



FACULTAD DE DERECHO

**LA EUTANASIA Y EL SUICIDIO ASISTIDO
EN DERECHO COMPARADO Y SU
PROBLEMÁTICA CONSTITUCIONAL**

Autor: Belén de Lucas Travesí

Curso: 5º E3 C

Área de Derecho Constitucional

Tutor: Francisco Valiente Martínez

Madrid a 23 de abril de 2020

RESUMEN

En los últimos años, la eutanasia y el suicidio asistido se han encontrado en constante debate, desde el punto de vista médico, social, ético, antropológico, religioso y jurídico. No obstante, la controversia que nos ocupa se sitúa en torno a la tensión entre el derecho constitucional a la vida y la libertad para la autonomía personal, en el marco jurídico español.

Para abordar este tema, en primer lugar, se aporta una perspectiva general sobre las prácticas médicas relacionadas con el fin de la vida y sobre la regulación en derecho comparado de los países donde se encuentran despenalizadas. Por otro lado, se realiza un análisis de la regulación española en referencia a la eutanasia, la cooperación al suicidio y otros sistemas relacionados con la muerte digna, así como un estudio jurídico de la propuesta de Ley Orgánica más reciente sobre el tema.

A lo largo de esta propuesta se pretenden destacar los fundamentos jurídicos de la despenalización de la eutanasia y el suicidio asistido, así como evidenciar no solo la concepción constitucional del derecho a la vida y la libertad para disponer de la misma, sino también los requisitos indispensables para asegurar la máxima protección de los colectivos vulnerables en los procesos de muerte.

Palabras clave: eutanasia, suicidio asistido, muerte digna, derechos fundamentales, autonomía de la voluntad.

ABSTRACT

In recent years, euthanasia and assisted suicide have been under constant debate from medical, social, ethical, anthropological, religious and legal points of view. However, the controversy that we are dealing with is situated around the tension between the constitutional right to life and the freedom for personal autonomy, within the legal framework of the Spanish State.

To address this issue, firstly, an overview of medical practices related to the end of life is provided as well as a legal comparative between countries where those practices are decriminalized. On the other hand, an analysis of the Spanish regulation in reference to euthanasia, cooperation to suicide and other systems in relation to the dignified death is made, as well as a legal study of the most recent proposed Organic Law on the subject.

Throughout this proposal, we want to present the legal foundations of the decriminalization of euthanasia and assisted suicide, as well as evidencing not only the constitutional conception of the right to life and autonomy of the will, but also the indispensable requirements to ensure the maximum protection of vulnerable groups in death processes.

Key words: euthanasia, assisted suicide, dignified death, fundamental rights, autonomy of the will

Contenido

1. PERSPECTIVA GENERAL.....	5
1.1. Motivación	5
1.2. Estructura	6
1.3. Conceptos	6
2. DERECHO COMPARADO	10
2.1. Países Bajos	10
2.2. Bélgica y Luxemburgo	14
2.3. Suiza	16
2.4. Canadá	18
2.5. Colombia	21
2.6. EEUU	23
2.7. Australia	25
3. RÉGIMEN JURÍDICO ESPAÑOL	26
3.1. Regulación actual	26
3.1.1. <i>Código Penal</i>	27
3.1.2. <i>Regulación estatal y autonómica</i>	29
3.2. Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia	32
3.3. Debate constitucional	35
4. CONCLUSIONES	38
REFERENCIAS	41
Declaraciones	47
Regulación	48
Jurisprudencia	48

1. PERSPECTIVA GENERAL

1.1. Motivación

En los últimos años, los procedimientos médicos que facilitan la terminación de la vida para los enfermos y las personas de avanzada edad han sido sometidos a debate, existiendo varios puntos de controversia tanto jurídica como social, especialmente en torno a la tensión entre el derecho constitucional a la vida y el derecho a disponer de la misma, el respeto de las últimas voluntades de los sujetos y la regulación jurídica. Es una cuestión que se encuentra en análisis permanente desde varias perspectivas, tanto médica o social como legal, moral o, incluso, religiosa.

Este debate sigue siendo relevante en la actualidad, en primer lugar, en el ámbito médico – sanitario, gracias a los rápidos avances tecnológicos, biológicos y médicos que han permitido prolongar la vida enormemente, sin que esta prolongación venga necesariamente de la mano de una mejora de la calidad de la misma. Estos progresos han logrado, incluso, el sostenimiento artificial de la vida y el mantenimiento de las constantes vitales más allá de la capacidad natural del cuerpo. Sin embargo, respecto a la calidad de vida de los enfermos en fases terminales y de las personas en situación de soporte vital artificial, estas mejoras no han seguido el mismo ritmo. De esta forma, se crea una brecha entre el sostenimiento de la vida y las condiciones de la misma que puede llegar a generar situaciones vitales muy complejas que se pueden prolongar además casi indefinidamente, con implicaciones de carácter tanto de bioético como legal. (Martínez León *et al*, 2014)

Por otro lado, en el ámbito social y asistencial, el aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento poblacional también se han integrado como factores en el debate, dado que, a pesar de las mejoras médicas, se ha produce a su vez un incremento de las enfermedades crónicas o irreversibles asociadas a la edad, cuyos síntomas solo pueden tratarse mediante cuidados intensivos y disminuyen considerablemente la calidad de vida de estos enfermos. A su vez, también entra a valorarse en esta población envejecida sus condiciones de vida, muchas veces abocadas al aislamiento, a la soledad y a la precariedad en los cuidados, no necesariamente en el ámbito de salud física, sino en los aspectos emocionales y psicológicos de la vejez y la enfermedad.

En el ámbito jurídico, la Constitución Española protege el valor de la libertad (art. 1.1 CE), los principios de dignidad humana y libre desarrollo de la personalidad (art. 10 CE), y el derecho a la vida y a la integridad física y moral (art. 15 CE) como fundamentos del orden político y social. Consecuentemente, se considera que la vida humana se extiende más allá de la existencia biológica y se le asocian derechos fundamentales e inviolables, basados en la dignidad humana. Esta dignidad como valor principal del Estado debe ser efectiva en la vida de todos los individuos, sea cual sea su condición física, social, o económica, y articular el ordenamiento jurídico alrededor del concepto de vida digna hasta el final de la misma. (Martínez Sempere, 2000)

Por estas razones, el debate sobre los métodos de eutanasia y suicidio asistido continúa abierto, obligando a su vez al legislador a buscar una solución aceptable para la mayoría y acorde con los parámetros legales de los Estados de derecho.

1.2. Estructura

Este trabajo pretende realizar un estudio sistemático de la regulación de la figura de la eutanasia y el suicidio asistido en dos bloques diferenciados.

En primer lugar, se estudiará en derecho comparado las diversas formas que tienen los países de recoger y regular la eutanasia y el suicidio asistido, centrándose especialmente en aquellos Estados en los que está despenalizado, incluyendo también los casos de jurisprudencia más relevantes e ilustrativos.

En el segundo bloque, se analizará el régimen jurídico actual de la eutanasia y el suicidio asistido en España junto con la propuesta de ley más reciente, exponiendo la controversia constitucional existente entre el derecho fundamental a la vida, recogido en el artículo 15 de la Constitución Española, y el derecho a la autonomía de la voluntad.

1.3. Conceptos

El origen etimológico de la palabra *eutanasia* proviene del griego “*eu*” (bien) y “*thánatos*” (muerte), por lo que viene a significar “buena muerte” o “buen morir”, indicando una muerte sin sufrimiento o indolora. No obstante, en la actualidad, el término eutanasia es ambiguo y contiene varias prácticas médicas relacionadas con la terminación

de la vida de una persona con alguna enfermedad incurable. Respecto a las instituciones internacionales, encontramos la definición aportada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1995), que describe la eutanasia como “*la muerte intencional de aquel que ha expresado, libre y capazmente, su deseo de morir*”. A su vez, destaca la declaración de la Asociación Médica Mundial (AMM, 1987), en la cual se define la eutanasia como “*el acto deliberado de poner fin a la vida del paciente*”. En la misma declaración se posicionan en contra de la eutanasia, al considerar que la ética y el código deontológico de la profesión médica son totalmente opuestos a la participación en prácticas que tengan como objetivo la muerte del paciente.

Incluso las instituciones médicas nacionales también ofrecen diversas definiciones de la eutanasia. A nivel nacional encontramos por un lado la definición de la Organización Médica Colegial de España, (OMC, 2011) que entiende la eutanasia como la “*busca deliberadamente la muerte anticipada del paciente tras la administración de fármacos a dosis letales, para terminar con el sufrimiento del paciente*”. En el mismo sentido, la Sociedad Española de Cuidados Paliativos¹ (SECPAL, 2002) define la eutanasia como: “*La conducta (acción u omisión) intencionada y dirigida a terminar con la vida de una persona que tiene una enfermedad grave e irreversible, a petición expresa y reiterada de ésta, por razones compasivas en un contexto médico*”. Ambas instituciones se han posicionado en contra de la legalización de la eutanasia en España, reafirmando la profesión médica en el “*compromiso de servicio al ser humano y a la sociedad, así como en el respeto a la vida humana, la dignidad de la persona y el cuidado de su salud*”². (CGCOM, 2018).

¹ La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) reúne a distintos expertos sanitarios que diariamente atienden a personas en los momentos finales de su vida, tanto ancianos como enfermos terminales. Su función desde su fundación en 1992 ha sido impulsar los cuidados paliativos, sensibilizando a la población y funcionando como nexo de unión para los profesionales que actúan en este campo.

A través de jornadas, formaciones, publicaciones y campañas, han visibilizado y fomentado el desarrollo de los cuidados paliativos como un tratamiento adecuado y beneficioso para las personas que se encuentran en etapas terminales de su vida. (SECPAL, 2014)

² La Organización Médica Colegial (OMC), el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos trabajan estrechamente sobre el desarrollo de normativa relativa a la atención integral del paciente en el final de su vida, oponiéndose tanto a la obstinación terapéutica como a la eutanasia. (CGCOM, 2020)

En España a nivel político y social, la eutanasia, supone lo siguiente “1) *La muerte de una persona enferma irreversible, que vive en condiciones indignas en su condición humana, sin posibilidad de curación.* 2) *La acción u omisión de terceras personas sin la cual no se produciría la muerte, que no es debido a causas naturales, sino al efecto de esas conductas activas u omisivas.* 3) *La acción u omisión cuenta con el consentimiento expreso del sujeto, o de sus familiares en caso de que no pueda prestarlo personalmente.* 4) *Se considera que con esa acción o con esa omisión se hace un bien al enfermo, se le libera del dolor y de dificultades expresa e insuperables.”* (Peces-Barba, 1995)

Sin embargo, el término de eutanasia es genérico, dado que existen diferentes medios para ejercitar esta práctica y diferentes concepciones de la misma según los distintos puntos de vista.

La diferenciación habitual se realiza acorde al método llevado a cabo, donde encontramos la eutanasia activa, que son las acciones encaminadas deliberadamente a dar muerte a un enfermo, con la intención de liberar del sufrimiento. Asimismo, también existe la eutanasia pasiva, que es la omisión intencionada de los medios proporcionados necesarios para sostener la vida con el fin de causar la muerte. Finalmente, el suicidio asistido consiste en proporcionar medios médicos letales destinados a provocar la muerte, los cuales son administrados por el propio enfermo (Maciá Gómez, 2008).

No obstante, que es necesario diferenciar los conceptos previamente expuestos de otras prácticas que no plantean debate desde un punto de vista ético y legal, recogidas bajo el término *ortotanasia*. Este concepto proviene del griego “*orthós*” (recto, derecho, correcto) y “*thánatos*” (muerte), y contiene todas las medidas encaminadas a facilitar el final de la vida de los enfermos a quienes se pronostica la muerte a corto plazo, buscando promover una muerte digna, ni adelantando ni postergando de forma artificial o forzosa la muerte del paciente. Con estos medios se evita el encarnizamiento terapéutico al retirar todas las medidas desproporcionadas que alargan innecesariamente el sufrimiento del enfermo, se continúa con las medidas proporcionadas que disminuyen o suprimen el dolor y malestar, y se procura la comodidad y el alivio físico, psicológico y emocional del paciente, además de administrar sedantes y analgésicos con la frecuencia y a la dosis que se requiera (Gamarra, 2011).

