



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE DERECHO

**EL HORIZONTE DE LA EUTANASIA
CONTEMPLADO DESDE LA
VULNERABILIDAD DE LA PERSONA CON
DISCAPACIDAD**

Autor: María Mielgo García

4º E1

Derecho Civil

Tutor: María Reyes Corripio Gil-Delgado

Madrid

Abril 2022

RESUMEN

El 24 de marzo de 2021 entraba en vigor en España la Ley Orgánica de regulación de la eutanasia, reconociéndose así el derecho a morir. El objetivo de este trabajo de fin de grado es estudiar la reciente LO 3/2021 para dilucidar cuál es el impacto e implicaciones que tiene para las personas vulnerables. Analizaremos como la eutanasia está estrechamente relacionada con otros derechos preexistentes, como son el derecho a la vida o la dignidad humana, y los conflictos que pueden surgir entre ellos. Además, veremos cual es su alcance y desarrollo en España de los cuidados paliativos como alternativa a la eutanasia. Por último, haremos un recorrido por el procedimiento que la LO establece para solicitar la prestación eutanásica: requisitos en caso de personas capaces, requisitos en caso de personas incapacitadas de hecho, papel de los médicos intervinientes y papel de las Comisiones de Garantía y Evaluación.

Palabras clave: eutanasia, dignidad, derecho a la vida, cuidados paliativos, incapacidad de hecho, persona vulnerable, profesional sanitario.

ABSTRACT

On March 24, 2021, the Organic Law on the regulation of euthanasia entered into force in Spain, recognizing the right to die. The aim of this final degree project is to analyze the recent LO 3/2021 to know the impact and implications it has for vulnerable people. We will examine how euthanasia is closely related to other pre-existing rights, such as the right to life or human dignity, and the conflicts that may arise between them. In addition, we will see the scope and development in Spain of palliative care as an alternative to euthanasia. We will look at the procedure that the LO establishes as requirements to ask for euthanasia, in case of capable persons and in case of the facto disability. Moreover we will see the role played by the doctors and by the Guarantee and Evaluation Commissions involved in the process.

Keywords: euthanasia, dignity, right to life, palliative care, de facto legal disability, vulnerable person, health profesional.

ÍNDICE

LISTADO DE ABREVIATURAS	5
I. INTRODUCCIÓN	6
1.1. Relevancia del tema	6
1.2. Antecedentes.....	7
1.3. Objetivo y estructura del trabajo.....	10
1.4. Metodología.....	11
II: LA PERSONA VULNERABLE Y LA EUTANASIA	11
1. DEFINICIÓN DE EUTANASIA	11
1.1. El derecho a la vida como límite a la eutanasia	13
2. LA PERSONA VULNERABLE	14
2.1. Distinción entre enfermo terminal, persona con discapacidad y anciano 15	
2.2. Dignidad de las personas vulnerables.....	16
3. CUIDADOS PALIATIVOS	18
III: ANALISIS DE LOS REQUISITOS DE LA LO 3/2021 DESDE LA PERSPECTIVA DE LA PERSONA VULNERABLE	21
1. REQUISITOS PARA SOLICITAR LA PRESTACIÓN EUTANÁSICA POR UNA PERSONA CAPAZ	21
1.1. Voluntad	22
1.2. Contexto eutanásico.....	23
1.3. Consentimiento informado	25
2. REQUISITOS PARA SOLICITAR LA PRESTACIÓN EUTANÁSICA POR PERSONA EN SITUACIÓN DE INCAPACIDAD DE HECHO	26
2.1. Concepto de “incapacidad de hecho”	26
2.2. Documento de voluntades anticipadas (DVA)	28
2.3. Planificación anticipada de decisiones (PAD).....	29
III: GARANTÍAS DEL PROCEDIMIENTO Y CRÍTICAS A LA LO 3/2021	31
1. PROCEDIMIENTO EUTANÁSICO	31

2.	EL PAPEL DE LOS MÉDICOS INTERVINIENTES.....	33
3.	EL PAPEL DE LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN	35
4.	CRÍTICAS A LA LO 3/2021	37
<i>V. CONCLUSIONES.....</i>		40
<i>BIBLIOGRAFÍA</i>		43
1.	LEGISLACIÓN.....	43
2.	JURISPRUDENCIA.....	44
3.	OBRAS DOCTRINALES	45
4.	RECURSOS DE INTERNET.....	48

LISTADO DE ABREVIATURAS

Art.: artículo

CE: Constitución Española

CGE: Comisión de Garantía y Evaluación

CP: Código Penal

DVA: documento de voluntades anticipadas

FJ: fundamento jurídico

INE: Instituto Nacional de Estadística

LAP: Ley de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica

Núm.: número

OMS: Organización Mundial de la Salud

Op. Cit.: opus citatum

p: página

PAD: planificación anticipada de decisiones

pp: página/s

RAE: Real Academia Española

Ref.: referencia

SECPAL: Sociedad Española de Cuidados Paliativos

TC: Tribunal Constitucional

Vol: volumen

1. INTRODUCCIÓN

1.1.Relevancia del tema

El 24 de marzo de marzo de 2021 entró en vigor en España la Ley Orgánica 3/2021 de regulación de la eutanasia (en adelante, LO 3/2021). Su aprobación supone la introducción de la eutanasia en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud y la capacidad de las personas para decidir acelerar su proceso de muerte en el contexto de una enfermedad terminal o crónica.

En la actualidad, el debate sobre la eutanasia y el derecho a disponer de la vida han adquirido una notable importancia en la sociedad a nivel mundial. Las razones más importantes que han propiciado este debate son el aumento de la esperanza de vida, los avances médicos, la *“secularización de la vida y conciencia social y de los valores de las personas o el reconocimiento de la autonomía de la persona también en el ámbito sanitario”*¹.

En primer lugar, en los últimos años la población ha sufrido un envejecimiento progresivo de forma que, según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en España la esperanza de vida de los hombres ha pasado de 75,4 a 80,9 años entre 1999 a 2019; en el caso de las mujeres ha pasado de 82,3 a 86,2 años². Estas cifras nos indican que en 20 años, la esperanza de vida ha subido entre cuatro y cinco años. Consecuentemente, la población anciana supone un mayor esfuerzo hospitalario puesto que son más propensos a necesitar cuidados médicos. Por todo ello que ¿podría ser la eutanasia una forma de reducir la presión hospitalaria?

En segundo lugar, cada vez son más los avances que se producen en los campos de diagnóstico y tratamiento de enfermedades. Las máquinas de radiodiagnóstico, los análisis en laboratorios o las pruebas genéticas son ejemplo de avances que han permitido la detección precoz de enfermedades. Asimismo, gracias al impulso que se ha dado a la investigación es posible curar enfermedades, como el cáncer, que hace años eran incurables.

¹ Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. («BOE» núm. 72, de 25 de marzo de 2021)

² Datos del Instituto Nacional de Estadística

En tercer lugar, podemos decir que está en auge la corriente de pensamiento que aboga por la autonomía de la persona; que todo ser humano sea libre para tomar las decisiones que considere en cualquier ámbito de la vida y que las mismas se respeten. En la esfera médica, concretamente, se creó la Ley de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Estos factores son los que han generado la “*demanda sostenida de la sociedad actual*” que menciona el preámbulo de la LO 3/2021 y en la que justifica el legislador la creación de la misma. Asimismo, en ellos se fundamenta el objetivo que tiene la Ley: “*legislar para respetar la autonomía y voluntad de poner fin a la vida*” de los pacientes terminales o crónicos que así lo soliciten

Finalmente, es importante destacar que la LO 3/2012 introduce en “*nuestro ordenamiento jurídico un nuevo derecho individual*”, pero que este se halla estrechamente vinculado a otros bienes y derechos ya protegidos como son: el valor superior de la libertad (artículo 1 CE), la dignidad de la persona (artículo 10 CE), el derecho a la vida (artículo 15 de la CE), la libertad ideológica y de conciencia (artículo 16 CE) y el derecho a la intimidad (artículo 18 CE)³. Así, para Manuel Ortiz estamos ante un derecho que “*se encuentra íntimamente ligado a ciertos derechos constitucionales y representa una garantía de los mismos, de tal suerte que una conculcación del primero puede acarrear, a su vez, la vulneración de los segundos*⁴”. A lo largo de este trabajo abordaremos cada uno de los posibles conflictos que pueden surgir entre derechos.

1.2. Antecedentes

Con la aprobación de la LO 3/2021, España se ha convertido en el cuarto país de Europa y séptimo del mundo en despenalizar la eutanasia en casos de enfermedad terminal o crónica. Los países en los que también es posible recibir esta prestación son: Holanda, Bélgica, Luxemburgo, Canadá, Colombia, Nueva Zelanda y Australia. Además, el suicidio asistido está permitido en Suiza, España y varios estados de EEUU⁵.

³ Berrocal Lanzarot, A. La regulación de la eutanasia y del suicidio asistido en España. Análisis jurídico-crítico de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo. *Revista Aranzadi Doctrinal* núm. 6/2021, pp. 4-5.

⁴ Ortiz Fernández, M. La legalización de la eutanasia activa directa en España: la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. *Diario La Ley*

⁵ Ortiz Fernández, M. *op.cit.*, p. 2

La forma de legislar la eutanasia es diferente en cada país, variando la edad a partir de la cual se puede solicitar la prestación, las formas aceptadas de eutanasia o el número de facultativos que deben consentirla. Para conocer cómo se ha regulado la eutanasia en los distintos sistemas, utilizaremos la información recopilada por Ana Isabel Berrocal Lanzarot⁶. En primer lugar, Holanda permite solicitar la eutanasia y el suicidio asistido a partir de los doce años, necesitando el consentimiento de los representante legales hasta los dieciséis años. Será necesario padecer un “*dolor insoportable e irreversible*”, que en caso de ser psicológico, precisará evaluación de un tercer médico: el psiquiatra. En Bélgica se puede solicitar a cualquier edad con consentimiento paterno, será imprescindible tener un “*sufrimiento físico o mental insoportable*” y el consentimiento de dos médicos. En Luxemburgo “*se aplica solo a los mayores de dieciocho años con una enfermedad incurable que conlleva un dolor insoportable y constante sin esperanza de mejora*”. En otros países como Suiza, solo está permitido el suicidio asistido, en Suiza, Alemania y Austria se permite dejar de suministrar tratamientos en caso de que el paciente lo solicite (eutanasia pasiva) y en el resto de países europeos se prohíbe y castiga la eutanasia. Es importante destacar que en Holanda, Bélgica y Luxemburgo se ha aprobado una ley de cuidados paliativos junto a la de eutanasia, ley que en nuestro país se ha obviado, causando graves dificultades de acceso a este servicio.

En España se ha optado por legalizar la eutanasia activa y el suicidio asistido. En el preámbulo de la Ley se distinguen dos formas de eutanasia. La primera es la eutanasia activa, en la que el paciente necesita la asistencia de un profesional facultativo que, “*de manera deliberada y a petición de este*”, le suministra los fármacos que terminan con su vida. La segunda sería lo que se conoce como suicidio asistido, en el que es el propio paciente el que ingiere el fármaco que le causa la muerte, previa facilitación del mismo, “*de forma deliberada y con conocimiento*”, por el médico. En ambos casos es necesario que concurren las circunstancias que suponen el contexto eutanásico, es decir, “*padecimiento grave, crónico e incapacitante o enfermedad grave e incurable, causantes de un sufrimiento intolerable*”.

⁶ Berrocal Lanzarot, A. *op. cit.*, pp. 21-23

La LO 3/2021 supone, por tanto, una modificación del Código Penal (CP). El artículo 143 CP anterior a la modificación señalaba: “*Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona*”⁷, pero si la cooperación al suicidio se daba en términos de “*petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar*”, entonces la pena se rebajaba en uno o dos grados. Consecuentemente, que la redacción anterior de este artículo rebajara la pena si la cooperación al suicidio se producía por demanda de la víctima, nos indica que el CP de 1995 ya dejaba una puerta abierta a una posible regulación de la eutanasia, siempre que se añadiese la participación de un médico, la voluntad inequívoca del paciente y un procedimiento minuciosamente controlado por Estado⁸. Actualmente, se ha producido la despenalización del suicidio asistido en los casos favorecidos por la LO 3/2021, y así se hace constar en el CP: “*no incurrirá en responsabilidad penal quien causare o cooperare activamente a la muerte de otra persona cumpliendo lo establecido en la ley orgánica reguladora de la eutanasia*”.

Por otro lado, a nivel territorial, España ya contaba con legislación autonómica acerca de los derechos y garantías de las personas en el proceso de morir (no de eutanasia). Se trata de regulaciones concretas de los cuidados paliativos que realizó cada comunidad autónoma. Estas leyes coinciden en que, para respetar la autonomía del paciente, garantizar el acceso a cuidados paliativos y una atención integral en el proceso de morir es fundamental; una vida digna requiere una atención digna previa a la muerte⁹. Posteriormente veremos la función de los cuidados paliativos y como el acceso a los mismos en nuestro país es especialmente precario.

