

LA REFORMA DEL ARTÍCULO 143 DEL CÓDIGO PENAL POR LA LEY ORGÁNICA, DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA, ¿LA DESPENALIZACIÓN DE LA EUTANASIA, “POR FIN”? ¹

Por

PASTORA GARCÍA ÁLVAREZ
Profesora Titular del Área de Derecho penal
Universidad Pablo de Olavide, de Sevilla

prgaralv@upo.es

Revista General de Derecho Penal 35 (2021)

RESUMEN: La recientemente aprobada Ley Orgánica, de regulación de la eutanasia, procede a modificar el apartado 4 del artículo 143 del Código penal, al que incorpora -además- un nuevo apartado 5 en el que se despenalizan las causaciones o cooperaciones activas a la muerte de otra persona cuando ésta cumple una serie de requisitos y la conducta se realiza siguiendo el procedimiento establecido en dicha Ley. La importancia de los términos en los que se redacta esta Ley, determinantes para que estas conductas salgan del ámbito de lo penalmente relevante, hacen imprescindible, por tanto, un análisis pormenorizado de la misma.

PALABRAS CLAVE: eutanasia, suicidio asistido, prestación de ayuda a morir, derecho a morir, artículo 143 del Código penal.

SUMARIO: I. Introducción. II. Antecedentes de la Ley Orgánica, de regulación de la eutanasia. 1. La Proposición de Ley Orgánica 122/000020, de 31 de enero de 2020, de regulación de la eutanasia. 2. Análisis comparativo de las tres proposiciones de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia. Diferencias entre la PLO-2018 y la PLO-2020. 3. Enmiendas incorporadas a la PLO-2020 tras el Pleno del Congreso de 17 de diciembre de 2020. 4. Enmiendas incorporadas tras el Pleno del Senado de 10 de marzo de 2021. III. Hipótesis en las que se puede encontrar una persona inmersa en la tramitación de la prestación de la ayuda a morir. IV. Valoración global de la Ley Orgánica, de regulación de la eutanasia. 1. Requisitos de la persona solicitante. 2. Procedimiento para la realización de la prestación de la ayuda para morir. 3. Garantía real de igualdad en la prestación de la ayuda para morir. 4. La importancia de contar con medios paliativos adecuados. La voluntariedad y el carácter libre de la decisión. V. La reforma del artículo 143 de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código penal. VI. Consideraciones finales. VII. Bibliografía citada.

THE REFORM OF ARTICLE 143 OF THE CRIMINAL CODE BY THE ORGANIC LAW REGULATING EUTHANASIA, THE DEPENALIZATION OF EUTHANASIA, "AT LAST"?

¹ Este trabajo ha sido realizado como miembro del Grupo de Investigaciones en Ciencias Penales y Criminología (GICPC) SEJ 047.

ABSTRACT: The recently approved Organic Law, regulating euthanasia, proceeds to modify section 4 of article 143 of the Criminal Code, to which it also incorporates a new section 5 in which causation or active cooperation in the death of another is decriminalized person when it meets a series of requirements and the conduct is carried out following the procedure established in said Law. The importance of the terms in which this Law is drawn up, which are decisive for these conducts to leave the scope of the criminally relevant, make it essential, therefore, a detailed analysis of it.

KEYWORDS: Euthanasia, Assisted Suicide, Death Aid Provision, Right to die, Article 143, of the Criminal Code.

I. INTRODUCCIÓN ²

El pasado 18 de marzo de 2021 se ha aprobado en el Pleno del Congreso de los Diputados el texto definitivo de la Ley Orgánica, de regulación de la eutanasia, conforme a la cual se introduce en el Ordenamiento jurídico español la eutanasia como un nuevo derecho individual, entendiendo por ésta "la actuación que produce la muerte de una persona de forma directa e intencionada mediante una relación causa-efecto única e inmediata, a petición informada, expresa y reiterada en el tiempo por dicha persona, y que se lleva a cabo en un contexto de sufrimiento debido a una enfermedad o padecimiento incurable que la persona experimenta como inaceptable y que no ha podido ser mitigado por otros medios" .

Como puede comprobarse -si se ha seguido toda la tramitación parlamentaria seguida por esta disposición hasta su aprobación-³, no hay duda de que ésta ha ido obteniendo en las distintas fases de la misma, un amplio respaldo parlamentario.

En efecto, la proposición de Ley Orgánica 122/000020, de regulación de la eutanasia (a partir de ahora PLO-2020), de 31 de enero de 2020, sometida a toma en consideración el martes, 11 de febrero, fue aprobada por el Pleno del Congreso con amplia mayoría (203 votos a favor; 140 votos en contra; y 2 abstenciones). El 10 de septiembre de 2020 superó las enmiendas a su totalidad presentadas por el Grupo

² Abreviaturas usadas: AMM: Asociación Médica Mundial, art./s.: artículo/s; BBVA: Banco Bilbao Vizcaya Argentaria; CDJ: Cuadernos de Derecho Judicial; Cfr.: Confróntese; CGPJ: Consejo General del Poder Judicial; CIS: Centro de investigaciones sociológicas; Coord./s.: Coordinador/es; Cp: Código penal; Dir.: Director; DMD: Asociación derecho a morir dignamente; edic.: edición; ELA: Esclerosis lateral amiotrófica; etc.: etcétera; FJ: Fundamento Jurídico; LO: Ley Orgánica; nº: número; ob. ut. cit.: última obra citada; p./pp.: página/s.; por ej.: por ejemplo; PP: Partido Popular; PLO-2018: Proposición de Ley Orgánica 122/000239, de regulación de la eutanasia, de 21 de mayo de 2018; PLO-2019: Proposición de Ley Orgánica 122/000033, de regulación de la eutanasia, de 30 de julio de 2019; PLO-2020: Proposición de Ley Orgánica 122/000020, de regulación de la eutanasia, de 31 de enero de 2020; PSOE: Partido socialista obrero español; s./ss.: siguiente/s.; STC: Sentencia del Tribunal Constitucional.

³ Para más detalles, cfr. Proposición de Ley Orgánica, de regulación de la eutanasia. XIV Legislatura. Disponible en:

<https://www.senado.es/web/actividadparlamentaria/iniciativas/detalleiniciativa/index.html?legis=14&id1=624&id2=000002> (última consulta 19/03/2021).

Parlamentario Popular y VOX, respectivamente^{4/5}. Y el 10 de diciembre de 2020, la Comisión de Justicia del Congreso aprobó por mayoría el Informe de la Ponencia, nuevamente con exclusivamente los votos en contra de los ponentes de los Grupos Parlamentarios Popular en el Congreso y VOX. El 17 de diciembre se aprobó en el Pleno del Congreso de los Diputados el texto de la PLO-2020, con las enmiendas previamente aceptadas⁶, y el Dictamen emitido por la Comisión de Justicia con la incorporación de las correcciones técnicas efectuadas por ciertos grupos parlamentarios, con 198 votos a favor, 138 en contra y 2 abstenciones. Con ello terminaba su primera fase de tramitación parlamentaria. En el Senado, al que tuvo entrada el 29 de diciembre de 2020, le fueron presentadas tres vetos y 254 enmiendas. Tras el rechazo de dos de los vetos presentados (ya que el tercero fue retirado), la retirada de diversas enmiendas y el correspondiente debate, se aprobó por una amplia mayoría -19 votos frente a 10- el Informe de la Ponencia el 25 de febrero, del que se da traslado a la Comisión de Justicia, que acepta como Dictamen el texto propuesto por la misma, con las enmiendas parciales en él incorporadas. Pocos días después, el 10 de marzo, el Pleno del Senado aprobó el Dictamen de la Comisión de Justicia sin introducir modificaciones en el mismo, por 155 votos a favor, 100 en contra y 3 abstenciones⁷. Las enmiendas aprobadas en el Senado y el correspondiente mensaje motivado fueron remitidos al Congreso para su aprobación definitiva, cosa que tuvo lugar el 18 de marzo de 2021. La votación de conjunto de la Proposición de Ley Orgánica, de regulación de la eutanasia, resultó con 202 votos a favor, 141 votos en contra y 2 abstenciones.

⁴ En concreto, superó la votación de la enmienda a la totalidad del texto, presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso, con el siguiente resultado: votos emitidos, 348; a favor, 143; en contra, 203; abstenciones, 2. Y la votación a la enmienda a su totalidad presentada por el grupo parlamentario VOX, terminó con el siguiente resultado: votos emitidos, 348; a favor, 143; en contra, 204; abstenciones, 1.

⁵ Ambos grupos parlamentarios propusieron, como alternativa a la misma, la mejora de la regulación de los cuidados paliativos, pero no llegaron a obtener el apoyo necesario de la Cámara. De hecho, ambas propuestas fueron rechazadas de plano por una de las diputadas socialista que sostuvo en el debate parlamentario que “la presentación por parte de ambas formaciones políticas de normas para regular los cuidados paliativos es una estrategia para «tergiversar el debate», ya que los cuidados paliativos forman parte del Sistema Nacional de Salud desde el año 2006” https://www.abc.es/sociedad/abci-congreso-aprueba-seguir-adelante-ley-eutanasia-202009101413_noticia.html (última consulta 03/11/2020). A los cuidados paliativos ofrecidos por nuestro Sistema Nacional de Sanidad me referiré *infra* en un epígrafe independiente.

⁶ Todas las Enmiendas planteadas en el Congreso de los Diputados a la PLO-2020, fueron publicadas en el Boletín oficial de las Cortes Generales (nº 46-4) el 4 de noviembre de 2020.

⁷ Boletín oficial de las Cortes Generales. Senado, de 13 de marzo de 2021.

Esta Ley Orgánica entrará en vigor, tal y como se dispone en su Disposición final cuarta (con la salvedad de su artículo 17⁸), a los tres meses de su completa publicación en el Boletín Oficial del Estado, es decir, en el mes de junio de 2021.

Hasta entonces, la normativa vigente en la materia es la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, de Autonomía del Paciente⁹, que únicamente reconoce el derecho a no recibir tratamientos que alarguen la vida de los pacientes, pero en ningún caso permite que un tercero actúe para ayudarlos a morir¹⁰. En esta misma línea se mueven también las leyes de muerte digna que existen en algunas comunidades autónomas¹¹. Leyes todas ellas que habrá que entender quedarán derogadas en todo aquello en lo que se contradigan u opongan a lo que se establece en la nueva Ley Orgánica, de regulación de la eutanasia¹².

Ahora bien, con independencia de que, a partir de ahora, vaya a ser una posibilidad real el que los españoles podamos poner término a nuestras vidas si se dan ciertas circunstancias, con la ayuda e incluso colaboración ejecutiva -impune- de los facultativos, a la vista de las noticias habidas durante todo el tiempo que ha durado la tramitación de esta disposición, puede concluirse que la regulación otorgada a la práctica de la

⁸ Artículo 17 que, tras las enmiendas incorporadas en el Senado, entrará en vigor al día siguiente de su publicación. Previsión ésta de suma importancia y a valorar positivamente ya que este artículo es el que dispone que las Comisiones de Garantía y Evaluación habrán de crearse en el plazo de tres meses, pero -como vemos- a partir de la entrada en vigor de este artículo, debiendo estar constituidas, por tanto, cuando el resto de la Ley adquiera su plena vigencia.

⁹ 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.

¹⁰ En concreto, de esta Ley me parecen destacables sobre esta materia, por ejemplo: en primer lugar, el apartado 3 del artículo 2, en el que se señala que el paciente tiene derecho a decidir libremente entre las opciones clínicas disponibles. En segundo lugar, el apartado 4 del artículo 2, que dispone que el paciente tiene derecho a negarse al tratamiento. Y, finalmente, el artículo 11, que regula el testamento vital (bajo la denominación de instrucciones previas), y lo define como aquel documento que tiene por objeto dejar constancia escrita de la voluntad del paciente sobre los cuidados y tratamientos que desea recibir en caso de que llegue a una situación en la que no pueda expresarse.

¹¹ La primera, de hecho, fue la Ley andaluza 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte. A la que han seguido otras muchas (a las que la andaluza sirvió de paradigma en opinión de SUÁREZ LLANOS (2012), p. 335), como la de Aragón: Ley 10/2011, de 24 de marzo, de Derechos y Garantías de la persona en proceso de morir y de la Muerte; la de Navarra: Ley Foral 8/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte; Canarias: Ley 1/2015, de 9 de febrero, de Derechos y Garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida; Baleares: Ley 4/2015, de 23 de marzo, de Derechos y Garantías de la persona en el proceso de morir; Galicia: Ley 5/2015, de 26 de junio, de derechos y garantías de las personas enfermas terminales; Euskadi: Ley 11/2016, de 8 de julio, de garantía de los derechos y de la dignidad de las personas en el proceso final de su vida; Madrid: Ley 4/2017, de 9 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte; Asturias: Ley 5/2018, de 22 de junio, sobre Derechos y Garantías de la dignidad de las personas en el proceso del final de la vida; o la de la Comunidad Valenciana: Ley 16/2018, de 28 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de atención al final de la vida.

¹² Tal y como se dispone en su Disposición derogatoria única.

eutanasia no ha sido recibida de forma unánime ni por los juristas, ni por el personal sanitario ni, en definitivas cuentas, por el conjunto de la sociedad española¹³.

De hecho, la admisibilidad de la eutanasia ha sido durante años una cuestión que ha trascendido al ámbito de lo jurídico, siendo objeto de debate no sólo, por supuesto, en el ámbito sanitario, sino también a nivel puramente social. En ese debate multisectorial, la eutanasia ha sido invocada, por unos, como un “nuevo derecho”¹⁴ e, incluso, como un “derecho fundamental”¹⁵, mientras que para otros es una “aberración”¹⁶ y no debe(debía) dejar de ser, en todo caso, un hecho constitutivo de delito¹⁷. Y durante la tramitación de la PLO-2020 y tras la reciente aprobación de la Ley Orgánica, de regulación de la eutanasia, este debate no ha perdido -como decía- un ápice de actualidad.

En principio, el término eutanasia, de origen griego, tiene hasta, podríamos decir, un significado bonito, ya que equivale a “buena muerte”¹⁸, como se recoge en el mismo Preámbulo de esta Ley. El problema radica en que, dado el uso que de este término se hizo en el régimen nazi de Hitler para designar su política de exterminio de enfermos y deficientes mentales, siempre han existido ciertas reticencias a su uso¹⁹. Y desde luego, tradicionalmente ha habido -y sigue habiendo- un temor innegable en parte de la sociedad española de que la legalización de la eutanasia sea simplemente un medio para aliviar el coste y la carga que, para sus familias, y para las arcas públicas representan, en ocasiones, los ancianos y los enfermos²⁰.

¹³ Para comprobarlo, basta con acudir a las distintas noticias publicadas sobre la eutanasia durante este período de tiempo en los principales periódicos del país. Por ejemplo, <https://www.abc.es/sociedad/eutanasia/>;

<https://www.elmundo.es/t/eu/eutanasia.html>;

<https://elpais.com/noticias/eutanasia/>.

¹⁴ MARÍN OLALLA, (2018), <https://www.gacetasanitaria.org/es-la-eutanasia-un-derecho-del-articulo-S0213911118300694> (última consulta 18/10/2020).

¹⁵ CAMBRÓN, (2020), <https://derechoamorir.org/2020/08/24/la-eutanasia-derecho-fundamental/> (última consulta 18/10/2020).

¹⁶ GARCÍA HERNÁNDEZ, (2018), <https://www.elindependiente.com/politica/2018/06/30/jose-ramon-garcia-hernandez-la-eutanasia-es-una-aberracion/> (última consulta 18/10/2020).

