



APROXIMACIONES JURÍDICO-PENALES EN TORNO A LA
EUTANASIA: LA DISPONIBILIDAD SOBRE LA PROPIA VIDA
Legal-criminal approaches to euthanasia: availability about one's life

Realizado por la alumna Dña. Natalia González García

Tutorizado por la Profesora Dña. María Anunciación Trapero Barreales

ÍNDICE

ABREVIATURAS	6
RESUMEN	8
ABSTRACT	9
OBJETO DEL TRABAJO	10
DESCRIPCIÓN DE LA METODOLOGÍA UTILIZADA	11
CAPÍTULO I.- INTRODUCCIÓN	12
CAPÍTULO II.- LA EUTANASIA EN EL DERECHO ESPAÑOL.	
CONSIDERACIONES PREVIAS	15
1. PRECISIONES TERMINOLÓGICAS EN RELACIÓN A LA EUTANASIA	15
2. BIEN JURÍDICO PROTEGIDO	17
3. APROXIMACIONES NORMATIVAS DESDE UNA PERSPECTIVA CONSTITUCIONAL.....	18
3.1. <i>La regulación constitucional de la libertad y su protección</i>	18
3.2. <i>El libre desarrollo de la personalidad como fundamento inmediato de la disponibilidad sobre la propia vida</i>	19
3.3. <i>La dignidad de la persona como fundamento genérico de los derechos</i>	20
3.4. <i>La protección de la vida como posible límite a la disposición de la misma</i> ...	22
4. TIPOLOGÍA	24
5. FIGURAS PRÓXIMAS A LA EUTANASIA.....	26
5.1. <i>Homicidio consentido</i>	27
5.2. <i>Suicidio asistido</i>	27
CAPÍTULO III.- ANÁLISIS DEL ARTÍCULO 143.4 DEL CÓDIGO PENAL ESPAÑOL	30
1. ANÁLISIS DEL PRECEPTO	30
1.1. <i>Exposición de la situación previa al Código Penal de 1995</i>	30
1.2. <i>El delito de eutanasia</i>	31
1.2.1. Tipo objetivo	31
A) Presupuesto fáctico. La enfermedad.....	32
B) Elementos referentes a los sujetos	34
C) Elementos referentes a la acción. Conductas típicas	37

D) Elementos referentes a la manifestación de la voluntad del sujeto pasivo.	
La petición.....	40
1.2.2. Tipo subjetivo.....	42
2. ATRIBUCIÓN DE PENAS	42
2.1. <i>Razones para la atenuación</i>	42
2.2. <i>Imposición de penas</i>	43
3. LAS CLASES DE EUTANASIA VISTAS DESDE EL ART. 143.4 DEL CÓDIGO PENAL	44
4.1. <i>Eutanasia pasiva por acción o por omisión. La desconexión del reanimador</i>	46
4.2. El rechazo al tratamiento vital.....	48
4.2.1. Límites al tratamiento vital: encarnizamiento terapéutico y tratamiento fútil	50
3.3. La llamada eutanasia precoz	52
5. SUPUESTOS FUERA DEL ÁMBITO DE LA EUTANASIA	53
5.1. <i>El rechazo del tratamiento por motivos religiosos. El caso de los testigos de Jehová</i>	54
5.2. <i>La huelga de hambre penitenciaria reivindicativa</i>	55
CAPÍTULO IV.- LA EUTANASIA EN EL ÁMBITO DEL DERECHO COMPARADO	56
1. HOLANDA.....	56
1.1. <i>Recorrido histórico de los casos que impulsaron la legalización</i>	56
1.2. <i>Ley holandesa de verificación de la terminación de la vida a petición propia y auxilio al suicidio</i>	58
2. CANADÁ	60
2.1. <i>Interpretación de los preceptos 241.b y 14 CP Canadiense</i>	61
2.2. <i>Sentencia Carter vs Canadá</i>	62
2.2.1. <i>Propuesta de Ley del Gobierno Canadiense</i>	63
3. BÉLGICA	63
3.1. <i>Historia de la legalización de la eutanasia</i>	63
3.2. <i>Contenido de la ley de 28 de mayo de 2002</i>	64
3.3. <i>Bélgica ¿Un modelo para España?</i>	65
4. SUIZA	66
4.1. <i>La solución intermedia del art. 115 CP suizo</i>	66

4.2. Las organizaciones no gubernamentales de ayuda al suicidio asistido.....	67
-------------------------------------------------------------------------------	----

CAPÍTULO V.- EL DEBATE SOBRE LA DISPONIBILIDAD DE LA PROPIA

VIDA	69
1. LA DIGNIDAD EN EL PROCESO DE MUERTE.....	69
1.1. <i>El derecho a una muerte digna</i>	70
1.2. <i>La obstinación terapéutica en contraposición a la muerte digna</i>	71
2. EL DERECHO A LA VIDA. ¿BIEN JURÍDICO DISPONIBLE O INDISPONIBLE?	72
2.1. <i>Ley 41/2002</i>	74
2.1.1. Derecho a decidir sobre la propia salud	74
2.1.2. Derecho a negarse al tratamiento.....	75
2.1.3. El testamento vital	76
2.2. <i>El caso Miss B</i>	78
2.3. <i>El caso de Ramón Sampederro</i>	79
3. EL DEBATE MORAL SOBRE LA EUTANASIA.....	81
3.1. <i>La humanización de la muerte ¿matar o dejar morir?</i>	81
4. LA REGULACIÓN LEGAL DE LA EUTANASIA	83
VI.- CONCLUSIONES	84
ANEXOS	86
1. TESTAMENTO VITAL ADMD	86
BIBLIOGRAFÍA	88
1. WEBGRAFÍA.....	98

ABREVIATURAS

➤ ADMD	Asociación Derecho a Morir Dignamente
➤ ADPCP	Anuario Derecho penal y Ciencias Penales (citada por año)
➤ ADS	Actualidad del Derecho Sanitario (citada por número y año)
➤ AFD	Anuario de Filosofía del Derecho (citado por número y año)
➤ Art./s	Artículo/Artículos
➤ BACB	Belgian Advisory Committee on Bioethics
➤ CP	Código Penal
➤ CCDF	Carta Canadiense de los Derechos Fundamentales
➤ CE	Constitución Española
➤ CFCE	Comisión Federal de Control y Evaluación
➤ Coord./s	Coordinador/Coordinadores
➤ CPC	Cuadernos de Política Criminal (citada por número y año)
➤ CPCan	Código Penal Canadiense
➤ Cs	Ciudadanos
➤ CSC	Corte Suprema de Canadá
➤ DSCD	Diario de Sesiones del Congreso de los Diputados
➤ Dir./s	Director/Directores
➤ DP	Derecho penal
➤ Ed.	Edición
➤ ELA	Esclerosis Lateral Amiotrófica
➤ EPCrim	Estudios Penales y Criminológicos (citada por número y año)
➤ JD	Jueces para la democracia (citada por número y año)
➤ LGS	Ley General de Sanidad
➤ núm.	Número
➤ Op. cit.	Obra citada
➤ pág/págs	Página/Páginas
➤ PP	Partido Popular
➤ PSOE	Partido Socialista Obrero Español
➤ RAE	Real Academia Española
➤ RCCS	Revista Crítica de Ciencias Sociales (citada por número y año)
➤ RCJS	Revista de Ciencias Jurídicas y Sociales (citada por número y año)
➤ RCP	Reanimación Cardio-Pulmonar

- RCH Revista de Ciencias Humanas (citada por número y año)
- RCHS Revista de Ciencias Humanas y Sociales (citada por número y año)
- RDF Revista de Derechos Fundamentales (citada por número y año)
- RDP Revista de Derecho Político (citada por número y año)
- RDUNED Revista Derecho Universidad Educación Distancia
(citada por número y año)
- REDC Revista Española de Derecho Constitucional (citada por número y año)
- RESP Revista Española de Salud Pública (citada por número y año)
- RIFPH Revista Iberoamericana de Filosofía Política y Humanidades
(citada por número y año)
- RSC Royal Society of Canada
- ss. Siguietes
- STC Sentencia del Tribunal Constitucional
- TC Tribunal Constitucional
- TS Tribunal Supremo
- v. Véase
- Vol. Volumen
- vs. Versus

RESUMEN

El presente trabajo versa sobre el delito contenido en el art. 143.4 CP, la eutanasia, para lo cual se ha procedido al análisis de los elementos típicos que sirven para su delimitación y que, en contrapartida, establecen la línea entre conductas eutanásicas delictivas y las que están permitidas en nuestro ordenamiento. Sentadas las bases del tipo penal en cuestión, se entra en el estudio y análisis de los posibles argumentos a favor de la eliminación de la prohibición penal de la eutanasia en nuestro país, desde la consideración de que el bien jurídico vida no puede ser protegido de manera absoluta a pesar de la voluntad de su titular. Para reforzar esta postura la visión del Derecho comparado puede servir de prueba para dar el paso definitivo a favor de la legalización de la eutanasia, si se adopta una regulación que sea al mismo tiempo especialmente garantista.

Palabras clave: eutanasia, muerte, dignidad, vida, petición, libertad, consentimiento, tratamiento, moral, médico, paciente, encarnizamiento terapéutico.

ABSTRACT

The following project relates to the offence set out in the article 143.4 of the Penal Code: Euthanasia. For this purpose, an analysis of the typical elements of its delimitation has been carried out. These elements establish, in contrast, the edge between the offending conducts related to the euthanasia, and the ones allowed in our legal regime. Once the foundation of this penal question is laid, the study of possible arguments in support of the elimination of the euthanasia as penal prohibition commences. This study is approached from the following statement: "the legal asset: life, cannot be broadly protected in spite of the holder's will" So as to enforce this perspective, Comparative Law can be used as a crucial step to legalize the euthanasia. Provided an ensuring regulation is adopted at the same time.

Keywords: euthanasia, death, dignity, life, petition, freedom, consent, treatment, moral, doctor, patient, therapeutic bane.

OBJETO DEL TRABAJO

El fin del presente trabajo es avanzar en la tesis a favor de la legalización de la eutanasia. Para ello es necesario fijar una serie de objetivos:

- A) Analizar las cuestiones terminológicas referentes al concepto de eutanasia y su encuadre en nuestro ordenamiento, no solo en el ámbito del DP, sino también desde una perspectiva constitucional al enfrentarse varios derechos contenidos en nuestra CE.
- B) Distinguir las conductas eutanásicas de otras figuras con resultados materialmente iguales a pesar de su dispar trayectoria de ejecución. Figuras como el homicidio consentido o el suicidio asistido, delimitando así el objeto del trabajo.
- C) Sentar los antecedentes del delito en cuestión, así como realizar un análisis del bien jurídico protegido, requisitos del tipo, sujetos implicados y aquellos elementos referentes a la acción.
- D) Delimitar las clases o conductas recogidas por el tipo tipificadas en el precepto, aludiendo a las diferentes conductas posibles, así como la distinción de actuaciones dispares que se encuentran a caballo entre la figura de la eutanasia y otros delitos.
- E) Realizar una comparativa sobre la regulación de la eutanasia en otros países, los cuales han dado un paso más allá en la legalización de la misma, pudiendo servir en un futuro como modelo a España.
- F) Especificar los instrumentos a disposición del paciente a raíz de la Ley 41/2002 que conforman la voluntad y peticiones del paciente.
- G) Llevar a cabo un debate sobre la disponibilidad de la propia vida, dejando a un lado el derecho positivo existente, abogando por la legalización de la eutanasia.

DESCRIPCIÓN DE LA METODOLOGÍA UTILIZADA

Partiendo de la base de que el modo de estudio e investigación variará en función de cada caso, la forma en que esta ha sido realizada está intrínsecamente relacionado con el DP, ya que versa sobre el delito contenido en el art. 143.4 CP. Por tanto, el método de investigación ha sido el siguiente:

- A) *Elección del tutor:* En primer lugar, desde la Universidad de León se nos dio un plazo a los alumnos para realizar un orden de preferencia entre los tutores ofertados para la realización del trabajo. Mi idea principal, aun sin saber el tema que finalmente elegiría, era la de realizar un trabajo sobre un delito, pero con reproche moral, en el que pudiera ser discutido el derecho positivo desde otra perspectiva, por lo que mi elección de tutor fue en primer lugar la profesora María Anunciación Trapero Barreales, seguida de los profesores del área de Derecho Eclesiástico.
- B) *Elección del tema objeto de estudio:* Una vez asignada la tutora, y la elección del tema, asistí a varias sesiones informativas sobre metodología de investigación en el ámbito jurídico-penal organizadas por el área de Derecho penal para los alumnos que realizaban tanto trabajo de fin de grado como trabajo de fin de master, así como tesis doctorales.
- C) *Recopilación general de información y estructura del índice:* El siguiente paso ha sido la búsqueda de información genérica sobre los posibles puntos a tratar en el trabajo, procediendo a una selección de la amplísima bibliografía existente: libros, monografías y artículos de revistas, con consultas de revistas electrónicas accesibles a través de Dialnet. Tras la recopilación de tal información, se ha realizado un índice provisional al efecto de poder centrar los temas o aspectos que habían de ser analizados en el trabajo, lo que resultaba especialmente necesario al tener que abordar un estudio con implicaciones constitucionales, filosóficas y penales.
- D) *Análisis y redacción:* Una vez hecha la recopilación del material, se ha procedido a su estudio y análisis, al tiempo que se ha ido perfilando el índice del trabajo hasta llegar al planteado de manera definitiva. El sistema de citas utilizado en la redacción del trabajo ha sido el indicado por la tutora del mismo.

CAPÍTULO I.- INTRODUCCIÓN

La eutanasia está cada vez más de actualidad en nuestra sociedad, sobre todo en estos momentos a raíz de distintos hechos acontecidos¹. En la eutanasia se pueden utilizar varios enfoques en su estudio, pues por un lado está tipificada como delito en el CP, por otra parte, es un tema que puede recibir un enfoque médico, también un enfoque moral. En este trabajo se pretende llevar a cabo un enfoque jurídico, con la finalidad de entrar en el debate sobre la destipificación de esta conducta, porque a fin de cuentas se puede defender el derecho a la disponibilidad de la propia vida.

A pesar del avance que ha supuesto la nueva regulación de la eutanasia en el CP vigente (pues en el anterior CP no existía tal previsión), la insatisfacción generalizada sigue estando ahí. Ya antes de la aprobación del CP en 1995, el Grupo de Estudios de Política Criminal² en el año 1991 presentó un manifiesto a favor de la disponibilidad de la propia vida.

Como punto de partida del estudio jurídico podemos determinar que la eutanasia conlleva la actuación de un tercero de forma activa y necesaria, siempre y cuando sea a petición, causando así la muerte del sujeto pasivo quien lo solicita y quien desea poner fin a su vida³. Es en el Derecho positivo donde encontramos esta delimitación de la conducta con relevancia penal, lo que va a permitir diferenciar entre la eutanasia activa, considerada

¹ En primer lugar, el pasado mes de marzo se ha elevado ante el DSCD una propuesta por el grupo parlamentario Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea en la que se solicitaba una reforma del art. 143 CP con el fin de evitar el deber de vivir en contra de la voluntad. La propuesta fue rechazada por las abstenciones del PSOE y Cs y la oposición del PP. Si bien no se vieron reacios a la regulación de otros aspectos también relacionados con el final de la vida, como por ejemplo los cuidados paliativos. Sobre dicha proposición BARREDA, *ADS* 246 (2017), 261-272. Por otra parte, si la propuesta hubiera sido aprobada quizá el segundo motivo por el que tan reavivado está el tema de la eutanasia no se hubiera dado. En los últimos meses se han publicado en los medios varias noticias relacionadas con la eutanasia. La última, el caso de José Antonio Arrabal, quien se ha suicidado solo en su casa. Se trataba de un enfermo de ELA que había reclamado una regulación sobre la eutanasia. Más sobre el caso Arrabal en: <http://www.elmundo.es/salud/2017/04/06/58e612d7268e3e80198b4613.html> (consultado el 21/06/17).

² GRUPO DE ESTUDIOS DE POLÍTICA CRIMINAL, *Revisión y actualización de las propuestas alternativas a la regulación vigente*, 2016, 37-48.

³ SUÁREZ LLANOS, *AFD* 28 (2012), 325.

delito, de la eutanasia pasiva, no regulada en el CP. Por tanto, el primer interrogante que surge es aclarar el significado de eutanasia activa, para averiguar cuál es el alcance del hecho delictivo. La aclaración es necesaria desde el momento en que los delitos de resultado (y el delito de eutanasia lo es) pueden ser cometidos mediante una conducta activa o desde una conducta omisiva.

Si bien es cierto que la eutanasia encuentra su respaldo irrefutable en el art. 15 CE también inevitablemente del mismo modo entra en contraposición con el art. 10.1 CE⁴ y es aquí donde encontramos el debate jurídico-moral al que continuamente se encuentra sometido el delito en cuestión. Es evidente que la estructura legal que ofrece el CP hoy en día no tiene en cuenta la disponibilidad de la propia vida y, por tanto, el acto de matar a quien no desea vivir sigue siendo un acto punible⁵, a pesar de las continuas protestas y reivindicaciones. Es por ello la necesidad de un análisis de las diferentes clases de conductas eutanásicas que pueden darse y su delimitación respecto de otras figuras próximas como el homicidio consentido o el suicidio asistido. Tal estudio puede resultar importante por dos motivos: primero, porque sirve para averiguar qué conductas se subsumen en el delito de eutanasia tipificado en el CP. Segundo, porque la delimitación con situaciones próximas puede servir de apoyo para el avance hacia la legalización de la eutanasia.

Como ya se enunciaba, en torno a la eutanasia pueden surgir una serie de interrogantes. El más relevante está directamente relacionado con la existencia o no del derecho a la disponibilidad de la propia vida, apoyando tal posible derecho en los derechos fundamentales como la libertad o la dignidad humana. Es por ello necesario el estudio de preceptos constitucionales tales como los arts. 1.1, 9.2, 10.1 o 16.1 CE, los cuales son un presupuesto básico para respetar la petición del paciente que de otro modo se vería vulnerada⁶.

⁴ MOLERO MARTÍN-SALAS, *La libertad de disponer de la propia vida desde la perspectiva constitucional*, 2014, 52.

⁵ Ya con el antiguo CP defendía la destipificación, entre otros, ÁLVAREZ REVILLA, *Cuenta y Razón* 51-53 (1989), 4.

⁶ GERMÁN ZURRIRÁIN, *Cuadernos de bioética* 92 (2017), 88-89.

Quizá un argumento a favor de la necesidad de una nueva regulación de la eutanasia sea la realización de una comparativa con países que, tras años de debate y discusión, han optado por la legalización de la eutanasia, reconociendo el derecho a la disponibilidad de la propia vida. Países como Holanda o Bélgica son los que han impulsado la legalización de la eutanasia y quienes pueden servir de modelo a otros ordenamientos.

El trabajo se centra en el estudio jurídico de la eutanasia, así como en la comparativa con otros países. Concluido este estudio, se tiene base para entrar en el último interrogante, si tiene que estar penalizada o no la eutanasia (activa y directa). En este último aspecto a tratar del trabajo se entrará en el debate sobre si hay o no disponibilidad de la vida, o dicho de otra manera, si se tiene derecho a morir con dignidad. En el estudio de este último aspecto se va a hacer referencia a los instrumentos denominados últimas voluntades o testamento vital, derivados del reconocimiento del derecho a la autodeterminación de los pacientes en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente⁷.

Está claro que, en la actualidad, no existe un derecho a una muerte digna y que es posible que los móviles solidarios y humanitarios se vean, en ocasiones, influenciados por un exceso de compasión⁸ pero, con los debidos límites, la eutanasia debería conformarse hoy en día como una excepción a la regla de la preeminencia del valor de la vida para quien no desear continuar con ella.

⁷ La ley 41/2002 recoge la reglamentación en materia de información sanitaria, derechos de los pacientes y obligaciones en relación con la documentación exigida. Sobre estos derechos BERROCAL LANZAROT, *Foro: RCJS 0* (2004), 227-298. En la propuesta realizada en el año 1991 el Grupo de Estudios de Política Criminal reclamaba el reconocimiento legal de los derechos de los pacientes, pues la regulación legal en aquel momento existente era bastante deficitaria. Esta propuesta ha sido atendida en términos generales en la Ley 41/2002.

⁸ SERRANO RUÍZ-CALDERÓN, *Persona y Bioética* 2 (2013), 172 y ss.

CAPÍTULO II.- LA EUTANASIA EN EL DERECHO ESPAÑOL. CONSIDERACIONES PREVIAS

1. PRECISIONES TERMINOLÓGICAS EN RELACIÓN A LA EUTANASIA

El objeto del presente trabajo es contextualizar la eutanasia desde una perspectiva jurídica, donde se va a delimitar el bien jurídico que está en cuestionamiento y su relación con otros bienes jurídicos o derechos que pueden ser utilizados para su delimitación (o, al menos, para su valoración a la hora de plantearse una regulación destipificadora de la eutanasia, bajo determinadas condiciones). Para ello, debemos previamente mencionar el concepto de eutanasia desde el punto de vista etimológico. La mayoría de la doctrina⁹ coincide en destacar que proviene de los vocablos griegos: *eu* (adjetivo: bueno/a) y *thanatos* (sustantivo: muerte) y que fue creada por el filósofo y canciller de Inglaterra Sir Francis Bacon¹⁰.

En la actualidad, en el diccionario RAE¹¹ se establecen las siguientes dos definiciones:

- “1. Intervención deliberada para poner fin a la vida de un paciente sin perspectiva de cura.
2. Med. Muerte sin sufrimiento físico”.

⁹ Así lo explican, entre otros, BUSTOS RAMÍREZ, *Derecho penal, Parte especial*, 1991, 17; SILLERO FERNÁNDEZ DE CAÑETE, *Seminario médico* 47, núm. 2 (1995), 3; NÚÑEZ PAZ, *Homicidio consentido, eutanasia y derecho a morir con dignidad: Problemática jurídica a la luz del Código Penal de 1995*, 1999, 275; PASCUCCI DE PONTE, *Saberes: Revista de Estudios Jurídicos, Económicos y Sociales* 1 (2012), 10.

¹⁰ BACON, *El avance del saber*, 1605. El sentido que Francis Bacon dio al término eutanasia fue el de “muerte dulce, rápida, indolora y tranquila”. Tal y como relató en su obra “El deber del médico no solo es devolver la salud al enfermo, sino también aliviar sus dolores y sufrimientos, y no solo cuando tal alivio puede conducir a la recuperación, sino también cuando ayuda a procurar una muerte pacífica y sencilla. Porque no es una dicha menor aquella que César Augusto solía desear para sí cuando deseaba la eutanasia; esta se dio particularmente en el caso Antonino Pío, cuya muerte llegó como un sueño tranquilo y placentero”. Para más información <https://marcosbreuer.wordpress.com/2015/05/13/eutanasia-en-la-obra-de-francis-bacon/>

¹¹ Definición consultada desde <http://dle.rae.es/?id=H7n2IXw> (20/02/17).

Atendiendo a su naturaleza etimológica y con el sentido que hoy en día se ha querido que cobre, el hecho de que este sea el de “buena muerte” afecta no solo a una esfera jurídica, que es la que aquí interesa, sino también a la ética, a la médica y a la teológica, entre otras. En especial, en lo que al término jurídico se refiere, la eutanasia puede ser definida como las acciones u omisiones realizadas por el médico u otra persona cercana al paciente que se encuentra en situación terminal o sufriendo graves padecimientos, con el fin de producirle la muerte por motivos humanitarios o de compasión a requerimiento del interesado¹².

Partiendo de esta definición jurídica¹³ del término eutanasia se pueden destacar tres o cuatro notas importantes: la existencia de una situación médica desfavorable para el paciente que acabará en la muerte o en dolencias insoportables, la existencia de móviles piadosos y humanitarios, y, por último, la intervención de un tercero de forma activa a raíz de la petición realizada por el sujeto que se encuentran en dicha situación médica.

Volviendo a la concepción de la eutanasia como “buena muerte” o “muerte digna”, término que se explicará más adelante, podemos destacar que su finalidad no es otra que la producción de la muerte para poder paliar la situación de dolor, se anticipa la muerte de la otra persona por motivos humanitarios a requerimiento del sujeto en cuestión. Problema particular plantea el caso de la persona que ya no está en disposición de manifestar su voluntad a favor de la eutanasia, o la persona que no tiene ni ha tenido esta capacidad de disposición (como los neonatos, o personas con anomalías psíquicas que les impiden comprender el acto de disposición). El estudio jurídico de la eutanasia se ha de sustentar sobre un pilar fundamental: si existe o no el derecho a morir con dignidad, si se puede reconocer o no el ejercicio de la autodeterminación personal o libertad para disponer de la vida.

¹² ROMEO CASABONA, en: ROMEO CASABONA/SOLA RECHE/BOLDOVA PASAMAR (coords.), *Derecho penal Parte especial*, 2016, 46.

¹³ Para más precisiones terminológicas OLMEDO CARDENETE/BARQUÍN SANZ en: COBO DEL ROSAL (dir.), *Comentarios al código penal, tomo V. Homicidio. Lesiones. Aborto y Manipulación genética*, 2002, 220-221.

En la actualidad el concepto de eutanasia ya no se delimita a la “buena muerte” o “muerte suave y sin dolor” pues debe tenerse en cuenta el porqué de la motivación humanitaria además del gran avance de la medicina¹⁴.

2. BIEN JURÍDICO PROTEGIDO

Cuando se utiliza el término bien jurídico desde la perspectiva jurídico-penal, con tal concepto se pretende hacer referencia, entre otros aspectos, a la función instrumental que este cumple, ya que cada delito puede y debe ser relacionado con un determinado bien jurídico.

El bien jurídico protegido por excelencia en nuestro DP indiscutiblemente es el de la vida humana independiente, no solo por lo que ello conlleva sino por su contraposición o disputa con los otros bienes y derechos que le son inherentes, los cuales podrán verse vulnerados en algunas circunstancias. Como bien jurídico protegido indiscutible, el derecho a la vida está reconocido en textos internacionales como la Declaración de los Derechos Humanos y Libertades Fundamentales (1948), el Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y Libertades Fundamentales (1953), así como el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1976) y, por supuesto, en la CE.

