



FACULTAD DE DERECHO

La eutanasia. Análisis de la legislación española, compatibilidad con un sistema de cuidados paliativos y estado en el derecho comparado.

Autor: Andrés Bassante Unda

5º E-3 A

Derecho Constitucional

Tutor: Miguel Ayuso Torres

Madrid

Abril 2023

ÍNDICE

1. RESUMEN EJECUTIVO Y PALABRAS CLAVE	3
2. ABSTRACT & KEY WORDS	3
3. INTRODUCCIÓN.....	4
4. LISTADO DE ABREVIATURAS.....	6
5. DEFINICIONES.....	7
6. LA SITUACIÓN LEGAL DE LA EUTANASIA Y DEL SUICIDIO ASISTIDO EN EL DERECHO COMPARADO.....	9
6.1 Europa	10
6.2 Sudamérica	13
6.3 Norteamérica.....	15
7. CAPÍTULO I: LA SITUACIÓN LEGAL EN ESPAÑA DE LA EUTANASIA	18
7.1 Contexto social y político	19
7.2 LO 3/2021	21
7.2.1 Análisis de la ley	21
7.2.2 Primeras consecuencias.....	26
7.3 El derecho a la objeción de conciencia en la ley de la eutanasia.....	29
8. CAPÍTULO II: LA SITUACIÓN LEGAL DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN EL DERECHO COMPARADO Y EN ESPAÑA.....	33
8.1 Los cuidados paliativos en el derecho comparado	33
8.2 Sistema español actual de cuidados paliativos	38
9. CAPÍTULO III: ESTUDIO DE LA INTEGRACIÓN DE UNA LEY DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL SISTEMA ESPAÑOL ACTUAL	42
10. CONCLUSIONES	48
11. BIBLIOGRAFÍA	50
11.1 Legislación	50

11.2 Jurisprudencia.....	53
11.3 Obras doctrinales.....	54
11.4 Recursos de internet	54

1. RESUMEN EJECUTIVO Y PALABRAS CLAVE

En este trabajo de fin de grado trataremos de crear una fuente de información secundaria a la que la comunidad pueda acceder para comprobar el estado de la eutanasia, el suicidio asistido y los cuidados paliativos en España y en el mundo, también trataremos de acercar la realidad de los cuidados paliativos a aquellas personas que no estén familiarizadas con ellos.

El trabajo comenzará con un análisis del derecho comparado para la eutanasia y el suicidio asistido, analizaremos la situación española y luego presentaremos los cuidados paliativos en España y en el mundo. Terminaremos con una proyección de la posible integración de una ley de cuidados paliativos en el sistema español.

Podremos comprobar como a los cuidados paliativos les queda mucho recorrido en España y están en una situación muy precaria, también veremos como estos están establecidos por ley en países vecinos y en general en más estados de los que han legalizado la eutanasia o el suicidio asistido. Estudiaremos que una ley en España sería perfectamente compatible con la actual ley 3/2021, pero como también podría funcionar como solución completa si algún ejecutivo deroga la ley de la eutanasia.

Eutanasia, Suicidio Asistido, Cuidados Paliativos, España, Sedación Paliativa

2. ABSTRACT & KEY WORDS

In this thesis we will try to create a secondary source of information that the community can access to check the state of euthanasia, assisted suicide and

palliative care in Spain and in the world, and we will also try to bring the reality of palliative care closer to those who are not familiar with it.

The work will begin with an analysis of the international law on euthanasia and assisted suicide, we will analyse the Spanish situation and then we will present palliative care in Spain and in the world. We will end with a projection of the possible integration of a palliative care law in the Spanish system.

We will see how palliative care has a long way to go in Spain and is in a very precarious situation. We will also see how palliative care is established by law in neighbouring countries and in general in more states than those that have legalised euthanasia or assisted suicide. We will study how a law in Spain would be perfectly compatible with the current law 3/2021, but how it could also work as a complete solution if any executive repeals the euthanasia law.

Euthanasia, Assisted Suicide, Palliative Care, Spain, Palliative Sedation

3. INTRODUCCIÓN

Lo primero que trataremos antes de entrar en el estudio de campo serán unas cuestiones preliminares que nos ayudarán a entender lo que se busca con este trabajo de fin de grado y a crear un inicio coherente que sirva de hilo conductor de mi posterior investigación. En esta introducción explicaré cuales son los objetivos del trabajo entendidos como el valor que pretendemos aportar con el, cual será la metodología que seguiremos y en que partes dividiremos el documento.

El objetivo de este trabajo es doble, en primer lugar, y dada la reciente aprobación de la ley de la eutanasia y el poco recorrido que esta ha tenido en la escena política nacional creemos que es un tema todavía novedoso del que poco se ha dicho y dado el calado político, clínico, sociológico, jurídico y ético que puede tener creemos que es imperioso dar cuantas perspectivas sean posibles y reunir el máximo de información que se encuentre dispersa en fuentes de información primarias con tal

de crear una fuente secundaria a la que acudir como medio de consulta del estado de la cuestión ya no solo en España sino en todo el mundo. Es por tanto un trabajo que pretende proporcionar a nuestra comunidad universitaria un lugar al que acudir en caso de interés sobre el tema.

El segundo objetivo también versa sobre lo didáctico y el aportar valor a la comunidad con mi humilde investigación, pero es algo más personal y diferente. Provengo de una familia donde los cuidados paliativos siempre han estado sobre la mesa y creo que en la sociedad actual son un tema casi desconocido para muchos. No se pretende arengar a los lectores ni que este trabajo esté basado en mi opinión, por el contrario, es un trabajo de investigación donde primará la objetividad, pero si considero que el conocimiento no hace daño y que mientras que la eutanasia está extendida en el imaginario de nuestros ciudadanos, son muchos los que el simple conocimiento de lo que son los cuidados paliativos y una pequeña inmersión en lo que estos pueden aportar a las familias, les haría tener otro punto de vista o simplemente contarían con mas elementos en su proceso de discernimiento sobre esta acuciante cuestión.

Continuando con la metodología que seguiré para la realización del trabajo, esta será principalmente el análisis de textos legales tanto nacionales como extranjeros cuando hable sobre la eutanasia, el suicidio asistido y los cuidados paliativos.

Para acabar este apartado esbozaré la división de este trabajo. A la introducción le seguirá un apartado de definiciones que ayudarán a situarnos y a comprender de que estamos hablando en cada momento ya que hay conceptos muy confusos que conviene tener claros antes de entrar en el cuerpo del trabajo como pueden ser las diferencias entre eutanasia, ortotanasia y suicidio asistido. Después de ese apartado comenzaremos con el análisis del estado de la eutanasia y el suicidio asistido en el derecho comparado. Continuaremos con el apartado de la situación actual en España, el análisis de la ley, que implica la ley aprobada y las reacciones de los principales agentes políticos y sociales a ella. En este epígrafe también trataremos el estado del derecho a la objeción de conciencia en relacion a la eutanasia.

El siguiente epígrafe será dedicado en su totalidad a los cuidados paliativos, una fotografía detallada de la situación actual tanto en el derecho comparado como en España. Por último, encontraremos un capítulo dedicado a estudiar la posible integración de una ley de cuidados paliativos ya sea en solitario si se deroga la ley de la eutanasia o que coexista con ella.

Abandonemos pues esta introducción y dispongámonos a adentrarnos en el cuerpo del trabajo, confío en que lo poco que han leído haya despertado un poco de curiosidad e interés y esto les lleve a querer seguir acompañándome en este estudio, era todo lo que pretendía con este comienzo.

4. LISTADO DE ABREVIATURAS

RAE: Real academia española

LO: Ley orgánica

ELA: Esclerosis lateral amiotrófica

PSOE: Partido socialista obrero español

BNG: Bloque nacionalista gallego

ERC: Esquerra republicana de Cataluña

PNV: Partido nacionalista vasco

CIS: Centro de investigaciones sociológicas

CCAA: Comunidades autónomas

CE: Constitución española

DDFF: Derechos fundamentales

LRJSP: Ley de régimen jurídico del sector público

BOE: Boletín oficial del estado

LORE: Ley orgánica reguladora de la eutanasia

TC: Tribunal constitucional

RD: Real decreto

SAN: Sentencia audiencia nacional

OMS: Organización mundial de la salud

5. DEFINICIONES

La primera definición que tenemos que abordar es la de **eutanasia**, esta se define como la intervención deliberada para poner fin a la vida de un paciente sin perspectiva de cura (RAE, 2023). En segundo lugar, el concepto **ortotanasia** se refiere a una muerte natural de un enfermo desahuciado sin someterlo a una prolongación médicamente inútil en su agonía (RAE, 2023). La **distanasia** sería esta prolongación médicamente inútil de la agonía de un paciente sin perspectiva de cura (RAE, 2023).

El **suicidio asistido** se concibe como la acción de una persona, que sufre una enfermedad irreversible, para acabar con su vida, y que cuenta con la ayuda de alguien más que le proporciona los conocimientos médicos para hacerlo (De Miguel Sánchez y Romero, 2006). Por último, la **sedación terminal** Es la administración de fármacos para conseguir el alivio imposible de obtener con otras medidas, de un padecimiento físico o psicológico mediante la disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la consciencia, en un paciente en el que la muerte se prevé muy próxima y con un consentimiento implícito, explícito o delegado (De Miguel Sánchez y Romero, 2006).

Cabe ahora realizar aclaraciones sobre las definiciones que acabamos de establecer. Quedaría así la eutanasia como una manera de acabar con la vida del paciente por un tercero, comúnmente el médico lo que la diferenciaría del suicidio asistido ya que la vida termina igual, pero quien toma la iniciativa y realiza la acción es el paciente, por tanto entre las dos difiere el sujeto activo. La eutanasia y el suicidio asistido se diferencian de la ortotanasia en que en esta última la muerte llega de forma natural sin alargar la vida, pero también sin acelerar la muerte.

La ortotanasia constituiría por su parte un antónimo de la distanasia que si implica alargar la vida inútilmente y más allá de lo natural. La sedación paliativa se

contrapone al suicidio asistido y a la eutanasia en que si bien puede acabar con la vida del paciente, no es su intención principal sino que trata de mitigar el dolor e inevitablemente puede inutilizar o ralentizar las funciones vitales.

Seguidamente definiremos **cuidados paliativos** que son aquellos cuidados activos totales destinados a enfermos con procesos avanzados e incurables y a sus familiares con especial atención al confort y a la calidad de vida (De Miguel Sánchez y Romero, 2006). Se diferencian por tanto de la eutanasia y del suicidio asistido en que en ningún momento aceleran la llegada de la muerte sino que se centran en aliviar el dolor, hasta la llegada de la ortotanasia, en situaciones estos pueden incluir la sedación paliativa.

De esta manera concluimos con las definiciones más prácticas que utilizaremos a lo largo del trabajo y que tenemos que saber distinguir para movernos bien por las legislaciones y el lenguaje cotidiano moderno. Sin embargo, creemos que con esto no basta y que con la intención de darle a este apartado algo de peso intelectual debemos tratar de definir eutanasia desde un punto de vista más ontológico, centrando el foco en el humanismo cristiano y en el *iusnaturalismo* como fuentes de surgimiento de los derechos, en este caso en especial del derecho a la vida, en las sociedades occidentales. (Castellano, 2016)

Partamos del principio, eutanasia significa buena muerte, pero para las personas este concepto puede tener acepciones diversas. Distinguiremos principalmente el concepto de buena muerte en una persona creyente, aquella que ocurre de manera santa después de haber sido perdonado de los pecados terrenales, de la buena muerte para una persona no creyente, aquella que ocurre sin sufrimiento. Podemos ver que la acepción tomada en las sociedades liberales, se asemeja más a la segunda, creemos que debido a la laicidad del estado moderno. Estas dos consideraciones tienen todo el sentido dado que para los creyentes la vida en la tierra es un tránsito y para los no creyentes la muerte terrenal constituye el fin.

Ontológicamente la eutanasia se ha ido abriendo camino en las sociedades al aceptarse la “muerte por piedad”. Este concepto consiste en acabar con la vida de alguien para que no sufra más, hasta finales del siglo XIX debido a un gran apego al juramento hipocrático la moral social no aceptaba estas prácticas ni veía piedad alguna en acabar con la vida de alguien, cualquiera que fuese su situación. Con el paso de los años este concepto fue ganando importancia al tiempo que otro principio, la autodeterminación absoluta de la persona. Este principio derivado de las teorías de Locke es de los más importantes en las sociedades del siglo XXI ya que el ser humano persigue tener la libertad para decidir sobre cualquier aspecto de su persona que antaño no le correspondía.