¹⁷ PÉREZ, (2019), <http://www.despiertainfo.com/2019/04/07/eutanasia-el-otro-gran-crimen-legalizado-que-ansian-las-elites/> (última consulta 18/10/2020).

¹⁸ Sobre el concepto eutanasia pueden consultarse en el ámbito específico del Derecho penal, entre otros muchos: DÍEZ RIPOLLÉS, (1995), p. 83; LANDROVE DÍAZ, (1998); y PÉREZ PÉREZ, (1995), p. 73. La realidad es, como argumentan DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO/BARBER BURUSCO, que existen múltiples conceptos y clasificaciones de las conductas eutanásicas (2012, p. 122).

¹⁹ Así por ejemplo en Alemania durante mucho tiempo y con la finalidad de eliminar las connotaciones hitlerianas del concepto, en vez de emplearse el término “Euthanasie”, se usaba el de “Sterbehilfe” (en este sentido, cfr. SILVA SÁNCHEZ, (1987), pp. 44 y 46).

²⁰ Como pone de manifiesto ROSILLO: “No se puede descartar la presión que eventualmente pueden efectuar los familiares del paciente, insistiendo en el grave sufrimiento psicológico, de tal

El apoyo a la legalización de la eutanasia en nuestro país se venía argumentado, desde hace años por algunos sectores²¹, con el apoyo de los datos ofrecidos por distintos análisis estadísticos.

Por ejemplo, el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) preguntó expresamente por la eutanasia en un estudio de 2009 sobre "Atención a pacientes con enfermedades en fase terminal". A la pregunta (nº 37) "¿Cree usted que en España debería regularse por ley la eutanasia?", el 58,4 % contestó "Sí, con toda seguridad" y un 15,2 % "Creo que sí, pero no estoy totalmente seguro". Posteriormente, conforme a los resultados ofrecidos por BARÓMETRO SANITARIO, 2011 (Tercera oleada) Estudio nº 2.916, realizado del 24 al 31 de Octubre 2011, a la pregunta nº 31 -en la que se recababa, de forma inequívoca, la opinión de los entrevistados a la regulación del derecho de las personas a una muerte digna-, de un total de 2589 entrevistados, el 78% respondió de forma afirmativa (cifra que se corresponde, exactamente, con 2021 de los entrevistados)²². Y según los datos ofrecidos por Metroscopia, en una encuesta de febrero de 2017, a la pregunta ¿cree usted que un enfermo incurable tiene derecho a que los médicos le proporcionen algún producto para poner fin a su vida sin dolor?, el 84

forma que el interesado llegue a la conclusión de que el único remedio existente es la eutanasia. Todo con el censurable ánimo de recibir tempranamente la herencia. O evitar que el futuro finado incurra en gastos médicos considerables que reduzcan ostensiblemente el patrimonio a heredar" (2020), <https://www.ieb.es/la-eutanasia-y-su-futura-regulacion/> (última consulta 02/11/2020). Así también, PÉREZ, (2019), <http://www.despiertainfo.com/2019/04/07/eutanasia-el-otro-gran-crimen-legalizado-que-ansian-las-elites/>(última consulta 18/10/2020). En este sentido se manifiesta también el partido de Santiago Abascal, quien ha sostenido que la ley del PSOE es "ideológica y economicista" porque hará que al Estado "ahorre en gastos sanitarios públicos" y comparte las posiciones de la Conferencia Episcopal y del Foro de la Familia que han criticado que se priorice aprobar las que han calificado como "leyes de la muerte" (<https://www.65ymas.com/sociedad/ley-eutanasia-aprobacion-primer-paso-congreso-ahora-que-12612-102.html>) (última fecha de consulta 02/11/2020). ROSILLO se atreve a afirmar, incluso, lo siguiente: "Para finalizar, aun siendo este un comentario políticamente incorrecto, habría que plantearse si la implantación de esta figura pudiera tener otras finalidades, ya que, en un contexto de quiebra técnica del sistema público de pensiones y aumento imparable de la esperanza de vida, la eutanasia podría suponer un considerable ahorro para las arcas públicas" (2020), <https://www.ieb.es/la-eutanasia-y-su-futura-regulacion/>, (última consulta, 28 de noviembre de 2020).

²¹ Si bien puede decirse que la lucha en nuestro país por la legalización de la eutanasia ha estado tradicionalmente encabezada por la Asociación Derecho a Morir Dignamente (DMD), fundada en 1984, que ha impulsado diferentes iniciativas a nivel municipal, autonómico y estatal en defensa del derecho a morir con dignidad. Esta asociación ha apoyado y, visibilizado, casos como el del tetrapléjico Ramón Sampederro —que consiguió morir en 1998 gracias a la ayuda de otra persona— o el de Luis de Marcos —enfermo de esclerosis múltiple y fallecido en 2017 después de años reclamando una muerte digna—. En el último año, además, familiares y afectados por la actual legislación de la muerte digna han visibilizado sus causas a través de la plataforma Change.org, llevando al Congreso hasta un millón de firmas para despenalizar esta práctica. <https://www.newtral.es/la-ley-de-eutanasia-vuelve-al-congreso-preguntas-y-respuestas/20200211/>, (última consulta 18/10/2020).

²² Centro de Investigaciones Sociológicas, http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=13424 (última consulta 18 de octubre de 2020).

% de los entrevistados respondió en sentido afirmativo²³. Más recientemente aún, según se refleja en el Estudio Europeo de Valores BBVA de 2019, más del 70% de la población española aprobaba acelerar la muerte con ayuda médica a enfermos en la fase terminal de una enfermedad incurable y que hubieran expresado su voluntad de no seguir viviendo²⁴.

Ahora bien, los resultados ofrecidos por estas mismas encuestas también han sido objeto de cuestionamientos, entendiéndose que han sido usados de forma tergiversada. Así, por ejemplo, fuentes del Grupo Parlamentario Popular consultadas por EFE en el año 2020, argumentaron que “no se puede sostener que la mayoría de los españoles está a favor de la eutanasia cuando han transcurrido «nada menos que 11 años» desde la encuesta del CIS de 2009 y en la de 2011 no se preguntaba siquiera por eutanasia, sino por «muerte digna»²⁵. Es más, esas mismas fuentes se planteaban a continuación lo siguiente: “¿Cómo no iba a haber con esa pregunta casi un 80 % de encuestados a favor? Lo raro sería que no fuese el 100 %”, resaltando que “la sociedad está a favor de la muerte digna, no de la eutanasia”, porque “muerte digna no tiene nada que ver con la eutanasia”²⁶.

Pero, sea como fuere, la cuestión es que la práctica de la muerte a petición -en el ámbito médico- siempre que se den ciertos requisitos, se cumplan ciertas condiciones y se sigan ciertos trámites, es ya una realidad en nuestro sistema jurídico. Con lo que pasamos a convertirnos en el sexto país del mundo en regular la eutanasia. Esta legalización y regularización de la eutanasia conlleva, consecuentemente, la modificación del artículo 143 del Código penal.

Pues bien, ya que la admisibilidad de la práctica de la eutanasia no ha sido unánimemente recibida y hay una reforma penal que despenaliza conductas con las que se pone término a una vida humana, dedico este trabajo a un estudio profundo de esta nueva Ley Orgánica, en el que, partiendo de los antecedentes habidos en la materia, y

²³ Metroscopia <https://metroscopia.org/muerte-digna/>. Y según se recoge en dicho informe, en un análisis de los resultados obtenidos por edad, creencias religiosas y sentido del voto, hay “un elevado porcentaje que refleja la transversalidad de este apoyo a la denominada muerte digna en el conjunto de la población española. Mucho más extendido entre los más jóvenes (90% entre los menores de 35 años) pero es ampliamente mayoritario entre los más mayores (74% entre los de 65 y más años); cuenta con mayor amplitud entre los votantes de Unidos Podemos (96%), PSOE (91%) y Ciudadanos (89%) que en entre los del PP (66%), pero, en todo caso, entre los populares, es mayoritario” (última consulta 18 de octubre de 2020).

²⁴ https://www.fbbva.es/wp-content/uploads/2019/10/Presentacion_Estudio_Valores_Esfera_Privada_2019.pdf (última consulta, 02/11/2020).

²⁵ El Diario.es de 14 de febrero de 2020, https://www.eldiario.es/sociedad/pruebas-mayoria-espanoles-rechace-eutanasia_1_1131705.html, (última consulta 18 de octubre de 2020).

²⁶ El Diario.es de 14 de febrero de 2020, https://www.eldiario.es/sociedad/pruebas-mayoria-espanoles-rechace-eutanasia_1_1131705.html, (última consulta 18 de octubre de 2020).

sin perder de vista la evolución de esta disposición durante su tramitación parlamentaria, pretendo clarificar cuál es la secuencia de los acontecimientos cuando una persona solicita la prestación de la ayuda para morir, qué requisitos han de cumplirse para ello, en qué consisten las prácticas que se autorizan y cuál es el papel que juegan las distintas figuras que intervienen durante su tramitación. Además, quiero reflexionar sobre el papel e importancia que tienen los cuidados paliativos en la tramitación de la prestación de la ayuda para morir²⁷ y si queda garantizada la práctica de la eutanasia -en condiciones de igualdad- en todo el territorio nacional. De forma independiente analizaré la nueva redacción que recibe el artículo 143 del Código penal en esta materia. Para terminar, expondré mis consideraciones sobre, por un lado, el texto global de la Ley Orgánica, de regulación de la eutanasia y, por otro, sobre la reforma de la previsión todavía vigente al respecto en el artículo 143 del Código penal.

II. ANTECEDENTES DE LA LEY ORGÁNICA, DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA

1. La Proposición de Ley Orgánica 122/00020, de 31 de enero de 2020, de regulación de la eutanasia

La LPO-2020, germen de la reciente Ley Orgánica, de regulación de la eutanasia, constituye el tercer intento que ha llegado al Congreso de los Diputados, en menos de dos años, para tratar de legalizar la eutanasia.

Pero antes incluso de eso, el 30 de enero de 2017, el Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea presentó en el Pleno su Proposición de Ley Orgánica sobre la eutanasia. La abstención del PSOE y Ciudadanos, junto al voto en contra del PP, provocaron que dicha ley ni siquiera fuese admitida a trámite²⁸.

La primera Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia fue, pues, la 122/000239, presentada por el grupo parlamentario socialista, publicada en el Boletín oficial de las Cortes Generales el 21 de mayo de 2018, y admitida a trámite en el mes de junio (a partir de ahora, PLO-2018). Sin embargo, el bloqueo parlamentario impidió que esta Ley saliera adelante. En efecto, en marzo de 2019, Pedro Sánchez anunciaba la disolución de la XII legislatura y la convocatoria de elecciones para abril de ese mismo

²⁷ Y es que uno de los argumentos esgrimidos en contra de su admisibilidad ha sido el que la regularización de la misma se ofrezca como una alternativa a la existencia de unos cuidados paliativos adecuados, al ser la primera mucho más barata que los segundos. Evidentemente, la eutanasia y los cuidados paliativos son dos cosas claramente distintas, pero no creo -como argumentaré- que la admisibilidad de una deba estar desvinculada de la existencia de los otros.

²⁸ http://www.congreso.es/public_oficiales/L12/CONG/BOCG/B/BOCG-12-B-77-1.PDF, (última consulta 18 de octubre de 2020).

año, por lo que el 27 de marzo de 2019 dicha propuesta decayó, al ser declarada caduca (BOCG. Congreso de los Diputados Núm. D-519 de 27/03/2019)²⁹.

El 19 de julio de 2019 el grupo parlamentario socialista procedió a registrar su segunda proposición de ley sobre la materia. La que sería la Proposición de Ley Orgánica 122/000033, de regulación de la eutanasia, fue publicada el 30 de julio de 2019 (a partir de ahora PLO-2019). En esta ocasión, el Congreso de los Diputados admitió a trámite la proposición de Ley del Grupo Socialista para regular la eutanasia, tras el respaldo verbal en el Pleno de todos los grupos políticos, con excepción de los de PP y VOX, el 11 de septiembre de 2019. Pero, nuevamente, la posterior tramitación de la norma se vio truncada por los adelantos electorales. La convocatoria electoral de abril de 2019 impidió, pues, completar su tramitación³⁰.

Dado que el germen, como decía, de la reciente Ley Orgánica, de regulación de la eutanasia, lo constituye la PLO-2020, continuación en cierto modo de las PLO-2018 y PLO-2019, al ser todas ellas proposiciones de Leyes Orgánicas presentadas por el Grupo Parlamentario Socialista, considero interesante efectuar un somero análisis comparativo de las tres proposiciones de Ley Orgánica, antes de referirme a las enmiendas -tanto del Congreso como del Senado- finalmente admitidas e incorporadas a la Proposición de Ley Orgánica, de regulación de la eutanasia, que pasan, pues, a integrar el texto de la Ley Orgánica definitivamente aprobado.

2. Análisis comparativo de las tres Proposiciones de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia. Diferencias entre la PLO-2018 y la PLO-2020.

Si leemos detenidamente el texto de las tres proposiciones de Ley Orgánica, de regulación de la eutanasia, podemos hacer la siguiente síntesis:

Los textos de las PLO-2019 y PLO-2020 son (o mejor dicho, *eran* antes de que se incorporaran ciertas enmiendas a la de 2020), literalmente, coincidentes, pero ambos dos presentan diferencias respecto a la PLO-2018.

Resulta curioso que, según el grupo parlamentario socialista, la PLO-2019 (y, consecuentemente la PLO-2020), presentara tan solo -en su consideración- "ligeros

²⁹ La tramitación seguida por esta iniciativa puede verse en:

http://www.congreso.es/portal/page/portal/Congreso/Congreso/Iniciativas?_piref73_2148295_73_1335437_1335437.next_page=/wc/servidorCGI&CMD=VERLST&BASE=IW12&FMT=INITXDSS.fm&t&DOCS=1-1&DOCORDER=FIFO&OPDEF=ADJ&QUERY=%28122%2F000239*.NDOC.%29, (última consulta 18 de octubre de 2020).

³⁰ La tramitación seguida por esta iniciativa está disponible en:

http://www.congreso.es/portal/page/portal/Congreso/Congreso/Iniciativas?_piref73_2148295_73_1335437_1335437.next_page=/wc/servidorCGI&CMD=VERLST&BASE=IW13&FMT=INITXDSS.fm&t&DOCS=1-1&DOCORDER=FIFO&OPDEF=ADJ&QUERY=%28122%2F000033*.NDOC.%29, (última consulta 18 de octubre de 2020).

cambios” con la proposición registrada por el PSOE en el año 2018, cambios que indicaban respondían a motivos “técnicos”³¹, cuando algunos de los cambios conllevan diferencias sustanciales tanto en el ámbito de aplicación (en cuanto, por ejemplo, a las personas que -con arreglo a ella- pueden solicitar la eutanasia), como en la tramitación para ello. Pero, vayamos por partes.

A continuación, voy a intentar resumir los cambios que me han parecido más significativos, introducidos entre la Proposición de Ley Orgánica -digamos- “original” y las dos siguientes, a cuyos textos completos, para más detalles, me remito.

En primer lugar, con independencia del contenido, hay cambios estructurales y sistemáticos. Así la primera PLO-2018 constaba de cinco capítulos, cinco disposiciones adicionales y tres disposiciones finales; mientras que las dos siguientes PLO-2019 y PLO-2020, de cinco capítulos, dos disposiciones adicionales, una disposición transitoria, una disposición derogatoria y cuatro disposiciones finales. Ello conlleva que el mismo contenido pueda encontrarse en distintas ubicaciones sistemáticas, lo que, en principio, podría no tener mayor importancia.