La ortotanasia o los cuidados paliativos proporcionan una atención integral a los pacientes enfermos que no responden a tratamientos curativos, quedando como solo como opción el control de síntomas y el alivio del sufrimiento físico y psicológico. Tienen como objeto el preservar la mejor calidad de vida posible hasta el final, aplicando los medios proporcionados y evitando tanto la obstinación como el abandono. (CGCOM, 2016)

Entre las medidas de ortotanasia se encuentran la sedación paliativa que, según el Comité de ética de SECPAL, consiste en “*la administración de fármacos en dosis y combinaciones requeridas para reducir el nivel de conciencia y aliviar el sufrimiento físico y/o psíquico de un paciente con enfermedad avanzada o terminal y con consentimiento explícito, implícito o delegado*”. Igualmente, otra práctica relacionada con el final de la vida cercano a la eutanasia es la limitación del esfuerzo terapéutico, que es “*toda actuación o decisión del equipo terapéutico de restringir, limitar, o no iniciar unas determinadas técnicas o medidas de apoyo vital para mantener con vida a una persona por medios artificiales, cuando sus posibilidades de recuperación son nulas y sufre una enfermedad irreversible o terminal*” (De Miguel Sánchez y López Romero, 2006).

Sin embargo, en torno a las prácticas del final de la vida, también se encuentran situaciones contrarias a la muerte con dignidad de los enfermos y las personas en situación terminal. Por un lado, podemos encontrar medidas de obstinación o encarnizamiento terapéutico, que consiste en la instauración de medidas de prevención, pruebas diagnósticas o tratamientos desproporcionados que carecen de utilidad y que resultan excesivamente penosos con la intención de evitar la muerte en un paciente terminal. Se considera medio extraordinario cuando es un tratamiento con pocas posibilidades de conseguir lo que pretende, o bien que lo consiga a costa de sufrimientos difícilmente soportables por el paciente o su familia. (Pardo, 2001).

Igualmente, se pueden encontrar tratamientos fútiles, que es la aplicación de medidas que no tienen eficacia alguna para mejorar al enfermo, ni para aliviar su padecimiento. Los facultativos no tienen la obligación de imponer tratamientos fútiles, aun cuando lo solicite el paciente o sus familiares, al ser contrarios a la *lex artis* y a los principios de responsabilidad en el uso de recursos sanitarios en la sanidad pública. (Corcoy Bidasolo, M. y Ramírez Martín, G., 2019)

En el extremo contrario de las prácticas médicas se encuentra el abandono, “*la falta de atención adecuada a las necesidades del enfermo o su familia en el final de la vida de este*”. Como abandono se considera el rechazo por parte del personal sanitario a tratamientos para los síntomas del paciente, el no emplear sedación cuando está indicada o no informar adecuadamente al paciente de las opciones existentes. (CGCOM, 2016)

A pesar de existir tantos conceptos relacionados con la eutanasia, las características básicas de esta pueden resumirse en:

- Causar la muerte intencionadamente de un enfermo irreversible o terminal.
- Realizada por un tercero, normalmente, personal sanitario.
- Existencia de una intención compasiva o liberadora (paliar los sufrimientos).
- Petición libre, seria y reiterada del enfermo, o sus familiares en caso de imposibilidad para el paciente. (Martínez León *et al*, 2014)

2. DERECHO COMPARADO

2.1. Países Bajos

Holanda fue el primer país del mundo en legalizar la eutanasia mediante la Ley de “Verificación de la terminación de la vida a petición propia y auxilio al suicidio” aprobada el 28 de noviembre de 2000 por la Cámara Baja del Parlamento de los Países Bajos. Fue el fin del proceso de despenalización progresivo que partía de supuestos jurisprudenciales que fueron estableciendo una serie de criterios para admitir como estado de necesidad las conductas recogidas en el Código Penal neerlandés en los artículos 293 y 294, donde se tipificaban la eutanasia activa y el suicidio asistido con penas has 12 años de prisión.

Desde el caso *Postma* (1973), el en cual un médico administró una inyección letal a su madre de 78 años, hemipléjica y gravemente enferma, tras solicitarlo ella reiteradamente, los Tribunales de Justicia de Holanda establecieron condiciones para la práctica de la eutanasia: 1) el paciente debía considerarse medicamente incurable; 2) el paciente debía estar sufriendo gravemente, tanto física como psicológicamente; 3) el paciente debía pedir la terminación de su vida de manera explícita previamente, de forma oral o escrita. (Tak, 2003).

Posteriormente, el caso *Wertheim* (1981), en el que el señor Wertheim había ayudado a morir a su mujer que se creía enferma de cáncer infundadamente, amplió los requisitos para aceptar la impunidad de la práctica de la eutanasia: 1) esta debía ser realizada por un médico, mediando solicitud, 2) el médico debía informar adecuadamente al paciente de sus perspectivas de salud y de vías alternativas. (Pinto Palacios, 2019) Por su parte, caso *Schoonheim* (1984), donde un médico había practicado la eutanasia a una mujer enferma de 93 años que solicitó acabar con su vida, planteó el conflicto de deberes médicos entre “*proteger la vida, y hacer todo lo posible para aliviar el sufrimiento continuado e insoportable de su paciente*” (Tomás y Valiente, 1997, p. 307)

El debate social y la presión de las asociaciones de médicos, como la Asociación Médica Holandesa, llevaron al Gobierno a encargarse en 1989 una encuesta anónima a los médicos a gran escala sobre la eutanasia y el suicidio asistido, con el objetivo de arrojar luz sobre la situación real de estas prácticas. Los resultados de la encuesta se recogieron en el “Informe Rammelink”, el cual declaraba que los médicos holandeses se enfrentaban cada año a, aproximadamente, 9.000 solicitudes de terminación de la vida de un paciente y, aunque en la mayoría no accedían por existir medios alternativos, en torno a 2.700 casos el médico decidió poner fin a la vida mediante medicación eutanásica mientras las funciones vitales aún estaban intactas. El informe recalcó el extremo cuidado con el que procedían los médicos cuando se enfrentaban a la petición de eutanasia o suicidio asistido. (Pinto Palacios, 2019)³

Finalmente, el último paso del proceso fue la aprobación de la Ley de 28 de noviembre de 2000 de Verificación de la terminación de la vida a petición propia y auxilio al suicidio que entró en vigor el día 1 de abril de 2002. Esta nueva normativa estableció una excusa absolutoria para la eutanasia y el suicidio asistido cuando se cumplieran determinados criterios subjetivos y objetivos. En primer lugar, para solicitar la eutanasia debe tratarse de mayores de 18 años que se encuentren conscientes o, si no lo están, que hayan anticipado su voluntad a través de un testamento vital; menores de entre 16 y 18 años que

³ Tras la publicación de dicho informe se inició una tímida reforma legal en 1993 en la Ley de Inhumación e Incineración de Cadáveres sobre la comunicación de las muertes no naturales en el caso de que se cumplieran los requisitos jurisprudenciales para la eutanasia activa impune. Esta normativa no afectaba a la práctica de la eutanasia, ya que no despenalizaba esta conducta, ni recogía los criterios que la justificaran, sino que se limitaba a regular el procedimiento administrativo de información sobre su realización. (Marcos del Cano, 1998, p.78)

se encuentren conscientes, siempre que sus padres o tutores hayan participado en el proceso de toma de decisión; o menores de entre 12 y 16 años con suficiente madurez, siempre que sus padres o tutores estén de acuerdo con la decisión del menor. Por otro lado, el facultativo que realice la eutanasia o el suicidio asistido deberá cumplir seis requisitos de esmero profesional:

- Debe estar convencido de que la petición es voluntaria y meditada suficientemente.
- Tiene que tener la convicción del que el sufrimiento del paciente es insoportable y no puede mejorar.
- Tendrá que informar al paciente de la situación médica y las perspectivas de futuro.
- Habrán de llegar al convencimiento, tanto el médico como el paciente, de que no existe alternativa razonable a la solución eutanásica.
- Se tendrá que consultar al menos a un médico independiente que emita un dictamen de cumplimiento de los requisitos de cuidado.
- Tendrá que llevar a cabo el procedimiento con el máximo cuidado y esmero profesional.

De esta forma, se materializan los requisitos y criterios desarrollados jurisprudencialmente en los Países Bajos, comprendiendo un amplio espectro de situaciones en las que existe un sufrimiento insoportable, físico o psicológico. (Pinto Palacios, 2019).

A pesar de que la Ley de Verificación de la terminación de la vida a petición propia y auxilio al suicidio solo está enfocada a los pacientes que padecen un sufrimiento intolerable e incurable, desde la Fiscalía holandesa se ha propuesto que, en ciertas condiciones, enfermos que no son terminales podrían acceder al suicidio asistido legítimamente. Entre ellos se sugiere que los pacientes diagnosticados con Alzheimer, dado el pronóstico de deterioro mental que se sufre con esta enfermedad, podrían considerar la solicitud de asistencia al suicidio basándose en el sufrimiento anticipado y la incurabilidad de dicha enfermedad.

En 2003, las autoridades decidieron no procesar a un médico que ayudó a morir a un paciente de 64 años en las primeras etapas del Alzheimer, quien no pudo soportar la perspectiva del sufrimiento que acompaña a la enfermedad. (Kolschooten, 2004) Más recientemente, en 2019, se llevó a juicio por primera vez un caso de eutanasia en los Países Bajos desde la entrada en vigor en 2002 de la Ley de Verificación de la terminación de la vida a petición propia y auxilio al suicidio. El caso hace referencia a una paciente diagnosticada con Alzheimer que, en 2012, cuando aún conservaba sus capacidades mentales de acuerdo con los informes médicos, estableció en un testamento vital su voluntad de someterse a un procedimiento eutanásico cuando no pudiera valerse por sí misma, antes de que fuera internada en un centro de ancianos.

En 2015, comenzó su deterioro mental y en enero de 2016 fue admitida en una residencia de ancianos, donde se informó a los médicos de la voluntad expresa en el testamento vital de acceder a la eutanasia al llegar a dicha situación. La doctora encargada de esta paciente la analizó y revisó el caso con sus médicos anteriores, llegando a la conclusión de que estaba padeciendo un sufrimiento intolerable y medicación era insuficiente para paliarlo. En abril de 2016 se le practicó la eutanasia, proporcionándole previamente a la paciente un medicamento sedante camuflado en el café para evitar la resistencia de la misma, ya que, aunque sus familiares habían aprobado el procedimiento, la propia paciente desconocía que se le iba a practicar la eutanasia. Durante la realización de la eutanasia, la paciente respondió físicamente a la administración del medicamento, sentándose a pesar del sedante y finalmente tuvo que ser retenida por su familia.