La última distinción que nos gustaría hacer surge en el siglo XX de la mano de Meltzer. Distinguimos la ayuda al morir, de la ayuda en el morir, la primera será aquella eutanasia designada como terapéutica que tiene como objetivo principal acelerar el fin de la vida, la segunda son aquellos tratamientos médicos de mitigación del dolor que indirectamente pueden causar el fin de la vida. Con esta conexión entre las definiciones prácticas y las ontológicas, ya que como vemos esta distinción de Meltzer casa con la separación actual entre eutanasia y ortotanasia cerramos el apartado y nos disponemos a iniciar con el cuerpo del trabajo. (Castellano, 2016)

6. LA SITUACIÓN LEGAL DE LA EUTANASIA Y DEL SUICIDIO ASISTIDO EN EL DERECHO COMPARADO

En este epígrafe desgranaremos la situación sobre la eutanasia y el suicidio asistido en tres bloques de países, Europa, Norteamérica y Sudamérica. Hemos elegido estos tres bloques por que, creemos que son los que más relación guardan con España ya sea por ser sociedades occidentales o por compartir una tradición cultural y de valores común. En cada uno de los estados nos centraremos en los requisitos exigidos, ya que nos parece lo más relevante y no queremos extendernos excesivamente en el apartado. Para la realización de esta parte del trabajo se han consultado directamente las leyes

originales de cada país, creemos que esto dota al TFG de peso jurídico ya que sería pobre acudir a comentarios sobre la ley o a entradas de blogs.

6.1 Europa

Hemos querido inaugurar el apartado de derecho comparado, resumiendo la situación de la eutanasia en Europa. A nuestro parecer estos países serán de gran utilidad ya que España tiende a fijarse en ellos debido a mentalidad occidental compartida. Cabe establecer de inicio que, sólo los Países Bajos, Bélgica y Luxemburgo han regulado la eutanasia.

En primer lugar, el caso de los **Países Bajos**. En abril de 2001 con la connivencia tanto de la izquierda como de la derecha política en el país, se aprobó la ley que regulaba tanto la eutanasia como el suicidio asistido despenalizando mediante la supresión de los artículos del código penal que hacían referencia a ellos. Cabe destacar que la sociedad holandesa siempre había sido muy liberal respecto a estos asuntos, ya que desde los años 50, se escuchaban voces que solicitaban la legalización de ambas prácticas, en 1973 hubo una famosa sentencia que hizo que la asociación Holandesa de médicos emitiera unos criterios de como se debía aplicar la eutanasia. La ley de 2001 ley entró en vigor en abril de 2002. (Ferrer, 2021)

El artículo 2 de la ley describe los requisitos. El médico debe cerciorarse de que, el paciente ha hecho la petición de forma voluntaria, que el padecimiento es insoportable y no hay esperanza de mejora, que el paciente ha sido informado de ello, que ambos han llegado al convencimiento de que no hay una mejor solución posible y que un segundo médico ha sido consultado emitiendo un dictamen por escrito. En cuanto a la edad el paciente debe ser mayor de 12 años, si está entre 16 y 18 los padres o tutores participarán en la toma de decisión y si está entre los 12 y 16 los padres o tutores deberán estar de acuerdo. También se atenderán las peticiones de aquellos incapaces que, siendo capaces, dejaron por escrito su voluntad de someterse a la eutanasia o suicidio asistido.

En **Bélgica** (Loi relative à l'euthanasie, 2002) los debates se iniciaron en 1973 con la famosa sentencia holandesa, pero no fue hasta 1994 cuando empezaron a aflorar los proyectos de ley que eran denegados por la mayoría parlamentaria conservadora. Se crea un comité de bioética que en 1999 hace una recomendación sobre una futura regulación de la eutanasia, en ese mismo año el gobierno pasa a manos del centro y la izquierda que prometen una ley de eutanasia. Se van sucediendo propuestas y el proceso pasa por el senado hasta que el 16 de mayo de 2002 se aprueba la ley que entra en vigor en septiembre del mismo año. (Simón & Barrio, 2012)

Los requisitos se marcan en el artículo 3 del texto. El paciente debe ser mayor, menor emancipado o menor con capacidad suficiente, la petición debe ser sin presiones y proveniente de la voluntad del paciente, el paciente debe padecer un sufrimiento físico o psíquico insoportable y su pronóstico debe ser de no recuperación, para los pacientes menores con capacidad suficiente se exige también que la enfermedad que sufren vaya a acabar con su vida en un período de tiempo breve.

Aparte el médico debe dialogar con el paciente, ofrecerle todos los tratamientos y alternativas existentes con especial mención de los cuidados paliativos y finalmente que ambos se convenzan de que no hay mejor solución posible cerciorándose el médico que la decisión es siempre voluntad del paciente. Aparte el caso debe ser consultado a otro médico independiente que redactará un informe por escrito. Se prevé que el paciente consulte con sus allegados si así lo desea y la intervención de un psicólogo en el caso de que el paciente sea menor. También intervendrán un psicólogo o un especialista en la patología sufrida si la muerte no fuese a ocurrir en poco tiempo para realizar un informe por escrito sobre el caso. Por último, se debe dejar pasar al menos un mes entre la solicitud y la eutanasia.

Por último, ofrecemos el caso de **Luxemburgo** (Loi sur l'euthanasie et l'assistance au suicide définit, 2009). En febrero de 2008 el parlamento de Luxemburgo votó por 30 votos a favor y 26 en contra la aprobación de una ley que regulaba conjuntamente la eutanasia, el suicidio asistido y el derecho a los cuidados paliativos. La derecha de Luxemburgo incluido el primer ministro y la iglesia católica del país se opusieron de forma activa y tajante a la ley, pero la izquierda y los verdes la llevaron adelante. La ley entró en vigor en marzo de 2009 con la sanción del gran duque de Luxemburgo. (La vanguardia, 2008)

El artículo 2 de la ley marca los requisitos, el paciente debe ser mayor de edad y capaz, la demanda es voluntaria reflexionada y sin presión exterior, la situación médica del paciente no tiene solución y este está sometido a un sufrimiento físico o psíquico y la demanda se debe realizar por escrito. Las labores del médico relativas al diálogo con el paciente, comunicación a los allegados, ofrecimiento de alternativas especialmente los cuidados paliativos y consulta a otro médico independiente, son calcadas a la legislación belga salvo en lo relativo a la permisividad con los menores de edad.

Terminaremos este subapartado haciendo mención de aquellos países donde se permite el suicidio asistido, pero no la eutanasia, aquellos donde solo es legal la eutanasia pasiva, es decir, la renuncia a tratamientos que prolongen la vida del paciente y aquellos estados donde toda forma de eutanasia aparece expresamente prohibida.

El grupo más numeroso con aquellos países donde solo se permite la renuncia a tratamientos, estos son Francia con la ley Claeys-Leonetti de 2016, Dinamarca desde 1992 por medio de un testamento vital que fije la renuncia a determinados tratamientos, Italia por medio de su constitución que reconoce el derecho a rechazar los tratamientos médicos, Alemania si media consentimiento del paciente, Portugal, país en el que su tribunal constitucional tuvo que bloquear una ley despenalizadora del suicidio asistido que el

parlamento aprobó en 2019, Hungría y República Checa. (Bravo Advocats, 2021)

Posteriormente encontramos los casos de Grecia y Rumanía donde se prevén penas de hasta 7 años de prisión para los delitos de eutanasia o suicidio asistido, Polonia, donde la eutanasia se castiga con hasta 5 años de prisión e Irlanda, donde cualquier tipo de asistencia a la muerte esta penada con hasta 14 años de prisión. (Bravo Advocats, 2021)

Por último encontramos los casos de Austria y Suiza, en Austria todos los partidos excepto el partido de la libertad austriaco aprobaron la ley del suicidio asistido en 2021 despues de que su tribunal constitucional considerara su prohibición contraria a la autodeterminación de la persona. Para acceder a el se debe tener más de 18 años, una enfermedad terminal, la acquiresencia de 2 médicos y un período de espera de varias semanas. (Pleschberger, 2022)

El caso de Suiza difiere del resto del mundo en una circunstancia, el artículo 115 de su código penal marca una pena para aquellos que cooperen al suicidio por motivos egoístas. De este modo queda sin pena quien coopere por motivos altruistas, supuesto donde enmarcan la petición de una persona enferma, pero también la simple petición de una persona. La mayor diferencia con el resto del mundo es que puede hacerlo cualquiera y no tiene porque ser un sanitario. En este país los suicidios asistidos se suelen llevar a cabo mediante asociaciones como Dignitas o Exit. (Verdú, 2017)

6.2 Sudamérica

Nos disponemos ahora a analizar el estado de la eutanasia y practicas similares como el suicidio asistido en los países de Latinoamérica. Hemos considerado que este es un territorio interesante debido a los fuertes lazos que estos países tienen con España, no solo lingüísticos, sino también culturales. Empezaremos dejando claro que, el único país de Latinoamérica donde son legales la

eutanasia o el suicidio asistido es Colombia. Consideramos que el rechazo a estas prácticas en este continente se debe a la gran influencia de la religión en la vida pública, no solo el catolicismo sino también la rama evangélica del cristianismo, con gran presencia en varios países de la región.

Resumamos pues la historia de la eutanasia y el suicidio asistido en **Colombia** (Resolución 1216, 2015). En 1991 se aprobó una nueva constitución de corte liberal y con una ampliación de los derechos individuales, pasados 5 años un ciudadano demandó ante la corte constitucional cuestionando la validez del artículo 326 del código penal colombiano que castigaba con penas de prisión el matar a alguien por piedad. El ciudadano alegaba que esto iba en contra del artículo 11 de la nueva constitución que fijaba que el derecho a la vida es inviolable y penar la muerte por piedad no respetaba el principio de igualdad en relación con este artículo.

El 20 de mayo de 1997, la corte suprema colombiana sorprendió con la sentencia C-239, votando por 6 votos a favor y 3 en contra considerar no constitucional ese precepto del código penal y eximir a los médicos que maten a un paciente por piedad. En la sentencia se exigía que se cree una regulación muy estricta y se marcaban como requisitos, que el enfermo padeciese una enfermedad terminal, que esta le provocara un sufrimiento insoportable, que la práctica la realizase un médico y que el paciente lo haya solicitado libremente.

Sin embargo, no se realizó ninguna ley de la eutanasia hasta que en 2014 la corte constitucional apremió al legislativo a presentar unas directrices que desembocaran en una ley, después de una sentencia en la que dio la razón póstumamente a un paciente cuya eutanasia se le había negado por no estar esta regulada según lo que argumentaba su empresa de salud. La resolución 1216 de 20 de abril de 2015 (ley colombiana de la eutanasia) marcaba los mismos requisitos que la sentencia de 1997, pero definía enfermo terminal como aquel paciente que padece una enfermedad intratable con un pronóstico de vida inferior a 6 meses. (Díaz-Amado, 2017)

El cambio más significativo a la legislación ocurrió en julio de 2021 cuando la corte suprema en la sentencia C-233 eliminó el requisito de la terminalidad en la enfermedad con dos casos muy sonados y polémicos que padecían esclerosis lateral y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. De aquí surgió la resolución 971 de 1 de julio de 2021 (actual ley de la eutanasia colombiana) que aparte creaba un registro de solicitudes de eutanasia. (Salazar, 2022)

Terminaremos de comentar el caso colombiano con la novedad más reciente, el 11 de mayo de 2022, la sala de lo penal de la corte suprema falló por 6 votos a 3 a favor de la demanda del bufete DescLAB que cuestionaba la constitucionalidad del artículo 107 del código penal colombiano que preveía penas de prisión a los médicos que cooperen a que un paciente acabe con su vida. Se aplican los mismos requisitos que en la ley de la eutanasia, pero se añade un abstracto y subjetivo concepto consistente en que el sufrimiento de la persona no puede ser compatible con la vida digna. (BBC News Mundo, 2022)

6.3 Norteamérica

En este subepígrafe analizaremos la legislación y la jurisprudencia que han dado lugar al marco legal de la eutanasia y el suicidio asistido en los Estados Unidos y en Canadá. La importancia de estos países en nuestro estudio radica en que aparte de ser economías muy fuertes, son lo que nos gusta llamar países faro. Es decir, lo que en ellos se aplica en materia de normas sociales, suele extenderse rápidamente a otras sociedades occidentales, de alguna manera actúan como prescriptores de los demás países en cuestiones de políticas públicas.

Empezaremos por **Canadá** (Bill C-14, 2019), todo comienza con la sentencia Carter contra Canadá de 6 de febrero de 2015. En ella, los magistrados del tribunal supremo canadiense, reconocen por voto unánime que negar de manera categorica la ayuda médica a morir ya sea por suicidio asistido por médico o la

eutanasia activa directa, viola el artículo 7 de su constitución que reconoce el derecho a la vida, la libertad y la seguridad personal.