El hecho de que la vida sea un presupuesto que prevalece sobre otros derechos hace que puedan surgir problemas a la hora de la delimitación del comienzo del derecho a la vida, problemas en relación a aquellos supuestos que atentan contra la integridad física (torturas, tratos inhumanos o degradantes...) y, por supuesto, problemas a la hora de determinar cuándo acaba el derecho a la vida, que es el que nos concierne en estos momentos.

Sobre el bien jurídico vida (humana independiente) de manera generalizada se señala que nos encontramos ante un bien jurídico individual e indisponible¹⁵. Lo curioso en este caso

¹⁴ SILLERO FERNÁNDEZ DE CAÑETE, *Seminario médico* 47, núm. 2 (1995), 4.

¹⁵ DÍEZ RIPOLLÉS, en: DÍEZ RIPOLLÉS/GRACIA MARTÍN (coords.), *Comentarios al Código Penal: Parte especial (Vol. I, títulos I a VI y faltas correspondientes)*, 1997, 226 y ss.; MUÑOZ CONDE, *Derecho penal, parte especial*, 20ª, 2015, 66.

reside en el hecho de que el sujeto titular del bien jurídico no desea que este sea protegido, por lo que nos encontramos ante un tema un tanto controvertido que ha sido motivo de discusión a lo largo del tiempo ya que el derecho a la vida se contempla casi como un deber.

3. APROXIMACIONES NORMATIVAS DESDE UNA PERSPECTIVA CONSTITUCIONAL

En el estudio jurídico de la eutanasia resulta necesario llevar a cabo un estudio de los bienes jurídicos o derechos que entran en juego a la hora de decidir si existe o no un derecho a disponer de la propia vida. A la hora de analizar los valores reconocidos en la CE nos centraremos en aquellos de especial importancia en el tema a tratar, como serían la libertad, el libre desarrollo de la personalidad y la dignidad de las personas así como la protección del bien jurídico vida.

3.1. La regulación constitucional de la libertad y su protección

Encontramos consagrados en varios preceptos de la CE el derecho a la libertad: así, en el art. 1.1, el cual establece la libertad como valor superior de nuestro ordenamiento, o en el art. 9.2 y en el que se establece que los poderes públicos han de promover las condiciones para que la libertad del individuo y de los grupos en que se integra sea real y efectiva; así mismo corresponde a los poderes públicos remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud.

Ampliando un poco los horizontes, en el art. 10.1 CE y, desde una perspectiva ya concreta, también en el art. 16.1 CE¹⁶ se reconoce este derecho a la libertad. Así pues, esta se consagra como un derecho fundamental en nuestro ordenamiento, pero no como

¹⁶ El art. 10.1 CE, en relación al libre desarrollo de la personalidad, establece que “La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social”. Y art. 16.1 CE dispone que “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”.

un derecho ilimitado, ya que no debemos olvidar las restricciones que le son inherentes aunque no deban ser estas consideradas como la normal general, sino como excepciones justificadas; sino fuera así, si estas restricciones sí conformaran la norma general estaríamos hablando de un legislador casi ilimitado¹⁷.

Centrándonos concretamente en el tema de la eutanasia, dos son los bienes jurídicos que aquí están en juego, por un lado, la vida como derecho fundamental y, por otro, la libertad del sujeto para decidir sobre la disponibilidad de su propia vida, problemática que se analizará en el último capítulo.

3.2. El libre desarrollo de la personalidad como fundamento inmediato de la disponibilidad sobre la propia vida

Tal como establece el art. 10 CE, el libre desarrollo de la personalidad es uno de los fundamentos del orden político. Atendiendo a la ubicación sistemática, se encuentra en el precepto introductorio del Título I dedicado a los derechos y deberes fundamentales. El reconocimiento de este derecho supone que cada individuo estará en su derecho de planificar su propia vida como quiera y, por tanto, que posee autonomía individual¹⁸.

El libre desarrollo de la personalidad se consagra como un derecho individual, pero han de tenerse en cuenta ciertos límites a su ejercicio, ya sean internos o externos, independientes o dependientes, abstractos o concretos. Denominamos a los límites internos, independientes o abstractos como aquellos que tenemos en cuenta siempre, que no se centran en el caso concreto, teniendo en cuenta por ejemplo la libertad de los demás y la imposibilidad de causar daño a estos. En cuanto a los límites externos, dependientes o concretos están siempre en continua relación con otro tipo de bienes, ya que estos sí

¹⁷ MOLERO MARTÍN-SALAS, *La libertad de disponer de la propia vida desde la perspectiva constitucional*, 2014, 37.

¹⁸ MOLERO MARTÍN-SALAS, *La libertad de disponer de la propia vida desde la perspectiva constitucional*, 2014, 52, quien opina que ha sido “El propio TC quien ha dicho que el libre desarrollo de la personalidad es un principio o norma constitucional, plasmación del valor superior libertad y que se trata de un principio general inspirador de la autonomía del individuo para elegir entre las diversas opciones vitales de acuerdo con los propios intereses y diferencias”. La interpretación jurisprudencial se ha formulado, entre otras, en la STC 132/1989, de 18 de julio <https://www.boe.es/boe/dias/1989/08/10/pdfs/T00002-00023.pdf> (consultado el 14/03/17).

que dependen del caso concreto y será aquí cuando nos topemos con la problemática que surge a raíz de los posibles conflictos entre la libertad emanada del libre desarrollo de la personalidad y los bienes jurídicos protegidos de cada caso en concreto que normalmente serán los de la dignidad y, sobre todo en este caso, la vida.

Parte de la doctrina considera que el derecho al libre desarrollo¹⁹ de la personalidad no puede ser utilizado para contravenir a derechos fundamentales así reconocidos en la CE aunque en este punto la doctrina se encuentra dividida²⁰ ya que otros autores consideran que la disponibilidad de la propia vida no debe plantear ningún tipo de problemática ya que el hecho de quitarse la vida es un comportamiento excluido del contenido recogido en el art. 15 CE²¹.

Si bien es cierto que el derecho al libre desarrollo de la personalidad no puede ser considerado como un derecho fundamental, ya que nuestra CE no lo consagra como tal, sí lo hace como un derecho subjetivo garantizado que supone “un derecho a acciones pues podemos exigir, principalmente al Estado, que realice las actuaciones oportunas que me permitan ejercer mi libre desarrollo a la personalidad”²².

3.3. *La dignidad de la persona como fundamento genérico de los derechos*

¹⁹ Considerando este como fundamento del orden político y la paz social, sin llegar a poder ser considerado como uno de los derechos fundamentales de nuestro ordenamiento GABALDÓN LÓPEZ, *Persona y derecho: Revista de Fundamentación de las Instituciones Jurídicas y de Derechos Humanos* 44 (2001), 143.

²⁰ REY MARTÍNEZ, *Eutanasia y derechos fundamentales*, 2008, 158 y ss, considera que el legislador puede tanto prohibir la eutanasia como despenalizarla en determinados supuestos, pues, en su opinión, desde la CE no se puede adoptar una posición clara y firme a favor de la prohibición.

²¹ V., de esta opinión, entre otros, ROMEO CASABONA, *El derecho y la bioética ante los límites de la vida humana*, 1994, 113; BALAGUER CALLEJÓN, en BALAGUER CALLEJÓN (coord), *Manual de derecho constitucional*, 4ª, 2009, 110 y ss.

²² MOLERO MARTÍN-SALAS, *La libertad de disponer de la propia vida desde la perspectiva constitucional*, 2014, 58. Esta exigencia a que el Estado facilite el ejercicio del libre desarrollo de la personalidad se fundamenta en el ya citado art. 9.2. CE.

La dignidad se conforma hoy en día como un valor primordial inherente al ser humano por el mero hecho de serlo. No hablamos de ningún tipo de cualidad, sino de un valor fundamental sobre el que reflejar el resto de acciones intrínsecas a la vida humana que, en todo caso, deben respetar los límites que establece el valor de la dignidad²³.

Ya desde la Declaración Universal de los Derechos Humanos se considera la dignidad como un pilar fundamental del orden social. En el ámbito interno su regulación se prevé en el art. 10.1 CE al igual que el derecho subjetivo al libre desarrollo de la personalidad citado anteriormente. Y es esta, la dignidad, la clave para la correcta interpretación de todos los derechos fundamentales de la CE²⁴ y desde cuya óptica, por tanto, podemos analizar el art. 15 CE (el derecho a la vida).

Suena paradójico, pero en relación a la eutanasia la utilización del término dignidad se ha utilizado en sus dos vertientes más opuestas. Por un lado, la dignidad ha sido interpretada como argumento al hecho de poder disponer de la propia vida, mientras que, por el contrario, en otros casos esta ha sido interpretada como una norma que obliga al Estado a castigar todo tipo de homicidio²⁵.

Como ya hemos apuntado, la problemática principal que recae sobre la eutanasia es la colisión de derechos o bienes jurídicos, como el derecho a la vida y la libertad del individuo²⁶. A mi juicio, la libertad y la dignidad de la persona son dos derechos íntimamente relacionados, ya que el desarrollo de la dignidad de la persona no sería posible sin un entorno de libertad²⁷ en el que las personas puedan desenvolverse y desarrollarse conforme a su dignidad.

²³ BELLO REGUERA, *Azafea: Revista de Filosofía* 10 (2008), 112 y ss.

²⁴ RUIZ MIGUEL en: MENDOZA BUERGO (coord.), *Autonomía personal y decisiones médicas. Cuestiones éticas y jurídicas*, 2010, 221-223.

²⁵ TOMÁS VALIENTE-LANUZA, *La disponibilidad de la propia vida en el Derecho penal*, 1999, 367.

²⁶ V. en GARCÍA CUADRADO, *Persona y Derecho: Revista de Fundamentación de las Instituciones Jurídicas y de Derechos Humanos* 66-67 (2012), 477 y siguientes. Define la dignidad como un bien constitucional, aquel bien social o político que es protegido por la CE.

²⁷ ALEGRE MARTÍNEZ, *La dignidad de la persona como fundamento del ordenamiento constitucional español*, 1996, 29.

Ejemplo como el de la prolongación artificial de la vida de un paciente nos lleva a una posible situación de tratos inhumanos o degradantes, lo cual podría denominarse distanasia o encarnizamiento terapéutico²⁸, que se tratará más adelante. No puede haber lugar a dudas de que en estas situaciones la dignidad de la persona está siendo gravemente violada, es más, lo está siendo de forma innecesaria (siempre y cuando su voluntad no haya sido la de mantenerse con vida mediante mecanismos artificiales). Es por ello que podemos hablar también aquí de autonomía de la voluntad, conceptos intrínsecamente relacionados lo que nos hace entender que “ la muerte forma parte de la vida y que puede ser conforme con la dignidad ayudar hasta el punto de causar la muerte a quien lo solicita”, siempre que se den unos requisitos esenciales²⁹.

3.4. La protección de la vida como posible límite a la disposición de la misma

El derecho a la vida se reconoce en el art. 15 CE, dentro de la Sección Primera del Capítulo Segundo del Título I, el cual establece que: “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”. Gracias a su consideración en este precepto como un derecho fundamental, el ejercicio del mismo goza de numerosas garantías como serían las prohibiciones de intervención por parte de terceros y del Estado, así como la tutela y preservación del mismo.

Partiendo del texto fundamental, el derecho a la vida puede tomarse desde una posición positiva (derecho a la vida) pero también desde una posición negativa (prescindir de la vida, el derecho a morir) aunque esta no sea contemplada como tal por dicho precepto. Pero sí encontraremos una intrínseca relación entre esta posición negativa y los derechos fundamentales ya apuntados anteriormente como el derecho fundamental de la libertad y,

²⁸ ALONSO ÁLAMO en: GÓMEZ TOMILLO (dir.), *Aspectos médicos y jurídicos del dolor, la enfermedad terminal y la eutanasia*, 2008, 266.

²⁹ ALONSO ÁLAMO en: GÓMEZ TOMILLO (dir.), *Aspectos médicos y jurídicos del dolor, la enfermedad terminal y la eutanasia*, 2008, 268.

por consiguiente, el derecho a la dignidad inherente a cada individuo, que harán que dicha posición deba ser tenida en cuenta.

Resulta pues indiscutible que el hecho de protección de la vida es un límite para la disposición de la misma. Gran parte de la doctrina, aunque sea un tema en el que no existe una posición uniforme, considera que el hecho de tener que renunciar a derechos inherentes a la persona como pueden ser la dignidad no se fundamenta en la protección de la vida, sino en la renuncia de un derecho³⁰.

Debemos considerar también que la vida no solo se ve amenazada por la muerte, sino que existen otras muchas circunstancias que podrán hacerlo, aquellas que conducen a una vida no digna que son las producidas a raíz de la enfermedad del sujeto. El hecho de tener una vida digna implica un completo desarrollo del individuo en todas sus esferas y la existencia de graves padecimientos hace que este no pueda realizarse en su totalidad³¹. Pero es cierto que en este caso la posición de las ciencias jurídicas se encuentra en un entramado complejo ya que nos encontramos aquí con implicaciones que pertenecen a otras ramas, como la medicina, para lo cual no existen previsiones específicas en materia de derecho³² lo cual deriva en numerosas ocasiones en conflictos, los cuales analizaremos más profundamente en adelante.

No obstante, a raíz de lo establecido podemos hablar de la existencia de dos puntos de vista en relación a la regulación del art. 15 CE. Uno de ellos sería el encaminado a que el Estado proteja la vida con independencia de la voluntad del titular del derecho. El otro punto de vista sería aquel que recoge el hecho de que el carácter del art. 15 CE no es absoluto, aunque sí supone una garantía de respeto y protección la cual no deriva en

³⁰ MOLERO MARTÍN-SALAS, *La libertad de disponer de la propia vida desde la perspectiva constitucional*, 2014, 90. La autora a raíz de esta idea establece un ejemplo: “aquella persona que decide seguir viviendo a pesar de tener graves trastornos físicos, no respeta más su dignidad que aquella otra que decide disponer de su vida, pues para ella puede resultar más indigno seguir viviendo”.

³¹ GARCÍA ARANGO, *Opinión jurídica: Publicación de la Facultad de Derecho de la Universidad de Medellín* 12 (2007), 20-22.

³² PARDO FALCÓN, *REDC* 51 (1997), 249 y ss.

imposiciones que priven la libre disposición de la propia vida³³, posición esta última que sin duda comparto.

4. TIPOLOGÍA

Antes de entrar a analizar de que manera se regula en el CP la eutanasia, conviene hacer referencia a las distintas clasificaciones que se han elaborado sobre el tema tales como: la eutanasia criminal en relación con la eliminación de personas que socialmente sean consideradas como peligrosas; la económica, que hace referencia a la eliminación de enfermos sin perspectiva de curación ancianos o la eliminación por el hecho de ser una carga económica para la sociedad; la eutanasia experimental, relativa a las muertes que han sido causa de experimentos científicos, o la eutanasia eugenésica, basada en la eliminación de individuos con deficiencias³⁴ o niños³⁵.

Por tanto, nos centraremos en la eutanasia solidaria³⁶, aquella con una carga moral importante a la cual se le achaca como ya hemos dicho el calificativo de “muerte buena” o “dulce”. A raíz de su propia definición podemos establecer dos modalidades, una referente a actos y otra referente a omisiones. Así pues, tal y como establece Juanatey Dorado³⁷, existirá una distinción entre la eutanasia activa y la eutanasia pasiva³⁸ en

³³ NÚÑEZ PAZ, *Homicidio consentido, eutanasia y derecho a morir con dignidad: Problemática jurídica a la luz del Código penal de 1995*, 1999, 275-276.

³⁴ Está claro que al hablar de deficiencias podríamos entrar en casos que pertenecen a la eutanasia solidaria. En este caso nos referimos a deficiencias en niños recién nacidos, mientras que el término deficiencias en la eutanasia solidaria hace referencia a minusvalías a raíz de una enfermedad grave.

³⁵ Sobre las modalidades de eutanasia citadas en el texto, QUINTERO OLIVARES, en: QUINTERO OLIVARES (dir.)/MORALES PRATS (coord.), *Comentarios al Código penal español*, 7ª, 2016, 1004.

³⁶ La eutanasia solidaria es aquella considerada como “buena muerte” debido a los móviles humanitarios que existen tras ella.

³⁷ JUANATEY DORADO, *Derecho, suicidio y eutanasia*, 1994, 378-380.

³⁸ Esta clasificación que muchos autores defienden entre eutanasia activa y eutanasia pasiva ha suscitado confusiones ya que algunos especialistas consideran que “no debe identificarse eutanasia pasiva con no hacer, ni con mera pasividad, con lo que suele entenderse con modalidad omisiva de conducta, ni la activa con comisión activa, hacer, actuar positivamente”. Por ejemplo, la desconexión de un aparato que ha sido conectado para suministrar un determinado tratamiento y este no ha logrado mejorar en absoluto la situación del paciente ni puede lograrlo, la desconexión es un comportamiento activo, pero se identifica o equivale a

función de si nace de actos u omisiones y dentro de cada una de ellas también podremos distinguir entre eutanasia directa e indirecta, en lo referente a la primera esta supone la eminente intencionalidad del sujeto para acortar la vida, mientras que la indirecta va más encaminada a un acortamiento no buscado que tiene como principal finalidad aliviar el sufrimiento del sujeto.

La eutanasia está regulada en el art. 143.4 CP el cual establece que: *“El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, sería e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo.”*

Como vemos, el precepto citado emplea la palabra “activamente”, por lo que las conductas omisivas estarían excluidas del tipo delictivo. El precepto recoge dos tipos de comportamiento: por un lado el causar la muerte de otro (activamente) y, por otro lado, la cooperación necesaria a su muerte³⁹. Lo que sí no deja lugar a dudas es que se ha excluido de la redacción del precepto la eutanasia pasiva dejando así clara la postura del legislador el cual no se posiciona de forma favorable ante determinadas circunstancias. Para concluir está claro que la nueva regulación respecto de la inexistente en el CP de 1973, ha sido una mejora en cuanto a la creación de un precepto exclusivo para el delito en cuestión, pero cabe destacar que no dista mucho en cuanto a legalización de conductas, lo que ha producido un generalizado descontento.

Desde un punto de vista médico, los supuestos eutanásicos pueden ser clasificados en tres grupos⁴⁰:

la no conexión inicial y, por lo tanto, esta conducta activa no equivale a eutanasia activa, pues no equivale a la acción de matar al paciente. Más detalladamente, DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO/BARBER BURUSCO, *Nuevo Foro Penal* 79 (2012), 123-124.

³⁹ NÚÑEZ PAZ, *Homicidio consentido, eutanasia y derecho a morir con dignidad: Problemática jurídica a la luz del Código penal de 1995*, 1999, 427 y 428.

⁴⁰ DÍEZ RIPOLLÉS, en: DÍEZ RIPOLLÉS/GRACIA MARTÍN (coords.), *Comentarios al Código penal: Parte especial (Vol. I, títulos I a VI y faltas correspondientes)*, 1997, 230 y ss.

En primer lugar, la denominada *eutanasia terminal* sería aquella en la que el paciente se encuentra ya ante una situación en la que la muerte es inminente o bien si no inminente sí irremediable y en la que, a pesar de los grandes avances de la medicina, esta no es capaz de subsanar la situación terminal en la que se encuentra el paciente. Podemos hablar en estos casos de enfermos terminales o en estado vegetativo persistente, sobre los cuales profundizaremos más adelante.

En segundo lugar, podemos hablar de la denominada *eutanasia paliativa*, también llamada ortotanasia⁴¹, aquella que se da como consecuencia de la necesidad de ingesta por el paciente de analgésicos o lenitivos con motivo de los insoportables sufrimientos que padece a consecuencia de la enfermedad grave⁴², lo cual hace que el proceso de muerte se acerque. Podría ser este el caso de los pacientes con enfermedades permanentes incurables, además de los casos incluidos en la eutanasia terminal.

Por último, está la *eutanasia cualitativa* aquella encaminada al acortamiento del proceso de muerte a consecuencia del insoportable sufrimiento que acarrea la enfermedad.

Más adelante se comprobará qué supuestos eutanásicos son los que dan lugar a la aplicación del tipo penal delictivo del art. 143.4 CP.

5. FIGURAS PRÓXIMAS A LA EUTANASIA

Como se explicará en el siguiente Capítulo, el CP castiga, aunque de una forma atenuada, las conductas relacionadas con la prestación de la muerte al enfermo que lo solicita. En España, al igual que en otros países, actualmente se está reivindicando una despenalización de la eutanasia bajo determinadas condiciones y requisitos⁴³. Junto a la regulación penal de la eutanasia se encuentra en el CP la regulación del homicidio

⁴¹ La ortotanasia se ha empleado recientemente como sinónimo de eutanasia paliativa o “muerte digna”, la cual consiste en dejar morir sin la utilización de medios que puedan desembocar en un encarnizamiento terapéutico. Para más detalles, BÁEZ RODRÍGUEZ/AYALA QUIÑONES/ORTEGA PEDRO/GÓMEZ PERDOMO, *Panorama Cuba y Salud* 3 (2012), 21.

⁴² Sobre enfermedad grave FELIP I SABORIT en: SILVA SÁNCHEZ (dir.)/RAGUÉS i VALLÉS (coord.), *Lecciones de derecho penal, parte especial*, 4ª, 2015, 53 quien destaca la problemática que surge en los casos en los que no existen graves padecimientos pero sí una disminución de la calidad de vida.

⁴³ BALAGUER CALLEJÓN, en: BALAGUER CALLEJÓN (coord.), *Manual de derecho constitucional*, 4ª, 2009, 111-112.

consentido y el suicidio o suicidio asistido. Se trata de supuestos claramente diferenciados del primero, pero en determinadas situaciones se encuentran íntimamente relacionados. Y, en última instancia, también en este caso entra en discusión el derecho a disponer de la propia vida (con efectos eximentes para los terceros que intervienen en el comportamiento del suicida, ayudándolo).

5.1. Homicidio consentido

El denominado homicidio consentido se regula en el art. 143.3 CP, bajo el nombre de cooperación ejecutiva necesaria al suicidio, pero en realidad nos encontramos ante un verdadero homicidio (delimitado en el art. 138.1 CP) aunque en este caso se cuente con la voluntad de la víctima. Es aquí donde se puede encontrar la semejanza o relación intrínseca con la eutanasia cuando se está ante un homicidio consentido derivado de la imposibilidad del suicida de hacerlo por el mismo, necesitando en su caso la cooperación ejecutiva de un tercero, contando en todo caso con la voluntad del sujeto pasivo de que el tercero le prive de su vida.

5.2. Suicidio asistido

Este puede ser definido como la muerte que se da a sí misma una persona⁴⁴. En este caso el CP no establece un castigo para el suicida, ya que carece de sentido, en consecuencia podemos afirmar que no hay ningún tipo de regulación que establezca la obligación de vivir, lo cual no hace que las conductas de cooperación o participación queden exentas de responsabilidad penal, solo se excluye tal responsabilidad en el caso del propio suicida. Así, en los apartados 1 y 2 del art. 143 CP se regulan las conductas de inducción y auxilio o mera cooperación necesaria al suicidio.

En lo referente a las similitudes y diferencias que comparte con los supuestos eutanásicos debemos destacar que en el suicidio la muerte será en todo caso llevada a cabo por el sujeto que tiene la voluntad de morir, mientras que en la eutanasia no necesariamente, siendo habitual que sea un tercero el que realiza la conducta eutanásica (se corresponde más con el homicidio ejecutivo). Como segunda diferencia principal podemos destacar las condiciones que rodean a los sujetos objeto de cuestión, mientras que para la eutanasia

⁴⁴ DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO/BARBER BURUSCO, *Nuevo Foro Penal* 79 (2012), 125.

existe una condición previa de enfermedad incurable y es por ello por lo que existe tal voluntad de morir, en el suicidio no siempre ocurre así y mucho menos pasa a ser ningún tipo de requisito exigido por el CP⁴⁵.

Si bien es cierto que las figuras de suicidio y eutanasia no poseen muchas similitudes, la perspectiva cambia cuando hablamos del auxilio ejecutivo al suicidio o suicidio asistido. La principal similitud en este caso es la intervención de un tercero en el proceso de muerte; la conducta de este es necesaria para la comisión del acto. Puede plantearse así en personas con enfermedades graves muy avanzadas e irreversibles que no son capaces por sí solas de obtener todo lo necesario para poner fin a su vida por lo que necesitan la cooperación de un tercero, pero que son ellos mismos los que ponen fin al proceso de vida y quienes tienen tal voluntad. Un ejemplo mediático fue el caso de José Antonio Arrabal, enfermo de ELA, el cual tras la lucha en la petición de una muerte digna y de la posibilidad de un suicidio asistido, murió en su casa mediante la ingesta de una mezcla de fármacos⁴⁶.

A pesar de que hoy en día es al homicidio consentido a lo que se contempla que se parezca esta figura, algunos, aunque una parte minoritaria ven un dominio del hecho por parte del sujeto con voluntad de morir hasta el final, hasta que propiamente se realiza el acto por lo que insisten en su contemplación como suicidio asistido, considerando incluso que podría ser un supuesto eutanásico más⁴⁷.

Un ejemplo paradigmático de suicidio asistido es el ocurrido en 1988, el caso de Ramón Sampedro, enfermo de tetraplejia postraumática con sección medular, quien, tras su lucha por una muerte digna y su imposibilidad de llevar a cabo su propia muerte, tejió un plan para conseguir la no imputación de las personas que con él cooperaron para lograr su objetivo, el fin de su vida. Este caso muestra además la íntima relación entre la eutanasia y el suicidio asistido/homicidio consentido, pues se trataba de una persona con una

⁴⁵ PAREJO GUZMÁN, *La eutanasia ¿un derecho?*, 2005, 415-427.

⁴⁶ Entrevista a raíz de la petición de la legalización de la eutanasia y el suicidio asistido por José Antonio Arrabal pocos meses antes de suicidarse <http://www.elmundo.es/madrid/2016/11/09/5821ff36e2704e9b678b461f.html>, (consultado el 20/03/2017). En <http://www.elmundo.es/salud/2017/04/06/58e612d7268e3e80198b4613.html> aparece la noticia de que pocos meses después se suicida en su casa él mismo (consultado el 20/03/2017).

⁴⁷ PAREJO GUZMÁN, *La eutanasia ¿un derecho?*, 2005, 415-127.

enfermedad incurable. El punto controvertido en este caso era si la enfermedad producía graves padecimientos permanentes difíciles de soportar.