En el juicio se estableció que, a pesar de que no se produjo una confirmación oral de la voluntad de la paciente, su testamento vital era suficientemente claro y este deseo se había reiterado mientras mantuvo las capacidades mentales suficientes, por lo que el médico responsable fue absuelto. Este veredicto implica que los pacientes con demencia o enfermedades degenerativas podrán acceder a la eutanasia incluso en casos avanzados, siempre y cuando exista un testamento vital que se creara mientras aun mantenían sus capacidades. Asimismo, este testamento no requiere formalidad legal, mientras que en contexto sea fácilmente comprensible la voluntad del paciente. (Alida Ascher, Van de Vathorst, 2019)

2.2. Bélgica y Luxemburgo

En Bélgica, el debate sobre la eutanasia se inicia en 1973 gracias a la sentencia holandesa del caso *Postma*, aunque no fue hasta 1997 cuando el Comité Asesor de Bioética en Bélgica, definió la eutanasia y defendió la cuestión ética de su legitimidad moral y la legalidad de una posible enmienda legislativa sobre este tema. Posteriormente, en 1999, las Comisiones de Justicia y de Asuntos sociales del Senado de Bélgica empezaron a debatir las propuestas de leyes sobre la eutanasia y otros problemas relacionados con el fin de la vida, inspirándose en el modelo holandés. Tras varios años de deliberación, en 2002 se aprobó la Ley relativa a la eutanasia y la Ley relativa a los cuidados paliativos. (Simón y Barrio, 2012)

La Ley relativa a la eutanasia legaliza dicha práctica con ciertas condiciones que deben cumplirse para poder llevar a cabo la petición del paciente:

- Ser personas capaces, mayores de edad o menores emancipados a partir de 16 años.
- Con pronóstico de enfermedad grave e irreversible, que padezcan un sufrimiento físico o psíquico insoportable.
- Realicen una petición voluntaria, reiterada y meditada, de forma escrita (puede haberse redactado y autenticado previamente, en previsión de futuras situaciones de incapacidad).
- El médico debe informar al paciente de su estado médico, su esperanza de vida y las soluciones paliativas junto con sus consecuencias.
- Debe existir la convicción, por parte del médico y del paciente, de que la eutanasia es la única solución razonable ante las circunstancias del último.
- Todos los casos de eutanasia tienen que ser notificados por los médicos a la Comisión Federal de Control y Evaluación como sistema de fiscalización profesional. (de la Torre, 2019)

Sin embargo, el paciente puede revocar en cualquier momento su solicitud y debe transcurrir un mes entre la solicitud del paciente y el acto de la eutanasia, como máxima garantía del principio de autonomía de la voluntad. (Guerra Vaquero, 2019)

En 2014, se llevó a cabo una modificación en la Ley de eutanasia para incluir la legalización de la eutanasia infantil sin límite de edad, aunque únicamente para los casos de sufrimiento físico, constante e insoportable de los menores con enfermedades incurables. A pesar de que la decisión debe ser tomada por el menor, siempre que el médico y un psiquiatra infantil evalúen su capacidad y madurez, los padres o responsables legales deben estar de acuerdo, ya que tienen derecho de veto. (Vega, 2007)

En Luxemburgo, la legalización de la eutanasia entró en vigor en 2009, gracias a la Ley del 16 de marzo de 2009 sobre cuidados paliativos, directivas anticipadas y cuidados al final de la vida, por la cual se reformaban el Código de la Seguridad Social, el Estatuto General de los Funcionarios Públicos, el Estatuto de los Funcionarios Municipales y el Código de Trabajo. A esta ley se suma la Ley de 16 de marzo de 2009, que convirtió a Luxemburgo en el tercer país de la Unión Europea en legalizar la eutanasia, tras Holanda y Bélgica. (Guerra Vaquero, 2019)

La Ley de eutanasia y suicidio asistido establece unas condiciones básicas para que no se sancionen penalmente los actos realizados por un médico que respondiera a una solicitud de eutanasia o de suicidio asistido:

- El paciente debe ser capaz y consciente en el momento de la solicitud
- La solicitud es voluntaria, meditada, repetida y por escrito, sin ser consecuencia de presiones externas. La petición es reversible en cualquier momento.
- El paciente se encuentra en una situación médica irreversible y padece un sufrimiento físico o psicológico constante e insoportable, sin perspectivas de mejora como resultado de una condición accidental o patológica. (de la Torre, 2019)

El facultativo, por su parte, debe informar al paciente de su estado de salud y su esperanza de vida, así como comunicarle las soluciones terapéuticas y paliativas posibles, llegando ambos a la convicción de que la eutanasia es la única solución aceptable en su situación. Además, para asegurarse del deseo expreso y reiterado, debe realizar varias entrevistas con el paciente espaciadas razonablemente en el tiempo para comprobar la persistencia del sufrimiento y para que tenga oportunidad este de discutir su solicitud con personas cercanas.

Deberá realizarse, al menos, una consulta a otro médico acerca de la naturaleza grave e incurable de la afección, el cual deberá analizar el expediente y examinar al paciente imparcialmente y, salvo oposición del paciente, deberá discutir la solicitud con el equipo de atención médica. Finalmente, deberá asegurarse ante la Comisión Nacional de Control y Evaluación si existen disposiciones sobre el final de la vida útil en nombre del paciente. (Guerra Vaquero, 2019)

2.3. Suiza

Suiza no permite la eutanasia legalmente, sin embargo, un vacío legal en su Código Penal legaliza el suicidio asistido desde 1941, a condición de que sea de forma desinteresada y sin ánimo de lucro. En el art. 115 de Código Penal suizo recoge la ayuda al suicidio como una fórmula intermedia que penaliza la asistencia al suicidio únicamente en las actuaciones egoístas en las que se obtuviera algún tipo de beneficio, no necesariamente material, ya que se incluyen las motivaciones sentimentales como el odio, el desprecio o la venganza (Royes, 2008)

La criminalidad de la práctica del suicidio asistido en Suiza está determinada por la intencionalidad, por lo que los colaboradores al suicidio son voluntarios de asociaciones sin ánimo de lucro que se encargan de promover y defender el derecho a la muerte digna. Entre estas organizaciones destaca EXIT, miembro de la Federación de Asociaciones del Derecho a morir dignamente, con dos sedes independientes: EXIT-Suisse Romande, con sede en Ginebra, y EXIT-Deutsche Schweiz, con sede en Zurich, admitiendo ambas como asociados exclusivamente a ciudadanos suizos. Por otro lado, existe otra organización del grupo EXIT, EXIT-Dignitas, que facilita la asistencia al suicidio a pacientes que no son ciudadanos suizos y que son socios de su organización. Ambas colaboran con el paciente que desea poner fin a su vida y que cumple ciertos requisitos, facilitándole las prescripciones necesarias del medicamento letal, y acompañando al paciente en el proceso de decisión de suicidarse, así como a sus allegados en todo el proceso posterior al suicidio.

La regulación del suicidio asistido se recoge en la Ley sobre Directivas de aplicación de la Ley de la salud pública y de asistencia al suicidio en centro sanitarios de interés público, que entró en vigor en enero de 2013, que tuvo su origen en el art. 27 d) de la Ley de la salud pública. En esta norma se compilan todas las recomendaciones de la Comisión

Nacional de Ética para la Medicina de Suiza y se recogen los requisitos mínimos para la colaboración en el suicidio. De acuerdo con la Ley, se debe asegurar que se cumplen los Derechos Fundamentales, las libertades individuales y autodeterminación de la persona que solicita la asistencia al suicidio. Para garantizarlo, dicha normativa se centra especialmente en las características de la solicitud, la cual debe realizarse por escrito por un paciente capaz de comprender la decisión, con una voluntad persistente y que sufre una enfermedad o secuelas de un accidente grave e incurable. Asimismo, si el médico sospecha que dicha petición está afectada por enfermedades psicológicas o presiones externas, deberá solicitar la intervención de un psiquiatra. (Labaca Zabala, 2014).

Sin embargo, en el momento del suicidio no se requiere la presencia de personal médico, ni es necesario que el paciente se encuentre en fase terminal para acceder al suicidio. El facultativo solo evalúa la capacidad del paciente, el cumplimiento de la ley e informa al médico regional responsable y a los allegados del paciente de su decisión. En el caso de los pacientes con enfermedades psíquicas podrán solicitar la asistencia al suicidio siempre que sean capaces de conocer y querer el suicidio, mientras que los pacientes con enfermedades degenerativas solo podrán realizar la petición en sus estadios iniciales, antes de que pierdan sus facultades mentales. (de la Torre, 2019).

De acuerdo con la Comisión Nacional de Ética para la Medicina, la asistencia al suicidio se fundamenta en el apoyo y la atención a las personas que se plantean el suicidio y en el derecho de autodeterminación de las personas, el cual es el eje ético sobre el cual se sostiene el derecho a disponer de la propia vida. (Royes, 2008) El Tribunal Supremo Federal de Suiza reconoce el derecho personal a buscar ayuda para suicidarse como un posible acto racional, siempre que la solicitud provenga de una reflexión seria y una inquietud persistente, y el paciente sea capaz de terminar con su vida por su propia mano. (de la Torre, 2019)

Sin embargo, este derecho a la autodeterminación de las personas depende de su capacidad psíquica de tomar decisiones, estando limitado el acceso al suicidio asistido para las personas con enfermedades mentales o facultades mentales reducidas. En este sentido destaca el caso *Haas c. Suiza (TEDH, 20 de enero de 2011, N° 31322/07)* por el cual, el Sr. Haas, quien sufría un grave trastorno psíquico, quería suicidarse con una sustancia letal que sólo se podía adquirir con receta médica, según la ley suiza.

Al no reunir los requisitos para ello, acudió al Tribunal Europeo de Derechos Humanos para obtener una dispensa, alegando la vulneración de su derecho a la autodeterminación y a la vida privada, protegidos por el art. 8 del Convenio Europeo de Derechos Humanos. Según el demandante, tenía derecho a que el Estado suizo le proporcionara el medicamento para suicidarse, a pesar de que no sufría ninguna enfermedad mortal y no tenía impedimentos para suicidarse sin asistencia.

El TEDH reconoce “*que el derecho de un individuo a decidir cómo y cuándo poner fin a su vida, siempre que dicho individuo esté en condiciones de decidir por sí mismo a ese respecto y de tomar las medidas adecuadas, es uno de los aspectos del derecho al respeto de la vida privada*”. No obstante, además de condicionar este derecho a las capacidades del individuo, también determina que la Convención Europea de Derechos Humanos también protege el derecho a la vida en el art. 2, ponderando ambos derechos en consideración con las alegaciones del sr. Haas de desear un suicidio indoloro e infalible.

Finalmente, el Tribunal desestima la petición del demandante de reconocer la obligación positiva del Estado de proporcionarle las medidas necesarias para un suicidio rápido e indoloro, concluyendo, en cambio, determinado la obligación estatal de proteger a vida de los ciudadanos bajo su jurisdicción. Por lo tanto, incluso cuando el suicidio asistido está permitido, como en Suiza, el Estado debe prevenir el abuso de esta facultad para proteger el derecho a la vida. (European Centre for Law and Justice, 2011)

2.4. Canadá

Originariamente, tanto la eutanasia activa como el suicidio asistido eran prácticas ilegales sin excepción y sancionadas penalmente bajo diversos tipos delictivos (homicidio, inducción al suicidio, participación el suicidio ajeno, administración de sustancias nocivas...). En el art. 14 del Código Penal canadiense se establecía que ninguna persona podía dar consentimiento válido a su propia muerte, y el consentimiento no afectaría a la responsabilidad de quien matare a otro. (Gimbel, 2016)

Jurisprudencialmente, el caso más relevante en este aspecto fue el de Sue Rodríguez, donde el Tribunal Supremo de Canadá se pronunció a favor de la prohibición absoluta de la eutanasia activa y el suicidio asistido en virtud de la protección al derecho fundamental

a la vida y la obligación de proteger la vida de las personas vulnerables. Sin embargo, la eutanasia pasiva sí que estaba legalizada y no resultaba penalmente relevante de acuerdo con la jurisprudencia de los tribunales canadienses. Se ofrecía como opción para los enfermos terminales y los ancianos, junto con los cuidados paliativos, la orden de no reanimación, el rechazo a recibir alimentación o tratamiento o la sedación terminal. (Sánchez Barroso, 2019)

En 2014, la Asamblea Nacional de la Provincia de Quebec aprobó la Ley sobre cuidados al final de la vida, regulando los cuidados paliativos y algunos supuestos de eutanasia activa llevada a cabo por personal médico. Por otro lado, el Tribunal Supremo decidió revisar la jurisprudencia creada en torno a la nulidad del consentimiento sobre la propia muerte con ocasión del caso Carter. La decisión en este caso, a diferencia del caso Sue Rodríguez, fue que el objetivo de la regulación de la eutanasia en el Código Penal de proteger la vida de los más vulnerables era desproporcionado para con los pacientes con capacidad de dar consentimiento completo, informado y voluntario sobre el deseo de terminar con su vida. Igualmente, interfería con el derecho personal de autodeterminación y libertad de toma de decisiones vitales, y como consecuencia, era una violación a la dignidad y autonomía de los pacientes. (Chan, y Somerville, 2016)

Tras la sentencia del caso Carter, el Parlamento de Canadá despenalizó la eutanasia activa y el suicidio asistido mediante la Ley C-14, de 17 de junio de 2016, por la que se modifica el Código Penal y se aprueban modificaciones conexas en otras Leyes, o ley de asistencia médica para morir. La propia ley define la asistencia médica para morir como *(a) la administración por un médico o enfermero de una sustancia a una persona que lo haya requerido y que cause su muerte, o (b) la prescripción o suministro por un médico o enfermero de una sustancia a una persona que lo haya requerido, de manera que esta se la pueda autoadministrar causando su propia muerte.*

