



universidad
de león



**FACULTAD DE DERECHO
UNIVERSIDAD DE LEÓN
CURSO 2021 /2022**

**REGULACIÓN DE LA EUTANASIA EN LA LEY
3/2021**

**REGULATION OF THE EUTHANASIA IN 3/2021
LAW**

GRADO EN DERECHO

AUTORA: DÑA. LORENA ECHEVARRÍA HOYA

TUTOR: D. SALVADOR TARODO SORIA



ÍNDICE

ABREVIATURAS.....	4
RESUMEN	5
PALABRAS CLAVE	5
ABSTRACT	6
KEY WORDS	6
OBJETO DEL TRABAJO.....	7
METODOLOGÍA	8
I. INTRODUCCIÓN	9
I. CONCEPTO DE EUTANASIA.....	10
1.1. ¿QUÉ ES LA EUTANASIA?	10
1.1.1. EUTANASIA DIRECTA E INDIRECTA.....	11
1.1.2. EUTANASIA ACTIVA Y PASIVA.....	12
1.1.3. EUTANASIA VOLUNTARIA E INVOLUNTARIA	12
1.1.4. CRÍTICA DE SIMÓN LORDA A LA CLASIFICACIÓN TRADICIONAL.....	13
1.2. DIFERENCIACIÓN ENTRE EUTANASIA Y FIGURAS AFINES	14
1.2.1. DIFERENCIAS CON LA ORTOTANASIA, LA DISTANASIA, LA ADISTANASIA Y LA CACOTANASIA.....	14
1.2.2. DIFERENCIA CON EL SUICIDIO ASISTIDO	15
1.2.3. DIFERENCIACIÓN CON LOS CUIDADOS PALIATIVOS	16
II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS	17
2.1. CORRIENTES FILOSÓFICAS	17
2.2. EDAD MEDIA.....	18
2.3. EDAD MODERNA	20
2.4. EDAD CONTEMPORÁNEA	21
III. LA EUTANASIA EN LA LEY ORGÁNICA 3/2021, DE 24 DE MARZO, DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA.....	22
3.1. REQUISITOS DEL SOLICITANTE	23



3.2.	“CONTEXTO EUTANÁSICO”.....	26
3.3.	PROCEDIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE LA EUTANASIA.....	27
3.3.1.	CONTROL “A PRIORI”	27
	A) <i>Intervención del médico responsable</i>	28
	B) <i>Intervención del médico consultor</i>	29
	C) <i>Intervención del equipo asistencial</i>	30
3.3.2.	CONTROL “A POSTERIORI”	30
	A) <i>Intervención de la Comisión de Garantía y Evaluación</i>	30
	B) <i>Regulación de la Comisión de Garantía y Evaluación en Castilla y León</i> ..	32
3.4.	LA VOLUNTARIEDAD	33
3.4.1.	REQUISITO GENERAL DEL CONSENTIMIENTO.....	34
3.4.2.	VOLUNTADES ANTICIPADAS.....	35
3.4.3.	INCAPACIDAD LEGAL DEL PACIENTE	36
3.4.4.	MENORES DE EDAD	37
3.5.	OBJECCIÓN DE CONCIENCIA SANITARIA.....	38
3.5.1.	LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA EN LA LEY ORGÁNICA 3/2021 DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA	39
3.5.2.	REGISTRO DE PROFESIONALES SANITARIOS OBJETORES DE CONCIENCIA.....	40
	CONCLUSIONES.....	42
	BIBLIOGRAFÍA	45
	LEGISLACIÓN CITADA	48



universidad
de león



ABREVIATURAS

BOCYL: Boletín Oficial de Castilla y León

BOE: Boletín Oficial del Estado

CE: Constitución Española

CGyE: Comisión de Garantía y Evaluación

DIR.: Dirigido

DUDH: Declaración Universal Derechos Humanos

LORE: Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia

NÚM.: Número

OC: Objeción de Conciencia



universidad
de león



RESUMEN

Este trabajo analiza la eutanasia en la Ley Orgánica 3/2021 de regulación de la eutanasia en España, explicando para ello en qué consiste y cómo ha evolucionado a lo largo de la historia para acabar en lo que hoy en día está regulado en la ley.

Para un mejor análisis, se ha estudiado el concepto de la eutanasia respecto de figuras afines, señalando las particularidades y posibles problemáticas que se plantean. También se ha hecho un análisis de la ley con el objetivo de concretar la figura del solicitante de la prestación de ayuda para morir y el proceso desde la solicitud hasta la ejecución por los profesionales sanitarios, explicando también las funciones principales de estos.

Se ha explicado la importancia de la voluntariedad, con especial atención al consentimiento y a la problemática derivada de la falta del mismo. Además, se ha explicado y analizado la objeción de conciencia sanitaria respecto de la ley explicando las críticas dirigidas al registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia.

PALABRAS CLAVE

Eutanasia; prestación de ayuda para morir; objeción de conciencia; enfermedad; consentimiento; capacidad.



universidad
de león



ABSTRACT

This paper analyzes the regulation of the Organic Law 3/2021 on the regulation of euthanasia in Spain, explaining what it consists of and how it has evolved throughout history to end up in what is currently regulated in the law.

For a better analysis, the concept of euthanasia has been studied with respect to related figures, pointing out the particularities and possible problems that arise. A brief analysis of the law has also been made in order to specify the figure of the applicant for the provision of aid in dying and the process from the request to the execution by health professionals, also explaining their main functions.

The importance of voluntariness has been explained, with special attention to consent and the problems arising from its lack. Likewise, the health conscientious objection to the law has been explained and analysed, explaining the criticisms directed at the registration of health professionals who are conscientious objectors.

KEY WORDS

Euthanasia; provision of aid in dying; conscientious objection; disease; consent; ability.



OBJETO DEL TRABAJO

El objeto de estudio del presente trabajo es la regulación de eutanasia en España. Es un tema controvertido y con muchos matices debido a su reciente regulación.

El objetivo principal de mi análisis es explicar cómo se desarrolla la prestación de ayuda para morir desde que se solicita hasta que se ejecuta, dando respuesta a posibles problemas que se puedan ocasionar al inicio o durante el transcurso del procedimiento.

Para un análisis más completo, he realizado en primer lugar un estudio del concepto de eutanasia, explicando la clasificación tradicional que se ha ido realizando a lo largo de los años y reflexionando sobre la posibilidad de mantenerla en la actualidad. También he explicado qué otras figuras afines existen, destacando en cada caso la diferencia con la eutanasia. Todo esto para clarificar lo máximo posible el concepto de la eutanasia y sus características.

También he explicado los antecedentes históricos más relevantes y la evolución del concepto de eutanasia a lo largo de la historia, centrándome en las corrientes filosóficas, la edad moderna y la edad contemporánea especialmente.

A continuación, he realizado un análisis de la eutanasia en la Ley Orgánica 3/2021 de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, explicando para ello los requisitos que debe cumplir el solicitante, así como desarrollando el contexto eutanásico en el que se desarrolla. En este bloque he explicado el procedimiento de la prestación y los sujetos intervinientes en cada fase, así como las funciones que estos tienen encomendadas. Además, se ha analizado la voluntariedad entorno al consentimiento, capacidad, voluntades anticipadas, con las excepciones de la incapacidad legal del paciente y los menores de edad.

Finalizando con el análisis de la objeción de conciencia sanitaria y el registro de la misma en portales electrónicos de las comunidades autónomas, así como la problemática que de ella deriva.



universidad
de león



METODOLOGÍA

Este trabajo se ha desarrollado entorno a tres bloques, para los que se han utilizado diferentes fuentes bibliográficas. El estudio parte del concepto general de la libertad de conciencia y se desarrolla respecto al derecho de cada persona a decidir sobre su propia vida, basándonos en la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia (en adelante LORE) y en la Constitución Española de 1978 (en adelante CE).

Para el desarrollo del primer bloque, consistente en el concepto de la eutanasia, se ha utilizado la LORE, diferentes monografías procedentes del departamento y de la biblioteca de la Universidad de León y la Enciclopedia de Bioderecho y Bioética.

El segundo bloque consiste en los antecedentes históricos de la eutanasia. Para su realización he consultado monografías del departamento, así como libros obtenidos de la biblioteca de la universidad de León.

En el tercer bloque, se ha llevado a cabo un análisis descriptivo de la Ley Orgánica 3/2021 de Regulación de la Eutanasia, poniendo en relación la misma con la materia tratada. Toda la normativa ha sido sacada del Boletín Oficial del Estado y de la Constitución Española de 1978. Esta información ha sido completada con monografías, sitios web y artículos de revista.

Se centralizan todos los apartados que se tratan en un índice para facilitar su ubicación a lo largo del trabajo.

Para finalizar se ha elaborado unas conclusiones realizadas conforme a una visión personal, es por ello que la técnica metodológica usada resulta deductiva.



I. INTRODUCCIÓN

Nadie duda sobre la importancia de reflexionar sobre temas relacionados con la vida. El Derecho a vivir es un Derecho Fundamental instaurado en la constitución de 1978 y también reconocido en la Declaración Universal de Derechos Humanos, así aparece en el artículo 3 de esta DUDH *“Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”*. En nuestra Constitución aparece en el artículo 15 *“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”*.

Sin embargo, la muerte ha sido tradicionalmente un tema tabú debido al miedo o desagrado que produce pensar en la muerte, una experiencia psicológica que provoca sufrimientos a muchos individuos donde se incluye no solo a quienes sufren la enfermedad, sino también a sus familiares. A lo anterior se le suma un conjunto de sentimientos contradictorios provocados por el rechazo o la censura social alimentados por lo políticamente correcto en cada época, así como las creencias y las prácticas religiosas vigentes en cada momento¹.

En la actualidad, se han producido avances médicos que, a día de hoy, pueden prolongar la vida de las personas o mantenerla de forma artificial, por lo que las personas con enfermedades irreversibles pueden, mediante la ingesta de fármacos y medios técnicos, aferrarse a la vida prolongando, de esta manera, un sufrimiento a menudo insoportable. Estas aplicaciones tecnológicas a los procesos de creación de vida y gestión de la muerte han repercutido a la sociedad como un ataque a un proceso de pérdida del respeto a la vida y a la dignidad humana².

En este contexto el legislador se ha visto en la necesidad de regular la práctica de la eutanasia, respondiendo así a las demandas de la sociedad, preservando y respetando sus derechos y adecuando para ello las normas que ordenan y garantizan la convivencia³.

¹ BOLADERAS CUCURELLA, M. *El derecho a no sufrir. Argumento para la legalización de la eutanasia*. Primera edición. Los libros del lince, Barcelona, 2009, P. 21

² *Ibidem*.

³ Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. Núm. 72. Sec. I. P. 34037. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/03/24/3>. Preámbulo.



