA, en *Lecciones de bioética*, Universidad de Valladolid, 1987, págs. 21 y 31 y s. Vid. también, Romeo CASABONA, *El derecho y la bioética ante los límites de la vida humana*, Editorial Centro de Estudios Ramón Areces, 1994, pág. 10: *«La Bioética no suele ser entendida como una disciplina especial, sino especializada, dentro de la Ética general (de la cual se nutre en buena parte de sus fundamentos, y a la inversa, desarrolla aquella), no tanto como Ética teórica como cuanto aplicada»*. Sobre la definición de la *Enciclopedia de Bioética* según la cual la bioética es el estudio sistemático de la acción o conducta humana con relación a la biología y la salud según valores y principios morales, vid. Javier SÁDABA, en *Estudios de bioética y derecho*, comp. María CASADO, Tirant lo Blanch, 2000, pág. 38.

4.1 El acuerdo.

Cabe destacar que el Congreso de los Diputados ha aprobado la tramitación de la Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia presentada por el Grupo Parlamentario Socialista por 201 votos a favor, 140 en contra y 2 abstenciones³⁴.

4.2 Estructura.

Tiene un total de 19 artículos, cinco capítulos, disposición adicional primera y segunda, disposición transitoria única, disposición derogatoria única, disposiciones final primera, segunda, tercera y cuarta. Los artículos están estructurados en cinco capítulos:

Capítulo I: Disposiciones Generales: objeto, ámbito de aplicación y definiciones.

Capítulo II: Derecho de las personas a solicitar la prestación de ayuda para morir y condiciones para su ejercicio: requisitos y condiciones de la solicitud.

Capítulo III: Deberes y obligaciones de los facultativos/as que presten o denieguen la ayuda para morir y garantías que han de observarse: regular la actuación del personal sanitario.

Capítulo IV: Garantía en el acceso a la prestación de ayuda para morir: garantizar a todos el acceso a la prestación, así como incluirla en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.

Capítulo V: Comisiones de control y evaluación.

4.3 Objeto de la ley.

“El objeto de la ley es regular el derecho de las personas a solicitar y recibir ayuda para morir cuando concurren las circunstancias y según el procedimiento y garantías que se establecen en la ley” (artículo 1)³⁵.

34 http://www.congreso.es/public_oficiales/L12/CONG/BOCG/B/BOCG-12-B-270-1.PDF

35 *PROPOSICIÓN DE LEY ORGÁNICA DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA.*
http://www.congreso.es/public_oficiales/L13/CONG/BOCG/B/BOCG-13-B-64-1.PDF

¿Dónde y a quién se aplica?. Se aplica tanto al ámbito público como privado. También a domicilios particulares. Así como a todas las personas implicadas en la toma de decisión de la persona que solicita la eutanasia, y al personal sanitario. Finalmente, a las entidades aseguradoras o mutualidades (artículo 2).

En la exposición de motivos,

“La presente ley pretende dar una respuesta jurídica, sistemática, equilibrada y garantista, a una demanda sostenida de la sociedad actual como es la eutanasia”.

La presente ley regula y despenaliza la eutanasia en determinados supuestos, definidos claramente, y sujetos a garantías suficientes que salvaguarden la absoluta libertad de la decisión, descartando presión externa de cualquier índole. En el panorama de los países de nuestro entorno se pueden reconocer, fundamentalmente, dos modelos de tratamiento normativo de la eutanasia.

Se quiere conseguir para regular lo dicho y ordenar los diferentes supuestos, para que no sea objeto de reproche penal la eutanasia.

Por su parte, eutanasia activa es la acción por la que un profesional sanitario pone fin a la vida de un o una paciente de manera deliberada y a petición de este o esta, cuando se produce dentro de un contexto eutanásico por causa de enfermedad grave e incurable o discapacidad grave crónica causantes de un sufrimiento intolerable. El contexto eutanásico, en el cual se acepta legalmente prestar ayuda para morir a otra persona, debe delimitarse con arreglo a determinadas condiciones que afectan a la situación física y mental en que se encuentra la persona, a las posibilidades de intervención para aliviar su sufrimiento, y a las convicciones morales de la persona sobre la preservación de su vida en unas condiciones que considere incompatibles con su dignidad personal.