La Ley de asistencia médica para morir requiere el cumplimiento de ciertos requisitos subjetivos y procedimentales para eximir al personal sanitario y médico que participara en el proceso de terminación de la vida del paciente. Por un lado, para recibir asistencia médica para morir, el sujeto debe:

- Ser admisible – o poder serlo si no existiese el tiempo mínimo de residencia exigido o de espera aplicable – a recibir cuidados sanitarios financiados por el Estado en Canadá;
 - tener al menos 18 años de edad y tener plena capacidad de tomar decisiones con respecto a su salud;
 - padecer problemas de salud graves e irremediables, y que su situación médica conlleve una disminución avanzada e irreversible de sus capacidades y le cause sufrimientos físicos o psicológicos persistentes que le son insoportables y no puedan ser aliviados, siendo la muerte natural del paciente razonablemente previsible
 - haber requerido voluntariamente la asistencia médica para morir, sin sufrir presiones externas;
 - prestar consentimiento para recibir la ayuda médica para morir, tras haber sido informado de las medidas alternativas, especialmente de los cuidados paliativos.
- (Sánchez Barroso, 2019)

Por su parte, el personal sanitario debe cumplir con ciertas garantías procedimentales para salvaguardar los derechos del paciente (Ley C-14 – traducción de Derecho A Morir Dignamente Asociación Federal, 2016): *“Antes de que un médico o enfermero preste a una persona asistencia médica para morir, debe:*

- a) *tener la convicción de que la persona que ha formulado la solicitud de ayuda médica para morir reúne todos los requisitos expuestos en el artículo (1);*
- b) *asegurarse de que la solicitud de ayuda médica para morir fue:*
 - i. *hecha por escrito, fechada y firmada por dicha persona o por otra de las mencionadas en el párrafo (4).*
 - ii. *fechada y firmada después de que la persona haya sido informada por un médico o enfermero de que su muerte natural es, dado su situación médica en conjunto, razonablemente previsible.*
- c) *estar seguro de que la solicitud fue fechada y firmada por la persona –o por otra de las mencionadas en el párrafo (4)– en presencia de dos testigos independientes que también hayan fechado y firmado la solicitud.*

- d) asegurarse de que la persona haya sido informada de que puede, en cualquier momento y, de cualquier manera, desistir de dicha solicitud.
- e) asegurarse de que otro médico o enfermero haya dado su opinión por escrito confirmando que la persona reúne todos los requisitos establecidos en el párrafo (1);
- f) estar convencido de que él y el otro médico o el enfermero mencionado en el apartado e) son independientes;
- g) asegurarse de que han transcurrido al menos 15 días entre el momento en el que la solicitud ha sido firmada por la persona y el día en el cual la ayuda médica para morir sea prestada o, si él u otro médico o enfermero al que se alude en el párrafo (e) son ambos de la opinión de que la muerte de la persona o la pérdida de su capacidad para prestar consentimiento informado son inminentes, cualquier periodo menor que el médico o enfermero mencionados en primer término consideren apropiados en las circunstancias, y
- h) inmediatamente antes de prestar la ayuda médica para morir, dar a la persona la oportunidad de retirar su solicitud y asegurarse de que da su consentimiento expreso para recibir la ayuda médica para morir”.

2.5. Colombia

El proceso de despenalización de la eutanasia en Colombia se inicia con la Sentencia C-239 del 20 de mayo de 1997, donde se expuso ante la Corte Constitucional colombiana el conflicto constitucional entre la inviolabilidad del derecho a la vida y la obligación estatal de protegerla frente al art. 326 del Código Penal sobre el homicidio por piedad, “*El que matare a otro por piedad, para poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave o incurable, incurrirá en prisión de seis meses a tres años*”. La Corte, al resolver la demanda no solo admitió como válido dicho artículo, sino que eximió a los médicos de cualquier pena en caso de realizar un homicidio por piedad, siempre y cuando se cumplieran ciertos requisitos establecidos en dicha sentencia. Para la aplicación de la eximente, el sujeto debía ser un enfermo terminal que estuviera bajo un dolor o sufrimiento grave y que hubiera solicitado el procedimiento eutanásico de manera libre y en uso de sus plenas facultades mentales, siempre que este lo realizara una persona cualificada. (Díaz Amado, 2017)

No obstante, en dicha sentencia la Corte Constitucional de Colombia subraya la necesidad de establecer regulación estricta sobre el consentimiento y la ayuda a morir, verificando de forma rigurosa la voluntad libre e inequívoca en el deseo de terminar con su vida por parte del paciente. Se enfoca la regulación de la muerte digna y la eutanasia como marco de protección para los pacientes en situación terminal más vulnerables que consideren que su vida ha perdido dignidad y por ello deseen terminar con ella. La Corte colombiana, por lo tanto, basó su decisión en la defensa de los derechos fundamentales de dignidad humana, respeto a la autonomía y solidaridad. (Gaviria Díaz, 1999)

En 2014, una nueva sentencia ante la Corte Constitucional respecto a la eutanasia de un paciente de cáncer terminal reafirmó el derecho a la muerte digna como derecho fundamental en Colombia y solicitó al Ministerio de Salud y Protección Social una guía para los proveedores de servicios médicos y para los pacientes sobre el procedimiento ante la eutanasia. Ante esta situación, el Ministerio delineó las “*directrices para la conformación y funcionamiento de los Comités Científico-Interdisciplinarios para el Derecho a Morir con Dignidad, los cuales actuarán en los casos y en las condiciones definidas en las sentencias C-239 de 1997 y T-970 de 2014*” en la Resolución 1216 del 20 de abril de 2014. (Díaz Amado, 2017)

Asimismo, desde el Ministerio de Salud se establecieron los criterios para llevar a cabo la eutanasia de forma legal. Se limitó el acceso a esta práctica a los pacientes en etapas terminales o personas en estado vegetal mayores de edad, siempre que establecieran su voluntad de morir anticipadamente. La eutanasia debía realizarse de forma gratuita en hospitales y clínicas con personal médico cualificado. (Delgado Rojas, 2016)

No obstante, mediante la jurisprudencia se ha ido ampliando el derecho a morir para otros grupos poblacionales, especialmente a partir de la Sentencia T-544 de 2017, en la cual se establecen criterios de viabilidad para la aplicación de la eutanasia en niños y adolescentes. Se mantiene el requisito de que el paciente sufra una enfermedad terminal que le produzca intensos dolores y sufrimiento, siendo estos incompatibles con su dignidad, sin embargo, el consentimiento libre, informado e inequívoco debe ser evaluado por profesionales del desarrollo cognitivo en niños y adolescentes y la voluntad de terminar con su vida debe estar en concurrencia con los padres o representantes legales. (Sentencia T-544, 2017)

Finalmente, el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia presentó en marzo de 2018 un proyecto de resolución que, aunque aún no ha sido sancionado por el presidente, pretende la reglamentación del acceso a la eutanasia a niños y adolescentes, haciendo efectivo su derecho a morir con dignidad y teniendo en cuenta el interés superior del menor. Este procedimiento solo se limitaría a jóvenes de 13 a 17 años en estados terminales de enfermedad y que sufran graves dolores que les impidan vivir con dignidad, así como en casos excepcionales para niños de entre 6 y 12 años. (Manzano, 2018)

2.6. EEUU

En EEUU, la primera propuesta de regulación de asistencia al suicidio se lleva a cabo en 1906 en Ohio, a través del *Act Concerning Administration of Drugs etc. to Mortally Injured and Diseased Persons*, en el cual se trataba de regular la solicitud del suicidio asistido por parte de personas mayores de edad que hubieran sufrido una lesión grave o estuvieran en estado terminal, para ofrecerles una muerte rápida e indolora. Aunque esta ley fue rechazada, al igual que la propuesta del mismo año de Iowa, *A Bill for An Act Requiring Physician to Take Human Life*, el debate continuó abierto en la jurisprudencia del Tribunal Supremo estadounidense durante décadas, con los casos *Karen Ann Quinlan v. New Jersey Department of Health, 1976*, y *Nancy Cruzan v. Missouri Department of Health, 1990*. (Emanuel, 1997)

No fue hasta 1994 cuando se aprobó por primera vez en EEUU una regulación en la que se permitía la ayuda al suicidio, mediante el *Oregon Death with Dignity Act, 1998* tras un referéndum en el que el 51% de la población apoyaba esta propuesta. En 1995 fue declarada inconstitucional, pero en 1997 fue de nuevo aprobada con el 60% de los votos.

El sistema de Oregón, aunque hace referencia a la muerte digna, no permite la eutanasia y solo es legal la muerte asistida autoadministrada. La regulación admite únicamente que los médicos receten medicación letal a pacientes capaces, mayores de edad, sin trastornos psiquiátricos y con un diagnóstico terminal. El suicidio solo puede ser administrado si:

- El paciente es terminal con una esperanza de vida inferior a seis meses.
- El paciente es mayor de 18 años, conserva todas sus capacidades y no presenta síntomas de depresión u otra enfermedad psíquica.

- Se formulan al menos dos peticiones de asistencia al suicidio, una de ellas siendo por escrito con la presencia de dos testigos que acrediten la voluntariedad de la petición, debiendo ser uno de los testigos un pariente cercano, heredero o tener alguna relación con la institución donde el paciente vive o recibe tratamiento. (De Miguel Sánchez y López Romero, 2006).

Por su parte, el médico, aunque es necesaria su presencia durante el acto del suicidio, debe comprobar estos requisitos y acudir a otro facultativo para consultar las condiciones físicas y psíquicas del enfermo antes de recetar el medicamento, no pudiendo administrar directamente la dosis al paciente. El medicamento no puede ser recetado hasta pasadas 48 horas de la solicitud formal, debiendo reiterar el paciente su deseo de acabar con su vida de forma oral. La voluntad expresada por el paciente, el diagnóstico médico y la información sobre la posibilidad de revocar su solicitud en cualquier momento deben documentarse en el historial clínico y enviarse a las autoridades en un plazo de siete días desde la prescripción del medicamento.

El modelo de regulación del suicidio asistido de Oregón ha inspirado la aprobación de leyes en relación con la muerte digna y el suicidio asistido también en otros estados, como Washington en 2008, Vermont (*Patient Choice and Control at the End of Life Act, 2013*), California (*End of Life Option Act, 2015*), Colorado (*End of Life Options Act, 2016*), Distrito de Columbia (*Death with Dignity Act, 2016*), y Hawaii (*Our Care, Our Choice Act, 2018*) (de Montalvo Jääskeläinen, 2019)

En relación con el suicidio asistido en EEUU, el principal defensor de la causa fue el Doctor Jack Kevorkian, quien habría ayudado a morir a aproximadamente 130 personas entre 1990 y 1999. Este defendía que sus actos habían prevenido el sufrimiento innecesario de cientos de pacientes y que les había permitido morir con dignidad, mientras que para muchos expertos su trabajo no fue más que una violación del código hipocrático médico y de su obligación de proteger la vida humana.