Ahora bien, había otros cambios que descarto puedan considerarse en su totalidad como un simple cambio “técnico”.

Por ejemplo, en la Exposición de Motivos de la PLO-2020 se pasaba a sustituir como posible sujeto pasivo de la petición de la ayuda a morir, a la persona “con discapacidad grave crónica causantes de un sufrimiento intolerable” (expresión usada en la PLO-2018), por la que tiene “enfermedad grave, crónica e invalidante causantes de un sufrimiento intolerable”. Consecuentemente, ese cambio repercute también en el art. 3 sobre “Definiciones”, donde desaparece el término “Discapacidad grave crónica” y pasaba a incluirse el de “Enfermedad grave, crónica e invalidante”³². Términos que no son coincidentes, evidentemente. Quiero aclarar -antes de seguir con esta exposición- que, todos los términos que reciben un significado específico, irán siendo analizados posteriormente, en los epígrafes que me han parecido más oportunos, al igual que también será, más adelante, cuando analice el texto de la actual Ley Orgánica. Por el momento me limito a exponer -sintéticamente- los cambios que evidenciaba la PLO-2020 -antes de la admisión de las enmiendas- respecto a la PLO-2018.

Así, por lo que se refiere al artículo 1, relativo al “Objeto” de la PLO-2020 desaparece la referencia a los deberes del personal sanitario que atiende a las personas que pueden

³¹ <https://www.redaccionmedica.com/secciones/parlamentarios/el-psoe-rescata-su-ley-de-eutanasia-con-cambios-en-el-papel-del-medico-7028>, (última consulta 18 de octubre de 2020).

³² También se producía la misma sustitución en todos aquellos puntos de esta Proposición en los que se usaba el término de “discapacidad grave crónica”.

ser objeto de esta Ley, por lo que PLO-2020 -en su redacción inicial- prescinde de definir el marco de actuación del personal sanitario.

El artículo 2 sobre “Ámbito de aplicación” ve reducido claramente su contenido. La PLO-2018 aludía en este precepto a su aplicación en el ámbito público y privado del territorio nacional, domicilios particulares, personas responsables en tomas de decisiones en los procesos objeto de la misma, y a las entidades aseguradoras o mutualistas que ofrezcan sus servicios en territorio español. Sin embargo, la PLO-2020 recoge que el ámbito de aplicación serán las personas físicas y jurídicas y desaparece la aplicabilidad, con carácter general, de lo, en ella recogido, en domicilios particulares. Esto choca, evidentemente, con la declaración de intenciones que se efectuaba en la Exposición de Motivos de la PLO-2020 cuando en ella se “garantiza” la prestación de la ayuda a morir, incluso, “en el domicilio del solicitante”. Lo único que subsiste en ella, en realidad al respecto, es la posibilidad de que el paciente que se auto administre la sustancia que se le haya facilitado para ayudarle a morir, pueda hacerlo en su domicilio (art.3, g, ii).

En el artículo 3, sobre “Definiciones”, las PLO-2019 y PLO-2020, pasaban a incorporar, en la letra d), la figura del “Médico o Médica responsable”, que no estaba prevista en la PLO-2018. Y en la letra e) se precisa que la “objección de conciencia” que en ella se define, es la “sanitaria”. Modificándose también, consecuentemente, la definición que se otorga de la misma. En el apartado g), en el que se define la “prestación de ayuda para morir” se cambia la definición, al sustituir la referencia a “una sustancia” que tiene como consecuencia la muerte de una persona, por “los medios necesarios”. En la letra h) se modifica también la definición de “Situación de incapacidad de hecho”. Y finalmente, desaparece de este artículo el que era en la PLO-2018, el apartado 8, en el que se definía el término “Valores vitales”³³.

En el artículo 5 (“Requisitos para recibir la prestación de ayuda a morir”, que antes los denominaba “Condiciones”), se añade un segundo apartado al que se traslada lo que en la PLO-2018 constituía el contenido del artículo 6, pero se sustituye la normativa a la que han de atenerse los médicos responsables al valorar la situación de incapacidad de hecho del paciente, pasando de ser “la normativa sanitaria aplicable y los protocolos existentes al respecto”, a “los protocolos de actuación que se determinen por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud”, órgano que ha de elaborarlos.

En el artículo 6 (“Requisitos de la solicitud de prestación de ayuda a morir”), antes artículo 7, se incorpora un apartado 4 que, aunque guarda cierta correspondencia con el

³³ Desaparecía también el contenido del que era el artículo 11 de la PLO-2018, relativo al “respeto a las convicciones y creencias de la persona solicitante de la prestación de ayuda para morir”.

primer párrafo del artículo 6 de la PLO-2018, no implica exactamente lo mismo. El artículo 6, primer párrafo original, disponía: “En los casos de personas que, a criterio del médico o médica responsable, estén en situación de incapacidad de hecho permanente, pero que hubieran suscrito con anterioridad un documento de instrucciones previas o documento equivalente, se *podrá prestar la ayuda para morir conforme a lo dispuesto en dicho documento*³⁴ siempre que se cumpla la condición 4ª del artículo anterior”. Mientras que el artículo 6.4 de la PLO-2020 pasa a disponer que: “En los casos previstos en el artículo 5.2, la solicitud de prestación de ayuda para morir *podrá ser presentada al médico o médica responsable por otra persona mayor de edad y plenamente capaz, acompañándolo del documento de instrucciones previas*³⁵ o documento equivalente suscrito previamente por el o la paciente”.

El artículo 7 (“Denegación de la prestación de ayuda para morir) amplía el contenido antes recogido en el artículo 8, permitiendo en su nuevo apartado 2, que recurra la denegación en caso de incapacidad de hecho del paciente, esa otra *persona mayor de edad y plenamente capaz* a la que alude el artículo 6.4, cuando el artículo 8 de la PLO-2018, tan solo permitía como alternativa al solicitante, que el recurso fuera interpuesto por “sus familiares y allegados”.

El capítulo III sobre “Procedimiento para la realización de la prestación de ayuda para morir”, está integrado por los artículos 8 a 12, cuando en la PLO-2018 estaba constituido por los artículos 9 a 15. En este capítulo se ha llevado a cabo, fundamentalmente, una reestructuración del mismo contenido recogido en la PLO-2018, pero también hay novedades destacables.

En el artículo 8 (“Procedimiento a seguir por el médico o médica responsable cuando exista una solicitud previa de prestación de ayuda a morir”), se procede a fijar en *dos días* el plazo -antes inexistente- para que, una vez recibida la solicitud de prestación de ayuda por el paciente, el médico responsable inicie con él un proceso deliberativo sobre “su diagnóstico, posibilidades terapéuticas y resultados esperables, así como sobre posibles cuidados paliativos”. Se añade el que la información habrá de ser facilitada, también, por escrito. Se fija también, como novedad, en *24 horas*, el plazo tras el cual, realizada la deliberación con el paciente, el médico responsable debe recabar de él, su decisión de continuar o decaer de la solicitud de prestación de ayuda para morir.

Desaparece, sin embargo, la exigencia expresa de que el médico “debe comprobar que la solicitud es voluntaria, sin coacciones externas, que expresa fielmente los deseos de la persona solicitante, y que se ha reiterado en su voluntad de poner fin a su vida”

³⁴ La cursiva es mía.

³⁵ La cursiva es mía.

(prevista en el artículo 9.2 de la PLO-2018). Si bien es cierto que es una información que ha de constar en los documentos a presentar a la Comisión de Control y Evaluación tras la prestación de ayuda a morir (artículo 12,b) vi).

En este artículo 8 se indica también que el médico o médica responsable ha de consultar no ya “a otro facultativo o facultativa que no forme parte del equipo médico y que sea competente en el ámbito de las patologías padecidas por el solicitante”, sino específicamente al “médico o médica consultor”.

Se mantiene el requisito de que el que el médico responsable, después de todo lo anterior, ha de poner los hechos en conocimiento del presidente o presidenta de la Comisión de Evaluación y Control para que lleve a cabo un control previo, si bien cambia de ubicación sistemática, así como la excepción que se efectúa en los casos de sospecha de muerte o incapacidad inminentes del paciente, en cuyo caso se procede de una forma alternativa (antiguo artículo 13, artículo 12 PLO-2020).

Otro cambio a resaltar se encuentra en el artículo 10 (“Control previo por parte de la Comisión de Evaluación y Control”). En su apartado 1 se indica que la Comisión de Evaluación y Control, en un plazo de *dos días*, tras recibir la comunicación del médico o médica responsable, ha de designar dos miembros de la misma para que comprueben el cumplimiento de las condiciones y requisitos necesarios. A diferencia de lo que ocurría en el artículo 15 de la PLO-2018, no se matiza que uno haya de ser “un médico o médica” y el otro, “un jurista o una jurista”.

En el artículo 11 (“Realización de la prestación de ayuda a morir”) se incorpora, como novedad, el que el paciente que se encuentre consciente “deberá comunicar al médico o médica responsable la modalidad en la que quiere recibir la prestación de ayuda para morir”.

En el artículo 12 (“Comunicación a la Comisión de Control y Evaluación tras la realización de la prestación de ayuda a morir”) se añade en el apartado iv de la letra a) (relativo a los pacientes que tuvieran un documento de instrucciones previas), que si el solicitante no hubiera designado en el documento de instrucciones previas, un representante, en el documento a presentar a la Comisión de Control y Evaluación, deberá figurar el nombre completo de “la persona que presentó la solicitud en nombre del paciente o de la paciente incapacitado de hecho”.

Por lo que se refiere al capítulo IV (“Garantía de acceso a la prestación de ayuda para morir”), en el artículo 13 (“Garantía del acceso a la prestación de ayuda a morir”) se saca la posibilidad de que quede cubierta por la Cartera de servicios comunes del Sistema nacional de Salud y de la financiación pública, cuando sea practicada en domicilios particulares (a diferencia de lo que ocurría en la PLO-2018, artículo 16).

En el artículo 14 (“Medidas para garantizar la prestación de ayuda para morir por los servicios de salud”) se mantiene el plazo de *tres meses* (a partir de la entrada en vigor de la Ley Orgánica de regulación de la eutanasia)³⁶ para que el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud elabore el manual de buenas prácticas que ha de servir para “orientar la correcta puesta en práctica de esta ley”, pero se prescinde de la exigencia (artículo 17 PLO-2018) de que dicho manual contenga “unos contenidos mínimos y comunes”. Se señala igualmente que el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud dispone también de *tres meses* para elaborar los Protocolos de actuación conforme a los cuales -el médico o la médica responsable- ha de valorar la incapacidad de hecho del paciente a la que se alude en el artículo 5.2. Nuevamente, en este artículo 14 desaparece la alusión que se hacía antes (artículo 17.2 PLO-2018) a la posibilidad de que la ayuda para morir se pueda prestar en domicilios particulares.

En el artículo 15 (“Protección de la intimidad y confidencialidad”), se pasa de exigir a los centros sanitarios que realicen la prestación de ayuda a morir que adopten las medidas necesarias para asegurar la intimidad de “las personas implicadas” (artículo 18,1 PLO-2018) a que han de asegurar la intimidad de las personas “solicitantes”.

Si pasamos al capítulo V (“Comisiones de Control y Evaluación”), el artículo 17 (“Creación y composición”) recoge las siguientes novedades, se aclara que las Comisiones de Control y Evaluación tendrán naturaleza de órgano administrativo, y serán creadas por acuerdo de los respectivos gobiernos autonómicos y (como novedad) “del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social en el caso de las ciudades de Ceuta y Melilla”. Igualmente se especifica que la autorización del reglamento de orden interno del que deberá disponer cada Comisión de Control y Evaluación, corresponderá, en el caso de las ciudades de Ceuta y Melilla, al Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

En el artículo 18 (“Funciones”) se fija (letra a) en *veinte días naturales* el plazo para resolver las reclamaciones contra las denegaciones de ayuda a morir. Se matiza que los *siete días* de los que se dispone en caso de dictamen favorable, entre la solicitud de ayuda y la prestación de la misma, son también días *naturales*. Y se añade lo siguiente: “El transcurso de *veinte días naturales* sin haberse dictado resolución, dará derecho a los solicitantes a entender denegada su solicitud de prestación de ayuda para morir, quedando abierta la posibilidad de recurso ante la jurisdicción contencioso administrativa”. En la PLO-2018 se recogía la obligación de las Comisiones de resolver en un plazo máximo de veinte días, pero no se indicaba cómo había de entenderse el transcurso de ese plazo sin resolución. En caso de que la Comisión detecte

³⁶ Información que en la PLO-2018, se recogía parcialmente en su artículo 17 y, parcialmente también, en su Disposición adicional quinta.

incumplimiento de las condiciones y procedimientos establecidos en esta Ley, se prevé al final de la letra b) que los miembros de la Comisión deberán comunicarlo “a la dirección del centro sanitario para que proceda a la apertura de una investigación”, pero desaparece la obligación que antes se establecía de ponerlo en conocimiento, al mismo tiempo, de la Fiscalía (artículo 21,b) PLO-2018).

Pasando a la Disposición Adicional primera “Sobre la causa de muerte”, se declara que la muerte producida por la prestación de ayuda para morir tendrá la consideración de muerte natural “a todos los efectos”, pero desaparece la referencia expresa que antes se hacía en ella a los seguros de vida.

La Disposición final primera recoge la modificación del apartado 4 del artículo 143 de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código penal, otorgándose a este apartado 4 un contenido distinto al que se proponía en la PLO-2018, pero a esta reforma concreta quiero dedicarle un apartado independiente, por lo que no voy a efectuar ahora mismo mayores consideraciones al respecto.

Y, para terminar, se simplifica la Disposición final segunda que, referida al “Título competencial”, recoge sencillamente que esta Ley se dicta al amparo del artículo 149.1.16ª de la Constitución española en virtud del cual, se le atribuye al Estado la competencia exclusiva en materia de bases y coordinación general de la sanidad³⁷.

Desde un punto de vista puramente estructural, considero que el texto de la PLO-2020 presenta mejoras notables si se le compara con el texto de la PLO-2018. El texto de la PLO-2020 está, sin duda alguna, mucho mejor sistematizado que el de la PLO-2018, al ubicarse -de una forma más adecuada en mi opinión- las distintas cuestiones en los artículos y capítulos correspondientes.

3. Enmiendas incorporadas a la PLO-2020 tras el Pleno del Congreso de 17 de diciembre de 2020³⁸

³⁷ En la PLO-2018 se disponía lo siguiente.

“Los artículos 1; 2; 3; 4; 5; 6; 7; 8; 9; 10; 11; 12, apartado 1; 18, apartado 1; 19; 22; disposiciones adicionales primera, segunda y cuarta; disposición derogatoria y disposiciones finales primera, segunda y tercera tienen rango de Ley orgánica al constituir desarrollo del derecho a fundamental a la vida en relación con otros derechos fundamentales, de acuerdo con lo establecido en el artículo 81 de la Constitución.

Los artículos 16, 17 y disposición adicional quinta son de directa aplicación en todo el Estado al amparo de lo previsto en el artículo 149.1.1.ª de la Constitución.

Los artículos 12, apartados 2 y 3; 13; 14; 15; 18, apartado 2; 20; 21; y disposición adicional tercera, se dictan al amparo del artículo 149.1.16 de la Constitución.

El Estado y las Comunidades Autónomas adoptarán, en el ámbito de sus respectivas competencias, las medidas necesarias para la efectividad de esta ley”.

³⁸

https://www.congreso.es/web/guest/busqueda-de-publicaciones?p_p_id=publicaciones&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&publi

En el informe emitido por la Ponencia el 3 de diciembre de 2020 sobre la PLO-2020 se propone a la Comisión la incorporación de ciertas enmiendas y el rechazo de todas las demás planteadas por los distintos grupos parlamentarios.