Se precisa de colaboración y del asesoramiento sobre la sustancia y dosis necesarias de medicamentos, su prescripción, o, incluso, su suministro con el fin de que él o la paciente se lo administre.

Así mismo, han de establecerse garantías para que la decisión de poner fin a la vida se produzca con *absoluta libertad, autonomía y conocimiento*, protegida por tanto de presiones de toda índole que pudieran provenir de entornos sociales, económicos o familiares desfavorables, o incluso decisiones apresuradas. Este contexto eutanásico, así

delimitado, requiere de una valoración cualificada y externa a las personas solicitante y ejecutora, previa y posterior al acto eutanásico.

Se deberá garantizar en todo caso la seguridad jurídica y el respeto a la libertad de conciencia del personal sanitario llamado a colaborar en el acto de ayuda a morir.

Lo que se extrae de la ley es que se pretende introducir en nuestro ordenamiento jurídico un nuevo derecho individual como es la eutanasia. Se entiende por esta, la actuación que produce la muerte de una persona de forma directa e intencionada mediante una relación causa-efecto única e inmediata, a petición informada, expresa y reiterada en el tiempo por dicha persona, y que se lleva a cabo en un contexto de sufrimiento debido a una enfermedad o padecimiento incurable que la persona experimenta como no aceptado y que no ha podido impedir por otros medios.

La eutanasia se encuentra vinculada con un derecho fundamental de la persona constitucionalmente protegido como es la vida, pero también con otros derechos y bienes, igualmente protegidos constitucionalmente, como son la integridad física y moral de la persona (art. 15 CE), la dignidad humana (art. 10 CE), el valor superior de la libertad (art. 1.1 CE), el derecho a la intimidad (art. 18.1 CE), la libertad ideológica y de conciencia (art. 16 CE). Cuando una persona plenamente capaz y libre se enfrenta a una situación vital que a su juicio vulnera su dignidad e integridad, como es la que define el contexto eutanásico antes descrito, el bien de la vida puede decaer en favor de los demás bienes y derechos con los que debe ser ponderado, toda vez que no existe un deber constitucional de imponer o tutelar la vida a toda costa y en contra de la voluntad del titular del derecho a la vida.

Por lo tanto, el Proyecto de ley del PSOE para la despenalización de la eutanasia y su consideración como un derecho individual, un texto que consiguió el apoyo parlamentario para iniciar su debate en 2018 y en 2019 pero que decayó en dos ocasiones por la convocatoria de elecciones generales de abril y noviembre del año pasado, y ahora se encuentra en segundo plano otra vez, debido a la situación en la que nos encontramos por la COVID-19.

La Cámara baja admite a trámite de nuevo el proyecto de ley de eutanasia que ha sido para los socialistas uno de los temas de campaña en las dos citas electorales del año pasado y que solo obtuvo en contra hasta ahora los votos del PP en 2018 y de los 'populares' y Vox en 2019.

La ley que propone de nuevo el PSOE busca, además de despenalizar la eutanasia (el "suicidio asistido" está recogido como delito recogido en el artículo 143 CP), se les reconoce a quienes no tengan otra posibilidad y quieran voluntariamente, y respaldados por informes médicos, acabar con su vida. Según reza el texto, se trata de introducir en el ordenamiento jurídico español "**un nuevo derecho individual**", entendiendo la eutanasia como la actuación que "produce la muerte de forma directa e intencionada mediante una relación causa-efecto única e inmediata, a petición informada, expresa y reiterada en el tiempo".

El proyecto de ley que el PSOE busca sacar adelante apuesta por incluir la eutanasia entre las prestaciones del Sistema Nacional de Salud (SNS) para garantizar el acceso a todos los ciudadanos en condiciones de igualdad. En decir, la prestación será de financiación pública pero la ley garantiza también su prestación en centros privados o incluso en el domicilio del solicitante.

En cuanto a la labor de los médicos, el proyecto de ley establece la posibilidad a los profesionales de la salud de apelar objeción de conciencia en caso de no querer realizar esta práctica: "se garantiza dicha prestación sin perjuicio de la posibilidad de objeción de conciencia del personal sanitario", enuncia.

Los socialistas respaldan su propuesta en el **amplio consenso social** sobre la cuestión.

En 2011, la última vez que el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) preguntó por la regulación por ley del derecho de las personas a tener una muerte digna, el 77,5% de los entrevistados se mostraron a favor frente a 9,8% que se posicionó en contra.