Este trabajo se va a estructurar en cuatro partes. En primer lugar, el concepto de eutanasia, explicando su significado conceptual por una parte y por otra la diferenciación con figuras afines, en segundo lugar, los antecedentes históricos más relevantes, en tercer lugar, se incidirá en la eutanasia en la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia.

I. CONCEPTO DE EUTANASIA

El término “eutanasia” es empleado de manera muy diversa por los agentes involucrados en el debate sobre su legitimidad, incluidos entre ellos legisladores, juristas, políticos, filósofos, profesionales sanitarios, sociólogos, confesiones religiosas, asociaciones en pro o en contra de estas prácticas, etc.⁴ Para realizar una aproximación al concepto hay que realizar un estudio sobre el verdadero significado de la eutanasia y los tipos en los que se divide, así como su diferenciación con figuras afines.

1.1. ¿QUÉ ES LA EUTANASIA?

La Real Academia Española la define como primera definición la “*Intervención deliberada para poner fin a la vida de un paciente sin perspectiva de cura*” y como segunda definición “*Muerte sin sufrimiento físico*”⁵. De esta definición se desprende que la eutanasia sólo es comprensiva de aquellas conductas activas que sean llevadas a término para facilitar la muerte de aquellos pacientes que adolecen graves sufrimientos que, se encuentran imposibilitados para poner fin, por sí mismos, a su propia vida con arreglo a sus propias convicciones⁶.

La palabra eutanasia hace referencia a un contexto de enfermedad y sufrimiento, en el que se puede producir la cercanía a la muerte, aunque no es indispensable que así

⁴TOMÁS-VALIENTE LANUZA, C. “Eutanasia”. En: Carlos María ROMERO CASABONA. *Enciclopedia de Bioderecho y Bioética*. Comares, España, 2011, volumen 1, p.831 a 842.

⁵REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: Diccionario de la lengua española, 23.ª ed., [versión 23.5 en línea]. <<https://dle.rae.es>> (Consultado el 01 de junio de 2022).

⁶PAREJO GUZMÁN, M.J- ATIENZA MACÍAS, E. “Derecho a decidir sobre la propia salud ante el final de la vida humana” en, FERNANDEZ CORONADO, A. – PEREZ ÁLVAREZ, S. (Dirs.) *La protección de la salud en tiempos de crisis*, Tirant Lo Blanch, Valencia, 2013, p. 321 y ss.



sea. El denominador común a todas las conductas que englobamos bajo este término es que se llevan a cabo para que el enfermo no siga padeciendo por más tiempo⁷.

Tradicionalmente, se ha producido una clasificación que en este trabajo estructuro en tres bloques, la eutanasia directa e indirecta, la activa y pasiva y la voluntaria e involuntaria.

1.1.1. EUTANASIA DIRECTA E INDIRECTA

La eutanasia ha sido tradicionalmente delimitada conceptualmente en la doctrina en la forma “directa” e “indirecta”. La primera consiste en facilitar la muerte para evitar los sufrimientos graves que adolece el paciente afectado por una enfermedad incurable. Margarita Boladeras en su libro “El derecho a no sufrir” define esta figura como las acciones que producen la muerte de un paciente de forma inmediata, en una relación causa efecto claro⁸.

La “eutanasia indirecta” consiste en suministrar tratamientos terapéuticos que tratan de paliar el sufrimiento padecido por personas que adolecen una enfermedad terminal que, secundariamente, facilitan el proceso de su fallecimiento de manera artificial. Por ejemplo, el suministro de sobredosis de morfina a pacientes desahuciados para calmar los dolores que está sufriendo para acortar paulatinamente la vida. Este concepto en la praxis sanitaria era conocido como “sedación paliativa”, la cual ya ha sido explicada anteriormente en este trabajo.

Es importante mencionar la doctrina del “doble efecto”, ligada tradicionalmente a la práctica de la eutanasia indirecta. Esta doctrina consiste en entender el tratamiento de la muerte del enfermo como un mero posible efecto o consecuencia indirecta de la actuación, siendo el objetivo del profesional aliviar los síntomas refractarios⁹.

⁷TOMÁS-VALIENTE LANUZA, C. “Eutanasia” en: Carlos María ROMERO CASABONA. *Enciclopedia de Bioderecho y Bioética...* ob.cit. p. 831.

⁸BOLADERAS CUCURELLA, M. *El derecho a no sufrir. Argumento para la legalización de la eutanasia...* ob.cit. p. 43.

⁹AUSÍN DÍEZ, Suicidio asistido. En: Carlos María ROMERO CASABONA. *Enciclopedia de Bioderecho y Bioética...* ob.cit. p. 833



1.1.2. EUTANASIA ACTIVA Y PASIVA

La conducta mediante la cual se lleva a cabo este tipo de eutanasia puede ser “Activa” o “Pasiva”. Será del primer tipo sí provoca directamente la muerte indolora del paciente como acontece, por ejemplo, mediante la inyección de dosis letales de medicamentos. Dentro de esta se hace otra distinción entre la “eutanasia activa directa” y la “eutanasia activa indirecta”, produciéndose la primera cuando la actuación tiene la intención de poner fin a la vida de otra persona y produciéndose la segunda cuando la actuación no persigue poner fin a la vida de la otra persona, pero asume el resultado como posible, siendo éstas las que tienen por fin aliviar el dolor del enfermo pero que pueden producir el adelantamiento de la muerte.

Será “pasiva” si el personal sanitario suspende u omite el tratamiento terapéutico que mantenía con vida al paciente¹⁰. En este caso se suprimen o simplemente no se adoptan las medidas que prolongarían la vida, pero que sólo proporcionarían padecimientos inútiles, pues la vida está ya abocada al final¹¹.

Así mismo, encontramos en concepto “eutanasia directa pasiva”, denominada en la práctica sanitaria como la “limitación de medidas de soporte vital”, que consiste en la retirada o no instauración de medidas de soporte vital, porque la profesional estima que, dada la situación del paciente y el pronóstico son inútiles o fútiles¹².

1.1.3. EUTANASIA VOLUNTARIA E INVOLUNTARIA

Actualmente, quedan fuera del concepto médico y jurídico de eutanasia los adjetivos de pasiva, negativa, involuntaria o indirecta, estableciéndose en el Preámbulo de la LORE¹³ esta delimitación conceptual de la eutanasia a aquella que se produce exclusivamente de manera activa y directa, de manera que las actuaciones por omisión que se designaban como eutanasia pasiva, o las que pudieran considerarse como eutanasia activa indirecta se han excluido del concepto bioético y jurídico-penal de la

¹⁰PÉREZ ÁLVAREZ, Salvador. *Libertad de conciencia y diversidad en la sanidad pública española contemporánea*. Tirant to Blanch, Valencia, 2020, P. 267

¹¹BOLADERAS CUCURELLA, M. *El derecho a no sufrir...* Ob. Cit. p. 43.

¹²PÉREZ ÁLVAREZ, S. *Libertad de conciencia y diversidad en la sanidad pública española contemporánea...* ob.cit. P. 279.

¹³ BOE Ley Orgánica 3/2021 de 24 de marzo de Regulación de la eutanasia... ob. cit. Preámbulo.



eutanasia¹⁴. No obstante, esta diferenciación tradicional fue la utilizada por la bioética de los años ochenta y noventa.

De esta forma la eutanasia “voluntaria” era definida como aquel acto que provoca la muerte de una persona a petición explícita del paciente capaz y la “involuntaria” consistiría en quitar la vida a una persona contra la voluntad del sujeto o sin la voluntad de este¹⁵. Esta clasificación ha sido criticada debido a que se duda de si verdaderamente se puede considerar un tipo de eutanasia aquella que se denomina “involuntaria” y cual sería en este caso la diferencia con el homicidio.

1.1.4. CRÍTICA DE SIMÓN LORDA A LA CLASIFICACIÓN TRADICIONAL

Pablo Simón encabezó un manifiesto¹⁶, firmado por más de 30 profesionales sanitarios y expertos en bioética en el que se solicita el abandono de aquellas denominaciones que solo llevan a confusión. Establece que la palabra eutanasia se debe restringir a aquellas actuaciones que producen la muerte de los pacientes de manera directa mediante una relación causa efecto única e inmediata, a petición expresa, reiterada en el tiempo e informada, en un contexto de sufrimiento entendido como “dolor total” y en todo caso realizadas por profesionales sanitarios que conocen a los pacientes y mantienen con ellos una relación clínica significativa.

Establece que es imprescindible la existencia de una petición expresa y reiterada del paciente y, si se produjese la carencia de esto, la actuación del profesional debe ser catalogada de homicidio.

En el manifiesto, establece que *“la eutanasia siempre es, por definición, voluntaria y la involuntaria no es eutanasia sino homicidio. Lo mismo afirma de las expresiones “eutanasia directa” o “eutanasia activa”, pues la eutanasia es por definición ambas cosas y el problema de las contrarias es que no son eutanasia”*¹⁷.

¹⁴ Ibidem.

¹⁵ BOLADERAS CUCURELLA, M. *El derecho a no sufrir...* Ob. Cit. P. 42.

¹⁶ SIMÓN LORDA, P. “Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras” Núm. 6, volumen 23 p. 271-285.

¹⁷ SIMÓN LORDA, P. “Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras” ... Ob. Cit. Concretamente p. 274.



Con la entrada en vigor de la LORE, se ha limitado el concepto del término eutanasia aquella se produce de forma activa y directa, de manera que las actuaciones por omisión que se designaban como eutanasia pasiva, o la anteriormente considerada eutanasia activa indirecta se han excluido del concepto bioético y jurídico penal de la eutanasia.

1.2. DIFERENCIACIÓN ENTRE EUTANASIA Y FIGURAS AFINES

La eutanasia es un concepto objeto de estudio etimológico a lo largo del tiempo. En relación con este vocablo, Margarita Boladeras recoge la existencia de unas figuras afines, siendo tales la “Ortotanasia”, la “Distanasia”, la “Adistanasia” o “Antidistanasia”, y la “Cacotanasia”.

1.2.1. DIFERENCIAS CON LA ORTOTANASIA, LA DISTANASIA, LA ADISTANASIA Y LA CACOTANASIA

La *Ortotanasia* es una muerte a su debido tiempo, de forma natural, sin acortar ni alargar la vida con medios extraordinarios o desproporcionados. En este caso la diferencia con la eutanasia radica en que esta última es la interrupción del curso natural de la vida y tiene como objetivo, por consiguiente, adelantar el proceso de muerte para minimizar el sufrimiento del paciente.