CAPÍTULO III.- ANÁLISIS DEL ARTÍCULO 143.4 DEL CÓDIGO PENAL ESPAÑOL

1. ANÁLISIS DEL PRECEPTO

1.1. Exposición de la situación previa al Código Penal de 1995

La regulación de la eutanasia en el CP 1944/1973 era totalmente insatisfactoria, pues no existía una regulación autónoma y específica de este supuesto. Para dar respuesta a los casos eutanásicos había que recurrir a la regulación penal de la cooperación al suicidio y el homicidio consentido (art. 409 CP 1944/1973). Se trataba, por tanto, como un supuesto más de suicidio, lo que era claramente inadecuado, al no tenerse en cuenta las circunstancias especiales que están presentes en la eutanasia⁴⁸.

Ya durante la vigencia del CP anterior, el Grupo de Estudios de Política Criminal en 1991 presentó un manifiesto a favor de la disponibilidad de la propia vida, en el que se reconocía por tanto el derecho a morir. Y en 1993 presentó una propuesta alternativa sobre la legalización de la eutanasia bajo determinadas condiciones y requisitos⁴⁹.

El Grupo de Estudios de Política criminal realizó las siguientes propuestas de modificación legislativa: en primer lugar, propuso la derogación de los arts. 10 y 11 LGS (Ley 14/1986), hoy ya derogada, relativa al derecho de consentimiento informado entre otros derechos del paciente. En segundo lugar, y como consecuencia de lo anterior, planteó la necesidad de una regulación detallada y completa de los derechos del paciente, hasta ese momento deficientemente recogidos en la legislación sanitaria⁵⁰. En tercer

⁴⁸ Para más detalles sobre las críticas a la deficiente regulación de la eutanasia en el CP 1944/1973, v., entre otros, NÚÑEZ PAZ, *Homicidio consentido, eutanasia y derecho a morir con dignidad. Problemática jurídica a la luz de Código Penal de 1995*, 1999, 121-142; TOMÁS-VALIENTE LANUZA, *La cooperación al suicidio y la eutanasia en el nuevo CP (art. 143)*, 2000, 107 y ss.

⁴⁹ El manifiesto ha sido nuevamente publicado en GRUPO DE ESTUDIOS DE POLÍTICA CRIMINAL, *Revisión y actualización de las propuestas alternativas a la regulación vigente*, 2016, 37-48.

⁵⁰ Son los derechos que han sido posteriormente reconocidos y garantizados en la Ley 41/2002. Esta Ley se centra en aspectos como la salvaguarda de los derechos y deberes del paciente y usuarios, las relaciones

lugar, en relación con el tema que nos ocupa, para el Grupo la continuidad de la vida no debía estar fundamentada en las posibilidades técnicas, sino en las posibilidades curativas de los tratamientos, fundamento este que ha sido plasmado en la Ley 41/2002. En cuarto lugar, propuso la reforma de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de contrato de seguro, con la correspondiente propuesta alternativa en relación con las instrucciones previas y su relación en materia de seguros. Por último, se pidió la modificación de los arts. 408 y 409 CP 1944/1973 para, entre otros aspectos, permitir la impunidad de determinadas clases de eutanasia.

El actual CP sí ha regulado de manera autónoma el delito de eutanasia, en el art. 143.4 CP. A continuación se comprobará cual es el ámbito de aplicación de este delito, esto es, qué modalidades o clases de eutanasia entran en su campo de aplicación. Para ello, con carácter previo, se va a explicar brevemente el alcance de este delito, analizando los elementos que describen y delimitan la conducta típica. De momento ya se puede afirmar que el cambio operado en 1995 es positivo⁵¹, pues cuenta con una regulación específica de la eutanasia, aunque no sea completamente satisfactoria, al menos para aquel sector doctrinal que reclama dar un paso más, defendiendo su legalización bajo determinadas condiciones y presupuestos, como se verá en el último capítulo.

1.2. El delito de eutanasia

Para averiguar el alcance del delito de eutanasia se ha de llevar a cabo el estudio de los elementos que conforman el tipo penal previsto en el art. 143.4 CP. Se van a explicar los diferentes elementos típicos, divididos entre los que van referidos a la parte objetiva y los que inciden sobre la parte subjetiva.

1.2.1. Tipo objetivo

médico-paciente, cuestiones relativas al derecho de información y previsiones en el campo de la biomedicina entre otras. En definitiva, su creación atiende a la finalidad de una atención más personalizada y humana. Sobre esta Ley BERROCAL LANZAROT, *Foro: Revista de Ciencias Jurídicas y Sociales* 0 (2004), 227-298.

⁵¹ Sobre ello NÚÑEZ PAZ, *La buena muerte: el derecho a morir con dignidad*, 2006, 249.

Comenzando por el tipo objetivo, es preciso explicar los siguientes elementos delimitadores del delito de eutanasia: el supuesto de hecho que da lugar al concepto de eutanasia, el sujeto activo y el sujeto pasivo del delito, la petición de la muerte por parte del sujeto pasivo y los requisitos y presupuestos para conceder validez a la misma y, finalmente, las conductas típicas que se castigan penalmente (con pena atenuada por intervenir la petición de la víctima).

A) Presupuesto fáctico. La enfermedad

En el art. 143.4 CP se describe a través de términos que no resultan fáciles de interpretar. Concretamente se alude a que la víctima sufra una grave enfermedad que ha de ser calificada como tal porque produce o va a producir uno de estos efectos o resultados⁵²:

- Es una enfermedad grave que conduce necesariamente a la muerte de la víctima.
- Es una enfermedad grave que produce graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar.

En primer lugar, la enfermedad ha de ser calificada como grave porque conducirá necesariamente a la muerte. Para la doctrina mayoritaria es necesario que la muerte sea próxima temporalmente⁵³. Otro sector minoritario, por el contrario, defiende otra interpretación, considerando que aquí se está exigiendo que la enfermedad ha de conducir de manera segura a la muerte. Eso sí, en todo caso es necesario recurrir a un plazo temporal para la delimitación de este elemento, valorando el mismo desde el punto de

⁵² Respecto al primer efecto o resultado cabe mencionar que el legislador en base al desarrollo del precepto deja claro que no exige que se trate de una enfermedad que se encuentre ya en fase terminal, sino solo próxima a la muerte en un plazo de tiempo que no ha sido determinado por el legislador. En cuanto al segundo resultado, la enfermedad grave, cabe destacar que no existe el presupuesto de que tal enfermedad conlleve a la muerte, ya que enfermedad no debe ser relacionada necesariamente y en todo caso con un proceso patológico, sino simplemente con una disminución de grave de la salud. Sobre ello TOMÁS-VALIENTE LANUZA en: GÓMEZ TOMILLO (dir.), *Aspectos médicos y jurídicos del dolor, la enfermedad terminal y la eutanasia*, 2008, 171-172.

⁵³ V., entre otros, ALONSO ÁLAMO, en: GÓMEZ TOMILLO (dir.), *Aspectos médicos y jurídicos del dolor, la enfermedad terminal y la eutanasia*, 2008, 252; PRIETO SERRANO, *Encrucijadas: Revista Crítica de Ciencias Sociales* 10 (2015), 3.

vista del caso concreto, teniendo en cuenta la naturaleza de la enfermedad y el estado general del paciente⁵⁴.

En segundo lugar, la enfermedad grave debe producir un grave padecimiento, pero no solo eso, se tiene que traducir en dos circunstancias que han de concurrir de manera conjunta: el padecimiento ha de ser permanente y, además, ha de ser difícil de soportar. Se está aludiendo a enfermedades incurables o sin expectativas de mejora, produciendo una importante disminución de la calidad de vida del sujeto. A ello se alude con el término permanente, lo que no significa por otro lado que tengan que ser continuados, bastando, eso sí, que sean persistentes hasta la muerte del enfermo⁵⁵.

El término padecimiento, o padecer, no ha de interpretarse como sentir física y corporalmente un daño o enfermedad (posible acepción del término según el RAE), pues desde esta perspectiva no se añade ningún significado nuevo, ya que el tipo penal hace referencia a que el sujeto ha de padecer una enfermedad grave como primer elemento definitorio de la situación eutanásica. Para la interpretación de padecimiento puede ser más útil la definición que alude a sentir física y corporalmente un dolor o sufrimiento. Por otro lado, genera dudas si el sufrimiento o padecimiento ha de ser físico o si también se incluye el psíquico. Sobre este particular, se sostiene por la doctrina que también el segundo está incluido, entre otras razones porque aquí no se está diferenciando entre uno y otro padecimiento y, por otro lado, porque en los delitos de lesiones se equiparan las lesiones físicas y psíquicas⁵⁶. Pero esta no es opinión unánime, descartando el sufrimiento psíquico del ámbito de este tipo penal, pero no porque no cumpla los requisitos relacionados con la enfermedad, sino porque tal sufrimiento puede afectar a la capacidad de comprensión del sujeto pasivo. Así, un sector de la doctrina ha excluido del ámbito del art. 143.4 CP el sufrimiento psíquico porque este impedirá que el sujeto tenga la

⁵⁴ CORCOY BIDASOLO en: CORCOY BIDASOLO/MIR PUIG (dirs.), *Comentarios al Código Penal: Reforma LO 1/2015 y LO 2/2015*, 2015, 518; TOMÁS-VALIENTE LANUZA, en: GÓMEZ TOMILLO (dir.), *Aspectos médicos y jurídicos del dolor, la enfermedad terminal y la eutanasia*, 2008, 170-177.

⁵⁵ V., en este sentido, CORCOY BIDASOLO en: CORCOY BIDASOLO/MIR PUIG (dirs.), *Comentarios al Código Penal: Reforma LO 1/2015 y LO 2/2015*, 2015, 518.

⁵⁶ Defiende esta interpretación CORCOY BIDASOLO en: CORCOY BIDASOLO/MIR PUIG (dirs.), *Comentarios al Código Penal: Reforma LO 1/2015 y LO 2/2015*, 2015, 518.

capacidad de comprensión necesaria para manifestar de manera libre y voluntaria su petición⁵⁷.

La aceptación de la primera interpretación tiene enorme importancia desde el momento en que existen enfermedades permanentes, incurables, que tienen como efecto un grave padecimiento o sufrimiento psíquico para el enfermo. Es el caso de los pacientes tetrapléjicos, y precisamente uno de los casos más mediáticos relacionados con la legalización de la eutanasia ha sido el de un enfermo tetrapléjico (caso Sampedro).

Si bien en la interpretación de los términos grave, permanente, también se pueden plantear problemas sobre su alcance y significado, claramente en los casos que entran ya en la zona límite, y obviamente, la calificación de enfermedad como grave que va a desembocar en la muerte o en padecimientos permanentes está condicionada con el avance médico, sin duda el requisito más ambiguo y de mayor dificultad en su concreción es el que alude a que se trate de una enfermedad grave que produce un grave padecimiento *difícil de soportar*. En relación con este elemento se ha señalado que se ha de valorar atendiendo a la intensidad del sufrimiento, tomando en consideración todas las circunstancias concurrentes⁵⁸.

B) Elementos referentes a los sujetos

A la hora de hablar de los sujetos debemos distinguir entre el sujeto activo del delito y el sujeto pasivo, del delito y/o de la acción.

Comenzando con el sujeto activo, o persona que ha de realizar la acción típica, en este delito no se hace delimitación alguna sobre este elemento, por lo que podrá ser cualquier persona. El legislador no ha querido circunscribir el ámbito de los sujetos que ayudan a morir a personal médico, familiares o personas allegadas al sujeto pasivo⁵⁹.

⁵⁷ TOMÁS-VALIENTE LANUZA, *La cooperación al suicidio y la eutanasia en el nuevo CP (art. 143)*, 2000, 124 ss.

⁵⁸ CORCOY BIDASOLO en: CORCOY BIDASOLO/MIR PUIG (dirs.), *Comentarios al Código Penal: Reforma LO 1/2015 y LO 2/2015*, 2015, 518.

⁵⁹ EL GRUPO DE ESTUDIOS DE POLÍTICA CRIMINAL, *Revisión y actualización de las propuestas alternativas a la regulación vigente*, 2016, 42, en la propuesta alternativa sobre la regulación de la eutanasia, sí había introducido requisitos para delimitar el sujeto activo, limitando la intervención al médico o a una persona bajo su dirección. De esta manera se pretendía ofrecer las máximas garantías, para que

Como se explicará más adelante, en la conducta típica, en el art. 143.4 CP se han descrito dos clases de sujetos activos: el primero, el que realiza la acción de causar la muerte, esto es, ha de intervenir como autor de la conducta eutanásica; el segundo, el que coopera con actos necesarios y directos, esto es, el sujeto ha de intervenir cumpliendo los requisitos de la cooperación necesaria⁶⁰. Queda fuera el tipo penal, porque no cumple los requisitos del sujeto activo del delito, la intervención ayudando como mero cómplice o cooperador no necesario. Y también está fuera del tipo penal la intervención como inductor, si bien en este caso el partícipe inductor no estará exento de responsabilidad penal, pues su intervención se tendrá que llevar a los genéricos delitos de homicidio y suicidio. La falta de mención al inductor en el delito de eutanasia se explica desde el momento en que se exige como requisito típico la petición seria, expresa e inequívoca del sujeto pasivo.

En cuanto al sujeto pasivo de la acción, su delimitación se hace atendiendo a la enfermedad grave que padece y que motiva la solicitud del acto eutanásico. En el tipo penal se ha omitido cualquier referencia a si se ha de tratar o no de una persona mayor de edad, o si la persona ha de tener o no capacidad de decisión⁶¹, a no ser que se traten de deducir estas exigencias de los términos utilizados en la descripción de la solicitud hecha por el sujeto pasivo (petición seria e inequívoca). Lo único que exige el tipo penal es que la petición ha de proceder de la persona a la que se causa la muerte, excluyendo de este modo la posibilidad de que se actúe por la petición hecha por los representantes legales del sujeto pasivo (o víctima), al menos inicialmente.

La falta de regulación de estos aspectos va a generar la duda de si el menor de edad puede o no ser el sujeto pasivo de este tipo penal. O si se aplicará esta modalidad delictiva cuando el sujeto pasivo padece una anomalía psíquica, o genéricamente, no está capacitado para tomar una decisión de esta entidad, porque no lo ha estado nunca o porque

efectivamente la eutanasia se aplique previa solicitud seria y expresa del paciente, y la forma de llevar a cabo la conducta eutanásica sea también la más respetuosa con el sujeto pasivo.

⁶⁰ DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO/ BARBER BURUSCO, *Nuevo Foro Penal* 79 (2012), 52 y ss.

⁶¹ EL GRUPO DE ESTUDIOS DE POLÍTICA CRIMINAL, *Revisión y actualización de las propuestas alternativas a la regulación vigente*, 2016, 42, en su propuesta de regulación sí introducía referencias que delimitaban desde el punto de vista del sujeto pasivo. En esta propuesta se exigía la solicitud expresa, libre y seria de una persona *mayor de 18 años* que tenga *capacidad natural de juicio*.

es uno de los efectos generados por la enfermedad grave que padece. Este segundo caso sí podría ser resuelto de manera satisfactoria si se admite que la petición expresa puede hacerse a través del testamento vital, esto es, el sujeto pasivo ha dejado constancia de su decisión en un momento en el que todavía está en uso de sus facultades y puede tomar decisiones porque tiene capacidad de juicio⁶². Al explicar los requisitos relativos a la petición realizada por el sujeto pasivo se volverá sobre esta cuestión.

La doctrina sí exige que la petición ha de proceder de un sujeto con capacidad para consentir libremente⁶³. Para la interpretación de este requisito se toma como referencia la Ley 41/2002, pues en ella se encuentra una regulación más o menos detallada sobre el consentimiento del paciente en el ámbito sanitario, con previsiones normativas sobre el consentimiento de menores de edad, donde se dispone que deben ser oídos a partir de los 12 años, y son ellos los que deciden a partir de los 16 años, y de personas con la capacidad de discernimiento disminuida. Porque para tomar una decisión en torno al acto eutanásico se ha de exigir la capacidad de comprensión, no llegando al extremo de pedir la plena capacidad de obrar definida desde el punto de vista del Derecho civil⁶⁴.

También en esta Ley se ha regulado la actuación por representación cuando el enfermo no está en condiciones de tomar decisiones por sí mismo, bien porque no tiene la capacidad para ello, bien porque en ese momento no está en condiciones de hacerlo por las circunstancias concurrentes (está inconsciente, por ejemplo). Ahora bien, como ya se ha indicado anteriormente, desde el momento en que el tipo penal exige que la petición

⁶² DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO/BARBER BURUSCO, *Nuevo Foro Penal* 79 (2012), 138; CORCOY BIDASOLO en: CORCOY BIDASOLO/MIR PUIG (dirs.), *Comentarios al Código Penal: Reforma LO 1/2015 y LO 2/2015*, 2015, 518, cita, entre los casos límite de petición válida, el de la declaración realizada a través del testamento vital, teniendo en cuenta que la Ley 41/2002 limita la eficacia de los documentos de voluntades anticipadas a que sean conformes con la ley y la *lex artis*, y resulta que esta posibilidad no se ha previsto en el art. 143.4 CP.

⁶³ CORCOY BIDASOLO en: CORCOY BIDASOLO/MIR PUIG (dirs.), *Comentarios al Código Penal: Reforma LO 1/2015 y LO 2/2015*, 2015, 518.

⁶⁴ En este sentido, NÚÑEZ PAZ, *Homicidio consentido, eutanasia y derecho a morir con dignidad: problemática jurídica a la luz del Código penal de 1995*, 1999, 400, considera que la capacidad para la decisión es la que posee “una persona responsable para poder consentir en torno a ser privado de su vida; por consiguiente, ha de conservar la capacidad de decisión y ser dueño de sus actos, esto es, debe ser capaz de comprender la trascendencia de los mismos”.

sea realizada por el sujeto pasivo y que sea expresa, la actuación en representación de menores, incapaces o personas que están inconscientes⁶⁵, no se admite⁶⁶. Se ha de tener en cuenta que estas conclusiones se hacen teniendo presente la regulación penal de la eutanasia, esto es, teniendo en cuenta qué clase de acto eutanásico está abarcado por el art. 143.4 CP, que, como veremos más adelante, no son todas las clases de eutanasia desde el punto de vista jurídico.

C) Elementos referentes a la acción. Conductas típicas

La acción surge como consecuencia de la exigencia de la norma de que el sujeto pasivo padezca una enfermedad grave que le conduzca bien sea a la muerte, bien al padecimiento de graves sufrimientos⁶⁷. Partiendo de esta exigencia contenida en el precepto, la acción típica consiste en causar la muerte o cooperar a ello de una forma activa mediante actos necesarios y directos. Aunque el término activamente podría ponerse en relación con ambas conductas, causar y cooperar⁶⁸, finalmente puede entenderse que va referida a la segunda, la de cooperar, pues este requisito se va a deducir en la primera conducta del verbo típico empleado para su redacción, causar, desde el momento en que este verbo sí exige una conducta activa (la omisión no puede causar nada, solo la conducta activa es causa del resultado o del hecho)⁶⁹.

⁶⁵ Sobre las personas sin capacidad para consentir OLMEDO CARDENETE/ BARQUÍN SANZ, en: COBO DEL ROSAL (dir.), *Comentarios al código penal, tomo V. Homicidio. Lesiones. Aborto y Manipulación genética*, 2002, 226-228.

⁶⁶ De esta opinión, CORCOY BIDASOLO, en: CORCOY BIDASOLO/MIR PUIG (dirs.), *Comentarios al Código Penal: Reforma LO 1/2015 y LO 2/2015*, 2015, 518, si bien al final matiza diciendo “en principio”. De otra opinión, ZAPPALÁ, *Criterio Jurídico 1* (2008), 252 ss. De otro modo, podría actuarse en representación de incapaces o menores, pero no estaríamos hablando de un delito de eutanasia penado por el CP, sobre ello GONZÁLEZ CARRASCO, en: MENDOZA BUERGO (coord.), *Autonomía personal y decisiones médicas. Cuestiones éticas y jurídicas*, 2010, 185-186.

⁶⁷ MUÑAGORRI LAGUIA, *JD 25* (1996), 69.

⁶⁸ Así lo ponen de relieve, entre otros, DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO/BARBER BURUSCO, *Nuevo Foro Penal 79* (2012), 139.

⁶⁹ V., más detalladamente, LUZÓN PEÑA, *Lecciones de Derecho penal. Parte general*, 3ª, 2016, 199 y ss.

Con la primera de las conductas típicas, causare la muerte de otro, parece que se está haciendo referencia a la intervención del sujeto activo como autor de la muerte, incluyendo también supuestos de coautoría⁷⁰.

Con la segunda de las conductas típicas, cooperar con actos necesarios y directos a la muerte⁷¹, con el primer elemento cabe deducir que se trata de la intervención en la muerte de otro a título de participación, concretamente como cooperador necesario, figura que se define con carácter general en el art. 28 b) CP. Por otro lado, también puede incluirse en esta conducta la de cooperación necesaria con la realización de actos ejecutivos que han de causar la muerte, llegando a esta conclusión desde dos consideraciones: primera, porque en la primera de las acciones típicas, causar la muerte, solo se incluyen las conductas de autoría, no de participación, y segunda, porque en el suicidio sí se ha querido castigar las intervenciones de cooperación necesaria con actos no ejecutivos y cooperación necesaria con actos ejecutivos, en el art. 143.2 y 3 CP, y es a estos dos apartados a los que se remite precisamente en el apartado regulador del delito de eutanasia a efectos de calcular la pena aplicable para los terceros que intervienen en la muerte a petición⁷². Si no se admite tal interpretación, en ese caso la cooperación ejecutiva en la

⁷⁰ Defienden esta interpretación, DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO/BARBER BURUSCO, *Nuevo Foro Penal* 79 (2012); CORCOY BIDASOLO, en: CORCOY BIDASOLO/MIR PUIG (dirs.), *Comentarios al Código Penal: Reforma LO 1/2015 y LO 2/2015*, 2015, 519. La defensa de una u otra teoría en la definición de la autoría hará que se incluyan más o menos supuestos en la acción de causar. A mero título de ejemplo, la intervención con actos ejecutivos en el suicidio para algunos autores se calificará de (co)autoría, claramente si se parte de la teoría del dominio del hecho en su definición, mientras que para otros autores la intervención con actos ejecutivos no deja de ser una forma de participación, no de autoría, que puede ser calificada generalmente como una cooperación necesaria.

⁷¹ Aunque atendiendo a la literalidad del art. 143.4 CP no está suficientemente claro que los términos actos necesarios y directos se refiera solo a la cooperación. Pero en una interpretación sistemática de todo lo dispuesto en este apartado se ha de llegar a tal conclusión, pues para la primera conducta ya se ha hecho la restricción en su interpretación desde la consideración de que solo quiere castigarse conductas de autoría, no de participación. A esta conclusión llegan, entre otros, DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO/BARBER BURUSCO, *Nuevo Foro Penal* 79 (2012), 139.

⁷² Plantea otra interpretación CORCOY BIDASOLO, en: CORCOY BIDASOLO/MIR PUIG (dirs.), *Comentarios al Código Penal: Reforma LO 1/2015 y LO 2/2015*, 2015, 519: para esta autora en la acción causar la muerte la aportación del sujeto es equivalente a la cooperación ejecutiva al suicidio, mientras que en la segunda acción, cooperar con actos necesarios, se está ante la intervención como cooperación necesaria no ejecutiva.

muerte a petición tendrá que ser incluida en la conducta de causar la muerte, pues no por ello dejará de ser típica penalmente.

En esta segunda conducta típica no se ha aclarado con quien está cooperando con actos necesarios el sujeto que va a ser castigado. Pues pueden darse dos situaciones: la primera, el sujeto coopera con el propio sujeto pasivo, es decir, es este el que se va a causar a sí mismo la muerte, y la segunda, el sujeto coopera con un tercero que va a causar la muerte del sujeto pasivo tras la previa petición de este. Un sector de la doctrina incluye ambos supuestos en esta segunda conducta típica, como cooperación necesaria en la muerte de otro, porque el tenor literal lo permite y, sobre todo, porque otra solución llevaría a tener que castigar en el primer supuesto con la misma pena para el que causa la muerte y el que coopera necesariamente con él en la muerte⁷³.

Se castiga la cooperación necesaria en la muerte de otro. Significa, por tanto, que la cooperación no necesaria, o la complicidad en un acto eutanásico no se castiga, como por otro lado tampoco se castiga esta forma de participación en el suicidio (art. 143. 1 a 3 CP)⁷⁴.

Finalmente, la inducción al suicidio de la persona que padece la enfermedad descrita en el art. 143.4 CP no está incluida en la regulación de la eutanasia. Ello es una consecuencia lógica desde el momento en que la inducción resulta incompatible con la petición de la persona que quiere morir. Esto significa que los casos de inducción se castigarán a través del art. 143.1 CP, pues pese a la inducción el sujeto inducido sí habrá tomado la decisión libre y voluntaria de quitarse la vida⁷⁵.

La cooperación no solo ha de ser realizada a través de actos necesarios, también se exige que sean directos. Este término también se encuentra en el CP cuando se define la tentativa, en el art. 16 CP, para concretar cuándo empieza esta fase del *iter criminis*. Desde esta perspectiva, directa va referida a la inmediatez espacio-temporal del acto necesario puesto en relación con la acción de causar la muerte. Desde este punto de vista no podría ser considerada típica penalmente la cooperación, necesaria, activa, llevada a

⁷³ Defienden esta opinión, entre otros, DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO/BARBER BURUSCO, *Nuevo Foro Penal* 79 (2012), 140.

⁷⁴ Para más detalles, DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO/BARBER BURUSCO, *Nuevo Foro Penal* 79 (2012), 141.

⁷⁵ Sobre esta cuestión, más ampliamente, DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO/BARBER BURUSCO, *Nuevo Foro Penal* 79 (2012), 141.

cabo por un tercero cuando el sujeto que padece la enfermedad se quita a sí mismo la vida, pero en un momento posterior e incluso en un lugar diferente⁷⁶.

Como se ha comentado anteriormente, ambas conductas han de cometerse de manera activa, lo que supone que se excluye del delito de eutanasia las conductas omisivas, incluidos los supuestos de comisión por omisión⁷⁷.