Para empezar, es de agradecer el que, tras ellas, se haya prescindido del uso duplicado de los términos empleados, tanto en masculino como en femenino (médico/médica; facultativo/facultativa, etc.), lo que era redundante y por supuesto, innecesario³⁹.

Dicho esto, en este epígrafe mencionaré todos los artículos a los que se han incorporado enmiendas, deteniéndome con algo de detalle únicamente en las que tienen más trascendencia, ya que el contenido de los distintos preceptos y la repercusión real de los cambios en ellos introducidos, los iré analizaré a lo largo de este trabajo en la sede sistemática que -respectivamente- corresponda.

Empezando por el artículo 1, relativo al “Objeto” de esta Ley, se vuelve a incluir en él, el mismo párrafo segundo que tenía este artículo en la PLO-2018, en virtud del cual se añade que esta Ley también “determina los deberes del personal sanitario que atiende a estas personas, definiendo su marco de actuación, y regula las obligaciones de las administraciones e instituciones concernidas para asegurar el correcto ejercicio del derecho reconocido en esta Ley”.

En el artículo 3 (sobre “Definiciones”) se introducen varios cambios. Así, en la letra a) se corrige una errata⁴⁰; en la letra b), vuelve a cambiarse la expresión empleada para referirse a una de las hipótesis en la que se ha de encontrar la persona a la que se preste la ayuda a morir (pasa de ser “Enfermedad grave, crónica e invalidante”, a ser “Padecimiento grave, crónico e imposibilitante”, al que se le otorga su correspondiente definición); y, en la letra c), se mantiene la expresión “Enfermedad grave e incurable”, pero se cambia la definición de la misma. Además, en la letra d) se matiza que el médico responsable es el que coordina “toda” la información y la asistencia sanitaria del paciente. En la letra g) se modifica la identificación de las dos formas posibles de prestación de la ayuda a morir, pasando de ser nombradas con las letras i) e ii), a ser identificadas con los ordinales 1ª y 2ª. Y, por último, en la letra h), referida al concepto “situación de incapacidad de hecho”, se cambia la definición y se añade la siguiente

[caciones_mode=mostrarTextoIntegro& publicaciones legislatura=XIV& publicaciones id texto=\(BOCG-14-B-46-6.CODI.\)](#) (última consulta 19/12/2020).

³⁹ En efecto, todo el texto de la PLO-2020 -en su redacción inicial- empleaba por duplicado los términos en femenino y masculino -en palabras de Norberto de la Mata- “en esta obsesión binaria pretendidamente progresista y tan excluyente” (Cfr. NORBERTO DE LA MATA, (2020), p. 2) <https://almacenederecho.org/el-derecho-penal-frente-a-la-idea-de-libertad-que-hacemos-con-la-eutanasia> (última consulta 08/12/2020).

⁴⁰ Ya que la PLO-2020, en su redacción inicial, remitía al apartado f), cuando el que alude, en realidad, a la prestación de la ayuda a morir -que es a lo que quiere referirse esta letra a)-, es, efectivamente, la letra g) de este mismo artículo.

matización: “con independencia de que existan o se hayan adoptado medidas de apoyo para el ejercicio de su capacidad jurídica”.

En el artículo 4, relativo al “Derecho a solicitar la prestación de ayuda para morir” se sustituye en el apartado 2 el que la información al paciente le sea trasladada en vez de por el “médico responsable”, por el “equipo sanitario responsable” y se precisa que en la historia clínica del paciente ha de quedar constancia de que la información fue recibida y también, comprendida. Se añade un nuevo apartado 3, en el que se arbitran mecanismos que contribuyan a garantizar la comunicación y el consentimiento libre del paciente, con una referencia especial a la prestación del apoyo necesario para ello a las personas con discapacidad.

En el artículo 5, sobre “Requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir”, se introducen cambios en sus dos apartados. En el punto 1, letra a), se añaden como sujetos que pueden solicitar la prestación de ayuda a morir, a los que puedan acreditar con un certificado de empadronamiento, la permanencia en territorio español por más de doce meses. Se modifica la letra b) para incluir entre la información de la que ha de disponer el paciente, la relativa a las prestaciones a las que tuviera derecho de conformidad con la normativa de dependencia. Se amplían en la letra c) las maneras de formular la solicitud de la prestación a la ayuda a morir, que podrá ser por un medio no escrito, siempre y cuando permita dejar constancia y no sea el resultado de ninguna presión externa. Se suprime la posibilidad de que se acepte un plazo inferior a los quince días en caso de que el médico responsable considere que la muerte de la persona solicitante es inminente. Y, por último, en la letra d) se sustituye la expresión “Enfermedad grave, crónica e invalidante” por la de “Padecimiento grave, crónico e imposibilitante”. En el apartado 2 se modifica la forma de referirse a las personas a las que les va a ser aplicada la excepción en él contemplada, prescindiéndose de la expresión “personas con incapacidad permanente” y se especifican, nombrándolos literalmente, los documentos que se consideran equivalentes a unas instrucciones previas. También se puntualiza que, si en esos documentos se hubiera nombrado a un representante legal, ese será el interlocutor válido entre médico y paciente.

En el artículo 6, relativo a los “Requisitos de la solicitud de prestación de ayuda para morir”, se amplía (en los mismos términos que en el art. 5.1.c) la forma en la que el solicitante puede pedir la prestación de ayuda a morir, así como si no pudiera por su situación personal, fechar y firmar por sí mismo el documento. En su apartado cuatro, al igual que en el artículo 5, apartado 2, se especifica qué documentos son equivalentes a estos efectos a unas instrucciones previas. Y se añade, como novedad, la posibilidad de que si no existiera ninguna persona que pudiera presentar la solicitud en nombre del paciente, pueda hacerlo el propio médico responsable.

En el artículo 7, sobre “Denegación de la prestación de la ayuda para morir”, se modifica la redacción del apartado 2 para que pueda presentar la reclamación contra la denegación de la prestación por el médico responsable, la misma persona que hubiera presentado la solicitud, que no tiene por qué ser el propio paciente, y se amplía el plazo para presentar tal reclamación de cinco a quince días hábiles. Paralelamente, en su apartado 3, se reduce el plazo de tiempo del que dispone el médico responsable para dar traslado de su denegación a la Comisión de Garantía y Evaluación (que también cambia de nombre), de quince a cinco días, a contar desde la notificación de la denegación. Se puntualiza también que el motivo de la denegación ha de constar por escrito.

En el artículo 8 (“Procedimiento a seguir por el médico responsable cuando exista una solicitud de prestación de ayuda para morir”), apartado 1, se especifica que el proceso deliberativo con el paciente se realizará después de recibida la “primera” solicitud. Al final de este mismo párrafo se añade que, el plazo máximo del que dispone el médico responsable para facilitarle por escrito la información al paciente, es de cinco días. En este apartado se incorpora un nuevo párrafo en el que se puntualiza que el proceso deliberativo entre el médico y el paciente se retomará en el plazo de dos días después de haber recibida la segunda solicitud por parte del este último. En el punto 2 se sustituye el verbo “decaer” por “desistir”. En el punto 3 se incorpora que el médico consultor ha de corroborar el cumplimiento de las condiciones establecidas “en su caso en el 5.2”, ya que antes aludía solo al 5.1. Se añade un apartado 4, en el que se prevé la posibilidad del paciente de recurrir en caso de informe desfavorable del médico consultor ante la Comisión de Garantía y Evaluación. En el apartado 5, al que se traslada el contenido que antes tenía el apartado 4, se especifica el plazo del que dispone el médico responsable para, cumplidos todos los trámites anteriores, poner los hechos en conocimiento de la Comisión de Garantía y Evaluación, fijándolo en tres días hábiles. Y se procede a eliminar el párrafo en virtud del cual se permitía prescindir del control previo en los casos excepcionales de muerte o incapacidad inminentes.

Se modifica la rúbrica del artículo 9, incorporando “situación de” delante de la palabra “incapacidad”.

Por lo que se refiere al artículo 10, se modifica su rúbrica sustituyéndose la expresión “Control previo” por la de “Verificación previa”, al igual que se cambia también el nombre de la Comisión en el sentido ya indicado (así la rúbrica de este artículo pasa a ser “Verificación previa por parte de la Comisión de Garantía y Evaluación”). Además, se introducen cambios de redacción en el apartado 1, en el que hay que destacar se vuelve a exigir- como se hacía en la PLO-2018- que los dos miembros de la Comisión que han de llevar a cabo esa verificación previa han de ser un profesional médico y un jurista. En

el apartado 2 se amplía el círculo de personas con el que pueden entrevistarse los dos miembros de la Comisión citados. En el apartado 3 se modifica la forma de proceder tras esa verificación previa. Así: se puntualiza el contenido del informe a emitir por los dos miembros de la Comisión; se considera vinculante el informe favorable; si éste es desfavorable, se abre la posibilidad de que sea recurrido; y, en caso de discrepancia entre los dos miembros de la Comisión, se establece que se elevará la verificación a la Comisión que será la que decida finalmente. En el apartado 4 se fija en dos días el plazo máximo para poner en conocimiento del presidente de la Comisión la resolución definitiva y se prevé su obligación de ponerlo en conocimiento del médico responsable.

En el artículo 11, sobre “Realización de la prestación de la ayuda para morir”, además de algunos cambios que implican mejoras en la expresión, se añade en el apartado 1, el que la prestación de la ayuda para morir debe hacerse “con aplicación de los protocolos correspondientes, que contendrán, además, criterios en cuanto a la forma y tiempo de realización de la prestación”. En sus apartados 2 y 3, en coherencia con los cambios de designación incluidos en el artículo 3.g, se renombran los sub-apartados a los que estos se remiten.

En el artículo 12 (“Comunicación a la Comisión de Garantía y Evaluación tras la realización de la prestación de la ayuda para morir”) se incorporan fundamentalmente cambios terminológicos, de expresión y de numeración, que no afectan a su contenido. Lo más relevante en él es la sustitución en el apartado b),^{4ª} de la denominación de una de las patologías padecida por la persona solicitante, que pasa a ser, como hemos visto, el padecimiento grave, crónico e imposibilitante.

El siguiente cambio lo tenemos en el artículo 14 (“Prestación de la ayuda para morir por los servicios de salud”), cuyo primer párrafo se traslada, pasando a integrar la nueva Disposición adicional sexta, con lo que su anterior apartado 2, pasa a ser el primero y único. En él se vuelve a incorporar la posibilidad de que la prestación de la ayuda para morir se pueda prestar en el domicilio, posibilidad que no se contemplaba -como indiqué en la redacción inicial de este precepto en la PLO-2020⁴¹. Se le añaden, además, dos líneas finales que disponen lo siguiente: “No podrán intervenir en ninguno de los equipos profesionales quienes incurran en conflicto de intereses ni quienes resulten beneficiados de la práctica de la eutanasia”.

En el artículo 16, relativo a la “Objeción de conciencia de los profesionales sanitarios”, la rúbrica es de nueva redacción y se le añade al final al apartado 2, lo siguiente: “El registro se someterá al principio de estricta confidencialidad y a la normativa de protección de datos de carácter personal”.

⁴¹ Pero sí en el art. 17 de la PLO-2018 con el que se correspondía.

En el Artículo 17, que versa sobre la “Creación y composición” de la Comisión de Garantía y Evaluación, se modifica varias veces la denominación de estas Comisiones que, como ya he dicho, pasan a denominarse de “Garantía y Evaluación”. Como novedad, en el apartado 1 de este artículo se dispone el carácter multidisciplinar de estas Comisiones y se indica que deberán contar con un mínimo de siete miembros entre los que se incluirá personal médico y juristas. Se modifica, mejorándola, la redacción del apartado 2. Y, por último, se incorpora un nuevo apartado 5 en el que se dispone que “El Ministerio de Sanidad y los presidentes de las Comisiones de Garantía y Evaluación de las comunidades autónomas se reunirán anualmente, bajo la coordinación del Ministerio, para homogeneizar criterios e intercambiar buenas prácticas en el desarrollo de la prestación de eutanasia en el Sistema Nacional de Salud”.

Por lo que se refiere al artículo 18, relativo a las “Funciones” de la Comisión de Garantía y Evaluación, en él se cambia varias veces el nombre de las Comisiones para hacerlo coherente con la denominación que éstas pasan a recibir. Además, se incorpora nuevo contenido a la letra a) para reconocerle competencias para resolver ciertas cuestiones que han sido objeto también de nueva incorporación en la fase de enmiendas. Así, les corresponderá dirimir los conflictos de intereses que se prevén en el artículo 14; resolver las reclamaciones contra el informe desfavorable que puedan emitir los dos miembros de la Comisión en la fase de verificación previa; y las solicitudes que, por existir disparidad de opiniones entre esos dos miembros, estén aún pendientes de verificación. En la letra b) se suprime la exigencia de que se verifique que la prestación de la ayuda para morir se ha realizado de acuerdo con los “requisitos”, dejando sólo la referencia al cumplimiento de los “procedimientos”. De esta misma letra se elimina también el párrafo final en el que en la redacción inicial de la PLO-2020 se fijaba la forma de proceder si se había detectado un incumplimiento de las condiciones o procedimientos establecidos en la misma. Por último, en la letra e), relativa a la elaboración de un informe anual de evaluación a cerca de la aplicación de la Ley, se incorpora la obligación de remitirlo al órgano competente en materia de salud.

En el artículo 19 sobre el “Deber de secreto”, con el que termina el articulado de la Ley, tan sólo se modifica el nombre de la Comisiones, que pasa a ser de “Garantía y Evaluación”.

Pasando a las Disposiciones Adicionales, en la primera se cambia su rúbrica (“Sobre la consideración legal de la muerte” en vez de “Sobre la causa de muerte”) y la redacción de la misma, añadiéndosele la siguiente matización “independientemente de la codificación realizada en la misma”.

Se añade una nueva Disposición Adicional tercera sobre el “Informe Anual”; y una Disposición Adicional cuarta sobre “Personas con discapacidad”, en la que se procede a

garantizar los derechos, recursos y medios necesarios a las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordo ciegas.

También se incorpora una Disposición Adicional quinta sobre “Recurso jurisdiccional”, en la que se prevé que los recursos contencioso administrativos que proceden ante ciertas denegaciones contempladas en esta Ley, se tramitarán con arreglo a la Ley 29/1998, de 13 de julio.

Por su parte, la Disposición Adicional sexta (“Medidas para garantizar la prestación de ayuda para morir por los servicios de salud”) pasa a tener el contenido que constituía el apartado 1 del artículo 14 de la PLO-2020 en su redacción inicial. Es decir, en él se indica que el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud dispone de tres meses desde la entrada en vigor de la Ley, para crear tanto un manual de buenas prácticas, que sirva para orientar la correcta puesta en práctica de esta Ley, como los protocolos de actuación a los que se refiere el artículo 5.2.

Y finalmente, se añade, una Disposición Adicional séptima sobre “Formación” que consta de tres párrafos. En el primero se dispone que las administraciones sanitarias competentes habiliten los mecanismos necesarios para dar difusión de la Ley entre el profesional sanitario y la ciudadanía en general, de cara a promover entre la misma la “elaboración del documento de instrucciones previas”. En el segundo, el que se difunda entre el personal sanitario los supuestos contemplados en la misma para su conocimiento y facilitarles, en su caso, el ejercicio del derecho a la objeción de conciencia. Y en el tercero, se le otorga a la Comisión de formación continuada de las profesiones sanitarias el plazo de un año desde la entrada en vigor de la Ley, para que coordinen la oferta de formación continua específica sobre la ayuda para morir.