Frente a la eutanasia nos encontramos con la “Distanasia” definida como la dilatación del momento de la muerte, prolongación del estado terminal, obstaculizando el proceso biológico de muerte. La connotación peyorativa de expresión “encarnecimiento terapéutico” presupone una intencionalidad de causar daño por parte del médico, lo que habitualmente no se corresponde con la realidad. Es por ello por lo que algunos autores lo denominan “obstinación terapéutica”, estando así más relacionada con los términos “inutilidad” o “futilidad” de las intervenciones médicas¹⁸. Con la distanasia se pueden mantener estados de coma, vidas vegetativas, mínimos

¹⁸RAMONARA CALLIZO, J. “Encarnecimiento terapéutico” En: Carlos María ROMERO CASABONA. *Enciclopedia de Bioderecho y Bioética*. Comares, España, 2011, volumen 1.



universidad
de león



vitales durante años, alargando así el sufrimiento y la agonía del paciente¹⁹. La diferencia fundamental con la eutanasia es por lo tanto que el fin de la distanasia es atrasar la muerte y la eutanasia adelantarla.

La “Adistanasia” o “antidistanasia” es la interrupción de las acciones que podrán aplazar la muerte del paciente, dejando que la enfermedad termine con su vida. La antidistanasia consiste en el rechazo a la eutanasia, apoyando a la eutanasia en algunos casos o defendiendo la ortotanasia en otros. La adistanasia es una figura similar a la eutanasia pasiva, ya que consiste en la inhibición de actuar o el abandono del tratamiento iniciado, evitando intervenir en el proceso de muerte.

“Cacotanasia” es definida como mala muerte, muerte a destiempo, de forma acelerada; suele asociarse al suministro de fármacos sin el conocimiento del enfermo. En este caso se acelera deliberadamente la muerte de un enfermo sin que haya expresa voluntad de su parte. Equivale a una eutanasia activa involuntaria.

1.2.2. DIFERENCIA CON EL SUICIDIO ASISTIDO

El suicidio asistido es otra forma de disposición de la propia vida. Etimológicamente, la palabra “suicidio” proviene del latín “*sui*”, de sí mismo, y “*cadere*”, matar. Por lo tanto, suicidio asistido se refiere a la ayuda y colaboración de terceros, proporcionando conocimientos y medios materiales para la disposición voluntaria de la propia vida²⁰.

Cuando esta colaboración se produce por parte del personal sanitario se habla de suicidio asistido médicamente, en este caso será el médico quien ponga a disposición del paciente los medicamentos necesarios para que él mismo ejecute el acto último de darse muerte. Esta figura, también llamada “homicidio consentido”. Este tipo de acción se asemeja a la eutanasia en tanto en cuanto a que es un tercero el que les facilita los medios necesarios y realiza materialmente los hechos.²¹ Sin embargo, el Tribunal Supremo ha dejado aclarado que el “suicidio asistido” se caracteriza por el hecho de que

¹⁹TARQUIS A., TATARI R., TORRALBA ROSELLÓ F., GARZÓN SERFATY, B.A. FERRER J.J, GRACIA D. “*Bioética y religiones: el final de la vida*” Publicaciones universidad politécnica de comillas. Dilemas éticos de la medicina actual 13. Universidad Pontificia ICAI ICADE, Madrid, p. 60.

²¹ PEREZ ÁLVAREZ, S. *Libertad de conciencia y diversidad en la sanidad pública española contemporánea...* Ob. cit. p. 270.



universidad
de león



sólo “supone una colaboración, una prestación coadyuvante que ofrezca una cierta significación y eficacia en la realización del proyecto que preside a un sujeto de acabar con su propia existencia”²².

La regulación de la eutanasia hace frente a alguna crítica respecto a su constitucionalidad respecto a la obligación estatal en contra de la vida humana, protegida en la norma anteriormente citada en su artículo 15 y se abre debate respecto a la existencia de una regulación exhaustiva del suicidio asistido en el lugar de la eutanasia. Esta idea es la que defiende Fernando Rey Martínez en una de sus obras debido a que garantizaría mejor el libre consentimiento del enfermo y conjuraría en gran medida los peligros derivados de la “rotura de diques”^{23,24}. Este término, también conocido como “pendiente resbaladiza”, se produce cuando la aceptación de ciertas prácticas que desde siempre se habían considerado inaceptables conducen de inmediato a autorizar otras que resultan más transgresoras, es decir, hace referencia al riesgo de no poder prevenir la utilización de la eutanasia en situaciones que podrían ser solucionadas de otras alternativas²⁵.

1.2.3. DIFERENCIACIÓN CON LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Los cuidados paliativos consisten en mitigar el terrible padecimiento de ciertas enfermedades mediante la medicina. Destaca su especial atención al alivio de los síntomas, del dolor y del sufrimiento en pacientes que sufren enfermedades crónico-degenerativas o están en fase terminal. Se trata por consiguiente de el paciente mejore su calidad de vida²⁶.

En este punto es importante hacer referencia a la sedación paliativa, que consiste en la administración de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas, para reducir la

²² STS de 23 de noviembre de 1994, FJ 5 en: PÉREZ ÁLVAREZ, s. *libertad de conciencia y diversidad en la sanidad pública española contemporánea*. Tirant lo blanch. Valencia, 2020 página 270.

²⁴ REY MARTÍNEZ, F. *Eutanasia y derechos fundamentales*. Centro de estudios políticos constitucionales. Madrid.2008.

²⁵ BOLADERAS M. *El derecho a no sufrir. Argumentos para la legalización de la eutanasia...* Ob. cit. P.153.

²⁶ NÚÑEZ PAZ, M.A. “Cuidados paliativos” En: Carlos María ROMERO CASABONA. *Enciclopedia de Bioderecho y Bioética*: Comares. 2011, volumen 1.



consistencia de un paciente en situación terminal, para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios, previo consentimiento informado explícito. La aplicación de sedación paliativa exige una comprobación del médico de las siguientes circunstancias: en primer lugar, existe un sufrimiento intenso intolerable causado por síntomas refractarios, en segundo lugar, la obtención del consentimiento del paciente o de sus representantes según se establece en la normativa vigente (es importante que la familia esté adecuadamente informada de este procedimiento asistencial), en tercer lugar la prescripción de fármacos adecuados y las dosis proporcionadas a las necesidades del paciente y por último, es necesaria la evaluación continuada supervisada por el médico responsable²⁷.

Por lo tanto, podemos determinar que la diferencia entre esta figura y la eutanasia es que la primera consiste en reducir el sufrimiento del paciente, mejorando así su calidad de vida y la segunda consiste en dar fin a la vida de una persona, por voluntad propia y expresa con objeto de evitar su sufrimiento ante una enfermedad o padecimiento incurable.

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La discusión de si se puede o no disponer libremente de nuestra propia vida ha sido un tema objeto de reflexión frecuente en la antigüedad clásica griega entre los pensadores. Para conocer el verdadero origen y la evolución histórica del concepto hoy en día denominado eutanasia es preciso conocer su significado etimológico.

La palabra eutanasia está formada por los vocablos griegos *eu* “bien” y *thanatos* “muerte”, siendo por lo tanto su significado etimológico “buena muerte”.

2.1. CORRIENTES FILOSÓFICAS

Los filósofos clásicos trataron el tema de la “buena muerte” frecuentemente, así los estoicos decían que “la puerta siempre está abierta”, concibiendo la muerte como una

²⁷ AUSÍN DÍEZ, “Suicidio asistido”. En: Carlos María ROMERO CASABONA. *Enciclopedia de Bioderecho y Bioética*. Comares, España, 2011, volumen 1, p. 831 a 842. Concretamente página 831.



universidad
de león



salida cuando el peso de la vida se hace intolerable y produciendo una liberación al individuo.

Así, Séneca²⁸, filósofo romano contemporáneo de Cristo, dice: "es al hombre a quien corresponde decidir libremente sobre el sentido y su capacidad de soportar su existencia en el cuerpo", "no se debe ni querer demasiado a la vida ni odiarla demasiado, sino buscar un término medio y ponerle fin cuando la razón lo aconseje", "no se trata de huir de la vida sino de saber dejarla" o "es, preferible quitarse la vida, a una vida sin sentido y con sufrimiento". Con estas frases el autor expresa que la vida no es ni buena ni mala y que, por lo tanto, en lugar de rechazar el amor por ella debemos reducirlo para marcharnos de ella cuando las circunstancias lo exijan eliminando el sufrimiento y la agonía.

En el lado opuesto nos encontramos a Hipócrates, quien condenaba explícitamente en sus obras el aborto y la eutanasia. Así mismo, el Juramento Hipocrático señala "No daré a nadie, aunque me lo pida, ningún fármaco mortal, ni haré semejante sugerencia. Igualmente, no proporcionaré a mujer alguna un pesario abortivo. En pureza y santidad mantendré mi vida y mi arte"²⁹.

2.2. EDAD MEDIA

En esta época el suicidio estaba totalmente rechazado por parte del Estado. Santo Tomás de Aquino, teólogo y filósofo, máximo representante de la filosofía escolástica medieval abordó la reformulación de la teología cristiana. Este autor alegaba que suicidarse era el peor de los pecados, así lo publicó en su obra *Summa Theologica* en 1272³⁰.

En la Edad Media la Iglesia católica siguió condenando el suicidio. La postura cristiana se contrapone a la postura utilitaria y humanista, ya que niega las convicciones

²⁸ SÉNECA *Epístolas morales a Lucilio*. Gredos. Madrid. 1986

²⁹ "Juramento Hipocrático", traducción literal directa del original griego, según García Gual. En: *Tratados Hipocráticos*. Vol. I., Madrid, Gredos, 1983. p.77.

³⁰ DE AQUINO, S.T. "*Summa Theologica*". Edición dirigida por los Regentes de Estudios de la Provincias Dominicanas en España. Madrid 2001. P. 978 y 979



bíblicas acerca de la soberanía de Dios y la santidad de la vida. Este enfoque cristiano defiende que el quitar la vida de una persona, acabando así con su agonía distorsiona la enseñanza bíblica, ya que Dios muestra sus lecciones a través del sufrimiento (el fin no justifica los medios). Le dan más valor a la vida que al alivio del sufrimiento, y consideran la eutanasia como un instrumento a favor de la tiranía³¹.

El pensador Lactancio³², teólogo seglar del siglo III y determinó las razones contra la eutanasia:

- 1) Dios es el dueño de la vida, y el hombre su mero administrador
- 2) La muerte directamente querida se opone al amor a uno mismo
- 3) Buscar la propia muerte contraviene las responsabilidades respecto de la sociedad.