D) Elementos referentes a la manifestación de la voluntad del sujeto pasivo. La petición

Otro de los elementos que configuran el delito de eutanasia es el relativo a la manifestación de la voluntad⁷⁸ por parte del sujeto pasivo. A él se refiere el art. 143.4 CP como petición expresa, seria e inequívoca por parte de este. La solicitud o petición ha de reunir los requisitos de expresa, seria e inequívoca. Con estos términos se quieren ofrecer las máximas garantías sobre la verdadera voluntad del sujeto dirigida a practicar el acto eutanásico. Y que se exija que haya una petición o solicitud por su parte también es otra garantía, para evitar situaciones en que el sujeto pasivo puede verse en cierto modo obligado a dar su consentimiento dada la situación en que se encuentra, enfermo y con presiones más o menos veladas por parte de sus familiares.

Como ya se ha comentado anteriormente, esto significa que ha de tratarse de una petición personal, esto es, no se puede recurrir a la actuación en representación del sujeto pasivo. En segundo lugar, ha de haber una petición por parte del sujeto pasivo, es decir, se trata

⁷⁶ Es por este requisito por el que conductas como la del caso *Ramón Sampedro* en España estarían excluidas de la consideración del delito de eutanasia, en virtud de que la inmediatez temporal que requiere esta acción de cooperación se ha visto perturbada, ya que, aunque haya habido una cooperación activa y necesaria quien produce realmente la acción de finalización de la vida es el propio sujeto, pero en un momento posterior a la intervención del partícipe. Así lo explica, entre otros, CORCOY BIDASOLO, en: CORCOY BIDASOLO/MIR PUIG (dirs.), *Comentarios al Código Penal: Reforma LO 1/2015 y LO 2/2015*, 2015, 519.

⁷⁷ Así lo interpretan, entre otros, TOMÁS-VALIENTE LANUZA, *La cooperación al suicidio y la eutanasia en el nuevo CP (art.143)*, 2000, 107; DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO/BARBER BURUSCO, *Nuevo Foro Penal* 79 (2012), 139; CORCOY BIDASOLO, en: CORCOY BIDASOLO/MIR PUIG (dirs.), *Comentarios al Código Penal: Reforma LO 1/2015 y LO 2/2015*, 2015, 519.

⁷⁸ Sobre la voluntad del paciente QUINTERO OLIVARES, en: QUINTERO OLIVARES (dir.)/MORALES PRATS (coord.), *Comentarios al Código penal español*, 7ª, 2016, 1004.

de una solicitud que realiza el sujeto⁷⁹, en este caso dirigida a que se lleve a cabo el acto eutanásico. Es preciso advertir que el tipo penal se refiere al requisito de la petición por parte del sujeto pasivo, término que no es sinónimo del mero consentimiento por su parte. Dicha petición ha de ser expresa, seria e inequívoca.

Expresa, quedando fuera por tanto situaciones equivalentes a las del consentimiento tácito. Esta petición expresa no exige necesariamente que sea por escrito⁸⁰. De ninguna manera puede recurrirse a la presunción o a la deducción de cuál será la voluntad del sujeto pasivo⁸¹; seria, que puede entenderse como petición real, verdadera, sincera, y también como meditada y tomada tras la debida reflexión por parte del sujeto pasivo sobre la situación en la que se encuentra⁸². Para tomar una decisión de este tipo parece necesario que este cuente con la previa información sobre su estado de salud, al menos desde el punto de vista de si la enfermedad va a conducir a la muerte, o si es una enfermedad con padecimientos permanentes. De ahí que también se exija que la petición sea inequívoca, una petición que no admite duda sobre el verdadero sentido de la solicitud del sujeto a que se lleve a cabo el acto eutanásico⁸³.

⁷⁹ La petición puede definirse como la solicitud que realiza un paciente sobre determinadas actuaciones médicas. SUÁREZ LLANOS, *AFD* 28 (2012), 325.

⁸⁰ MUÑAGORRI LAGUÍA, *JD* 25 (1996), 70.

⁸¹ Sobre ello MARÍN GÁMEZ, *REDC* 54 (1998), 111 y ss.; SILLERO FERNÁNDEZ DE CAÑETE, *Seminario Médico* 47, núm. 2 (1995), 28 y ss; DÍEZ RIPOLLÉS, en: DÍEZ RIPOLLÉS/GRACIA MARTÍN (coords.) *Comentarios al código penal: Parte especial (Vol. I, títulos I a VI y faltas correspondientes)*, 1997, 237-238; ROMEO CASABONA, en: ROMEO CASABONA/SOLA RECHE/BOLDOVA PASAMAR (coords.), *Derecho penal: Parte especial*, 2016, 49.

⁸² MARÍN GÁMEZ, *REDC* 54 (1998), 111 y ss.; SILLERO FERNÁNDEZ DE CAÑETE, *Seminario Médico* 47, núm. 2 (1995), 28 y ss; DÍEZ RIPOLLÉS, en: DÍEZ RIPOLLÉS/GRACIA MARTÍN (coords.), *Comentarios al código penal: Parte especial (Vol. I, títulos I a VI y faltas correspondientes)*, 1997, 237-238; ROMEO CASABONA, en: ROMEO CASABONA/SOLA RECHE/BOLDOVA PASAMAR (coords.), *Derecho penal: Parte especial*, 2016, 49.

⁸³ SILLERO FERNÁNDEZ DE CAÑETE, *Seminario Médico* 47, núm. 2 (1995), 28 y ss.; DÍEZ RIPOLLÉS, en DÍEZ RIPOLLÉS/GRACIA MARTÍN (coords.), *Comentarios al código penal: Parte especial (Vol. I, títulos I a VI y faltas correspondientes)*, 1997, 237-238; ROMEO CASABONA en ROMEO CASABONA/SOLA RECHE/BOLDOVA PASAMAR (coords.), *Derecho penal: Parte especial*, 2016, 49. Sobre la información previa facilitada a los pacientes, DÍEZ RIPOLLÉS, *Op. cit.*, 237-238, advierte que, en situaciones cercanas a la muerte, el tanto por ciento de información con la que cuenta el

Esta petición, seria, expresa e inequívoca, obviamente, ha de estar exenta de vicios que afecten a la libertad en la toma de decisiones⁸⁴.

1.2.2. Tipo subjetivo

Nos encontramos ante un tipo doloso. Para que este se dé, el dolo debe abarcar todos y cada uno de los elementos que sirven para describir el supuesto de hecho. Si el sujeto no tiene conocimiento de que concurre alguno de los elementos definitorios de la eutanasia estaría excluida la aplicación del art. 143.4 CP, entrando en aplicación, en su lugar, los delitos de homicidio y sus formas. Habrá que atender a qué elemento es el que no está abarcado por el dolo para plantear desde el homicidio doloso hasta el homicidio imprudente pasando por las modalidades de cooperación al suicidio y homicidio consentido.

En el tipo subjetivo no se ha incluido ninguna referencia que haga alusión a determinados móviles, de solidaridad o compasión, que hayan de guiar la conducta del sujeto activo.

2. ATRIBUCIÓN DE PENAS

2.1. Razones para la atenuación

El fundamento de la atenuación⁸⁵ de la pena en el delito de eutanasia se apoya en dos elementos sobre los que se constituye el mismo, el primero, el estado de salud del sujeto pasivo. El segundo, la petición del sujeto pasivo en relación con la causación de su muerte

paciente es sorprendentemente bajo, siendo solo de un 31,3 por ciento el conocimiento absoluto. Sobre ello también SERRANO RUIZ-CALDERÓN, *La eutanasia*, 2007, 183-184.

⁸⁴ Con más claridad, el GRUPO DE ESTUDIOS DE POLÍTICA CRIMINAL *Revisión y actualización de las propuestas alternativas a la regulación vigente*, 2016, 42, sí hacía referencia explícita a que la solicitud tenía que ser libre, seria y expresa.

⁸⁵ Sobre la atenuación en determinados supuestos OLMEDO CARDENETE/BARQUÍN SANZ, en: COBO DEL ROSAL (dir.), *Comentarios al código penal, tomo V. Homicidio. Lesiones. Aborto y Manipulación genética*, 2002, 220-221; TOMÁS-VALIENTE LANUZA, en: GÓMEZ TOMILLO (dir.), *Comentarios prácticos al código penal, tomo II*, 2015, 110-114.

o el hecho de que un tercero coopere (con el sujeto pasivo o con el tercero) de manera necesaria y directa. De cualquier forma, el tipo penal nunca puede llegar a formar una exigente de la responsabilidad penal, sino que solo la atenuará.

En relación al estado de salud del paciente podemos distinguir dos situaciones, tal como se han explicado anteriormente. Una primera está referida a aquellas enfermedades que inevitablemente y de una manera necesaria conduzcan a la muerte del sujeto. Es decir, se trata de enfermos terminales. Por otro lado, una segunda situación va referida a enfermedades que producen graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar.

Además ha de concurrir la petición expresa, seria e inequívoca del sujeto pasivo. Ya en el suicidio el consentimiento del sujeto sirve para la rebaja de la pena, de manera sustancial si se compara con los delitos de homicidio y de asesinato. La presencia de la petición del sujeto pasivo lleva a entender a un sector de la doctrina que se produce una disminución del injusto cometido, como si el consentimiento en el suicidio, la petición en la eutanasia, actuara a modo de una causa de justificación incompleta o parcial⁸⁶.

2.2. Imposición de penas

En definitiva, el art. 143.4 CP solo contempla como delito la eutanasia activa directa, castigándose con una pena atenuada partiendo de los tipos penales de cooperación al suicidio y homicidio consentido del art.143.2 y 3 CP⁸⁷.

Así, en los casos de causación de la muerte a petición de la víctima se aplicará la pena inferior en uno o dos grados a la establecida para los actos de causación de la muerte a petición del sujeto pasivo, siendo las penas de 3 años a 6 años de prisión o de 1 año y 6 meses a 3 años años, respectivamente.

⁸⁶ TOMÁS-VALIENTE LANUZA, en: GÓMEZ TOMILLO (dir.), *Aspectos médicos y jurídicos del dolor, la enfermedad terminal y la eutanasia*, 2008, 170-177.

⁸⁷ Art. 143.2 CP: “Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona”./3. “Será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte”.

Para la cooperación necesaria, las penas inferior en uno o dos grados del apartado 2 resultan ser prisión de 1 a 2 años o de 6 meses a 1 año, respectivamente, teniendo en cuenta en este caso que con la rebaja de la pena tanto en uno como en dos grados existiría la posibilidad de suspender la pena privativa de libertad (arts. 80 y ss. CP)⁸⁸.

El presupuesto que puede conducirnos a una atenuación de la pena, esto es, inferior en uno o dos grados, no sigue una regla general aunque en cualquier caso atenderán a la salud del paciente y su voluntad, así como a la forma en la que esta se manifiesta⁸⁹.

3. LAS CLASES DE EUTANASIA VISTAS DESDE EL ART. 143.4 DEL CÓDIGO PENAL

Una vez explicado el tipo penal previsto en el art. 143.4 CP es momento de comprobar qué supuestos de la calificada como eutanasia solidaria entran en el ámbito de aplicación del CP.

Para ello se va a partir de las distintas clasificaciones de eutanasia descritas en el Capítulo anterior: eutanasia activa/pasiva, eutanasia directa/indirecta, y combinando ambos criterios cabe diferenciar entre eutanasia activa directa/indirecta.

En cuanto a la primera distinción, eutanasia activa/pasiva, esta diferencia es fundamental, pues el art. 143.4 CP solo considera típica la eutanasia activa. A tal conclusión se llega teniendo en cuenta, o bien que el adverbio activamente va referido tanto a causar como a cooperar, o bien considerando que este adverbio está referido solo a la cooperación, necesaria y activa, pero porque del verbo causar ya se deduce que la conducta tiene que ser activa (pues, como se ha explicado anteriormente, para que haya causalidad ha de haber una conducta activa, la omisión no puede causar).

⁸⁸ Advierten de este efecto, DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO/BARBER BURUSCO, *Nuevo Foro Penal* 79 (2012), 141-142.

⁸⁹ Sobre los requisitos necesarios para la atenuación de la pena TOMÁS-VALIENTE LANUZA, en: GÓMEZ TOMILLO (dir.), *Aspectos médicos y jurídicos del dolor, la enfermedad terminal y la eutanasia*, 2008, 170-177.

La doctrina de manera unánime ha llegado a la conclusión de que el art. 143.4 CP solo castiga, de manera atenuada, la eutanasia activa. Resulta atípica, por tanto lícita desde el punto de vista del ordenamiento jurídico, la eutanasia pasiva⁹⁰. Y debe recordarse que eutanasia pasiva es aquella en que el sujeto no produce de ninguna manera, ni siquiera acelerándola, la muerte del sujeto pasivo, sino que deja que este se muera, no impide su muerte, no prolonga su vida pudiendo hacerlo a través de medios técnicos, farmacológicos, o médicos en general.

El problema que se plantea a la hora de aplicar esta clasificación, con las consecuencias que se deducen a favor de la impunidad, eutanasia pasiva, o tipicidad, eutanasia activa, estriba en calificar determinadas conductas realizadas por el sujeto, a veces consistentes en una omisión, a veces en una conducta activa. Porque la conducta de matar, o causar la muerte de otro, desde el punto de vista jurídico-penal se puede cometer a través de una conducta activa o a través de la construcción de la comisión por omisión (por omitir la conducta debida que hubiera evitado la producción de este resultado). El caso más paradigmático es el de la desconexión del aparato que mantiene con vida al sujeto, sobre el que se volverá más adelante.

Una segunda diferenciación es la de eutanasia directa y eutanasia indirecta. Claramente la primera también se subsume en el art. 143.4 CP, desde el momento en que se ha utilizado este adverbio en la descripción de las dos conductas típicas, causar o cooperar activamente, o si no se llega a esta conclusión, porque si se exige que la cooperación sea necesaria y directa, a la misma conclusión ha de llegarse para la conducta de causar la muerte del sujeto pasivo.

La eutanasia indirecta debe quedar fuera del ámbito de aplicación del art. 143.4 CP, y a esta conclusión llega también la doctrina de manera unánime⁹¹.

⁹⁰ SERRANO RUIZ-CALDERÓN, *La eutanasia*, 2007, 153-155; DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO/ BARBER BURUSCO, *Nuevo Foro Penal* 79 (2012), 123-124; TORÍO LÓPEZ, *EPcrim* 4 (1980), 193 y ss.

⁹¹ HIGUERA UDIAS, *Miscelánea Comillas: RCHS* 85 (1986), 427-462; NUÑEZ PAZ, *Homicidio consentido, eutanasia y derecho a morir con dignidad*, 1999, 143; *La buena muerte. El derecho a morir con dignidad*, 2006, 139; CORCOY BIDASOLO, en: CORCOY BIDASOLO/MIR PUIG (dirs.), *Comentarios al Código Penal: Reforma LO 1/2015 y LO 2/2015*, 2015, 516.

Finalmente, se puede distinguir entre eutanasia activa directa/indirecta. Una vez más, solo la primera de las modalidades dará lugar a que resulte aplicable el art. 143.4 CP, quedando la segunda fuera de la prohibición penal, en consecuencia, resultando una conducta eutanásica lícita en nuestro ordenamiento jurídico.

La discusión doctrinal no está tanto en si se tipifica o no la eutanasia activa indirecta como en definir qué se entiende por esta clase de eutanasia. Así, un sector doctrinal la define como la aplicación de un tratamiento paliativo del sufrimiento del sujeto pasivo que produce un acortamiento constatable y relevante del tiempo de vida, o dicho de otra manera, acelera el proceso de la muerte del sujeto pasivo⁹², diferenciando claramente este supuesto de la llamada ortotanasia, cuando al sujeto pasivo se le administran medios paliativos de su sufrimiento que no acortan (o, al menos, no se puede probar) de manera sensible su vida⁹³.

Un supuesto límite entre eutanasia activa directa/indirecta es el de las sedaciones terminales, si bien finalmente se llega a la conclusión de que no son típicas penalmente⁹⁴.

4. ANÁLISIS DE LOS CASOS MÁS CONTROVERTIDOS

4.1. Eutanasia pasiva por acción o por omisión. La desconexión del reanimador

Como ya hemos apuntado anteriormente, lo que diferencia la eutanasia activa de la eutanasia pasiva no es el hecho de si el sujeto realiza una conducta positiva (activa) u omite una determinada acción (omisiva), sino que la diferencia ha de hacerse desde la perspectiva de si con la conducta del sujeto, activa u omisiva, este causa o no la muerte

⁹² DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO/ BARBER BURUSCO, *Nuevo Foro Penal* 79 (2012), 123.

⁹³ Diferencian la ortotanasia de la eutanasia activa indirecta, DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO/ BARBER BURUSCO, *Nuevo Foro Penal* 79 (2012), 123. No hace esta distinción entre eutanasia activa indirecta y ortotanasia, pues utiliza ambos términos para su descripción, CORCOY BIDASOLO, en: CORCOY BIDASOLO/MIR PUIG (dirs.), *Comentarios al Código Penal: Reforma LO 1/2015 y LO 2/2015*, 2015, 516.

⁹⁴ CORCOY BIDASOLO, en: CORCOY BIDASOLO/MIR PUIG (dirs.), *Comentarios al Código Penal: Reforma LO 1/2015 y LO 2/2015*, 2015, 516.

del sujeto pasivo. Las conductas activas pasivas serían la ejecución de determinadas acciones encaminadas a la muerte del paciente o bien la no realización de las mismas, respectivamente. Por tanto, en la eutanasia activa el sujeto, de una manera u otra, realiza conductas de matar, mientras que en la eutanasia pasiva el sujeto, de una manera u otra, deja que el sujeto pasivo se muera, no impide la muerte.

El caso controvertido, aparentemente al menos, es el de calificar la conducta de desconectar o desconexión del reanimador, porque en este supuesto el sujeto activo sí realiza una conducta activa, desconectar el aparato que mantiene con vida al sujeto pasivo, dando la impresión de que esta acción de desconectar estaría causando la muerte de este.

La calificación de este comportamiento tiene que hacerse, no atendiendo a si el sujeto lleva a cabo o no una conducta activa, sino desde el punto de vista valorativo o normativo. Desde esta perspectiva, es unánime la interpretación doctrinal al considerar que nos encontramos ante un supuesto de eutanasia pasiva⁹⁵, atípica penalmente por tanto, ya que el sujeto con su intervención no está causando la muerte de ninguna manera, ni como autor en sentido estricto, ni como cooperador en la muerte del sujeto pasivo. El aspecto que no debe perderse de vista es que nos encontramos ante una persona que se mantiene con vida gracias a un mecanismo artificial, no tiene probabilidades de seguir viviendo si se retira dicho aparato. La conducta del sujeto, por tanto, no crea un peligro para la vida, por este motivo no puede en ningún caso ser calificada de eutanasia activa⁹⁶.

⁹⁵ ROMEO CASABONA, *El derecho y la bioética ante los límites de la vida humana*, 1994, 422; NÚÑEZ PAZ, *Homicidio consentido, eutanasia y derecho a morir con dignidad. Problemática jurídica a la luz de Código penal de 1995*, 1999, 97; *La buena muerte. El derecho a morir con dignidad*, 2006, 124-125; DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO/ BARBER BURUSCO, *Nuevo Foro Penal* 79 (2012), 123.

⁹⁶ Por el contrario, el hecho de que el médico no respete la voluntad del paciente y continúe con el tratamiento establecido sí sería una conducta tipificada como delito, por supuesto no el recogido en el art. 143.4 CP, y tendría responsabilidad por no haber respetado la voluntad del paciente porque en este caso ya ha desaparecido su deber de garante de la salud y vida de su paciente. Así lo manifiesta, entre otros, DÍEZ RIPOLLÉS en DÍEZ RIPOLLÉS/GRACIA MARTÍN (coords.), *Comentarios al código penal: Parte especial (Vol. I, títulos I a VI y faltas correspondientes)*, 1997, 237-238.

4.2. *El rechazo al tratamiento vital*

El tratamiento vital puede ser definido como el soporte o intervención médica que se realiza con la finalidad de paliar o atrasar el momento de la muerte del paciente, alargando así su vida de una forma artificial⁹⁷. Algunos ejemplos de soportes vitales podrían ser: la RCP, el soporte hemodinámico o la alimentación asistida entre otros.

El factor determinante en el rechazo al tratamiento vital es la voluntad del paciente de impedirlo. Esta voluntad puede ser materializada bien por el propio paciente en el momento o bien como derivación del consentimiento informado⁹⁸ o testamento vital previamente realizado para aquellos supuestos en los que se haya previsto⁹⁹. Cabe destacar que la autonomía del paciente se conforma como un pilar básico de la regulación sanitaria, actualmente se contempla en la Ley 41/2002¹⁰⁰ ya citada anteriormente.

Ahora bien, partiendo de la importancia que tiene la autonomía del paciente en este ámbito, es necesario resaltar que se encuentra limitada, reduciendo por tanto el ámbito de autodeterminación de la misma. La Ley 41/2002 establece tal limitación en dos supuestos. En primer lugar, en caso de riesgo para la salud pública (los intereses colectivos se anteponen a los intereses individuales) y, en segundo lugar, en aquellos supuestos en los

⁹⁷ CATURLA SUCH, *Anales (Reial Acadèmia de Medicina de la Comunitat Valenciana)* 13 (2012), 11.

⁹⁸ Según lo dispuesto en el art. 3 Ley 41/2002 entendemos por consentimiento informado: “La conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud”.

⁹⁹ Este es un documento de voluntades anticipadas que será utilizado en los casos en que el individuo titular de tal voluntad plasmada en el testamento no se encuentre en situación de prestar consentimiento para determinados actos relacionados con la salud o no esté consciente. De esta forma sus indicaciones habrán quedado plasmadas en dicho documento. Sobre el testamento vital, ARRUEGO RODRÍGUEZ, *Indret* 2/2009, 1-27.

¹⁰⁰ Así en el art. 2 de esta ley se establece que “*toda actuación en el ámbito de la sanidad*” implica “*el previo consentimiento de los pacientes o usuarios*” después de haber recibido una “*información adecuada*”.

que el sujeto se encuentre en incapacidad de comprensión de los actos y, por tanto, no a lugar a la negativa al tratamiento¹⁰¹.

Por tanto, y a menos que nos encontremos ante un supuesto de riesgo para la salud pública, partimos del punto de vista de que el paciente capaz podrá negarse al tratamiento previa información seria y razonada. Al tratarse de un derecho del paciente, el médico no incurrirá en responsabilidad penal si omite la aplicación del tratamiento. Desde el punto de vista del tema que se está tratando en este trabajo, la conducta del médico que no aplica el tratamiento a petición del sujeto pasivo estará incurriendo en un supuesto de eutanasia pasiva, atípica penalmente. Para poder realizar esta calificación es fundamental que concurra la solicitud del paciente.

Situación diferente sería la del médico en el caso de encontrarse ante una falta de voluntad del paciente, es decir, cuando el sujeto no presta su consentimiento a la retirada del tratamiento. En estos casos el médico debe intervenir aplicando el tratamiento, ya que si no podría estar incurriendo en un delito de homicidio en comisión por omisión, si nos encontramos ante un tratamiento que tiene probabilidades de evitar la muerte del sujeto pasivo¹⁰². Como en estos casos de tratamiento vital lo que sucede es que se está ante una situación en que el sujeto pasivo va a morir, pues el tratamiento solo lo mantiene artificialmente con vida, la no aplicación del tratamiento por parte del médico no puede calificarse de homicidio en comisión por omisión, pues su omisión del tratamiento no crea ni agrava el riesgo de que esa persona muera¹⁰³.

En los supuestos de falta de solicitud del sujeto pasivo por la razón que sea, porque no está en condiciones de prestar su consentimiento (está inconsciente) o no tiene capacidad de comprensión (es un menor de corta edad o es persona con deficiencia mental), si se

¹⁰¹ Sobre este límite a la autonomía del paciente, ampliamente, CATURLA SUCH, *Anales (Reial Acadèmia de Medicina de la Comunitat Valenciana)* 13 (2012), 15-18.

¹⁰² El médico en esta situación se encuentra en posición de garante por lo que se requiere obligatoria su participación para con la continuidad de la vida del paciente. V., entre otros, NÚÑEZ PAZ, *La buena muerte. El derecho a morir con dignidad*, 2006, 10.

¹⁰³ ROMEO CASABONA, *El derecho y la bioética ante los límites de la vida humana*, 1994, 441; CORCOY BIDASOLO, en: MENDOZA BUERGO (coord.), *Autonomía personal y decisiones médicas. Cuestiones éticas y jurídicas*, 2010, 310.

está ante una situación en que ya no existe una probabilidad de salvación con la intervención médica, la retirada del tratamiento puede ser solicitada por los familiares del sujeto pasivo, tal como se dispone en la Ley 41/2002¹⁰⁴.

4.2.1. Límites al tratamiento vital: encarnizamiento terapéutico y tratamiento fútil

La interrupción del tratamiento nace a consecuencia del mantenimiento de ciertas funciones vitales gracias a mecanismos (por ejemplo, los tendentes al mantenimiento de la respiración o de la circulación) derivados del avance de la ciencia ante situaciones en las que no se incurriría en el tipo objetivo para la comisión de un delito, sino que la interrupción del tratamiento debería ser llevada a cabo.

El encarnizamiento terapéutico también denominado distanasia, puede ser definido como muerte dolorosa o difícil, que se da cuando se intenta un alargamiento de la vida del paciente sin lograr una mejoría de su calidad de vida. Es por esto que ha supuesto a lo largo de la historia un amplio debate partiendo de las cuestiones de proporcionalidad ante determinados actos encaminados al alargamiento de la vida y ha sido esta discusión, la relacionada con el sufrimiento y la dignidad de la persona, lo que principalmente contrapone las ideas próvida de las eutanásicas¹⁰⁵.

Por ello, la importancia de la proporcionalidad que resulta de la adecuación de la utilización de recursos médicos en relación con el diagnóstico del estado del paciente. Aunque no siempre podrá seguir un criterio objetivo ya que existen factores que no pueden ser valorados de forma absoluta, de ahí la llamada valoración proporcional y la futilidad¹⁰⁶ de determinadas terapias que, contando con su logro de aumento del tiempo de vida, no conllevan una disminución de las posibilidades de muerte ni tampoco un

¹⁰⁴ CORCOY BIDASOLO, en: MENDOZA BUERGO (coord.), *Autonomía personal y decisiones médicas. Cuestiones éticas y jurídicas*, 2010, 310, quien reconoce que la previsión normativa también reconoce este derecho a decidir por parte de los familiares cuando existe probabilidad razonable de salvar la vida del sujeto pasivo con la intervención médica, calificando tal previsión normativa de discutible.

