

**Y DE NUEVO,
LA EUTANASIA:
Una mirada nacional e internacional**

ANA MARÍA MARCOS Y JAVIER DE LA TORRE (EDS.)

No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, sea este electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del editor. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (art. 270 y siguientes del Código Penal).

Diríjase a Cedro (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra. Puede contactar con Cedro a través de la web www.conlicencia.com o por teléfono en el 917021970/932720407

Este libro ha sido sometido a evaluación por parte de nuestro Consejo Editorial
Para mayor información, véase www.dykinson.com/quienes_somos

© Copyright by
Los autores
Madrid, 2019

Editorial DYKINSON, S.L. Meléndez Valdés, 61 - 28015 Madrid
Teléfono (+34) 91 544 28 46 - (+34) 91 544 28 69
e-mail: info@dykinson.com
<http://www.dykinson.es>
<http://www.dykinson.com>

ISBN: 978-84-1324-036-7
Depósito Legal: M-3232-2019

Preimpresión por:
Besing Servicios Gráficos S.L.
e-mail: besingsg@gmail.com

Impresión:
Copias Centro

ÍNDICE

PRÓLOGO	11
EUTANASIA Y SUICIDIO ASISTIDO. RAZONES Y ARGUMENTOS PARA PENSAR.....	15
JÁVIER DE LA TORRE DÍAZ	
1. Argumento de la pendiente resbaladiza	15
2. Argumento de las consecuencias sociales (o mayor presión sobre vulnerables)	19
3. Argumento de las consecuencias para la profesión médica	22
4. Argumento de la alternativa (preferente) por un mayor desarrollo de los cuidados paliativos	24
5. Argumento del derecho a la vida como preferente al derecho a disponer de la propia vida.....	28
6. Argumento basado en la autonomía o falta de autonomía del sujeto.....	32
7. La compasión y la responsabilidad	39
8. La dignidad y la vulnerabilidad.....	41
Conclusión. Solidaridad y cuidado en nuestra cultura	45
Bibliografía.....	46
LA EUTANASIA: PROPUESTA DE REGULACIÓN EN ESPAÑA.....	53
ANA M ^a MARCOS DEL CANO	
1. Estado de la cuestión	53
2. Concepto de eutanasia.....	56
3. Valores ético-jurídicos implicados.....	60
4. Argumentos a favor y en contra	62

5. Análisis crítico de la proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia presentada en España (2018).....	66
6. Reflexiones <i>in fine</i>	73
Bibliografía.....	74
LA EUTANASIA Y EL SUICIDIO ASISTIDO EN HOLANDA	77
FERNANDO PINTO PALACIOS	
1. Antecedentes.....	77
2. Despenalización legislativa de la eutanasia: la ley “korthals/borst”.....	81
3. Evolución de la práctica médica.....	85
4. Pendiente resbaladiza: de la enfermedad terminal al “cansancio de vivir”.....	88
Bibliografía.....	93
LA EUTANASIA EN BÉLGICA Y LUXEMBURGO	95
ANA YLENIA GUERRA VAQUERO	
1. La eutanasia en Bélgica.....	95
2. Luxemburgo.....	100
Conclusiones.....	103
Bibliografía.....	104
EL SUICIDIO ASISTIDO EN SUIZA	105
MARO BOTICA	
1. EXIT Deutsche Schweiz y EXIT ADMD Suisse Romande.....	105
2. Situación jurídica y estadísticas.....	108
3. Dignitas y Lifecircle.....	111
LA REGULACIÓN DEL SUICIDIO ASISTIDO EN ESTADOS UNIDOS; EN ESPECIAL, EL MODELO OREGÓN	117
FEDERICO DE MONTALVO JÄÄSKELÄINEN	
1. Una cuestión previa: el concepto norteamericano de privacidad (<i>privacy</i>) y su influencia en el debate del derecho a la vida.....	117
2. De la transformación de un derecho en una mera libertad: el impacto del caso <i>cruzan</i>	118