Frente a los detractores de la “muerte dulce” nos encontramos a Tomás del Moro. Este autor defendía la muerte voluntaria. Así aparece en su obra publicada en 1516 llamada *Utopía*: “Tratan, como ya dije, a los enfermos con grandes cuidados, sin omitir medicinas ni alimentos capaces de devolverles la salud. Acompañan a los incurables, les dan conversación y les proporcionan, en una palabra, cuanto sea susceptible de aliviar su mal. Si se trata de una enfermedad sin remedio y de continuo dolor, los sacerdotes y magistrados hacen ver al paciente que ya es inútil para los trabajos de la vida, molesto para los demás y una carga para sí mismo, no quiera pues alimentar por más tiempo su propia peste y corrupción; que siendo su vida un tormento no vacile en morir, antes tenga esperanza de librarse de una vida semejante, como de un potro o tormento, dándose la muerte o consintiendo que otro se la dé; persuádenle a que así obrará sabiamente, a que la muerte será no un mal, sino el término de sus suplicios, y a

³¹ TARQUIS A., TATARI R., TORRALBA ROSELLÓ F., GARZÓN SERFATY, B.A. FERRER J.J, GRACIA D. “Bioética y religiones: el final de la vida “Publicaciones universidad politécnica de comillas. Dilemas éticos de la medicina actual 13. Universidad Pontificia ICAI ICADE Madrid p. 60.

³² MIRET MAGDALENA E. *Eutanasia, Filosofía y religión*. Núm. 1, volumen 1, 2003, España. Página 6.



que siendo éste el consejo de los sacerdotes, intérpretes de la voluntad divina, obrará de manera santa y piadosa”³³.

En este texto se muestra cómo Moro defendía que aquella persona con enfermedad incurable con pronóstico mortal que no quería seguir con su vida pusiera fin a esta por sí mismo o mediante otra persona, acabando así con su sufrimiento y bajo el consentimiento, en todo caso, de los sacerdotes y el Senado. Así mismo incide en su obra que nadie puede ser ejecutado contra su voluntad ni pueden dejar de suministrarle cuidados sin su consentimiento.

2.3. EDAD MODERNA

Francis Bacon (1561-1626) fue el principal filósofo inglés del Renacimiento, padre del empirismo moderno y gran promotor de la idea de que el saber es útil para la vida práctica. Este filósofo en el año 1605 fue el primero en entender la palabra eutanasia tal y como la conocemos en la actualidad. Estima en su obra *El avance del saber*: “*el deber del médico no sólo es restaurar la salud, sino mitigar el dolor y los sufrimientos, y no sólo cuando esa mitigación pueda conducir a la recuperación, sino cuando pueda lograrse con ella un tránsito suave y fácil; pues no es pequeña bendición esa eutanasia que César Augusto deseaba para sí, y que fue especialmente notada en la muerte de Antonino Pío, que fue a modo y semejanza de un adormecimiento dulce y placentero. Así está escrito en Epicuro, que después que fue desahuciado ahogó su estómago y sus sentidos con gran ingestión de vino, a propósito de lo cual se hizo el epigrama: Hinc Stygias ebrius hafit aquas, no estaba lo bastante sobrio para gustar ninguna amargura en el agua de la Estigia. Mas los médicos, al contrario, tienen casi por ley y religión el seguir con el paciente después de desahuciado, mientras que, a mi juicio, debieran a la*

³³ MORO, T. “Utopía”. México, D.F, FCE. Fondo de Cultura Económica. 2008. Recuperado de <https://elibro-net.unileon.idm.oclc.org/es/ereader/unileon/110517?page=99>.



universidad
de león



vez estudiar el modo y poner los medios de facilitar y aliviar los dolores y agonías de la muerte”.³⁴

El texto anteriormente citado hace referencia a la eutanasia, aproximándose al concepto por la que la entendemos hoy en día. En este texto encomienda a los médicos no solo la función de sanar y recuperar la salud de los enfermos sino también la de disminuir el sufrimiento y el dolor de las personas que padecen enfermedades incurables con pronóstico mortal mediante las prácticas eutanásicas.

2.4. EDAD CONTEMPORÁNEA

En esta etapa, en primer lugar, hay que destacar el “discurso del Santo Padre Pío XII sobre las implicaciones religiosas y morales de la analgesia” en 1957³⁵.

En este discurso dedicado a los anesthesiólogos señala que cuando hay «dolores violentos, estados morbosos de depresión y de angustia... la anestesia es moralmente lícita», ya que «se trata únicamente de evitar al paciente dolores insoportables». Sería lícita la utilización de un paliativo, aunque «produjese por sí misma dos efectos distintos, el alivio de los dolores y, por otra parte, la abreviación de la vida».

Las condiciones que pide el Papa son sea solicitado por el enfermo o que haya cumplido con sus deberes espirituales y morales.

Un importante hito fue la inclusión del derecho a la autonomía del paciente, reconocido por primera vez en España en la Carta de Derechos y Deberes del Paciente³⁶, que fue elaborada en 1984 en el marco del Plan de Humanización de los Hospitales adoptado por el Instituto Nacional de la Salud del antiguo Ministerio de Sanidad y Consumo. En esta Carta se trataba de una regulación primigenia del derecho a decidir sobre la propia salud que aparecía ya formulada implícitamente como una manifestación de la libertad ideológica, religiosa y de culto del paciente, ya que

³⁴ BACON, F. *El avance del Saber*, 1988, p. 124.

³⁵ Discurso “Le neuvième Congrès al IX Congreso Internacional de la Sociedad Italiana de Anestesiología (24, II, 1957)” en B.A.C. *El don de la vida. Textos del Magisterio de la Iglesia sobre Bioética*, Madrid, 1996. B.A.C. 205-232

³⁶ Carta de derechos y deberes del paciente. Instituto nacional de salud, España, 1984.



universidad
de león



reconocía el derecho a decidir a qué tratamiento iba a someterse de entre las distintas opciones que le brinde el responsable médico³⁷.

Dos años más tarde, el legislador decidió legalizar en la Ley 14/1986, de 25 de abril General de la Sanidad³⁸ el derecho a decidir sobre la propia salud de los usuarios de los servicios el libre desarrollo de la personalidad de los pacientes (artículo 10.1). Las disposiciones de la citada Ley han derivado en la Ley 41/2002³⁹, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente, que comprende dos manifestaciones. En primer lugar, el derecho a decidir libremente entre las opciones clínicas disponibles y b) el derecho a negarse al tratamiento.

III. LA EUTANASIA EN LA LEY ORGÁNICA 3/2021, DE 24 DE MARZO, DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA

La respuesta jurídica de la LORE es doble. Por un lado, nos encontramos la despenalización de la ayuda para morir y por otro lado su regulación. En la actualidad, hasta la entrada en vigor del Reglamento 3/2021 de regulación de la eutanasia, esta estaba penada en el antiguo artículo 143 de nuestro código penal con las penas de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona y con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte. En este artículo se preveía una pena inferior en uno o dos grados al que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa 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.

Con la entrada en vigor de la LORE el apartado cuarto del artículo 143 del Código Penal ha sido modificado y se ha añadido un quinto por la disposición final 1 de la Ley

³⁷PÉREZ ÁLVAREZ, S. *Libertad de conciencia y diversidad en la sanidad pública española contemporánea...* ob. cit. P. 175.

³⁸Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad <BOE> núm. 102, de 29/04/1986. <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14/con>

³⁹Ley 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. <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41/con>



universidad
de león



Orgánica 3/2021, de 24 de marzo. Este apartado establece que 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.

En la edad moderna se han dado grandes pasos en la valoración progresiva de la autonomía personal a la hora de decidir sobre la vida propia. Uno de estos hitos fue la despenalización del suicidio, que en España fue delito hasta la época de la transición democrática. Muy posterior ha sido la aceptación de las llamadas instrucciones previas⁴⁰, y con ello la autorización al paciente para consentir o rechazar el ingreso en unidades de cuidados intensivos o la utilización en su cuerpo de técnicas de soporte vital. Como consecuencia se ha acabado aceptando que el paciente puede rechazar tratamientos eficaces y aceptar otros que no lo son y que pondrán el fin a su vida. La Ley Orgánica 3/2021 de Regulación de la Eutanasia (LORE) en España hay que verla como un último paso en línea con los anteriores⁴¹.

3.1. REQUISITOS DEL SOLICITANTE

El artículo 5 de la LORE determina los requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir. Todas estas condiciones deben ser verificadas por el médico responsable. Los requisitos son los siguientes:

1. Tener la nacionalidad española o residencia legal en España o certificado de empadronamiento que acredite un tiempo de permanencia en el territorio español superior a doce meses.

⁴⁰ Por el documento de instrucciones previas, 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. El otorgante del documento puede designar, además, un representante para que, llegado el caso, sirva como interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas. Artículo 11. Ley 42/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

<https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41/con>

⁴¹ GARCÍA GUILLEM, D. “Ética y derecho en el proceso de morir”. *Eutanasia*, N°5, vol. 18, 2022. P. 244-247.



2. Disponer por escrito de la información que exista sobre su proceso médico, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, incluida la posibilidad de acceder a cuidados paliativos integrales.
3. Haber formulado dos solicitudes de manera voluntaria y por escrito, o por medio que se pueda dejar constancia y siempre que sea de manera voluntaria.
4. Prestar consentimiento informado previamente a recibir la prestación de ayuda para morir. Este documento se incorporará a la historia clínica del paciente.

Las valoraciones se harán respecto a cinco grupos fundamentales repetidamente enunciados en la LORE. En primer lugar, tendrá lugar la valoración del contexto clínico eutanasico. Se entiende padecimiento grave, crónico e imposibilitante aquella 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, que lleva asociado un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable para quien lo padece, existiendo la seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones vayan a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable⁴².

El paciente deber verse afectado en la autonomía física y actividades de la vida diaria. La enfermedad debe ser grave o incurable, entendida esta por la propia ley la que origina sufrimiento físicos o psíquicos constantes e insoportables sin posibilidad de alivio que la persona considere tolerable, con pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva⁴³. A efectos de valorar el sufrimiento deben tenerse en cuenta sus dimensiones, siendo estas el sufrimiento clínico, el sufrimiento psicoemocional, el sufrimiento social y el sufrimiento existencial⁴⁴.

⁴² Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de Regulación de la Eutanasia... Ob. Cit. Artículo 3.b).

⁴³ Ibidem.

⁴⁴ MELGUIZO JIMÉNEZ, M. SÁNCHEZ DOLORES, M. GALLEGUO ROYO, A. "Prestación de ayuda médica para morir" En: "Eutanasia" N°5, vol. 18, 2022. P. 279-290, en concreto 281.



En tercer lugar, la valoración de la capacidad. La mejor herramienta para valorar la capacidad de hecho es la entrevista clínica del médico responsable responsable con el paciente, el uso de escalas de valoración cognitivoafectivas o específicas de capacidad y la consulta con un personal experto. Las dimensiones harán su valoración deberían incluir la capacidad de comprensión, la capacidad de apreciación, el razonamiento coherente y la expresión de una elección.