⁷ Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal («BOE» núm. 281, de 24/11/1995)

⁸ Serrano Ruiz-Calderón, J. M. La cuestión de la eutanasia en España. Consecuencias jurídicas. *Cuadernos de bioética*, XVIII, p. 13

⁹ Ley 16/2018, de 28 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de atención al final de la vida de la Comunidad Valenciana («BOE» núm. 183, de 30 de julio de 2018). Otros ejemplos de regulaciones autonómicas sobre el proceso de muerte son: la Ley 4/2017, de 9 de marzo, de Derechos y Garantías de las Personas en el Proceso de Morir («BOE» núm. 149, de 23 de junio de 2017); la Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte («BOE» núm. 127, de 25 de mayo de 2010); la Ley 11/2016, de 8 de julio, de garantía de los derechos y de la dignidad de las personas en el proceso final de su vida («BOE» núm. 175, de 21 de julio de 2016); o la Ley 5/2015, de 26 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de las personas enfermas terminales («BOE» núm. 228, de 23 de septiembre de 2015)

1.3.Objetivo y estructura del trabajo

El objetivo de este trabajo será analizar la regulación que la LO 3/2021 realiza de la eutanasia, especialmente el impacto que esta Ley tiene en personas vulnerables como son: enfermos terminales, ancianos y personas con discapacidad. Nos adentraremos en el debate ético y moral que la sociedad mantiene con respecto a la eutanasia preguntándonos: ¿se trata de un acto de piedad o de matar a aquellos que ya no son “útiles”? También desglosaremos los requisitos y el procedimiento que debe llevar a cabo aquel que desea recibir la prestación eutanásica.

Este trabajo va a girar principalmente entorno a la LO 3/2021, pues es la Ley en la que se basa nuestro estudio. Aún así, me gustaría mencionar la importancia que ha supuesto para las personas con discapacidad la aprobación de la Ley 8/2021 por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica. Aunque en este trabajo solo será mencionada para ayudarnos a definir la incapacidad de hecho, esta última ha supuesto una revolución en cuanto a la capacidad de las personas con discapacidad puesto que se les concede más autonomía e instituciones tradicionales como la tutela, quedan sustituidas por un sistema de apoyos que vele por las preferencias de la persona.

En el primer capítulo desarrollaremos, inicialmente, el concepto de eutanasia. Analizaremos cómo está definida en la LO 3/2021 y qué tipos podemos encontrar, así como las diferentes posturas que existen con respecto al límite que el derecho a la vida supone para la eutanasia. En segundo lugar, trataremos las especiales implicaciones que la LO de regulación de la eutanasia genera para las personas vulnerables, entendiendo vulnerabilidad como enfermedad terminal, discapacidad y ancianidad. Por último, estudiaremos la existencia de los cuidados paliativos como alternativa a la eutanasia y su desarrollo y aplicación en España.

En el segundo capítulo abordaremos los requisitos que la LO 3/2021 exige a las personas capaces para solicitar la prestación eutanásica. Por otro lado, veremos que sucede con las personas incapaces de hecho, si pueden acceder a solicitar la eutanasia y cuales son los documentos útiles en caso de que se produzca esta situación.

En el tercer capítulo examinaremos el procedimiento, cuales son los pasos que deben seguir aquellos pacientes que desean recibir la prestación eutanásica. Además, analizaremos el papel que tienen en el proceso los principales implicados: profesionales sanitarios y comisiones de garantía y evaluación. En último lugar, realizaremos una crítica de los puntos débiles que observemos, durante el desarrollo de este trabajo, en la LO 3/2021.

1.4. Metodología

Con la intención de lograr los objetivos anteriormente expuestos, la metodología utilizada a lo largo de este Trabajo de Fin de Grado ha consistido en un análisis e investigación documental acerca de la LO 3/2021. En particular, se ha realizado una búsqueda y lectura exhaustiva de recursos bibliográficos, manuales, doctrina, informes y legislación. Esta última ha sido fuente predominante, especialmente la LO 3/2021, dado que se ha desglosado su contenido para poder hacer un análisis crítico de la misma. En términos de doctrina, se han utilizado artículos de revistas doctrinales y de bioética y manuales de Derecho de la Persona. Dichos documentos han sido esenciales para obtener una visión de expertos en la materia que se ha tratado. La recopilación de la información provista por todos estos medios ha permitido la comprensión de la recientemente aprobada LO de regulación de la eutanasia, así como una aproximación a las implicaciones que tiene para las personas vulnerables aprobar una ley que permite terminar con la vida.

II: LA PERSONA VULNERABLE Y LA EUTANASIA

1. DEFINICIÓN DE EUTANASIA

La palabra eutanasia procede del griego eu, que significa “bueno”, y de thanatos, que significa “muerte”. Por eso, etimológicamente su significado es “buena muerte”. No existe una definición única de eutanasia, sin embargo, la que más nos concierne es la del Preámbulo la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de Regulación de la Eutanasia: *“acto deliberado de dar fin a la vida de una persona, producido por voluntad expresa de la propia persona y con el objeto de evitar un sufrimiento”* o *“actuación que produce la muerte de una persona de forma directa e intencionada mediante una relación causa-efecto única e inmediata, a petición informada, expresa y reiterada en el tiempo por dicha persona, y que se lleva a cabo en un contexto de sufrimiento debido a una enfermedad o*

padecimiento incurable que la persona experimenta como inaceptable y que no ha podido ser mitigado por otros medios". De ambas definiciones podemos extraer la conclusión de que una persona puede solicitar que se le practique la eutanasia cuando se considere que tiene un diagnóstico avocado a la muerte para acelerar el proceso sin mayor sufrimiento.

Antes de la promulgación de la Ley Orgánica, el concepto de eutanasia fue objeto de estudio de forma generalizada, donde se podían distinguir dos tipos. En primer lugar, eutanasia activa y pasiva: la activa se produce cuando al paciente se le administra el fármaco o sustancia que pone fin a su vida, mientras que en la pasiva, pudiendo administrar un tratamiento que alargue la vida, se decide no hacerlo y dejar que llegue la muerte. Esta última nunca ha constituido delito bajo nuestro Código Penal, puesto que bajo la de la LAP: *"Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley"*¹⁰. En segundo lugar, eutanasia voluntaria e involuntaria: la primera es la que solicita expresamente el paciente enfermo que ha de contar con plenas capacidades, o en el momento de practicarse o en el pasado, siempre que conste por escrito. La eutanasia involuntaria es aquella que se realiza sin el consentimiento del enfermo, cuestión que ha generado un gran debate doctrinal como el que expone Albert Calsamiglia: *"en algunas ocasiones el paciente sufre lo indecible, pero es incapaz de expresar su voluntad. En otros, el paciente está en estado vegetal sin sufrimiento de ningún tipo. ¿Es posible justificar la eutanasia en esos casos? Los argumentos tienen que ser muy poderosos para defender la eutanasia en los casos en los que el destinatario no puede expresar su voluntad, porque un valor tan importante como la vida está en juego"*¹¹. En mi opinión, la eutanasia involuntaria es inadmisibles porque el enfermo no puede manifestar su voluntad y por tanto tampoco su consentimiento. Administrar la eutanasia a un enfermo en esta situación no sería otra cosa que un homicidio.

En la actualidad ya no podemos emplear los términos *"eutanasia pasiva"* ni *"eutanasia involuntaria"*, y así se ha hecho constar en el preámbulo de la LO 3/2021. Dichos términos han quedado excluidos de lo que, tanto la medicina como el derecho, consideran eutanasia.

¹⁰ 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» núm. 274, de 15/11/2002).

¹¹ Calsamiglia Blancafort, A. Sobre la eutanasia. *Doxa, Cuadernos de Bioética*, núm. 14 (1993), p. 347.

1.1.El derecho a la vida como límite a la eutanasia

La Constitución Española de 1978 inicia su sección de derechos fundamentales con el artículo 15, que reza: “*Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes. Queda abolida la pena de muerte, salvo lo que puedan disponer las leyes penales militares para tiempos de guerra*”¹². Que el inicio de dicha sección sea con la protección del derecho a la vida no es casualidad; se trata del derecho base, puesto que sin vida, no se puede ejercer ninguno de los derechos restantes. Además, este derecho está reconocido también indudablemente por la comunidad internacional, y así se hace constar en el artículo 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos: “*Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona*”.¹³

En el debate social que existe sobre la eutanasia, encontramos dos posturas sobre el derecho a la vida. En primer lugar, aquellos que consideran que es un derecho inalienable e irrenunciable. Esto implica que “*se le adscribe a la persona al margen de su consentimiento o contra él*”¹⁴ y que no se puede renunciar a el, ni mucho menos se puede exigir al Estado o a un tercero que ponga fin a la vida¹⁵ (derecho a morir). En segundo lugar, aquellos que opinan que debe reconocerse que el derecho a la vida tiene una dimensión negativa “*en virtud del propio valor de la dignidad humana*”, de manera que para respetarla el individuo debe poder elegir como vivir su vida, incluyendo así la decisión de morir¹⁶.

Si analizamos el contenido del derecho a la vida, no se trata de una facultad propia, sino de “*una prohibición a que alguien atente contra la vida ajena*”¹⁷, es decir, de una obligación ajena. Requena López indica que “*la vida difícilmente puede configurarse*

¹² Constitución Española («BOE» núm. 311, de 29/12/1978).

¹³ Asamblea General de la ONU. Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948).

¹⁴ Comité de Bioética de España. Informe sobre el final de la vida y la atención en el proceso de morir, en el marco del debate sobre la regulación de la eutanasia: propuestas para la reflexión y la deliberación, p.16. Miembros del Comité: De Montalvo, F., Altisent,R., Bellver, V., Cadena, F., De los Reyes, M., De la Gándara, A., Guillén, E., Jouve, N., López, N., Ruiz, L., Serrano, J.M., Sánchez, E.

¹⁵ Idem

¹⁶ Idem

¹⁷ Requena López, T. Sobre el derecho a la vida. Revista de derecho constitucional europeo, núm. 12 (2009), p. 292

*como un derecho, sino como la realidad descriptiva de la existencia de las personas*¹⁸. Esto implica que si lo que existe no es un derecho a la vida, sino una prohibición a que los demás atenten contra ella, no puede existir un derecho a la muerte; *“se es titular del derecho a la vida con independencia de la voluntad del sujeto”*¹⁹. Por otro lado, es indiscutible que no se puede obligar a nadie a vivir, pero es tarea del Estado proteger el valor sagrado de la vida y para ello, en el caso de pacientes terminales, se debería promover el acceso a los cuidados paliativos. Para el caso de personas sanas que creen que no merece la pena vivir su vida, es necesario que el Estado desarrolle una red de apoyo psicológico y psiquiátrico, que junto a sus lazos familiares y comunitarios, permita a estas personas encontrar el sentido de su vida.

Desde mi punto de vista, garantizar un derecho a morir puede dar lugar a peligrosos y nuevos debates. Si se puede disponer del derecho a la vida hasta el punto de acabar con ella, por qué detenerse en casos de enfermedad terminal; cualquier persona que considere que no merece la pena su vida, como por ejemplo en casos de depresión, y opta por acabar con ella ¿por qué no permitirselo? Como bien expone el Comité de Bioética de España, no se trata del ejercicio del derecho a morir, sino del *“derecho a no sufrir”*, por lo que si elimináramos o redujéramos considerablemente el sufrimiento quizás también podríamos eliminar la solicitud de eutanasia²⁰. El hecho es que el dolor no puede eliminarse en la mayoría de enfermos terminales o crónico, pero si que puede disminuirse mediante cuidados paliativos. Es por ello que debemos centrarnos en desarrollar un sistema adecuado que permita su difusión y aplicación.

En definitiva, no existe un derecho a la vida, sino el derecho a que se proteja esa vida de injerencias externas. El individuo es libre de vivir o de no hacerlo, pero no puede exigir a un tercero que termine con su vida. Igual que no nacemos por voluntad propia, no podemos elegir cuando morir.

2. LA PERSONA VULNERABLE

¹⁸ *Ibidem*, p. 288

¹⁹ *Ibidem*, p. 326

²⁰ Comité de Bioética de España. *op. cit.*, p. 18

Es importante para este trabajo detenerse en la distinción de lo que consideramos personas vulnerables y analizar si la dignidad se ve modificada por pertenecer a este colectivo. La LO 3/2021 aboga por la teoría de que la preservación de la vida en un contexto de vulnerabilidad es del todo incompatible con la dignidad humana. A continuación, veremos si este razonamiento es correcto, o solo una excusa para justificar la aprobación de un derecho de eutanasia.