En la Disposición transitoria única se modifica dos veces el nombre de las Comisiones.

Los últimos cambios introducidos en esta fase de enmiendas y aprobados, se encuentran en la Disposición final segunda (sobre “Título competencial”), que vuelve a ser ampliado⁴², y en la Disposición final tercera (“Carácter ordinario de determinadas disposiciones”), que también ve modificado su contenido. En concreto, en esta última se suprimen las referencias a los artículos 14, 15 y 16.2, y se añaden, mencionándolas,

⁴² Esta Disposición final segunda pasa a disponer lo siguiente:

“Esta Ley se dicta al amparo del artículo 149.1.1ª y 16ª de la Constitución española, que atribuyen al Estado la competencia para la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales, y sobre las bases y coordinación general de la sanidad, respectivamente, salvo la disposición final primera que se ampara en la competencia que el artículo 149.1. 6ª atribuye al Estado sobre legislación penal”.

todas las disposiciones adicionales de nueva incorporación (tercera, cuarta, quinta, sexta y séptima).

Expuesto todo lo anterior y como síntesis, podría decir que, tras las enmiendas aprobadas en esta fase, esta disposición pasa a constar, desde un punto de vista puramente estructural, de cinco capítulos, siete Disposiciones adicionales, una Disposición transitoria única, una Disposición derogatoria única y cuatro Disposiciones finales. Además, se mejora, en general, su redacción, empezando por el hecho de que se prescinde del uso de una terminología duplicada. Por otra parte, se vuelve a incorporar contenido que, habiendo sido suprimido en la PLO-2020 en su redacción inicial, constaba en la PLO-2018, si bien también se suprime y modifica parte del contenido que, no estando previsto en la PLO-2018, se incorporó en la PLO-2019 y se mantuvo inicialmente en la PLO-2020.

4. Enmiendas incorporadas tras el Pleno del Senado de 10 de marzo de 2021

El texto de la Proposición de Ley Orgánica, de regulación de la eutanasia, con las enmiendas aceptadas e incorporadas por la Ponencia en su Informe (admitido, a su vez, como Dictamen por la Comisión de Justicia), es aprobado por el Pleno del Senado el 10 de marzo de 2021⁴³.

Con las enmiendas introducidas en esta segunda fase de la tramitación parlamentaria se llevan a cabo, fundamentalmente, mejoras de expresión, pero también se determinan plazos, omitidos hasta este momento, y se introducen algunos cambios, en mi opinión, de suma trascendencia. Procedo a referirme a todos los preceptos afectados por dichas enmiendas, uno a uno.

En primer lugar, el artículo 3, letra b), en el que se retoca para mayor claridad, la definición de la expresión “padecimiento grave, crónico e imposibilitante”, con el fin de referenciarla a las situaciones, y no a las personas. En este mismo artículo, en la letra h), se incorpora también una mejora gramatical de concordancia de número, al pasar a emplear en plural el adverbio “suficiente” que acompaña tanto al sustantivo entendimiento, como al de voluntad.

En segundo lugar, el artículo 5.1, letra b), en el que se modifica la forma de referirse a la información que ha de trasladarse al paciente sobre la posibilidad de acceder a cuidados paliativos. En este caso, con el cambio de redacción se hace desaparecer el condicional “en su caso” que daba a entender claramente que no todos los pacientes pueden optar a los mismos cuidados paliativos en cualquier parte del país. Sin embargo, el cambio de redacción no va a modificar *per se* la realidad existente al respecto en

⁴³ Cfr. Boletín oficial de las Cortes Generales. Senado, de 13 de marzo de 2020.

nuestro país, como veremos *infra*. En el punto 2 de este mismo artículo 5, se precisa que el documento de instrucciones que permitirá a una persona que no se encuentra en el pleno uso de sus facultades mentales, ser sujeto pasivo de la prestación de la ayuda a morir, es un documento de instrucciones *previas*, adjetivo éste que se echaba en falta.

En tercer lugar, se añade un nuevo párrafo en el artículo 6, apartado 4, para reconocerle al médico del paciente, cuando sea éste el que solicite la prestación de la ayuda a morir para dicho paciente, la legitimidad para solicitar y acceder al documento de instrucciones previas suscritos por el mismo.

En cuarto lugar, en el artículo 7, apartado 2, se fija en diez días naturales el plazo máximo para que se le pueda denegar al paciente la prestación tras su primera solicitud; y se modifica el carácter del plazo de quince días dado para recurrir tal denegación, pasando de ser días hábiles, a días naturales.

En quinto lugar, se modifica el artículo 8, en su primer apartado, para puntualizar que los días que en él se indican (para iniciar el proceso deliberativo con el paciente y para trasladarle la información) son días naturales. Se cambia la redacción del último párrafo de este apartado, dándole también mayor claridad expositiva, y se precisa el carácter natural de los días que constituyen los plazos que en él se indican. Del apartado 2 de este mismo artículo desaparece la expresión condicional “si lo hubiere” cuando se alude al equipo asistencial al que ha de informarse de la decisión del paciente de continuar con el procedimiento de la prestación de la ayuda a morir. En el apartado 3 de este mismo artículo se añade como precisión, que el plazo de diez días del que dispone el médico Consultor para elaborar su informe empieza a contar tras la segunda solicitud del paciente; y se añade también que el plazo máximo del que éste dispone para comunicar al paciente el resultado de dicho informe es de veinticuatro horas.

La siguiente modificación afecta al artículo 10, en su apartado cuarto, en este caso, el cambio de redacción conlleva que, en el plazo de dos días, ahora -por previsión expresa- naturales, ha de trasladarse la resolución definitiva de la verificación previa realizada por los dos miembros de la Comisión de Garantía y Evaluación, al presidente de la misma, pero también al médico responsable y que éste también habrá de efectuar la práctica de la prestación de la ayuda a morir dentro de ese mismo plazo.

En séptimo lugar, en el artículo 13 se cambia la expresión “cartera de servicios comunes” por la correcta de “cartera común de servicios”⁴⁴.

En octavo lugar, se añade la siguiente aclaración al final del artículo 15 relativo a la protección de la intimidad y confidencialidad: “teniendo en cuenta que los tratamientos

⁴⁴ Esta reforma repercute, a su vez, en el Preámbulo de esta disposición cuando se hace la síntesis del contenido del Capítulo IV, al aludirse en él a esta expresión.

afectan a categorías especiales de datos previstas en el artículo 9 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016”.

En noveno lugar, se introducen varios cambios en el artículo 17 relativo a la creación y composición de las Comisiones de Garantía y Evaluación. Así, en el apartado primero se incluye como preceptivo el que entre sus integrantes ha de haber personal de enfermería. En el apartado 3 se indica que estas Comisiones deberán crearse y constituirse en el plazo de tres meses tras la entrada en vigor de este artículo, cosa que se anticipa al día siguiente (dejando pues de ser de tres meses) tras la publicación de esta Ley en el BOE, por modificación de la Disposición final cuarta sobre la entrada en vigor.

Y el último cambio afecta a la Disposición adicional segunda sobre régimen sancionador, tratándose en este caso de una mera mejora técnica.

Nuevamente, tras todas estas enmiendas, puede concluirse que la ahora Ley Orgánica, de regulación de la eutanasia, ha ganado en claridad e, indudablemente, también en precisión, lo que, sin embargo, no va a impedir, como veremos, el que posea aun aspectos cuestionables.

Expuesto lo anterior, procedo a plantear, a continuación, las distintas hipótesis en las que se puede encontrar una persona que inicie el procedimiento de solicitud de prestación de la ayuda para morir.

III. HIPÓTESIS EN LAS QUE SE PUEDE ENCONTRAR UNA PERSONA INMERSA EN LA TRAMITACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE LA AYUDA A MORIR

La solicitud de la prestación de ayuda para morir se le reconoce en esta Ley como derecho a toda aquella persona que cumpla los requisitos en ella previstos. Para ello de forma ineludible, ha de tener la “nacionalidad española o residencia legal en España o certificado de empadronamiento que acredite un tiempo de permanencia en territorio español superior a doce meses” y, la mayoría de edad (art.5.1.a), así como sufrir *una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e incapacitante* en los términos establecidos en esta Ley y certificada por el médico responsable (art. 5.1,d) pero, partiendo de esa base común, hay otros extremos que pueden variar. En concreto, puede tratarse de una persona capaz, o no. Después, durante la tramitación del procedimiento de la prestación de la ayuda para morir, puede ocurrir que todos los informes requeridos que se emitan, sean positivos, o que se produzca alguna denegación, sin que ello determine necesariamente el que, finalmente, la prestación de la ayuda para morir no sea llevada a cabo.

Por ello, en este epígrafe quiero sintetizar cuál sería la secuencia de los acontecimientos en las tres hipótesis que considero pueden diferenciarse cuando una

persona solicita la prestación de la ayuda para morir, para que podamos hacernos una idea clara de la tramitación que conlleva. En primer lugar, una hipótesis 1, en la que el paciente solicitante es una persona mayor de edad y capaz si, además, a lo largo de toda la tramitación va recibiendo informes positivos por los distintos médicos y órganos competentes. En segundo lugar, una hipótesis 2, cuando el paciente es una persona mayor de edad, pero incapaz, si los distintos informes que se van otorgando son positivos. Y, por último, una hipótesis 3, en la que el paciente, capaz o no, recibe informes, propuestas o resoluciones negativas a la solicitud de prestación de ayuda para morir. En la redacción de todas las hipótesis propuestas he resaltado en cursiva aquellos términos que tienen una definición específica en la propia Ley Orgánica -y a los que me referiré más adelante-. Aclarado esto, paso al análisis de estas tres hipótesis.

1. Hipótesis en la que el paciente es una persona capaz y todos los informes que va solicitando son favorables a que reciba la *prestación de ayuda para morir*

Aquí parto de la premisa de que la persona solicitante cumple con los requisitos que he calificado *supra* de ineludibles, y es capaz y está consciente. Cumplido lo anterior, podrá solicitar la *prestación de la ayuda para morir* tras disponer por escrito de la información sobre su proceso médico, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, incluida la de acceder a cuidados paliativos integrales comprendidos en la cartera común de servicios y a las prestaciones a las que tuviera derecho de conformidad a la normativa de atención a la dependencia (art.5.1b).

Pues bien, esta solicitud habrá de ser formulada por duplicado, de forma voluntaria y por escrito o bien por otro medio que permita dejar constancia y que no sea el resultado de ninguna presión externa. Entre ambas solicitudes han de mediar, al menos, quince días naturales. Salvo en el caso de sospecha de que la persona solicitante va a perder la capacidad para otorgar el consentimiento informado de forma inminente, hipótesis en la que el *médico responsable* puede aceptar que se cumple el requisito de las dos solicitudes por parte del paciente sin necesidad de que entre ellas medien los quince días naturales, pudiendo aceptar cualquier período menor que considere apropiado en función de las circunstancias concurrentes, de las que deberá dejar constancia en la historia clínica (art. 5.1c).

Ambas solicitudes habrán de ser fechadas y firmadas por el solicitante ante un profesional sanitario que también habrá de firmar el documento. Ese profesional podrá ser o no el *médico responsable* del paciente; si no lo fuera, tendrá que dársele traslado. Se prevé, por supuesto, que el paciente pueda revocar su solicitud en cualquier momento, así como pedir el aplazamiento de la administración de *la ayuda para morir* (art. 6).

En el caso en el que el paciente, por su situación personal o condición de salud, no pudiera fechar y firmar el documento, podrá hacer uso de otros medios que le permitan dejar constancia o, de forma alternativa, otra persona mayor de edad y plenamente capaz podrá fecharlo y firmarlo en su presencia. Esa persona tendrá que indicar que quien solicita la *prestación de ayuda para morir* no se encuentra en condiciones de firmar e indicar las razones (art. 6).

Una vez recibida la primera solicitud por el *médico responsable*, este dispone de dos días naturales para, tras verificar que se cumplen los requisitos de los apartados a), c) y d) del artículo 5.1, llevar a cabo un proceso deliberativo con el paciente, sobre su diagnóstico, posibilidades terapéuticas, resultados esperables y posibles cuidados paliativos. Esa información, con independencia de que le sea explicada oralmente, se le facilitará por escrito en un plazo máximo de cinco días naturales (art. 8.1).

Después de recibida la segunda solicitud, el *médico responsable* en el plazo de dos días naturales, retomará con el paciente el proceso deliberativo para, en el plazo máximo de cinco días naturales, resolverle cualquier duda o ampliarle la información que ya le fue facilitada por escrito (art. 8.1).

Transcurridas veinticuatro horas tras ese segundo proceso deliberativo, el médico responsable le preguntará al paciente si quiere continuar con el proceso de la *prestación de ayuda a morir*, o quiere desistir del mismo. Si el paciente quiere continuar, el *médico responsable* le dará traslado al equipo asistencial, a los profesionales de enfermería y a aquellas personas que el paciente solicite y deberá recabar del paciente la firma del documento del *consentimiento informado* (art. 8.2).

A continuación, el *médico responsable* ha de consultar con un *médico consultor* que, en un plazo de diez días naturales desde la fecha de la segunda solicitud, ha de corroborar que el paciente cumple los requisitos, a cuyo efecto elaborará un informe que le será comunicado al paciente en el plazo máximo de veinticuatro horas (art. 8.3).

Con independencia del sentido del informe anterior (ya que no se indica tenga carácter vinculante), el siguiente paso es que el *médico responsable*, en un plazo máximo de tres días hábiles, ponga los hechos en conocimiento de la *Comisión de Garantía y Evaluación* que ha de llevar a cabo un control previo (art. 8). A tales efectos, la *Comisión*, en el plazo máximo de dos días, nombrará a dos de sus miembros para que verifiquen si, a su juicio, concurren los requisitos y condiciones necesarios y, en un plazo máximo de siete días naturales, emitirán un informe. Si el informe es favorable, servirá de resolución a los efectos de la prestación de la ayuda para morir. Esa resolución definitiva deberá ponerse en conocimiento del presidente de la *Comisión* y éste lo pondrá a su vez en conocimiento del *médico responsable* para que proceda a la *prestación de la ayuda para morir*, todo ello en un plazo máximo dos días naturales (art. 10).

Una vez recibida la resolución positiva la realización de la *prestación* se llevará a cabo conforme a los protocolos correspondientes que contendrán la forma y el tiempo de realización de la prestación (art. 11).

Si el paciente está consciente, éste deberá comunicar al médico responsable la modalidad en la que quiere recibir la *prestación de la ayuda para morir* (art. 11.1).

Realizada la *prestación de ayuda para morir*, el *médico responsable* le pasará a la *Comisión de Garantía y Evaluación*, en el plazo de cinco días hábiles, una determinada documentación (art. 12).

En esta hipótesis, la duración máxima de toda la tramitación de la *prestación de la ayuda para morir* oscilará, si computamos todos los plazos indicados, alrededor de los cuarenta días. Pudiendo estos quedar estos reducidos hasta en trece días, en los casos en los que el médico sospeche que el paciente puede perder su capacidad para consentir de forma inminente.