En cuarto lugar, la LORE establece que el paciente ha de presentar dos solicitudes por escrito de forma voluntaria y sin ninguna presión externa⁴⁵. Deben ser objeto de exploración los síntomas clínicos (asegurar que el mal control de síntomas no condiciona la libertad para decidir), el estado afectivo (determinar si condicionan su toma de decisiones trastornos depresivos o ansiedad), y la situación social y familiar (indagar si la precariedad social, la falta de ayudas a la dependencia o la ausencia de red social de apoyo condiciona su libertad y detectar la falta de apoyo familiar o existencia de intereses de familiares o allegados en la decisión del paciente)⁴⁶.

Por último, es importante la realización de una adecuada información al paciente, adaptada y comprensible, por escrito y registrada en la historia clínica. Los contenidos mínimos de la información clínica y soporte son el diagnóstico clínico completo, alternativas de tratamiento curativo o paliativo y posibilidades de actuación, prestaciones de cuidados paliativos integrales, ayudas potenciales de atención a la dependencia. La información acerca del proceso de ayuda para morir incluye los requisitos y modalidades de la prestación, las causas de denegación de la solicitud⁴⁷. Procedimientos de reclamación ante la denegación, obligaciones y responsabilidades del médico responsable y del médico consultor, funciones de la comisión de garantía y evaluación (en adelante CGyE), formas de aplazamiento y revocación de la prestación,

⁴⁵ Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de Regulación de la Eutanasia... Ob. Cit. Artículo 5.c).

⁴⁶ MELGUZO JIMÉNEZ, M. SÁNCHEZ DOLORES, M. GALLEGU ROYO, A. "Prestación de ayuda médica para morir" ... Ob. Cit. En concreto página 282.

⁴⁷ Ibidem.



garantías de intimidad y confidencialidad, información completa sobre la realización de la prestación completa sobre la realización de la prestación.⁴⁸

3.2. “CONTEXTO EUTANÁSICO”

La Ley Orgánica 3/2021⁴⁹ surge ante un contexto social marcado por la creciente demanda cada vez más extendida y mediatizada de la legalización de una muerte digna, aprobada finalmente el 18 de marzo del 2021 con 202 votos a favor, 141 votos en contra y 2 abstenciones⁵⁰.

Esta ley tiene como objetivo dar una respuesta jurídica, sistemática, equilibrada y garantista a una demanda de la sociedad actual como es la eutanasia⁵¹.

Ofrece una respuesta jurídica de carácter legal no jurisprudencial que regula el procedimiento de la prestación de ayuda médica para morir mediante una ley orgánica (artículo 81 CE) de aplicación a todo el territorio español (art 2 LORE). Pretende ser una respuesta equilibrada que compatibilice los bienes constitucionalmente protegidos, como son la dignidad (artículo 10.1 CE) y la libertad (art. 1.1 CE), y los Derechos Fundamentales a la vida (art. 15 CE) y a la integridad física y moral entre otros (art. 15 CE). Es sistemática porque organiza un procedimiento de solicitud y realización de la prestación de ayuda medica para morir y establece obligaciones y derechos de los pacientes solicitantes, los profesionales asistenciales implicados y las administraciones e instituciones responsables de garantizar la calidad, seguridad e igualdad de la prestación (arts. 1,4,3,13 y 14 y Disposiciones Adicionales Sexta y Séptima de la LORE). Es garantista porque pretende asegurar el respeto de la voluntad autónoma de

⁴⁸ MELGUIZO JUMENEZ, M. SÁNCHEZ MARISCAL, D GALLEGO ROYO, A. “Prestación de ayuda para morir”. Eutanasia. Nº5. Vol. 18, 2022 AMF 2022, p. 279-290. Pag 282

⁴⁹ Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo de regulación de la eutanasia. *Boletín Oficial del Estado*, núm., 72, 25 de marzo de 2021.

⁵⁰ Sala de Prensa / Notas de prensa. El Congreso de los Diputados.

⁵¹ El Caso Gross Contra Suiza es relevante en este caso debido a que, tras despenalizarse la eutanasia, no se elaboró ni promulgo un régimen legal específico precisando las practicas eutanásicas y sus garantías. El Tribunal Europeo de Derechos Humanos se manifestó al respecto considerando que la actuación del Estado no respetó el principio de seguridad jurídica y viene a señalar que en Suiza existía una clara ausencia de directrices legales para la posibilidad del suministro de pentobarbital, la cual es susceptible y efectivamente provoca angustia e incertidumbre sobre la vida.



los pacientes sin interferencias indebidas en las situaciones clínicas propias de la prestación de ayuda médica para morir (“contexto eutanásico” Preámbulo I arts. 3 y 5 LORE) mediante una serie de requisitos de contenido y de procedimiento cuyo cumplimiento se somete a un sistema de control previo y posterior⁵².

La estructura formal de la LORE son cinco capítulos, siete disposiciones adicionales, una disposición transitoria, una disposición derogatoria y cuatro disposiciones finales.

El objeto de la Ley se delimita de forma clara en su primer artículo, en el cual se expone el fin regulador del derecho que ostenta cualquier persona que cumpla las exigencias necesarias para solicitar y recibir la ayuda, artículo 1 de la Ley.

En el ámbito de aplicación se encuentran todas las personas físicas o jurídicas, públicas o privadas que actúen o se encuentren en territorio español. A estos efectos, se entenderá que una persona jurídica se encuentra en territorio español cuando tenga domicilio social, sede de dirección efectiva, sucursal, delegación o establecimiento de cualquier naturaleza en territorio español.

3.3. PROCEDIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE LA EUTANASIA

El papel de los profesionales sanitarios es fundamental para realizar la prestación de ayuda para morir. Esta prestación se podrá realizar mediante administración directa al paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario competente o mediante la prescripción o suministro al paciente por parte del profesional sanitario de una sustancia, de manera que esta se le pueda auto administrar, para causar su propia muerte.

3.3.1. CONTROL “A PRIORI”

El procedimiento se inicia con las intervenciones del médico responsable, médico consultor y el equipo asistencial.

⁵² SEOANE, J.A, CRUZ-VALIÑO, A.B, VALDÉS PAREDES, A. “Fortalezas de la regulación española de la eutanasia”, En: *Eutanasia* N°5, vol. 18, 2022. Págs. 255-260.



A) Intervención del médico responsable

Facultativo que tiene a su cargo coordinar toda la información y la asistencia sanitaria del paciente, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales⁵³.

El médico que mejor se acomoda a las funciones que tiene que realizar el médico responsable es de familia, ya que tiene un conocimiento previo del paciente y su familia. Sin embargo, el médico responsable es elegido por el paciente que desea la prestación y su opción puede ser un médico de familia u otro especialista hospitalario y, en caso de no poder elegir entre ambos puede exigirlo a la administración sanitaria. En el caso de que el responsable médico no pueda continuar con la gestión de la prestación de ayuda para morir, la administración sanitaria lo sustituirá por otro médico.

El procedimiento a seguir por el médico responsable cuando exista una solicitud de prestación de ayuda para morir se encuentra en el artículo 8 de la LORE.

Recibida la primera solicitud de prestación de ayuda para morir, el médico responsable en el plazo de dos días naturales realizará, tras verificar que se cumplen los requisitos necesarios, un proceso deliberativo con el solicitante sobre su diagnóstico, posibilidades terapéuticas y resultados esperables, así como posibles cuidados paliativos, asegurándose de que entiende la información que le facilita.

Una vez se recibe la segunda solicitud, el médico responsable, en el plazo de dos días naturales, retomará con el paciente solicitante el proceso deliberativo al objeto de atender en el plazo de cinco días naturales cualquier duda.

Transcurridas veinticuatro horas tras la finalización del proceso deliberativo, el médico responsable recabará del paciente la decisión de continuar o desistir de la solicitud de la ayuda para morir, recabando en todo caso la firma del documento del consentimiento informado.

⁵³ Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. Ob. Cit. Artículo 3.d)



Una vez realizado esto, se dará paso al médico consultor, el cual, al final de la verificación correspondiente de los requisitos decidirá si el informe es favorable o desfavorable. Una vez realizado esto, el médico responsable, antes de la realización de la prestación de ayuda para morir lo pondrá en conocimiento del presidente de la Comisión de Garantía y Evaluación en el plazo máximo de tres días hábiles.

B) Intervención del médico consultor

Finalizado el proceso deliberativo y recabado el consentimiento informado del paciente, el médico responsable deberá consultar el caso con un médico/a consultor/a. Esta figura engloba a los facultativos con formación en el ámbito de las patologías que padece el paciente y que no pertenece al mismo equipo del médico responsable⁵⁴.

El médico consultor deberá estudiar cada caso, examinar al paciente y verificar el cumplimiento de los requisitos contemplados en el artículo 5.1 a y c de la LORE, además de verificar que ha formulado las dos solicitudes de manera voluntaria por escrito, fechada y firmada por el paciente o su representante, comprobando que el tiempo entre ambas solicitudes haya sido de al menos 15 días y que se han cumplido todos los requisitos necesarios de la LORE. También verificará que el paciente tiene por escrito, o por otro medio, de la información que exista sobre su proceso médico y que ha presentado por escrito o por otros medios su consentimiento informado y se ha incorporado a su historia clínica. Tras verificar lo expuesto anteriormente, deberá remitir al médico responsable en el plazo máximo de 10 días naturales desde la fecha de la solicitud el informe favorable o desfavorable.

El médico consultor es elegido por el médico responsable. Cuando este no encuentre o no tenga posibilidad de acceso a ninguno, la administración sanitaria deberá nombrar uno para continuar el circuito de la prestación⁵⁵.

⁵⁴ Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. Ob. Cit. Artículo 3.f).

⁵⁵ MIGUEL MELGUIZO J., SÁNCHEZ MARISCAL, D. GALLEGUO ROYO, A. “Prestación de la ayuda médica para morir”. *Eutanasia*. Nº5. Vol. 18, 2022 AMF 2022, págs. 279-290. Pág. 283.



C) Intervención del equipo asistencial

El equipo asistencial es el grupo de profesionales que garantiza la continuidad asistencial en el proceso de solicitud y realización de la prestación de ayuda para morir. Se incluyen los profesionales de enfermería encargados del cuidado del paciente. Sus funciones básicas son realizar con el médico responsable la prestación de ayuda para morir con el máximo cuidado y profesionalidad y asistir al paciente hasta el momento de la muerte en colaboración el médico responsable⁵⁶, además de intervenir en los procesos de información, deliberación, atención a la familia y planificación de asistencia con administración de fármacos.

3.3.2. CONTROL “A POSTERIORI”

Tras la actuación del médico responsable, el medico consultor y el equipo asistencial nos encontramos con la figura de la Comisión de Garantía y Evaluación.