2.1. Distinción entre enfermo terminal, persona con discapacidad y anciano

El avance de las técnicas de diagnóstico y de los tratamientos médicos ha conseguido alargar la vida y retrasar la muerte. Esto ha provocado el envejecimiento progresivo de la población, que ha su vez ha generado un aumento de las enfermedades crónicas y terminales. A continuación, haremos un análisis de las diferencias que existen entre enfermo terminal, discapacitado y anciano puesto que la LO 3/2021 afecta especialmente a estos 3 colectivos.

Enfermo terminal es, según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, aquella persona que sufre una *“enfermedad avanzada en fase evolutiva e irreversible con síntomas múltiples, impacto emocional, pérdida de autonomía, con muy escasa o nula capacidad de respuesta al tratamiento específico y con un pronóstico de vida limitado a semanas o meses, en un contexto de fragilidad progresiva”*²¹. Cuando un paciente accede a los cuidados paliativos por encontrarse en situación terminal, *“el objetivo de la atención médica no es “el curar” sino el de “cuidar” al paciente”*²², para aliviarle el sufrimiento derivado del imparable avance de la enfermedad. Se trata de proporcionar la máxima calidad de vida durante el proceso que termina con la muerte²³. La LO 3/2021 está dirigida a este tipo de pacientes.

En cuanto a las personas con discapacidad, según el artículo 1 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, se consideran tales personas *“a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en*

²¹ Sociedad Española de Cuidados Paliativos

²² Buigues, F., Torres, J., Mas, G., Femenía, M., Baysal, R. Guía de actuación clínica en A.P. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, Generalitat Valenciana, p. 2

²³ Idem

*la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás*²⁴. Añade también que la discapacidad es un concepto que evoluciona, por lo que no se trata de un concepto tasado, y es por ello que encontramos diferentes tipos de discapacidad: física, psíquica, sensorial, intelectual, visceral y múltiple. Es importante destacar que la Convención reconoce a las personas con discapacidad el “*derecho al reconocimiento de su personalidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida*”²⁵. Esto implica que debe reconocerse tanto su capacidad para ser titular de derechos y obligaciones, como la capacidad para su ejercicio. Aunque no todos las personas con discapacidad cumplen los requisitos para solicitar la eutanasia (por ejemplo, aquel al que le falta un miembro), una gran parte del colectivo si los cumple. Es por ello que la LO 3/2021 ha creado preocupación en el ámbito médico, pues dicha ley puede estar transmitiendo que su vida vale menos o que no merece la pena ser vivida en esas condiciones, incitándoles a que soliciten la eutanasia.

Por último, para la RAE un anciano es una persona con mucha edad²⁶. Desde un punto de vista biológico, la OMS define el envejecimiento como: “*resultado de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, a un mayor riesgo de enfermedad y, en última instancia, a la muerte*”²⁷. Esta organización considera que se adquiere la condición de anciano a los 60 años²⁸. El anciano, inicialmente, no tiene porque estar enfermo, pero debido al deterioro físico y psíquico que causa el paso de los años, necesitarán siempre más cuidados y atención que una persona adulta. Aún así, llegará un momento en que el anciano se convierta en enfermo terminal y, por ende, candidato a solicitar la prestación eutanásica.

2.2.Dignidad de las personas vulnerables

Para terminar de comprender lo que significa la eutanasia, es importante hablar de un concepto que está muy estrechamente ligado a ella, y que es el de dignidad humana. La Constitución Española en su artículo 10.1 consagra la dignidad como un derecho

²⁴Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Organización de las Naciones Unidas, Nueva York, 2006.

²⁵ Idem

²⁶ Diccionario de la Real Academia Española

²⁷ Organización Mundial de la Salud

²⁸ Idem

fundamental, y esto es así porque “*los derechos humanos encuentran su base en el valor esencial que representa la dignidad humana; la cual es, en efecto, «el valor fundante, la matriz de todos los valores»*”²⁹.

Es doctrina del Tribunal Constitucional (TC) que la dignidad humana se trata de un “*valor espiritual y moral inherente a la persona*”³⁰. Para el TC, “*la dignidad de la persona constituye una cualidad ínsita a la misma, que por tanto corresponde a todo ser humano con independencia de sus concretas características particulares*”³¹ “*constituyendo, en consecuencia, un minimum invulnerable que todo estatuto jurídico debe asegurar*”³². Consecuentemente, la dignidad impide que puedan establecerse distingos jurídicos esenciales entre personas discapacitadas y no discapacitadas.

A pesar de esta doctrina, en contextos de eutanasia, en muchas ocasiones, se hace referencia a que el acceso a la prestación supone una «muerte digna». Se tiende a relacionar la dignidad con la autonomía de la persona, es decir, una persona tendrá una vida digna en la medida en que tenga capacidad física y mental para tomar sus propias decisiones y ejecutarlas. Sin embargo, “*el ser humano es autónomo, pero también vulnerable, por lo que debe ser protegido en muchas ocasiones por encima de sus propias decisiones*”³³.

Aquellos que consideran la eutanasia como un derecho a morir dignamente, abogan por que padecer una enfermedad que provoca tantas limitaciones, como es la terminal, se relaciona con el principio de utilidad, según el cual la vida tendrá más valor cuanto más placer sentimos, y carecerá del mismo si sentimos dolor. Si seguimos esta creencia, llegaremos a la conclusión de que la vida, en determinadas circunstancias, ha perdido su valor y por lo tanto no tiene sentido seguir viviéndola³⁴.

²⁹ Martínez Navarro, J.A. El derecho a la eutanasia. Administración de Andalucía: *revista andaluza de administración pública*, núm. 102 (2018) p. 99

³⁰ Sentencia del Tribunal Constitucional, núm. 120/1990 de 27 junio. FJ. 4 [versión electrónica- base de datos Aranzadi. Ref. RTC 1990\120. Fecha de la última consulta: 27 de marzo de 2022]

³¹ Sentencia del Tribunal Constitucional, núm. 181/2004 de 2 noviembre. FJ. 13 [versión electrónica- base de datos Aranzadi. Ref. RTC 1994\57. Fecha de la última consulta: 5 de marzo de 2022]

³² Sentencia del Tribunal Constitucional, núm. 57/1194, de 28 de febrero. FJ. 3 [versión electrónica- base de datos Aranzadi. Ref. RTC 1994\57. Fecha de la última consulta: 5 de marzo de 2022]

³³ *Idem*

³⁴ Comité de Bioética de España. *op. cit.*, p. 26

Si la sociedad acepta la aplicación de este principio de utilidad, se está convirtiendo en verdugo de sus enfermos. Se enmascara la prestación eutanásica con una falsa libertad de elección que no es tal, puesto que los seres humanos somos seres sociales y nuestras elecciones dependen de circunstancias exteriores. Según expertos en ética, nuestra autonomía es “relacional”, es decir, entendemos que la persona se relaciona constantemente con sus semejantes y está ligada especialmente a grupos como son la familia o los amigos³⁵. Por lo tanto, si desde el Estado se difunde una ley que hace pensar al enfermo, persona con discapacidad o anciano, y a su familia que su vida no es digna por no poder valerse por sí mismo, dicho paciente se sentirá inclinado a solicitar la eutanasia. Del mismo modo sucede si los familiares expresan que sus cuidados suponen una carga. Esto implica que, efectivamente, nunca existe una libertad absoluta porque encontramos tanto coacciones externas (Estado, familia, etc), como internas (sentimientos del enfermo).

Debemos ser más solidarios con aquellas personas que se encuentran en una situación vulnerable. Proporcionarles un sistema de apoyo médico y emocional, que les haga sentir acompañados, esperanzados y capaces de afrontar sus dificultades. Creo firmemente que la vulnerabilidad que causa la enfermedad, la edad o la discapacidad no puede desdibujar la dignidad que todos, independientemente de nuestras capacidades, tenemos y merecemos. La dignidad no se pierde por vivir con padecimientos puesto que *“la dignidad de cualquier persona no depende de su calidad de vida, ni se pueden concretar grados de mayor o menor calidad que permitan ponderar la dignidad del sujeto”*³⁶.

3. CUIDADOS PALIATIVOS

La alternativa que existe para aquellos que padecen enfermedades incurables y terminales y no quieren solicitar la eutanasia, son los cuidados paliativos. Según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)³⁷, *“son un tipo especial de cuidados diseñados para proporcionar bienestar o confort y soporte a los pacientes y sus familias en las fases finales de una enfermedad terminal. Procuran conseguir que los pacientes dispongan de los días que les resten conscientes y libres de dolor, con los síntomas bajo*

³⁵ *Ibidem.*, p.32

³⁶ Martínez Navarro, J. A. *op. cit.*, pp. 102-103

³⁷ Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Historia de los cuidados paliativos

control, de tal modo que los últimos días puedan discurrir con dignidad, en su casa o en un lugar lo más parecido posible, rodeados de la gente que les quiere. Los Cuidados Paliativos ni aceleran ni detienen el proceso de morir. No prolongan la vida y tampoco aceleran la muerte”.

A nivel europeo, el derecho a recibir cuidados paliativos está reconocido en la Recomendación 1418/1999 de la Asamblea del Parlamentaria del Consejo de Europa sobre “Protección de los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos” y en la Recomendación 24/2003 del Consejo de Europa sobre “La organización de los cuidados paliativos”. En ambas Recomendaciones se aconseja la creación de regulaciones estatales en materia de cuidados paliativos³⁸.

La SECPAL recoge las características que definen al enfermo terminal: 1. Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable; 2. Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico; 3. Presencia de numerosos síntomas intensos; 4. Gran impacto emocional en el paciente, la familia y el equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia de la muerte; 5. Pronóstico de vida inferior a 6 meses³⁹. Como vemos, se trata de las características que presenta aquel que se encuentra en el proceso de morir.

El problema que encuentra la sociedad en referencia a estos cuidados es la dificultad para acceder a ellos. Según Payán Ellacuría: *“la propia OMS cifra en cuarenta millones de personas las que necesitan cuidados paliativos, de las cuales tan solo los recibe, a nivel mundial, un 14%. Mientras tanto, en España se estima que alrededor de la mitad de las personas no tendrá acceso a unidades de cuidados paliativos”*⁴⁰. A pesar de estas cifras, en nuestro país, se le ha dado prioridad a la creación de una ley que regula la eutanasia, cuando no existe una ley estatal que desarrolle y garantice los cuidados paliativos. Si que existen leyes autonómicas, como la Ley 3/2017 de Derechos y Garantías de las Personas en el Proceso de Morir de la Comunidad de Madrid, en la que se garantiza a los pacientes la información sobre su estado de salud y los cuidados paliativos que tiene derecho a

³⁸ Gimbel García, J.F. El derecho al suicidio asistido por médico en el caso de enfermos terminales y pacientes con discapacidades graves crónicas. Universidad Nacional de Educación a Distancia, Programa de Doctorado en Derecho y Ciencias Sociales, Tesis Doctoral (2019)

³⁹ Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de cuidados paliativos, p.2.

⁴⁰ Payán Ellacuría, E. “Análisis jurídico-penal de la Ley Orgánica de regulación de la eutanasia: una propuesta de lege ferenda”. E- guzkilore. Zientzia Kriminologikoen Aldizkari Electronikoa/ *Revista Electrónica de Ciencias Criminológicas*, núm. 5 (2020) p. 27.

recibir. Sin embargo, tratándose de una necesidad básica que se da en todo el territorio, debería existir una ley estatal que no dejara esta regulación al arbitrio de las Comunidades Autónomas.

La LO 3/2021, solo hace referencia a los cuidados paliativos en su artículo quinto; *“Disponer por escrito de la información que exista sobre su proceso médico, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, incluida la de acceder a cuidados paliativos integrales comprendidos en la cartera común de servicios”*. Sin embargo, los cuidados paliativos de carácter público en España son muy escasos, obligando a las familias a recurrir a servicios de clínicas privadas, que en la mayoría de los casos no pueden permitirse. Es preocupante en este caso, y así lo señala el Comité de Bioética de España, que *“lo que se concede como un derecho, se convierte subjetivamente en una obligación ante los problemas económicos y familiares”*⁴¹ al no poder acceder a la prestación de cuidados paliativos. Como consecuencia, si es condición indispensable poder acceder a estos cuidados para recibir la eutanasia, y esto no es posible, el consentimiento informado podría quedar viciado al no tratarse de una verdadera libertad de elección.

La dificultad para disponer de estos cuidados puede provocar que muchos pacientes soliciten recibir eutanasia, dado que para ellos puede ser inviable enfrentarse a los dolores de la enfermedad sin ningún tipo de atención especializada para reducirlos. Debería promoverse una Ley estatal de regulación de los cuidados paliativos, donde se asegure a cualquier paciente el acceso y prestación plena de los mismos en el ámbito de la sanidad pública. Asimismo, debería obligarse a los médicos a informar de su existencia como condición para la validez del consentimiento informado. Además, debe resaltarse que según varios estudios, los cuidados paliativos lejos de ser más costosos, son beneficiosos para la economía ya que si se atiende al paciente en casa, los ingresos en el hospital disminuirían ahorrando recursos a la sanidad pública como son la ocupación de camas o la inversión en personal⁴².