2. Hipótesis en la que el paciente es una persona incapaz y todos los informes que se van solicitando son favorables a que reciba la prestación de ayuda para morir

Si se tratara de un paciente en una situación de *incapacidad de hecho* (incapacidad que ha de ser valorada por el *médico responsable* conforme a los protocolos de actuación que se determinen por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, cfr. Disposición adicional sexta), y éste hubiera suscrito con anterioridad un documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documentos equivalentes legalmente reconocidos, se podrá facilitar la *prestación de ayuda para morir* conforme a lo dispuesto en dicho documento (art. 5.2 y art. 9). En estos casos, se señala, por un lado, que, si en tales documentos se hubiera nombrado un representante legal, esa persona será el interlocutor válido para el médico responsable (art. 5.2). Y, por otro, se permite que la solicitud de *prestación de ayuda* podrá ser presentada al *médico responsable* por “otra persona mayor de edad y plenamente capaz”, acompañándolo del documento de instrucciones previas o a ella asimilados (art. 6.4)⁴⁵. Además, en el caso en que no exista ninguna persona que pueda presentar la solicitud en nombre del paciente, podrá presentarla el *médico responsable*⁴⁶.

⁴⁵ Posibilidades ambas que creo, como argumentaré más adelante, pueden generar problemas.

⁴⁶ En tal caso, “dicho médico que lo trata estará legitimado para solicitar y obtener el acceso al documento de instrucciones previas, voluntades anticipadas o documentos equivalentes a través de las personas designadas por la autoridad sanitaria de la comunidad autónoma correspondiente o por el Ministerio de Sanidad, de conformidad con la letra d) del punto 1 del artículo 4 del Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal” (art. 6.4 *in fine*).

En estos casos no son de aplicación lo previsto en las letras b), c) y d), del artículo 5.1. Luego, el paciente no tiene que disponer por escrito de la información que exista sobre su proceso, no han de haberse formulado las dos solicitudes ni prestar el consentimiento informado (art. 5.2). Ni habrá proceso deliberativo, ya que no está previsto que el mismo se mantenga con esa tercera persona que puede solicitar la prestación en su nombre. Por lo demás, el procedimiento a seguir es el mismo, por lo que el *médico responsable* habrá de solicitar el informe del *médico consultor* y también tendrá lugar el trámite de informe previo por la *Comisión de Garantía y Evaluación*. Si ese informe es favorable se tendrá por resolución definitiva debiendo ser puesta en conocimiento del presidente de la *Comisión* y éste darle traslado al *médico responsable*. La *prestación de la ayuda para morir*, como decía, se llevará a cabo tal y como estuviera previsto en el *documento de instrucciones previas* o documentos a ellas asimilados.

En estos casos, la duración de la tramitación de la *prestación de la ayuda para morir*, rondará sobre los veinte días.

3. Hipótesis en la que el paciente (capaz o no) recibe un informe negativo o una propuesta negativa o una resolución negativa

Un paciente inmerso en la tramitación de la *prestación de ayuda para morir* puede recibir negativa a su solicitud tanto del *médico responsable*, como un informe desfavorable del *médico consultor* o una propuesta previa negativa por parte de la *Comisión de Garantía y Evaluación* y, por último, puede haber resolución negativa por parte de la *Comisión de Garantía y Evaluación*.

Si es el *médico responsable* el que deniega (por escrito y de manera motivada) la *prestación de ayuda para morir* al paciente capaz (al que padece una incapacidad permanente me referiré específicamente *infra*), éste habrá de hacerlo en el plazo máximo de diez días naturales desde la primera solicitud, y el paciente dispone de quince días naturales para recurrir la negativa del médico responsable ante la *Comisión*. Posibilidad ésta de la que ha de informarle el propio *médico responsable*. Por su parte, el *médico responsable* tiene la obligación, se haya reclamado o no contra su denegación, de remitir -en un plazo máximo de cinco días tras la notificación de la denegación al paciente- ciertos documentos a la *Comisión de Garantía y Evaluación*, debiendo incluir los datos clínicos relevantes para la evaluación del caso y por escrito, el motivo de la denegación (art. 7).

Si el informe del *médico consultor* fuera desfavorable, la ley permite al paciente la posibilidad de recurrir a la *Comisión de Garantía y Evaluación* en los mismos términos del artículo 7.2 (art. 8.4).

En caso de decisión desfavorable en la fase de verificación previa por la *Comisión de Garantía y Evaluación*, el paciente podrá recurrirla ante dicha *Comisión* (art. 10.3).

Las resoluciones de la *Comisión de Garantía y Evaluación* que informen desfavorablemente la solicitud de la *prestación de ayuda para morir* podrán ser recurridas ante la jurisdicción contencioso administrativa (art. 10.5).

Si el paciente recurre -en cualquiera de las hipótesis anteriores- ante la *Comisión de Garantía y Evaluación*, ésta dispone de veinte días naturales para resolver la reclamación. Si la resuelve en sentido afirmativo, la *Comisión* requerirá a la dirección del centro para que en el plazo máximo de siete días naturales faciliten al paciente *la ayuda para morir*. Si transcurrieran veinte días naturales, sin que la *Comisión* hubiera resuelto, tal silencio ha de entenderse por el paciente como una resolución negativa, quedando abierta la posibilidad de recurrir ante la jurisdicción contencioso administrativa (art. 18.a).

En los casos de pacientes en situación de *incapacidad de hecho*, si la denegación de la prestación de la ayuda para morir proviene del *médico responsable*, el recurso contra tal denegación podrá ser presentado, en el plazo de quince días hábiles, por la misma persona que hubiera efectuado la solicitud de ayuda para morir en nombre de dicho paciente (art. 7.2). Y le corresponde resolver a la *Comisión de Garantía y Evaluación* con las mismas puntualizaciones recogidas en el párrafo anterior. Lo mismo ocurrirá si lo que hay es un informe desfavorable en la fase de verificación previa de la *Comisión* o una resolución desfavorable final de la propia *Comisión de Garantía y Evaluación*. Lo que no se ha recogido es una previsión expresa sobre a quién le corresponde recurrir cuando, en este tipo de hipótesis con pacientes incapaces, lo que se ha habido es un informe desfavorable del *médico consultor* (ya que el art. 8.4 solo alude al "paciente").

En esta tercera hipótesis, si lo que se produce es una denegación de las susceptibles de recurso ante la Comisión de Garantía y Evaluación, la duración de la tramitación de la *prestación de la ayuda para morir*- que en principio ronda sobre los cuarenta días-, puede verse incrementada hasta en otros cuarenta días más.

IV. VALORACIÓN GLOBAL DE LA LEY ORGÁNICA, DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA

Como ya he señalado, voy a dejar para un apartado independiente el análisis de la Disposición final primera -relativa a la reforma del artículo 143 del Cp-, pero, realizado el esfuerzo de resaltar los cambios que ha experimentado la Proposición de Ley Orgánica, de regulación de la eutanasia, hasta llegar a la aprobación del texto definitivo de esta Ley (en primer lugar comparando el texto de la PLO-2020 -en su redacción inicial- con el de la PLO-2018 y, en segundo lugar, resaltando los cambios introducidos en la Proposición de Ley Orgánica en fase de enmiendas) y sintetizadas las tres hipótesis que considero

pueden darse cuando una persona está inmersa en la tramitación de la prestación de la ayuda para morir a la que se refiere, procedo a valorar el texto de la misma.

Desde un punto de vista puramente estructural, ya señalé que se esta Ley ha ido mejorado notablemente. El texto actual está, sin duda alguna, mucho mejor sistematizado que lo estaba el de la PLO-2018 y en fase de enmiendas se ha pulido algo más la sistemática y se han introducido mejoras gramaticales y de expresión, otorgándole con ello, sin lugar a dudas, una mayor claridad; mejorándose al mismo tiempo la técnica legislativa y ofreciendo por todo ello una mayor precisión y seguridad jurídica.

Ahora bien, para poder valorar su contenido es necesario un análisis de todas las cuestiones que, a mi parecer, resultan decisivas para comprender la trascendencia del procedimiento que en ella se arbitra.

Para ello, empezaré por los requisitos que ha de reunir la persona solicitante.

1. Requisitos de la persona solicitante

1.1. Capacidad, consciencia y voluntariedad. Solicitud en casos de incapacidad.

Referencia al consentimiento informado

Como hemos visto, el punto de partida es que el solicitante (además de ser español o residente legal en España o, al menos, llevar empadronado un año en nuestro país⁴⁷) ha de ser una persona, para empezar, “mayor de edad” (por lo que quedan fuera en todo caso los menores cuya suplencia de voluntad ni siquiera se plantea). En segundo lugar, esta persona mayor de edad, en principio, ha de ser “capaz” y estar “consciente” en el momento de la solicitud (art. 5.1, a y b).

La decisión de solicitar la prestación de la ayuda para morir ha de ser, además, una decisión autónoma, para lo que se dispone que el paciente ha de conocer su proceso médico tras haber sido informado adecuadamente por el equipo sanitario responsable (art. 4.2).

Y en aras de garantizar el carácter personal de la solicitud, el artículo 6 dispone que la solicitud ha de hacerse -en principio- por escrito y ser fechada y firmada por el propio solicitante en presencia de un profesional sanitario, que también lo ha de firmar. Si no pudiera formularla por escrito, se ha añadido, en fase de enmiendas en el Congreso, que la solicitud podrá hacerse por cualquier otro medio siempre que éste permita dejar constancia de la voluntad inequívoca de quien la solicita, así como del momento en el que la solicita. Con esta previsión entiendo se dan cabida a grabaciones de voz e

⁴⁷ Exigencia esta última con la que entiendo se trata de impedir el turismo-eutanásico (si se me permite la expresión).

imagen. Por otra parte, si el paciente estuviera impedido físicamente para fechar y firmar el documento, se prevén dos alternativas: el que haga uso de otros medios que permitan dejar constancia (posibilidad incorporada nuevamente en fase enmiendas) o que pueda hacerlo otra persona, plenamente capaz y mayor de edad, en su presencia. Dicha persona habrá de mencionar el hecho de que quien solicita la prestación de la ayuda para morir no se encuentra en condiciones de firmar el documento, debiendo además indicar las razones de ello (art. 6).

El que la solicitud pueda no sólo formularla por escrito, así como el que el paciente, si no puede fecharla y firmarla por su situación, de propia mano, lo pueda hacer por “otros medios siempre que estos permitan dejar constancia”, requiere de la materialización de la previsión que se ha incorporado (en fase de enmiendas) en el apartado 3 del artículo 4, en virtud del cual se recoge que se garantizarán “los medios y recursos de apoyo, materiales y humanos, incluidas las medidas de accesibilidad y diseño universales y los ajustes razonables que resulten precisos para que las personas solicitantes de la prestación de la ayuda para morir (...) formen y expresen su voluntad, otorguen su consentimiento y se comuniquen e interactúen con el entorno (...)”. En esta misma línea la Disposición adicional cuarta (incorporada también en fase de enmiendas) garantiza a las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordo ciegas, los recursos y medios de apoyo establecidos en la Ley 27/2007, de 23 de octubre, por la que se reconocen las lenguas de signos españolas y se regulan los medios de comunicación oral de estas personas.

Y, por último, con la finalidad de que quede acreditado el carácter serio y definitivo de la decisión, el paciente ha de solicitar la prestación de ayuda para morir en dos ocasiones, separadas entre sí, por un plazo mínimo de quince días naturales (art. 5.1.c). Eso sí, con la salvedad de que el médico responsable considere que esa persona va a perder de forma inminente la capacidad para emitir el consentimiento informado, en cuyo caso la Ley permite que el médico responsable pueda aceptar que, entre las dos preceptivas solicitudes de prestación de ayuda para morir, el plazo no llegue a los quince días naturales. En concreto se permite que “podrá aceptar cualquier período menor que considere apropiado en función de las circunstancias clínicas concurrentes, de las que deberá dejar constancia en la historia clínica” (art. 5.1.c). El paciente sí habrá de cumplir, por supuesto, el resto de los requisitos de este artículo 5.

Todas estas exigencias me llevan a las siguientes reflexiones:

En primer lugar, sobre quién y cómo se ha de valorar la capacidad del solicitante y la voluntariedad de su solicitud.

A estos efectos, el artículo 8.1 traslada al médico responsable la obligación de comprobar la concurrencia de los requisitos previstos en el artículo 5,1,a), c) y d),

refiriéndose el apartado a), a la capacidad y consciencia del solicitante y el c), a la existencia de las dos solicitudes voluntarias y sin presiones externas⁴⁸. Después, ha de intervenir el médico consultor, que ha de examinar al paciente para corroborar que se dan todas las condiciones del artículo 5 (art. 8.3). Y, además, posteriormente, la concurrencia de estos mismos requisitos han de ser analizados por los dos miembros que designe la Comisión de Garantía y Evaluación para la elaboración del informe previo. A tales efectos, tendrán no sólo acceso a la historia clínica, si no que podrán entrevistarse con el profesional médico, el equipo, así como con la propia persona solicitante, debiendo recoger en ese informe, entre otros datos, “la voluntariedad, reflexión, reiteración de la petición y la ausencia de presión externa” (cfr. art. 10 y art. 12.b).

De modo que la Ley prevé hasta tres filtros para garantizar que el paciente solicitante es una persona capaz, consciente y sus solicitudes fueron formuladas por él mismo, de forma voluntaria y sin presiones externas.

En primer lugar, y por lo que se refiere a la “capacidad” del paciente, es cierto que parte de la doctrina penal española ha rechazado tradicionalmente la posibilidad de que un enfermo terminal, aquejado de constantes e intolerables sufrimientos (lo que puede ocurrir en el caso de los solicitantes de la prestación de la ayuda para morir), pueda ostentar la capacidad para adoptar una resolución verdaderamente libre sobre su muerte -partiendo de la premisa de que, en tales casos, tendrá o, al menos, puede tener, alterada su psicología-⁴⁹. Sin embargo, también hay quienes han defendido que el padecimiento de la enfermedad incurable no tiene por qué ser un impedimento *per se*, para que la persona pueda adoptar este tipo de decisiones⁵⁰. En esta línea considero que, con independencia de que efectivamente un enfermo terminal pueda presentar en el caso concreto alteraciones psicológicas, éstas podrán ser, incluso, como apuntaba ya hace años Valle Muñiz, una respuesta psicológica normal a una enfermedad incurable y que, la inminencia de la muerte no es un argumento suficiente para negar de una forma automática la capacidad del sujeto para tomar una resolución sobre el final de su vida⁵¹. Por lo que entiendo que, con independencia de que el paciente presente una enfermedad o padecimiento de los que se exigen en esta Ley (art. 5.1.d), habrá que partir de la capacidad del solicitante salvo que, en el caso concreto, presente algún tipo

⁴⁸ El artículo 9.2 de la PLO-2018 era aún más preciso ya que exigía, expresamente, que el médico debía “comprobar que la solicitud es voluntaria, sin coacciones externas, que expresa fielmente los deseos de la persona solicitante, y que se ha reiterado en su voluntad de poner fin a su vida”.

⁴⁹ Por ejemplo, ZUGALDÍA ESPINAR, (1987), p. 296.

⁵⁰ Así, por ejemplo, DIEZ RIPOLLÉS, (1993), p. 266; CARBONELL MATEU, (1996), p. 93.

⁵¹ VALLE MUÑIZ, (1989), p. 175.

de patología o anomalía psíquica que lleve a sostener que no se encuentra en el pleno uso de sus facultades mentales, y así se acredite en alguno de los tres filtros de control que se disponen a estos efectos.

Mayores problemas estimo plantea la defensa del carácter “voluntario” de la solicitud de la prestación de la ayuda para morir, ya que considero que no es algo que dependa exclusivamente de que el paciente adopte la decisión tras haber recibido la información necesaria y *sin presiones o coacciones externas*. Esto último es -ciertamente- lo que quizás se puede asegurar -o, al menos tratar de asegurar⁵²- con la exigencia de que el paciente reitere su solicitud, la firme él mismo -salvo que esté impedido para ello- y lo haga en presencia de un testigo; comprobando todo esto -además- por triplicado. A ello pueden contribuir, desde luego, las exigencias que se han incorporado en fase de enmiendas en el Congreso en el artículo 4. En primer lugar, cuando se pide que en la historia clínica se haga constar que el paciente ha recibido y “comprendido” la información. Y, en segundo lugar, si efectivamente se materializa el que se disponga de los medios y recursos materiales y humanos necesarios para que las personas solicitantes formen su opinión y expresen su voluntad no sólo de forma libre si no, también, “sin intromisiones, injerencias o influencias indebidas”. Pero esto es algo que, a día de hoy, está por ver. Es decir, esos medios y recursos no sabemos en qué consistirán ni cuándo estarán disponibles.