El Dr. Kevorkian comenzó su práctica del suicidio asistido ayudando a morir con su “máquina del suicidio” a Janet Adkins, una mujer de 45 años que había sido diagnosticada con Alzheimer pero que aún mostraba solo síntomas leves y que solicitó ayuda al suicidio por miedo al sufrimiento futuro. Kevorkian fue juzgado por homicidio en primer grado,

pero no fue condenado por la ausencia de regulación sobre el suicidio medicamente asistido en Michigan. En 1992, el estado de Michigan aprobó una ley con el objetivo de detener la actividad del Dr. Kevorkian y gracias a la cual fue condenado por ayudar a morir a Thomas W. Hyde en 1993, pero fue liberado tras el pago de una fianza. Durante años continuó con la práctica de suicidios asistidos a aquellos que se lo solicitaran, sin necesidad de que tuvieran enfermedades terminales ni padeciera graves sufrimientos. Finalmente fue condenado a 10 años de prisión por homicidio en segundo grado y administración de sustancias controladas al Thomas Youk, en 1999⁴. (Lehman y Phelps, 2005)

2.7. Australia

En 1995, en el Territorio del Norte de Australia se aprobó introducir en su jurisprudencia el derecho a la muerte asistida, pero poco tiempo después, en 1997, el Gobierno Federal promulgó una legislación que anulaba esta decisión en el Territorio del Norte. No ha sido hasta veinte años después que la práctica de la eutanasia y el suicidio asistido se han vuelto a regular en este país. Concretamente, el Parlamento del Estado de Victoria aprobó en octubre de 2017 el *Voluntary Assisted Dying Act*, que no entraría en vigor hasta junio de 2019. (de la Torre, 2019)

Esta nueva legislación permite el acceso a la “muerte voluntaria asistida” (voluntary assisted dying) en casos limitados en el territorio de Victoria. De acuerdo con sus legisladores, se trata del modelo más conservador y garantista en el mundo, con 68 salvaguardas en el proceso de acceso a la muerte asistida. (Onwuteaka-Philipsen, Willmott y White, 2018) Para ser un solicitante válido ante, debe tratarse de un individuo mayor de 18 años, ciudadano de Australia o residente permanente en el territorio de Victoria, con capacidad legal para tomar decisiones y que haya sido diagnosticado con una enfermedad o condición médica incurable, avanzada, progresiva y con una expectativa de muerte en menos de 6 meses, que le cause un sufrimiento intolerable. Se excluyen los pacientes cuya enfermedad primaria sea psíquica o una discapacidad, aunque podrán acceder a la muerte asistida aquellos con enfermedades mentales o discapacidades

⁴ El Dr. Kevorkian salió de prisión en 2007 bajo la condición de no volver a asesorar a nadie sobre modos de morir, aunque continuó defendiendo el derecho a la eutanasia y la muerte digna. Falleció en junio de 2011 en un hospital de Michigan. (Alandete, 2011)

que cumplan el resto de los requisitos. Asimismo, no se permite la solicitud de eutanasia a terceras personas en favor de personas incapaces, es decir, se trata de un derecho personalísimo.

El proceso de muerte voluntaria asistida comienza con la primera solicitud por parte del paciente a un médico de forma directa y clara, a la cual el médico debe aceptar en un plazo de 7 días, existiendo la posibilidad de atenerse a la objeción de conciencia. El médico aceptante pasa a ser el facultativo coordinador y tendrá que verificar el cumplimiento de todos los criterios legales, así como referir el caso a un médico consultor para revisar ambos la petición y el cumplimiento de los requisitos por parte del paciente, debiendo aprobar los dos médicos la solicitud. El paciente por su parte, deberá reiterar su consentimiento al menos 9 días después de la primera petición.

Una vez aprobada la solicitud por el médico responsable y el consultor, deberá presentarse una declaración por escrito con toda la documentación al *Voluntary Assisted Dying Review Board*, además de aplicar para obtener el permiso del secretario del Departamento de Salud y Servicios Sociales para proceder a una autoadministración por el paciente o una administración médica del medicamento. Finalmente, una vez obtenidos todos los permisos, el médico responsable procederá a suministrar o administrar, según el caso, el medicamento letal. No se requiere un control *ex post* al procedimiento, aunque los datos sobre los permisos emitidos y las características de los pacientes estarán disponibles públicamente. (Beardsly, Brown, y Sandroussi, 2018)

3. RÉGIMEN JURÍDICO ESPAÑOL

3.1. Regulación actual

En España, el tratamiento jurídico de la participación en el suicidio y de la eutanasia es muy complejo, dado que la adopción de cualquier proposición regulatoria sobre los límites de las prácticas de terminación de la vida implica la intervención de perspectivas éticas, sociológicas, médico-sanitarias, religiosas, ideológicas y emocionales que rodean los conceptos de la muerte y el suicidio.

En la doctrina se mantiene el debate sobre el alcance de la protección del bien jurídico de la vida y si este recoge el derecho a disponer de la misma por su titular. En nuestro ordenamiento jurídico, el suicidio, entendido como “*la acción de quitarse la vida por un acto voluntario*” (Enciclopedia Jurídica, 2020) es un acto que pertenece a la autonomía individual y no está prohibido, aunque sí que se encuentra limitado jurisprudencialmente por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos (Case Pretty v. United Kingdom, 20 April 2002. European Court of Human Rights), el cual establece la inexistencia de un derecho a morir que permita reclamar la asistencia al suicidio al Estado o a terceros. De igual forma, el Código Penal impone limitaciones a la eficacia del consentimiento relacionado con la disposición de la vida, penando la cooperación activa y ejecutiva en la muerte de otro, incluso existiendo petición expresa y seria por parte del suicida (art. 143 CP). (Díaz y García Conlledo y Barber Bursco, 2012)

3.1.1. Código Penal

El Código Penal, en este sentido, regula las conductas típicas relacionadas con la inducción, la asistencia al suicidio y, más específicamente, la eutanasia en el Título I del Libro II, dedicado al “Homicidio y sus formas”, que recoge los delitos contra la vida, en su art. 143 CP:

- “1. El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años.*
- 2. Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona.*
- 3. Será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte.*
- 4. El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo.”⁵*

⁵ La regulación actual del art. 143 CP presenta grandes novedades respecto a su predecesor, el art. 409 del Código Penal 44/1971. Por un lado, se excluye la cooperación no necesaria dentro del tipo de cooperación en el suicidio y se incluyen

Puesto que el suicidio o la tentativa de suicidio son conductas atípicas no punibles, se tipifican expresamente las fórmulas de inducción, cooperación necesaria y cooperación ejecutiva, prohibiendo completamente la asistencia al suicidio y, específicamente, prohibiendo la eutanasia. No obstante, estas penas son considerablemente menores al homicidio común, al considerarse que este tipo de actos suelen tener razones compasivas, y se valora la prestación de consentimiento por parte de la víctima. (Álvarez, Hernández, 2019)

Respecto a los dos primeros apartados del Código Penal, estos recogen la inducción y la cooperación al suicidio como formas de participación, aunque no sean ejecutivas. A pesar de que en el art. 28 del CP no hace diferenciación entre autor, inductor o cooperador dentro de los delitos consumados, esta lógica no se mantiene en los delitos del art. 143.1 y 2 CP. Es destacable, además, la imposición de penas mayores a los agentes inductores al suicidio que a los cooperadores necesarios, dando a entender la idea de que es más grave impulsar a un individuo a quitarse la vida que auxiliarle en la consecución de su muerte, ya que la voluntad de la víctima en el último caso no se habría visto afectada. Aun con esto, la ley también reconoce la existencia de formas de cooperación necesaria que sean incluso más influyentes e importantes en el suicidio que la inducción, por lo que ambos marcos penales se solapan para admitir flexibilidad cuando las figuras se solapan. (Díaz y García Conlledo y Barber Bursco, 2012)

La conducta de la cooperación necesaria no ejecutiva recoge figuras variadas que se consideran también asistencia al suicidio como la no evitación del suicidio, aplicable si el cooperador tiene posición de garante, y la negativa al tratamiento médico salvador a un tercero. Sin embargo, estos actos solo serán penados conforme al art. 143.2 CP si la cooperación es necesaria para el resultado último del suicidio o si las conductas omisivas han favorecido determinadamente la comisión del suicidio por la víctima. (Corcoy Bidasolo y Ramírez Martín, 2019)

referencias a la conducta de la eutanasia en el apartado 4 del art. 143 CP. Además, se suavizan las penas de forma general, pero especialmente en comparación con el delito de homicidio, puesto que en el Código Penal 44/1971 la cooperación ejecutiva en el suicidio estaba penada igual que el delito de homicidio, mientras que hoy la pena es significativamente menor.

El art.143.3 CP, de acuerdo con la doctrina mayoritaria, regula un supuesto cooperación ejecutiva en el suicidio, donde la víctima tiene voluntad de morir y es la autora de su muerte, siendo partícipe en ella el cooperador ejecutivo con una determinación conjunta entre el tercero y el suicida. Este apartado sería de aplicación en los casos de homicidio consentido y cooperación ejecutiva al suicidio donde hubiera intención de morir por parte del suicida y capacidad para prestar un consentimiento libre, válido y actual, siempre que no concurren las características propias de la eutanasia del art. 143.4 CP. (Díaz y García Conlledo y Barber Bursco, 2012)

La eutanasia en el Código Penal Español se prohíbe de forma directa y explícita en el art. 143.4, tipificándolo como parte del suicidio asistido u homicidio consentido con una pena atenuada por ser una conducta con motivación benigna o humanitaria, además de existir cierta justificación por estado de necesidad. Para la aplicación del tipo penal del apartado cuarto deben presentarse dos requisitos: una enfermedad grave y de carácter mortal e irreversible, o que produzca graves sufrimientos difícilmente soportables; y una petición expresa, seria e inequívoca por parte del enfermo. No obstante, la pena atenuada solo está dirigida expresamente a las conductas de eutanasia activa, quedando fuera de su ámbito de actuación las conductas de eutanasia pasiva, donde se omiten o retiran intencionadamente los medios necesarios para sostener la vida del enfermo. Dada la falta de claridad de la regulación, dependería de la consideración del hecho típico del cooperador como acción u omisión por el juez para poder encuadrar el delito en alguno de los tipos penales del art. 143 CP. (Muñoz Conde, 2019)

3.1.2. Regulación estatal y autonómica

A pesar de que actualmente existe una clara prohibición de la eutanasia y el suicidio asistido a nivel estatal, en el ordenamiento jurídico español existe regulación a nivel estatal y autonómico que consolidan el derecho a la autonomía del paciente e, incluso, el derecho a una muerte digna.

En el ámbito estatal, la Ley 41/2002 Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Sanitaria, regula las cuestiones que la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad no cubría suficientemente, además de actualizar los principios rectores en materia de bioética como

el derecho a la intimidad de la información relativa a la salud de las personas, las voluntades anticipadas, el derecho a la autonomía del paciente y su participación en la toma de decisiones, y la posibilidad de la negativa a tratamiento. Algunos de los principales avances de esta ley giran en torno a los momentos finales de la vida de los pacientes, destacando la mayor capacidad de decisión de estos frente a los tratamientos. Singularmente, destaca el art. 2 de la Ley 41/2002, en la que se determina el derecho del paciente a decidir con libertad entre las opciones clínicas existentes y a negarse al tratamiento. Estos derechos se cristalizan, respecto a la cuestión del final de la vida, en la posibilidad de establecer un “testamento vital”, que se establece en el art. 11 de dicha Ley como documento de instrucciones previas, mediante el cual *“una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud (...)”* (García Ortega, Cózar Murillo, y Almenara Barrios, 2004)

Asimismo, la cesión de competencias a las Comunidades Autónomas en materia de sanidad, ha fomentado la aprobación de leyes autonómicas complementarias a la Ley General Sanitaria y a la Ley 41/2002 y más específicas respecto a cuestiones de garantías y derechos de las personas en los procesos del final de la vida. El objetivo de estas normativas es garantizar una atención adecuada para los pacientes terminales en los momentos finales de la vida, luchando contra el sufrimiento físico y psicológico y respetando la dignidad y autonomía del paciente. (Galán González-Serna y Postigo Mota, 2020)

Las CCAA que han aprobado leyes en este sentido son:

- Galicia: Ley 5/2015, de 26 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de las personas enfermas terminales.
- Comunidad Foral de Navarra: Ley Foral 8/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte.
- Aragón: Ley 10/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte.
- Andalucía: Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en proceso de la muerte.

- Islas Baleares: Ley 4/2015, de 23 de marzo, de derechos y garantías de la persona en el proceso de morir.
- Islas Canarias: Ley 1/2015, de 9 de febrero, de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida.
- Comunidad de Madrid: Ley 4/2017, de 9 de marzo, de garantías y derechos de las personas en el proceso de morir.
- Principado de Asturias: Ley del Principado de Asturias 5/2018, de 22 de junio, sobre derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso del final de la vida.
- País Vasco: Ley 11/2016, de 8 de julio, de garantía de los derechos y de la dignidad de las personas en el proceso final de su vida.
- Comunidad Valenciana: Ley 16/2018, de 28 de junio, de la Generalitat, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de atención al final de la vida.
- Castilla y León: Ley 8/2003 de 8 de Abr C.A. Castilla y León (Derechos y deberes de las personas en relación con la salud).
- Región de Murcia: Ley 3/2009, de 11 de mayo, de los derechos y deberes de los usuarios del sistema sanitario de la Región de Murcia.