¹⁰⁵ SERRANO RUIZ-CALDERÓN, *La eutanasia*, 2007, 230.

¹⁰⁶ Se da cuando su aplicación resulta ineficaz ya que no mejora el pronóstico del paciente y porque podría producir perjuicios desproporcionados tanto personales como para la familia. Así lo definió ante la Comisión del Senado español Fernández-Crehuet. *Senado*, 20 de abril de 1999, N° 421, p.11.

cambio importante en la enfermedad del paciente¹⁰⁷. Ante la dificultad de decisión del médico previo consentimiento informado, de la familia o del paciente, en casos irreversibles surge la idea del encarnizamiento terapéutico el cual supone el empleo de todos los medios posibles para prolongar artificialmente la vida lo cual deriva en un ensañamiento terapéutico, actuaciones que dañan la dignidad de la persona cuando las conductas medicas no se ciñan a esos criterios de proporcionalidad que deben ser valorados en todo caso¹⁰⁸.

En relación con la interrupción del tratamiento surge una problemática muy común en los casos, por ejemplo, de estados vegetativos, si bien no en todos solo en aquellos en los que el sujeto no puede de forma alguna prestar su consentimiento. Si bien es cierto que existe un deber de mantener la vida, el médico no puede obligar a la prosecución de un tratamiento meramente artificial, sobre el que no recaigan esperanzas de mejora. El hecho de que el médico decida la no aplicación del tratamiento en cuestión es una conducta no tipificada como delito por lo que podría ser completamente viable evitando así el temido encarnizamiento¹⁰⁹.

Hablando ahora de los casos de estados vegetativos persistentes para los cuales no hay ningún tipo de tratamiento específico¹¹⁰, que suponen además una inconsciencia permanente, carece de sentido la continuidad del tratamiento¹¹¹ por lo que se tendrá que llevar a cabo una evaluación realista en las circunstancias, así como un estudio de las posibles consecuencias resultantes.

En relación a la toma de decisiones sobre la continuidad/iniciación o no del tratamiento debemos remitirnos a la Ley 41/2002 para aquellos casos como sería el de las personas en estados vegetativos irreversibles, al que hacíamos referencia anteriormente, en cuyo

¹⁰⁷ PÁEZ, *Persona y Bioética* 1 (2015), 44.

¹⁰⁸ RESTREPO ESPINOSA, *Persona y Bioética* 2 (2005), 24-27.

¹⁰⁹ NÚÑEZ PAZ, *La buena muerte. El derecho a morir con dignidad*, 2006, 114-115.

¹¹⁰ Suele ser necesario: alimentación por cualquiera de los medios establecidos actualmente, hidratación y tratamiento de procedimientos infecciosos, entre otros. Sobre ello BOUZA ÁLVAREZ, *Medicina Intensiva* 3 (2004), 156-161.

¹¹¹ TORÍO LÓPEZ, *EPcrim* 14 (1990), 235.

caso la toma de decisión corresponderá a los familiares o al representante legal, siempre con la previa recomendación del médico. Así, por ejemplo, en el art. 9¹¹² de dicha ley encontramos tales previsiones encuadradas en los límites del consentimiento informado y el consentimiento por representación.

3.3. *La llamada eutanasia precoz*

Como apuntábamos anteriormente existen diferentes tipos de eutanasia los cuales atienden al motivo por el cual se llevan a cabo, la llamada eutanasia precoz si bien es cierto que no conforma por sí sola un tipo de eutanasia, esta podría estar dentro del tipo de eutanasia eugenésica¹¹³, la cual basa sus actuaciones no en la eliminación del dolor sino en la total eliminación de niños recién nacidos con determinados padecimientos o malformaciones.

Partiendo de la base de que en este supuesto no existe la disponibilidad del derecho a la vida, ya que el recién nacido no puede prestar su consentimiento y por tanto serán terceras personas las que lo hagan, por ello, por esa ausencia de consentimiento quedaría completamente fuera la eutanasia activa en estos casos, la cual sería objeto de delito¹¹⁴.

Al igual que apuntábamos por ejemplo en los estados irreversibles de funciones cerebrales así como en estados vegetativos, en el caso de recién nacido con malformaciones ocurre algo parecido ya que en vistas de no mejora de la enfermedad podría ser de aplicación el

¹¹² En los apartados 6 y 7 del art. 9 se establece que debe siempre respetarse el mayor beneficio para el paciente. En los casos de pacientes con discapacidad se atenderá a los medios necesarios para que este pueda tomar la decisión por sí mismo. En aquellos casos de los que la decisión tomada por familiares o representantes legales no se ajuste a las circunstancias podrá ser esta puesta, a disposición judicial.

¹¹³ La eugenesia engloba el conjunto de prácticas llevadas a cabo para la mejora de la especie humana. Más sobre ello en: NOGUÉS, *Bioètica & debat: Tribuna abierta del Institut Borja de Bioètica* 56 (2009), 6-10.

¹¹⁴ No existe por tanto diferencia entre la eutanasia activa directa en relación con un adulto y en lo que respecta a un recién nacido más allá del hecho de que en el caso del recién nacido nunca podrá existir consentimiento y, por tanto, no podrá utilizarse este motivo como causa de atenuación. ROMEO CASABONA, *El derecho y la bioética ante los límites de la vida humana*, 1994, 468-469.

rechazo al tratamiento. En el caso de que existan dudas sobre una posible mejoría futura siempre se decidirá a favor de la vida¹¹⁵.

El legislador alude en esta situación al análisis independiente de las situaciones de cada recién nacido, estableciendo que las consecuencias jurídicas serán diferentes en función de la enfermedad, así pues, por ejemplo en el caso de los niños nacidos con síndrome de Down tuvo especial relevancia el caso *Baby Doe*¹¹⁶ el cual nació en 1982 en Indiana con síndrome de Down, atresia esofágica y fístula traqueoesofágica, a pesar de las indicaciones médicas favorables a la operación que debía realizársele (90% posibilidades de vivir), los padres de *Baby Doe* decidieron que no se le practicaría la operación lo cual se llevo ante los tribunales, que fallaron a favor de la decisión de los padres. El recién nacido murió a los 6 días de su nacimiento antes de que el caso recurrido llegara al Tribunal superior Federal de los Estados Unidos, el cual rechazo la revisión¹¹⁷.

Por tanto, no es el estudio clínico sobre las malformaciones del recién nacido en lo que se tiene que basar la decisión de prestar consentimiento ante ciertas operaciones por muy alta que sea su probabilidad de efectividad sino que debe atenderse en mi parecer a las expectativas de futuro que le paciente va a soportar así como su calidad de vida¹¹⁸, a pesar de ello, el derecho positivo lo que castiga es la no actuación en estos casos por lo que hay una tendencia suprema a actuar, aun corriendo un riesgo de encarnizamiento.

5. SUPUESTOS FUERA DEL ÁMBITO DE LA EUTANASIA

¹¹⁵ Se establece que toda decisión debe ser fundamentada en la *lex artis*, criterios objetivos que la respalden. TORÍO LÓPEZ, *EPCRrim* 14 (1990), 237.

¹¹⁶ Sobre el caso ROMEO CASABONA, *El derecho y la bioética ante los límites de la vida humana*, 1994, 469.

¹¹⁷ En relación al mismo, en Europa, un caso que tuvo especial resonancia fue el de Lieja (Bélgica) en 1962 en el que se condenaba a la madre y al médico que causaron la muerte del hijo el cual tenía graves deformaciones relacionadas con la Talidomida (fármaco consumido por la madre a recomendación del médico, el cual tiene graves consecuencias para el feto), ambos fueron absueltos. Sobre este caso KAUFMANN, *CPC* 31 (1987), 44.

¹¹⁸ ROMEO CASABONA, *El derecho y la bioética ante los límites de la vida humana*, 1994, 469.

A continuación se exponen dos tipos de casos porque en ambos nos encontramos ante un tratamiento médico que el sujeto pasivo rechaza, situación que tiene cierto parecido con la eutanasia, se produce la intervención del personal sanitario y las decisiones que estos han de adoptar en el cumplimiento de su código deontológico, pero con respeto a la autonomía del paciente, se plantea una situación en la que entran en conflicto varios derechos y, finalmente, el posible resultado que puede producirse, la aceleración del proceso de muerte y por consiguiente, la muerte en sí misma.

5.1. El rechazo del tratamiento por motivos religiosos. El caso de los testigos de Jehová

En este caso el supuesto más representativo es el del rechazo al tratamiento médico consistente en una transfusión sanguínea por motivos religiosos. Se plantea aquí el conflicto entre el derecho a la vida y el derecho a la libertad religiosa (art. 16 CE). La situación límite aparece cuando el único tratamiento que puede ser aplicado es el de la transfusión sanguínea, pues las otras alternativas de tratamiento resultan claramente ineficaces para salvar la vida del sujeto¹¹⁹.

En el caso de que no haya otra vía posible para subsanar el problema médico, y el sujeto tiene capacidad para tomar decisiones, existe acuerdo unánime en considerar que ha de prevalecer el derecho a la libertad de conciencia¹²⁰, sin que ello signifique que nos encontramos ante un sujeto que quiera suicidarse¹²¹.

¹¹⁹ ÁLVAREZ GARCÍA, en: ÁLVAREZ GARCÍA (dir.)/MANJÓN CABEZA OLMEDA/VENTURA PUSCHEL (coords.), *Derecho penal español, parte especial (I)*, 2ª, 2001, 124.

¹²⁰ A esta conclusión también se ha llegado cuando el sujeto que ejerce su derecho a la libertad de conciencia es un menor de edad. Esta es la solución a la que se ha llegado en la STC 154/2002, de 18 de julio. En este caso inicialmente los padres, testigos de Jehová, fueron condenados con pena de prisión a raíz de la negativa de su hijo menor de edad, también testigo de Jehová, a realizarse trasfusiones sanguíneas. El TC les absolvió basándose en el derecho a la libertad religiosa. <http://hj.tribunalconstitucional.es/es/Resolucion/Show/4690> (consultado el 27/04/17).

¹²¹ NÚÑEZ PAZ, *Homicidio consentido, eutanasia y derecho a morir con dignidad. Problemática jurídica a la luz de código penal de 1995, 1999*, 108.

5.2. La huelga de hambre penitenciaria reivindicativa

La huelga de hambre¹²² dentro del ámbito penitenciario se ha convertido en un medio de presión para conseguir determinadas pretensiones¹²³.

Este supuesto inicialmente tiene poco parecido con la eutanasia, pues no se está ante una persona que padezca una grave enfermedad; el estado de salud entra en crisis debido precisamente a la conducta del huelguista, hasta el punto de que se coloca en una situación que provoca la intervención médica para evitar que se produzca su muerte; es en esta última fase donde se puede encontrar cierta semejanza con la eutanasia¹²⁴.

El problema en este caso radica en hasta dónde se debe permitir la continuación de la huelga o si estaría justificada la alimentación forzosa, en si la Administración tiene la suficiente potestad como para intervenir o debe prevalecer en todo caso la voluntad del recluso.

El tratamiento de este caso no puede ser similar al de la eutanasia, en el que sí se da prioridad a la voluntad del sujeto, hasta el punto de que algunas conductas eutanásicas no son constitutivas de delito. Las razones o motivaciones para acabar con la propia vida no son las mismas en la huelga reivindicativa y en la eutanasia; sin duda la motivación de la enfermedad, los graves padecimientos, el acortar un proceso doloroso que tarde o temprano concluirá en la muerte de la persona, no puede equipararse al hecho de aceleramiento del proceso de muerte para conseguir algo, que al fin y al cabo es el objetivo de la huelga reivindicativa. Por ello la libertad del individuo materializada en el ejercicio de su derecho de huelga se admite hasta cierto punto, pero cuando existe riesgo para la vida la balanza se ha de inclinar a favor de la protección de la vida¹²⁵.

¹²² Sobre ello ÁLVAREZ GARCÍA, en: ÁLVAREZ GARCÍA (dir.)/MANJÓN CABEZA OLMEDA/VENTURA PUSCHEL (coords.), *Derecho penal español, parte especial (I)*, 2ª, 2001, 122-123.

¹²³ DÍEZ RIPOLLÉS, en: DÍEZ RIPOLLÉS/GRACIA MARTÍN (coords.), *Comentarios al Código penal: Parte especial (Vol. I, títulos I a VI y faltas correspondientes)*, 1997, 247.

¹²⁴ OSSANDÓN WIDOW, *Revista Derecho Público Iberoamericano* 2 (2013), 197-198.

¹²⁵ Sobre ello NÚÑEZ PAZ, *Homicidio consentido, eutanasia y derecho a morir con dignidad. Problemática jurídica a la luz de Código Penal de 1995*, 1999, 121-142.

CAPÍTULO IV.- LA EUTANASIA EN EL ÁMBITO DEL DERECHO COMPARADO

A raíz de los casos que hemos visto en el Capítulo anterior, la opinión pública se encuentra actualmente muy sensibilizada con la causa. Son estos sentimientos de compasión y convicción de injusticia los que han hecho que en determinados países se haya dado un paso más hacia la legalización de la eutanasia. Es por ello que en este capítulo no solo analizaremos aquellos países en los que la eutanasia ha sido despenalizada, sino también aquellos en los que el suicidio asistido lo ha sido. Incluso algún país que, manteniendo la tipificación como delito de las conductas eutanásicas a la luz de los hechos acontecidos que estudiaremos, se ha visto tendente a fallar en favor de los bienes jurídicos por los que aboga la eutanasia.

El debate que durante décadas ha tenido lugar en España ha tomado como referencia la situación holandesa e incluso la belga. Holanda ha legalizado ambas prácticas, tanto la eutanasia como el suicidio asistido mientras que Bélgica solo la eutanasia. Por ello resulta conveniente el estudio de países en los que la eutanasia sigue siendo un delito, mientras que el suicidio asistido ha sido despenalizado como es el caso de Suiza, o países que no habiendo legalizado ninguna de las dos prácticas, a la luz de los hechos acontecidos que estudiaremos, se ha visto tendente a modificar ciertos preceptos a favor de la libertad y autodeterminación del individuo como es el caso de Canadá, todos ellos podrían conformar un modelo para España en este paso hacia la legalización.

1. HOLANDA

1.1. Recorrido histórico de los casos que impulsaron la legalización

No podíamos hablar de eutanasia sin detenernos en un país como Holanda, el cual lleva décadas debatiendo sobre el final de la vida y en el que médicos y jueces han tenido un papel de especial trascendencia.

Para comenzar, en 1969 el médico *Jan Hendrick van der Berg* publicó un libro, “Poder médico y ética médica”¹²⁶, en el que de alguna forma aconsejaba a los médicos a que acabaran con la vida de aquellos de sus pacientes que veían prologado su proceso de muerte gracias a los avances de la medicina, lo cual tuvo gran repercusión. Pero fue en 1973 cuando el debate se reavivó a raíz del caso *Postma*¹²⁷, la médica Gertrude Postma, quien ayudó a morir a su madre, afirmó que: “Cuando veía a mi madre solo quedaban de ella restos humanos que colgaban amarrados a una silla. No podía tolerar más esa imagen”¹²⁸. Posteriormente en 1981, la ST *Wertheim*¹²⁹ remarcó los criterios utilizados para el caso Postma. Tres años más tarde se produjo otro hecho de especial trascendencia, el caso *Schoonheim*, una mujer que padecía una enfermedad y se encontraba inconsciente, pero tiempo después logró despertar y de inmediato solicitó la eutanasia activa directa a un médico de confianza, el cual la ayudó a morir¹³⁰.

El 2 de diciembre de 1992 se aprobó la Ley de Inhumaciones, que no entrando a tratar el fondo del asunto sobre las prácticas eutanásicas reguló el procedimiento que debía seguir la tramitación de los informes realizados por el médico en los casos de eutanasia¹³¹.

¹²⁶ Sobre ello BOLADERAS, *El derecho a no sufrir. Argumentos para la legalización de la eutanasia*, 2009, 122.

¹²⁷ La mujer había sufrido una hemorragia cerebral que la paralizó, dejándola ciega, sorda, con problemas de habla e incapaz de llevar a cabo de forma correcta el suicidio que intentó. Su hija médica de cabecera se reiteró durante el juicio en numerosas ocasiones en que había hecho lo correcto, matando a su madre y que solo sentía no haberlo hecho antes. Aunque fue declarada culpable, el tribunal declaró la suma importancia de la sentencia, ya que, a raíz de esta, dictaminaron que sabrían qué condiciones exigir para considerar la aceptación de la eutanasia. Para más detalles sobre este caso, MORA MOLINA, *Holanda: entre la vida y la muerte*, 2002, 104-105.

¹²⁸ BOLADERAS, *El derecho a no sufrir. Argumentos para la legalización de la eutanasia*, 2009, 35.

¹²⁹ *Wertheim* ayudó a morir a su mujer, la cual tenía la clara convicción de sufrir cáncer, aunque después de su muerte mediante la autopsia se comprobó que no padecía tal enfermedad. BOLADERAS, *El derecho a no sufrir. Argumentos para la legalización de la eutanasia*, 2009, 41.

¹³⁰ En la sentencia se asoció la conducta del médico a la mala calidad de vida de María Barendret la cual había seguido con detenimiento ya que la paciente estaba hospitalizada en un geriátrico, la misma fue quien firmó, cuando aún podía, un testamento de voluntades anticipadas pidiendo la eutanasia activa en el caso de que ella no pudiera manifestar su deseo. En la sentencia por tanto se dio prioridad en el conflicto de derechos a los cuidados que deben reconocérsele al paciente ante la obediencia a la ley. MORA MOLINA, *Holanda: entre la vida y la muerte*, 2002, 109 y ss.

¹³¹ TOMÁS-VALIENTE LANUZA, *ADPCP* 1997, 301.

En 1994 se incorpora una nueva causa de justificación, al considerar que el sufrimiento psicológico también tenía la suficiente entidad como para llevar a una persona hasta el punto de solicitar la muerte. Esta causa fue considerada por el TS holandés en el caso *Chabot*¹³² a consecuencia de la medicación que una psiquiatra facilitó a su paciente.

Los hechos acontecidos así como la aprobación de la Ley de Inhumaciones propiciaron la necesidad de creación de una ley exclusiva que regulara los aspectos relativos a las actividades posibles en los casos de terminación de la vida. Finalmente, en 2001 se aprueba la Ley de verificación de la terminación de la vida a petición propia y auxilio al suicidio, que entró en vigor el 1 de abril de 2002¹³³, en la que se despenalizan tanto las prácticas eutanásicas como el auxilio al suicidio bajo ciertas condiciones que analizaremos a continuación.

1.2. Ley holandesa de verificación de la terminación de la vida a petición propia y auxilio al suicidio

Como ya se ha apuntado, en Holanda entra en vigor la ley que permite las prácticas eutanásicas y el suicidio asistido en 2002. Esta ley no es que las despenalice totalmente, sino que hace posible que, bajo determinadas circunstancias, estas actuaciones puedan ser llevadas a cabo y quedar impunes. Para ello la ley reformó el CP holandés introduciendo el nuevo contenido reflejado en los arts. 293 y 294, añadiendo para ello un apartado 2 al art. 293, el cual recoge el hecho de que si las prácticas de terminación de la vida son realizadas por un médico bajo los siguientes requisitos, su actuación será impune. Y los

¹³² Con la ampliación de las causas de justificación al sufrimiento psicológico, a raíz del caso *Brongserma* en 2002 se intentó que tal legalización abarcara las situaciones en las que se da un sufrimiento existencial más allá del dolor físico o psíquico, en el caso en cuestión se argumentó que este tipo de dolor excedía de las facultades y conocimientos del médico, por lo que no fue reconocido. REY MARTÍNEZ, *RD* 71-72 (2008), 447-448.

¹³³ Sobre la Ley de comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio así como de las modificaciones del CP [http://www.eutanasia.ws/_documentos/Leyes/Internacional/\[TRADUCCIÓN\]%20Holanda%20-%20Ley%20de%20terminación%20de%20la%20vida%20a%20petición%20propia%20y%20suicidio%20asistido%20-%20abril%202001.pdf](http://www.eutanasia.ws/_documentos/Leyes/Internacional/[TRADUCCIÓN]%20Holanda%20-%20Ley%20de%20terminación%20de%20la%20vida%20a%20petición%20propia%20y%20suicidio%20asistido%20-%20abril%202001.pdf) (consultado 01/05/17).

requisitos son¹³⁴: que el médico tenga la certeza de que la petición del paciente cumple con los requisitos para que esta sea válida. Que esté convencido de que los sufrimientos a los que está sometido el paciente son inhumanos e insoportables. Que se haya proporcionado toda la información oportuna sobre los posibles tratamientos y las expectativas de futuro. Se conforma también como requisito indispensable contenido por dicho precepto el hecho de que no haya solución posible para la situación en la que se encuentra el paciente, así como la consulta con otro tercer médico sobre el caso. Por último, se exige que la terminación de la vida sea llevada de una forma totalmente profesional.

En lo referente al art. 294, en el que se tipifica el suicidio asistido, al igual que en el anterior caso, en el apartado 1 se recoge la tipificación de la conducta como delito, mientras que con la modificación del apartado 2 se consigue que en tales actuaciones la jurisprudencia se remita al apartado 2 del art. 293 para dejar así impune el suicidio asistido¹³⁵.

Para que estas prácticas sean legales deben cumplir una serie de requisitos o condiciones: las actividades de finalización de la vida solo pueden ser llevadas a cabo por un médico, a diferencia por ejemplo como ya veremos del caso de Suiza donde el suicidio asistido puede ser llevado a cabo por otra persona. Dicho médico deberá informar al paciente sobre todos los aspectos referentes a esta práctica así como consultar ciertos aspectos con otros médicos¹³⁶. Como requisito tipo básico el individuo tiene que estar sufriendo a raíz de la enfermedad de forma continua y persistente y además no debe existir posibilidad de mejora, como requisito tipo también tendríamos la consideración de la petición o voluntad de morir, no como un simple consentimiento sino como una petición sería, expresa e inequívoca la cual haya sido reflexionada y por supuesto en la que no haya lugar a dudas. A diferencia también del caso de Suiza, en Holanda solo podrán acceder tanto a la

¹³⁴ Accesible en <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/etica-bioetica-y-legislacion/otros-recursos-1/Ley%20Holandesa%202001.pdf> (consultado el 01/05/17).

¹³⁵ REY MARTÍNEZ, *RDP* 71-72 (2008), 448-449.

¹³⁶ En el caso de que el sufrimiento que desencadena la petición de finalización de la vida sea psíquico el médico que lleve el caso no debe consultar los aspectos relevantes con un médico sino con dos. BOLADERAS, *El derecho a no sufrir. Argumentos para la legalización de la eutanasia*, 2009, 125.

eutanasia como al suicidio asistido los residentes de los Países Bajos y una vez realizada deberá remitirse un informe a la Comisión competente para su estudio.

Los requisitos o cualidades inherentes al individuo que desea terminar con su vida hacen referencia en especial a dos aspectos, uno encaminado a las capacidades de expresar su voluntad, en el caso de que no las posea el documento de voluntades anticipadas será una prueba irrefutable de su petición y la práctica podrá ser llevada a cabo¹³⁷. Por otra parte, en lo relativo a la edad del sujeto en cuestión, por supuesto optarán a ella los mayores de edad, pero también aquellos que se encuentren entre los 16 y 18 años de edad, estos podrán hacerlo sin consentimiento de sus padres o representantes legales. Por el contrario, aquellos que se encuentren entre los 12 y los 16 años necesitarán el consentimiento de sus padres o representantes legales incluso aunque haya suficientes indicios de la necesidad de realización de una de estas prácticas.

2. CANADÁ

Aunque Canadá no es un país en el que se haya implantado la legalización de la eutanasia y el suicidio asistido, pudiendo haber intentado explicar la situación de algunos Estados¹³⁸ del país cercano de Estados Unidos como el de Oregón, en el cual el suicidio asistido sí está legalizado desde 1997¹³⁹, se ha preferido analizar la situación actual de Canadá a raíz de casos que fueron de vital importancia así como realizar un breve análisis de la preeminencia que en su día se dio a determinados derechos frente a la vida.

¹³⁷ BOLADERAS, *El derecho a no sufrir. Argumentos para la legalización de la eutanasia*, 2009, 126.

¹³⁸ Por ejemplo, Washington ha legalizado esta práctica en el año 2008 y Montana en el 2009. Para más información MARTÍNEZ LEÓN/ASENSIO VILLAHOZ/MARTÍNEZ LEÓN/TORRES MARTÍN/QUEIPO BURÓN, *Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid* 51 (2014), 137 y ss.

¹³⁹ Sobre ello BOLADERAS, *El derecho a no sufrir. Argumentos para la legalización de la eutanasia*, 2009, 131.

A pesar de los esfuerzos de Canadá por la legalización¹⁴⁰ de la eutanasia y el suicidio asistido, a día de hoy todavía no hay regulación, pero las instituciones sí que han declarado que debería considerarse la eximente completa de la responsabilidad penal del médico que, en determinados casos, bajo determinadas circunstancias, ayudase a morir a un paciente.

2.1. Interpretación de los preceptos 241.b y 14 CP Canadiense

El CP Canadá no contiene un precepto específico para la regulación de la eutanasia. Pero sí que sanciona de forma indirecta los supuestos eutanásicos a través de los arts. 241.b y 14 CPCan, los cuales establecen lo siguiente:

Art. 241.b) CP Canadá:

“Todo aquél que (...) (b) ayude o instigue a una persona a cometer el acto del suicidio, sea o no suicidio, será culpable de un delito grave y condenado a una pena de prisión de no más de 14 años”.

Art. 14 CP Canadá:

“Ninguna persona tiene derecho a consentir que la muerte le sea infligida, y tal consentimiento no afecta a la responsabilidad penal”.

Fue el 6 de febrero de 2015 cuando la Corte Suprema de Canadá declaró inconstitucionales los anteriores preceptos, al mismo tiempo que se resolvía el caso Carter vs Canadá, que se comentará más adelante. En todas y cada una de las argumentaciones y peticiones que se realizaron para la declaración de inconstitucionalidad de los arts. se alegó que el contenido de estos distaba y contradecía al establecido en la CCDF, en especial a los preceptos 1, 7, 12 y 15 abogando por la vida, la seguridad y la libertad personal así como por la igualdad de trato por y bajo la ley.