Pero es que, además, estimo que la voluntariedad de su decisión dependerá también de que se pongan a disposición del paciente todos los medios posibles y adecuados conforme al desarrollo médico del momento, para aliviar sus sufrimientos. La importancia de la existencia de los tratamientos paliativos es tan importante -en mi opinión- en esta materia, que me referiré a ellos *infra*, de forma independiente.

De manera que, desde mi punto de vista, la Ley Orgánica, de regulación de la eutanasia, ofrece un nivel de garantía admisible para acreditar la capacidad del paciente solicitante (de la que, en principio, habrá que partir), pero, cuando se trata de asegurar el carácter voluntario de la misma, la garantía que se ofrece es -en mi opinión- relativa y puramente *formal*. Ya que lo se podrá comprobar con toda certeza a estos efectos es, como mucho, que la petición parte del paciente y tiene carácter reiterado. No sé cómo -realmente- el médico responsable, el médico consultor o los miembros de la Comisión de Garantía y Evaluación, podrán cerciorar que esa decisión que les manifiesta el solicitante, por mucho que parta de él y la comprenda y reitere, no es fruto de presiones directas o indirectas de terceros. Siendo honestos, creo a lo se podrán comprometer los

⁵² De hecho, ya hay quien apunta que todos estos controles son insuficientes para asegurar que el consentimiento prestado por el paciente no está viciado por presiones externas. Cfr. En este sentido, por ejemplo, ROSILLO, (2020), <https://www.ieb.es/la-eutanasia-y-su-futura-regulacion/> (última consulta 02/11/2020).

implicados es a acreditar que el paciente “afirma” no haber sido coaccionado, pero nada más.

Por otra parte, en los casos en los que el paciente no puede firmar él mismo su solicitud por estar impedido físicamente para ello y no haga uso de esos otros medios que permitan dejar constancia (porque no existan, no esté disponibles o no quiera), me parece que la previsión de que pueda hacerlo otra persona en su presencia no es lo suficientemente garantista. Al no especificarse nada sobre quién puede ser esa tercera persona, ésta podría ser, literalmente, “cualquiera”. Lo que no es sólo fuente de inseguridad jurídica, sino que abre la puerta, incluso, a abusos. Así ya hay quien ha sugerido que se debería establecer una relación con orden prelación de las personas que estarían autorizadas en tal caso, y que, en caso de conflictos de intereses, estuviera prevista la intervención judicial⁵³.

Y, por último, cuando se trata de la hipótesis en la que el médico considera que el paciente va a perder su capacidad para firmar el consentimiento informado de forma inminente y permite -de forma excepcional- que el plazo entra las dos solicitudes sea inferior a quince días, han de hacerse dos observaciones. En primer lugar, está claro que el médico considerará que el paciente va a perder la capacidad para emitir el consentimiento de forma inminente conforme a sus conocimientos médicos, pero es una valoración en la que creo, nadie cuestionará, siempre existirá margen de error. Y, en segundo lugar, la determinación del plazo que ha de mediar entre las dos solicitudes, en cuanto que es algo que vuelve a quedar en manos del médico responsable, y que va a depender de las circunstancias clínicas concurrentes, no ofrece demasiada seguridad jurídica, pudiendo ser admisible, incluso, que la reiteración de la solicitud sea llevada a cabo en dos días consecutivos^{54/55}. Posibilidad ésta que hará que desaparezca el

⁵³ Cfr. PAYÁN ELLACURIA, (2020), p. 24) <https://ojs.ehu.eus/index.php/eguzkilore/article/view/21828/19648> (última consulta 02/11/2020).

⁵⁴ Así lo advierte, por ejemplo, PAYÁN ELLACURIA, (2020), p. 22. <https://ojs.ehu.eus/index.php/eguzkilore/article/view/21828/19648> (última consulta 02/11/2020).

⁵⁵ En cualquier caso, hay que valorar muy positivamente el que se haya eliminado en fase de enmiendas el que, en estos casos, deje de ser preceptiva la realización de la verificación previa por parte de los dos miembros de la Comisión de Garantía y Evaluación. Porque, aunque en estos casos quedaba subsistente la consulta al médico consultor, como su informe no era vinculante, se permitía al médico responsable el que, cumplido ese trámite, procediera a la prestación de la ayuda a morir. La consecuencia práctica era que todo el proceso de tramitación de la solicitud de la prestación de la ayuda para morir quedaba en manos del médico responsable, ya que era él, en exclusiva, el que valoraba, decidía y ejecutaba. Y todo ello, en un plazo que podía reducirse a los cuatro o cinco días y sin ningún filtro de control real previo a la prestación de la ayuda para morir. El único control se realizaba por la Comisión -anteriormente denominada de Evaluación y Control-, pero ya a *posteriori*, cuando el paciente hubiera fallecido. Igualmente hay que valorar positivamente el que se haya eliminado el que este régimen excepcional rigiera también cuando el médico responsable considerara que el paciente solicitante iba a morir de forma inminente; pero en este caso porque la prestación de ayuda para morir devenía, directamente en innecesaria. En este

indicador del carácter serio de la petición que reside, precisamente, en el carácter reiterado pero espaciado en el tiempo, de la misma.

Expuesto todo lo anterior, la pregunta a continuación es y ¿qué pasa en caso de que una persona no sea “capaz” a los efectos de solicitar la prestación de ayuda para morir? Aquí no habría nada que analizar si esta Ley rechazara, en todo caso, la posibilidad de que se prestara la ayuda a morir a personas incapaces, pero no es así. También se permite que se le preste la ayuda a morir a un enfermo incapaz si se cumplen ciertos requisitos.

Antes que nada, quiero llamar la atención sobre el hecho de que en la Ley no se refiere a las personas con discapacidad o incapaces de una única manera.

En efecto, por un lado, se usa la expresión “Situación de incapacidad de hecho” a la que define (art. 3, h) como la “situación en el que el paciente carece de entendimiento y voluntad suficientes para regirse de forma autónoma, plena y efectiva por sí mismo, *con independencia de que existan o se hayan adoptado medidas de apoyo para el ejercicio de su capacidad jurídica*”⁵⁶. De forma coherente el artículo 5, relativo a los “Requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir”, apartado 2, indica quién y cómo se valorará la situación de incapacidad de hecho, correspondiéndole al médico responsable, que habrá de efectuarla con arreglo a los protocolos de actuación que se determinen por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (Disposición adicional sexta). Sin embargo, al comienzo de este apartado 2 se dispone que lo previsto en las letras b), c) y e), del apartado anterior no será de aplicación cuando el médico responsable certifique que “el paciente no se encuentra en el pleno uso de sus facultades ni puede prestar su conformidad libre, voluntaria y consciente para realizar las solicitudes”. Por lo que no queda claro si, en realidad, se está haciendo referencia exactamente al mismo círculo de personas. Supongo que habrá que entender que sí (ya que lo que se hace en este apartado es excepcionar los requisitos a cumplir cuando -en definitivas cuentas- la persona afectada no puede ser declarada capaz), pero desde luego me parece más acertada la matización que se recoge al principio de este apartado dos, que la definición que se otorga de la situación de incapacidad de hecho, con la que -como vemos- no coincide. Y ello porque lo específico para calificar a una persona como incapaz a estos efectos, debe ser el que -efectivamente- dicha persona no se encuentra en el pleno uso de sus facultades ni puede prestar su conformidad libre, voluntaria y consciente para

mismo sentido, cfr. PAYÁN ELLACURIA, (2020), p. 22. <https://ojs.ehu.eus/index.php/eguzkillore/article/view/21828/19648> (última consulta 02/11/2020).

⁵⁶ La cursiva es mía. Esta matización última obedece a que en el artículo 4, apartado 3 se ha incorporado, en fase de enmiendas en el Congreso, que “se adoptarán las medidas pertinentes para proporcionar acceso a las personas con discapacidad al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de los derechos que tienen reconocidos en el ordenamiento jurídico”.

realizar las *solicitudes*. No que carezca de entendimiento y voluntad suficientes para “regirse de forma autónoma, plena y efectiva por sí mismo”, ya que puede ser que esa falta de entendimiento y voluntad afecte a aspectos de su vida que no tengan nada que ver con el adelantamiento artificial de su muerte, que es de lo que aquí se trata.

Aclarado lo anterior, si el paciente no se encuentra en el pleno uso de sus facultades (habrá que sobreentender, mentales) en los términos expuestos, no se pide el cumplimiento de los requisitos del artículo 5, más el del que el paciente sufra una enfermedad grave e incurable o padecimiento grave, crónico e imposibilitante, así como que el paciente haya suscrito con anterioridad un documento de instrucciones previas, *testamento vital, voluntades anticipadas o documentos equivalentes legalmente reconocidos*⁵⁷, en cuyo caso se le podrá facilitar la prestación de ayuda para morir conforme a lo dispuesto en dicho documento.

Hay que aclarar que esta fórmula -que he resaltado en cursiva- fue incorporada en fase de enmiendas, muy probablemente para acallar las críticas que se hacían por la inseguridad que generaba la fórmula empleada en la PLO-2020 en su redacción inicial, en la que se aludía a “otros documentos equivalentes” a las instrucciones previas, sin más. Esto generaba el interrogante de qué habría de entenderse por tal documento equivalente o qué contenido había de tener para que realmente se pudiera asimilar a un documento de instrucciones previas⁵⁸. Ahora bien, me parece totalmente innecesaria la mención expresa que se hace en la redacción aprobada tanto al “testamento vital” como al “documento de voluntades anticipadas” ya que la fórmula final que se emplea de “documentos equivalentes legalmente reconocidos”, la convierte -en mi opinión- en superflua.

Dicho eso, mucho más importante me parece la siguiente reflexión: en cuanto que no tiene por qué haber resolución judicial que declare la incapacidad de hecho⁵⁹ y la valoración de la situación de incapacidad de hecho la hará el médico responsable “conforme a los protocolos de actuación que se determinen por el Consejo Interterritorial

⁵⁷ Sobre el testamento vital, pueden verse, BETANCOR, 1995, pp. 97 y ss.; y LÓPEZ SÁNCHEZ, 2003. Sobre los conceptos de documento de instrucciones previas o voluntades anticipadas, su naturaleza jurídica, caracteres y necesidad de inscripción en los registros de instrucciones previas, cfr. FERNÁNDEZ CAMPOS, (2013), pp. 59 y ss.

⁵⁸ Es más, PAYÁN ELLACURIA ponía en duda (en relación a la PLO-2020 en su redacción inicial) el que debieran admitirse estos documentos equivalentes al existir ya registros nacionales y autonómicos de los documentos previos, ante el temor de que tal documento equivalente no sea más que una escenificación por escrito del proceso deliberativo mantenido por el médico responsable con el paciente (2020, p. 23). <https://ojs.ehu.eus/index.php/eguzkiloire/article/view/21828/19648> (última consulta 02/11/2020).

⁵⁹ Matización que si bien es cierto ha sido suprimida del artículo 3.h) en fase de enmiendas, considero no modifica el que efectivamente ésta no tenga por qué haber tenido lugar ya que expresamente no se exige, por lo que mantengo la consideración reflejada en texto al respecto.

del Sistema Nacional de Salud⁶⁰(para lo que dispone de un plazo de tres meses tras la entrada en vigor de la Ley⁶¹), el paciente puede que no tuviera un conocimiento exacto - en el momento en el que redactó el documento de instrucciones previas o documento equivalente legalmente reconocido- sobre las condiciones en las que se le iba a considerar incapacitado a estos efectos. Por lo que, en realidad, habrá dado unas instrucciones previas sin el conocimiento pleno y real de las circunstancias en las que las mismas iban a ser llevadas a la práctica. Lo que no creo sea de recibo.

El legislador, además, no es claro al fijar de quién ha de partir en estos casos de personas con discapacidad, la solicitud de la ayuda para morir.

En efecto, por un lado, señala que, si en los documentos referidos en el párrafo anterior, se hubiera nombrado un representante legal, esa persona será el interlocutor válido para el médico responsable (art. 5.2). Y, por otro, se permite que la solicitud de *prestación de ayuda* podrá ser presentada al *médico responsable* por “otra persona mayor de edad y plenamente capaz” (art. 6.4), que, según parece, puede ser un tercero cualquiera. Lo que me lleva a plantear ¿qué pasaría si, teniendo designado un representante, la solicitud la hubiera presentado un tercero distinto aquél? Lo más coherente es entender que, en tal caso, el médico responsable debería negarse a tramitar tal solicitud. Pero hubiera sido mejor que esa posibilidad no pudiera llegar a presentarse, por lo que se debería haber especificado que la petición tendría que haber sido iniciada por el representante designado por el paciente en el documento de instrucciones previas y solo en el caso de que, éste no lo hubiera designado, por un tercero⁶².

Por último, se ha añadido la posibilidad de que, si no existe ninguna persona que pueda presentar la solicitud en nombre del paciente, pueda solicitar la práctica de la eutanasia el propio médico responsable (art.6.4), al que se traslada en última instancia una responsabilidad que no sé hasta qué punto le corresponde e, incluso, le *debe* corresponder.

Por lo que se refiere al consentimiento informado, éste se define en el artículo 3 como “la conformidad libre, voluntaria y consciente del paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que, a petición suya, tenga lugar una de las actuaciones descritas en el párrafo g)”. Y, como podemos

⁶⁰ Al no tener que atenerse ya los médicos responsables -al valorar la situación de incapacidad de hecho del paciente- a “la normativa sanitaria aplicable y los protocolos existentes al respecto”, como se preveía en la PLO-2018.

⁶¹ Disposición adicional sexta.

⁶² Cfr. en términos similares, Payán Ellacuría si bien refiriéndose al texto de la PLO-2020 en su redacción previa a la incorporación de las enmiendas (PAYÁN ELLACURIA, (2020), p. 24). <https://ojs.ehu.eus/index.php/eguzkilore/article/view/21828/19648> (última consulta 02/11/2020).

comprobar en el artículo 5, se recoge como un requisito independiente de la capacidad y el carácter voluntario de la solicitud. La prestación del consentimiento informado es un trámite que tiene lugar una vez que el médico responsable ha recibido las dos solicitudes del paciente (capaz y consciente), se ha llevado a cabo el proceso deliberativo (uno tras la primera solicitud en el que se le informa oralmente y se le da traslado por escrito de esa información; y otro, tras la segunda solicitud en el que se resuelven dudas y se puede ampliar la información previamente facilitada) y, transcurridas veinticuatro horas tras el proceso deliberativo, el paciente decide continuar con su solicitud de prestación de ayuda para morir.