La ley que el PSOE vuelve a proponer, defendida en tribuna por la diputada y exministra de Sanidad **María Luisa Carcedo** *"han de establecerse garantías para que la decisión de poner fin a la vida se produzca con absoluta libertad, autonomía y conocimiento, protegida, por tanto, de presiones de toda índole que pudieran provenir de entornos sociales, económicos o familiares desfavorables, o incluso decisiones apresuradas"*.

De salir adelante y superar todo el examen parlamentario, la ley de eutanasia entraría en vigor tres meses después de su publicación en el Boletín Oficial del Estado (BOE).

4.4 ¿Quién pide la prestación?

Cuando se padezca una enfermedad incurable y grave “la que por su naturaleza origina sufrimientos psíquicos o físicos, constantes e insoportables, sin posibilidad de alivio que el paciente considere tolerable, con un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva”. La persona con discapacidad grave crónica, es decir, la “situación en la que se produce en la persona afectada una invalidez de manera generalizada de valerse por sí mismo, sin que existan posibilidades fundadas de curación y, en cambio, sí existe seguridad o gran probabilidad de que tal incapacidad vaya a persistir durante el resto de la existencia de la persona”. Las limitaciones inciden en su autonomía física y actividades diarias, originando sufrimientos físicos o psíquicos constantes e intolerables, sin alivio y, en ocasiones, con dependencia absoluta de apoyo tecnológico. También se alude a la persona con incapacidad de hecho: no tiene capacidad de tomar decisiones o no se puede hacer cargo de su situación (por su estado físico o psíquico, y sin que exista resolución judicial, todo ello establecido en el artículo 3).

4.5 ¿Quién debe prestarla?

El personal sanitario. Entre ellos, el médico o médica consultora, que es el “facultativo o facultativa con formación en el ámbito de las patologías que padece el o la paciente y que no pertenece al mismo equipo y servicio que el médico o la médica responsable” (artículo 3. II).

4.6 Sujetos implicados

Estado central y cada Comunidad Autónoma debe crear una Comisión de Control y Evaluación que resuelva reclamaciones, compruebe si se han cumplido las condiciones y procedimiento, compruebe si las personas pueden acceder a la prestación de forma igualitaria y sin trabas, detectar, problemas, resolver dudas, y otras (artículos 20-22 y concordantes). Aseguradoras. Por lo que respecta a los seguros de vida, y según la Disposición Adicional Primera, “la muerte producida (...) se considerará equivalente a una muerte natural a todos los efectos, (...)” (Disposición Adicional Primera). Otros. “Igualmente, todas las personas responsables de la toma de decisiones relacionadas con el proceso (...)” (artículo 2).

4.7 Procedimiento

En cuanto al procedimiento destaca el artículo 4.1 “reconoce el derecho de las personas a solicitar y recibir ayuda para morir, cuando concurren las circunstancias determinadas en esta ley”. La decisión ha de ser autónoma, con conocimiento de los hechos más relevantes de su proceso, informada adecuadamente y dejando constancia de la información en la historia clínica.

En cuanto a los requisitos: tener la nacionalidad española o la residencia legal. Ser capaz y consciente en el momento de hacer la solicitud, disponer de la información sobre su proceso, alternativas y posibilidades de actuación, “incluida la de acceder a cuidados paliativos”. Haber formulado la solicitud: 1) Voluntariamente. 2) Sin presiones externas. 3) Por escrito. 4) Deberá repetirse una vez con una separación de quince días naturales. 5) La prestación no se puede realizar sin que hayan transcurrido, al menos, quince días desde la última solicitud. Sufrir una enfermedad grave e incurable o padecer una discapacidad grave crónica en los términos ya descritos. Previo consentimiento informado” (artículo 5).

Finalmente, las personas en situación de incapacidad de hecho y que hayan suscrito documento de instrucciones previas o equivalente, también tendrán derecho a la prestación conforme a lo dispuesto en ese documento.