3. El modelo oregón.....	121
4. El argumento de la pendiente resbaladiza desde la experiencia del modelo oregón: realidad o mito.....	127
Bibliografía.....	131
LA EUTANASIA Y EL SUICIDIO ASISTIDO EN CANADÁ	133
BORJA SÁNCHEZ BARROSO	
1. Contexto.....	133
2. Antecedentes de la actual regulación.....	134
3. Regulación actual de la eutanasia y el suicidio asistido en Canadá.....	136
4. Seguimiento sobre la implantación de la AMM y estado actual del debate.....	142
Bibliografía.....	146
EL MORIR DIGNAMENTE Y LA EUTANASIA EN COLOMBIA	151
EDUARDO DÍAZ AMADO	
1. Introducción.....	151
2. Se despenaliza el homicidio por piedad (1997).....	152
3. Algunas normas mientras el Congreso legisla (2014).....	154
4. Muerte digna y eutanasia en niños, niñas y adolescentes (2018).....	155
5. Algunos temas relevantes.....	157
6. Las cifras... a modo de conclusión.....	161
Bibliografía.....	162
LA LEGISLACIÓN FRANCESA SOBRE EL FINAL DE LA VIDA	165
JOSÉ RAMÓN DÍEZ RODRÍGUEZ	
1. Introducción.....	165
2. La legislación general francesa: el Código penal y el Código civil.....	165
3. El código de salud pública francés (<i>codé de la santé publique</i>) ..	166
4. Aspectos críticos de la ley francesa.....	173
5. Conclusiones.....	175
Bibliografía.....	175

LA REGULACIÓN DE LA EUTANASIA Y EL SUICIDIO ASISTIDO EN ALEMANIA: ¿UNA EXCEPCIONALIDAD O UN MODELO EUROPEO BASADO EN LA DIGNIDAD HUMANA?	177
FEDERICO DE MONTALVO JÄÄSKELÄINEN Y BORJA SÁNCHEZ BARROSO	
1. Introducción: razones de la singularidad alemana en relación con su entorno cultural, geográfico y lingüístico	177
2. Contexto actual	182
3. Regulación de la eutanasia y el auxilio al suicidio en Alemania	183
4. La reciente reforma del Código Penal: ¿una superación de los temores históricos hacia la eutanasia y el auxilio al suicidio?	192
5. La reciente opinión del comité nacional de ética: ¿un signo de que nada ha cambiado en el modelo alemán?	193
6. Lecciones para España del modelo alemán	195
Bibliografía	197
EL FINAL DE VIDA EN ITALIA: RECHAZO DE LOS TRATAMIENTOS, INSTRUCCIONES PREVIAS, ASISTENCIA AL SUICIDIO	201
SIMONE PENASA	
1. Introducción: un lento camino hacia el reconocimiento de los derechos al final de la vida. ¿todavía no concluido?	201
2. El consentimiento y el derecho al rechazo de los tratamientos: el marco constitucional, jurisprudencial y legislativo	202
3. Las disposiciones anticipadas de los tratamientos: el art. 4 de la Ley n. 291/2017	207
4. La asistencia al suicidio: desarrollos jurisprudenciales recientes y el diálogo entre la Corte Constitucional y el Parlamento	210
ANEXO: LA SITUACIÓN EN URUGUAY Y EN AUSTRALIA	
JAVIER DE LA TORRE DÍAZ	
1. La situación en Uruguay	213
2. La situación en Australia. El estado de Victoria	216

PRÓLOGO

Ya hace casi cinco siglos, nuestros grandes teólogos de la Escuela de Salamanca (Vitoria, Soto, Báñez), con esa integración de occamismo, humanismo y tomismo renovado, señalaron con gran lucidez y hondura que era lícito, en algunas ocasiones, no llevar a cabo aquellos medios que suponían mucho esfuerzo y medios bastante duros (como un largo viaje a tierras más cálidas, una operación peligrosa); aquellos medios que implicaban muchos tormentos y enorme dolor (una amputación -estaban en una época preanestésica), un costo extraordinario o medios valiosos y exquisitos que podían dejar al enfermo y su familia en la precariedad (por tener que vender los pocos bienes que se poseían) o aquellos medios que producían en el enfermo un horror severo, un intenso miedo o repugnancia.