¹⁴⁰ En 2011 la Academia RSC publicó un reportaje a favor de la modificación del CP Canadá para la legalización del derecho a morir dignamente. La RSC es una Academia de Artes, Humanidades y Ciencias, para más información <http://www.rsc.ca/en> (consultado el 1/05/17).

Resulta necesario aludir a los antecedentes de esta resolución que promovieron con sus sentencias una mayor flexibilidad y un paso más hacia la legalización de la eutanasia y el suicidio asistido, a pesar de que aún no se ha conseguido.

En primer lugar, el caso *Sue Rodriguez*, quien sufría ELA y tenía una esperanza de vida de entre dos y doce meses. Previamente había solicitado a su médico que le causara la muerte de una forma anticipada argumentando que los preceptos anteriormente descritos violaban la CCDF. Sue murió tras la denegación de su petición¹⁴¹.

El segundo antecedente se encuentra en el caso ocurrido en 2009 de *Gloria Taylor*, la cual también padecía de ELA y su caso se asemeja mucho al anterior. En esta ocasión el caso se desvinculó de lo establecido en la sentencia de *Sue Rodríguez*, ya que esta vez el tribunal no reconoció el derecho a la vida como un derecho absoluto. A la muerte de Gloria otros prosiguieron en defensa de sus mismos objetivos, dando lugar así a la Sentencia más reveladora en el asunto que se analizará a continuación¹⁴².

2.2. Sentencia Carter vs Canadá

Como se ha citado anteriormente, el 6 de febrero de 2015 la CSC declaró inconstitucionales los arts. 141.b) y 14 CPCan además de realizar una propuesta de ley C-14¹⁴³ que se llevaría a cabo en abril de 2016. La argumentación para la inconstitucionalidad de dichos preceptos fue su contradicción con algunos de los preceptos contenidos en la CCDF. La corte dictaminó que la prohibición que en ellos se contenía era demasiado amplia. Teniendo en cuenta los antecedentes mencionados en la sentencia¹⁴⁴, se ha entrado a un análisis profundo del conflicto. En concreto se estableció la violación de los arts. 7 y 15 CCDF referidos a la libertad y a la igualdad. En relación con el precepto 7 a raíz del caso *Taylor* y de la imposibilidad de esta de morir asistida por

¹⁴¹ NÚÑEZ PAZ, *Homicidio consentido, eutanasia y derecho a morir con dignidad: Problemática jurídica a la luz del Código Penal de 1995*, 1999, 258-259.

¹⁴² GIMBEL GARCÍA, *RDUNED* 19 (2016), 365 y ss.

¹⁴³ Esta propuesta de ley pretende regular el suicidio asistido así como exonerar de responsabilidad a médicos y demás personal sanitario en la realización de aquellas actividades encaminadas a socorrer a los pacientes con sufrimientos graves. Sobre esta propuesta de ley, GIMBEL GARCÍA, *RDUNED* 19 (2016), 365 y ss.

¹⁴⁴ <https://scc-csc.lexum.com/scc-csc/scc-csc/en/item/14637/index.do> (consultado el 04/05/17).

un médico a consecuencia de las graves dolencias que padecía y de una situación que lejos de mejorar, cada día empeoraría, se dictaminó que los derechos a la libertad y a la seguridad personal recogidos por la CCDF se veían vulnerados¹⁴⁵.

2.2.1. *Propuesta de Ley del Gobierno Canadiense*

Como ya adelantaba anteriormente, la sentencia Carter vs Canadá no solo realizaba un simple análisis de la disputa de derechos que había surgido a raíz de varios casos anteriores, sino que también proponía una Ley, el 14 de abril de 2016, cuyo propósito era el de legalizar la asistencia médica a determinadas personas que tuvieran la voluntad de morir.

El vacío legal que quedó tras la declaración de inconstitucionalidad de los preceptos penales debía ser suplido en el plazo de un año con una nueva regulación, tal y como se estableció en la sentencia. Si bien es cierto que se legalizó la ayuda también a morir se establecieron unos requisitos demasiado fuertes en el Proyecto de Ley por lo que serían pocos casos los que podrían acceder a la eutanasia o al suicidio asistido legalizado.

Por lo que podemos afirmar que se sigue manteniendo la ilegalidad de las actuaciones tendentes a la ayuda a morir, con esa excepción de los casos que han sido específicamente regulados¹⁴⁶.

3. BÉLGICA

3.1. *Historia de la legalización de la eutanasia*

El punto de partida lo encontramos en 1973¹⁴⁷ a raíz del caso Holandés *Postma*. Es aquí donde comienzan los primeros debates, pero sería ocho años más tarde cuando se crearía la primera Sociedad Belga en defensa de la muerte digna, cuya función principal es la

¹⁴⁵ GIMBEL GARCÍA, *RDUNED* 19 (2016), 365.

¹⁴⁶ Más sobre el Proyecto de Ley en GIMBEL GARCÍA, *RDUNED* 19 (2016), 375.

¹⁴⁷ MORA MOLINA, *Holanda: entre la vida y la muerte*, 2002, 104-105.

reivindicación de este derecho de una forma más pública. En 1996 el BACB¹⁴⁸ empieza a tener un papel fundamental en el asunto. Desde entonces hasta el 2001 se suceden una serie de propuestas encaminadas a la legalización de la eutanasia, y la propuesta legislativa sobre la eutanasia es aprobada por el Senado, así como por el Parlamento en mayo de 2002¹⁴⁹. En ese mismo año se promulga la Ley de la eutanasia, la ley de cuidados paliativos, así como la ley de derechos de los pacientes.

Es de especial importancia destacar el hecho de que Bélgica ha sido el primer país del mundo en despenalizar la eutanasia infantil¹⁵⁰; fue en 2014, tras un largo debate sobre la inclusión en la legalización de personas menores de edad. Hasta entonces solo Luxemburgo permitía esta práctica en menores siempre y cuando fueran mayores de 12 años.

3.2. Contenido de la ley de 28 de mayo de 2002

Como ya se ha indicado, la ley Belga surgió a raíz de los debates sobre la eutanasia que se dieron en Holanda. Aunque pueda parecer que poseen contenidos similares, hay dos características de entrada que las hacen diferentes. El primero de ellos sería el hecho de que la Ley Belga no hace ningún tipo de referencia al suicidio asistido, a diferencia de la ley Holandesa, hay que entender que para el primero la legalización todavía no ha llegado. La segunda característica que las diferencia es su extensión, la ley belga es mucho más detallada en todos sus requisitos, ámbitos y circunstancias pertinentes para la práctica eutanásica.

¹⁴⁸ Fue creado en 1993 y estaba formado por 35 miembros. Su primera misión fue la resolución de la petición realizada por el Senado y el Parlamento sobre la cuestión de si Bélgica realmente necesitaba una regulación específica para la eutanasia, a lo cual el BACB destacó que sí era necesario incluyendo incluso la necesidad de que en dicha regulación se permita que la eutanasia sea solicitada previamente por el paciente mediante lo que se conoce como voluntades anticipadas.

¹⁴⁹ Con 44 votos a favor, 23 votos en contra y 2 abstenciones en la aprobación del Senado y 86 votos a favor, 51 votos en contra y 10 abstenciones en el Parlamento. SIMÓN LORDA/BARRIO CANTALEJO, *RESP* 1 (2012), 9.

¹⁵⁰ <http://www.larazon.es/sociedad/belgica-aprueba-la-eutanasia-infantil-XC5499231#.Tt1tj3EhBngmuy> (consultado el 04/05/17).

En el art. 2 de dicha ley se define la eutanasia: “hay que entender por eutanasia el acto practicado por un tercero que pone fin a la vida de una persona, intencionadamente, a petición de esta”¹⁵¹.

En cuanto a las exigencias¹⁵² relativas a la petición por el paciente se establecen dos vías, la primera de ellas hace referencia a que la petición puede ser hecha directamente al propio médico que está llevando el caso, y la segunda hace referencia a la posibilidad de realización anticipada. En cuanto al paciente que la realiza, este debe ser mayor de edad, habrá alcanzado la edad de dieciocho años, o ser menor pero estar emancipado.

En cuanto a los requisitos que deben desencadenarse de la enfermedad la ley establece que, a consecuencia de esta, el paciente debe sufrir ya sea de una forma psíquica o física un dolor constante que no pueda ser superado.

En lo relativo a la función del médico en cuestión cabe destacar que este no solo debe aportar todo tipo de información al paciente y respetar el plazo de un mes desde la realización de la petición hasta la práctica de la eutanasia, sino también realizar un informe para notificarlo a la CFCE¹⁵³.

Una vez llevada a cabo la práctica de la eutanasia el médico deberá realizar otro informe con el objetivo de remitirlo en el plazo de cuatro días a la CFCE, para su estudio y análisis.

3.3. Bélgica ¿Un modelo para España?

El análisis comparativo de Bélgica puede ser interesante no solo desde el punto de vista de un país en el que la eutanasia ha sido despenalizada, sino también desde el punto de vista de si podría ser el modelo para una futura regulación-legalización en España, ciertas

¹⁵¹ Sobre ello BOLADERAS, *El derecho a no sufrir. Argumentos para la legalización de la eutanasia*, 2009, 127-128.

¹⁵² Sobre las condiciones de la práctica de la eutanasia BOLADERAS, *El derecho a no sufrir. Argumentos para la legalización de la eutanasia*, 2009, 128.

¹⁵³ Dicha comisión está integrada por un 50% de médicos, un 25% de juristas y un 25% de representantes de organizaciones ciudadanas de voluntariado implicadas en la atención a los pacientes terminales. Se persigue con este informe a la Comisión evitar la clandestinidad, las irregularidades y los abusos en la práctica de la eutanasia. Para más detalle BOLADERAS, *El derecho a no sufrir. Argumentos para la legalización de la eutanasia*, 2009, 125 y ss.

similitudes entre Bélgica y España podrían servir de apoyo para convertir la ley belga en un modelo.

El gran peso histórico que ha tenido la cultura católica en ambos países, religión que ha predominado por excelencia en todas las regiones. También la acelerada secularización a la que se han visto sometidos ambos países¹⁵⁴.

Uno de los errores de España ante la práctica de la eutanasia es el pensar que aquellas personas que puedan tener acceso a unos correctos cuidados paliativos no tendrán ya la necesidad de realizar la petición de la eutanasia. Es aquí donde podemos tomar como ejemplo la experiencia de Bélgica, la cual lleva a cabo ambas prácticas, tanto la de unos buenos cuidados paliativos como la de la eutanasia, y revela que son comportamientos totalmente opuestos, que de no existir dejarían fuera a un sector de los pacientes que no pueden subsanar su dolor con cuidados paliativos, ya que en lo que a ellos atañe si solicitan la eutanasia como fin a un proceso de incapacidad y dependencia de su entorno¹⁵⁵.

4. SUIZA

4.1. La solución intermedia del art. 115 CP suizo

La situación de suiza es un tanto especial, ya que la eutanasia sí está penalizada, pero el suicidio asistido no, siempre y cuando encontremos en él motivos humanitarios y/o compasivos. Así pues, las conductas eutanásicas activas directas podrían penalizarse incluso con el consentimiento de la víctima, si bien es cierto que la petición del mismo y el móvil humanitario serán causas de atenuación de la pena. Por otro lado, en cuanto a las conductas eutanásicas indirectas que tienen como finalidad subsanar los padecimientos sufridos por el paciente, al no llevar a cabo de una forma directa la muerte, la acción no se considerará punible. Por último, en lo referente a la eutanasia pasiva habrá que distinguir la situaciones en las que el paciente esté consciente y deniegue su consentimiento para el tratamiento médico, lo cual deberá ser respetado por el médico, y

¹⁵⁴ SIMÓN LORDA/BARRIO CANTALEJO, *RESP* 1 (2012), 7-8.

¹⁵⁵ SIMÓN LORDA/BARRIO CANTALEJO, *RESP* 1 (2012), 1-4.

aquellas situaciones en las que, no estándolo, haya dejado indicaciones previas, las cuales también deberán ser respetadas¹⁵⁶.

A pesar de la tipificación de la eutanasia, el CP suizo contiene un figura intermedia como es el contenido del art. 115 CP¹⁵⁷, entre la impunidad absoluta y la represión total, garantizando y dando especial importancia a la libre autodeterminación del paciente, protegiéndole y respetando su autonomía la cual consideran la base de la dignidad¹⁵⁸. Es aquí donde radica el hecho de la preeminencia de otros derechos ante el derecho fundamental por excelencia, la vida.

4.2. *Las organizaciones no gubernamentales de ayuda al suicidio asistido*

La peculiaridad en este caso es que en Suiza se permite el suicidio¹⁵⁹ de personas no residentes por lo que se teme en cierta medida el “riesgo del turismo del suicidio”¹⁶⁰ pero fue la asociación Dignitas la que manifestó que no era ético que solo los residentes del país tuvieran dicha posibilidad por lo que, estableciendo el requisitos de que las personas no residentes deben trasladarse al país en el cual serán examinados, se da la posibilidad a toda persona con intención de morir dignamente. Estas asociaciones como Dignitas o Exit desempeñan la función de ayudar a aquellas personas que tienen la voluntad de morir¹⁶¹.

¹⁵⁶ Sobre ello NÚÑEZ PAZ, *Homicidio consentido, eutanasia y derecho a morir con dignidad: Problemática jurídica a la luz del Código penal de 1995*, 1999, 223-226.

¹⁵⁷ El cual refleja las conductas de ayuda a una persona a suicidarse BOLADERAS, *El derecho a no sufrir. Argumentos para la legalización de la eutanasia*, 2009, 131.

¹⁵⁸ ROYES, *Psicooncología: Investigación y Clínica Biopsicosocial en Oncología 2-3* (2008), 331.

¹⁵⁹ El departamento federal de justicia de Suiza determina que para la consecución del suicidio se facilitará al paciente una sustancia, la cual deberá ingerir por sí mismo produciéndole esta la muerte, en lo cual no concurrirá intervención externa. BOLADERAS, *El derecho a no sufrir. Argumentos para la legalización de la eutanasia*, 2009, 130.

¹⁶⁰ MARTÍNEZ LEÓN/ASENSIO VILLAHOZ/MARTÍNEZ LEÓN/TORRES MARTÍN/QUEIPO BURÓN, *Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid* 51 (2014), 137.

¹⁶¹ Sobre ello BOLADERAS, *El derecho a no sufrir. Argumentos para la legalización de la eutanasia*, 2009, 130.

Dignitas fue creada en 1998 mientras que Exit lo fue en 1982. Para que ambas puedan realizar la función encomendada el individuo debe cumplir con los requisitos básicos de: ser legalmente capaz, manifestar su deseo de morir y que su situación a raíz de la enfermedad sea o de padecimientos graves o que, no siéndolo, se vea incapacitado para la realización de las actividades más básicas y cotidianas. Las personas que allí acuden cuentan con tres opciones: a) solicitar que sea un representante de la asociación quien le proporcione el producto mortal; b) podrá formular tal petición a su médico habitual; c) llevar a cabo la ingesta del producto por él mismo en cuyo caso la asociación solo tendrá un papel informativo.

Lo más curioso en este caso, y que dista de la regulación de otros países en los que el suicidio asistido también es legal¹⁶², es el hecho de que la práctica de la ingesta del producto mortal no debe estar necesariamente supervisada por un médico, como se ha visto anteriormente al desarrollar las tres opciones con la que cuenta el individuo¹⁶³.

A pesar de que la mayor parte de los individuos que acuden a estas asociaciones dejan el mundo en silencio, el caso 146 de la asociación Dignitas tuvo especial repercusión, en especial por ser un no residente. Fue el caso de Reginald Crew¹⁶⁴ de 74 años natural de Gran Bretaña, el cual acudió a Suiza para morir a consecuencia de la tipificación como delito del suicidio asistido en su país.

¹⁶² Países como Holanda o el Estado de Oregón en Estados Unidos.

¹⁶³ ROYES, *Psicooncología: Investigación y Clínica Biopsicosocial en Oncología* 2-3 (2008), 331.

¹⁶⁴ Más sobre el caso en http://www.abc.es/hemeroteca/historico-21-01-2003/abc/Sociedad/una-organizacion-suiza-facilita-el-suicidio-de-un-enfermo-britanico_156961.html (consultado el 10/05/17).

CAPÍTULO V.- EL DEBATE SOBRE LA DISPONIBILIDAD DE LA PROPIA VIDA

1. LA DIGNIDAD EN EL PROCESO DE MUERTE

La problemática de hoy en día no solo orbita en relación a la legalización de la eutanasia u otras prácticas como el suicidio asistido, sino que incluso existe polémica acerca de la muerte¹⁶⁵, es por ello que conviene delimitar donde comienza ese debate que, a mi entender, se encuentra en la delimitación de la dignidad humana.

A raíz de la importancia de la delimitación de lo que la dignidad supone para nuestro tema en cuestión, a pesar de habernos detenido con antelación desde una perspectiva constitucional¹⁶⁶, creo que es de especial interés detenernos desde un punto más moralista. Cuestionándonos así, si realmente se pierde la dignidad cuando nos encontramos ante situaciones medicamente diagnosticadas analizadas anteriormente.

Es cierto que es de vital importancia la situación ante la que el paciente se encuentre para poder determinar si la dignidad humana se ha visto gravemente dañada, así por ejemplo, en los casos de enfermedades terminales¹⁶⁷ las ideas de los activistas pro-eutanasia afirman de forma correcta el grave daño que la penalización de la eutanasia o el suicidio asistido causa hoy en día a la dignidad del paciente, es más, para ellos la eutanasia debería poderse escoger en tiempo y modo.

Ante la dificultad de establecer unos límites entre lo que supone la dignidad para una persona con enfermedad terminal o ante otra que, no padeciendo tal enfermedad, sí sufra unas dolencias irreversibles o de otro tipo de condiciones médicas graves, surge el concepto de muerte digna en todo tipo de supuestos, abogando por el derecho a la dignidad en el final de la vida ya que la sociedad hoy en día se da cada vez más cuenta de que el progresivo avance de la tecnología o de la medicina hace que a su paso lo haga de

¹⁶⁵ Sobre ello ÁLVAREZ REVILLA, *Cuenta y Razón* 51-53 (1989), 1 y ss.

¹⁶⁶ v. p. 17-23.

¹⁶⁷ GONZÁLEZ GONZÁLEZ/POSTIGO SOLANA/AULESTIARTE JIMÉNEZ, *Vivir y morir con dignidad. Temas fundamentales de Bioética en una sociedad plural*, 2002, 185-186.

igual forma el sufrimiento de aquellas personas que ven su vida prolongada contra su voluntad¹⁶⁸.

Como se ha apuntado anteriormente, la dignidad se identifica con la autonomía de la persona y su autodeterminación por lo que debe ser el propio sujeto quien decida el cuándo y el cómo llevar a cabo esa voluntad de morir. Es por estos motivos que al hablar de dignidad indiscutiblemente se debe hablar del concepto de derecho a una muerte digna¹⁶⁹.

1.1. El derecho a una muerte digna

Quizá para poder hablar de la posible existencia de un derecho a la muerte digna se deba primero dar una definición moral de lo que significa la vida humana, más allá de cualquier definición médica, la vida humana se basa en su valor en sí misma, en su dignidad¹⁷⁰. Así pues al hablar de la existencia o no de un derecho a la muerte digna es preciso determinar que la dignidad en todo caso implica un trato humano no degradante¹⁷¹, al parecer esta es una de las pocas cuestiones que no son debatidas en este problemático tema. La controversia se inicia al tratar de abordar la cuestión sobre qué se entiende por tratos degradantes, así pues, como respuesta a dichos tratos inhumanos surge el concepto de muerte digna.

A raíz de estas aclaraciones se puede argumentar el derecho a una muerte digna sobre tres aspectos: el primero de ellos tendría como base la dignidad humana entendida esta como el poder de decisión sobre el cuándo y el cómo de la finalización de la vida, en segundo lugar, podríamos basar esa muerte digna también en la capacidad de autodeterminación

¹⁶⁸ RODRÍGUEZ ARIAS, *Una muerte razonable. Testamento vital y eutanasia*, 2005, 18.

¹⁶⁹ PAREJO GUZMÁN, *La eutanasia ¿un derecho?*, 2005, 304 y ss.

¹⁷⁰ BELLO REGUERA, *Azafea: Revista de Filosofía* 10 (2008), 112.

¹⁷¹ Sobre esta cuestión DIÉZ RIPOLLÉS, en DIÉZ RIPOLLÉS/MUÑOZ SANCHEZ (coords.), *El tratamiento jurídico de la eutanasia: una perspectiva comparada*, 1996, 509 y ss., el cual establece que dicha prohibición no se encuentra en contradicción con el derecho fundamental a la vida.

del paciente que se encuentra en esa situación y, por último, la voluntad de quien sufre tales padecimientos¹⁷².

Al hablar de muerte digna debemos distinguir dos tipos de situaciones, por un lado, estarían aquellas en las que el sujeto no quiere seguir viviendo, pero sí es capaz de desarrollarse e integrarse social, física y psicológicamente. Por otro lado, por ejemplo, estarían aquellas situaciones de pacientes que se encuentran en coma o estados vegetativos irreversibles y es precisamente aquí donde hemos de cuestionarnos ese valor sagrado que se le otorga a la vida, y que en muchas situaciones debe ser relevado¹⁷³.

Como sabemos, el hecho de que la dignidad se conforme como uno de los derechos fundamentales no supera todavía ese valor sagrado que se le da a la vida, que es por excelencia el bien jurídico protegido por encima de cualquier otro¹⁷⁴. Es por tanto que no existe un derecho fundamental a morir dignamente, si bien un derecho significa tener la posibilidad de llevar algo a cabo, lo cual hoy en día en nuestro país no está permitido. Aún hoy el concepto de muerte con el de dignidad no está ligado, por ello aún mucho menos lo estará al de derecho fundamental.

1.2. La obstinación terapéutica en contraposición a la muerte digna

Junto a los supuestos eutanásicos¹⁷⁵ tipificada por el CP surge la obstinación terapéutica que es un supuesto de riesgo que resulta impune siempre que se lleve a cabo dentro de unos parámetros establecidos, tales como: el consentimiento del paciente, la no existencia de una alternativa médica al tratamiento que ha seguido el sujeto, un control por parte del equipo médico sobre las dosis aportadas al paciente según unos baremos previamente establecidos y, por último, la realización de una valoración positiva del efecto que dicho

¹⁷² PAREJO GUZMÁN, *La eutanasia ¿un derecho?*, 2005, 307-308.

¹⁷³ PEÑA Y GONZALO, *AFD* 15 (1998), 19-20.

¹⁷⁴ BALAGUER CALLEJÓN, en: BALAGUER CALLEJÓN (coord.), *Manual de derecho constitucional*, 4ª, 2009, 111.

¹⁷⁵ Sobre ello MUÑOZ CONDE, *Derecho penal, parte especial*, 20ª, 2015, 66-67.

tratamiento paliativo debe causar sobre el paciente¹⁷⁶. Pero no siempre estos tratamientos paliativos tienen consecuencias positivas o consiguen su finalidad de aminorar el dolor en los últimos momentos de la vida del paciente, sino que en otros muchos supuestos, al contrario, dichos tratamientos desencadenan en obstinación terapéutica o encarnizamiento terapéutico, el cual hemos mencionado con anterioridad.

La obstinación terapéutica supone la práctica de determinadas conductas médicas encaminadas a conseguir una mejoría en el paciente pero sin lograrlo, más bien empeorando la calidad de vida final del paciente y soportando este sufrimiento¹⁷⁷. Si bien es cierto que el paciente tras una información médica tiene en su poder la decisión de si quiere someterse a estas prácticas terapéuticas o no, la situación en la que se encuentra en muchas ocasiones no le deja otra salida. Es aquí donde se encuentra la obstinación terapéutica en completa relación con el hecho de que la muerte digna no sea un derecho y por supuesto también con el hecho de que a día de hoy las prácticas eutanásicas no se hayan despenalizado¹⁷⁸. El respeto a la dignidad humana y a la autodeterminación que supone la muerte digna en algunos casos permitiría que el paciente no tuviera que sufrir en vano las consecuencias de estas prácticas terapéuticas fallidas.

Nadie niega que ese encarnizamiento terapéutico pueda ser un error médico, es por ello que nadie debate la decisión del paciente de someterse a ellos o no, ya que los errores son evidentes y saltan a la vista, pero estos mismos errores podrían compararse con el posible error que supone mantener a un paciente en estado vegetativo irreversible con vida, lo que nos lleva de vuelta a la cuestión de la dignidad humana y el derecho a morir con dignidad, una vez más viendo que hoy en día debería tener un reconocimiento legal.

2. EL DERECHO A LA VIDA. ¿BIEN JURÍDICO DISPONIBLE O INDISPONIBLE?

¹⁷⁶ GÓMEZ TOMILLO, en: GÓMEZ TOMILLO (dir.), *Aspectos médicos y jurídicos del dolor, la enfermedad terminal y la eutanasia*, 2008, 204-205.

¹⁷⁷ BONETE PERALES, *Azafea: Revista de Filosofía* 10 (2008), 132-133.

¹⁷⁸ GONZÁLEZ GONZÁLEZ/POSTIGO SOLANA/AULESTIARTE JIMENEZ, *Vivir y morir con dignidad. Temas fundamentales de Bioética en una sociedad plural*, 2002, 181 y ss.

La disposición de la vida humana se refiere al derecho que tiene una persona para disponer sobre su vida, ejerciendo así su libertad. Como se ha ido adelantando la disyuntiva en todo caso se encuentra entre dos bienes jurídicos contrapuestos; la vida humana independiente y el valor de la libertad personal¹⁷⁹.

Claro está, dicha problemática surge como respuesta a nuestra pregunta ¿es la vida humana un derecho disponible o es indisponible? Pues bien, en nuestro ordenamiento el derecho a la vida se configura como un derecho indisponible, de no ser así no habría disputa entre este y el derecho a la libertad de la persona.

Es en el art.15 CE donde se encuentra la prohibición intrínseca de matar, y por lo tanto, donde encontramos el argumento para dar cobertura al precepto de la eutanasia y la consiguiente penalización a las conductas activas directas. Es por tanto una postura muy cómoda para el legislador el hecho de penalizar la eutanasia, argumentando su postura en el irrefutable valor del art. 15 CE¹⁸⁰.