En esta sentencia Gloria Taylor (Taylor v. Canada, 2015), una anciana enferma de esclerosis lateral amiotrófica solicitó ante el tribunal supremo de la Columbia Británica la ayuda de los médicos para morir sin sufrimiento. En primera instancia se consideró que la prohibición del código penal canadiense de ese momento podría acotarse para permitir esta ayuda a morir sin vulnerar el artículo 7 de su constitución. El estado canadiense apeló y la corte de apelaciones consideró que se debía mantener el criterio vigente desde hace 30 años desde la sentencia Rodríguez contra Canadá (Rodríguez v. Canada, 1993), ya que no había cambios sociales ni legales sustanciales como para un giro de timón. Esto fue objeto de una segunda apelación a la corte suprema y ya con el debate muy encendido en la sociedad canadiense. Como ya he relatado, la corte suprema falló a favor de la familia de la señora Taylor apoyándola en su petición y abocando a Canadá a crear un marco legislativo sobre estas cuestiones. (Gimbel García, 2016)

De aquí surge la ley C-14 que en resumidas cuentas plantea que para poder optar tanto a la eutanasia activa directa como al suicidio asistido por un sanitario, se requiere que la persona resida en Canadá, sea mayor de 18 años y capaz de tomar decisiones sobre su salud, padezca una enfermedad grave e incurable que produzca una reversion de sus capacidades y un padecimiento físico o psicológico insoportable. Por último, se requiere prestar consentimiento informado sin presiones externas. En esta ley uno de los requisitos de la enfermedad padecida era que la muerte tenía que ser el desarrollo razonablemente previsible, aunque no se haya hecho un pronostico sobre la esperanza de vida.

En 2019 surgió la sentencia que llevó a la modificación de la C-14 y dio lugar a la legislación actual, la C-7. En esta sentencia, los señores Gladu y Truchon (Gladu & Truchon v. Canada & Quebec, 2019) recurrieron la ley ya que su

dolencia, una enfermedad neurodegenerativa, no estaba contemplada en la ley por no ser previsible la muerte. El poder judicial no tardó mucho en darles la razón e instar al poder legislativo a cambiar la ley en 6 meses. En la nueva versión se suprime lo relativo a la obligatoriedad de la previsibilidad de la muerte y se incluye un proceso bifurcado.

En ambos casos, se tendrá que consultar a dos sanitarios especialistas que se aseguraran de que el paciente cuenta con toda la información y se tendrá que llevar un testigo que este presente en el momento de prestar consentimiento. Además, en los casos donde la muerte no sea previsible, se tendrá que pasar un período de reflexión de 90 días entre solicitud y acto, y se tendrá que firmar un consentimiento informado justo antes del acto en sí. Cabe resaltar que esta modificación de la ley C-14 se hizo para incluir en el proceso principalmente a pacientes con enfermedades mentales como alzheimer avanzado, es por ello que el gobierno canadiense se ha dado un plazo de 2 años para recabar todos los casos que ocurran y analizarlos con un panel de expertos. Hasta entonces este es el sistema vigente en Canadá.

Continuamos este subepígrafe con la situación actual de nuestra cuestión en los **Estados Unidos**. Es necesario matizar que nos quedaremos en la superficie y mostraremos una situación algo abstracta y general profundizando solamente en casos muy concretos ya que, en este país cada estado de los 50 existentes cuenta con una legislación distinta y no es nuestra intención cubrirlos todos.

A día de hoy, la eutanasia activa directa, aquella en la que un médico administra una sustancia que acaba con la vida de la persona, es ilegal en todo el territorio estadounidense. Sin embargo, la muerte asistida por médico es legal en 10 de los 50 estados (Ucv, 2022). En un contexto sociopolítico podemos comprobar como los estados donde es legal se sitúan al norte del país donde solemos encontrar una mentalidad más liberal contrapuesta a la idiosincrasia conservadores de los estados sureños.

La historia de estas prácticas en el país norteamericano se originó en el estado de **Oregón** (Oregon's death with dignity act, 1994). En 1994 y después de un referéndum que se saldó con un 52% de los habitantes votando a favor, se aprobó la “ley para una muerte digna”. Como requisitos se establecen los clásicos que ya vimos en Canadá como que la persona sea mayor de 18 años, resida en Oregón, pueda tomar decisiones por si mismo y aparte en esta ley se exige que la enfermedad que padece el paciente tenga una esperanza de vida menor a 6 meses. No ha habido grandes reformas a esta legislación, salvo cuando se introdujo la objeción de conciencia y la mas reciente, en 2022 se retiró el apartado relativo a la obligatoriedad de la residencia en Oregón, abriendo la puerta al llamado turismo de eutanasia. (Fernández, 2023)

La muerte asistida por médico se amplió al estado de Washington en 2008, al de Montana en 2009, a Vermont en 2013, a Colorado y California en 2016 y a Hawái, Nueva Jersey y Maine en 2019 y por último, a Nuevo México en 2021. (Ucv, 2022)

Todas las leyes que rigen el suicidio asistido por un facultativo en los Estados unidos son una copia casi exacta de la primera. Se requiere que el paciente sea mayor de 18 años al momento de solicitar la medicación, que se este padeciendo una enfermedad terminal que tenga un pronóstico de vida de menos de 6 meses, que la persona tenga la capacidad suficiente para poder tomar sus propias decisiones médicas y que se tenga la capacidad física necesaria para tomar e ingerir el medicamento. Solo se diferencia del denominador común la legislación de Montana donde no hay una ley, sino un fallo de su tribunal supremo en 2009 que manifestaba que, no había ningún impedimento para que un médico ayude a morir a un paciente. (Agencia EFE, 2010)

7. CAPÍTULO I: LA SITUACIÓN LEGAL EN ESPAÑA DE LA EUTANASIA

En este apartado comenzaremos resumiendo el contexto social y político que desembocó en la ley de la eutanasia con sus antecedentes y el procedimiento legislativo que se siguió para después pasar a un análisis minucioso de la LO 3/2021 y terminar con las consecuencias que ha tenido en los planos clínico y jurídico haciendo especial mención de su lance con el derecho a la objeción de conciencia.

7.1 Contexto social y político

Para llegar al ecosistema que propició la aprobación de la ley de la eutanasia debemos retrotraernos hacia algún punto de partida que podemos convenientemente fijar en los años 80 cuando suceden algunos eventos como la creación de la asociación derecho a morir dignamente (Asociación derecho a morir dignamente, 2023) o la constatación en la ley general sanitaria del derecho a rechazar un tratamiento.

Seguimos avanzando hasta la siguiente década donde ocurre el caso real que más impacto ha tenido en nuestra sociedad. En 1993 Ramón Sampederro, paciente tetrapléjico solicita la ayuda para morir que le es negada al no ser legal, 5 años después con la ayuda de una amistad que prepara todo lo necesario se graba un video suicidándose. Este caso llevó a una famosa película y tuvo una repercusión mundial (Marull, 2018).

En 2002 se aprueba la ley 41/2002 reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación sanitaria cuyo principal punto de interés es que se permite a los pacientes rechazar cualquier tratamiento médico sin justificación alguna. En los siguientes años las comunidades autónomas aprobaron leyes que aseguraban el cumplimiento de este derecho (Asociación derecho a morir dignamente, 2023).

En las dos primeras décadas del siglo XXI proliferaron los casos polémicos y mediáticos de pacientes que padecían enfermedades sobre todo de carácter neurodegenerativo y que solicitaban la eutanasia o se llegaban a suicidar con

ayuda de amigos o familiares. Todas estas situaciones llevaron a la demanda de una parte de la sociedad de una ley que regule la eutanasia en España que hasta ese momento solo aparecía tipificada como delito en el código penal. En 2019 Maria José Carrasco paciente de ELA se grabó suicidándose con la ayuda de su marido (Valdés, 2019), este fue el caso que colmó a aquella gente que demandaba un texto legislativo regulador y comenzaron las movilizaciones en las calles (Asociacion derecho a morir dignamente, 2023)

Este año coincidía con una fuerte carga electoral en la que los partidos de la izquierda (Unidas Podemos, PSOE, BNG, ERC, Bildu) y del centro (Ciudadanos-Partido de la ciudadanía) prometieron en sus campañas electorales aprobar una ley de la eutanasia si llegaban al gobierno (Zulet, 2019).

La eutanasia se convirtió así en uno de los centros del debate político que polarizó a los ciudadanos, puesto que los partidos de la derecha (Partido Popular y VOX) se posicionaron en contra (Zulet, 2019) junto con la Conferencia Episcopal Española (Telemadrid, 2020) y agrupaciones médicas como el colegio de médicos de Madrid (ICOMEM et al, 2019) alegando que la eutanasia se oponía a la deontología clínica.

En enero de 2020 un conglomerado de partidos de izquierda junto con formaciones nacionalistas y regionalistas forma un gobierno y en diciembre del mismo año se aprueba una proposición de ley para regular la eutanasia en España que contó con los votos en contra únicamente del Partido Popular, VOX y Unión del Pueblo Navarro junto con dos abstenciones, una de Junts y la otra del partido Teruel Existe (Comas, 2020). Esta proposición fue enviada al senado donde se introdujeron algunas enmiendas a las que atenderemos en el análisis de la ley, se devolvió al congreso y fue finalmente aprobada el 18 de Marzo de 2021.

Para terminar este apartado cabe resumir los datos de aprobación de la eutanasia por parte de la sociedad española. Las primeras encuestas que se recojen,

reflejan que en 1988 un 53% de los ciudadanos se mostraba a favor, este porcentaje había avanzado hasta un 64,5% en 2009 y en 2011 a un 77,4%. Por último, en 2019 un sondeo marcaba el porcentaje de connivencia con la eutanasia en un 87% de la sociedad (RTVE, 2021).

7.2 LO 3/2021

7.2.1 Análisis de la ley

En este subapartado de gran importancia analizaremos minuciosamente el texto legal que regula la eutanasia en nuestro país, se trata de la ley orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. Este texto legal se divide en un preámbulo, 5 capítulos que suman en total 19 artículos, 7 disposiciones adicionales, una disposición transitoria, una disposición derogatoria y 4 disposiciones finales.

El preámbulo comienza con una definición de eutanasia que excluye la sedación paliativa y posteriormente pasa a remarcar que la sociedad actual demanda una regulación sobre esta cuestión y asegura que se hará una ponderación entre todos los derechos fundamentales y bienes constitucionalmente protegidos que respete a la persona. Se citan también los motivos que han avivado el debate social sobre la eutanasia, en concreto, la secularización de los ciudadanos o el aumento de la esperanza de vida. De seguido se fija el sujeto al que se dirige esta ley como un paciente con enfermedades incurables o dolores insoportables.

Más adelante se muestran las dos alternativas jurídicas en la regulación de la eutanasia. Se puede despenalizar en aquellos casos que quien la realiza tiene una motivación compasiva o permitir generalmente siempre que se observen unos requisitos. Esta ley se decanta por la segunda vía y en ella se encuentran comprendidos tanto los casos en los que el médico colabora con el paciente prestándole lo necesario para

que este acabe con su vida como cuando es el facultativo quien realiza la acción a petición del paciente.

El preámbulo termina estableciendo que con esta ley se instaura un nuevo derecho, que se tendrá muy en cuenta el derecho fundamental a la objeción de conciencia de los médicos y que lo que pretende el texto es dar una ponderación justa a las tensiones existentes entre el derecho a la vida (art. 14 CE) con otros derechos como pueden ser la libertad ideológica (art. 16 CE), la dignidad humana (art. 10 CE) o la intimidad (art. 18.1 CE).

Ya en el articulado, el **capítulo I** que trata sobre disposiciones generales comienza en su primer artículo definiendo el objeto de la ley que es regular el derecho a solicitar la muerte si se cumplen unas condiciones junto a fijar las obligaciones de los sanitarios. El artículo 2 incluye a todas las personas físicas o jurídicas que se encuentren dentro del territorio español dentro del ámbito de aplicación.

El artículo 3 se centra en definiciones como consentimiento informado, padecimiento grave, enfermedad grave, médico consultor, médico responsable, objeción de conciencia sanitaria, prestación de ayuda para morir y situación de incapacidad de hecho. Son todas palabras que nos ayudarán a comprender hacia donde está orientada la ley y cuáles son los principales actores y problemas contemplados.

El **capítulo II** se centra en el derecho de las personas a solicitar la prestación de ayuda para morir y a los requisitos necesarios. El artículo 4 establece que la persona que solicite la eutanasia debe tomar la decisión libremente, cumplir unos requisitos y que se le facilitaran todos los medios personales y materiales necesarios.

El siguiente precepto fija como requisitos tener la nacionalidad o el empadronamiento en España, que se le haya informado de su situación y alternativas citando específicamente los cuidados paliativos, dos solicitudes voluntarias del paciente y sin injerencias externas, sufrir daño insoportable o enfermedad incurable fijados por las definiciones del artículo 3 y prestar consentimiento informado.

En el segundo apartado del artículo se menciona el caso de los incapaces con mención a la figura del representante. El artículo 6 trata de crear un entorno de seguridad jurídica para la solicitud del paciente obligando a que conste de alguna manera su voluntad inequívoca, teniendo que estar en presencia de un sanitario, permitiendo la revocación y previendo cautelas especiales para los incapaces. Para finalizar este capítulo, el artículo 7 trata las denegaciones a la prestación de ayuda a morir marcando requisitos formales, temporales y de la persona que debe hacerlas.

El **capítulo III** comienza con dos artículos que relatan el procedimiento general y el especial para incapaces, creo que los días concretos, plazos y términos no son tan relevante para nuestro estudio, pero en un esbozo del procedimiento este comienza con las dos solicitudes del paciente al profesional sanitario que delibera y vuelve a consultar al paciente para comprobar que este quiere seguir adelante.