A) Intervención de la Comisión de Garantía y Evaluación

La Comisión de Garantía y Evaluación es el órgano administrativo colegiado encargado de verificar el cumplimiento de lo dispuesto en la LORE en su ámbito territorial. Este órgano de administración autonómica tiene una composición multidisciplinar. Debe contener un mínimo de siete miembros entre los que se incluirán personal de medicina, de enfermería y juristas, pudiendo incluirse en la misma a otros profesionales.

Las funciones de la Comisión de Garantía y Evaluación son las siguientes:

- 1.- Resolver las reclamaciones por denegación de la prestación.
- 2.- Dirimir el desacuerdo entre los dos miembros de la CGyE designados para la verificación previa del procedimiento.
- 3.- Resolver los posibles conflictos de intereses que puedan producirse.
- 4.- Requerir al centro sanitario, en caso de resolución favorable tras una reclamación, la realización de la prestación solicitada.
- 5.- Verificación previa para la realización de la prestación.

⁵⁶ Manual de buenas prácticas de la eutanasia. Ministerio de Sanidad. España. Página 9.



- 6.- Realizar el control posterior a la realización de la prestación de la ayuda para morir, a través de la verificación de la documentación establecida por la Ley.
- 7.- Homogeneizar criterios, intercambiar buenas prácticas y proponer mejoras en los protocolos y manuales junto con las demás CGyE y el Ministerio de Sanidad.
- 8.- Ser órgano consultivo en su ámbito territorial concreto en relación a la aplicación de la LORE.
- 9.- Elaborar un Informe Anual de evaluación acerca de la aplicación de la LORE.
- 10.- Cualquier otra función que pueda atribuirle la comunidad autónoma o, en el caso de Ceuta y Melilla, el Ministerio de Sanidad.

El Ministerio de Sanidad y los presidentes de las Comisiones de Garantía y Evaluación de las CCAA se reunirán anualmente bajo la coordinación del Ministerio⁵⁷.

Las disposiciones adicionales de la Ley establecen una serie de reglas complementarias al articulado, que se dirigen a garantizar que quienes solicitan la ayuda para morir al amparo de esta Ley se considerará que fallecen por muerte natural; a la remisión en caso de infringir la Ley al régimen sancionador previsto en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; a la obligación de remitir las Comunidades Autónomas informe anual al Ministerio de Sanidad para dar máxima difusión de la Ley; a asegurar recursos y medios de apoyo destinados a las personas con discapacidad; a elaborar un manual de buenas prácticas y protocolos de actuación, y a ofertar formación continua específica sobre la ayuda para morir.

La Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, entro en vigor el 25 de junio de 2021, a los tres meses de su publicación en el Boletín Oficial del Estado, salvo el artículo 17, relativo a la creación y composición de las Comisiones de Garantía y Evaluación, que entraron en vigor al día siguiente de aquella publicación y que a su vez prevé que estas Comisiones se creen y constituyan en el plazo de tres meses a contar desde la entrada en vigor de dicho artículo.

⁵⁷ Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. Ob. Cit. Artículo 17.



universidad
de león



B) Regulación de la Comisión de Garantía y Evaluación en Castilla y León

En Castilla y León entró en vigor el 25 de junio del 2021 el decreto 15/2021, de 2 de junio, por el que se crea la Comisión de Garantía y Evaluación prevista en la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de Regulación de la eutanasia en la Comunidad de Castilla y León⁵⁸. Este decreto establece como funciones de la comisión instará a los órganos competentes a la administración sanitaria a realizar campañas divulgativas sobre dicha norma, cuyo contenido informará previamente. También fomentará y propondrá actividades formativas dirigidas a profesionales acerca de los distintos aspectos que concurren en la ayuda para morir.

La Comisión de Garantía y evaluación de Castilla y León se compone de 15 miembros, nombrados por la persona titular de la consejería competente en materia de sanidad a propuesta de la dirección general competente en materia sanitaria, previo informe de Comisión de Bioética de la Comunidad de Castilla y León. Los nombramientos se realizarán por un período de tres años prorrogables hasta dos más. La elección de los miembros se realizará mediante cuatro criterios. El primero consta de cinco profesionales médicos con al menos cinco años de experiencia, preferentemente especializados en medicina familiar y comunitaria, psiquiatría, geriatría, neurología, medicina interna u oncología y profesionales médicos que ejerzan en el ámbito de cuidados paliativos. Además, deberá tener formación en materia de bioética y ética asistencial, además de contar con dos sanitarios que ejerzan su profesión en el sector privado.

En segundo lugar, cinco expertos en derecho con al menos cinco años de experiencia seleccionados entre funcionarios de carrera en Cuerpos Catedráticos de Universidad y de Profesores Titulares de Universidad de Castilla y León, personal funcionario o estatuario perteneciente al subgrupo A1, licenciados o graduados en derecho, al servicio de la Administración General de la Comunidad de Castilla y León y sus Organismos Autónomos y abogados especialistas.

⁵⁸ DECRETO 15/2021, de 24 de junio, por el que se crea la Comisión de Garantía y Evaluación prevista en la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de Regulación de la Eutanasia, en la Comunidad de Castilla y León. <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/resumen-bocyl-legislacion-sanitaria/decreto-15-2021-24-junio-crea-comision-garantia-evaluacion.ficheros/1911149-BOCYL-D-25062021-1.pdf>



El tercer criterio establece tres profesionales sanitarios con al menos cinco años de experiencia seleccionados entre profesionales de enfermería familiar y comunitaria y profesionales de enfermería que ejerzan en el ámbito de los cuidados paliativos y en el ámbito de la salud mental.

Por último, una persona especialista en psicología clínica y una persona profesional del trabajo social, en cuya elección se tendrá en cuenta su formación en materia bioética y asistencial.

Este decreto también prevé la existencia de miembros suplentes para asegurar la continuidad en el funcionamiento de la Comisión de Garantía y Evaluación. Se nombrarán en este sentido dos profesionales médicos responsables, dos expertos en derecho, un profesional de enfermería, un especialista en psicología clínica y una persona profesional del trabajo social.

3.4. LA VOLUNTARIEDAD

La LORE parte para la legislación de la eutanasia desde el principio de voluntariedad. Cualquier discusión que se haga en torno a la eutanasia tendrá que partir del supuesto de que ha sido voluntariamente aceptada⁵⁹. A estos efectos, hay que determinar cuales son los límites de la voluntariedad en los casos de los enfermos que vean menguada su capacidad y su autonomía.

Como se ha expuesto anteriormente, es requisito indispensable la tenencia de capacidad a la hora de realizar la solicitud de la eutanasia. En este caso nos referimos a la “capacidad de obrar”, definida como la capacidad para gobernarse por uno mismo y realizar de forma correcta actos jurídicos, ejercitando eficazmente derechos y obligaciones. Esta capacidad de obrar se despliega en dos formas, por un lado, la capacidad legal y por otro la capacidad de hecho⁶⁰.

⁵⁹ GÓMEZ SANCHO, M. OJEDA MARTÍN, M. “Medicina paliativa y eutanasia” en: *Aspectos médicos y jurídicos del dolor, la enfermedad terminal y la eutanasia*. Unión Editorial, Madrid, 2008. Fundación Lilly. P. 523.

⁶⁰ SIMÓN, LORDA, P. TORRELL VALLESPIN, G. “Eutanasia y capacidad para la toma de decisiones”. *Eutanasia*. Nº5. Vol. 18, 2022 AMF 2022, p. 266-271



La “capacidad legal” viene definida por aquellos requisitos que establece el ordenamiento jurídico para reconocer efectivamente la aptitud de un sujeto para ejercer sus derechos y realizar actos válidos. La “capacidad de hecho” es, en cambio, la presencia aquí y ahora para una decisión y contexto determinados de aptitudes psicológicas suficientes para gobernarse a sí mismo. Este concepto es muy dinámico y cambia constantemente en el tiempo. Se debe tener en cuenta en este respecto que, en las personas con capacidad legal, la capacidad de hecho se presume siempre⁶¹.

En este sentido la voluntariedad deberá ser explicada respecto de las situaciones de incapacidad legal de paciente y en los casos en los cuales el paciente es menor de edad.

3.4.1. REQUISITO GENERAL DEL CONSENTIMIENTO

El requisito ético del consentimiento informado como requisito clave para legitimar cualquier actuación clínica se reguló, en primer lugar, en la Ley 14/1986 General de Sanidad y, en segundo lugar, en la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente, en el artículo 8 concretamente. Este artículo establece que toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, que será de forma escrita en los casos de intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.

La figura del consentimiento aparece de forma continuada a lo largo de la LORE. En el artículo 3 se establece una definición de lo que se entiende como “consentimiento informado”, estableciéndose que será 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 la prestación de ayuda para morir. Por lo tanto, para acceder a la prestación de ayuda para morir se exige que el solicitante tenga plena capacidad de obrar y decidir, además de que actúe de forma autónoma,

⁶¹ Íbidem.



consciente e informada. Este sería por lo tanto el requisito general del que se parte para iniciar el procedimiento de la concesión y práctica de la eutanasia.

3.4.2. VOLUNTADES ANTICIPADAS

En artículo 5 de la LORE, ya explicado anteriormente en este trabajo, establece que se debe 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 (apartado 1. b)), haber formulado dos solicitudes de manera voluntaria y por escrito, o por otro medio que permita dejar constancia, y que no sea el resultado de ninguna presión externa (apartado 1.c)) y prestar consentimiento informado previamente a recibir la prestación de ayuda para morir (apartado 1.e)). En el apartado segundo de este artículo se establece que no se aplicarán estos artículos en el caso de que el médico certifique que el paciente no se encuentra en el pleno uso de sus facultades ni puede prestar su conformidad de manera libre, voluntaria y consciente para realizar las solicitudes. En este caso se exige que, con anterioridad, se haya suscrito un documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documentos equivalentes.

Las voluntades anticipadas, también denominadas instrucciones previas, consisten, por lo tanto, en un documento por el que una persona mayor de edad y capaz, manifiesta libremente y de manera anticipada su voluntad con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones cuyas circunstancias no sea capaz de expresar su voluntad sobre los cuidados y tratamiento de su salud⁶².

La LORE exige que se haya suscrito un documento de voluntades anticipadas en el caso de que estemos ante una incapacidad de hecho, en el que debe estar reflejada la petición de ayuda para morir. Las condiciones para el itinerario de la prestación en un paciente en esta situación es en primer lugar la verificación de incapacidad de hecho por parte del médico responsable. En segundo lugar, el documento de voluntades anticipadas, registrado y accesible por parte del médico responsable. En tercer lugar,

⁶² 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... Ob. cit. artículo 11.



debe aparecer de forma clara y expresa en las voluntades anticipadas la voluntad de acogerse a la ayuda médica para morir en su modalidad de eutanasia o suicidio medicamente asistido. En cuarto lugar, se debe hacer la presentación de la solicitud por parte del representante legal nominado por el paciente o, en ausencia de representante, se deberá hacer la tramitación de la solicitud por parte del propio médico responsable⁶³.