A pesar de que las expresiones empleadas en las leyes de “muerte digna” o “dignidad en el proceso de muerte” y similares puedan resultar dudosas o tener connotaciones referidas a la eutanasia, la finalidad de esta legislación es reforzar y desarrollar el derecho a vivir con dignidad en los momentos finales de la vida, reflejando el cambio de paradigma en el entorno sanitario hacia un auténtico respeto de la autonomía del paciente. El derecho a la muerte digna en la legislación autonómica no implica ni defiende un derecho a morir, sino que se pretende mejorar la calidad de vida de los pacientes terminales y su entorno, empleando los medios adecuados racionalmente y de forma eficiente de acuerdo con las necesidades y decisiones de cada paciente, para humanizar y dignificar el final de su vida. (Pérez Miras, 2015)

En todas las normas autonómicas se plasman los derechos de los pacientes a recibir cuidados integrales eficaces y de calidad, incluyendo los cuidados paliativos y la sedación terminal, así como el respeto a la autonomía de las personas enfermas y la posibilidad de

negativa libre y consciente a los tratamientos o a medidas de soporte vital. Igualmente, se regulan los deberes del personal sanitario en la atención a los enfermos terminales y sus familiares, asegurando la aplicación de tratamientos proporcionados y el suministro de información personalizada, adecuada, fiable y continuada en todas las etapas médicas. Finalmente, también se aseguran las máximas garantías por parte de las instituciones y centros sanitarios en el respeto de los derechos de los pacientes y trabajadores sanitarios y la cooperación absoluta con los mismos. (González Carrasco, 2016)

Las leyes de muerte digna autonómicas representan una perspectiva de protección de la dignidad humana hasta el último momento. Implican el respeto máximo a la vida de los enfermos, procurando mantener la calidad de vida y el acompañamiento creando sistemas de apoyo social y sanitario, incluso en enfermedades degenerativas, crónicas y terminales, porque un diagnóstico terminal no debe significar el abandono médico.

3.2. Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia

En España, el debate en el ámbito parlamentario ha estado abierto en varias ocasiones en los últimos años. A principios de 2017, Unidos Podemos presentó ante el Pleno del Congreso de los Diputados una proposición de Ley Orgánica sobre la eutanasia, aunque no fue admitida a trámite.

Posteriormente, en junio de 2018, el PSOE presenta una nueva propuesta de Ley Orgánica de eutanasia que, aunque fue admitida a trámite, no prosperó debido al bloqueo político del Congreso. Tras las elecciones de abril de 2019, el PSOE volvió a presentar la proposición de ley que también se admitió a trámite, pero quedó paralizada a causa del acuerdo fallido de coalición. No ha sido hasta febrero de 2020 cuando la proposición de Ley Orgánica ha comenzado su trámite en el Pleno del Congreso, sin embargo, la crisis sanitaria a consecuencia de la pandemia del Covid-19 ha retrasado la agenda parlamentaria de forma indefinida. (López Trujillo, 2020).

La proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia, de acuerdo con su exposición de motivos, *“pretende dar una respuesta jurídica, sistemática, equilibrada y garantista, a una demanda sostenida de la sociedad actual como es la eutanasia”*. Se justifica la compatibilidad de esta ley con los derechos fundamentales a la vida y a la

integridad física, y la protección de los bienes esenciales de la dignidad, la libertad y la autonomía de la voluntad al no únicamente despenalizar la ayuda a morir, sino crear un marco jurídico que proteja a todos los participantes de este acto y sea acorde a los Derechos Humanos. No obstante, al tratarse de una proposición de Ley Orgánica para la que no se requiere la elaboración de un informe jurídico, se deja al margen la consulta al Comité de Bioética y se pierde mucho valor jurídico en la propuesta en referencia a la perspectiva ética, social y legal que hubiera aportado. (Comité de Bioética de España, 2020)

Esta propuesta de Ley Orgánica reconoce el derecho a solicitar la asistencia para morir a los nacionales españoles o residentes legales mayores de edad y con capacidad para consentir en el momento de la petición, no permitiendo el acceso a la eutanasia o suicidio asistido a menores con consentimiento de los padres o menores emancipados, ni a incapaces de hecho. El individuo solicitante debe sufrir una enfermedad grave e incurable, o una enfermedad grave, crónica e invalidante que lleven asociadas un sufrimiento físico o psíquico constante e insoportable, certificada por el médico responsable. No obstante, no se imponen criterios médicos para la valoración de esta enfermedad, la invalidez que cause o el sufrimiento que provoque, dejando a determinación individual de cada médico responsable la evaluación del paciente.

Una vez recibida la solicitud de prestación de asistencia para morir, el médico verificará el cumplimiento de los requisitos previstos en el art. 5.1 a, c y d), e iniciará un proceso de deliberación con el paciente, informándole sobre su diagnóstico, posibilidades terapéuticas y pronóstico, así como sobre posibles tratamientos alternativos o cuidados paliativos. Se busca que el paciente pueda aportar un consentimiento informado, autónomo y voluntario, tras el cual el facultativo responsable deberá informar al equipo sanitario y a los allegados del paciente, además de referirse a un médico consultor que deberá corroborar el cumplimiento de los requisitos para posteriormente, antes de prestar la asistencia al paciente para morir, informar a la Comisión de Evaluación y Control competente para llevar a cabo un control previo. No obstante, la solicitud de la prestación de ayuda para morir es revocable en cualquier momento o aplazable sin límite temporal por parte del paciente, así como es posible su denegación por parte de los médicos responsables de forma motivada.

Los plazos dispuestos en esta ley para llevar a cabo la asistencia para morir son breves, estableciendo dos días para la deliberación del consentimiento tras la solicitud del paciente y quince días naturales para su reiteración, en los cuales el médico responsable tendrá que consultar a otro facultativo competente y llevar a cabo los trámites necesarios de control con la Comisión de Evaluación y Control. Sin embargo, podrán aceptarse plazos incluso menores o no realizarse el control previo cuando los médicos consideren que la muerte del solicitante o su pérdida de capacidad para consentir son inminentes (art. 5.1 c) y art. 8.4). La Comisión, una vez recibida la información pertinente y en el plazo máximo de siete días naturales, elevará una resolución sobre el procedimiento que deberá comunicarse lo antes posible al médico responsable.

La prestación de la ayuda a morir se debe realizar una vez recibida la resolución positiva de la Comisión de Evaluación y Control, confirmando con el paciente si está consciente su voluntad y la modalidad de asistencia que desea. En la Proposición de Ley Orgánica se presentan dos posibilidades conforme a la redacción del art. 3 g):

“i) La administración directa al o la paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario competente.

ii) La prescripción o suministro al o la paciente por parte del profesional sanitario competente de una sustancia, de manera que esta se la pueda autoadministrar, ya sea en el propio centro sanitario o en su domicilio, para causar su propia muerte.”

Por lo tanto, en esta Proposición de Ley Orgánica se incluye la posibilidad de solicitar tanto la eutanasia como la asistencia al suicidio, estando ambas prácticas cubiertas por el Sistema Nacional de Salud y financiadas por fondos públicos, para garantizar el acceso de forma igualitaria a un sistema sanitario de auxilio para morir de calidad. A pesar de esto, se recoge también la posibilidad para con los médicos de ejercer el derecho de objeción de conciencia sanitaria a la práctica de la eutanasia y el suicidio asistido, sin embargo, esta negativa no puede menoscabar la calidad o el acceso a los pacientes a la prestación de ayuda a morir.

Finalmente, se determina la modificación del art. 143.4 del Código Penal, el cual tendría la siguiente redacción: *“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.”

3.3. Debate constitucional

La eutanasia y el suicidio asistido no son materias que se aborden en el texto constitucional de forma expresa y, sin embargo, la perspectiva constitucional es esencial e inherente a la posibilidad de establecer un derecho a morir. La eutanasia y el suicidio asistido comprometen derechos fundamentales y bienes constitucionalmente protegidos como son el valor de la libertad (art. 1.1 CE), los principios de dignidad humana y libre desarrollo de la personalidad (art. 10 CE), el derecho a la vida y a la integridad física y moral (art. 15 CE) o la libertad ideológica y religiosa (art. 16 CE). (Alonso Álamo, 2008)

Sin embargo, la cuestión final sobre la despenalización de la eutanasia y el suicidio asistido depende de la ponderación de dos valores esenciales en la Constitución Española, la autonomía de la voluntad y el derecho a la vida. Ciertas perspectivas colocan como principal valor ético y criterio jurídico de interpretación de los ordenamientos el derecho a la autodeterminación del individuo, entendiendo la autonomía de la voluntad como el derecho a determinar el destino personal y vital propio, incluyendo la elección de la muerte propia. (Marcos del Cano y de Castro Cid, 1999) Desde este punto de vista y de acuerdo con Dworkin (1994), *“El Estado no debería imponer ninguna concepción general y uniforme mediante una norma imperativa, sino que debería alentar a que los individuos adoptaran decisiones con respecto a su futuro por sí mismos y de la mejor manera que puedan”*.

Bajo esta interpretación constitucional, el resto de derechos fundamentales se convierten en complementarios a la autonomía de la voluntad. El derecho a la vida no sería un valor absoluto, sino un bien de carácter privado, completamente disponible para el individuo sin posibilidad de restricción estatal. En consecuencia, la eutanasia y el suicidio asistido se convierten en un derecho fundamental, teniendo el Estado el deber de facilitar los mecanismos necesarios para garantizar la posibilidad de determinar la muerte propia, legalizando estas prácticas de forma total y sin restricciones, ya que serían manifestaciones del ejercicio legítimo de un derecho constitucional. (Rey Martínez, 2009)

En el ámbito de la jurisprudencia, se presentan casos relevantes en los que los pronunciamientos han primado el derecho a la autodeterminación del sujeto por encima de la protección de la vida humana. Es el caso de las negativas a las transfusiones sanguíneas de los Testigos de Jehová por razones religiosas que, en ocasiones, pueden resultar en la muerte del paciente. Sin embargo, se establece en varias decisiones de los Tribunales Superiores de Justicia de Castilla-La Mancha y de Extremadura que es erróneo hacer prevalecer la vida por encima de todos los derechos, ignorando la libertad del individuo. Por su parte, el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, en un Auto del 23 de diciembre de 1992, determinó que *“Si el paciente es mayor de edad, y adopta su decisión libremente, si no se trata de un menor, ni de un incapacitado, el Juez no tiene obligación ineludible de conceder autorización para realizar transfusiones, que entrañan un evidente riesgo y que admiten métodos y soluciones alternativas”*.