El sanitario que actúa como médico responsable pide opinión a un médico consultor si la de este es favorable se informa a la comisión de garantía y ejecución para que realice una verificación, de no ser favorable la opinión del médico consultor, el paciente podrá reclamar a la comisión ya citada. El artículo 10 ahonda en la verificación de la comisión de garantía y ejecución estableciendo quien la compone y los plazos que tiene.

El siguiente estadio temporal de este capítulo de la ley es la propia prestación de ayuda a morir una vez ya ha explicado todos los trámites anteriores. Sobre ello trata el artículo 11 del que se destaca el mandato de que el proceso se lleve a cabo con la máxima profesionalidad y cuidado contemplando tanto el caso en el que el paciente se autoadministra la sustancia como aquel en el que lo hace el médico.

Este capítulo cierra con el artículo 12 que relata los tramites posteriores a la aplicación de la eutanasia, en concreto los dos documentos que el médico responsable tiene que hacer llegar a la comisión de garantía y evaluación, ambos incluyen principalmente datos personales, clínicos y del proceso que se ha llevado a cabo.

Avanzamos al **capítulo IV** donde se positivizan las garantías que se prevén en la prestación de ayuda para morir comenzando con la garantía de acceso en el artículo 13 que no solo garantiza su realización por parte de los servicios públicos de salud sino que la incluye dentro de la cartera de servicios financiados públicamente. El artículo 14 establece que la prestación se realizará por centros públicos, privados o en el domicilio sin que la objeción de conciencia la menoscabe y evitando conflictos de interés.

El artículo 15 se refiere a la intimidad y confidencialidad con la que se tratarán a las personas solicitantes y a sus datos, también al derecho a la protección de datos que afectará a la custodia de las historias clínicas de los pacientes. Por último, el artículo 16 trata la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios que deberá ser manifestada anticipadamente y por escrito, se creará un registro de objetores para recopilar la información necesaria y poder asegurar la prestación efectivamente. Este registro estará sometido a los principios de confidencialidad y a la normativa de protección de datos.

El **capítulo V** de la ley ahonda en la comisión de garantía y evaluación que presentábamos al referirnos al proceso de prestación de la ayuda para morir. El artículo 17 relata la creación y composición de esta comisión, se conformará una por cada comunidad o ciudad autónoma y la formaran un mínimo de 7 juristas, médicos y enfermeros, estas se debieron constituir en un máximo de 3 meses de la entrada en vigor de este texto y contarán con un reglamento de régimen interno. Cada año se reunirán entre ellas y con el ministerio de sanidad.

El artículo 18 establece las funciones de la comisión que se resumen en resolver reclamaciones cuando se niega la prestación, verificar a posteriori la correcta realización de la prestación, detectar problemas y proponer mejoras y resolver dudas en la aplicación de la ley, elaborar un informe sobre esta aplicación y otras que las CC. AA le atribuyan. Concluye el cuerpo legal el artículo 19 que fija el deber de secreto que los miembros de la comisión deben guardar con lo deliberado y con los datos personales que hayan podido conocer.

Comenzando el análisis de las disposiciones adicionales, la primera equipara la muerte por eutanasia a la muerte natural, la segunda sostiene que las infracciones de esta ley se someten al régimen de la ley general de sanidad. La tercera obliga a la realización por cada comisión autonómica de un informe anual, la cuarta prevé derechos para personas sordas en el acceso a la prestación. La quinta fija que a los recursos previstos por esta ley se les aplica la normativa de protección de DDFD de la jurisdicción contencioso-administrativa.

La sexta conmina a la comisión interterritorial de sanidad a realizar un manual de buenas prácticas en un máximo de tres meses de la entrada en vigor de la ley. Por último, la séptima coordina la difusión y formación que los organismos nacionales y autonómicos tendrán que ofertar para familiarizar a los sanitarios con la materia en cuestión. La

única disposición transitoria contenida en la ley establece la aplicación de la LRJSP a las comisiones de garantía y evaluación mientras no exista un reglamento de régimen interno propio. Por otro lado, la disposición derogatoria existente considera sin efecto los textos de igual o menor rango que contradigan esta LO 3/2021.

Terminaremos este análisis con las cuatro disposiciones finales contenidas en la ley. La primera trata la modificación de la legislación penal en el sentido de que prevé una excepción al delito consistente en prestar ayuda a morir si se hace cumpliendo lo previsto en esta ley. La segunda marca que el título competencial corresponde al estado central para garantizar la igualdad entre los españoles y el cumplimiento de derechos y deberes constitucionales. La tercera diferencia entre el carácter orgánico de la ley y el carácter ordinario de ciertos preceptos y disposiciones. La cuarta y última disposición final fija la entrada en vigor del texto tres meses tras su publicación en el BOE.

7.2.2 Primeras consecuencias

En este punto analizaremos lo que ha sucedido desde la aprobación de la ley de la eutanasia en España. Como marcaban los artículos 17 y 18 de la ley, se crearán comisiones de garantía y de evaluación en cada comunidad autónoma. Vemos que la denominación de esta comisión es idéntica a las que se prevén en las leyes de eutanasia de los países europeos. Como en aquellos países, las comisiones entre sus tareas deben realizar un informe anual con datos y cifras de las solicitudes de eutanasia. Nuestro trabajo consistirá en desgranar el informe anual 2021 de la prestación de ayuda para morir. (Ministerio de sanidad, 2022)

Mencionamos que algunas CC. AA ya han realizado su informe de 2022 cuyos datos serán recopilados para la creación de la versión a nivel nacional. Sin embargo, este informe estatal todavía no se ha publicado, es por eso que utilizaremos el de 2021. Para los datos relevantes que no

aparezcan en el informe, acudiremos a los informes autonómicos y a sus disposiciones legales.

El informe comienza con una justificación de la norma y la historia que llevó hasta su aprobación. Posteriormente recuerdan que las comunidades autónomas recibieron el mandado de adaptar sus marcos legales a la LO 3/2021 siendo las dos tareas más importantes, la creación de su comisión de garantía y evaluación, y la creación de un registro de objetores de conciencia. El artículo 17 de la ley decía que esto se tenía que realizar en no más de 3 meses, este plazo no se ha respetado en todos los casos. Realizaremos ahora una panorámica de lo sucedido en cada autonomía.

En Andalucía la creación del registro de objetores de conciencia demoró hasta el mes de octubre de 2021 y de la comisión de garantía y evaluación hasta noviembre del mismo año. En Aragón la comisión de garantía y evaluación se aprobó en Junio de 2021 mediante la SAN/671/2021, pero no fue hasta septiembre de 2022 cuando esta y el registro de objetores se crearon y regularon con un decreto del gobierno autonómico. En el principado de Asturias el registro y la comisión se crean mediante el decreto 41/2021 de 29 de julio. En las Islas Baleares la comisión se crea con el decreto 24/2021 del 3 de mayo, pero el registro de objetores no fue una realidad hasta noviembre de 2022 con el decreto 42/2022.

En Canarias la comisión se crea por el decreto 67/2021 de 23 de junio y el registro de objetores mediante una orden del 6 de julio de 2021. En Cantabria la orden SAN/22/2021 crea y regula ambos asuntos, esto se publicó en una edición extraordinaria de su boletín oficial. En Castilla y León el decreto 15/2021 de 24 de junio crea la comisión, mientras que el registro de objetores fue creado y regulado en marzo de 2022 con el decreto 5/2022. En Castilla la Mancha el decreto 75/2021 de 22 de julio

crea la comisión, pero el registro de objetores no se hace efectivo hasta este mismo año con el decreto 2/2023 de 24 de enero.

En Cataluña ambos asuntos se tramitan mediante el decreto 13/2021 de 22 de junio. En Extremadura también tenemos un decreto que crea y regula tanto el registro como la comisión, es el 113/2021 de 29 de septiembre. En Galicia la comisión se crea por el decreto 101/2021 y todavía no hay un registro oficial de objetores aunque si que hay 128 médicos considerados como tal. En la Comunidad Valenciana la comisión se crea con el decreto 82/2021 de 18 de junio, en esta comunidad tampoco se ha oficializado el registro de objetores pero más de 700 médicos están considerados como tal.

En la comunidad de Madrid el decreto 225/2021 de 6 de octubre crea y regula el registro de objetores de conciencia y la comisión de garantía y evaluación. En la región de Murcia una orden de su consejería de salud en junio de 2021 crea la comisión, pero sobre el registro de objetores no aparecen datos. En Navarra fue el decreto 71/2021 de 29 de julio el que crea la comisión de garantía y evaluación y el registro de objetores. En La Rioja el decreto 42/2021 también tramita ambos asuntos. Por último, en el País Vasco la comisión se crea por el decreto 145/2021 de 25 de mayo siendo la primera comunidad que lo realizó.

La conclusión de esta información es que varias comunidades incumplieron el plazo de creación de la comisión de garantía y evaluación ya que la fecha tope no pasaba de mediados de julio de 2021, pero no había ninguna sanción prevista para ello.

Con el registro de objetores de conciencia tenemos más dudas, varias de ellas no lo hicieron efectivo hasta 2022 e incluso 2023, aparte hay unas pocas de las que no se sabe nada porque este registro no ha sido creado mediante una orden ni aparece información de él a pesar de

aparecer en las páginas de las consejerías de sanidad de dichas autonomías, formularios para hacerse objetor. Creemos que el derecho es fundamental para el funcionamiento efectivo del sistema y nos preocupa que la poca diligencia de las autonomías vulnere el derecho y cree inseguridad jurídica.

Otras consecuencias de la aprobación de la ley que el informe 2021 relata son la aprobación del manual de buenas prácticas que exigía la disposición adicional sexta de la ley, fue aprobado en junio de 2021 por el consejo interterritorial de salud. Aparte ya han tenido lugar dos reuniones del ministerio de sanidad con las comisiones de garantía y evaluación autonómicas, una en febrero y la otra en junio de 2022. También en septiembre de 2021 se aprobó el plan formativo continuo del ministerio de sanidad para aquellos profesionales médicos que no se hayan declarado objetores de conciencia.

Para finalizar este apartado comentaremos las principales cifras relacionadas con la eutanasia en 2021. En este ejercicio se realizaron 173 solicitudes de eutanasia, pero finalmente se llevaron a cabo 75 siendo la comunidad donde más solicitudes y eutanasias se realizaron Cataluña con 65 solicitudes y 29 procesos de eutanasia. Por tanto, solo un 43% de las peticiones se llevaron a cabo. Las no realizadas en su mayoría fueron por fallecimiento anterior a la resolución o que no llegaron a la comisión de garantía, solo un 14% fueron denegadas.

Las patologías más repetidas son las neurológicas donde se encuadran enfermedades como el ELA, suponen un 54%. La distribución por sexos fue prácticamente de un 50% para cada uno. Por último, un 65% estaba por encima de los 60 años.

7.3 El derecho a la objeción de conciencia en la ley de la eutanasia

Para acabar con este apartado atenderemos a uno de los asuntos más apasionantes que a nuestro parecer se han tratado en la historia constitucional española, el derecho a la objeción de conciencia. Comenzaremos hablando de el recorrido y controversia que ha tenido este derecho en España para después poner el foco en la objeción de conciencia en el ámbito sanitario y finalmente concretar su presencia en la LO 3/2021 reguladora de la eutanasia. Para este subepígrafe nos apoyaremos en doctrina (C.D.M Castellano, 2012), (Soriano, 1987) y jurisprudencia (STC 53/1985, 160/1987, 161/1987, 154/2002).

En primer lugar comencemos definiendo la objeción de conciencia, para PECES-BARBA es una desobediencia de naturaleza civil y sectorial que precisa de una juridificación, para NAVARRO-VALLS es un conflicto impropio de normas, una norma jurídica que impone un deber y una norma moral que se opone al cumplimiento del mismo y para RAZ es un comportamiento privado en protección del agente que evita la intromisión de la autoridad pública. Aceptando el marco que estos tres autores ofrecen, concluimos que es una actitud del sujeto en defensa de su moral que comúnmente choca con la voluntad del legislador.

La objeción de conciencia aparece en nuestra carta magna en el artículo 30.2 como excepción al cumplimiento del entonces obligatorio servicio militar. A simple vista, da la impresión de ser una especie de derecho de segunda clase ya que está fuera de la sección primera del capítulo segundo del título primero que incluye a los derechos fundamentales. Sin embargo si acudimos al artículo 53.2 CE podremos comprobar que se contempla el recurso de amparo por violación de la objeción de conciencia, recordemos que los recursos de amparo al TC solo se podían sustanciar si versaban sobre derechos fundamentales.

En 1984 el derecho a la objeción de conciencia se desarrolla con la ley 48/1984 de objeción de conciencia y prestación social sustitutoria que fue derogada durante el mandato de Jose María Aznar y sustituida por la ley 22/1998 que eliminaba cualquier servicio obligatorio. La primera de las dos fijaba como

principios informadores del texto la amplitud de causas y formalidad del procedimiento, la no discriminación entre objetores y no objetores, la evitación del fraude y el beneficio de la prestación social sustitutoria. El artículo 2 de esta ley fijaba como posibles grupos de motivos los religiosos, éticos, morales, humanitarios o filosóficos. Como vemos este texto instauraba un marco de objeción de conciencia, pero solo circunscrito al asunto de la prestación de servicio militar.