3.4.3. *INCAPACIDAD LEGAL DEL PACIENTE*

La LORE no se pronuncia directamente acerca de la situación de las personas que tengan una sentencia judicial de incapacitación y soliciten prestación, aunque si lo hace indirectamente en el artículo 9. El análisis detallado de los términos de la sentencia judicial de incapacitación, la colaboración de la persona que lo represente en la defensa de sus derechos y libertades y la evaluación cuidadosa de la capacidad de hecho del solicitante serán cruciales para establecer la legitimidad de la solicitud y saber como proceder.

La LORE incluye dos situaciones especiales que es importante tener en cuenta, siendo la primera cuando la persona es capaz de hecho, pero el médico responsable considera que esta condición puede perderse de forma inminente. En este caso se autoriza a acortar los tiempos de procedimiento con el objeto de que este se desarrolle mientras el paciente sea capaz de hecho (artículo 5.1.b) y, la segunda, cuando la persona incapaz de hecho ha cumplimentado una instrucción previa, testamento vital, voluntad anticipada o documento equivalente legalmente reconocido, donde conste una solicitud de ayuda para morir (artículo 5.2 y 9)⁶⁴.

El consentimiento pasa a ser un verdadero problema en el caso en el que el paciente se encuentre inmerso en problemas de salud como demencia y en pacientes en estado vegetativo. En el primero de los casos, dado que la parte del cerebro encargada de la conciencia se halla profundamente devastada, los intereses que levantan más dudas

⁶³ MELGUIZO JIMENEZ, M., SÁNCHEZ MARISCAL, D. GALLEGO ROYO, A. “Prestación de la ayuda médica para morir “en *Eutanasia*. N°5. Vol. 18, 2022 AMF 2022, págs. 279-290. Pág. 282.

⁶⁴ SIMÓN, LORDA, P. TORRELL VALLESPIN, G. “Eutanasia y capacidad para la toma de decisiones” ... Ob. Cit. P. 268



son los que Dworkin denomina *intereses críticos*⁶⁵. Estos tipos de intereses tienen que ver con la narrativa de una persona, es decir, con la forma en que cada uno desea “escribir” su vida. Los pacientes dementes comparten con los que se encuentran en estado vegetativo en que ambos han perdido su capacidad para expresar sus intereses críticos. La diferencia fundamental reside en que los enfermos de demencia conservan su capacidad para experimentar placer y dolor, y, por lo tanto, siguen siendo titulares de ese tipo de intereses que Dworkin denomina *intereses de experiencia*⁶⁶. En este caso se puede dar que la persona enferma de demencia se contradiga en sus voluntades, es decir, se encuentran en contraposición la voluntad anterior al diagnóstico y la posterior. En este caso, Rodríguez Arias sostiene que deben tenerse en cuenta los intereses críticos moralmente más relevantes. Defiende que la manera de respetar la autonomía de la persona es concederles autoridad a sus directrices anticipadas, puesto que ella ya no está en condición de tomar decisiones autónomas⁶⁷.

3.4.4. MENORES DE EDAD

En cuanto a los menores de edad, se exige una edad mínima de 18 años. La Ley 41/2002 introdujo para determinados actos sanitarios la rebaja de la mayoría de edad a los 16 años. En esta ley en el artículo 9.3 se determina que cuando el paciente es menor de edad y no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso el consentimiento lo dará el representante legal del menor, después de haber escuchado su opinión, conforme a lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley Orgánica 1/1996⁶⁸, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor. En el artículo 4 se establece que no cabe el consentimiento por representación en el caso de que sean menores emancipados o mayores de 16 que no se encuentren en los supuestos

⁶⁵ DWORKIN, R. “*El dominio de la vida. Una discusión acerca del aborto, la eutanasia y la libertad individual*”. Versión española de Ricardo Cabacciolo y Victor Ferreres (Universitat Pompeu Fabra). Editorial Ariel, S.A. Barcelona. 1ª edición febrero 1994. P. 263.

⁶⁶ DWORKIN, R. “*El dominio de la vida. Una discusión acerca del aborto, la eutanasia y la libertad individual*” ...Ob. Cit. P. 264.

⁶⁷ RODRÍGUEZ ARIAS, D. *Una muerte razonable. Testamento vital y eutanasia*. Bilbao, Desclee de Brouwer, S.A. 2005. P. 127.

⁶⁸ Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor. «BOE» núm. 15, de 17/01/1996. <https://www.boe.es/eli/es/lo/1996/01/15/1/con>



anteriores. No obstante, en la LORE no opera el consentimiento para menores de 18 años al menos hasta el momento.

Hay varias opiniones respecto a si un menor es capaz de presentar este consentimiento. A este respecto Fernando Rey Martínez opina que el menor entre 12 y 16 años debe ser escuchado en el proceso de elección de tratamiento, pero no puede decidir por sí mismo, con independencia de su mayor o menor capacidad natural para comprender el alcance de la intervención sobre su salud y que en estos casos debería ser el representante el que finalmente decida⁶⁹. Por el contrario, Salvador Pérez Álvarez opina que se los menores que tengan capacidad y madurez suficiente para ejercer por sí mismos sus derechos de libertad de conciencia deberían tener derecho a negarse al tratamiento.

3.5. OBJECCIÓN DE CONCIENCIA SANITARIA

La objeción de conciencia es definida por Llamazares Fernández como “una reacción individual ante una auténtica contradicción entre norma de conciencia y norma jurídica (de manera que una prohíbe lo que otra tipifica como obligatorio), y no ante la mera discordancia por regular el Derecho imperativamente una conducta que la conciencia individual considera de libre decisión personal”.⁷⁰ ⁷¹Los motivos que pueden entrar en contradicción con la norma son muy diversos, incluyendo entre ellos la religión, motivos éticos, morales, culturales, etc.

Es necesario destacar que es necesario que se produzca una colisión entre una convicción o seña cultural de identidad y una norma jurídica que impone el cumplimiento de un deber legal. La contradicción debe ser entre dos normas, jurídica y de conciencia, de obligado cumplimiento sujeto siempre a delimitación constitucional y dentro de los límites del ordenamiento jurídico en vigor⁷².

⁶⁹ REY MARTINEZ, Fernando. *Eutanasia y derechos fundamentales*. Tribunal constitucional. Centro de estudios políticos constitucionales: Madrid. 2008. P. 102

⁷⁰ Cfr. LLAMAZARES FERNÁNDEZ, D. *Derecho de la libertad de conciencia II*, ob. Cit., pp. 321 ss.

⁷¹ PEREZ ÁLVAREZ, S. *Libertad de conciencia y diversidad en la sanidad pública española contemporánea* Tirant to Blanch. Valencia, 2020 P. 321.

⁷² PEREZ ÁLVAREZ, S. *Libertad de conciencia y diversidad en la sanidad pública española contemporánea...* Ob. Cit. Página 301.



3.5.1. LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA EN LA LEY ORGÁNICA 3/2021 DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA

La LORE define la objeción de conciencia sanitaria en el derecho individual de los profesionales sanitarios a no atender a aquellas demandas de actuación sanitaria reguladas que resultan incompatibles con sus propias convicciones y bajo la prestación de ayuda para morir derivada de la acción de proporcionar los medios necesarios a una persona que cumple los requisitos determinados por esta Ley (Artículo 3).

El derecho a la objeción de conciencia se recoge en el artículo 16 de la Constitución “se garantiza la libertad ideológica, religiosa y de culto de los individuos y las comunidades sin más limitación, en sus manifestaciones, que la necesaria para el mantenimiento del orden público protegido por la ley”.

Con el objetivo de garantizar una gestión adecuada de la prestación de ayuda para morir la LORE dispone en el artículo 16 dos requisitos. El primero es la comunicación individual, anticipada y por escrito del rechazo a realizar la prestación por razones de conciencia al servicio asistencial correspondiente. El segundo de los requisitos consiste en la inscripción de la declaración de objeción en un registro autonómico creado para ese fin. Esta información solicitada se limita a la identificación y lugar de trabajo de la persona que objeta, amparada por el principio de estricta confidencialidad y la normativa de protección de datos personales.

Siendo importante el artículo 16 de la LORE, también lo es el artículo 14: “La prestación de la ayuda para morir se realizará en centros sanitarios públicos, privados o concertados, y en el domicilio, sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabados por el ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria o por el lugar donde se realiza. No podrán intervenir en ninguno de los equipos profesionales quienes incurran en conflicto de intereses ni quienes resulten beneficiados de la práctica de la eutanasia”. En este artículo se configura el derecho como prestación, señalando que se realizará en centros sanitarios públicos, privados o concertados, y en el domicilio. De este enunciado se entiende que, aunque la titularidad del centro hospitalario sea privada, el servicio sanitario sigue siendo público. Por consiguiente, se



universidad
de león



puede determinar que la OC puede ser individual por parte de los profesionales sanitarios, pero no puede haber una objeción colectiva o institucional que impida la prestación. Por lo tanto, se puede determinar que prevalece el elemento subjetivo frente sobre el objetivo o institucional⁷³.

3.5.2. REGISTRO DE PROFESIONALES SANITARIOS OBJETORES DE CONCIENCIA

La LORE se dicta al amparo del artículo 149 de la Constitución Española. Concretamente en dos apartados en los que se establece como competencia del Estado “la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales” (149.1. 1ª) y “Sanidad exterior. Bases y coordinación general de la sanidad. Legislación sobre productos farmacéuticos” (149.1. 16ª CE). En estos artículos se desprende que es competencia del Estado la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de sus deberes constitucionales.

No obstante, las Comunidades Autónomas asumen competencias en sanidad e higiene, así se establece en el artículo 148.1.21ª. Junto al primer requisito del artículo 16 de la LORE, que consiste en la comunicación de manera individual, anticipada y por escrito del rechazo a realizar la prestación por razones de conciencia, nos encontramos con el segundo, que se trata de la inscripción de la declaración de objeción en un registro autonómico creado para ese fin.

El Registro Objeto de Conciencia es un registro electrónico en el que se inscriben las declaraciones de objeción de conciencia para la realización de la prestación de la ayuda para morir. El registro como condición para el ejercicio de la objeción de conciencia debe ser tratada respecto a la LORE de forma confidencial y de acuerdo con la legislación vigente en materia de protección de datos. Esto produce una protección del derecho fundamental del artículo 16.2 CE de obligación de declarar sobre la ideología, la religión o las creencias, a la vez que intenta solventar la vulneración de la

⁷³TARODO SORIA, S. TRIVILLO CABALLERO, S. DÍAZ-COBACHO, G. “Eutanasia y libertad de conciencia: derechos y obligaciones profesionales” ... Ob. cit. P. 275.



universidad
de león



confidencial y la potencial discriminación, la cual diversos partidos ven atacada⁷⁴. Este artículo 16.2 establece que las administraciones sanitarias crearán un registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la ayuda para morir.