Durante estos siglos un consenso amplio ha impregnado nuestra cultura occidental aceptando que, en determinados momentos, hay que aceptar dejar morir en paz, rechazar tratamientos desproporcionados y fútiles, limitar y adecuar el esfuerzo terapéutico, usar calmantes aunque se acorte la vida, etc.

En el siglo XX se produce un profundo cambio en el final de la vida y en la cultura occidental. Se alarga la esperanza de vida y los procesos de muerte, cambian las actitudes culturales ante la muerte, las actitudes de los médicos, la concepción de los mayores en la sociedad, la asistencia médica, las técnicas de soporte vital y aumenta la conciencia democrática y de libertad en la gestión privada de la vida. La consecuencia es una mayor carga general de la enfermedad y mayor duración de los cuidados, una mayor necesidad de asistencia médica, una mayor frecuencia de situaciones de dependencia y demencia y un mayor coste de los cuidados al final de la vida.

A pesar de estos cambios, no será hasta finales del s. XX cuando unos pocos países (Holanda, Bélgica, Estado de Oregón) den pasos decididos, con distintos modelos jurídicos, para despenalizar la eutanasia, en el caso de los dos primeros y el suicidio asistido en ciertas circunstancias, en el tercero. Posteriormente varios estados norteamericanos, Colombia, Luxemburgo y Canadá se añadirán a esta limitada lista de países.

En España no se planteó seriamente el tema hasta finales del siglo XX. El código penal y el código de Deontología Médica eran claros en su sanción. Una

EUTANASIA Y SUICIDIO ASISTIDO. RAZONES Y ARGUMENTOS PARA PENSAR

JAVIER DE LA TORRE DÍAZ

*Director Cátedra de Bioética y Máster de Bioética. Universidad P. Comillas
jtorre@comillas.edu*

Para dialogar y debatir es esencial en primer lugar ponerse de acuerdo sobre aquello que estamos intentando aclarar. En este tema, como punto de partida, asumimos la definición del documento de propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras en la discusión sobre Ética y muerte digna promovido por Pablo Simón y Francisco Alarcos y secundado por más de cincuenta bioeticistas españoles (Simón y Alarcos, 2008). También asumimos las definiciones del documento "Atención Médica al Final de la vida: conceptos y definiciones" de la Organización Médica Colegial y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos de España (Gómez Sancho et al, 2015).

Cuatro notas caracterizan la eutanasia y el suicidio asistido en estos documentos: petición expresa y reiterada (voluntariedad, consentimiento), aplicación por profesional sanitario, enfermedad irreversible/avanzada (más allá de la terminalidad), vivencia de sufrimiento experimentada como inaceptable. Estas cuatro notas definitorias son también un buen límite para pensar los ocho argumentos a favor y en contra de la eutanasia y el suicidio asistido que ofrecemos en este artículo (Torre, 2012b).

1. ARGUMENTO DE LA PENDIENTE RESBALADIZA

Es el clásico argumento consecuencialista. La bondad de una acción no se juzga por la acción misma ni por la intención con que se realiza sino por las consecuencias que acarrea. La aceptación de la eutanasia llevaría a abusos en la realidad y en la ley. De ahí que el único modo de evitar abusos es no permitirlos en ningún caso. El único modo de evitar las consecuencias negativas es, desde este punto de vista, prohibir esa conducta. No es posible abrir sólo un poco la puerta. La pendiente implica que abrir una excepción puede llevar