Para aclarar nuestras dudas tenemos que situarnos en el año 1987, con objeto de la despenalización del aborto en ciertos supuestos, surgió el tema de la objeción de conciencia del personal sanitario, el asunto se llevó al TC y este resolvió en la paradigmática sentencia 53/1985 declarando que, la objeción de conciencia forma parte del contenido esencial del derecho a la libertad ideológica y religiosa del 16.1 CE. En esa sentencia también se nos recuerda que la constitución es directamente aplicable sobretudo en materia de derechos fundamentales. Así el TC respaldó la objeción de conciencia al aborto, aunque esta no estuviese prevista en la CE.

En los siguientes años se dieron algunas sentencias contrarias a la 53/1985 como la 160 y 161 de 1987, pero también otras favorables la sentencia de la sección 4ª de la sala de lo contencioso administrativo de 23 de enero de 1998 sobre el recurso al RD 2409/1986, la del tribunal supremo del 16 de enero de 1998 o incluso la STC 154/2002 relativa a la objeción de conciencia a los tratamientos médicos. Para confirmar este carácter de derecho fundamental podríamos acudir también al derecho comunitario, la carta de derechos fundamentales de la Unión Europea en su artículo 10.2 fija el derecho a la objeción de conciencia, España ratificó esta carta con la LO 1/2008.

No exentos de controversias y tonos de gris, podemos concluir que el OJ español prevé un derecho a la objeción de conciencia como parte esencial del derecho a la libertad religiosa y de pensamiento del artículo 16 CE y que este derecho está apoyado jurisprudencialmente, por la legislación europea y por el

sistema en si que prevé el recurso de amparo para su defensa en el artículo 53.2 CE.

Así tornamos a la LO 3/2021 que como ya vimos en el análisis de la ley marca en su artículo 16, la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios directamente implicados cosa que se debe manifestar de manera anticipada y por escrito. Estos datos serán custodiados por la administración sanitaria bajo el principio de estricta confidencialidad y la normativa de protección de datos de carácter personal.

Este artículo que parece claro trae su mayor complicación en identificar que es un profesional sanitario directamente implicado. Parece que las comunidades autónomas en sus facultades de desarrollo y aplicación del texto deben concretarlo. Nos ha parecido que en su decreto de creación de la comisión de garantía y evaluación la comunidad de Castilla La-Mancha lo define de una manera que nos deja satisfechos. El artículo 4.1 del decreto marca que son aquellos profesionales que realizan actos necesarios y directos, anteriores o simultáneos sin los cuales no fuera posible llevar a cabo la eutanasia, en especial los médicos, farmacéuticos, enfermeros o psicólogos, que prescriban, dispensen o administren medicamentos sin perjuicio de que pueda haber más.

Como podemos comprobar sobre el papel, el derecho a la objeción de conciencia esta especialmente protegido en el terreno sanitario incluyendo la ley objeto de nuestro estudio. Sin embargo, lo ya visto en relación a la tardía creación por parte de algunas autonomías de los necesarios registros de objetores nos preocupa. Tememos que desde ciertos sectores del arco político se quiera cercenar este derecho en el futuro y que cada vez se pongan más trabas a los derechos fundamentales de la libertad ideológica y religiosa. Sin ninguna voluntad de bloquear el funcionamiento de la ley, creemos que la diligencia y máxima precisión en proteger el derecho a la objeción de conciencia es seguridad jurídica y protección de la libertad de nuestros ciudadanos y

confiamos en que los políticos de todos los colores lo defiendan como mecanismo de la protección de la moral de cada persona.

8. CAPÍTULO II: LA SITUACIÓN LEGAL DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN EL DERECHO COMPARADO Y EN ESPAÑA

Comenzaremos este apartado investigando la situación de los cuidados paliativos en el derecho comparado centrándonos en los estados que tienen una legislación sobre ellos. desgranaremos sus leyes y sistemas para ver como gestionan este asunto y como lo podría hacer España en un futuro.

Posteriormente analizaremos la situación actual en España de los cuidados paliativos. Para ello en primer lugar, veremos cual es el sistema y como se plantean los cuidados paliativos desde el ministerio de sanidad.

La definición que acogemos de los cuidados paliativos es la de la OMS que manifiesta que, los cuidados paliativos consisten en el cuidado total activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo. El control del dolor y de otros síntomas y de problemas psicológicos, sociales y espirituales es primordial. El objetivo de los cuidados paliativos es proporcionar la mejor calidad de vida para los pacientes y familiares. En 2002 se añadió una perspectiva de prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana y del tratamiento del dolor. (OMS, 2023)

8.1 Los cuidados paliativos en el derecho comparado

En este subapartado realizaremos un rápido resumen de la legislación en cuidados paliativos. La gran mayoría de países como es el caso de España, cuentan con algún tipo de estrategia o plan de cuidados paliativos, pero para que este epígrafe no sea demasiado extenso y por el interés jurídico de nuestro trabajo, nos centraremos en aquellos estados que de alguna manera han positivizado el acceso a los cuidados paliativos. Continuaremos poniendo el

foco en los tres grupos de países escogidos en el apartado sobre la eutanasia en el derecho comparado.

El primer grupo que incluía a los **Estados Unidos y Canadá** lo despacharemos rápidamente ya que en ninguno de los dos casos se cuenta con una ley de cuidados paliativos. En Canadá el sistema de paliativos es muy pobre y el acceso no es fácil, mientras que en EE. UU si que hay estrategias en los estados, pero en ninguno de ellos hay un texto legal, lo que si hay son referencias a los tratamientos al final de la vida en los estados con leyes de suicidio asistido que ya vimos, pero no se establece específicamente un sistema de cuidados paliativos.

Pasamos a Latinoamérica donde ya encontramos 5 países que cuentan con leyes de cuidados paliativos. Recordemos que solo Colombia había regulado la eutanasia y el suicidio asistido, y que por cuestiones culturales las sociedades iberoamericanas no veían con buenos ojos estas prácticas. Los estados que tienen regulados los cuidados paliativos por orden cronológico son, Costa Rica (1998), Chile (2005), México (2009), Colombia (2010) y Perú (2018).

En **Costa Rica** (Ley de beneficios para los responsables de pacientes en fase terminal, 1998) la ley vigente es la 7756 de 20 de marzo de 1998 que fue en parte reformada por la ley 8600 en 2007. La ley trata mayormente sobre los beneficios para los responsables de pacientes en fase terminal, a los que el estado dará un subsidio bajo ciertas condiciones, pero en sus artículos 8 y 10 se prevé un sistema de clínicas de cuidados paliativos o unidades del dolor pertenecientes al seguro social costarricense y se establece que de existir un superávit en el subsidio a los cuidadores de pacientes terminales, se destinará a mejorar la red de clínicas de cuidados paliativos.

En **Chile** (Ley de régimen de garantías de salud, 2004) encontramos un caso especial, no existe una ley concreta de cuidados paliativos, pero estos se encuentran previstos en la ley 19966 de garantías en salud, promulgada el 25

de agosto de 2004. En ella se consideran los cuidados paliativos para los enfermos con cáncer avanzado.

En **México** (Ley general de sanidad, 1984) la ley general de sanidad de 1984 se va reformando y se insertan en ella capítulos que funcionan como leyes. En 2009 se creó el título VIII Bis de los cuidados paliativos a los enfermos en situación terminal. Este título cuenta con un artículo único, el 166 Bis que entre otras cosas establece un sistema público de cuidados paliativos. En este texto se universalizan los cuidados paliativos, se da la elección al paciente sobre donde recibirlos, si en una institución o en su casa, se regulan las declaraciones anticipadas de voluntad y se legaliza también la eutanasia pasiva teniendo el paciente la posibilidad de elegir cuando abandonar un tratamiento. El requisito para acceder a los cuidados paliativos es el de estar en estado terminal, es decir, con un pronóstico de vida menor a 6 meses. Por último, el punto 21 de este artículo prohíbe expresamente la eutanasia.

En **Colombia** (Ley Consuelo Davis Saavedra, 2014) encontramos la ley 1733 de 2014 llamada Consuelo Davis Saavedra, en ella se regulan los servicios de cuidados paliativos para pacientes con enfermedades terminales en cualquier fase de la enfermedad con un alto impacto en la calidad de vida. El requisito es estar en fase terminal, pero a diferencia de México no se pone un plazo concreto sino que se menciona que el pronóstico debe ser fatal, pero de forma abstracta. En cuanto a los derechos son los mismos que en México, derecho a acceder a un sistema público de cuidados paliativos, derechos de información, derechos para familiares y derechos para establecer declaraciones de voluntad anticipada, también se dedica un artículo a la situación de los menores de edad. Recordemos que en Colombia se compatibiliza esta ley con la regulación de la eutanasia y el suicidio asistido.

Por último, en el caso de **Perú** (Ley que crea el plan de cuidados paliativos para enfermedades oncológicas y no oncológicas, 2018) el 24 de agosto de 2018 se promulgó la ley que crea el plan nacional de cuidados paliativos en pacientes

oncológicos y no oncológicos. Esta ley cuenta solo con 3 artículos que vienen a decir que el ministerio de sanidad creará este plan que trata de integrar los cuidados paliativos en el sistema nacional de salud para mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades terminales o crónicas e irreversibles. Hasta ahora este plan no se ha desarrollado y en 2021 la defensora del pueblo emitió una queja por este asunto, pero aún no se ha resuelto.

Para finalizar este subapartado analizaremos los países de Europa que cuentan con una legislación de cuidados paliativos, son 6. El primero fue **Francia** (Loi visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs, 1999) que en junio de 1999 promulgó la ley 99-477 de los derechos de la persona enferma y usuarios del sistema de salud. Esta ley principalmente universaliza el acceso a los cuidados paliativos en casa o en un centro y permite que las personas se opongan a los tratamientos. También regula otros menesteres como la prestación de cuidados paliativos por parte de instituciones privadas y su remuneración. Este sistema ha sido desarrollado y actualizado a lo largo de los años con leyes como la Caeyls-Leonetti que ya vimos en un apartado anterior.

En **Bélgica** (Loi relative aux soins palliatifs, 2002) la S-C-2002/22868 que fue reformada en 2016 regula los cuidados paliativos. Se requiere padecer una enfermedad para la que no haya terapia curativa posible y el sistema de salud público debe proveerlos. Esta ley también regula organismos de evaluación que realicen informes del estado de servicio de cuidados paliativos y los derechos de información para pacientes y familiares.

En **Luxemburgo** (Loi relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie, 2009) la ley de 16 de marzo de 2009 regula la eutanasia, el suicidio asistido y los cuidados paliativos. En cuanto a estos últimos se universalizan para toda persona con enfermedad grave e incurable, en casa o en un hospital y el estado asegura proveerlos y formar a sus médicos en ellos, antes de referirse a la eutanasia también se regulan en esta ley los

permisos de acompañamiento de familiares a pacientes terminales y los escritos anticipados para el final de la vida.

En **Italia** (Legge di disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore, 2010) tenemos la ley 38/2010 que regula el acceso a los cuidados paliativos y a la terapia del dolor, en ella se regula la autonomía del paciente y el sostenimiento de sus necesidades y de las de su familia por parte del estado. Se define al enfermo como aquella persona que padece una enfermedad incurable, pero no se fija esperanza de vida concreta y se prevén los cuidados en casa y en la red de hospitales públicos. También encontramos artículos relativos a las dotaciones financieras, formación de los médicos, la obligación de las clínicas de realizar informes, campañas de información y la obligación del parlamento de discutir los citados informes.

En el país vecino **Portugal** (Lei do bases dos cuidados paliativos, 2012) la ley 52/2012 establece el acceso a los cuidados paliativos. Esta ley es más extensa y más garantista que las demás que hemos analizado en el continente europeo ya que además de los asuntos que comparte con las demás como la regulación de los cuidados, los derechos de autonomía e información, los derechos de las familias de los pacientes, la formación de los sanitarios y las responsabilidades del estado de prestar el servicio desde el sistema nacional de salud, hace especial mención de dos asuntos que nos parecen vitales.

En primer lugar, dedica un espacio a recordar la importancia de la dimensión espiritual en estos cuidados y fija que se respetarán las creencias de cada persona. En segundo lugar, la ley desarrolla como se estructura el sistema de paliativos con organización nacional, regional y equipos locales y las responsabilidades y supervisiones de cada nivel. Esto nos parece muy importante para el funcionamiento efectivo del sistema y para que las cosas no queden en papel mojado como en Perú.

Por último, en **Alemania** (Gesetz zur Verbesserung der Hospiz und Palliativversorgung in Deutschland, 2015) existía previamente un sistema de cuidados paliativos, pero sin una ley, como es el caso de España. Sin embargo, el 1 de diciembre de 2015, el Bundestag aprobó la ley sobre la mejora de los cuidados paliativos en Alemania. En su artículo 1 se expone una máxima, los cuidados paliativos para los asegurados, forman también parte del tratamiento de los enfermos. De esta manera no hay discusión que son un servicio de la cartera de la seguridad social. La segunda máxima de la ley es la instauración de unos servicios que se podrán prestar tanto en casa como en los centros médicos. Por lo demás la ley se centra en los contratos de especialistas en paliativos, su remuneración y en temas financieros como el presupuesto que se dota a esta partida.