En cuanto a los requisitos de la solicitud (artículo 6), ésta debe reunir los siguientes: 1. “Por escrito, en documento fechado y firmado. Si no puede por estar impedido físicamente, puede fechar y firmar en su presencia “otra persona mayor de edad y plenamente capaz, mencionando esta que la solicitante no puede hacerlo. 2. La firma será en presencia de profesional sanitario que lo rubricará. Si no es el médico responsable, lo entregará a este. Incorporación del escrito en la historia clínica. 3. El solicitante puede revocar su solicitud en cualquier momento. Inclusión de la revocación en la historia clínica. También puede pedir el aplazamiento de la prestación. Por último, según el artículo 8, si el médico responsable deniega la solicitud motivadamente, no siendo objeto de conciencia, el solicitante o sus familiares y allegados “podrán presentar una reclamación ante la Comisión de Control y Evaluación”.

4.8 Deberes y obligaciones de los facultativos

Conforme al artículo 8, el médico debe abrir un proceso deliberativo con el solicitante sobre: 1) Diagnósticos. 2) Posibilidades terapéuticas. 3) Resultados esperables. 4) Posibles cuidados paliativos. 5) Asegurándose que comprende la información. 6) Informar a familiares y allegados si el solicitante lo desea. 7) Comprobar que se cumplen todas las condiciones y los requisitos ya descritos, salvo si la muerte es inminente, en cuyo caso se acortan los plazos. 8) Comunicar al equipo asistencial la petición de la prestación. 9) Consultar a otro facultativo competente que no forme parte del equipo, quien tras estudiar la historia clínica y examinar al paciente, corrobore que se han cumplido condiciones y requisitos y, finalmente, redactar un informe que también se incluirá en la historia. 10) Antes de ejecutar la prestación, lo comunicará a la Comisión de Evaluación y Control, salvo si la muerte es inminente.

La ejecución de la prestación “debe hacerse con el máximo cuidado y profesionalidad” (artículo 11), “la administración directa de una sustancia a una persona que lo haya requerido y que cause la muerte, la prescripción o suministro de una sustancia a una persona que lo haya requerido, de manera que ésta se la pueda auto administrar para causar su propia muerte”.

4.9 Garantía en el acceso

La prestación eutanásica estará incluida en la Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y será de financiación pública (artículo 13). Como ya se ha indicado, cada Comunidad Autónoma creará una Comisión de Control y Evaluación para, precisamente, controlar y evaluar antes y después de la ejecución que esta se ha realizado conforme a lo ordenado en la Proposición de Ley (Capítulo V y artículos concordantes).

Hasta que se creen y tengan Reglamento, su funcionamiento se acomodará conforme a los artículos 17 y 18 de la Ley 40/2015 de Régimen Jurídico del Sector Público (Disposición transitoria única).

Las infracciones, “sin perjuicio de la responsabilidad civil y penal”, quedan sometidas a lo dispuesto en la Ley General de Sanidad (Disposición adicional segunda).

En la Disposición final primera se establece la modificación del artículo 143.4 del vigente Código Penal en el sentido de que *“no será punible la conducta del médico o médica que*

con actos necesarios y directos causare o cooperare a la muerte de una persona, cuando esta sufra una enfermedad grave e incurable o enfermedad grave, crónica e invalidante, en los términos establecidos en la normativa sanitaria».

4.10 Consideraciones críticas.

La eutanasia, es uno de los objetos tradicionales en el estudio de la Bioética, pero debido a su problemática es un tema algo complicado de tratar por la controversia que genera.

Es algo a lo que todos nos tendremos que enfrentar tarde o temprano, ya que nunca se sabe el destino final, si tendremos que atravesar por una enfermedad así, por lo tanto, al fin y al cabo, nos plantearemos en algún momento esta situación.

Lógicamente, nadie quiere sufrir, debido a que nos afecta personalmente y también a otras personas indirectamente, como a nuestros familiares, en definitiva, nuestros seres queridos.

Algunos se apoyarán en el humanismo cristiano, pero la biótica deberá ser entendida como una ciencia multidisciplinar e interdisciplinar, por ende, no se puede confundir religión con ciencia.

Al parecer se demanda por parte de la sociedad, debido a la influencia, ya que en otros países de nuestro entorno esta legalizada, y transformar la eutanasia en un derecho.

Por su parte, Tomás-Valiente (2000) lo confirma: Y es que, en efecto, *“entiendo que la pervivencia de la criminalización de las conductas que nos ocupan puede justificarse por una vía que no cabe calificar de meramente arbitraria o falta de fundamento, justificación que residiría en la posibilidad de que la legalización de tales comportamientos desembocara en una práctica abusiva que escapara del control de los distintos mecanismos que eventualmente se dispusieran a tal fin”*³⁶.