- Torre, J. de la (2012b). Repensar las razones filosóficas, jurídicas y teológicas de la postura no despenalizadora de la eutanasia. En Junquera, R. y de la Torre, J., *Dilemas bioéticos actuales*. Madrid: UNED-Comillas-Dykinson, 205-235.
- Widdershoven, G. A. M. (1999). Euthanasia in the Netherlands. Some first experiences of evaluation committees, *Hasting Center Report* 29, 47-48.
- Wilson K. G. et al. (2000). Attitudes of Terminally Ill Patients Toward Euthanasia and Physician-Assisted Suicide”, *Archives of Internal Medicine* 160, nº 16: 2456-2457.
- Wood Mak, Y. Y. and Elwyn, G. (2005). Voices of the terminally ill: uncovering the meaning of desire for euthanasia. *Palliative Medicine* 19, nº4: 345.
- World Federation of Right to Die Societies, “What about the Hippocratic Oath?”. En <http://www.worldrtd.net/es/what-about-hippocratic-oath>; Cheng, F. (2015). Assisted suicide does not violate Hippocratic Oath. *The Straits Times*, July 3, 2015.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, Cancer Pain Relief, Ginebra, WHO, 1990.
- Youngman, M. (2013). Ethical debate on Assisted Suicide through. The Utilitarian Theory. *Stark State College (blog)*, April 4, 2013. <https://sites.google.com/a/starkstate.net/michael-w-youngman/weekly-blog/ethicaldebateonassisted-suidiethrorughtheutilitarianteheroy>
- Zamichow N., Murray, K. (2014). The Hippocratic Oath and the terminally ill. *LA Times*, December 26, 2014.

LA EUTANASIA: PROPUESTA DE REGULACIÓN EN ESPAÑA

ANA M^a MARCOS DEL CANO

Catedrática de Filosofía del Derecho. Facultad de Derecho. UNED
amarcos@der.uned.es

1. ESTADO DE LA CUESTIÓN

Y de nuevo la eutanasia irrumpe en la escena de la política en España y esta vez con visos de quedarse. La regulación que ha presentado el Grupo Parlamentario Socialista como **Proposición de Ley orgánica de regulación de la eutanasia, el 21 de mayo del 2018¹**, como en la propia Exposición de Motivos se dice “pretende dar respuesta jurídica, sistemática, equilibrada y garantista a una demanda sostenida de la sociedad actual”. La enmienda a la totalidad que ha presentado el PP ha sido rechazada, y, de este modo, la proposición de ley pasará primero a la fase de ponencias —en la que los grupos tratarán de consensuar un texto—, luego irá a la Comisión de Justicia y por último regresará al pleno. Allí, al tratarse de una ley orgánica, deberá ser votada en su conjunto y lograr la mayoría absoluta: 176 votos favorables. En toda esta tramitación, el texto seguirá abierto a enmiendas. El apoyo explícito de los partidos (PSOE, Podemos, PNV, ERC y PDeCAT), salvo el PP, sería suficiente. Ciudadanos se ha comprometido a apoyarla si antes se aprueba su **Proposición de Ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida²**.

El tema de la eutanasia en las sociedades actuales es recurrente. Las **causas** de esta solicitud son complejas, pero podríamos afirmar que, lo que provocó,

¹ Véase en *Boletín Oficial de las Cortes Generales. Congreso de los Diputados*, núm. 270-1, pp. 1-ss.

² Proposición de Ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida, presentada por el Grupo Parlamentario Ciudadanos, 16 de diciembre de 2016, *Boletín Oficial de las Cortes Generales, Congreso de los Diputados*, núm. 66-1, pp. 1-ss.

dical Assistance in Dying Act (junio de 2016)– que ha legalizado la asistencia al suicidio, en determinados casos y bajo circunstancias y condiciones contempladas por la ley. En su caso, la Corte Costituzionale italiana ha decidido no entrar en el meollo de la cuestión, devolviendo el asunto al Parlamento a través de una decisión que no vincula al legislador italiano, como lo estaba el Parlamento canadiense frente a una declaración formal de incompatibilidad de la ley. De todas maneras, esta resolución contribuirá de forma decisiva al debate social, político y jurídico relacionado con la oportunidad de introducir formas lógicas de asistencia al suicidio en el ordenamiento italiano.