Aunque el derecho positivo está claro, ¿qué pasaría si tomáramos la vida humana como un bien disponible? Si partimos de la idea de que el Estado no puede imponer el vivir contra una decisión individual de querer acabar con la propia vida, nos encontraríamos con la atipicidad de la eutanasia. Como ya hemos mencionado, fue en 1991 cuando el Grupo de Estudios de Política Criminal lanzó un manifiesto a favor de la disponibilidad de la propia vida respetando así la voluntad del sujeto individual. No solo fue en este manifiesto donde se abogó por esta disponibilidad, sino que el derecho absoluto a la vida ha sido criticado durante toda su historia. Así, por ejemplo, el respeto al art. 3 de la Declaración de los Derechos Humanos de 1948, aunque contiene ese derecho a la vida si lo interpretáramos de una manera restrictiva en algunas situaciones podría verse violado en el caso de que sometiéramos a determinados pacientes a tratos inhumanos o degradantes lo cual vulneraría el art. 5 de dicha Declaración¹⁸¹.

¹⁷⁹ RODRÍGUEZ ARIAS, *Una muerte razonable. Testamento vital y eutanasia*, 2005, 50 y ss.

¹⁸⁰ Sobre la disponibilidad de la propia vida ÁLVAREZ GARCÍA, en: ÁLVAREZ GARCÍA (dir.)/MANJÓN CABEZA OLMEDA/VENTURA PUSCHEL (coords.), *Derecho penal español, parte especial (I)*, 2ª, 2011, 215.

¹⁸¹ RODRÍGUEZ ARIAS, *Una muerte razonable. Testamento vital y eutanasia*, 2005, 52-53. Sobre la aplicación del precepto en nuestro CP DÍAZ-MAROTO Y VILLAREJO, en: BALADO RUIZ GALLEGOS/GARCÍA REGUEIRO/DE LA FUENTE Y DE LA CALLE (coords.), *El art. 5 de la*

2.1. Ley 41/2002

A diferencia de lo que ocurre con la antigua regulación contenida en la LGS de 15 de mayo de 1986¹⁸², en la que quedaba patente que los derechos del paciente no eran un pilar fundamental de su contenido, la Ley 41/2002 se crea con la finalidad de complementar a la LGS en cuanto a derechos del paciente, reforzando su autonomía. Se puede destacar tres aspectos fundamentales de la ley en cuestión, tales como: en primer lugar, se hace una referencia al derecho a la intimidad, en segundo lugar, el derecho a la información y, por último, se reconoce el derecho a la autonomía del paciente. Este derecho se manifiesta en el derecho a un consentimiento informado, que en su ejercicio permite al sujeto rechazar o negarse a recibir determinados tratamientos. Por otro lado, el reconocimiento del derecho a la autonomía del paciente ha hecho aparecer el fenómeno de las instrucciones previas, también denominado testamento vital. Interesa destacar aquí también el reconocimiento que se hace en la ley a derechos como la dignidad o la integridad contemplados en su art. 2.1, de vital importancia para este estudio¹⁸³.

2.1.1. Derecho a decidir sobre la propia salud

A raíz de esos tres pilares fundamentales sobre los que se asienta la citada Ley he considerado de especial importancia el análisis de los dos últimos expuestos anteriormente. Así pues, el derecho a decidir sobre la propia salud se asienta sobre la base previa de haber recibido una información que se adecue al estado del paciente en cada caso concreto.

Declaración Universal de los Derechos Humanos y su proyección en el Código Penal de 1995, 1998, 299-312.

¹⁸² En ella los preceptos relacionados con los derechos del paciente se limitan a los arts. 9 y 10. El art. 9 LGS refleja la obligación de información a los pacientes sobre los derechos y deberes por lo que estaríamos hablando aquí a un nivel de sanidad pública. El art. 10 LGS por su parte se realiza una enumeración de derechos de los pacientes, de los cuales podemos destacar el apartado 1 “derecho al respeto a la personalidad, dignidad humana e intimidad”. TARODO SORIA, *Libertad de conciencia y derechos del usuario de los servicios sanitarios*, 2005, 177-180.

¹⁸³ Para más detalles, TARODO SORIA, *Libertad de conciencia y derechos del usuario de los servicios sanitarios*, 2005, 182-184.

El derecho a decidir sobre la propia salud se recoge en primer lugar en el art. 2 de la ley en cuestión, en concreto en el apartado 2 el cual establece que: “Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley” así como en el apartado 6 el cual establece que: “Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente”. El hecho de que el paciente haya recibido una información correcta y detallada previo consentimiento en relación a las opciones sanitarias que se le han dado es ya uno de los requisitos fundamentales para el consentimiento del afectado y que el proceso de decisión sea válido. Si bien es cierto que la normativa recoge también la posibilidad de que la decisión tomada por el paciente sea revocada, siempre y cuando se dé por escrito, según establece el art. 8.5 de la Ley.

2.1.2. Derecho a negarse al tratamiento

Se establece en primer lugar esta negativa al tratamiento en el art. 2.4 de la ley el cual establece que “Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito”. Por lo tanto esta negativa se conforma como una de las posibilidades que tiene el paciente en relación con su salud.

Más en relación con el tema que nos concierne, si bien es cierto que el CP no establece ningún tipo de obligación a mantener a una persona con vida, se han de analizar los requisitos que se necesitan para que la negativa al tratamiento pueda ser aceptada. Así pues, en primer lugar, el paciente debe negarse a la práctica de determinados tratamientos tendentes a prologar su vida, por otro lado, se ha de encontrar en una fase avanzada de la

enfermedad, lo que denominamos fase terminal¹⁸⁴, debe también darse como requisito que el personal sanitario no pueda garantizar calidad de vida para el paciente, con el miedo al encarnizamiento terapéutico.

Por tanto, el paciente posee el derecho a negarse a un tratamiento, el cual debe ser realizado por escrito, debe este cumplir con unos determinados requisitos establecidos. Lo ya analizado se dará siempre y cuando el paciente esté consciente y tenga plenas capacidades psíquicas, ya que, de otro modo, no podría realizar esta negativa al consentimiento de ciertos tratamientos. Es por ello que se ha creado, y así lo recoge también la Ley 41/2002, el testamento vital o como ella lo denomina, el documento de instrucciones previas, para aquellas situaciones en las que el paciente ya no se encuentra en estado de consciencia y por lo tanto no puede ya manifestar su consentimiento.

2.1.3. *El testamento vital*

En primer lugar, cabe destacar que la utilización del testamento vital será válida en aquellos casos en los que nos encontremos ante supuestos lícitos contemplados por el art. 143.4 CP, no pudiendo sobrepasar los límites establecidos por el ordenamiento. El testamento vital se considera un instrumento de declaraciones anticipadas mediante el cual el paciente expresa su voluntad respecto al momento en el que no pueda o no tenga la capacidad de manifestar su consentimiento¹⁸⁵.

El hecho de poder decidir en qué momento se dará finalización a la aplicación de los elementos terapéuticos no quiere decir que se dé un paso hacia la legalización de la eutanasia directa, sin perjuicio del contenido que pueda existir en los modelos de testamento vital aportados por ejemplo por la ADMD¹⁸⁶, mediante los cuales puede dejarse constancia de dicha renuncia a los tratamientos médicos sin que ello suponga un acercamiento a la eutanasia activa.

¹⁸⁴ La fase terminal es aquella en la que el paciente sufre graves padecimientos a consecuencia de una enfermedad la cual causará la muerte en un periodo breve de tiempo. PRIETO SERRANO, *Encrucijadas: RCCS* 10 (2015), 3.

¹⁸⁵ GARCÍA PRESAS, *RDF* 6 (2011), 176.

¹⁸⁶ ANEXO 1

En cuanto a los orígenes de este documento debemos remitirnos a 1938 cuando en Estados Unidos se creó por la Sociedad de Estados Unidos en pro de la eutanasia, fue entonces cuando la autonomía del paciente empezó a tomar forma, aunque llegó a España años más tarde¹⁸⁷.

El principal requisito para la existencia de estas voluntades anticipadas es el hecho de que el paciente esté privado de capacidad para demostrarlas por sí mismo, esa es la finalidad principal, saber en todo momento la voluntad del paciente. Por consiguiente, el testamento vital está íntimamente relacionado con la autonomía del paciente en cuanto a la decisión respecto de determinados tratamientos terapéuticos, que será de aplicación una vez llegado el momento en el que sea necesario decidir sobre su aplicación o no¹⁸⁸. Otro de los requisitos indispensables es que esta manifestación de la voluntad debe quedar establecida por escrito y cuya elaboración haya sido libre y ajena a cualquier tipo de influencia. Por último, será el médico el encargado de evaluar tal manifestación, conforme a una buena práctica clínica.

En cuanto al contenido, como se ha apuntado, la voluntad más típica entre los pacientes es el rechazo a determinados tratamientos, pudiendo así reconocer la dignidad incluyendo algunas peticiones de eutanasia, siempre claro está, dentro de su legalidad. Sin embargo, no solo tiene que utilizarse con esa finalidad, ya que el testamento vital puede contener premisas acerca de situaciones posteriores a la muerte, como pueden ser, por ejemplo, aquellas relativas a la donación de órganos, la forma del sepelio o donde desea pasar los últimos momentos de su vida.

El testamento vital se asemeja, pero no puede ser confundido con el consentimiento informado; en realidad son dos supuestos completamente diferentes a pesar de que ambos se construyen sobre la autonomía del paciente. En el consentimiento informado existe una relación mucho más directa entre el médico y el paciente que la que se da en los casos de testamento vital, esencialmente ocurre esto ya que en el testamento vital no se exige una información completa sobre el diagnóstico por parte del médico, a diferencia de lo

¹⁸⁷ GARCÍA PRESAS, *RDF* 6 (2011), 174.

¹⁸⁸ QUIJADA GONZÁLEZ/TOMÁS Y GARRIDO, *Persona y Bioética* 2 (2014), 141.

que ocurre con el consentimiento informado donde existe más inmediatez ya que no siempre se dará sobre una posible y futura situación, sino que será más inminente¹⁸⁹.

2.2. *El caso Miss B*

A raíz del análisis de la disponibilidad de la propia vida, es de interés ponernos un poco más en situación con la visión de algún caso en concreto, como es el conocido como “Miss B”, en Escocia en 1991, la trabajadora social sufrió una hemorragia en la espina dorsal a raíz de una patología que consistía en una malformación de los vasos sanguíneos. Y si bien es cierto que existía una operación esta tenía muy pocas probabilidades de resultar exitosa. La enfermedad mejoró y Miss B decidió no operarse pero sí que realizó un testamento vital a sabiendas de su grave estado de salud y de que la enfermedad podría volver a empeorar. En las directrices anticipadas que escribió dejó claro su deseo de que cuando se encontrara en un punto de no retorno en el que no fuera consciente y su vida estuviera ya en una fase de la que no hubiera posibilidad de mejora, se suspendieran los tratamientos médicos. Cuando la enfermedad de Miss B empeoró necesitando incluso ventilación asistida para poder respirar, se denegó el derecho de la paciente a rechazar esos tratamientos vitales por no estar suficientemente especificados los términos del testamento vital que Miss B había realizado junto con una enfermera. Posteriormente Miss B fue sometida a una intervención quirúrgica que, aunque permitió una mínima mejoría, su estado de salud y calidad de vida seguían siendo mínimos. Una vez recobró la consciencia, pidió directa y expresamente que se la desconectara de la respiración asistida, petición que fue denegada después del estudio psicológico que dos psiquiatras realizaron dictaminando que no se encontraba en plenas condiciones de decidir tales rechazos a tratamientos médicos. Meses más tarde Miss B volvió a sufrir un colapso pulmonar, fue entonces cuando otro médico realizó un estudio en cuanto a las capacidades de la paciente para decidir sobre su propia vida, el cual dictaminó que en esos momentos Miss B sí que se encontraba en condiciones de rechazar cualquier tratamiento. Sus médicos fueron quienes la dieron una alternativa a la respiración asistida con la que Miss B convivía día a día, dicha alternativa no mejoraría su calidad de vida ya que se encontraba imposibilitada para todas las funciones básicas de la vida además de que ese tratamiento, a diferencia de la ventilación asistida, no tenía indicador del dolor por lo que

¹⁸⁹ QUIJADA GONZÁLEZ/TOMÁS Y GARRIDO, *Persona y Bioética* 2 (2014), 145-147.

sufriría más. Fue entonces cuando Miss B denegó tal práctica pero siguió reivindicando que quería ser desconectada. Ante la negativa del hospital Miss B les demandó en primer lugar por haber sido víctima de un tratamiento invasivo y en segundo lugar por la reiteración en la denegación de su petición de ser desconectada por lo que su derecho a negarse a tratamientos vitales fue vulnerado. Fue en 2002 cuando se falló a favor a Miss B, pocos meses después esta fue desconectada del respirador¹⁹⁰.

En este caso podemos ver la importancia de los requisitos y formalidades de la declaración del rechazo a determinados tratamientos, así como la de los documentos de voluntades anticipadas. Todos estos medios de disponibilidad de la propia vida enunciados anteriormente sirven de mecanismo a pacientes para que puedan decidir y valorar su estado de salud, su calidad de vida y, por consiguiente, su propia vida.

2.3. *El caso de Ramón Sampedro*

Sin duda no podíamos pasar por alto dentro del estudio de la eutanasia, el caso de Ramón Sampedro, natural de Boiro, La Coruña. Nació el 5 de enero de 1943 y fue el 23 de agosto de 1968 cuando se lanzó al mar desde una roca impactando contra el fondo, lo que le produjo la sección de la séptima vértebra cervical llevándolo a vivir durante 28 años con una tetraplejia postraumática con sección medular¹⁹¹.

En 1993 fue cuando su lucha por una muerte digna comenzó en los tribunales, llegando en una ocasión hasta el tribunal de Estrasburgo. En todas sus peticiones Ramón Sampedro abogaba por una muerte digna, por la finalización del sufrimiento diario durante tantos años, por la esclavitud que suponía el estar postrado en una cama y depender de la gente que te quiere. Su postura, la cual mantuvo durante tantos años, siempre fue argumentada, racional y tranquila a pesar de la lucha interna con la que convivía¹⁹². El recurso de amparo que interpuso ante el TC fue denegado mediante auto de 931/1994, en dicho recurso pedía una muerte digna mediante el suministro de algún fármaco mortal por parte de su médico de cabecera ante la parálisis que él sufría de barbilla para abajo lo cual le

¹⁹⁰ RODRÍGUEZ ARIAS, *Una muerte razonable. Testamento vital y eutanasia*, 2005, 61-64.

¹⁹¹ http://www.eutanasia.ws/nombres/ramon_sampedro.html (consultado el 12/05/17).

¹⁹² TOMÁS Y GARRIDO, *Persona y Bioética*, 22-23(2004), 82 y ss.

impedía darse muerte por sí mismo. El auto que denegó tal recurso motivó lo siguiente; el primer lugar, que no existe un derecho a morir dignamente y, por lo tanto, en segundo lugar, que no hay forma posible de justificar la intervención del Estado o de terceros¹⁹³ en el hecho de acabar con la vida de una persona¹⁹⁴.

Así pues, ante la negativa por parte de la justicia para acabar con su vida, Ramón Sampredo se dedicó a una lucha más mediática, la verdadera importancia de este caso comenzó con la publicación de un libro y de un testamento, mediante los cuales daba su opinión acerca de todos los temas relacionados con las personas que padecen de esa enfermedad por lo que su lucha personal dejó de serlo para convertirse en una lucha más generalizada, así el caso fue objeto de numerosas entrevistas para su difusión así como objeto de una película, *Mar Adentro*¹⁹⁵.

Finalmente, tras casi 30 años postrado en una cama y tras su lucha insatisfecha en los tribunales, Ramón Sampredo tuvo que crear un plan entre 14 personas, cada una de ellas tenía un pequeño cometido para que ninguna de ellas pudiera ser perseguida por la justicia. Así pues cada una de ellas formaría parte del proceso de finalización de la vida tan esperado por Ramón sin riesgo de comisión de un delito ya que finalmente sería él, Ramón, quien ingeriría en completa soledad la sustancia mortal mediante un vaso y una pajita colocados a su alcance¹⁹⁶.

Poco antes de su muerte (13 de enero de 1998), Ramón redactó unas cuantas cuartillas dedicadas a los jueces y tribunales que habían desestimado todos sus recursos, explicando la insufrible situación que había padecido durante tantos años e intentando como un último paso hacia la legalización dejar su experiencia y dar un golpe de moral en ayuda de los que como él sufren estas situaciones.

¹⁹³ Para un sector doctrinal esta postura es totalmente injusta para con las personas que no puede llevar a cabo su propia muerte v. RUÍZ MIGUEL, *REDC* 89 (2010), 33.

¹⁹⁴ BONILLA SÁNCHEZ, *Espacio y Tiempo: RCH* 25 (2011), 173-175.

¹⁹⁵ *Mar Adentro* estrenada el 3 de septiembre de 2004 fue una producción de Alejandro Amenábar, cuyo papel fue protagonizado por Javier Bardem, obtuvo varios premios entre ellos el Oscar a mejor película extranjera y 14 Goyas.

¹⁹⁶ SEMPERE, *Araucaria: RIFPH* 3 (2000), 21-22.

3. EL DEBATE MORAL SOBRE LA EUTANASIA

En vista de lo estudiado hasta aquí, hemos de destacar la importancia de las decisiones y por supuesto de su respeto en el proceso final de la vida. Estas decisiones son las que determinan esa autonomía, dignidad y disponibilidad a las que tanto hemos hecho referencia. Después de todo ello, de todos esos mecanismos para la disponibilidad de la vida y de todos los documentos en los que dejar constancia de la voluntad, sigue pesando el hecho de que la vida es un bien jurídico indisponible por lo que, si bien es cierto que, todos estos instrumentos nos serán de utilidad en los casos de eutanasia pasiva, no valdrán para la eutanasia activa, que es donde radica el dilema y la discusión.

Es por tanto que no debemos plantear la eutanasia como un acontecimiento negativo a pesar de que nos estaría privando del bien máspreciado, sino que podríamos hablar de ella como una excepción a la regla para aquellos casos ya analizados en los que la vida no sea el bien máspreciado por el paciente, pues no se trata de vivir a toda, sino de vivir en condiciones mínimas de dignidad.

3.1. La humanización de la muerte ¿matar o dejar morir?

La cuestión sobre la finalización de la vida humana ha suscitado a lo largo del tiempo un motivo de discusión y variación que con el progresivo avance de la medicina se ha ido aclarando. Lo que antes suponía el fin de la vida humana era el cese de actividades como la circulatoria, la cardíaca o la respiratoria, en la actualidad, gracias al avance de la medicina ese clásico concepto ha sido sustituido por el concepto de muerte cerebral¹⁹⁷, lo que significa un deterioro sustancial del cerebro que hoy en día es considerado como irreversible, lo cual es determinado mediante el encefalograma.

Sentadas las bases del concepto de muerte, vemos la intrínseca relación que hoy en día existe con la medicina y sus grandes avances, los mismos que desencadenan dos

¹⁹⁷ La muerte cerebral, mejor llamada muerte encefálica, se define como el cese completo e irreversible de la actividad cerebral o encefálica, ya que la inexistencia de flujo sanguíneo hace que el encéfalo sufra una falta de oxígeno. La aparente ausencia de función cerebral no es suficiente; se requieren pruebas de esa irreversibilidad. REQUENA MEANA, *Persona y Bioética* 2 (2009), 129-130.

situaciones completamente opuestas; por un lado estaríamos hablando de los innumerables beneficios que supone la medicina para el paciente y su calidad de vida, pero por otro podemos hacer que sean esas mismas prácticas médicas las que nos lleven a un estado de empeoramiento y por consiguiente, el encarnizamiento terapéutico al que ya hemos hecho referencia. Es aquí donde surge el concepto de “humanización de la muerte”¹⁹⁸ y la distinción entre “matar” y “dejar morir”¹⁹⁹ lo que se identificaría con eutanasia activa y pasiva respectivamente desde un punto de vista jurídico, pero y ¿desde un punto de vista moral?

Hoy en día aunque los límites entre la eutanasia activa y la pasiva son menos, cada vez pesa más la pregunta sobre, si jurídicamente no está mal dejar morir morir ¿por qué está mal matar en determinadas circunstancias?²⁰⁰. Debería a mi entender tratarse este tema desde un punto de vista solidario, humanizando como hemos dicho el proceso de muerte, igualando la conducta de “matar” o “dejar morir” en determinados supuestos. Si bien es cierto, el resultado no es materialmente igual para ambos casos ya que nos encontramos ante dos tipos de situaciones distintas, pero si lo es la voluntad de la persona, quien realiza la petición. El debate jurídico moral que nos persigue en torno a este tema desde hace décadas podría ser subsanado si tanto los partidarios de la eutanasia como aquellos que se oponen tuvieran un concepto igualitario de lo que a la dignidad humana y disponibilidad de la propia vida se refiere²⁰¹.

¹⁹⁸ PÉREZ SÁNCHEZ, *Recerca: Revista de Pensament i Anàlisi* 4 (2004), 127 y ss.

¹⁹⁹ Existe un caso que podría explicar de forma relativa la disyuntiva entre “matar” y “dejar morir”, ocurrió en Melbourne, fue conocido como el caso *Baby M.* quien nació con espina bífida, desde sus primeros momentos de vida le fue suministrado un tratamiento médico poco abusivo ya que los médicos consideraron que un tratamiento más invasivo no mejoraría ni su salud ni su calidad de vida, pero sí estuvo sometido a determinados fármacos que en cantidades normales debido a su corta edad de vida podrían ser mortales para él. Una vez hubo fallecido se realizó un estudio para poder determinar si los fármacos pudieron haberle causado la muerte, mediante el cual se llegó a la conclusión de que sí lo hicieron. A raíz del caso surgió un debate entre si realmente le mataron mediante el suministro de tales fármacos o simplemente se le dejó morir intentando paliar su sufrimiento. PÉREZ SÁNCHEZ, *Recerca: Revista de Pensament i Anàlisi* 4 (2004), 134.

²⁰⁰ VIELVA ASEJO, *RCHS* 113 (2000), 397 y ss.

²⁰¹ CASADO, *Enrahonar: an international journal of theoretical and practical reason* 40-41 (2008), 115.

4. LA REGULACIÓN LEGAL DE LA EUTANASIA

Partiendo de la base de la subjetividad que caracteriza al derecho a la vida y de que la libertad hoy en día se configura como un derecho fundamental, la disponibilidad de la vida debería ser plena. Es determinante destacar que la CE no le otorga al Estado un poder sobre dichos derechos fundamentales, sino solo un deber, el de protegerlos, por lo que la decisión sobre ellos solo corresponde a su titular.

De cualquier forma, la titularidad sobre este tipo de derechos propicia discusiones ya que actualmente se parte de la no disponibilidad de la propia vida, teniendo refrendo en la actual regulación penal. Como ya hemos apuntado si la indisponibilidad de la vida no puede escudarse en la constitución ¿en que se fundamenta tal regulación positiva? Quizá en valores éticos o religiosos o en la dificultad de que el consentimiento informado al que tanto se ha hecho referencia no esté viciado, lo cual está íntimamente relacionado con los problemas político criminales que conlleva la falta de prueba en cuanto al consentimiento.

El hecho de porque aún hoy se sigan castigado las conductas directas por parte de terceros junto con el injusto hecho de que existe un derecho a vivir pero no a morir, solo puede fundamentarse en la existencia de un estado laico incapaz de ampliar horizontes en este ámbito²⁰².

Estudios sociológicos²⁰³ españoles evidencian que debido al gran avance de la medicina cada vez es más necesario el considerar una nueva regulación de la eutanasia, centrándonos en determinadas circunstancias de las personas que cumpliendo una serie de requisitos necesiten solicitar la eutanasia activa.

²⁰² COCOY BIDASOLO, en: MENDOZA BUERGO (coord.), *Autonomía personal y decisiones médicas. Cuestiones éticas y jurídicas*, 2010, 312-316.

²⁰³ CORCOY BIDASOLO, en: MENDOZA BUERGO (coord.), *Autonomía personal y decisiones médicas. Cuestiones éticas y jurídicas*, 2010, 319.

VI.- CONCLUSIONES

A) El nuevo contenido reflejado en el art. 143.4 CP, el cual regula y penaliza las conductas activas y necesarias de causación de la muerte de un sujeto bajo el nombre de eutanasia, necesita la consecución de tres presupuestos: (1) la petición por parte del enfermo, (2) la existencia de una enfermedad o sufrimientos graves, (3) la intervención de un tercero para llevar a cabo el proceso de poner fin a la vida del sujeto pasivo. Se está ante un avance positivo de la regulación contenida en el CP, pues limita la intervención penal a los casos más graves de eutanasia, pero sigue siendo una regulación insatisfactoria, si se valora desde el prisma del reconocimiento pleno de la disponibilidad de la propia vida.

B) Para adoptar una postura a favor de la legalización de la eutanasia resulta básico entrar en el análisis de la ponderación de diferentes bienes jurídicos y/o derechos fundamentales con reconocimiento constitucional. Por un lado, el bien jurídico por excelencia, la vida, y de otro lado el derecho a la disponibilidad de la propia vida, apoyado en el reconocimiento de los derechos de la dignidad y la libertad, así como en del reconocimiento del libre desarrollo de la personalidad como fundamento del orden político y de la paz social.

C) Dada la controversia existente a nivel doctrinal sobre la existencia o no del derecho de disponer de la propia vida, y teniendo presente la regulación penal existente en nuestro ordenamiento jurídico, resulta muy conveniente y hasta necesaria la comparativa con algunos de los países en los que actualmente y a raíz de una concepción más humanizada de la eutanasia, esta ha sido despenalizada. También por su intrínseca relación y la igualdad en cuanto al resultado final, he incluido unas breves apreciaciones sobre la regulación en algunos países del suicidio asistido, ya que, aunque son figuras diferentes, ambas se llevan a cabo para poner fin a la vida de quien realiza tal petición. Es la regulación belga y la holandesa el modelo que a mi parecer debería seguir nuestro país en este ámbito, en ambos países europeos con regulación de la eutanasia exigiendo determinados requisitos o condiciones que sirven para ofrecer las máximas garantías.

D) Por último, teniendo presente el paso adelante que han dado algunos países de nuestro entorno, considero que es el momento de que se legalice la eutanasia en España. La sociedad está suficientemente sensibilizada y concienciada en la necesidad de que se avance en el proceso de humanización de la muerte, en el sentido solidario de la eutanasia, en el reconocimiento del derecho a una muerte digna. El reconocimiento legal del derecho a un consentimiento informado, y del denominado testamento vital, son pilares fundamentales en este proceso que ha de culminar tarde o temprano en el pleno reconocimiento del derecho a disponer de la propia vida, al menos en las situaciones que definen la eutanasia.