La SECPAL considera que *“promover la legalización de la eutanasia en un país donde todavía están insuficientemente implantados los cuidados paliativos, clínicas del dolor,*

⁴¹ Comité de Bioética de España. *op. cit.*, p. 43

⁴² *Ibidem.*, p.51

*la atención sociosanitaria, etc., parece una solución equivocada ante un problema- el de la correcta atención a los enfermos y sus familias- que está pendiente de resolver*⁴³. En una sociedad médicamente avanzada como la nuestra, no se puede permitir que una persona ponga fin a su vida porque no pueda acceder a los cuidados que necesita. Si durante la vida, la sociedad se esfuerza en garantizar los cuidados que necesitamos, al final de la vida, con más motivo, debería asistirse a los enfermos para que sufran lo menos posible y puedan morir en unas condiciones lo más indoloras posible. Si proporcionamos tratamientos capaces de reducir considerablemente el dolor, muchos pacientes, tal vez, no opten por terminar su vida mediante eutanasia. Los cuidados paliativos suponen un término medio entre el sufrimiento insoportable y la eutanasia, pues reducen considerablemente el dolor, y no implican acabar con una vida⁴⁴.

III: ANALISIS DE LOS REQUISITOS DE LA LO 3/2021 DESDE LA PERSPECTIVA DE LA PERSONA VULNERABLE

1. REQUISITOS PARA SOLICITAR LA PRESTACIÓN EUTANÁSICA POR UNA PERSONA CAPAZ

El artículo 4 de la LO 3/2021 reconoce el derecho de toda persona que cumpla los requisitos previstos en la Ley a solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir. Estos requisitos los encontramos expuestos en el artículo quinto: tener nacionalidad, residencia o empadronamiento de más de doce meses⁴⁵; ser mayor de 18 años y tener capacidad⁴⁶; haber recibido información suficiente acerca del procedimiento⁴⁷; realizar dos solicitudes

⁴³ Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Declaración sobre la eutanasia. Miembros de la Sociedad: Altisent Trota, R., Porta I Sales, J., Rodeles del Pozo, R., Gisbert Aguilar, A., Loncan Vidal, P., Muñoz Sánchez, D., Novellas Aguirre de Cárcer, A., Núñez Olarte, J.M., Rivas Flores, J., Vilches Aguirre, Y., Sanz Ortiz, J.

⁴⁴ Comité de Bioética de España. *op. cit.*, p.19

⁴⁵ Se puede observar que el objetivo de este apartado es evitar, de alguna forma, que se frecuente España a modo de lugar de turismo sanitario para recibir esta prestación (turismo de eutanasia) Es por ello que se convierte en indispensable poder acreditar una larga vinculación con nuestro territorio a través de documentos que la prueben como son el DNI, la tarjeta de residencia o un certificado de empadronamiento. (vid. Arruego, G. (2021). Las coordenadas de la Ley Orgánica de regulación de la eutanasia. Revista Española de Derecho Constitucional, núm. 122, p. 106

⁴⁶ Está expresamente recogido en el art. 5 a) el requisito de la capacidad. Aparece como un requisito más, y sin embargo debió merecer un apartado propio. Analizaremos sus implicaciones en el siguiente apartado del trabajo titulado ‘Concepto de incapacidad de hecho’.

⁴⁷ Es prioridad absoluta para la Ley asegurar que los pacientes toman la decisión de recibir la eutanasia de forma completamente libre, reflexionada y en el pleno conocimiento de las consecuencias.

de forma voluntaria y por escrito u otro medio válido; sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave y crónico; prestar consentimiento informado.

De estos requisitos los que afectan a la persona vulnerable son los siguientes:

1.1.Voluntad

El Diccionario Panhispánico del Español Jurídico define la voluntad como: facultad de dirigir y ordenar la propia conducta⁴⁸. Para poder formarse una voluntad propia y elegir como actuar, es necesario contar con la máxima información posible acerca de las acciones que se pretenden llevar a cabo. Es por eso que la Ley incide especialmente en que el paciente reciba información muy detallada sobre tratamientos alternativos y sobre el procedimiento de eutanasia, y que preste su consentimiento informado antes de recibir la prestación. Además, entre cada trámite se produce una cadencia de varios días para que el paciente pueda reflexionar y, por supuesto, retractarse en cualquier momento. La conclusión a este concepto tal y como lo expresa Gonzalo Arruego, es que *“todo el proceso está encaminado a verificar la absoluta libertad y responsabilidad de una decisión irreversible”*⁴⁹. Es por eso que debemos preguntarnos ¿qué grado de libertad tiene aquel al que le facilitan que termine con su vida porque se entiende que es ‘peor’?

El escenario es el siguiente: un paciente que se encuentra sufriendo un dolor intolerable, que apenas tiene movilidad y que necesita atención de un tercero para realizar incluso las labores más habituales del día a día. La LO 3/2021 induce a pensar a los enfermos que su vida tiene menos valor por carecer de esa autonomía física, y que por ello, le facilita la aceleración de su proceso de muerte. Estas personas están recibiendo estímulos y sensaciones externas que les coaccionan, aunque sea inconscientemente, a tomar la decisión de solicitar la prestación para “liberar” de algún modo tanto a su familia como a la sociedad. Por otro lado, existen ciertas circunstancias económicas y sociales que también pueden incitar al enfermo a solicitar la eutanasia, dado que como ya se ha mencionado, los cuidados paliativos están muy poco desarrollados en España y puede llegar a ser muy costoso el cuidado del enfermo. Para Serrano Ruiz-Calderón *“es una realidad en el Estado español que las personas mayores, enfermas, a veces solas, no*

⁴⁸ Diccionario Panhispánico del Español Jurídico

⁴⁹ Arruego, G. *op. cit.*, p. 108

disponen de los mínimos necesarios para considerar que su calidad de vida es aceptable y que vale la pena continuar viviendo”⁵⁰.

Si estas situaciones que planteamos se dan en el caso de personas que han llevado una vida completamente normal hasta la aparición de la enfermedad, no digamos en el caso de personas con discapacidad. Estas personas suelen generar mayores gastos para sus familias debido a que muchas veces necesitan una serie de tratamientos o cuidados especializados. Si se determinara que la persona con discapacidad (por ejemplo física), tiene capacidad para prestar su consentimiento a la realización de la eutanasia, debería, bajo mi punto de vista, incidir más la Ley en la realización de un exhaustivo examen psicológico para determinar cuáles son las razones que llevan al individuo a tomar esta decisión y si en ellas hay algún tipo de coacción como las referidas anteriormente.

En definitiva, cuando una persona no dispone ni de los medios ni de la ayuda necesaria para controlar su enfermedad o no recibe las prestaciones sociales que necesita, como el acceso a cuidados paliativos o ayudas económicas, no se le está garantizando la máxima plasmada en el preámbulo de la LO 3/2021: «salvaguardar la absoluta libertad de la decisión».

1.2.Contexto eutanásico

El requisito d) da lugar a lo que se conoce como «contexto eutanásico». Tal y como explica Gonzalo Arruego, *“las circunstancias en las que es posible el derecho a la muerte asistida son dos: el padecimiento grave, crónico e incapacitante y la enfermedad grave e incurable con un pronóstico de vida limitado y en ambos casos con un sufrimiento constante e intolerable”*⁵¹.

La propia LO 3/2021 se encarga de definir ambos conceptos:

- «Enfermedad grave e incurable»: *“la que por su naturaleza origina sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables sin posibilidad de alivio que la*

⁵⁰ Serrano Ruiz-Calderón, J. M. *op. cit.*, p. 38

⁵¹ Arruego, G. *op. cit.* p. 107.

persona considere tolerable, con un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva”.

- «Padecimiento grave, crónico e imposibilitante»: *“situación que hace referencia a limitaciones que inciden directamente sobre la autonomía física y actividades de la vida diaria, de manera que no permite valerse por sí mismo, así como sobre la capacidad de expresión y relación, y que llevan asociado un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable para quien lo padece, existiendo seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones vayan a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable. En ocasiones puede suponer la dependencia absoluta de apoyo tecnológico”.*

Por lo tanto, se trata de pacientes en situación terminal donde el personal sanitario no puede hacer más que intentar disminuir los dolores procedentes de la enfermedad y el médico es la única persona capaz legalmente para determinar si el paciente se encuentra en esta situación. Hay que tener en cuenta que serán muchos los pacientes que acudan a solicitar la eutanasia por un sufrimiento que ellos consideran grave e insoportable, y en estos casos, es el médico el que debe decidir si el paciente se ajusta a los requisitos para recibir la prestación con especial cautela y en base a razonamientos objetivos, sin dejarse influir por la sensación de dolor de cada paciente, por ser este un parámetro muy subjetivo en función de la persona.

Por último, es importante destacar que los profesionales médicos examinan con preocupación la redacción de la LO 3/2021 debido a la definición que la misma hace de los candidatos a recibir la eutanasia como: *“una persona afectada por limitaciones que inciden directamente sobre la autonomía física y actividades de la vida diaria, de manera que no permite valerse por sí mismo”.* Según expertos en la materia esta forma de definir a las personas con discapacidad es despreocupada y desconsiderada hasta tal punto que el Comité de Derecho Humanos de Naciones Unidas ha enviado al Gobierno de España una nota advirtiendo que la LO 3/2021 es discriminatoria hacia las personas con discapacidad⁵². Ciertamente, existen personas con limitaciones físicas como la falta de algún miembro, y que no por ello son candidatas a solicitar la prestación. Se da a entender

⁵² Altisent, R., Nabal M., Muñoz P., Ferrer S., Delgado-Marroquín M.T., y Alonso A. Eutanasia: ¿es esta la ley que necesitamos? *Elsevier España, Atención Primaria*, núm. 53 (2021), p. 6

a las personas con discapacidad que su vida vale tan poco que son los candidatos idóneos para solicitar la prestación eutanásica.

1.3.Consentimiento informado

La definición de consentimiento informado está recogida en la LO 3/2021 como: *“la conformidad libre, voluntaria y consciente del paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que, a petición suya, tenga lugar una de las actuaciones descritas en la letra g)”*. Como se puede observar, la LO supedita la validez del consentimiento a la libertad, la voluntariedad y consciencia del paciente. Se trata de condiciones que en el caso de enfermedades como las que se requieren para la eutanasia (graves e incurables), pueden no cumplirse debido a problemas psicológicos. Aunque no todos los procesos de muerte causan trastornos mentales, es indudable el hecho de que, en determinados momentos, se *“pueden comprometer las funciones psíquicas esenciales para tomar decisiones relevantes tales como la conciencia, el pensamiento o la afectividad”*⁵³. Además, como ya se ha argumentado anteriormente, los estímulos externos que este tipo de enfermos recibe, puede llegar a coaccionarles, aunque sea de forma inconsciente.

En el caso de las personas incapacitadas de hecho, se les puede administrar la eutanasia si así lo dejaron por escrito en un documento de voluntades anticipadas. Más tarde desarrollaremos su definición y contenido, pero es importante mencionarlo en este punto porque puede suscitar dudas acerca de la validez del consentimiento. En este documento la persona indica, entre otras cosas, cual es su voluntad llegado el momento de afrontar la muerte. Con la aprobación de la LO 3/2021 se puede solicitar en un documento de voluntades anticipadas la administración de eutanasia si llegado el momento no se tienen plenas facultades mentales. Además, se puede nombrar a un representante para que vele por el cumplimiento de dichas voluntades. Este procedimiento plantea varios problemas. En primer lugar, que se permita solicitar la eutanasia a través de este tipo de documento *“no parece acorde al espíritu de la ley”*⁵⁴. Si para la ley es tan fundamental garantizar un consentimiento libre y consciente, los documentos de voluntades anticipadas no verifican

⁵³ Sociedad Española de Psiquiatría. Eutanasia y enfermedad mental, Posicionamiento sobre la “Proposición de Ley Orgánica sobre la regulación de la eutanasia”

⁵⁴ Álvarez Royo-Villanova, S. y Braquehais Conesa, L. Las instrucciones previas en la proposición de ley de la eutanasia. *El Notario del siglo XXI*, núm.95, 2021

este extremo. Es por ello que Álvarez y Braquehais proponen exigir el mismo procedimiento que establece la ley (información detallada del procedimiento, dos solicitudes, plazo de deliberación, etc), para que la solicitud de eutanasia a través de estos documentos sea válida⁵⁵. En segundo lugar, aunque el mecanismo para asegurar la validez del consentimiento fuera el mismo que el de la LO 3/2021, “*no se puede garantizar que la voluntad pasada y actual del paciente coincidan*”⁵⁶. Por último, en cuanto al papel del representante, es imprescindible garantizar que no existe conflicto de intereses con el representado.