El sistema italiano sigue siendo clasificable como un ordenamiento de tendencia impositiva, donde un reconocimiento general del derecho a rechazar los tratamientos sanitarios no se acompaña con una tutela de la autodeterminación individual que llegue hasta reconocer el control total de la persona sobre las fases finales de la vida¹⁵: el derecho al rechazo de terapias de soporte vital (ley n. 219/2017) coexiste con la prohibición, garantizada por una sanción penal, tanto del homicidio por piedad (artículo 579, Código penal) y de la asistencia al suicidio (artículo 580, Código penal). Después de la entrada en vigor de la Ley n. 219/2017, el ordenamiento italiano se caracteriza en el panorama comparado por el hecho de haber edificado a nivel legislativo un sistema integrado de herramientas de protección de los derechos fundamentales de la persona al final de su vida. Para llegar a este resultado, que necesita todavía de una efectiva y sistemática implementación, el papel desarrollado por la jurisprudencia ha sido fundamental, como se ha adelantado en el párrafo 1 de este comentario. Las herramientas contempladas por la ley tienen la finalidad de garantizar el efectivo ejercicio del derecho al consentimiento informado y al rechazo, en los casos y bajo las condiciones que se han analizado: derecho de consentimiento y rechazo (artículo 1); terapia del dolor (artículo 2); disposiciones de tratamiento anticipado (artículo 4) y planificación compartida de la atención (artículo 5)¹⁶.

Elas constituyen un conjunto de ámbitos jurídicos que quedan en el ámbito de la disponibilidad de la persona y que necesitan del establecimiento de unas condiciones institucionales, organizativas y de recursos humanos para ser efectivamente implementadas.

ANEXO: LA SITUACIÓN EN URUGUAY Y AUSTRALIA

JAVIER DE LA TORRE DÍAZ

Director Cátedra de Bioética. Universidad P. Comillas
jtorre@comillas.edu

1. LA SITUACIÓN EN URUGUAY

A veces se habla de la eutanasia en Uruguay pero en este país no está regulada la eutanasia sino la suspensión, oposición y rechazo de tratamientos y procedimientos médicos.

La Ley 18.473 del Código Penal de Uruguay, es la ley de “voluntad anticipada” o “ley del buen morir”. La ley ya fue llevada al parlamento y fue sancionada por la cámara de diputados el 17 de marzo de 2009. Los artículos de esta ley son los que siguen:

Artículo 1º.- Toda persona mayor de edad y psíquicamente apta, en forma voluntaria, consciente y libre, tiene derecho a oponerse a la aplicación de tratamientos y procedimientos médicos salvo que con ello afecte o pueda afectar la salud de terceros.

Del mismo modo, tiene derecho de expresar anticipadamente su voluntad en el sentido de oponerse a la futura aplicación de tratamientos y procedimientos médicos que prolonguen su vida en detrimento de la calidad de la misma, si se encontrare enferma de una patología terminal, incurable e irreversible.

Tal manifestación de voluntad, tendrá plena eficacia aun cuando la persona se encuentre luego en estado de incapacidad legal o natural.

No se entenderá que la manifestación anticipada de voluntad, implica una oposición a recibir los cuidados paliativos que correspondieren.

¹⁵ Casonato, C. (2012) *Introduzione al biodiritto*. Torino: Giappichelli, 115.

¹⁶ Ofrece un análisis exhaustivo de la ley Baldini, G. (2018). *Prime riflessioni a margine della legge n. 219/2017*. *BioLaw Journal-Rivista di BioDiritto*, 2, 97-152.

la eutanasia. En su artículo 46 se afirma con claridad: “La eutanasia activa entendida como la acción u omisión que acelera o causa la muerte de un paciente, es contraria a la ética de la profesión”. En el artículo 48 se señala que “en enfermos terminales, es obligación del médico continuar con la asistencia del paciente con la misma responsabilidad y dedicación, siendo el objetivo de su acción médica, aliviar el sufrimiento físico y moral del paciente, ayudándolo a morir dignamente acorde con sus propios valores. En etapas terminales de la enfermedad no es ético que el médico indique procedimientos diagnósticos o terapéuticos que sean innecesarios y eventualmente perjudiciales para su calidad de vida”. Finalmente en el artículo 49 apunta que el “médico debe respetar la voluntad válida de un paciente que libremente ha decidido rechazar los tratamientos que se le indiquen, luego de un adecuado proceso de consentimiento informado”. En el artículo 13 d) ya había dejado asentado el deber de todo médico de “respetar la libre decisión del paciente, incluido el rechazo de cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico propuesto, en el marco de las normativas vigentes. En ese caso le informará sobre los riesgos o inconvenientes de su decisión. El médico podrá solicitar al paciente o sus responsables, luego de la total y completa información del procedimiento propuesto, firmar un documento escrito en el que conste ese rechazo y en caso que no se lograra, dejar constancia en la historia clínica”.