Igualmente, en la regulación sanitaria como la Ley 41/2002 Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Sanitaria o las normativas autonómicas en esta materia, también existe una marcada tendencia a respetar en mayor medida la autonomía del paciente, valorando las opiniones y elecciones personales realizadas en torno a su salud y a los tratamientos médicos, a menos que produzcan un claro perjuicio a terceros. (Gascón Abellán, 2007)

En sentido contrario, también existe la perspectiva de que la vida humana es el valor principal del ordenamiento jurídico, siendo un bien intangible, indisponible e irrenunciable por su titular. La vida es la esencia de los derechos individuales, sin la cual no es posible la existencia ni el ejercicio del resto de valores jurídicos (Ollero, 1998). Se afirma que la vida no es un bien exclusivo del individuo, sino que posee un valor social conjunto, por lo que el Estado y las instituciones deben brindarle la máxima protección, aún sin el consentimiento del sujeto. (Serrano Butragueño, 1992)

La indisponibilidad e inalienabilidad del derecho a la vida se vería reflejado en los deberes fundamentales para con el titular que lleva aparejados este punto de vista: el deber negativo de no perturbar el ejercicio y la continuidad de la vida y el deber positivo de promoverla y protegerla sobre el resto de valores jurídicos. Por lo tanto, al estar supeditada la protección de la vida a la voluntad del individuo, la eutanasia, en cualquiera

de sus modalidades, y el suicidio asistido serían inconstitucionales y estarían penalmente perseguidos. (Rey Martínez, 2009)

En la jurisprudencia, a pesar de los casos de previamente mencionados de los Tribunales Superiores de Justicia, la doctrina mayoritaria del Tribunal Supremo gira alrededor de la teoría de la indisponibilidad del derecho a la vida, resolviendo los conflictos entre este y otros derechos dando “*preeminencia absoluta al derecho a la vida, por ser el centro y principio de todos los demás derechos*” (STS 27/03/1990, Sala Segunda). En el caso de los procedimientos médicos, estarían permitidas las intervenciones o tratamientos coactivos en caso de que la vida del paciente se encuentre en peligro, bajo riesgo de incurrir en un delito de cooperación al suicidio o de omisión al deber de socorro. (Gascón Abellán, 2007)

El art. 15 CE establece que “todos tienen derecho a la vida”, pudiendo obligar al Estado a proteger la vida de los ciudadanos por ser la vida un bien jurídico esencial. No obstante, a diferencia de los bienes jurídicos colectivos que son indisponibles por no existir un titular único, no podría deducirse directamente de la Constitución que el bien jurídico de la vida humana, como bien de utilización individual, sea indisponible por su titular. Por lo tanto, el Estado debe ser guardián del derecho a la vida, pero a su vez tiene que respetar la autonomía de los sujetos para disponer de su propia vida. (López Barja de Quiroga, 2011)

Sin embargo, tampoco es posible deducir un derecho fundamental a terminar con la vida de la redacción de la Constitución Española propia, ni de los principios de dignidad humana y libre desarrollo de la personalidad (art. 10 CE), ni del derecho a la vida y a la integridad física y moral (art. 15 CE) o la libertad ideológica y religiosa (art. 16 CE). En cambio, la cláusula general de libertad del art. 1.1 CE, dada su redacción amplia y difusa, ampara muchas conductas que, aunque no han recibido expresa protección como valores fundamentales, no sería constitucional limitarlas arbitraria o desproporcionadamente. (Rey Martínez, 2009)

El art. 15 CE tiene un doble contenido positivo, ya que los poderes públicos tienen la obligación de proteger la vida y la integridad física de sus ciudadanos y el individuo tiene el derecho a reclamar el amparo de su derecho ante la justicia. Pero de este artículo no podría deducirse un contenido negativo como un “derecho a la muerte” o un “derecho al suicidio” que el Estado debiera proteger y fomentar, poniendo a disposición del sujeto medidas para causar la muerte. En cambio, sí que existiría una libertad a disponer de la vida propia, un *agere licere* que se manifiesta en la posibilidad de tomar decisiones que pongan en peligro la vida, reconocidas incluso por la jurisprudencia y por las leyes sanitarias en el derecho a rechazar tratamientos médicos. (Cadenas Osuna, 2018)

En este caso, la eutanasia se consideraría una libertad constitucional que tendría que limitarse legislativamente de forma estricta y rigurosa para asegurar las máximas garantías a pacientes, familiares y facultativos sanitarios. Dada la suma importancia del bien jurídico de la vida, la legislación estatal relativa a la eutanasia y al suicidio asistido admitiría una regulación de la prestación del consentimiento, exigiendo que el solicitante fuera plenamente capaz para excluir a menores e incapaces como sujetos vulnerables. Asimismo, sería posible una limitación de la eficacia del consentimiento, evitando la participación de terceros en la formación de la voluntad y cuidando en todo momento la verdadera autonomía del sujeto en relación a sus decisiones vitales. Por lo tanto, aunque el Estado no pueda imponer el respeto absoluto a la vida propia, sí que tiene que obligar al respeto de la vida ajena y su derecho a la autodeterminación. (Del Rosal Blasco, 1987)

4. CONCLUSIONES

1. En el ámbito internacional, los países cuya regulación permite el acceso a la muerte asistida, ya sea a la eutanasia o al auxilio al suicidio, han condensado a través de legislación y jurisprudencia los requisitos básicos y garantías esenciales para proteger el derecho de los pacientes a morir con dignidad. Principalmente se centran en la emisión de un consentimiento voluntario, informado y reiterado por parte de un solicitante que conserve sus capacidades de decisión y que sufra una enfermedad grave e incurable que provoque sufrimientos físicos y/o psicológicos intolerables para el paciente. Además, integran diversos niveles de garantías en los procedimientos,

desde la consulta a un segundo facultativo del caso hasta la participación de Comités de Evaluación que autoricen la aprobación. Sin embargo, a pesar de todas las precauciones tomadas por los legisladores y jueces, en la práctica continúan presentándose casos límites, tanto ética como legalmente, que ponen en el punto de mira la verdadera protección de los pacientes solicitantes más vulnerables. Son casos de pacientes con enfermedades crónicas o psicológicas cuyo sufrimiento podría haberse visto aliviado mediante tratamientos alternativos y que finalmente se permitió el acceso a la eutanasia⁶.

2. Respecto a la problemática constitucional en España, no es posible inferir de la Constitución Española la existencia de un derecho a disponer de la propia vida que deba ser sostenido por el Estado, aunque tampoco es posible afirmar el derecho a la vida como valor único y principal en el ordenamiento. Por lo tanto, partiendo del principio de libertad establecido en el art. 1.1 CE como valor superior del Estado, la eutanasia y el suicidio asistido formarían parte del libre desarrollo de la vida propia. De esta forma, aun siendo una libertad constitucional, debería regularse legislativamente de manera rigurosa, puesto que también afectaría a bienes jurídicos fundamentales como la vida y la integridad física personal, que deben ser cuidadosamente protegidos.
3. En referencia a la propuesta de legislación de la eutanasia, a pesar de su evidente similitud con las normativas de países donde la eutanasia y el suicidio asistido están legalizados, su configuración puede fomentar un modelo regulación de eutanasia jurídicamente inseguro. La ausencia de criterios de evaluación médica de los pacientes, la falta de claridad en el procedimiento y los plazos, y el poco desarrollo de los sistemas de control y las garantías no protegerían suficientemente a los

⁶ Caso Mark Langedijk, holandés de 41 años y padre de familia, solicitó la eutanasia al considerar que era la única solución para acabar con el sufrimiento causado por su alcoholismo. Había asistido a 21 centros de rehabilitación, hasta que finalmente, en 2016 falleció por una inyección letal administrada por un médico. (ABC, 2019)

Caso Aurelia Browsers, holandesa de 29 años, decidió someterse voluntariamente en 2018 a un proceso de eutanasia por los sufrimientos insoportables que le causaban sus enfermedades mentales que la atormentaban desde que tenía 12 años. (Pressly, 2018)

solicitantes, que son sujetos especialmente vulnerables dada su situación de enfermedad y sufrimiento.

Igualmente, dadas las competencias otorgadas a las Comunidades Autónomas en materia de sanidad y las nuevas leyes sanitarias tanto estatales como autonómicas⁷, así como las referencias en la Proposición de Ley Orgánica sobre la eutanasia a la participación de las autonomías en los sistemas de control⁸, podrían dar a entender que, tras la despenalización de la eutanasia, podría ser la práctica activa competencia de las CCAA. Esto añadiría a la inseguridad jurídica de la propia configuración de la Proposición de Ley Orgánica, un componente de posible desigualdad en la consideración de los requisitos, la aplicación y el seguimiento del procedimiento, desprotegiendo aún más a los colectivos que pretende beneficiar.

4. Para que la regulación de la eutanasia y el suicidio asistido en España respete los valores fundamentales de la Constitución y de una respuesta verdaderamente beneficiosa a los enfermos terminales y crónicos, tiene que centrar sus esfuerzos no solo en las garantías sobre estas prácticas, sino también crear un sistema completo y coordinado de apoyo en torno al final de la vida. La ley sobre eutanasia y suicidio asistido tiene que ir acompañada de una ley de cuidados intensivos y paliativos que den una alternativa viable para las situaciones más críticas, que cree sistemas asistenciales efectivos para con los enfermos terminales y crónicos, además de poner límites a la obstinación terapéutica y al abandono de los pacientes. La eutanasia en un Estado social y democrático de Derecho puede ser una opción para remediar el sufrimiento de los pacientes, pero no debe ser la única.

⁷ Ley 41/2002 Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Sanitaria y leyes autonómicas sobre los derechos y la dignidad del paciente en los procesos del final de la vida.

⁸ Art. 17.1 y 2 de la Proposición de Ley Orgánica: “1. Existirá una Comisión de Control y Evaluación en cada una de las comunidades autónomas, así como en las Ciudades de Ceuta y Melilla. 2. Dichas comisiones, que tendrán la naturaleza de órgano administrativo, serán creadas por acuerdo de los respectivos gobiernos autonómicos y del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social en el caso de las Ciudades de Ceuta y Melilla, en los que se determinará su régimen jurídico.”

REFERENCIAS

- ABC (2019) Los otros casos «Noa Pothoven» en Holanda, donde hubo 6.126 muertes por eutanasia en 2018. ABC Sociedad. Obtenido de https://www.abc.es/sociedad/abci-otros-casos-pothoven-holanda-donde-hubo-6126-muertes-eutanasia-2018-201906051345_noticia.html
- Alandete, D. (2011) Jack Kevorkian, polémico defensor de la eutanasia. El País, Necrológicas. Obtenido de https://elpais.com/diario/2011/06/04/necrologicas/1307138402_850215.html
- Alida Asscher, E. C. y Van de Vathorst, S. (2019) First prosecution of a Dutch doctor since the Euthanasia Act of 2002: what does the verdict mean? J Med Ethics 46, 71–75. Obtenido de <https://jme.bmj.com/content/46/2/71>
- Alonso Álamo, M. (2008). Sobre “Eutanasia y Derechos Fundamentales”. Recensión del libro de Fernando Rey Martínez. Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología, 10. Obtenido de <http://criminet.ugr.es/recpc/10/recpc10-r3.pdf>
- Álvarez Hernández, M.A. (2019) Eutanasia: Delito inducción y cooperación al suicidio. Tribuna Lefebvre. Obtenido de <https://elderecho.com/eutanasia-delito-induccion-cooperacion-al-suicidio>
- Beardslly, C., Brown, K y Sandroussi, C., (2018) Euthanasia and surgeons: an overview of the Victorian Voluntary Assisted Dying Act 2017 and its relevance to surgical practice in Australia. ANZ Journal of Surgery, 88, (10), 956-958. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29761606>
- Cadenas Osuna, D. (2018) El consentimiento informado y la responsabilidad médica. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado.
- Chan, B., y Somerville, M. (2016). Converting the ‘right to life’ to the ‘right to physician-assisted suicide and euthanasia’: An analysis of Carter v Canada (Attorney general), Supreme Court of Canada. Medical Law Review, 24 (2), 143-175. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27099364>
- Corcoy Bidasolo, M. y Ramírez Martín, G. (2019) Inducción y auxilio al suicidio. Eutanasia (art. 143). En Corcoy Bidasolo, M. et al (eds.) Manual de

Derecho Penal. Parte Especial. Tomo 1, 2º Edición. Tirant lo Blanch, págs. 62 – 74

- De la Torre, J. (2019). La eutanasia y el final de la vida. Una reflexión crítica. Editorial Sal Terrae.
- De Montalvo Jääskeläinen, F. (2019) La regulación del suicidio asistido en Estados Unidos; en especial, el modelo Oregón. En A. Marcos y J. de la Torre (eds.) “Y de nuevo la eutanasia”, Dykinson, (117 – 131)
- Delgado, E. (2017). Eutanasia en Colombia: una mirada hacia la nueva legislación. En Justicia, 31, 226-239. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/just/n31/0124-7441-just-31-00226.pdf>
- Del Rosal Blasco, B. (1987) La participación y el auxilio ejecutivo en el suicidio. Anuario de derecho penal y ciencias penales, 40 (1), 73-98. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=46298>
- Díaz y García Conlledo, M. y Barber Bursco, S. (2012) Participación en el suicidio y eutanasia. Esbozo del tratamiento penal en España. Revista Nuevo Foro Penal, 8(79), 115 – 149. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4136981>
- Emanuel, E.J. (1997) Whose Right to Die? The Atlantic. Obtenido de <https://www.theatlantic.com/magazine/archive/1997/03/whose-right-to-die/304641/>
- Enciclopedia Jurídica (2020) Suicidio. Diccionario jurídico de Derecho. Obtenido de <http://www.encyclopedia-juridica.com/d/suicidio/suicidio.htm>
- European Centre for Law and Justice, (2011) Case of Haas v. Switzerland – the European Court of Human Rights denies an alleged right to “assisted suicide” opposable to the state. Obtenido de <https://eclj.org/case-of-haas-v-switzerland-the-european-court-of-human-rights-denies-an-alleged-right-to-assisted-suicide-opposable-to-the-state>
- Galán González-Serna, J.M. y Postigo Mota, S. (2020). Equidad versus inequidad en las distintas leyes autonómicas de muerte digna en España. Revista Iberoamericana de Bioética, 12, 1 – 13. Obtenido de <https://revistas.comillas.edu/index.php/bioetica-revista-iberoamericana/article/view/11797>