En conclusión, es fácil que el consentimiento de un paciente terminal, crónico o incapaz de hecho quede viciado y es por ello que se debe exigir un consentimiento informado especial en atención a la importancia del bien jurídico protegido: la vida. Esto se traduce en la “*exigencia de un mayor grado de diligencia en el cumplimiento de los deberes legales*”⁵⁷ por parte del personal sanitario.

2. REQUISITOS PARA SOLICITAR LA PRESTACIÓN EUTANÁSICA POR PERSONA EN SITUACIÓN DE INCAPACIDAD DE HECHO

2.1. Concepto de “incapacidad de hecho”

La LO 3/2021, define la situación de incapacidad de hecho en el artículo tres, letra h: “*situación en la que el paciente carece de entendimiento y voluntad suficientes para regirse de forma autónoma, plena y efectiva por sí mismo, con independencia de que existan o se hayan adoptado medidas de apoyo para el ejercicio de su capacidad jurídica*”. En el caso de la solicitud de eutanasia es necesario contar con una capacidad mental y una conciencia plenas, además de ser mayor de edad. Pero ¿qué ocurre en el caso de personas con discapacidad? Para conocerlo debemos acudir a la recientemente aprobada Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica.

⁵⁵ Idem.

⁵⁶ Rey Martínez, F. El nuevo modelo español de regulación de la eutanasia y el suicidio asistido como derechos: contenido y valoración crítica. Anuario de Derecho Eclesiástico del Estado, vol. XXXVII (2021), p. 490, Universidad de Valladolid.

⁵⁷ Ortiz Fernández, M. *op. cit.*

Antes del cambio de legislación, la capacidad de la persona física se dividía en dos: jurídica y de obrar. La capacidad jurídica, era la “*aptitud para ser titular de derechos y obligaciones*”, y la capacidad de obrar, era la “*aptitud para realizar con eficacia plena actos jurídicos o ejercitar derechos*”⁵⁸. La primera se consideraba inherente a toda persona y se tenía siempre, y la segunda dependía del grado de discernimiento de la persona⁵⁹. Actualmente, desaparece el concepto de capacidad de obrar, existiendo únicamente capacidad jurídica. El profesor Ruiz de Huidobro explica⁶⁰: “*de esta forma, se integran en la capacidad jurídica las dos facetas de la personalidad, la estática y la dinámica, es decir la aptitud para ser titular de derechos y obligaciones y la aptitud de ejercicio o de actuación en Derecho, reconociendo que todos los individuos (con o sin capacidad) la tienen en igualdad de condiciones*”. Aún con este aumento de autonomía que se proporciona a las personas con discapacidad, “*solo deben producir efectos jurídicos plenos, como regla general, aquellos actos que el individuo realiza con el grado de discernimiento acorde con la trascendencia jurídica social de aquellos. Por tanto, el grado de discernimiento se constituye como presupuesto básico del ejercicio de la capacidad jurídica. De hecho, el acto realizado sin discernimiento será nulo por falta de auténtica voluntad*”. Por otra parte, el ejercicio de la capacidad jurídica se desglosa en ejercicio autónomo y heterónimo. El primero lo realiza el propio individuo por si mismo, mientras que el segundo prevé la asignación de un protector legal para que apoye, mediante asistencia o representación, a la persona con discapacidad en el ejercicio de su capacidad.

De esta exposición podemos concluir que la respuesta a la pregunta anteriormente formulada es que si el médico evalúa que la persona con discapacidad tiene suficiente capacidad de discernimiento para entender lo que supone la administración de la eutanasia, el consentimiento sería válido por ser un caso de ejercicio autónomo de la capacidad jurídica. Si la persona solo esta capacitada para el ejercicio heterónimo de su capacidad jurídica, no podrá acceder a la prestación eutanásica porque la necesidad de apoyos implica que no se tiene plena capacidad. Para casos como este último, la LO 3/2021 introduce una excepción a la regla general de capacidad plena durante todo el

⁵⁸ Ruiz de Huidobro de Carlos, J. M. y Corripio Gil-Delgado, M. R. Derecho de la persona, Dykinson S.L., Madrid (2016) pp 156-159.

⁵⁹ Idem.

⁶⁰ Ruiz de Huidobro de Carlos, J. M. y Corripio Gil-Delgado, M. R. Derecho de la persona, Dykinson S.L., Madrid, 2021, pp. 162-173.

proceso. Dicha excepción consiste en la existencia de un documento de voluntades anticipadas redactado por el paciente antes de devenir la enfermedad. Esto permite que en caso de que se produzca una situación de incapacidad de hecho permanente, es decir, cuando el médico considera que la persona no puede gobernarse, pero dicha incapacidad no ha sido decretada por un juez⁶¹, el proceso se paraliza sin posibilidad de continuarlo salvo en caso de que exista un documento de instrucciones previas. En el caso de que efectivamente exista este documento, el artículo seis apartado primero de la LO 3/2021 establece que *“la solicitud deberá estar por escrito y firmada y fechada por el paciente o rubricado por otro medio que permita dejar constancia de la voluntad inequívoca del que la solicita”*. Aún así, también se permite que en caso de no poder realizarse estos trámites sea otra persona mayor de edad y capaz quien lo firme y feche en su presencia.

2.2.Documento de voluntades anticipadas (DVA)

Es imprescindible para este trabajo de investigación detenerse en la figura del documento de voluntades anticipadas o de instrucciones previas, puesto que es la única forma por la que una persona que ha perdido su capacidad puede acceder a recibir la eutanasia.

Según el art. 11 de la LAP, a través del documento de voluntades anticipadas, *“una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo”*.

Se trata de un documento destinado a que la persona reflexione acerca de sus preferencias médicas. Aquel que lo realiza se plantea lo que es la calidad de vida, cómo se enfrentaría una enfermedad y como querría que se procediera en caso de que no estuviera capacitado para decidir⁶². Permite consultar a profesionales y comunicar a la familia que tratamiento se desea llegado el caso⁶³ y además se trata de una ayuda importante para el médico, pues les servirá de guía en el momento de tomar decisiones, especialmente si no conocían al

⁶¹ Payán Ellacuria, E. *op. cit.*

⁶² Loncán Vidal, P. Documentos de voluntades anticipadas versus planificación anticipada de decisiones sanitarias. *Revista bioética & debat*, núm. 71 (2014), p. 13.

⁶³ Idem

paciente de antes⁶⁴. Es de vital importancia que la persona se tome el tiempo necesario para redactarlo, asegurándose de que posee toda la información y de que la comprende. La voluntad debe quedar muy detallada y especificada para cada tipo de situación que pueda surgir. Además, al igual que ocurre con la decisión de recibir la eutanasia, la decisiones que figuren en el documento de instrucciones previas deben haberse tomado de forma libre, consciente y personal, sin que haya ningún tipo de injerencia externa.

En dicho documento se podrán hacer constar⁶⁵: preferencias sobre cómo ser atendido en el final de la vida; criterios sobre la percepción personal de calidad de vida; situaciones clínicas concretas en las que se desea que se respeten las instrucciones o deseos, instrucciones o deseos relacionados con la atención sanitaria, como tratamientos médicos o cuidados de salud; instrucciones sobre el destino del cuerpo o de los órganos; y la solicitud de prestación de ayuda para morir. Además, se puede nombrar a un representante para que se asegure de que, llegado el caso, se cumplan todas las voluntades en el plasmadas. Gracias al DVA, la tarea del representante también se ve facilitada puesto que al haber tratado el tema con el enfermo se refuerza la seguridad de estar tomando la decisión acorde a los deseos del mismo⁶⁶.

Para asegurar su eficacia y el conocimiento por los médicos de cualquier parte de España, el documento se incorpora a la historia clínica del paciente y se recomienda que se registre en el Registro Nacional de Instrucciones previas. De esta forma, los médicos quedan vinculados al DVA generándoles dos tipos de obligaciones: obligaciones de mínimos, consistentes en la aceptación y respeto del documento; y obligaciones de máximos, como informar al paciente sobre lo que supone en DVA y ayudarle con todas las dudas que se le presenten⁶⁷.

2.3. Planificación anticipada de decisiones (PAD)

Como alternativa a la redacción de un documento de voluntades anticipadas (DVA), existe la posibilidad de realizar una planificación anticipada de decisiones (PAD).

⁶⁴ Ameneiros Lago, E., Carballada Rico, C. y Garrido Sanjuán, J. A. Los documentos de instrucciones previas y la planificación anticipada de las decisiones sanitarias. *Galicia clínica* (2011), p. 121

⁶⁵ Página web oficial de la Comunidad de Madrid

⁶⁶ Ameneiros Lago, E., Carballada Rico, C. y Garrido Sanjuán, J. A. *op. cit.* p. 122

⁶⁷ Idem

Mientras que el DVA plantea las preferencias del paciente en las hipotéticas enfermedades que le puedan surgir, la PAD actúa en los casos en los que la enfermedad ya está presente. Para Loncán Vidal: “*Planificar de manera anticipada las decisiones clínicas supone hacerlo en escenarios cambiantes, con más flexibilidad que en una concreción en forma de DVA, con el fin de deliberar con el enfermo y su entorno sobre la toma de decisiones a lo largo del proceso de la enfermedad*”⁶⁸. La autoría es compartida entre los médicos, el enfermo y la familia, para facilitar el diálogo y el conocimiento por todos de las preferencias del paciente en el devenir de la enfermedad. Resultaría muy útil en casos en los que hubiera varios equipos médicos tratando al paciente o en casos de disparidad de opiniones entre los familiares⁶⁹.

En definitiva, se trata de elaborar un plan conjunto para que, en el caso de que la persona no tenga capacidad para decidir, sus médicos y familiares tomen las decisiones en concordancia con sus deseos y valores⁷⁰. De la misma forma que en el DVA, se dejará constancia de su existencia en la historia clínica del paciente.

Su contenido podrá consistir en⁷¹: valores de la persona, preferencias sanitarias de carácter general, preferencias sanitarias para situaciones concretas, otras cuestiones relacionadas con el proceso de muerte, expresión de sentimientos o designación de un representante.

Ambos documentos, el DVA y la PAD, son instrumentos al alcance de personas que pueden desarrollar debido a una enfermedad, una situación de incapacidad de hecho. Les permite ejercer su derecho a la autonomía en el ámbito sanitario, de la misma forma que es una oportunidad para informarse sobre el devenir de la enfermedad y dialogar sus preferencias con sus familiares y médicos⁷². Las ventajas de estos documentos son múltiples, pero también presentan inconvenientes. Algunos de ellos son⁷³: la dificultad para prever todos los tipos de situaciones médicas que se pueden producir, de forma que siempre existirán lagunas; el cambio de mentalidad de la persona, entendida como la

⁶⁸ Loncán Vidal, P. *op. cit.*, p. 14

⁶⁹ Loncán Vidal, P. *op. cit.*, p. 15

⁷⁰ Consejería de Salud y Bienestar Social. Planificación anticipada de las decisiones. Junta de Andalucía (2013), p. 7

⁷¹ *Ibidem.*, pp. 10-13

⁷² Loncán Vidal, P. *op. cit.*, p. 15

⁷³ Ameneiros Lago, E., Carballada Rico, C. y Garrido Sanjuán, J. A. *op. cit.*, p.122

evolución del pensamiento que puede producirse desde el momento en que se realizan los documentos hasta que se utilizan; la discrepancia de los familiares con respecto a lo expresado en el documento, aunque el médico debe respetar siempre la voluntad del paciente; desconocimiento de su existencia por parte de los profesionales sanitarios y la ciudadanía. Consecuentemente, es discutible que este tipo de documentos supongan un consentimiento informado válido.

III: GARANTÍAS DEL PROCEDIMIENTO Y CRÍTICAS A LA LO 3/2021

El procedimiento que exige la Ley para poder administrar la eutanasia es muy estricto. Está enfocado a garantizar que el paciente recibe la información necesaria para poder tomar la decisión con conocimiento de causa. También exige la reafirmación desde el inicio hasta el final de procedimiento del paciente en su decisión, que debe haber sido tomada con absoluta libertad y sin injerencias externas. Por otro lado, también se encarga de garantizar la libertad de conciencia del personal sanitario, de forma que pueden objetar en conciencia si no concuerda la práctica de la eutanasia con su moralidad o creencias. A continuación, procedemos a su análisis y crítica.

1. PROCEDIMIENTO EUTANÁSICO

El procedimiento está regulado en el Capítulo III de la Ley Orgánica de regulación de la eutanasia, concretamente en sus artículos 8, 9 y 10.