8.2 Sistema español actual de cuidados paliativos

No podemos empezar este subapartado de otra manera que no sea haciendo esta afirmación, en España actualmente, no existe una ley de cuidados paliativos, estos no están regulados. La herramienta que han ido utilizando los ministerios de sanidad de los distintos gobiernos son los planes estratégicos que como sabemos, no tienen valor jurídico alguno y son orientativos. Al no tener una obligatoriedad jurídica los planes estratégicos dependen de la voluntad del ministerio haciendo que el último fuese para el período 2015-2019.

Para todo este subepígrafe nos serviremos del informe de evaluación que el ministerio de sanidad publicó en 2022 para comprobar el grado de cumplimiento del plan 2015-2019 (Ministerio de sanidad, 2022b). Intentaremos resumir todo lo posible ya que nos interesa hacer una panorámica y sobretodo las conclusiones del informe más que las iniciativas concretas y líneas de actuación.

El informe comienza con las definiciones que ya establecimos y manifestando que los cuidados paliativos son un servicio básico de la cartera de servicios

sanitarios. Su marco legal lo forman el real decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de las prestaciones del sistema de salud, el plan nacional de cuidados paliativos publicado en 2001, la ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del sistema nacional de salud y el real decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del sistema nacional de salud y el procedimiento para su actualización. Como gran hito se cita la aprobación por el consejo interterritorial de salud de la estrategia de cuidados paliativos que se prorrogó para el período 2010-2014.

En este plan se establece que serán las comunidades autónomas las que desarrollaran la estrategia elaborando sus propios planes. Se ofrece una tabla de los planes más recientes de cada autonomía. Nos sorprende de una manera negativa el estado de los cuidados paliativos en algunas autonomías como Galicia, Asturias, Aragón, Comunidad Valenciana, Cantabria, Región de Murcia, Andalucía, Ceuta y Melilla, en todas ellas el último plan se hizo hace más de 10 años y no se ha actualizado. De hecho, las únicas comunidades en las que hay vigente un plan son Islas Baleares y Extremadura.

Continúan estableciendo unos conceptos básicos, el objetivo de la estrategia nacional de cuidados paliativos del sistema nacional de salud es establecer compromisos apropiados viables y medibles por parte de las comunidades autónomas para contribuir a la homogeneidad y mejora de los cuidados paliativos en el sistema nacional de salud. Su población diana son los pacientes con cáncer y enfermedades crónicas evolutivas, que se encuentren en estadios avanzados y terminales, sin discriminar por sexo, raza u otra característica.

Se destacan como valores el alivio del sufrimiento, el valor intrínseco de cada persona, la calidad de vida del paciente y las expectativas y necesidades de la familia en la enfermedad y en el final de la vida. Se prevé la intervención de representantes designados por las CC. AA, sociedades científicas y asociaciones de pacientes.

Antes de comenzar con el cuerpo del informe, celebran que en los últimos años se hayan destinado más recursos a los cuidados paliativos, pero alertan de que todavía hay camino por recorrer principalmente en la homogeneización del sistema para que la calidad de la atención no dependa del lugar donde se reside. También se disculpan por las dificultades de encontrar en ocasiones unas métricas medibles y comparables o de lo difícil que es en algunos territorios valorar la satisfacción de la gente.

A continuación se nos presentan las 5 líneas estratégicas, los 7 objetivos generales y los 30 objetivos específicos. Nosotros atenderemos a las dos primeras categorías y después pasaremos directamente a las conclusiones del informe. Dentro de la primera línea estratégica, atención integral encontramos 2 objetivos, proporcionar una atención integral a los pacientes y que esta atención este basada en mejores prácticas y evidencias científicas. La segunda línea estratégica, organización y coordinación tiene como objetivos disponer de un modelo organizativo que garantice que los pacientes reciben lo que requieren en cada momento y que este modelo garantice la coordinación entre recursos sanitarios y promueva acciones integradas.

La tercera línea estratégica, autonomía del paciente, tiene como objetivo apoyarse en la bioética y garantizar que se respete la ley de autonomía del paciente y las legislaciones de las CC. AA. La cuarta línea estratégica, formación, tiene como objetivo implantar programas para que los sanitarios puedan atender adecuadamente las necesidades de los pacientes. Por último, la quinta línea, investigación, pretende fomentarla para los cuidados paliativos.

Dentro de las conclusiones comentaremos las que más nos interesan para nuestro estudio. Destacan que las 19 comunidades y ciudades autónomas tienen un plan de cuidados paliativos, aunque como hemos visto muchos de ellos tienen más de 10 años y solo 2 están vigentes por lo que no nos parece un dato del que se pueda hacer gala. Destacan que hay 11 de las 19 que han implementado al menos alguna medida de mejora. Esto nos parece

extremadamente pobre, ya que nos están diciendo que hay 8 que no han implementado siquiera una medida y que de los otros 11 basta con que hayan puesto 1 en marcha, recordemos que este plan contaba con 30 medidas específicas.

En cuanto a la sedación paliativa, esta es una herramienta que tiene como objetivo ayudar a mitigar el dolor de una persona que se encuentra en una fase avanzada de su enfermedad. Esta baja el nivel de conciencia, pero no produce la muerte, sino que la vida sigue su curso hasta que se agota, pero sin sufrimiento. De esta se dice que 14 comunidades la tienen protocolizada. A nuestro parecer, es una herramienta esencial para el funcionamiento del sistema de cuidados paliativos y todos los esfuerzos deberían ir dirigidos a que sea una realidad en las 19 comunidades.

En cuanto a la atención de los servicios especializados en cuidados paliativos, nos dicen que 17 comunidades poseen atención continuada. Nos parece una verdad a medias ya que 9 de estas se realizan a través del 061 lo que no constituye una atención especializada y solamente 3 son presenciales. De ninguna manera contaríamos como un sí las que se realizan a través de la atención genérica y de una manera muy periférica aceptaríamos contra la atención telefónica. La conclusión nos parece que, solo 3 de 19 comunidades autónomas cuentan con atención en cuidados paliativos presencial las 24 horas del día, como se esperaría de cualquier especialidad médica en un hospital. Por último, manifiestan que la estructura de investigación es insuficiente y que las vías de financiación escasas, cosa que ha venido agravada por la pandemia y la crisis económica.

A nuestro parecer, ha quedado demostrado que el sistema de cuidados paliativos en España es muy precario, la principal razón nos parece que no hay obligatoriedad jurídica alguna lo que provoca retrasos e inacción con respecto a los planes estratégicos. Como hemos comprobado, no están garantizados los cuidados paliativos, a estos les falta financiación, no se cumple lo escrito en los

planes y no hay un sistema universal de sedación paliativa. Creemos firmemente que se necesita una ley de cuidados paliativos que haga cumplir las promesas que se han hecho en este terreno.

Como colofón final que apoya nuestras tesis, nos detenemos en dos datos que ofrece la sociedad española de cuidados paliativos y la asociación española contra el cáncer, en España solo contamos con 1 profesional en cuidados paliativos por cada 80.000 habitantes y que solo el 49% de las personas que eran susceptibles de recibir cuidados paliativos, lo hicieron. (La Vanguardia, 2022)

9. CAPÍTULO III: ESTUDIO DE LA INTEGRACIÓN DE UNA LEY DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL SISTEMA ESPAÑOL ACTUAL

En este capítulo que concluye el cuerpo del trabajo trataremos de darle sentido a todos los apartados anteriores, recoger la información que hemos ido presentando y preguntarnos si en el actual sistema español cabría una ley de cuidados paliativos y que implicaciones tendría. Recordemos que en España actualmente existe una ley que regula la eutanasia de forma muy similar a los vecinos europeos y planteemos que una ley de cuidados paliativos se podría dar en dos escenarios, el de compartir espacio con la legislación sobre la eutanasia y el de existir en solitario si se deroga la prestación de ayuda para morir.

Decía Antonio Cánovas, que en política lo que no es posible, es falso, por tanto, preguntémosnos si se da o se va a dar en España en el futuro cercano un escenario propicio para la aprobación de una ley de cuidados paliativos. Lo que se busca en este apartado es hacer una serie de proyecciones para lo que se requieren unas asunciones que pueden no llegarse a dar, por tanto no aseguramos su certeza.

En un año marcadamente electoral como es este 2023 entendamos la política española como dos bloques, la izquierda integrada por todos los partidos que apoyan al gobierno actual y la derecha integrada por el PP y VOX ante la casi segura desaparición de Ciudadanos (Electocracia, 2023). Creemos que no es

descabellado suponer que si la actual mayoría política continua en el gobierno tras este año, no se llevará a cabo una ley de cuidados paliativos, la razón es simple, el PSOE ya registró en su momento una ley de cuidados paliativos como anteproyecto en el año 2011, pero en el momento de legislar ya sea por sus valores o por conveniencia política optaron por la ley de la eutanasia (El País, 2010). Tampoco parece que una legislación sobre este asunto interese en mayor medida a ningún socio de este ejecutivo, por tanto, la puerta quedaría cerrada si se revalidase esta mayoría (Ordiz, 2019).

Sin embargo, la mayoría de las encuestas prevén un giro ideológico en España y dan por ganadores de las elecciones al bloque conservador (Electocracia, 2023). Dentro de el se encuentran dos partidos, por un lado, el Partido Popular que en 2020 durante el debate en el congreso de los diputados sobre la ley de la eutanasia ya expresó que la alternativa de este partido a la ley que proponía el gobierno, era una legislación que universalizara los cuidados paliativos, el encargado de defender esta postura fue el médico y diputado, Jose Ignacio Echániz (Esteban, 2020). En 2022 el liderazgo en el partido cambió y Alberto Nuñez Feijoo fue nombrado presidente en sustitución de Pablo Casado, hasta la fecha el líder del PP ha manifestado su intención de derogar la ley de la eutanasia (Europa Press, 2022), pero no se ha vuelto a poner sobre la mesa una ley de cuidados paliativos.

Si echamos la vista atrás vemos como es poco probable que el Partido Popular en solitario derogue la ley de la eutanasia por un lado y apruebe una de cuidados paliativos por otro. El motivo vuelve a estar en el pasado, el PP ha tumbado en tres ocasiones, 2011, 2012 y 2015 los anteproyectos de ley de cuidados paliativos del PSOE (Del ojo, 2020), consideramos que su negativa a la eutanasia proponiendo una ley de cuidados paliativos fue una manera de ganar tiempo. Por otro lado, también vemos sospechosa la intención de derogación de la ley de la eutanasia actual, el PP desde la oposición se ha caracterizado por prometer derogar las leyes sociales controvertidas que suelen crear enfrentamiento social como fue en los 80 el divorcio, en los primeros años del siglo XXI el aborto y los matrimonios entre personas del mismo sexo y ahora la eutanasia. Sin embargo, cuando llega al poder,

las retoca o las deja intactas como sucedió con el aborto en 2015, pero en ningún caso las deroga.

El otro actor del bloque conservador es VOX, este partido también pidió una ley de cuidados paliativos durante el debate sobre la eutanasia por medio de su diputada la señora Méndez Monasterio (Esteban, 2020), pero este partido volvió a presentar un anteproyecto de ley de cuidados paliativos en 2022 (Cristóbal, 2022) y se suele caracterizar por exigir al Partido Popular en las comunidades autónomas donde gobiernan en coalición que quite financiación a asuntos que el electorado conservador desapruueba y que los ponga en otros lugares e incluso llega a exigir el bloqueo del desarrollo de leyes que considera que sus votantes no aprobarán como es el caso de Castilla y León, Madrid o Murcia. Recordemos que ambos partidos recurrieron la ley de la eutanasia al TC, pero que hace justo una semana este tribunal con una mayoría progresista la consideró constitucional frente al recurso de VOX (Tribunal constitucional, 2023).

Con toda esta información podemos concluir que la vía más plausible para la aprobación de una ley de cuidados paliativos ya sea en compatibilidad con la de la eutanasia o con la derogación de esta es con un gobierno de coalición conservador en la que el partido VOX que presumiblemente no liderará la coalición, exija para su apoyo estos asuntos.

Una vez hemos mostrado la perspectiva política intentando proyectar de la manera más objetiva posible pasamos al terreno de la propia ley. En cuanto a la parte procesal no hay mucho que decir, si se cuenta con una mayoría política comprometida con una causa solo hace falta llevar a cabo el procedimiento legislativo de ley ordinaria o en su caso orgánica como la ley actual de eutanasia.

Lo realmente interesante es como podría darse el contenido de esta ley, donde entrarían los cuidados paliativos en el sistema actual con la ley de la eutanasia, nos basaremos en toda la información recopilada de otros países. Después de haber analizado tantas leyes de otros países vemos que lo más común sería tomar como

referencia a los vecinos europeos y legislar una serie de asuntos como la autonomía del paciente, la posibilidad de abandonar los tratamientos cuando considere, el acceso a los fármacos, el derecho de información, los derechos de las familias de los pacientes, la prestación de los servicios por parte del sistema público, la obligación del sistema sanitario de realizar informes anuales, la obligación de los parlamentarios de discutirlo en el congreso y la formación de los profesionales sanitarios. En definitiva una ley muy similar a la de países como Italia o Portugal.