La problemática en torno a la OC surge, por tanto, en un primer lugar, en la potencial discriminación y vulneración de la confidencialidad y, por otro lado, los críticos argumentan que se trata de una medida de escasa utilidad, considerando que la inscripción en el registro no es requisito indispensable para el ejercicio de la OC, ya que tiene carácter organizativo y no restrictivo⁷⁵.

⁷⁴TARODO SORIA, S. TRIVILLO CABALLERO, S. DÍAZ-COBACHO, G. “Eutanasia y libertad de conciencia: derechos y obligaciones profesionales”. En: *Eutanasia*. Nº5. Vol. 18, 2022 AMF 2022, P. 272-278. Concretamente en la página. 276

⁷⁵ *Íbidem*.



CONCLUSIONES

En el presente trabajo se ha estudiado la Regulación de la Ley de la Eutanasia respecto de la reciente ley, enfocándonos en algún aspecto problemático:

1. Según el análisis realizado, destaco que la eutanasia es un mecanismo que permite elegir cómo morir, dando lugar a que, de esta manera, la gente que necesite hacer uso de ella lo solicite sin más restricciones que las contempladas en la ley. La regulación de la eutanasia en España supone un avance importante que venía siendo necesario desde hace años, junto con el de la medicina, que permite que se prolongue la vida en muchos casos, produciendo un gran sufrimiento tanto a los enfermos como a sus familiares. Por lo tanto, considero que la regulación de esta figura permite que la persona decida, ya no solo el cuándo morir sino el cómo, manteniendo intacta su dignidad como persona y ejerciendo su derecho a la libertad.
2. En mi opinión y según el estudio realizado, ha quedado probado que la eutanasia debe ser siempre directa, voluntaria y activa. Por lo tanto, la clasificación tradicional de la eutanasia, directa e indirecta, activa y pasiva y directa e indirecta está totalmente obsoleta. En el caso de que la eutanasia se produjera de manera indirecta, pasiva e involuntaria nos encontraríamos ante un homicidio tipificado en el artículo 138 del Código Penal. Coincido de esta forma con la crítica realizada por Pablo Simón en su manifiesto.
3. Una de las problemáticas que encuentro en la regulación de la ley de la eutanasia es en torno al consentimiento. Me parece un requisito necesario, pero que limita mucho el acceso a la prestación. Es un requisito fundamental que exista la capacidad, tanto legal como de hecho, para realizar la solicitud de la eutanasia. El problema en este caso



reside en la esta última. La capacidad de hecho determina las aptitudes necesarias para gobernarse a sí mismo y en la determinación del consentimiento en los casos en los que el enfermo se encuentre en una situación de incapacidad legal. Este problema no sería tal si existieran las llamadas voluntades anticipadas, siempre y cuando se establezca explícitamente que la persona se quiere someter a la eutanasia. El conflicto reside en el caso donde el enfermo incapacitado legalmente no ha suscrito instrucciones previas o voluntades anticipadas. En estos casos la LORE no establece ninguna solución y deja desprotegidos a estas personas que se encuentran bajo un grave padecimiento. Mi propuesta en este caso sería que el representante legal del paciente fuera el que decidiese, sin necesidad de un documento de voluntades anticipadas, siempre en el contexto de que el paciente se encuentre bajo un padecimiento grave, crónico e imposibilitante y que no pueda prestar consentimiento de ninguna otra forma.

4. Otra excepción a la regla general del consentimiento es en los casos de menores de edad. La LORE no opera el consentimiento para menores de 18 años. En este caso estoy de acuerdo con Salvador Pérez Álvarez en cuanto a que considero que los menores de edad que tengan capacidad y madurez suficientes puedan negarse a recibir su tratamiento haciendo así uso de su derecho de libertad de conciencia. También considero que se debería rebajar la edad a los 16 años para prestar consentimiento para determinados actos sanitarios como preveía la Ley 42/2002.
5. Respecto a la objeción de conciencia sanitaria la problemática reside en la determinación de si se está vulnerando la confidencialidad y de si se está produciendo discriminación debido a que, según el artículo 16.2 de la CE, se garantiza la libertad ideológica, religiosa y de culto de los individuos y las comunidades sin más limitación en sus manifestaciones que la necesaria para el mantenimiento del orden público protegido por la



universidad
de león



ley. En este caso, el registro no es un requisito indispensable para el ejercicio de la objeción de conciencia ni va a determinar que el paciente no realice la eutanasia, por lo que encuentro el registro como una medida innecesaria y en todo caso de carácter voluntario.

BIBLIOGRAFÍA

- AUSÍN DÍEZ, “Suicidio asistido”. En: Carlos María ROMERO CASABONA. *Enciclopedia de Bioderecho y Bioética*. Comares, España, 2011, volumen 1.
- BACON, F. *El avance del Saber*, 1988.
- BOLADERAS CUCURELLA, M. *El derecho a no sufrir. Argumento para la legalización de la eutanasia*. Primera edición. Los libros del lince, Barcelona, 2009.
- Carta de derechos y deberes del paciente. Instituto nacional de salud, España, 1984.
- DE AQUINO, S.T. *Summa Theologica*. Edición dirigida por los Regentes de Estudios de la Provincias Dominicanas en España. Madrid 2001.
- Discurso “Le neuvième Congrès al IX Congreso Internacional de la Sociedad Italiana de Anestesiología (24, II, 1957)” en B.A.C. El don de la vida. Textos del Magisterio de la Iglesia sobre Bioética, Madrid, 1996. B.A.C. 205-232
- DWORKIN, R. *El dominio de la vida. Una discusión acerca del aborto, la eutanasia y la libertad individual*. 1ª edición, Versión española de Ricardo Cabacciolo y Victor Ferreres (Universitat Pompeu Fabra). Editorial Ariel, S.A. Barcelona. febrero 1994.
- GARCÍA GUILLEM, D. “Ética y derecho en el proceso de morir”. *Eutanasia*, N°5, vol. 18, 2022.
- GÓMEZ SANCHO, M. OJEDA MARTÍN, M. “Medicina paliativa y eutanasia” en: Aspectos médicos y jurídicos del dolor, la enfermedad terminal y la eutanasia. Madrid, 2008, Unión Editorial. Fundación Lilly.
- Juramento Hipocrático, traducción literal directa del original griego, según García Gual. En: *Tratados Hipocráticos*. Vol. I. Editorial Gredos, Madrid, 1983.
- Manual de buenas prácticas de la eutanasia. Ministerio de Sanidad. España.



- MELGUIZO JIMÉNEZ, M. SÁNCHEZ DOLORES, M. GALLEGO ROYO, A. “Prestación de ayuda médica para morir” En: *Eutanasia* Nº5, vol. 18, 2022. 7
- MORO, T. “Utopía”. México, D.F, FCE. Fondo de Cultura Económica. 2008. Recuperado de <https://elibro-net.unileon.idm.oclc.org/es/ereader/unileon/11051>
- MIRET MAGDALENA E. “Eutanasia, Filosofía y religión”. Núm. 1, volumen 1, 2003, España.
- NÚÑEZ PAZ, M.A. “Cuidados paliativos” En: Carlos María ROMERO CASABONA. *Enciclopedia de Bioderecho y Bioética*: Comares. 2011, volumen 1.
- PAREJO GUZMÁN, M.J- ATIENZA MACÍAS, E. “Derecho a decidir sobre la propia salud ante el final de la vida humana” en, FERNANDEZ CORONADO, A. – PEREZ ÁLVAREZ, S. (Dir.) *La protección de la salud en tiempos de crisis*, Tirant Lo Blanch, Valencia, 2013.
- PÉREZ ÁLVAREZ, Salvador. *Libertad de conciencia y diversidad en la sanidad pública española contemporánea*. Tirant to Blanch, Valencia, 2020.
- RAMONARA CALLIZO, J. “Encarnizamiento terapéutico” En: Carlos María ROMERO CASABONA. *Enciclopedia de Bioderecho y Bioética*. Volumen 1 Comares España, 2011.
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: Diccionario de la lengua española, 23.^a ed., [versión 23.5 en línea]. <<https://dle.rae.es>> (Consultado el 01 de junio de 2022).
- SEOANE, J.A, CRUZ-VALIÑO, A.B, VALDÉS PAREDES, A. “Fortalezas de la regulación española de la eutanasia”, En: *Eutanasia* Nº5, vol. 18, 2022.
- SIMÓN, LORDA, P. TORRELL VALLESPIN, G. “Eutanasia y capacidad para la toma de decisiones”. *Eutanasia*. Nº5. Vol. 18, 2022 AMF 2022.



universidad
de león



- TARODO SORIA, S. TRIVILLO CABALLERO, S. DÍAZ-COBACHO, G. “Eutanasia y libertad de conciencia: derechos y obligaciones profesionales” Eutanasia. Nº5. Vol. 18, 2022 AMF 2022.
- REY MARTÍNEZ, F. “Eutanasia y derechos fundamentales”. Centro de estudios políticos constitucionales. Madrid.2008.
- RODRÍGUEZ ARIAS, D. *Una muerte razonable. Testamento vital y eutanasia*. Desclée de Brouwer, Bilbao, S.A. 2005.
- SÉNECA, *Epístolas morales a Lucilio*. Gredos, Madrid, 1986.
- SIMÓN LORDA, P. “Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras” Núm. 6, volumen 23.
- TARQUIS A., TATARI R., TORRALBA ROSELLÓ F., GARZÓN SERFATY, B.A. FERRER J.J, GRACIA D. “Bioética y religiones: el final de la vida” Publicaciones universidad politécnica de comillas. Dilemas éticos de la medicina actual 13. Universidad Pontificia ICAI ICADE.
- TOMÁS-VALIENTE LANUZA, C. “Eutanasia”. En: Carlos María ROMERO CASABONA. *Enciclopedia de Bioderecho y Bioética*. Volumen 1, Comares España, 2011.



LEGISLACIÓN CITADA

- Decreto 5/2022, de 11 de marzo, por el que se crea el registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia para la prestación de ayuda para morir. BOCYL. (BOCYL núm. 51, de 15 marzo 2022).
- Decreto 15/2021, de 24 de junio, por el que se crea la Comisión de Garantía y Evaluación prevista en la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de Regulación de la Eutanasia, en la Comunidad de Castilla y León. (BOCYL, de 25 de junio de 2021).
- Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor. («BOE» núm. 15, de 17 de enero de 1996).
- Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. («BOE» núm. 72 de 25 de marzo de 2021)
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad («BOE» núm. 102, de 29 de abril de 1986)
- 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 noviembre de 2002).