El trámite comienza cuando el paciente realiza una primera solicitud. En ese momento su médico le deberá facilitar en un máximo de cinco días, tanto oralmente como por escrito, la información sobre cuál es su diagnóstico, qué tratamientos tiene y cuál es el posible resultado, además de explicarle la posibilidad de recibir cuidados paliativos. Es de vital importancia que el médico se asegure de que el paciente ha comprendido correctamente esta información. Si el enfermo realiza una segunda solicitud, el médico le resolverá en el plazo de dos días cualquier duda que tenga con respecto a la información proporcionada anteriormente y le dejará deliberar. Veinticuatro horas después, el médico le preguntará si desea continuar o desistir de la solicitud, y en ambos casos, lo comunicará al resto del equipo del hospital y a sus familiares.

Si el solicitante decide continuar con el procedimiento, deberá firmar el consentimiento informado. El médico responsable consultará con otro médico (denominado ‘consultor’) para que en el plazo de diez días corrobore que el paciente efectivamente cumple todos los requisitos y que su diagnóstico es el correcto. Si es así, se le comunicarán las conclusiones al solicitante, y como último trámite antes de recibir la prestación de ayuda para morir, se consultará al presidente de la Comisión de Garantía y Evaluación en el plazo máximo de tres días. El papel de esta Comisión será objeto de estudio más adelante, pero para que el procedimiento pueda continuar, deberá dar su autorización tras haber comprobado que el solicitante cumple todos los requisitos.

El artículo noveno de la LO 3/2021 establece que en caso de que el paciente sufra una incapacidad de hecho el médico deberá aplicar la voluntad que el paciente dejó prevista en su documento de instrucciones previas o voluntades anticipadas. La solicitud la podrá realizar un representante del enfermo, y en caso de que no haya ninguna persona que la presente, el médico está legitimado por la LO 3/2021 para hacerlo (art. 6.4).

El siguiente paso, dará comienzo cuando se demuestre que todos los tramites son correctos y están autorizados. En este momento, se procederá a prestar la ayuda para morir, con la máxima profesionalidad y siguiendo todos los procesos correspondientes. Si el paciente está consciente, podrá elegir entre las 2 formas de administración que existen:

- Si elige la administración directa por un médico, todos los profesionales sanitarios le asistirán hasta el momento de la muerte.
- Si elige la autoadministración tras prescripción médica de la sustancia que causa la muerte, el médico supervisará todo el proceso y acompañará al paciente hasta que se produzca el fallecimiento.

En el plazo máximo de cinco días después de la realización de la eutanasia, el médico deberá proporcionar a la Comisión de Garantía y Evaluación un exhaustivo informe con los datos del paciente, historia clínica y el proceso que se ha seguido hasta su fallecimiento. En todo momento el paciente podrá recurrir los trámites que le sean

desfavorables a la Comisión de Garantía y Evaluación y desistir del procedimiento en cualquier momento.

2. EL PAPEL DE LOS MÉDICOS INTERVINIENTES

La función que desempeñan los médicos en la administración de la eutanasia es clave. Como ya se ha referido, su papel puede ser directo, si el paciente decide que prefiere la administración directa del fármaco por el profesional sanitario, o puede ser de supervisión, si el paciente decide ingerir el mismo el fármaco que terminará con su vida. Además, si el paciente se encuentra en una situación en la que se duda de su capacidad, será el médico el que deba decidir si tiene la capacidad necesaria para consentir que se le administre la eutanasia. En caso de que no la tenga, si existe un documento de instrucciones previas, el médico deberá cumplir con lo que en él esté escrito, considerando siempre qué es lo mejor para el paciente. Aun así, el médico es el que consiente y supervisa la realización de la prestación de la ayuda para morir.

Por esta razón, ha sido muy discutido el papel de los médicos en el suministro del fármaco que provoca la muerte del paciente, pues se produce lo que podría ser una incompatibilidad con la “lex artis” de la medicina. Concretamente, el Código de Deontología Médica en su artículo 36.3 establece que *“El médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de este”*⁷⁴. La profesión sanitaria está orientada hacia la curación y cuidado de enfermos, en ningún caso se considera la posibilidad de causar la muerte intencionadamente a un paciente. El médico es la persona en la que el paciente confía para tomar decisiones y para que le acompañe durante el proceso de muerte⁷⁵, por lo que la sugerencia de eutanasia puede quebrar esa confianza. La LO 3/2021 ha decidido abordar este debate de forma que el personal sanitario no está nunca obligado a realizar ningún procedimiento que pueda atentar contra su libertad de conciencia, por ser este una práctica contraria a sus convicciones. El artículo 16 de la LO 3/2021 recoge el derecho a objetar en conciencia a cualquier profesional sanitario, que deberá manifestarlo anticipadamente y por escrito. Todas las objeciones se recogerán en un registro que será

⁷⁴ Código de Deontología Médica, Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, Organización Médica Colegial de España

⁷⁵ Comité de Bioética de España. *op. cit.*, p. 37

absolutamente confidencial, pero que es necesario para que el Estado pueda llevar un control de los centros en los que se puede realizar la prestación y así poder garantizar el acceso de la ciudadanía a la misma. Sin embargo, no se contempla ni la existencia de un registro de no objetores, ni la posibilidad de que un centro sanitario objete en su conjunto⁷⁶. La existencia de este registro es discutible dado que podría vulnerar derecho como a la intimidad personal o a la libertad ideológica, y podría causar exclusiones laboral si se incluyera como requisito de contratación. Además, es reprobable el hecho de que aunque se permita la objeción de conciencia, y por lo tanto no se obligue a ningún profesional de la sanidad a practicar una eutanasia en contra de sus creencias y moralidad, es incuestionable para el Colegio de Médicos de Madrid que “*la eutanasia como acto médico incide directamente en el núcleo esencial de la profesión médica, conforma se deduce tanto del propio juramento hipocrático, como del correspondiente Código Deontológico*”⁷⁷. Asimismo, se trata de un obligación que trasciende la *lex artis*, es decir, no entra dentro de las responsabilidades del médico suministrar la prestación eutanásica⁷⁸. Nadie puede ser obligado a vivir, es decisión de cada uno terminar con la propia vida, pero no se puede obligar a que sea un tercero (el médico en este caso) quien termine con ella.

Otra cuestión que ha sido objeto de estudio es si se debe proporcionar a los sanitarios algún tipo de formación en el ámbito de la eutanasia. La LO 3/2021 dedica las disposiciones adicionales sexta y séptima a este respecto. La primera indica que el Ministerio de Sanidad ha publicado un manual de buenas prácticas, cuyo objetivo es orientar a los sanitarios en lo que significa una práctica correcta de eutanasia y unos protocolos de actuación para el caso de pacientes con incapacidad de hecho⁷⁹. Las administraciones sanitarias competentes se encargarán de dar la mayor difusión posible a la LO entre los sanitarios para su conocimiento y de crear una oferta de formación específica sobre la ayuda a morir. Por otro lado, la disposición adicional séptima delega la coordinación de toda formación en la Comisión de formación continuada de las

⁷⁶ Comité de profesionalismo del Colegio de Médicos de Madrid. Documento de Posicionamiento sobre la Proposición de Ley de Eutanasia en el Ejercicio de la Profesión del, p.4. Miembros del Comité: Alonso Babarro, A., De Montalvo Jaaskelainen, F., Calatayud Gastardi, J., Cuervas-Mons Martínez, V., Chivato Pérez, T. Elola Somoza, F.J., Gil de Miguel, A., Hermoso Iglesias, J., Oreja-Guevara, C., Collado Yurrita, L.R., Rojas Estapé, M., Valdés y LLorca, C. y Amaya Pombo, C.

⁷⁷ Idem

⁷⁸ Comité de Bioética de España. *op. cit.*, pp. 37-38

⁷⁹ Manual de buenas prácticas en eutanasia. Ministerio de Sanidad

profesionales sanitarias especificando que deberá desarrollar una formación que abarque los “aspectos técnicos, legales y de apoyo emocional”. Sin embargo, el Comité de profesionalismo del Colegio de Médicos de Madrid señala que la Ley 3/2021 no indica si la formación sería en durante el grado o el postgrado⁸⁰, distinción que se considera fundamental, pues el modelo de enseñanza sería distinto en cada caso.

En mi opinión, la formación en este campo es fundamental. Los sanitarios titulados que ya se encuentren desempeñando la profesión y que no vayan a objetar en conciencia deberían de asistir obligatoriamente a un curso especializado. En el caso de los futuros sanitarios me parece aún más fundamental que, ya desde los estudios universitarios de grado, se imparta una asignatura en la se ahonde en lo que consiste una buena práctica de la eutanasia y en la que se les enseñe a identificar las necesidades físicas y psicológicas de cada paciente para poder atender mejor las situaciones de sufrimiento.

3. EL PAPEL DE LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN

El capítulo V de la LO 3/2021 establece en su artículo 17 que “*existirá una Comisión de Garantía y Evaluación (CGE en adelante) en cada una de las Comunidades Autónomas, así como en las ciudades de Ceuta y Melilla*”. Cada Comunidad deberá crear la suya, que tendrá la naturaleza de órgano administrativo, excepto en Ceuta y Melilla que serán creadas por el Ministerio de Sanidad.

Es por ello que cada Comunidad Autónoma procedió, en un máximo de tres meses tras la publicación de esta Ley, a dictar un Decreto de creación de dicha Comisión, como por ejemplo el Decreto 145/2021, de 25 de mayo, de creación de la Comisión de Garantía y Evaluación en materia de eutanasia de Euskadi o el Decreto 101/2021, de 8 de julio, por el que se crea la Comisión de Garantía y Evaluación de la Eutanasia de la Comunidad Autónoma de Galicia.

Cada CGE tiene su propio reglamento interno y debe nombrar a un presidente. Los presidentes de todas las Comisiones autonómicas deberán reunirse al menos una vez al año para intercambiar resultados y homogeneizar criterios.

⁸⁰ Comité de profesionalismo del Colegio de Médicos de Madrid. *op. cit.*, p.4

En cuanto a las funciones que desempeña la comisión, el artículo 18 LO 3/2021 las clasifica de la siguiente forma: 1. Resolver las reclamaciones que formulen las personas a las que el médico responsable haya denegado su solicitud, así como dirimir los conflictos de intereses que puedan surgir; 2. Resolver la disparidad de criterios entre los miembros designados que impida la formulación de un informe favorable o desfavorable; 3. Comprobar que la prestación de ayuda para morir se ha realizado correctamente, cumpliendo con el procedimiento previsto en la Ley; 4. Detectar posibles problemas en el cumplimiento de las obligaciones previstas en la Ley y proponer medidas para solucionarlo; 5. Resolver las dudas que puedan surgir a cualquiera de los intervinientes durante el proceso; 6. Elaborar y hacer público un informe anual de evaluación de la aplicación de la Ley; 7. Cualquier otra función que le sea atribuida por el gobierno autonómico o el Ministerio de Sanidad en el caso de Ceuta y Melilla.

Me gustaría destacar su papel consistente en supervisar cada solicitud de eutanasia para comprobar que se sigue el procedimiento y que el paciente cumple con todos los requisitos, debiendo finalmente, aprobar la realización de la prestación. Esta función de verificación del proceso se encuentra recogida en el artículo 10. Cuando el paciente se reafirma en su decisión y tanto el médico responsable como el consultor han dado su aprobación para la continuación del proceso, la última medida de control antes de poder realizar la prestación de ayuda para morir es la aprobación por la CGE. El presidente de la Comisión deberá nombrar a otro médico y a un jurista ajenos al proceso, para que revisen la concurrencia en el paciente de los requisitos exigidos para ejercitar el derecho a recibir la prestación de ayuda para morir. Ambos expertos podrán acceder a toda la documentación que necesiten para poder emitir su informe en un máximo de seis días. Si dicho informe es favorable al paciente, se procederá a la suministración o facilitación del fármaco que producirá la muerte. Si no es posible el consenso entre ambos profesionales, el caso será discutido en el Pleno de la Comisión, que emitirá la decisión definitiva. Esta resolución será comunicada al médico responsable y, en caso de que sea desfavorable, el paciente podrá recurrir ante la jurisdicción contencioso-administrativa. Además, todo miembro debe cumplir un deber de secreto, recogido en el artículo 19, por el que no podrá divulgar ninguna de las decisiones que se tomen ni ningún dato personal de cualquier persona que haya participado en el procedimiento (paciente, médico, familiar, etc).

La supervisión que realiza esta Comisión cobra especial importancia en el caso de personas en situación de incapacidad de hecho. En estos casos el médico debe cumplir con los deseos expresados en el documento de instrucciones previas por el paciente, y es por eso que la Comisión debe prestar especial atención en que no se cometa ninguna irregularidad tanto en el DVA (autenticidad, voluntad del paciente...) como en el procedimiento.