³⁶ Tomás-Valiente, C. (2000). *La cooperación al suicidio y la eutanasia en el nuevo código penal (artículo 143)*. Editorial Tirant lo Blanch: Valencia, pág. 39.

Según Federico de Montalvo (presidente del Comité de Biética de España)³⁷, *“el problema que tenemos con la eutanasia y el suicidio asistido es conseguir una solución legal que no implique una política pública de eutanasia, evitando esa pendiente resbaladiza que podría dar pie a que se cree una cultura de la muerte. Estamos ante una sociedad española envejecida, que muere solitariamente: cómo responder a ese foco de atención debe ser nuestra prioridad. A mí, personalmente, un sistema público eutanásico no me parece la solución más adecuada”*.

Considera que *“la pena que recibe este tipo de eutanasia tiene un atenuante muy privilegiado”³⁸. De hecho, casi nadie, en un caso concreto, ingresaría en prisión, porque la condena sería inferior a los dos años”*.

También considera como muchos otros, que nadie querría ver a alguien como Ángel Hernández acusado de homicidio por haber ayudado a su mujer a tener una muerte digna y con ello acabar con su sufrimiento, por voluntad propia. Y destaca la palabra compasión.

Sin embargo, para el PP esa ley no ofrece ninguna garantía porque detrás de ella ve un "asunto financiero" con el que el PSOE quiere ahorrarse el coste que supone para el sistema tener que atender a personas enfermas y mayores, según ha dicho el diputado José Ignacio Echániz.

³⁷https://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion_temas/eutanasia/Analisis_critico_ley_eutanasicas.pdf

³⁸<https://www.elconfidencialdigital.com/articulo/vivir/eutanasia-bioetica-muerte/20190531135546125878.html>

CONCLUSIONES

El debate sobre la eutanasia siempre ha estado sobre la mesa, ha sido un tema recurrente a lo largo del tiempo, y a día de hoy no existe una regulación concreta de la eutanasia, solo un castigo tipificado en el artículo 143.4 CP.

Lo que se intenta conseguir con la Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia en España, es que se establezcan unas condiciones en la práctica, concretar a los sujetos implicados y demás.

Se intentará acabar con el sufrimiento, legalizar o despenalizar la eutanasia y practicarla en unos parámetros médicos que podrían limitar los riesgos de su práctica clandestina, establecer el derecho a morir dignamente. El ser humano dispone de su propia vida y no debería estar privado de libertad, sino todo lo contrario, poder decidir sobre si no desea seguir viviendo a raíz de una enfermedad incurable y unos padecimientos insoportables, dentro del contexto de sufrimiento.

Por otro lado, en cuanto a consideraciones críticas y razones de orden moral, consideran que es un homicidio, debido a la inviolabilidad de la vida humana dentro de la tradición religiosa. También va en contra del juramento de Hipócrates, y ello tiene su justificación en que los cuidados paliativos están logrando controlar cada vez más el dolor y el sufrimiento que ocasiona una enfermedad incurable.

En todo caso, se deberá proceder, si se aprueba la ley, a solicitarse de manera voluntaria por el paciente, deberá darse la opción de cambiar de decisión si el paciente lo considera necesario, ya que es personalísima, y no debería estar bajo condiciones externas, ni razones políticas.

Habrán casos en los que se quiera solicitar la eutanasia y otros casos en los que no, debido a la creencia de un ser superior, pero a pesar de no coincidir, en unos aspectos u otros, lo más sensato es respetar cualquier decisión, y en la medida de lo posible comprenderlo.

En definitiva, no deberían limitar nuestra libertad a morir en los casos de enfermedad incurable, siempre que se de en un contexto lógico, acotado a unos parámetros y límites, barajando otras posibilidades, respetando en todo caso la voluntad del paciente e informándole debidamente en todo momento. Siempre que no entrañe fines distintos a los establecidos en la proposición de ley, bajo los principios de seguridad jurídica, y respetando la legalidad vigente.