1. TESTAMENTO VITAL ADMD



TESTAMENTO VITAL
(Documento de Instrucciones Previas)

Yo _____, nacido/a el ____ / ____ /19____,
mayor de edad, con Documento de Identidad: DNI PASAPORTE NIE N°: _____,
con domicilio en _____,
Localidad _____, CP _____, Provincia _____.

En plenitud de mis facultades, actuando libremente y tras una adecuada reflexión y en base a la normativa vigente⁽¹⁾, **DECLARO** que si llego a una situación en que, por mi estado físico o psíquico, no sea capaz de expresar personalmente mis decisiones sobre los cuidados y el tratamiento de mi salud a consecuencia de un padecimiento⁽²⁾ que me impida llevar una vida con independencia funcional para las actividades de la vida diaria, es mi voluntad clara e inequívoca que se me permita morir con dignidad de acuerdo con las siguientes instrucciones previas:

- 1. Rechazo todo tratamiento que contribuya a prolongar mi vida:** técnicas de soporte vital, fluidos intravenosos, fármacos (incluidos los antibióticos), alimentación artificial (por sonda nasogástrica o gastrostomía), aporte de líquidos, respiración asistida..., solicitando una limitación del esfuerzo terapéutico que sea respetuosa con mi voluntad.
- 2. Solicito unos cuidados paliativos adecuados al final de la vida:** que se me administren los fármacos que palién mi sufrimiento físico o psíquico, y aquellos cuidados que me ayuden a morir en paz, especialmente -aun en el caso de que pueda acortar mi vida- la sedación terminal.
- 3. Si para entonces la legislación regula el derecho a morir con dignidad mediante la eutanasia,** es mi voluntad morir de forma rápida e indolora, de conformidad con la regulación que se establezca al efecto.
- 4. Si algún profesional responsable de mi asistencia se declarase objetor de conciencia** con respecto a alguna de estas instrucciones, solicito que sea sustituido por otro profesional, garantizando así mi derecho a que se cumpla mi voluntad.

Con el fin de que pueda ayudar a interpretar este documento manifiesto que, en una situación de deterioro irreversible, sin posibilidad de futuro ni recuperación digna, no quiero sufrir ni causar un mayor sufrimiento a las personas que me acompañen en ese momento, ni deseo poner a mi familia en la situación de tener que decidir por mí acerca de mi vida.

Pido a quienes tengáis que atenderme que respetéis mi voluntad.

(1) 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 (Art. 11). Art. 30 de la ley 8/2003 de 8 de abril sobre derechos y deberes de las personas en relación con su salud. Decreto 30/2007, de 22 de marzo por el que se regula el Documento de Instrucciones Previas en el ámbito sanitario y se crea el Registro de Instrucciones Previas en Castilla y León.

(2) Tales como daño cerebral, demencias, tumores, enfermedades crónicas o degenerativas, estados vegetativos, accidentes cerebrovasculares o cualquier otro padecimiento grave e irreversible.

DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE/S (Opcional)

Designo como mi/s representante/s, con el fin de que vele/n por el cumplimiento de las INSTRUCCIONES expresadas en este documento, tome/n las decisiones necesarias para tal fin, **e interprete/n y manifieste/n cuál sería mi voluntad en un caso concreto no previsto en este documento**, con el siguiente orden de prelación, a:

PRIMER/A REPRESENTANTE:

Nombre y apellidos: _____

Documento de identidad: DNI PASAPORTE NIE Nº: _____

Domicilio: _____

Teléfono/s: _____ / _____

SEGUNDO/A REPRESENTANTE:

Nombre y apellidos: _____

Documento de identidad: DNI PASAPORTE NIE Nº: _____

Domicilio: _____

Teléfono/s: _____ / _____

BIBLIOGRAFÍA

ALEGRE MARTÍNEZ, Miguel Ángel: *La dignidad de la persona como fundamento del ordenamiento constitucional español*, Secretariado de publicaciones de la Universidad de León, 1996.

ALONSO ÁLAMO, Mercedes: *La eutanasia hoy: perspectivas teológica, bioética, constitucional y jurídico-penal (a la vez, una contribución sobre el tratamiento jurídico del acto médico)*, en: GÓMEZ TOMILLO, Manuel (dir.), *Aspectos médicos y jurídicos del dolor, la enfermedad terminal y la eutanasia*, Unión Editorial, Madrid, 2008, 241-303.

AULESTIARTE JIMÉNEZ, Susana: v. GONZÁLEZ GONZÁLEZ, Ana Marta/POSTIGO SOLANA, Elena/AULESTIARTE JIMENEZ, Susana.

ÁLVAREZ GARCÍA, Francisco Javier: en: ÁLVAREZ GARCÍA, Francisco Javier (dir.)/MANJÓN CABEZA OLMEDA, Araceli/VENTURA PUSCHEL, Arturo (coords.), *Derecho penal español, parte especial (I)*, 2ª, Tirant lo Blanch, Valencia, 2011.

ÁLVAREZ REVILLA, Álvaro: *Eutanasia, legal y moral*, en: *Cuenta y Razón* 51-53 (1989), 95-104.

ARRUEGO RODRÍGUEZ, Gonzalo: *El rechazo y la interrupción del tratamiento de soporte vital en el derecho español*, *Indret*, 2/2009, 1-27.

ASENSIO VILLAHOZ, Paula: v. MARTÍNEZ LEÓN, María de las Mercedes/ASENSIO VILLAHOZ, Paula/MARTÍNEZ LEÓN, Camino/TORRES MARTÍN, Henar/QUEIPO BURÓN, Daniel.

ASOCIACIÓN FEDERAL PRO DERECHO A MORIR DIGNAMENTE: *La eutanasia en Bélgica ¿Un modelo para España?*, en: *RESP* 1 (2012), 1-4.

AYALA QUIÑONES, Alina: v. BÁEZ RODRÍGUEZ, Ana Margarita/AYALA QUIÑONES, Alina/ORTEGA PEDRO, Magaly/GÓMEZ PERDOMO, Josué.

BACON, Francis: *El avance del saber*, Alianza editorial, Madrid, 1968.

BÁEZ RODRÍGUEZ, Ana Margarita/AYALA QUIÑONES, Alina/ORTEGA PEDRO, Magaly/GÓMEZ PERDOMO, Josué: *La eutanasia v.s. el derecho a la vida*, en: *Panorama Cuba y Salud*, 3 (2012), 20-27.

BALAGUER CALLEJÓN, Francisco: en: BALAGUER CALLEJÓN (coord.), *Manual de derecho constitucional*, 4ª, Tecnos, Madrid, 2009.

BARBER BURUSCO, Soledad: v. DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO, Miguel/BARBER BURUSCO, Soledad.

BARQUÍN SANZ, Jesús: v. OLMEDO CARDENETE, Miguel/BARQUÍN SANZ, Jesús.

BARREDA, Iñigo: *Proposiciones de ley sobre el final de la vida (II)*, en: *ADS 246* (2017), 261-272.

BARRIO CANTALEJO, Inés María: v. SIMÓN LORDA, Pablo/BARRIO CANTALEJO, Inés María.

BELLO REGUERA, Gabriel: *La protección de la vida humana y el significado de la dignidad*, en: *Azafea: Revista de Filosofía* 10 (2008), 105-122.

BERROCAL LANZAROT, Ana Isabel: *La autonomía del individuo en el ámbito sanitario: El deber de información y el consentimiento informado como derechos del paciente en la nueva Ley 41/2002, de 14 de nov.*, en: *Foro. RCJS* 0 (2004), 227-298.

BOLADERAS, Margarita: *El derecho a no sufrir. Argumentos para la legalización de la eutanasia*, Los libros del lince, Barcelona, 2009.

BONETE PERALES, Enrique: *La dignidad del muriente*, en: *Azafea: Revista de Filosofía* 10 (2008), 123-144.

BONILLA SANCHEZ, Juan José: *El derecho a morir dignamente en Andalucía*, en: *Espacio y tiempo*: RCH 25 (2011), 171-188.

BOUZA ÁLVAREZ, Carmen: *Medidas de soporte vital en un paciente en estado vegetativo persistente*, en: *Medicina Intensiva* 3 (2004), 156-161.

BUSTOS RAMÍREZ, Juan: *Derecho penal, Parte especial*, Ariel, Madrid, 1991.

CASADO, María: *Una vez más sobre la eutanasia, Enrahonar: an international journal of theoretical and practical reason* 40-41 (2008), 113-121.

CATURLA SUCH, Juan Manuel: *Limitación del soporte del tratamiento vital*, en: *Anales (Reial Acadèmia de Medicina de la Comunitat Valenciana)* 13 (2012), 1-60.

Comisión del Senado español Fernández-Crehuet. *Senado*, 20 de Abril de 1999, Nº 421.

CORCOY BIDASOLO, Mirentxu: *La regulación legal de la eutanasia en el CP español. Propuesta de reformas legislativas*, en: MENDOZA BUERGO, Blanca: *Autonomía personal y decisiones médicas. Cuestiones éticas y jurídicas*, Thomson, 2010, 299-322.

- En: CORCOY BIDASOLO, Mirentxu/MIR PUIG, Santiago (dirs.), *Comentarios al Código Penal: Reforma LO 1/2015 y LO 2/2015*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2015.

DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO, Miguel/BARBER BURUSCO, Soledad: *Participación en el suicidio y eutanasia: esbozo del tratamiento penal en España*, en: *Nuevo Foro Penal* 79 (2012), 115-152.

DÍAZ-MAROTO Y VILLAREJO, Julio: *El art. 5 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y su proyección en el Código Penal de 1995*, en: BALADO RUIZ GALLEGOS, Manuel/ GARCÍA REGUEIRO, José Antonio/ DE LA FUENTE Y DE LA CALLE, María José (coords.), *La Declaración de los Derechos Humanos en su 50 aniversario*, J.M. Bosch Editor, Barcelona, 1998, 19-38.

DÍEZ RIPOLLÉS, José Luis: en: DIÉZ RIPOLLÉS, José Luis/MUÑOZ SANCHEZ, Juan (coords), *El tratamiento jurídico de la eutanasia: una perspectiva comparada*, Tirant lo Blanch, Valencia, 1996.

- En: DÍEZ RIPOLLÉS/GRACIA MARTÍN (coords.), *Comentarios al código penal, Parte especial. I, Títulos I a VI y faltas correspondientes*, Tirant lo Blanch, Valencia, 1997.

FELIP I SABORIT, David: en: SILVA SÁNCHEZ, Jesús-María (dir.)/RAGUÉS i VALLÉS, Ramón (coord.), *Lecciones de derecho penal, parte especial*, 4ª, Atelier, Barcelona, 2015.

FLECHA ANDRÉS, José Ramón/MÚGICA, Jesús María: *La pregunta moral ante la eutanasia*, Colección reelecciones, Salamanca, 1985.

GABALDÓN LÓPEZ, José: *Libre desarrollo de la personalidad y derecho a la vida*, Persona y Derecho: Revista de Fundamentación de las Instituciones Jurídicas y de Derechos Humanos 44 (2001), 133-172.

GARCÍA ARANGO, Gustavo Adolfo: *Derecho a la vida digna: El concepto jurídico del dolor desde el derecho constitucional*, en: Opinión jurídica: Publicación de la Facultad de Derecho de la Universidad de Medellín 12 (2007), 15-34.

GARCÍA CUADRADO, Antonio M: *Problemas constitucionales de la dignidad de la persona*, en: Persona y Derecho: Revista de Fundamentación de las Instituciones Jurídicas y de Derechos Humanos 66-67 (2012), 449-514.

GARCÍA PRESAS, Inmaculada: *El testamento vital y el derecho a la vida en España*, en: RDF 6 (2011), 171-197.

GARCÍA SOTO, Luis Modesto/SÁNCHEZ FERNÁNDEZ DE LA VARGA, Carlos: *Verdad y atención al enfermo terminal*, Revista de Filosofía 1 (2013), 139-58.

GERMÁN ZURRIRÁIN, Roberto: *Vulneraciones de la dignidad humana al final de la vida*, en: Cuadernos de Bioética 92 (2017), 83-97.

GIMBEL GARCÍA, José Francisco: *Eutanasia y suicidio asistido en Canadá*, en: RDUNED 19 (2016), 351-378.

GÓMEZ PERDOMO, Josué: v. BÁEZ RODRÍGUEZ, Ana Margarita/AYALA QUIÑONES, Alina/ORTEGA PEDRO, Magaly/GÓMEZ PERDOMO, Josué.

GÓMEZ TOMILLO, Manuel: *Tratamiento y límites jurídicos penales de la eutanasia activa indirecta. El derecho a no sufrir*, en: GÓMEZ TOMILLO, Manuel (dir.), *Aspectos médicos y jurídicos del dolor, la enfermedad terminal y la eutanasia*, Unión Editorial, 2008, 179-205.

GONZÁLEZ CARRASCO, Ersilia: *Autonomía y tratamiento médico del menor*, en: MENDOZA BUERGO, Blanca: *Autonomía personal y decisiones médicas. Cuestiones éticas y jurídicas*, Thomson, 2010, 179-206.

GONZÁLEZ GONZÁLEZ, Ana Marta/ POSTIGO SOLANA, Elena/AULESTIARTE JIMENEZ, Susana: *Vivir y morir con dignidad. Temas fundamentales de Bioética en una sociedad plural*, Eunsa, Pamplona, 2002.

GRUPO DE ESTUDIOS DE POLÍTICA CRIMINAL, *Revisión y actualización de las propuestas alternativas a la regulación vigente*, Málaga, 2016.

HIGUERA UDIAS, Gonzalo: *Ortotanasia*, en: RCHS 85 (1986), 427-462.

JUANATEY DORADO, Carmen: *Derecho, suicidio y eutanasia*, Ministerio de justicia e interior, Madrid, 1994.

KAUFMANN, Arthur: *¿Relativización jurídica de la vida?*, en: CPC 31 (1987), 39-54.

LUZÓN PEÑA, Diego-Manuel: *Lecciones de Derecho Penal parte general*, 3ª, Tirant lo Blanch, Valencia, 2016.

MARÍN GÁMEZ, José Ángel: *Reflexiones sobre la eutanasia: una cuestión pendiente del derecho constitucional a la vida*, en: *REDC* 54 (1998), 85-118.

MARTÍNEZ LEÓN, Camino: v. MARTÍNEZ LEÓN, María de las Mercedes/ASENSIO VILLAZO, Paula/MARTÍNEZ LEÓN, Camino/TORRES MARTÍN, Henar/QUEIPO BURÓN, Daniel.

MARTÍNEZ LEÓN, María de las Mercedes/ASENSIO VILLAZO, Paula/ MARTÍNEZ LEÓN, Camino/TORRES MARTÍN, Henar/QUEIPO BURÓN, Daniel: *Análisis ético y médico-legal de la eutanasia en la unión europea*, *Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid* 51 (2014), 129-140.

MOLERO MARTÍN-SALAS, María del Pilar: *La libertad de disponer de la propia vida desde la perspectiva constitucional*, Centro de estudios políticos y constitucionales, Madrid, 2014.

MORA MOLINA, Juan Jesús: *Holanda: entre la vida y la muerte*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2002.

MÚGICA, Jesús María: v. FLECHA ÁNDRES, José Ramón/MÚGICA, Jesús María.

MUÑAGORRI LAGUÍA, Ignacio: *La regulación de la eutanasia en el nuevo Código Penal*, en: *JD* 25 (1996), 65-72.

MUÑOZ CONDE, Francisco: *Derecho penal, parte especial*, 20ª, Tirant, Valencia, 2015.

NOGUÉS, Ramón María: *Eugenesia en humanos delicada e inevitable*, en: *Bioética & Debat: Tribuna abierta del Institut Borja de Bioètica* 56 (2009), 6-10.

NÚÑEZ PAZ, Miguel Ángel: *Homicidio consentido, eutanasia y derecho a morir con dignidad: Problemática jurídica a la luz del código penal de 1995*, Tecnos, Madrid, 1999.

- *La buena muerte: el derecho a morir con dignidad*, Tecnos, Madrid, 2006.

OLMEDO CARDENETE, Miguel/BARQUÍN SANZ, Jesús: en: COBO DEL ROSAL, Manuel (dir.), *Comentarios al código penal, tomo V. Homicidio. Lesiones. Aborto y Manipulación genética*, Edersa, Madrid, 2002.

ORTEGA PRIETO, Magaly: v. BÁEZ RODRÍGUEZ, Ana Margarita/AYALA QUIÑONES, Alina/ORTEGA PEDRO, Magaly/GÓMEZ PERDOMO, Josué.

OSSANDÓN WIDOW, María Magdalena: *El derecho a rechazar tratamientos médicos ¿Un reconocimiento del derecho a disponer de la propia vida?*, en: *Revista Derecho Público Iberoamericano* 2 (2013), 153-204.

PÁEZ, Gustavo: *Decisiones sobre el soporte vital: aspectos éticos objetivos y subjetivos*, en: *Persona y Bioética* 1 (2015), 36-47.

PARDO FALCÓN, Javier: *A vueltas con el artículo 15 CE y otras cuestiones más o menos recurrentes de nuestro derecho constitucional*, en: *REDC* 51 (1997), 249-272.

PAREJO GUZMÁN, María José: *La eutanasia ¿un derecho?*, Aranzadi, Navarra, 2005.

PASCUCCI DE PONTE, Enrico: *Cuestiones en torno a la eutanasia*, en: *Saberes: Revista de Estudios Jurídicos, Económicos y Sociales* 1 (2003), 1-29.

PEÑA Y GONZALO, Lorenzo: *Derecho a la vida y eutanasia ¿acortar la vida o acortar la muerte?*, en: *AFD* 15 (1998), 13-30.

PÉREZ SÁNCHEZ, Elías: *La diferencia entre “matar” y “dejar morir” y su repercusión en el debate contemporáneo sobre la eutanasia*, *Recerca: Revista de Pensament i Anàlisi* 4 (2004), 125-136.

POSTIGO SOLANA, Elena: v. GONZÁLEZ GONZÁLEZ, Ana Marta/POSTIGO SOLANA, Elena/AULESTIARTE JIMÉNEZ, Susana.

PRIETO SERRANO, David: *¿Derecho a una muerte digna? Opiniones y actitudes de los residentes en España sobre la atención a pacientes con enfermedad en fase terminal*, Encrucijadas: RCCS 10 (2015), 1-3.

QUEIPO BURÓN, Daniel: v. MARTÍNEZ LEÓN, María de las Mercedes/ASENSIO VILLAHOZ, Paula/MARTÍNEZ LEÓN, Camino/TORRES MARTÍN, Henar/QUEIPO BURÓN, Daniel.

QUIJADA GONZÁLEZ, Cristina/TOMÁS Y GARRIDO, Gloria María: *Testamento vital: conocer y comprender su sentido y significado*, en: Persona y Bioética 2 (2014), 138-152.

QUINTERO OLIVARES, Gonzalo: en: QUINTERO OLIVARES (dir.)/MORALES PRATS, Fermín (coord.), *Comentarios al Código penal español*, 10ª, Aranzadi, Cizur Menor (Navarra), 2016.

REQUENA MEANA, Pablo: *El diagnóstico de muerte cerebral*, en: Persona y Bioética 2 (2009), 128-136.

RESTREPO ESPINOSA, María Helena: *Cuidado paliativo: una aproximación a los aspectos éticos en el paciente con cáncer*, en: Persona y Bioética 2 (2005), 6-45.

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

- *El debate de la eutanasia y el suicidio asistido en perspectiva comparada. Garantías de procedimiento a tener en cuenta ante su eventual despenalización en España*, en: RDP 71-72 (2008), 437-477.

RODRÍGUEZ ARIAS, David: *Una muerte razonable. Testamento vital y eutanasia*, Ética aplicada, Bilbao, 2005.

ROMEO CASABONA, Carlos María: *El derecho y la bioética ante los límites de la vida humana*, Centro de estudios Ramón Arece, Madrid, 1994.

- En: ROMEO CASABONA/SOLA RECHE, Esteban/BOLDOVA PASAMAR, Miguel Ángel (coords.), *Derecho penal: Parte especial*, Comares, Granada, 2016.

ROYES, Albert: *La eutanasia y el suicidio médicamente asistido*, en: *Psicooncología: Investigación y Clínica Biopsicosocial en Oncología* 2-3 (2008), 323-337.

RUIZ MIGUEL, Alfonso, *Autonomía individual y derecho a la propia muerte*, en: MENDOZA BUERGO, Blanca: *Autonomía personal y decisiones médicas. Cuestiones éticas y jurídicas*, Thomson, 2010, 221-254.

- *Autonomía individual y derecho a la propia muerte*, en: *REDC* 89 (2010), 11-43.

SÁNCHEZ FERNÁNDEZ DE LA VARGA, Carlos: v. GARCÍA SOTO, Luis Modesto/SÁNCHEZ FERNÁNDEZ DE LA VARGA, Carlos.

SEMPERE, Eva María: *El derecho a una vida digna hasta el final: suicidio y eutanasia*, en: *Araucaria: RIFPH* 3 (2000), 15-24.

SERRANO RUIZ-CALDERÓN, José Miguel: *La eutanasia*, Ediciones internacionales universitarias, Madrid, 2007.

- *Sobre la injusticia de la eutanasia. El uso de la compasión como máscara moral. Referencia a nuevos documentos bioéticos*, en: *Persona y Bioética* 2 (2013), 168-186.

SILLERO FERNÁNDEZ DE CAÑETE, José María: *Reflexiones sobre la eutanasia*, en: *Seminario medico* 47, núm. 2 (1995), 25-32.

SIMÓN LORDA, Pablo/BARRIO CANTALEJO, Inés María: *La eutanasia en Bélgica*, en: *RESP* 1 (2012), 5-19.

SUÁREZ LLANOS, Leonor: *La ley de la muerte, eutanasia, éticas y derechos*, en: *AFD* 28 (2012), 323-371.

TARODO SORIA, Salvador: *Libertad de conciencia y derechos del usuario de los servicios sanitarios*, Argitalpen zerbitzua, Gipuzkoa, 2005.

TOMÁS VALIENTE LANUZA, Carmen: *La regulación de la eutanasia en Holanda*, en: ADPCP 1997, 293-322.

- *La disponibilidad de la propia vida en el derecho penal*, Centro de estudios políticos y constitucionales, Madrid, 1999.

- *La cooperación al suicidio y la eutanasia en el nuevo CP (art.143)*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2000.

- *La regulación de la eutanasia activa solicitada en el Código Penal español*, en: GÓMEZ TOMILLO, Manuel (dir.), *Aspectos médicos y jurídicos del dolor, la enfermedad terminal y la eutanasia*, Unión Editorial, Madrid, 2008, 151-157.

- En: GÓMEZ TOMILLO, Manuel (dir.), *Comentarios prácticos al código penal, tomo II*, Aranzadi, Navarra, 2015.

TOMÁS Y GARRIDO, Gloria María: *Mar Adentro*, en: *Persona y Bioética* 22-23 (2004), 82-87.

- V. QUIJADA GONZÁLEZ, Cristina/TOMÁS Y GARRIDO, Gloria María.

TORÍO LÓPEZ, Ángel: *Investigación y auxilio al suicidio, homicidio consentido y eutanasia como problemas legislativos*, en: *EPCrim* 4 (1980), 169-202.

- *Reflexión crítica sobre el problema de la eutanasia*, en: *EPCrim* 14 (1990), 217-245.

TORRES MARTÍN, Henar: v. MARTÍNEZ LEÓN, María de las Mercedes/ASENSIO VILLAHUZ, Paula/MARTÍNEZ LEÓN, Camino/TORRES MARTÍN, Henar/QUEIPO BURÓN, Daniel.

VIELVA ASEJO, Julio: *La eutanasia y el debate entre matar y dejar morir*, en: RCHS 113 (2000), 397-425.

ZAPPALÁ, Francesco: *Declaraciones anticipadas del tratamiento*, en: Criterio Jurídico 1 (2008), 243-266.

1. WEBGRAFÍA

<https://marcosbreuer.wordpress.com/2015/05/13/eutanasia-en-la-obra-de-francis-bacon/>
(consultado el 19/02/17).

<http://dle.rae.es/?id=H7n2lXw> (consultado el 20/02/17).

<https://www.boe.es/boe/dias/1989/08/10/pdfs/T00002-00023.pdf> (consultado el 14/03/17).

<http://www.elmundo.es/madrid/2016/11/09/5821ff36e2704e9b678b461f.html>
(consultado el 14/03/17).

<http://www.elmundo.es/salud/2017/04/06/58e612d7268e3e80198b4613.html>
(consultado el 14/03/17).

http://www.eldiario.es/sociedad/Congreso-propuesta-Unidos-Podemos-eutanasia_0_624687864.html (consultado el 22/03/17).

<http://hj.tribunalconstitucional.es/es/Resolucion/Show/4690> (consultado el 27/04/17).

[http://www.eutanasia.ws/documentos/Leyes/Internacional/\[TRADUCCIÓN\]%20Holanda%20-%20Ley%20de%20terminación%20de%20la%20vida%20a%20petición%20propia%20y%20sucidio%20asisitado%20-%20abril%202001.pdf](http://www.eutanasia.ws/documentos/Leyes/Internacional/[TRADUCCIÓN]%20Holanda%20-%20Ley%20de%20terminación%20de%20la%20vida%20a%20petición%20propia%20y%20sucidio%20asisitado%20-%20abril%202001.pdf) (consultado el 01/05/17).

<http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/etica-bioetica-y-legislacion/otros-recursos-1/Ley%20Holandesa%202001.pdf> (consultado el 01/05/17).

<http://www.rsc.ca/en> (consultado el 03/05/17).

<https://scc-csc.lexum.com/scc-csc/scc-csc/en/item/14637/index.do> (consultado el 04/05/17).

<http://www.larazon.es/sociedad/belgica-aprueba-la-eutanasia-infantil-XC5499231#.Tt1tj3EhBngmuy> (consultado el 05/05/17).

http://www.abc.es/hemeroteca/historico-21-01-2003/abc/Sociedad/una-organizacion-suiza-facilita-el-suicidio-de-un-enfermo-britanico_156961.html (consultado el 10/05/17).

http://www.eutanasia.ws/nombres/ramon_sampedro.html (consultado el 12/05/17).