4. CRÍTICAS A LA LO 3/2021

La intención del legislador es siempre redactar leyes que sean respetuosas con la legislación vigente y que cubran todos los aspectos que de su aplicación se puedan suscitar. No obstante, en la LO 3/2021 existen ciertos extremos que son criticables por suponer flaquezas en el deber constitucional de protección de la vida y por generar lagunas en el propio sistema de regulación de la eutanasia.

a) Razones para la creación de la Ley. El preámbulo de la LO 3/2021 justifica que la introducción del nuevo derecho a la eutanasia se produce para dar respuesta a una *“demanda sostenida de la sociedad actual”* en búsqueda del respeto de *“la autonomía y voluntad de poner fin a la vida de quien está en situación de padecimiento grave, crónico e incapacitante o de enfermedad grave e incurable, padeciendo un sufrimiento insostenible que no puede ser aliviado en condiciones que considere aceptables”*. Es importante preguntarse por qué la sociedad demanda acelerar el proceso de muerte. La respuesta nos la da Ricardo del Barco⁸¹ y es que se debe a la difusión del criterio de que en *“ciertas condiciones, la vida no es soportable, y es más humano la eliminación del que sufre”*.

La ley ofrece una visión paternalista, transmitiendo que el Estado vela por nuestros intereses y que en tan magnánima concesión, nos permite dejar de sufrir. Un claro ejemplo de esa visión paternalista es como la Ley únicamente habla de eutanasia en el preámbulo, a lo largo de las disposiciones usa el término *“prestación de ayuda morir”*. Se trata de un eufemismo que trata de suavizar, bajo el falso ideal de la prestación de una *“ayuda”*, el hecho de que se está causando la muerte a personas. La transmisión de este mensaje

⁸¹ Del Barco, R., El derecho a la vida. *Revista de la Facultad de Ciencias Sociales y Jurídicas de Elche*, núm. 8 (2012), p. 136

provoca que personas enfermas consideren una muestra de caridad solicitar la muerte para dejar de ser una carga para la familia o para el sistema⁸², cuando no es más que la forma que tiene el Estado de enmascarar el principio utilitarista mencionado anteriormente. Permitiendo la administración de eutanasia a enfermos crónicos e incurables, el Estado obtiene una salida fácil, ya que supone una reducción del esfuerzo paliativo⁸³ (apenas existente), médico y de gastos hospitalarios y medicamentosos.

b) Especial vulnerabilidad. Existe en la comunidad médica una especial preocupación hacia las personas con discapacidad; *“la sociedad podría entender que es mejor estar muerto que vivir con discapacidad”*.⁸⁴ Una importante preocupación es que las personas que acaban de desarrollar una situación de incapacidad tengan una presunción negativa sobre lo que significa y supone vivir con una discapacidad, y soliciten recibir la eutanasia antes incluso de haber intentado adaptarse a su nueva vida. Además, las personas con discapacidad pueden decidir solicitar la eutanasia a causa de factores sociales, como la falta de acompañamiento o de cuidados. Especialmente, las personas mayores con discapacidad pueden ser aún más vulnerables a coacciones por parte de su entorno⁸⁵.

C) Procedimiento. Es especialmente criticable el hecho de que la LO 3/2021 fundamente la solicitud de eutanasia en una plena capacidad y en un consentimiento libre, y omita la evaluación psicológica por un profesional de la salud mental. Debería ser un requisito fundamental puesto que nos encontramos en situaciones de vulnerabilidad personal y, tal y como indica Rey Martínez, *“la lógica de la ley sufre cuando conecta validez de la eutanasia a condiciones que solo pueden juzgar profesionalmente especialistas sanitarios que no son convocados a ello”*⁸⁶. A este respecto, se ha pronunciado la Sociedad Española de Psiquiatría⁸⁷ que considera que un gran número de pacientes que soliciten la eutanasia estarían sufriendo, debido a su vulnerabilidad, un trastorno mental que les privaría del elemento fundamental de la LO 3/2021: la libertad. No demos olvidar que el deseo de morir forma parte, habitualmente, de los síntomas de quien padece un

⁸² Comité de Bioética de España. *op. cit.*, p.11

⁸³ Serrano Ruiz-Calderón, J.M. *op. cit.*, p. 38.

⁸⁴ Comité de Bioética de España. *op. cit.*, p.42

⁸⁵ Idem

⁸⁶ Rey Martínez, F. *op. cit.*, p. 495

⁸⁷ Sociedad Española de Psiquiatría. *op. cit.*

trastorno mental. Consideran imprescindible que la LO exija la evaluación de la capacidad de toma de decisiones por un profesional formado en esta materia.

D) Participación de los profesionales sanitarios. Para Rey Martínez⁸⁸, que el médico esté capacitado para presentar una solicitud de eutanasia en nombre de un paciente incapaz de hecho y que también sea el médico el que comunique a la familia la decisión del paciente capaz de solicitar la prestación, es absolutamente “*inacceptable*”. La imparcialidad del médico debe asegurarse durante todo el procedimiento; el personal sanitario debe ser neutral para garantizar su profesionalidad. Solicitar la eutanasia en nombre de un paciente sobrepasa los límites de la responsabilidad médica.

Otra cuestión especialmente reseñable es la incompatibilidad que la prestación por los médicos de eutanasia tiene con respecto a la *lex artis* médica. La relación médico-paciente se basa en la confianza; el paciente espera que su equipo médico ponga todos los medios a su alcance para proporcionarle una cura. En particular, en situaciones terminales el médico suele ser aquella persona con la que compartes impresiones y sentimientos, de la que esperas su acompañamiento y que te proporcione los mejores cuidados. Con la eutanasia, esa delicada confianza podría destruirse puesto que el paciente ya no estaría seguro de que el médico velara realmente por sus intereses. El Comité de Bioética de España encuentra este mismo riesgo pues afirma: “*la presencia de la medida eutanásica como una prestación sanitaria más puede hacer presumir que dichos profesionales no estarían actuando ya en el mejor beneficio de sus pacientes sino en aras de la exigida restricción económica y de una posible ‘utilidad social’ de la persona enferma*”⁸⁹. El profesional sanitario, cuya tarea es preservar la vida, no contempla causar la muerte, sino acompañar al enfermo en el proceso de morir a través de los cuidados paliativos. Es por ello que causar la prestación eutanásica transciende la *lex artis* y cualquier obligación jurídica que vincule al sector de la medicina.

E) Mecanismos de control. La LO prevé la creación de 19 comisiones de garantía y evaluación, pero no establece que sucedería si alguna no se crea o se demora mucho su creación. Debería haberse previsto la creación de una comisión central para suplir

⁸⁸ Rey Martínez, F. Op. Cit., p. 491.

⁸⁹ Comité de Bioética de España. *op. cit.*, p.42

cualquier fallo que pudiera darse en el sistema autonómico⁹⁰. La decisión de que cada Comunidad Autónoma gestione la creación y configuración de su CGE puede dar lugar a grandes desigualdades. El análisis realizado por Rey Martínez⁹¹ demuestra las brechas que pueden surgir: en primer lugar, cada comisión estará formada por distintos tipos de profesionales ya que la LO no exige que se trate de profesionales sanitarios, a pesar de ser ellos los implicados en la suministración de la eutanasia; en segundo lugar, si una CGE está formada por personas en contra de la eutanasia, sus resoluciones serán tendentes a rechazar solicitudes, mientras que una CGE compuesta por partidarios sucederá todo lo contrario. La conclusión a la que se llega es que la prestación eutanásica no se realizará con igualdad en todo el territorio porque existirán 19 órganos con 19 formas de decisión. Esta desigualdad, además de vulnerar el artículo 14 de la CE, fomentará un “turismo interior sanitario”⁹².

Por otro lado, es muy sorprendente que la LO 3/2021 no haya considerado el establecimiento de un mecanismo de control posterior a la prestación eutanásica. No se ha regulado qué ocurriría en caso de que el procedimiento hubiera sido irregular ni en que responsabilidades incurrirían los profesionales sanitarios⁹³. Una de las irregularidades que se pueden dar, y hubiera sido importante tener en cuenta, es que el fármaco suministrado no provoque la muerte del paciente y derive “en efectos secundarios no deseados”.⁹⁴

V. CONCLUSIONES

Primera. - La aprobación de la LO 3/2021 supone la despenalización de la eutanasia activa y del suicidio asistido en España con la consecuente introducción del derecho a morir en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud. En este marco, si se dan las características que conforman el contexto eutanásico, el paciente podrá solicitar al médico que le administre el fármaco que causa la muerte (eutanasia activa) o administrárselo el mismo (suicidio asistido).

⁹⁰ Rey Martínez, F. *op. cit.*, p. 497

⁹¹ *Ibidem.*, p. 498

⁹² Payán Ellacuria, E. *op. cit.*, p. 31

⁹³ Comité de Bioética de España. *op. cit.*, p. 498

⁹⁴ Ortiz Fernández, M. *op. cit.*

Segunda. - Desde la perspectiva de la persona vulnerable, la LO 3/2021 supone un retroceso en el respeto de los derechos y valores fundamentales. Introduce un escenario de despersonificación e infravaloración jurídica y social de su vida que de alguna forma “anima” a las personas vulnerables a solicitar que acaben con su vida. En primer lugar, se está vulnerando el derecho a la vida al pretender disponer de él, cuando se trata para mí, de un derecho indisponible. No existe ninguna situación en la que esté justificado terminar con la vida de otro ser humano. En segundo lugar, se está transmitiendo el mensaje de la que la pérdida de autonomía supone a su vez una pérdida de dignidad, de valor y de utilidad, por lo que la vida ya no merece ser vivida. En definitiva, que la eutanasia es tanto un beneficio para el enfermo como para su familia; al primero le permite dejar de sufrir, y a los segundos les supone un alivio en lo económico y en lo personal. Así es como se hace creer al paciente que la decisión que está tomando es libre, cuando en realidad es producto de una coacción promovida por el Estado. Debemos preguntarnos qué clase de sociedad somos, si en vez de acompañar a nuestros enfermos y mayores, optamos por entender que su vida no tiene ningún valor ni es digna, y les incitamos a solicitar la muerte.

Tercera. - Los recursos destinados a la implementación y desarrollo de los cuidados paliativos y unidades del dolor en España son muy escasos. La LO 3/2021 establece que es requisito indispensable recibir información sobre los cuidados paliativos para poder recibir la eutanasia. Sin embargo, ese propósito que tiene la Ley de ofrecer una alternativa a la prestación eutanásica se queda más en una intención pues en realidad el acceso a estos cuidados es muy escaso actualmente. Nuestro país no cuenta con una infraestructura que permita gestionar y satisfacer la demanda de cuidados paliativos que los miles de enfermos terminales que hay en España necesitarían. Frecuentemente, la información que se proporciona es limitada y no se fomenta la su solicitud, de forma que el enfermo siente abandono en la etapa final de su vida. Esta dificultad de acceso sumada al sentimiento de soledad y abandono, son otra forma de presionar a los enfermos a solicitar la prestación. Es completamente incongruente que se haya aprobado una ley de eutanasia cuando no están bien desarrollados los tratamientos y cuidados al final de la vida. Por lo tanto, es urgente que se desarrolle una ley estatal de cuidados paliativos que garantice el acceso a todos los ciudadanos y que se fomente su elección, desempeñando así un rol prioritario en nuestra sanidad.

Cuarta. – El procedimiento establecido en la LO 3/2021 presenta varias debilidades. En primer lugar, es insólito que el paciente no sea valorado por un experto en salud mental. Los solicitantes de eutanasia se encuentran en una situación vulnerable y susceptible de manipulaciones y trastornos mentales, por lo que para valorar su capacidad es imprescindible la opinión de un psiquiatra. En segundo lugar, los documentos de voluntades anticipadas o la planificación anticipada de decisiones pueden suponer una grieta en el sistema de garantías previstas en la Ley. La LO 3/2021 pretende proteger al incapacitado de hecho impidiendo que se le administre eutanasia porque que no es posible contar con su consentimiento, y sin embargo, esta prohibición se excepciona en caso de que exista un DVA o una PAD. Asumir como válida una voluntad sin saber si a día de la solicitud de eutanasia seguiría siendo la misma es una temeridad en si misma. En la realización de estos documentos se debería exigir, como mínimo, la satisfacción de los mismos requisitos que exige la LO 3/2021 para las personas capaces. En tercer lugar, la creación de una Comisión de Garantías y Evaluación por comunidad autónoma provocará, sin duda, desigualdades en el acceso a la prestación debido a la disparidad de criterios entre sus miembros. Por último, existe un vacío legal en cuanto a mecanismos de control posteriores a la administración de eutanasia. La Ley no hace referencia a las consecuencias derivadas de una prestación irregular ni de las posibles sanciones, civiles o penales, a las que se pueden enfrentar los profesionales sanitarios.

Quinta. – La eutanasia es contraria a los más arraigados y fundamentales principios de la *lex artis* médica. Un profesional sanitario se caracteriza por tener vocación de servicio, de ayuda y de entrega a los demás, nunca prevé la posibilidad de quitar una vida. Aunque nadie puede ser obligado a vivir, tampoco podemos hacer que la responsabilidad de matar, que es al fin y al cabo lo que conlleva el acto eutanásico, recaiga en un tercero. En este sentido, la LO 3/2021 prevé la posibilidad de objetar en conciencia y la creación de registros de objetores. Estas medidas suponen, de nuevo, una vulneración de derechos fundamentales como la igualdad, la libertad ideológica o la intimidad personal, pues el sanitario se ve obligado a revelar sus ideales pudiendo ocasionarle problemas laborales y personales.