Nos gustaría profundizar en tres asuntos que desde el punto de vista de la seguridad jurídica son claves para una posible ley de cuidados paliativos. En primer lugar, en España ya existe un sistema de cuidados paliativos, tanto en centros médicos como en atención domiciliaria como veíamos en otros países de Europa, pero lo interesante sería desarrollar especialmente como hacía la normativa portuguesa la estructura del sistema desde los órganos nacionales, así como la descentralización en comunidades, provincias y municipios. Una correcta cohesión y la claridad de las competencias que se dan a las autonomías permitiría la efectividad del sistema y aseguraría que se pone en marcha desde la publicación de la ley evitando que pase el caso peruano en el que hay ley, pero no se desarrolla al no estar prevista la estructura en el texto legal y ser demasiado abstracta.

Un asunto crucial de esta organización del sistema es la certeza de que cada autonomía tiene unos servicios especializados en cuidados paliativos las 24 horas, que como vimos en el informe del gobierno se jactan de tener, pero ya llegamos a la conclusión de que esto no es así y solo ocurre en 3 de las 19 comunidades, las demás o no lo tienen o lo llevan a cabo mediante atención generalista o línea telefónica. Garantizar un servicio universal debe ser una prioridad que solo se logrará con el efecto coercitivo de la ley ya que hasta ahora con planes y estrategias no se ha hecho.

El segundo tema en el que nos parece que la ley debe desarrollarse es la sedación paliativa. Como vimos en el informe, todavía faltan algunas comunidades por establecerla y desde el punto de vista de los cuidados paliativos nos parece la

alternativa mas viable a la eutanasia si la ley fuese derogada o una elección que los pacientes podrían tomar desde su libertad y sus creencias personales si ambos textos se compatibilizaran. Recordemos que la sedacion paliativa implicaba la toma de fármacos que no acababan directamente con la vida, pero si con el dolor mientras la vida se iba apagando con su curso natural. Con ella le estaríamos dando a la gente una alternativa y enseñando a la sociedad que se puede acabar con el dolor sin llegar a la eutanasia dentro de la voluntad de cada paciente.

Por último, el tema más importante que debe tratar la ley es el engarce con la legislación de la eutanasia. Si esta ley fuese derogada no sería necesaria esta consideración que hacemos, pero en el escenario de compatibilización de los dos textos si sería útil. A lo largo de la revisión del derecho comparado hemos visto muchas veces repetido el plazo de los 6 meses que una persona debe tener de esperanza de vida para acceder a la eutanasia o al suicidio asistido, incluso países como México imponen este plazo para acceder a los cuidados paliativos. Vemos que España en su ley de la eutanasia no ha optado por un plazo temporal para el acceso a la misma sino un criterio basado en la terminalidad o gravedad de la enfermedad.

Creemos firmemente que para que ambos textos sean compatibles los cuidados paliativos deben entrar antes en la vida del paciente y de sus familias, el acompañamiento, la terapia del dolor y la ayuda de tipo espiritual que caracterizan a los cuidados paliativos deben ser ofrecidos en una fase anterior de la enfermedad. Esto debe llevarse a cabo de una manera electiva por el paciente, él será el que decida el momento de abandonar los tratamientos curativos y entrar en el ciclo de los cuidados paliativos. Si por el contrario se da la situación de que la enfermedad ha llegado a un estado tan grave que ya no hay curacion posible al paciente y esta en fase de sufrimiento extremo debería elegir entre los cuidados paliativos terminando previsiblemente en una sedacion paliativa o el proceso de ayuda para morir.

Desde nuestra muy humilde opinión, si que sería útil asignar un plazo a la eutanasia que podría ser el conocido de 6 meses para evitar la proliferación de casos y la tentación de ampliar los supuestos a otras enfermedades menos graves u otras situaciones como el cansancio vital. Creemos que hay que controlar con mucho cuidado los casos de eutanasia y dar a conocer los cuidados paliativos como alternativa menos invasiva y que respeta el curso natural de la vida humana.

Para finalizar este apartado dedicaremos un espacio a la perspectiva de la eutanasia y los cuidados paliativos desde el punto de vista de la moral social española. Cuando un ejecutivo se plantea una ley o una derogación por más que la haya puesto en su programa, puede llegar a no llevarse a cabo si la sociedad presiona en el sentido contrario. Recordemos el caso de 2015 cuando el PP prometió la derogación de la ley del aborto y cuando el ministro de justicia Alberto Ruiz-Gallardón se propuso a hacerlo hubo una gran presión de la sociedad incluso voces dentro de su propio partido que le llevaron a retirar la propuesta y a dimitir.

Opinamos que la sociedad española del año 2023 es muy celosa con los derechos adquiridos y que no vería con buenos ojos la retirada de la ley de la eutanasia, sentiría que se le está quitando una opción que aunque no fuese a optar por ella ya estaba ahí, sobretodo si esta opción versa sobre la autodeterminación personal que como ya argumentamos, es la base de las sociedades liberales occidentales. Tampoco creemos que la retirada de la ley de la eutanasia que propone el bloque conservador fuese a levantar tantas ampollas como en su momento los asuntos del aborto o los matrimonios igualitarios, vemos que es un tema que no levanta tantas pasiones quizás porque los jóvenes, caladero común de la efervescencia y la protesta ven la muerte como un fenómeno todavía lejano.

Por el lado de una ley de cuidados paliativos si que creemos que la ciudadanía la vería con buenos ojos si esta se explica de manera correcta. Consideramos que en las épocas de más desarrollo económico se peca de un alejamiento de los valores como el respeto a la dignidad humana o el cuidado de las personas y que en la actualidad muchas personas se están dando cuenta de esto, por lo que si tendría

aceptación una medida dedicada al cuidado de los enfermos y a la mitigación del dolor como es esta. Creemos que el asunto de la sedación paliativa es crucial para que la sociedad entienda el concepto de la terapia del dolor sin ser tan invasivos como en el caso de la eutanasia.

En resumen, tenemos presente que la mayoría de españoles son socialmente liberales y desde hace unos años han asumido los postulados de las teorías de Locke de la autodeterminación humana, por tanto no verían bien la retirada de la LORE, pero que si aceptarían un sistema de cuidados paliativos fuerte y bien organizado, y que si lo que se pretende es restar peso a la eutanasia y educar en la cultura de la vida, los detractores de la misma deberían hacer una fuerte apuesta por la sedación paliativa y una gran inversión en la universalización de los cuidados paliativos.

10. CONCLUSIONES

Este apartado que concluye el trabajo de fin de grado trata de comprobar si se han cumplido los dos objetivos que nos marcamos en la introducción, aparte ofreceré una visión final y más personal sobre los temas tratados y como me he sentido realizándolo. Creo que es mejor dedicar la conclusión a estos asuntos más prosaicos y no extender más el cuerpo del trabajo, todo lo que tenía que decir sobre el estado de la eutanasia y los cuidados paliativos en España y en el mundo, queda dicho.

El primer objetivo que nos marcábamos era crear una fuente de información secundaria a la que la comunidad pueda acudir para hacerse una idea panorámica del estado de la eutanasia, el suicidio asistido y los cuidados paliativos alrededor del mundo y sobretodo en nuestro país. Creemos que el objetivo está más que conseguido ya que hemos hecho una sólida investigación huyendo de textos contaminados de opiniones y acudiendo directamente a las legislaciones de cada país, esto no ha sido siempre fácil de manejar debido que aquellos estados en los que la lengua oficial no era ni el español ni el inglés, han requerido un esfuerzo

extra en el análisis de su legislación y su jurisprudencia, sin embargo, creemos que esto ha valido la pena con creces para darle peso jurídico al trabajo.

El segundo objetivo que propusimos era acercar los cuidados paliativos a la comunidad, creemos que está también logrado con la presentación de estos como una realidad legislada en muchos de nuestros países vecinos y el contraste con la precaria situación que viven en España. Hemos demostrado como la situación que los gobiernos de uno y otro color nos intentan vender es falsa y de como no están garantizados en todos los puntos del territorio español, hemos demostrado como los partidos sea cual sea su ideología, los utilizan como moneda de cambio, pero en el momento de la verdad nadie los ha legislado y por último, hemos demostrado que son una alternativa viable a las personas que por sus convicciones no vean la eutanasia con buenos ojos, pero no solo eso, sino que son un camino que se basta por si solo para dar una respuesta al final de la vida de cualquier ciudadano español tanto en el proceso de acompañamiento como en el de la sedacion paliativa.

Desde un principio pensamos, que dados los objetivos del trabajo como algo didáctico y objetivo, lo mejor era guardarnos nuestras visiones más personales para el final y así que el sesgo de pensamiento no contaminase nuestra labor. No pretendemos hablar de política ya que como acabamos de expresar creemos que ningún color ha sabido dar una respuesta al asunto, es preferible mostrar nuestras visiones de la ética tanto clínica como jurídica.

Creemos firmemente que el estado debe procurar dedicar todos los recursos posibles a mejorar la calidad de vida de los ciudadanos y que dentro del abanico de opciones que tiene, la eutanasia es la más incompleta de todas, creemos que el estado sabe que regular los cuidados paliativos requiere una mayor inversión tanto inicial como periódica, pero aún así y como ciudadano que pretende ahorrar en el gasto público, considero que si hay algo en lo que vale la pena gastar es en la dignidad y en el valor de cada ser humano.

Por la parte jurídica pensamos que la legislación no se debe orientar a las soluciones finales, sino al respeto del artículo 15 de la constitución que fija el derecho a la vida como derecho fundamental. No queremos decir con esto, que llegado el momento, una persona con sus valores y su visión del mundo no pueda elegir terminarla, solo creemos que desde los poderes públicos se debe dar una imagen de lucha por estar a la vanguardia de la ciencia y del cuidado del paciente como país desarrollado. A día de hoy, consideramos que la imagen que se da es la contraria, se aplica un criterio de triaje de los más débiles, de los que ya no producen ni sirven.

Por último, desde el punto de vista clínico también consideramos que la medicina debe orientarse a la mejora de la calidad de vida de las personas, y volvemos a recalcar que en esta sociedad que considera la autodeterminación humana como uno de los valores principales, no es nuestra intención dejar a nadie sin todo el abanico de opciones respetando sus creencias, solo decimos que no se esta dedicando lo suficiente a la investigación y al desarrollo de los cuidados paliativos por criterios económicos y que si hay algo en lo que el sistema de salud debería centrarse es en mejorar la calidad de vida de los pacientes en todo momento, porque con los cuidados paliativos, hasta el final de la vida, puede ser de calidad.

Esperamos que quien lea este trabajo lo disfrute tanto como lo hemos disfrutado redactándolo, y sobretodo que le sea útil.

11. BIBLIOGRAFÍA

11.1 Legislación

Ley orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (BOE 25 de marzo de 2021)

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 (BOE 15 de noviembre de 2002)

Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad (BOE 29 de abril de 1986)

Ley 40/2015, de 1 de octubre, de régimen jurídico del sector público (BOE 2 de octubre de 2015)

Ley orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del código penal (BOE 24 de noviembre de 1995)

Ley orgánica 1/2023 de 28 de febrero, por la que se modifica la ley 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de interrupción voluntaria del embarazo (BOE 1 de marzo de 2023)

Ley 48/1984, de 26 de diciembre, reguladora de la objeción de conciencia y de la prestación social sustitutoria (BOE 28 de diciembre de 1984)

Ley 22/1998, de 6 de julio, reguladora de la objeción de conciencia y de la prestación social sustitutoria (BOE 7 de julio de 1998)

Decreto 2/2023, de 24 de enero, del registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia realizar la prestación de ayuda a morir en Castilla La-Mancha (BOCM 31 de enero de 2023)

Bill C-14, An Act to amend the Criminal Code and to make related amendments to other Acts, 1st session, 42nd Parliament, 2019 (Canadá)

Bill C-7, An Act to amend the Criminal Code, 2nd session, 43rd Parliament, 2020 (Canadá)

Chapter 716 Oregon Laws 1994: Oregon's Death with dignity act (EE. UU)

Ley 1733 de 2014 Consuelo Devis Saavedra, mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida (Colombia)

Resolucion 1216, de 20 de abril de 2015, por medio de la cual se da cumplimiento a la orden cuarta de la sentencia T-970 de 2014 de la Honorable Corte Constitucional en relación con las directrices para la organización y funcionamiento de los Comités para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad (Colombia)

Resolución 971, de 1 de julio de 2021, por medio de la cual se establece el procedimiento de recepción, trámite y reporte de las solicitudes de eutanasia, así como las directrices para la organización y funcionamiento del Comité para hacer Efectivo el Derecho a Morir con Dignidad a través de la Eutanasia (Colombia)

Ley 19966 de 25 de agosto de 2004 que establece un régimen de garantías en salud (Chile)