El artículo 36 protege la objeción de conciencia del médico: “El médico tiene derecho a abstenerse de hacer prácticas contrarias a su conciencia ética aunque estén autorizadas por la ley. En ese caso tiene la obligación de derivar al paciente a otro médico”.

2. LA SITUACIÓN EN AUSTRALIA. EL ESTADO DE VICTORIA

En 1995, el Territorio del Norte, uno de los seis estados que conforman el país, aprobó introducir en su jurisdicción la muerte asistida. Fue el primero en el mundo en adherirse a esta práctica. Sin embargo, poco después, en 1997, el Gobierno Federal promulgó una legislación para anular esta ley en el Territorio del Norte.

Más de veinte años después, el estado de Victoria, ha determinado que los mayores de dieciocho años, con enfermedad terminal y menos de seis meses de esperanza de vida, podrían solicitar un medicamento letal.

El estado australiano de Victoria ha aprobado la legalización de la eutanasia y el suicidio asistido. El Parlamento del Estado de Victoria aprobó en octubre de 2017 la Ley de Muerte Asistida Voluntaria n.º 61 de 2017 que permite a los enfermos terminales solicitar la muerte asistida a través de la ingesta de medicamentos que la induzcan. La ley regula con detalle el procedimiento (primera solicitud, primera y segunda evaluación, declaración escrita, solicitud final). La ley regula tanto la solicitud de un permiso de auto-administración (art. 47) como la solicitud de permiso de administración por un médico

en caso que esté físicamente incapacitada y tenga capacidad de decisión en relación a la muerte voluntaria asistida (art. 48). Esta decisión ha dividido a jueces y autoridades sanitarias. Las autoridades pretenden que esta nueva ley suponga un ejemplo para que el resto de estados del país se animen a adoptar medidas similares. A partir de ahora, conforme al artículo 9, quedan estipulados en la ley los requisitos para el acceso a la muerte voluntaria asistida:

- (a) Ser mayor de 18 años; y
- (b) Además: (i) ser ciudadano australiano o disponer de residencia permanente; y (ii) residir habitualmente en Victoria; y (iii) en el momento de realizar la primera petición, haber residido habitualmente en Victoria en los últimos 12 meses; y
- (c) Tener capacidad de tomar decisiones en relación con la muerte voluntaria asistida; y
- (d) Haber sido diagnosticada con una dolencia, enfermedad o un cuadro médico (i) incurable; y (ii) avanzado, progresivo y que causará la muerte; y (iii) con una esperanza de vida de semanas o meses, sin exceder los 6 meses; y (iv) que le cause un sufrimiento que no puede ser aliviado de un modo que la persona considere aceptable.

La ley deja claro que no se puede acceder a la muerte voluntaria asistida por el solo hecho de haber sido diagnosticado con una enfermedad mental (Ley de Salud Mental de 2014) o por el solo hecho de tener una discapacidad (Ley de Discapacidad de 2006). Si tiene una enfermedad neurodegenerativa, el pronóstico deberá ser siempre inferior a los doce meses.

Los enfermos terminales con menos de 12 meses de esperanza de vida podrán solicitar una dosis de medicación letal. En caso de que el paciente no se encuentre dispuesto o no tenga la suficiente fuerza para hacerlo por sí mismo, podrá solicitar la asistencia de un médico que le facilite la labor.

El Gobernador del estado de Victoria aprobó esta ley justo después de la muerte de su padre en 2016 a causa del cáncer. La votación se celebró en octubre de 2017 y concluyó con 47 votos favorables y 37 en contra tras veinticuatro horas de debate en la asamblea estatal. En noviembre de 2017, la cámara alta aprobó la ley con ciertas enmiendas por 22 votos a favor y 18 en contra. La ley estipula que los pacientes recibirán la droga en un plazo de diez días tras superar dos chequeos médicos independientes. Conforme al artículo 2 de la ley, las disposiciones de la ley que no hayan entrado en vigor antes del 19 de junio de 2019, entrarán en vigor en esa fecha.