Sexta. – Quiero concluir este trabajo de fin de grado reflexionando acerca de una idea que se me planteó al inicio y para la que ahora creo tener respuesta. Muchos podrían pensar que no pasa nada por aprobar una ley de eutanasia porque cada uno después es libre de

elegir si solicitarla, o no hacerlo, por ser contrario a sus ideales. Pues bien, considero que como sociedad, aunque no se participe directamente del acto eutanásico, todos estamos involucrados indirectamente. En primer lugar, porque inevitablemente parte de los impuestos que todos pagamos están destinados a financiar la eutanasia. En segundo lugar, porque los representantes de la sociedad han decidido legislar y aprobar una Ley que supone imponer una moral general. Cada persona tiene su propia moral y, por tanto, no se puede adjudicar desde el Estado cual es la que se considera más correcta. Por último, dado que este trabajo pone el foco en las personas vulnerables, quiero destacar que la muerte es una etapa más en la vida. Si la sociedad y el derecho no desprecian ni infravaloran el resto de etapas, por qué hacerlo con respecto a la muerte. Debemos tener más respeto por nuestros enfermos, personas con discapacidad y mayores, procurándoles la atención y cuidados que necesitan en esta fase final. La compasión no consiste en facilitarles la muerte, sino en acompañarlos y hacerles sentir queridos hasta su último aliento.

BIBLIOGRAFÍA

1. LEGISLACIÓN

Asamblea General de la ONU. Declaración Universal de los Derechos Humanos

Constitución Española («BOE» núm. 311, de 29/12/1978)

Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Organización de las Naciones Unidas, Nueva York, 2006

Ley 11/2016, de 8 de julio, de garantía de los derechos y de la dignidad de las personas en el proceso final de su vida («BOE» núm. 175, de 21 de julio de 2016)

Ley 16/2018, de 28 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de atención al final de la vida de la Comunidad Valenciana («BOE» núm. 183, de 30 de julio de 2018)

Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte («BOE» núm. 127, de 25 de mayo de 2010)

Ley 4/2017, de 9 de marzo, de Derechos y Garantías de las Personas en el Proceso de Morir («BOE» núm. 149, de 23 de junio de 2017)

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» núm. 274, de 15/11/2002)

Ley 5/2015, de 26 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de las personas enfermas terminales («BOE» núm. 228, de 23 de septiembre de 2015)

Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica. («BOE» núm. 132, de 03/06/2021)

Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal («BOE» núm. 281, de 24/11/1995)

Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. («BOE» núm. 72, de 25 de marzo de 2021)

2. JURISPRUDENCIA

Sentencia del Tribunal Constitucional, núm. 57/1194, de 28 de febrero. FJ. 3 [versión electrónica- base de datos Aranzadi. Ref. RTC 1994\57. Fecha de la última consulta: 5 de marzo de 2022]

Sentencia del Tribunal Constitucional, núm. 181/2004 de 2 noviembre. FJ. 13 [versión electrónica- base de datos Aranzadi. Ref. RTC 1994\57. Fecha de la última consulta: 5 de marzo de 2022]

Sentencia del Tribunal Constitucional, núm. 120/1990 de 27 junio. FJ. 4 [versión electrónica- base de datos Aranzadi. Ref. RTC 1990\120. Fecha de la última consulta: 27 de marzo de 2022]

3. OBRAS DOCTRINALES

Altisent, R., Nabal M., Muñoz P., Ferrer S., Delgado-Marroquín M.T., y Alonso A. Eutanasia: ¿es esta la ley que necesitamos? *Elsevier España*, Atención Primaria núm. 53 (2021) (disponible en <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-avance-resumen-eutanasia-es-esta-ley-que-S0212656721000913>)

Álvarez Royo-Villanova, S. y Braquehais Conesa, L. Las instrucciones previas en la proposición de ley de la eutanasia. *El Notario del siglo XXI*, núm.95, 2021 (disponible en: <https://www.elnotario.es/opinion/opinion/10513-las-instrucciones-previas-en-la-proposicion-de-ley-de-eutanasia>)

Ameneiros Lago, E., Carballada Rico, C. y Garrido Sanjuán, J. A. Los documentos de instrucciones previas y la planificación anticipada de las decisiones sanitarias. *Galicia clínica* (2011) (disponible en: dialnet.unirioja.es)

Arruego, G. Las coordenadas de la Ley Orgánica de regulación de la eutanasia. *Revista Española de Derecho Constitucional*, núm. 122 (2021) (disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8044157>)

Berrocal Lanzarot, Ana. La regulación de la eutanasia y del suicidio asistido en España. Análisis jurídico-crítico de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo. *Revista Aranzadi Doctrinal* núm. 6, 2021 (disponible en: [https://insignis.aranzadidigital.es/maf/app/document?srguid=i0ad6adc60000017f7d994e06cfd527d2&marginal=BIB\2021\3322&docguid=Ic5a94c90b1f611eb89f4eafc81f9ab33&ds=ARZ_LEGIS_CS&infotype=arz_biblos;&spos=1&epos=1&td=0&predefinedRelationshipsType=documentRetrieval&fromTemplate=&suggestScreen=&&selectedNodeName=&selec_mod=false&displayName=\)](https://insignis.aranzadidigital.es/maf/app/document?srguid=i0ad6adc60000017f7d994e06cfd527d2&marginal=BIB\2021\3322&docguid=Ic5a94c90b1f611eb89f4eafc81f9ab33&ds=ARZ_LEGIS_CS&infotype=arz_biblos;&spos=1&epos=1&td=0&predefinedRelationshipsType=documentRetrieval&fromTemplate=&suggestScreen=&&selectedNodeName=&selec_mod=false&displayName=))

Calsamiglia Blancafort, Albert. Sobre la eutanasia. *Doxa, Cuadernos de filosofía*, núm. 14 (1993) (disponible en <https://rua.ua.es/dspace/handle/10045/10687>)

Comité de Bioética de España. Informe sobre el final de la vida y la atención en el proceso de morir, en el marco del debate sobre la regulación de la eutanasia: propuestas para la reflexión y la deliberación. Miembros del Comité: De Montalvo, F., Altisent, R., Bellver, V., Cadena, F., De los Reyes, M., De la Gándara, A., Guillén, E., Jouve, N., López, N., Ruiz, L., Serrano, J.M., Sánchez, E. (disponible en: <http://www.comitedebioetica.es/documentacion/index.php>)

Comité de profesionalismo del Colegio de Médicos de Madrid. Documento de Posicionamiento sobre la Proposición de Ley de Eutanasia en el Ejercicio de la Profesión. Miembros del Comité: Alonso Babarro, A., De Montalvo Jaaskelainen, F., Calatayud Gastardi, J., Cuervas-Mons Martínez, V., Chivato Pérez, T. Elola Somoza, F.J., Gil de Miguel, A., Hermoso Iglesias, J., Oreja-Guevara, C., Collado Yurrita, L.R., Rojas Estapé, M., Valdés y Llorca, C. y Amaya Pombo, C. (disponible en: https://www.icomem.es/adjuntos/adjunto_2983.1612903276.pdf)

Del Barco, R., El derecho a la vida. *Revista de la Facultad de Ciencias Sociales y Jurídicas de Elche*, núm. 8 (2012) (disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3847100>)

Gimbel García, J.F. El derecho al suicidio asistido por médico en el caso de enfermos terminales y pacientes con discapacidades graves crónicas. Universidad Nacional de Educación a Distancia, Programa de Doctorado en Derecho y Ciencias Sociales. Tesis Doctoral (2019) (disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=222826>)

Loncán Vidal, P. Documentos de voluntades anticipadas versus planificación anticipada de decisiones sanitarias. *Revista bioètica & debat* núm. 71 (2014) (disponible en <https://dialnet.uniroja.es>)

Martínez Navarro, J. A. El derecho a la eutanasia. Administración de Andalucía: *revista andaluza de administración pública*, núm.. 102 (2018) (disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7269939>)

Ortiz Fernández, M. La legalización de la eutanasia activa directa en España: la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de eutanasia. *Diariolaley*, Wolters Kluwer (disponible en: <https://diariolaley.laleynext.es/dll/2021/04/15/la-legalizacion-de-la-eutanasia-activa-directa-en-espana-la-ley-organica-3-2021-de-24-de-marzo-de-regulacion-de-la-eutanasia>)

Payán Ellacuria, E. “Análisis jurídico-penal de la Ley Orgánica de regulación de la eutanasia: una propuesta de lege ferenda”. E- guzkilore. Zientzia Kriminologikoen Aldizkari Electronikoa/ *Revista Electrónica de Ciencias Criminológicas*, núm. 5 (2020) (disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7557319>)

Requena López, T. Sobre el derecho a la vida. *Revista de derecho constitucional europeo*, núm. 12 (2009) (disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3263712>)

Rey Martínez, F. El nuevo modelo español de regulación de la eutanasia y el suicidio asistido como derechos: contenido y valoración crítica. *Anuario de Derecho Eclesiástico del Estado*, vol. XXXVII (2021), Universidad de Valladolid. (disponible en: https://www.boe.es/biblioteca_juridica/anuarios_derecho/abrir_pdf.php?id=ANU-E-2021-10046500504)

Ruiz de Huidobro de Carlos, J. M. y Corripio Gil-Delgado, M. R. *Derecho de la persona*, Dykinson S.L., Madrid, 2016.

Ruiz de Huidobro de Carlos, J. M. y Corripio Gil-Delgado, M. R. *Derecho de la persona*, Dykinson S.L., Madrid, 2021.

Serrano Ruiz-Calderón, J. M. La cuestión de la eutanasia en España. Consecuencias jurídicas. *Cuadernos de bioética*, XVIII (disponible en <https://eprints.ucm.es/id/eprint/11679/>)

Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Declaración sobre la eutanasia. Miembros de la Sociedad: Altisent Trota, R., Porta I Sales, J., Rodeles del Pozo, R., Gisbert Aguilar, A., Loncan Vidal, P., Muñoz Sánchez, D., Novellas Aguirre de Cárcer, A., Núñez Olarte, J.M., Rivas Flores, J., Vilches Aguirre, Y., Sanz Ortiz, J. (disponible en <https://www.secpal.com/Declaracion-sobre-la-eutanasia-de-la-Sociedad-Espanola-de-Cuidados-Paliativos-446?idvr=>)

Sociedad Española de Psiquiatría. Eutanasia y enfermedad mental. Posicionamiento sobre la “Proposición de Ley Orgánica sobre la regulación de la eutanasia” (disponible en: [http://www.sepsiq.org/file/Grupos%20de%20trabajo/SEP-Posicionamiento%20Eutanasia%20y%20enfermedad%20mental-2021-02-03\(1\).pdf](http://www.sepsiq.org/file/Grupos%20de%20trabajo/SEP-Posicionamiento%20Eutanasia%20y%20enfermedad%20mental-2021-02-03(1).pdf))

4. RECURSOS DE INTERNET

Buigues, F., Torres, J., Mas, G., Femenía, M., Baysal, R. Guía de actuación clínica en A.P. Consellería de Sanitat Universal i Salut Pública, Generalitat Valenciana (disponible en <http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/guiasap027terminal.pdf> ; fecha última consulta: 9 de marzo de 2022)

Código de Deontología Médica, Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, Organización Médica Colegial de España (disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica.pdf; última consulta: 9 de enero de 2022)

Consejería de Salud y Bienestar Social. Planificación anticipada de las decisiones. Junta de Andalucía (2013) (disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/areas/calidad->

investigacion-conocimiento/calidad-sistema-sanitario/paginas/planificacion-anticipada-decisiones-guia.html; última consulta: 20 de marzo de 2022)

Datos del Instituto Nacional de Estadística (disponible en:

https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout; última consulta: 12 de marzo de 2022)

Diccionario Panhispánico del Español Jurídico (disponible en <https://dpej.rae.es>; última consulta: 12 de diciembre de 2021)

Manual de buenas prácticas en eutanasia. Ministerio de Sanidad (disponible en: https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/docs/Manual_BBPP_eutanasia.pdf; última consulta: 16 de marzo de 2022)

Página web oficial de la Comunidad de Madrid (disponible en: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/instrucciones-previas>; última consulta: 8 de enero de 2022)

Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Historia de los cuidados paliativos (disponible en https://www.secpal.com/secpal_historia-de-los-cuidados-paliativos-1 ; última consulta: 16 de octubre de 2021)

Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de cuidados paliativos (disponible en: https://www.secpal.com/biblioteca_guia-cuidados-paliativos-1; última consulta: 25 de febrero de 2022)