- Gamarra, M.^a. P. (2011). La asistencia al final de la vida: la ortotanasia. Horizonte Médico, 11(1), 40-46. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/3716/371637121006.pdf>
- García Ortega, C., Cózar Murillo, V., y Almenara Barrios, J. (2004) La autonomía del paciente y los derechos en materia de información y documentación clínica en el contexto de la Ley 41/2002. Revista Española de Salud Pública 78(4), 469 – 479. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272004000400005
- Gascón Abellán, M. (2002). ¿De qué estamos hablando cuando hablamos de eutanasia? Revista Iberoamericana de Estudios Utilitaristas, 12 (2), 59-70. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6663932>
- Gascón Abellán, M. (2007) ¿Puede el Estado adoptar medidas paternalistas en el ámbito de la protección de la salud? Parlamento y Constitución, 10, 85 – 109. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6709506>
- Gaviria Díaz, C. (1999). Fundamentos ético-jurídicos para despenalizar el homicidio piadoso-consentido. Pensamiento y Cultura, 2, (1). Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70111351019>
- Gimbel García, J.F. (2016) Eutanasia y suicidio asistido en Canadá. Una panorámica de la sentencia Carter v. Canadá y del consiguiente Proyecto de Ley C-14 presentado por el Gobierno canadiense. Revista de Derecho UNED, 19, 351-377. Obtenido de <http://revistas.uned.es/index.php/RDUNED/article/view/18491>
- Gómez, R. M. (2008). Eutanasia: concepto legal. Obtenido de Eutanasia: <http://eutanasia.ws/hemeroteca/z14.pdf>
- González Carrasco, M.C. (2016) Una nueva norma autonómica sobre la dignidad de las personas en el proceso final de su vida. Revista CESCO de Derecho de Consumo 19, 205 – 208. Obtenido de <https://ruidera.uclm.es/xmlui/handle/10578/21523>
- Guerra Vaquero, A.Y., (2019). La eutanasia en Bélgica y Luxemburgo. En A. Marcos y J. de la Torre (eds.) Y de nuevo la eutanasia”, Dykinson, (95 – 104)

- Gutiérrez, J. V. (2000). Eutanasia: Concepto, tipos, aspectos éticos y jurídicos. Actitudes del personal sanitario ante el enfermo en situación terminal. Instituto de Consulta y Especialización en Bioética (ICEB). Obtenido de https://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion_temas/eutanasia/EUTANASIA_2000.pdf
- IBERLEY (2019). Normativa sobre muerte digna y derechos y garantías de las personas enfermas terminales. Orden Civil. Obtenido de <https://www.iberley.es/temas/normativa-sobre-muerte-digna-derechos-garantias-personas-enfermas-terminales-59514>
- IBERLEY (2019). Regulación del derecho a una muerte digna. Orden Civil. Obtenido de <https://www.iberley.es/temas/derecho-muerte-digna-59511>
- Kofschoten, F. (2004) Dutch regulations governing euthanasia debated. The Lancet, 363, 1963. Obtenido de [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)16445-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16445-3)
- Labaca Zabala, M.^a. L., (2014) Modelos europeos de eutanasia y suicidio asistido en Holanda, Bélgica, Suiza, Luxemburgo y Francia. Revista Quaestio Iuris, 7(2), 892-1009. Obtenido de <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/quaestioiuris/article/view/13436>
- Lehman, J. y Phelps, S. (2005) Kevorkian, Jack. West's Encyclopedia of American Law, 131-133
- López Barja de Quiroga, J. (2011) Los límites de la vida y la libertad de la persona. Tirant Lo Blanch.
- López Trujillo, N. (2020) La ley de eutanasia vuelve al Congreso: preguntas y respuestas. Newtral. Obtenido de: <https://www.newtral.es/la-ley-de-eutanasia-vuelve-al-congreso-preguntas-y-respuestas/20200211/>
- Manzano, M.R. (2018) Discusión jurídica frente a los alcances del procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad de los niños, las niñas y los adolescentes en Colombia. Universidad Santo Tomás. Obtenido de <http://hdl.handle.net/11634/14327>
- Marcos del Cano, A.M. y de Castro Cid, B. (1999) Eutanasia y debate sobre la jerarquía de los valores jurídicos. Persona y derecho: Revista de fundamentación de las Instituciones Jurídicas y de Derechos Humanos, 41, 353 – 378. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=241681>

- Martínez León, M. D. L. M., Asensio Villahoz, P., Martínez León, C., Torres Martín, H., y Queipo Burón, D. (2014). Análisis ético y médico-legal de la eutanasia en la unión europea. Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid, 51, 129-140 Obtenido de <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/23864>
- Martínez Sampere, E. (2000) El derecho a una vida digna hasta el final: suicidio y eutanasia. Araucaria, 2(3). Obtenido de <https://philpapers.org/rec/SEMEDA>
- Mora Molina, J.J., (2002) Despenalización de la eutanasia en los Países Bajos. El proyecto de Ley Korthals/Borst. Revista del Instituto Bartolomé de las Casas. Derechos y Libertades 11, 535 – 581. Obtenido de <http://hdl.handle.net/10016/1536>
- Muñoz Conde, F. (2019) Delitos contra los valores de la personalidad. Inducción y cooperación al suicidio. Especial consideración de la eutanasia. En Muñoz Conde F. (ed.) “Derecho Penal. Parte Especial” Tirant lo Blanch, (65 – 77)
- Ollero, A. (1998) “Todos tienen derecho a la vida” ¿Hacia un concepto constitucional de persona? En Massini C.I. y Serna, P. (eds.) “El Derecho a la Vida”. Ediciones Universidad de Navarra. Obtenido de <http://www.tribunalconstitucional.es/es/tribunal/Composicion-Organizacion/documentos-magistrados/OlleroTassara/Colaboraciones/94-JMROJO.pdf>
- Onwuteaka-Philipsen, B., Willmott, L. y White, B.P. (2019) Regulating voluntary assisted dying in Australia: some insights from the Netherlands. Medical Journal of Australia, 211(10), 438-439. Obtenido de <https://www.mja.com.au/journal/2019/211/10/regulating-voluntary-assisted-dying-australia-some-insights-netherlands>
- Pardo, A. (2001). Obstinación Terapéutica. Bioética y ciencias de la salud, 4(4), 30 -38 Obtenido de https://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion_temas/obstinacionTerapeutica/obstinacionTerapeutica.pdf
- Peces-Barba, G., (1995). Reflexión moral sobre la eutanasia. ABC (Madrid)

- Pérez Miras, A. (2015) Muerte digna y Estatutos de Autonomía. DS: Derecho y salud, 25(1), 96-104. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5635392>
- Pinto Palacios, F. (2019) La eutanasia y el suicidio asistido en Holanda. En A. Marcos y J. de la Torre (eds.) Y de nuevo la eutanasia, Dykinson, págs. 77-94.
- Pressly, L. (2018) Aurelia Brouwers, la atormentada joven de 29 años a quien médicos de Holanda ayudaron a morir. BBC News, Holanda. Obtenido de <https://www.bbc.com/mundo/noticias-45128517>
- Rey Martínez, F. (2009) Eutanasia y derechos fundamentales. Revista Direito e Justiça. Reflexões Sociojurídicas 13, 13 – 28. Obtenido de http://srvapp2s.santoangelo.uri.br/seer/index.php/direito_e_justica/article/viewFile/211/142
- Romero, S. (2020). Es un error que la ley de eutanasia salga sin estar integrada en una norma de atención integral. Consejo General de Colegios Médicos Oficiales. Obtenido de <http://www.medicosypacientes.com/articulo/dr-serafin-romero-es-un-error-que-la-ley-de-eutanasia-salga-sin-estar-integrada-en-una>
- Royes, A. (2008) La eutanasia y el suicidio médicamente asistido. Psicooncología, 5 (2-3), 323-337. Obtenido de <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/16262>
- Sánchez, M., y López, R. A. (2006). Eutanasia y suicidio asistido: conceptos generales, situación legal en Europa, Oregón y Australia. Medicina paliativa, 13(4), 207-215. Obtenido de <https://www.funeralnatural.net/sites/default/files/documental/archivo/eutanasiaestadado2006.pdf>
- Serrano Butragueño, I. (1992) Eutanasia y consentimiento en el anteproyecto de nuevo Código Penal 1992, La Ley: Revista jurídica española de doctrina, jurisprudencia y bibliografía, 3, 957 – 968. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=73951>
- Simón, P. y Barrio, I. M. (2012). La eutanasia en Bélgica. Revista Española de Salud Pública, 86, 5-19. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272012000100002

- Tak, P.J.P., (2003) La nueva Ley sobre Eutanasia en Holanda, y sus precedentes. Universidad de Huelva. Revista Penal 12, 109 – 125. Obtenido de <http://hdl.handle.net/10272/12575>
- Tomás y Valiente, C. (1997). La regulación de la eutanasia en Holanda. Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales, 50, 293-321 Obtenido de https://www.boe.es/publicaciones/anuarios_derecho/articulo.php?id=ANU-P-1997-10029300322
- Vega, J. (2007). La práctica de la eutanasia en Bélgica y la «pendiente resbaladiza». Cuadernos de Bioética, 8 (1), 71-87. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/875/87506203.pdf>

Declaraciones

- Comité de Bioética de España. (2020) Declaración del Comité de Bioética de España sobre la tramitación parlamentaria de la reforma legal de la eutanasia y auxilio al suicidio. Obtenido de <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Declaracion%20CBE%20tramitacion%20reforma%20eutanasia%20auxilio%20al%20suicidio.pdf>
- Comité Directivo de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. (2002) *Declaración sobre la Eutanasia*. Sociedad Español de Cuidados Paliativos (SECPAL). Obtenido de https://www.bioeticacs.org/iceb/documentos/Declaracion_SECPAL.pdf
- Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (2016). Atención Médica al final de la vida: conceptos y definiciones. Organización Médica Colegial de España y Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Obtenido de https://www.cgcom.es/sites/default/files/conceptos_definiciones_al_final_de_la_vida/files/assets/common/downloads/Atenci.pdf
- Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. (2018) Posicionamiento del CGCOM ante la eutanasia y el suicidio asistido. Organización Médica Colegial del España (OMC). Obtenido de https://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/np_eutanasia_21_05_18.pdf

- Sesión 42 de la Asamblea General de la OMS celebrada en agosto de 1995. Recuperada de http://applications.emro.who.int/docs/em_rc42_7_en.pdf
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos. (2011) *Guía de Cuidados Paliativos*. Obtenido de <https://www.secpal.com/guia-cuidados-paliativos-1>
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos (2014) *¿Quiénes somos?* Obtenido de <https://www.secpal.com/secpal-1>

Regulación

- Decreto 3096/1973, de 14 de septiembre, por el que se publica el Código Penal, Texto Refundido conforme a la Ley 44/1971, de 15 de noviembre.
- Ley C-14, de 17 de junio de 2016, por la que se modifica el Código Penal y se aprueban modificaciones conexas en otras Leyes. Parlamento de Canadá
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista el 31 de enero de 2020.

Jurisprudencia

- Auto del TSJ de Madrid de 23 de diciembre de 1992.
- Case Haas v. Switzerland, 20 January 2011. European Court of Human Rights
- Case Pretty v. United Kingdom, 20 April 2002. European Court of Human Rights
- Sentencia C-239 del 20 de mayo de 1997. Corte Constitucional de Colombia.
- Sentencia T-544 del 25 de agosto de 2017. Corte Constitucional de Colombia
- Sentencia del TSJ de Castilla-la Mancha de 15 de abril de 1991
- Sentencia del TSJ de Extremadura de 4 de marzo de 1992