BIBLIOGRAFÍA

A. AUTORES:

- Francis Bacon en su libro “El avance del saber” (1605), Alianza Editorial. S.A. Madrid, 1988, pp. 27 y ss.
- Fernando Rey Martínez “Derechos Fundamentales y Eutanasia” (Madrid, Centro de Estudios Políticos y Constitucionales/Tribunal Constitucional, 2008) pp., 1, 15, 84, 119 y ss.
- Esta figura en el derecho español se le conoce como documento de las voluntades anticipadas. Méndez Baiges, V, *Sobre morir. Eutanasia, derechos, razones*, Barcelona 2002, pag.53-59.
- Diego GRACIA, en *Lecciones de bioética*, Universidad de Valladolid, 1987, págs. 21 y 31 y s. Vid. también, Romeo CASABONA, *El derecho y la bioética ante los límites de la vida humana*, Editorial Centro de Estudios Ramón Areces, 1994.
- Tomás-Valiente, C. (2000). *La cooperación al suicidio y la eutanasia en el nuevo código penal (artículo 143)*. Editorial Tirant lo Blanch: Valencia, pág.39.

B. LEGISLACIÓN:

- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal
- Constitución Española de 1978.
- Convenio de Roma
- Carta Europea de Derechos Fundamentales
- Convenio sobre los derechos del hombre y la biomedicina”, elaborado por el Consejo de Europa, suscrito el día 4 de abril de 1997 y con entrada en vigor en España el 1 de enero de 2000
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, base reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica
- Ley 2/2010 del 8 abril denominada Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte
- Ley 1/2015 de Derechos y Garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida
- Definición contenida en la Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes, de Galicia

- *Proposición de Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia.*
- *STC 120/1990, de 27 de junio de 1990*

C. PÁGINAS WEBS:

- <https://www.lavanguardia.com/vida/20100828/53991448486/un-60-por-ciento-de-los-espanoles-estan-a-favor-de-la-eutanasia.html>
- *Real Academia Española.*
- [http://www.observatoriobioetica.org/wp-content/uploads/2013/12/La-eutanasia.-Perspectiva-ética-jurídica-ymédica.](http://www.observatoriobioetica.org/wp-content/uploads/2013/12/La-eutanasia.-Perspectiva-ética-jurídica-ymédica)
- https://www.secpal.com/secpal_historia-de-los-cuidados-paliativos_5-la-internacionalizacion-de-una-nueva-filosofia-de-cp
- *Definición de Cuidados Paliativos por la OMS*
- *“Los cuidados paliativos no llegan ni a la mitad de los enfermos, eso genera un extraordinario sufrimiento; la gente muere muy mal”, eldiario.es*
- *Peces-Barba considera que "la vida tiene que ser digna"*
<https://www.20minutos.es/noticia/787266/0/>
- *PROPOSICIÓN DE LEY ORGÁNICA DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA.*
http://www.congreso.es/public_oficiales/L13/CONG/BOCG/B/BOCG-13-B-64-1.PDF

D. ENCUESTAS Y ESTUDIOS:

- *Declaración sobre La atención médica al final de la vida de la Organización Médica Colegial de España*
- *Historia de la eutanasia. En: Urraca S, editor. Eutanasia hoy: un debate abierto. Madrid.*
- *Twycross, Robert (junio de 2000). «Medicina paliativa: filosofía y consideraciones éticas», páginas 35 y ss.*
- <https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2018/04/eutanasia-y-suicidio-asistido-conceptos-generales-y-situacion-legal.pdf>
- *Asamblea General del Consejo General de Colegios oficiales de Médicos (22 de mayo de 1993). «Declaración de la Comisión Central de Deontología sobre el significado de la expresión «Eutanasia pasiva»»*
- *Guía de Cuidados Paliativos, editada por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos*

- *La recomendación del Consejo de Europa y la Propuesta del Parlamento Europeo sobre asistencia a los enfermos terminales de 25 de Abril de 1991, apartado D*
- *Barómetro sobre Neurociencia y Sociedad publicado en noviembre de 2018.*
- *La Asociación Médica Mundial se pronunció sobre la eutanasia en octubre de 2019; “se otorga eficacia informadora de la lex artis a la voluntad del paciente actual, libre y expresada conscientemente, pero no a la voluntad expresada en un documento de instrucciones previas que, conforme a lo establecido en el art. 11.3, no puede ser contraria a la lex artis. A fortiori, lo mismo hay que sostener respecto de la voluntad «presunta» y, a nuestro juicio, también del consentimiento por representación”.*