Ley 7756, de 20 de marzo de 1998, de Beneficios para los responsables de pacientes en fase terminal (Costa Rica)

Lei 52/2012 do 5 de setembro de bases dos cuidados paliativos (Portugal)

Legge 38/2010 di 15 di marzo di disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore (Italia)

Gesetz von 7 Dezember 2015 zur Verbesserung der Hospiz und Palliativversorgung in Deutschland (Alemania)

Loi relative aux soins palliatifs 14 Juin 2002 (Bélgica)

Loi relative à l'euthanasie 28 mai 2002 (Bélgica)

Loi no 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs (Francia)

Ley 30846 de 19 de septiembre de 2018 que crea el plan nacional de cuidados paliativos para enfermedades oncológicas y no oncológicas (Perú)

Ley general de salud publicada en el diario oficial de la federación el 7 de febrero de 1984 (México)

Loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie (Luxemburgo)

Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide définit (Luxemburgo)

11.2 Jurisprudencia

Carter v. Canada (Attorney General), 2015 SCC5, [2015] 1 S.C.R. 331

Rodriguez v. British Columbia (Attorney General), [1993] 3 S.C.R. 519

Truchon & Gladu v. Canada (Attorney General) & Quebec (Attorney General), 2019 QCCS, [2019] Q.C.C.S. 3792

Sentencia C-239 de 1997 de la corte constitucional de Colombia

Sentencia T-970 de 2014 de la corte constitucional de Colombia

Sentencia C-233 de 2021 de la corte constitucional de Colombia

Sentencia Tribunal Constitucional nº 53/1985, de 11 de abril

Sentencia Tribunal Constitucional nº 160/1987, de 27 de octubre

Sentencia Tribunal Constitucional nº 161/1987, de 27 de octubre

Sentencia Tribunal Constitucional nº 154/2002, de 18 de julio

11.3 Obras doctrinales

Castellano, D. (2016). *El problema moral y jurídico de la eutanasia*. <https://fundacionspeiro.org/revista-verbo/2016/543-544/documento-33>

Castellano, C. D. M. (2012). Objeción de conciencia sanitaria en España: naturaleza y ejercicio. *Derecho PUCP*, 69, 201-223. <https://doi.org/10.18800/derechopucp.201202.010>

Soriano, R. (1987). LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA: SIGNIFICADO, FUNDAMENTOS JURÍDICOS Y POSITIVACION EN EL ORDENAMIENTO JURÍDICO ESPAÑOL. *Revista de Estudios Políticos*, 58.

11.4 Recursos de internet

Agencia EFE. (2010, 1 enero). *El Tribunal Supremo de Montana confirma la legalidad del suicidio asistido*. Público. <https://www.publico.es/internacional/tribunal-supremo-montana-confirma-legalidad.html>

Asociación derecho a morir dignamente. (2023). *Asociación Derecho a Morir Dignamente*. web.archive.org. Recuperado 15 de enero de 2023,

de <https://web.archive.org/web/20111105121943/http://www.eutanasia.ws/historia.html>

BBC News Mundo. (2022, 12 mayo). *Colombia se convierte en el primer país de América Latina en despenalizar el suicidio asistido (y en qué se diferencia de la eutanasia)*. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-61430373>

Bravo Advocats. (2021, 22 julio). *La eutanasia en España y Europa*. bravoadvocats. <https://www.bravoadvocats.com/eutanasia-en-espana/>

Comas, A. (2020, 19 diciembre). El Congreso aprueba la primera ley de eutanasia con amplia mayoría. *El País*. Recuperado 25 de enero de 2023, de <https://elpais.com/sociedad/2020-12-17/el-congreso-aprueba-la-primeraley-de-eutanasia-con-una-holgada-mayoria.html>

Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation de l'application de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide. (2021). Septième rapport de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide. En *Sante*. <https://sante.public.lu/fr/publications/r/rapport-euthanasie-2021-2022.html>

Cristóbal, N. (2022, 4 octubre). *Vox presenta una Ley de Cuidados Paliativos y carga contra la «cultura de la muerte» del Gobierno*. El Debate. https://www.eldebate.com/espana/20221004/vox-presenta-ley-cuidados-paliativos-carga-contra-cultura-muerte-gobierno_64020.html

Díaz-Amado, E. (2017). La despenalización de la eutanasia en Colombia: concepto, bases y críticas. *Revista de Bioética* y

Derecho, 40. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872017000200010

Del Ojo, D. (2020, 11 febrero). *El PP se saca de la chistera una ley de cuidados paliativos que tumbó hasta en tres ocasiones al PSOE*. El Plural. https://www.elplural.com/politica/espana/pp-saca-chistera-ley-cuidados-paliativos-tumbo-ocasiones-psoe_233041102

De Lorenzo abogados. (2021, 16 marzo). *Eutanasia vs. Registro de Profesionales Objetores*. Togas. <http://togas.biz/articulos/articulo-profesionales-eutanasia-vs-registro-de-profesionales-objetores/>

De Miguel Sánchez, C., & Romero, A. L. (2006). Eutanasia y suicidio asistido: conceptos generales, situación legal en Europa, Oregon y Australia (I). *Medicina Paliativa*, 13(4), 207-215. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2206824>

Deutsche Welle. (2022, 10 enero). *Eutanasia: ¿qué impacto tiene Colombia en Latinoamérica?* DW.COM. <https://www.dw.com/es/eutanasia-qu%C3%A9-impacto-tienen-en-latinoam%C3%A9rica-los-recientes-casos-en-colombia/a-60383023>

Electocracia. (2023). *Electocracia. Todos los sondeos electorales*. <https://electocracia.com>

El País. (2010, 19 noviembre). *El Gobierno anuncia una ley de muerte digna y cuidados paliativos*. https://elpais.com/elpais/2010/11/19/actualidad/1290158228_850215.html

Esteban, P. (2020, 18 diciembre). *El PP se aleja de Vox en el debate ideológico de la eutanasia aunque al final vote lo mismo*. https://www.elconfidencial.com/espana/2020-12-18/pp-aleja-vox-debate-ideologico-eutanasia_2877407/

Europa Press. (2022, 4 diciembre). *Feijóo apuesta por tumbar el legado Pedro Sánchez y se compromete a derogar casi una decena de leyes*. <https://www.europapress.es/nacional/noticia-feijoo-apuesta-tumbar-legado-pedro-sanchez-compromete-derogar-casi-decena-leyes-20221204120653.html>

Fernández, M. (2023, 15 marzo). *Oregón se convierte en el primer estado de EE.UU. abierto al «turismo de la eutanasia»*. El Debate. https://www.eldebate.com/sociedad/20230315/oregon-convierte-primer-estado-ee-uu-abierto-turismo-eutanasia_100616.html

Ferrer, I. (2021, 24 junio). *La ley holandesa de eutanasia suma un respaldo del 87% al cumplir 20 años*. El País. <https://elpais.com/sociedad/2021-06-24/la-ley-holandesa-de-eutanasia-suma-un-respaldo-del-87-al-cumplir-20-anos.html>

Gimbel García, J. F. (2016, octubre). *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*

ICOMEM, COEM, & COFM. (2019, diciembre). *Declaración oficial contra el proyecto de ley de la eutanasia de los colegios farmacéuticos, odontólogos y médicos de madrid* [Comunicado de prensa]. https://www.icomem.es/adjuntos/adjunto_2952.1610532106.pdf

canadiense. UNED. <https://revistas.uned.es/index.php/RDUNED/article/view/18491/15530>

Lafferriere, J. N. (2022, 25 diciembre). *Suprema Corte de Massachusetts sostiene que no hay derecho al suicidio médicamente asistido*. Centro de Bioética, Persona y Familia. <https://centrodebioetica.org/suprema-corte-de-massachusetts-sostiene-que-no-hay-derecho-al-suicidio-medicamente-asistido/>

La Vanguardia. (2022, 10 noviembre). *Solo el 49% de los pacientes recibieron cuidados paliativos en España*. <https://www.lavanguardia.com/vida/20221110/8601454/49-pacientes-recibieron-cuidados-paliativos-espana.html>

Marull, D. R. (2018, enero 12). Así logró Ramón Sampeder su muerte digna hace 20 años. *La Vanguardia*. Recuperado 20 de enero de 2023, de <https://www.lavanguardia.com/vida/20180112/434167725866/ramon-sampeder-eutanasia-suicidio-aniversario-muerte.html>

Ministerio de sanidad. (2022). Informe anual 2021 de la prestación de ayuda para morir. *En sanidad*. <https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/docs/InformeAnualEutanasia.pdf>

Ministerio de sanidad. (2022b). Informe de evaluación de la Estrategia de Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. En *sanidad*. <https://isanidad.com/wp-content/uploads/2023/01/informe-evaluacion-estrategia-cuidados-paliativos-SNS-2022.pdf>

OMS. (2023). OMS. who. <https://www.who.int/es>

Ordiz, E. (2019, 26 abril). *PSOE y Podemos proponen una ley de eutanasia, mientras el PP defiende los cuidados paliativos*. *www.20minutos.es* - Últimas Noticias. <https://www.20minutos.es/noticia/3607523/0/eutanasia-entra-campana-elecciones-generales-posiciones-partidos/>

Pleschberger, J. (2022, 3 enero). *El suicidio asistido ya es legal en Austria*. *euronews*. <https://es.euronews.com/2022/01/03/el-suicidio-asistido-ya-es-legal-en-austria>

RAE. (2023). *Real academia española*. RAE.es. Recuperado 5 de enero de 2023, de <https://www.rae.es>

Redacción la vanguardia. (2008, 20 febrero). *Luxemburgo aprueba la legalización de la eutanasia*. La Vanguardia. <https://www.lavanguardia.com/vida/20080220/53437877981/luxemburgo-aprueba-la-legalizacion-de-la-eutanasia.html>

RTVE. (2021, 28 enero). *El 72% de los españoles se muestra a favor de la eutanasia, según el CIS*. RTVE.es. Recuperado 24 de enero de 2023, de <https://www.rtve.es/noticias/20210128/72-ciento-espanoles-muestra-favor-eutanasia-cis/2070200.shtml>

Salazar, C. J. (2022, 30 junio). *5 ideas sobre la Sentencia C-233 de 2021 sobre eutanasia en Colombia*. desclab. <https://www.desclab.com/post/sentencia233>

Service public fédéral. (2021). Dixième rapport aux chambres législatives. En *organesdeconcertation*. https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/10_rapport-euthanasie_2020-2021-fr.pdf

Simón, P., & Barrio, I. (2012). La eutanasia en Bélgica. *Scielo*. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272012000100002

Telemadrid. (2020, 4 marzo). La Iglesia, sobre la eutanasia: «La muerte provocada no es la solución». *Telemadrid*. Recuperado 25 de enero de 2023, de <https://www.telemadrid.es/programas/120-minutos/Iglesia-eutanasia-muerte-provocada-solucion-2-2110009006--20190405121629.html>

Tribunal Constitucional. (2023). *EL PLENO DEL TC AVALA LA CONSTITUCIONALIDAD DE LA LEY DE LA EUTANASIA PORQUE RECONOCE A LA PERSONA UN DERECHO DE AUTODETERMINACIÓN PARA DECIDIR DE MANERA LIBRE, INFORMADA Y CONSCIENTE EL MODO Y MOMENTO DE MORIR EN SITUACIONES MEDICAMENTE CONTRASTADAS DE ENFERMEDADES TERMINALES O GRAVEMENTE INCAPACITANTES* [Comunicado de prensa]. o%2024-2023.pdf">https://www.tribunalconstitucional.es/NotasDePrensaDocumentos/NP_2023_024/NOTA%20INFORMATIVA%20N%202024-2023.pdf

- Ucv, B. O. D. E. (2022, 12 enero). *El suicidio asistido y la eutanasia, permitidos en Maine (EEUU)*. Observatorio de Bioética, UCV. <https://www.observatoriobioetica.org/2022/01/el-estado-de-maine-en-los-estados-unidos-de-america-aprueba-el-suicidio-asistido-y-la-eutanasia/37730>
- Valdés, I. (2019, 12 abril). El caso Carrasco desata las críticas del gobierno y la judicatura. *El País*. Recuperado 25 de enero de 2023, de https://elpais.com/sociedad/2019/04/11/actualidad/1554981572_529023.html
- Verdú, F. (2017). El suicidio asistido en Suiza. *Gaceta Internacional de Ciencias Forenses*, 24, 1-2. https://www.uv.es/gicf/1Ed1_Verdu1_GICF_24.pdf
- Wolfson, B. J. (2021, 8 diciembre). *Nueva ley de California facilita el proceso de ayuda para morir*. Kaiser Health News. <https://khn.org/news/article/nueva-ley-de-california-facilita-el-proceso-de-ayuda-para-morir/>
- Zulet, Í. (2019, 5 abril). La eutanasia en campaña: PP y Vox se oponen y PSOE y Podemos quieren que la pague el Estado. *El Español*. Recuperado 25 de enero de 2023, de https://www.elespanol.com/espana/politica/20190405/eutanasia-campana-pp-vox-psoe-podemos-quieren/388462622_0.html