Si tenemos en cuenta la definición que otorga el artículo 3 al consentimiento informado, podemos comprobar que el carácter *libre* y *voluntario* de la conformidad del paciente va vinculado a haber recibido la “información adecuada”. Ahora bien, no se especifica cuál es esa *información adecuada*, ni se exige que la misma conste en el documento que recoja ese consentimiento informado. Entiendo, acudiendo al propio texto de la Ley Orgánica, que dicha información habrá de versar, para empezar, sobre todos aquellos extremos sobre los que ha de informar el médico responsable al paciente durante el primer proceso deliberativo al que se alude en el artículo 8.1. Es decir, “diagnóstico, posibilidades terapéuticas y resultados esperables”, así como sobre los “posibles cuidados paliativos”⁶³. Pero, además, opino, que entre esa “información adecuada” debería estar toda la relativa al proceso mismo de la tramitación de la prestación de la ayuda a morir, así como -sobre todo- a la *forma* en la que ésta podrá ser llevada a cabo. Pero, como digo, esto no se exige de forma expresa, cuando es algo que parece de extrema importancia de cara a ofrecer la máxima seguridad jurídica tanto al paciente, como al facultativo.

Sí me parece valorable positivamente el que se le exija al médico que se asegure de que el paciente comprende la información que se le facilita y que ésta le sea facilitada no sólo oralmente, si no también, por escrito, en un plazo máximo de cinco días naturales. También me parece un acierto el que, en fase de enmiendas, se haya incluido la continuación del proceso deliberativo tras la recepción de la segunda solicitud, y que en esta segunda fase el paciente pueda resolver dudas y ampliar información.

Una vez que el paciente firma el consentimiento informado, se pone en marcha la tramitación del proceso de prestación de la ayuda para morir. El médico responsable

⁶³ Por lo que la existencia de unos tratamientos paliativos adecuados es -en mi opinión- determinante, también, a la hora de que el consentimiento informado que ha de firmar el paciente, sea, realmente, la muestra de su conformidad.

pasará a informar al equipo asistencial⁶⁴, especialmente a los profesionales de enfermería y a aquellos familiares que el paciente indique, si así lo desea.

1.2. Contexto eutanásico

El paciente solicitante de la ayuda de la prestación para morir, o aquel en nombre del cual la tercera persona mayor de edad y plenamente capaz la solicite, ha de (art. 5,d) “Sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e invalidante”. Ambas situaciones constituyen lo que, en el Preámbulo de esta Ley se identifica, a efectos de la misma, como el “contexto eutanásico” en el que entiende admisible la legalización de la prestación de la ayuda para morir.

La explicación de en qué consiste cada una de estas situaciones la encontramos, a su vez, en el artículo 3, apartados b) y c), que disponen lo siguiente:

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

c) «Enfermedad grave e incurable»: la que por su naturaleza origina sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables sin posibilidad de alivio que la persona considere tolerable, con un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva”.

Ambos términos han sufrido modificaciones en fase de enmiendas.

En efecto, el primer término es de nuevo cuño, sustituyendo al de “Enfermedad grave crónica e intolerable” que, se empleaba en la redacción inicial, si bien se mantiene la definición en, prácticamente, los mismos términos⁶⁵. Con el segundo concepto ocurre

⁶⁴ Hasta las enmiendas introducidas en la tramitación en el Senado, la referencia en este artículo al equipo asistencial venía precedido por un “si lo hubiere”, con lo que se transmitía la idea de que este equipo asistencial no tenía por qué existir. Ahora, ciertamente, ha desaparecido tal matización, pero se indica que “preferentemente” la información se trasladará al profesional de enfermería, lo que deja, en mi opinión, subsistente, la duda de la obligatoriedad de la transmisión de esa información al equipo asistencial aunque en el caso concreto existiera realmente.

⁶⁵ Aunque no idénticos. La definición inicial decía: “situación que resulta de una persona afectada por limitaciones que inciden directamente sobre su autonomía física, así como sobre su capacidad de expresión y relación, y que llevan asociadas un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable, existiendo seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones vayan a persistir en

justo lo contrario, se mantiene la rúbrica, pero se introducen cambios significativos en la definición.

Con la expresión “Padecimiento grave, crónico e invalidante”, como podemos comprobar, se dan cabida a limitaciones que inciden sobre la autonomía física del paciente y sobre sus actividades de la vida diaria, así como sobre la capacidad de expresión y relación. Teniendo en cuenta esta definición, el que esta hipótesis se rubrique como “Padecimiento” en vez de como “Enfermedad”, me parece mucho más acertado.

Para que estas limitaciones permitan que, la persona que las sufre, pueda recibir la prestación de la ayuda para morir, éstas han de reunir una serie de requisitos. Pero no se exige entre ellos, a diferencia de lo que ocurre en el término definido en la letra c), la proximidad de la muerte.

El que no se exija la proximidad de la muerte es visto, por algunos, como un acierto⁶⁶, sin embargo, no estoy segura de que el que la muerte del paciente esté más o menos próxima o que su salud, al menos, esté en proceso de deterioro de forma progresiva e imparable, no debiera ser un requisito ineludible para que pueda proceder la prestación de la ayuda para morir⁶⁷. Si el paciente no se está, de algún modo, “muriendo”⁶⁸, no sé hasta qué punto podría hablarse en estos casos de una verdadera prestación de “ayuda a la muerte”.

En cualquier caso, como podemos comprobar, las limitaciones han de causarle al paciente un sufrimiento físico o psíquico⁶⁹ constante e intolerable y ha de existir seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones vayan a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable.

el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable”. Y tras las enmiendas admitidas en el Congreso: “Situación que hace referencia a una persona afectada por limitaciones que inciden directamente sobre su autonomía física y actividades de la vida diaria, de manera que no pueda valerse por sí misma, así como sobre su capacidad de expresión y relación, y que llevan asociado un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable para la misma, existiendo seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones vayan a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable. En ocasiones puede suponer la dependencia absoluta de apoyo tecnológico”.

⁶⁶ Es el caso, por ejemplo, de GUTIÉRREZ-ALONSO, si bien refiriéndose ciertamente a la PLO-2018, (2019), p. 97.

⁶⁷ También PAYÁN ELLACURIA, en términos similares, apunta en relación a la PLO-2020 en redacción previa a las enmiendas, lo controvertido que supone extender la prestación de ayuda para morir impune en caso de enfermedades no letales, pero sí crónicas especialmente si son psíquicas, (2020, pp. 20 y 30). <https://ojs.ehu.eus/index.php/eguzkiloire/article/view/21828/19648> (última consulta 02/11/2020).

⁶⁸ Y no en sentido abstracto, ya que, desde que nacemos, comenzamos a morir.

⁶⁹ En relación a los sufrimientos psíquicos, tienen razón todos aquellos que advierten de las dificultades de prueba de ese tipo de sufrimiento que, evidentemente deberán quedar acreditados adecuadamente en el caso concreto. Así, por ejemplo, PAYÁN ELLACURIA, apunta que son más difíciles de objetivar (2020, p. 20). <https://ojs.ehu.eus/index.php/eguzkiloire/article/view/21828/19648> (última consulta 02/11/2020).

Ahora bien, no tengo claro si la incidencia de dichas limitaciones sobre “la capacidad de expresión y relación” ha de entenderse como un efecto acumulativo a la incidencia de las mismas sobre “la autonomía física y actividades de la vida diaria”; o, como una afectación que, de forma independiente, cumplidas las demás exigencias, permitirá que quien las padezca pueda optar a la prestación de la ayuda a morir. Es más, ambas posibilidades considero han de ser objeto de reflexión.

En mi opinión, si las limitaciones físicas inciden sobre la autonomía física y las actividades de la vida diaria del paciente hasta el punto de que no le permiten valerse por sí mismo⁷⁰, y estas limitaciones llevan asociadas un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable, existiendo seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones vayan a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable, entiendo debería admitirse el que paciente pueda solicitar la ayuda para morir, aunque tales limitaciones no incidieran al mismo tiempo sobre su capacidad de expresión y relación (pensemos por ejemplo, en los enfermos aquejados de ELA). Siempre y cuando, como he matizado, hubiera un pronóstico de vida limitado⁷¹ o, al menos, su salud se esté deteriorando de forma progresiva e imparable, -extremo que como hemos visto, no se exige-.

Sin embargo, por otra parte, si la incidencia de las limitaciones fuera única y exclusivamente sobre la capacidad de expresión y relación del paciente, no tengo claro

⁷⁰ Exigencia ésta que considero excluye el riesgo de que se admita la eutanasia en casos de desgracias meramente existenciales. Como reclamaba, por ejemplo, SÚAREZ LÓPEZ al exigir que se garantice “la «objetividad» de la causa trágica de la eutanasia”, lo que le lleva a excluir de la eutanasia legalmente admisible los casos de sufrimiento psíquico de quien padece desgracias existenciales y/o depresión (2012, p. 357).

⁷¹ La posibilidad de admitir la sedación irreversible en casos extremos de sufrimiento existencial como puede darse en el caso de una persona aquejada de ELA, es admitido incluso por el Comité de Bioética Español, si bien cuando se pueda establecer “la refractariedad tras la evaluación de un equipo con experiencia” y siempre que exista un pronóstico de final de vida en un corto plazo. Si no, lo único que considera admisible es una sedación paliativa, es decir, la sedación en el contexto terapéutico (cfr. Informe del Comité de Bioética de España sobre el final de la vida y la atención en el proceso de morir, en el marco del debate sobre la regulación de la eutanasia: propuestas para la reflexión y la deliberación, aprobado en sesión plenaria de Comité de 4 de marzo de 2020, p. 65). La diferencia entre sedación paliativa y eutanasia activa directa (donde entiendo podría incluirse la sedación irreversible no meramente paliativa) radica en que en la sedación se busca disminuir el nivel de consciencia, con la dosis mínima necesaria de fármacos, para evitar que el paciente perciba el síntoma refractario; mientras que en la eutanasia se busca deliberadamente la muerte anticipada tras la administración de fármacos a dosis letales, para terminar con el sufrimiento del paciente (cfr. al respecto Informe del Comité de Bioética de España citado, p. 58). Si bien en este informe se recoge cómo en otro país de nuestro entorno cultural, como es el caso de Francia, su Comité Consultivo Nacional de Ética sobre la salud y las ciencias de la vida de Francia (Comité Consultatif National d’Ethique) en su Opinión núm. 122, sobre el final de la vida, la autonomía personal y el deseo de morir, de 30 de junio de 2013, va algo más allá. Así recoge que el Comité francés considera que un síntoma refractario que aparece en una fase no terminal puede constituir una indicación de sedación que, a priori, sería intermitente o transitoria, pero que podría acudir a la sedación continua -excepcionalmente- si se justifica que los intentos de eliminar el malestar del paciente resultan infructuosos (Informe citado, p. 66).

que tales limitaciones deban permitir el que se le preste la ayuda a morir, y ello con independencia de que tal incidencia le cause a esa persona un sufrimiento -que entiendo que en este caso será de carácter psíquico- constante e intolerable, y aunque exista seguridad de que tal limitación vaya a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría. Para empezar, no sé en qué tipo de limitaciones está pensando el legislador en estos casos: ¿derrames, embolias o ictus que priven a la persona afectada de la posibilidad de comunicarse oralmente?, ¿alzheimer? Por otra parte, en la medida en que entiendo que en estos casos el sufrimiento que sufra esa persona será fundamentalmente psíquico, no sé tampoco cómo podrá éste ser objetivado. Además de que, si las limitaciones influyeran precisamente en la capacidad de expresión y relación de esta persona, será también más difícil poder garantizar que la decisión de morir parte de ella misma y que la adoptó con conocimiento y plena comprensión de la información que se le pueda transmitir y de las consecuencias de tal decisión. En estos casos, considero que resultará fundamental el que se materialice la previsión contenida en el apartado 3 del artículo 4. Esto es, que se le faciliten al paciente los medios y recursos de apoyo, materiales y humanos, incluidas las medidas de accesibilidad y diseño universales y los ajustes razonables que resulten precisos para que dicha persona pueda recibir la información, formar y expresar su voluntad, otorgar su consentimiento y comunicarse e interactuar con el entorno, de modo libre, a fin de que su decisión sea “individual, madura y genuina, sin intromisiones, injerencias o influencias indebidas”. Pero si la afectación de la capacidad de expresión y relación del paciente es tal que no puede decidir por sí mismo, es evidente que sólo podrá solicitar la prestación de la ayuda para morir otra persona en su nombre, caso de que el paciente sea tenido por incapaz a estos efectos y hubiera suscrito el documento de instrucciones previas o equivalente requerido en tales casos.

Pasando al sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable, estimo que debería exigirse que éste no pueda ser mitigado de una forma que el paciente entienda como razonable, como de hecho se hace en el propio Preámbulo de la Ley cuando se alude a ellos para indicar que constituyen el “contexto eutanásico”⁷².

Y, si bien hay que valorar positivamente la exigencia de que con seguridad o gran probabilidad las limitaciones van a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable, ya que con ello se excluye la posibilidad de que se pueda prestar la ayuda a morir impunemente si tales limitaciones son puramente temporales, comparto la

⁷² Literalmente dice lo siguiente: “Se busca, en cambio, legislar para respetar la autonomía y voluntad de poner fin a la vida de quien esté en una situación de padecimiento grave, crónico e imposibilitante o de enfermedad grave e incurable, padeciendo un sufrimiento insoportable que no puede ser aliviado *en condiciones que considere aceptables*, lo que denominamos un contexto eutanásico”. La cursiva es mía.

reflexión efectuada ya por algún autor sobre el carácter “absolutamente indeterminado”⁷³ de la expresión “persistir en el tiempo”, que generará la correspondiente inseguridad jurídica.

Por último, en la definición de este primer concepto se ha incluido la indicación de que las limitaciones a las que se hace referencia pueden suponer “la dependencia absoluta de apoyo tecnológico”, matización que me parece superflua ya que creo que no aporta nada que no quede cubierto por las exigencias que le preceden.

Con el término “Enfermedad grave e incurable” se alude a la que, por su naturaleza, origina sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables sin posibilidad de alivio que la persona considere tolerable, con un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva.

Como he apuntado, la definición que se le otorga a este término ha cambiado totalmente en fase de enmiendas y con ese cambio se han superado cuestiones criticables de la redacción que le otorgaba la PLO-2020 en su versión anterior a las enmiendas, pero se han añadido nuevas cuestiones controvertidas. Por lo que paso a referirme a todas ellas.

En su definición inicial, este concepto se clarificaba de la siguiente manera: “toda alteración del estado de la salud provocada por un accidente o enfermedad, originados independientemente de la voluntad del o la paciente, que lleva asociada sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable y en la que existe un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva”.

Los aspectos cuestionables en relación a este término eran, en mi opinión, varios.

Para empezar, me parecía innecesario el que puntualizara que la alteración de la salud podía deberse a una enfermedad o a un “accidente”. Ya que la merma de la salud - que era lo determinante conforme a esta definición- puede deberse, *per se*, a una enfermedad o no, por lo que no había que dar mayores explicaciones. En segundo lugar, considero que carecía de sentido el que se exigiera que la alteración del estado de la salud del paciente debía estar provocada por accidente o enfermedad, originados *independientemente* de la voluntad del paciente. Es cierto que una alteración del estado de salud de una persona puede ser originada por una conducta claramente intencional por su parte, como un intento de suicidio, o por comportamientos voluntarios que, sin buscar directamente la enfermedad, se saben pueden conducir a ella, con una elevada probabilidad o incluso, con toda certeza: malos hábitos de vida, falta de cuidados (no ir al médico, no tomar la medicación prescrita) Pero la cuestión era ¿qué importancia debe

⁷³ Lo que lleva a PAYÁN ELLACURIA, a solicitar en aras de la seguridad jurídica y médica, el que se establecieran unos parámetros temporales atendiendo a los estándares médicos (2020, pp. 20-21). <https://ojs.ehu.eus/index.php/eguzkiloire/article/view/21828/19648> (última consulta 02/11/2020).

tener esto en este ámbito?, lo importante debería ser que esa alteración del estado de la salud del paciente lleve asociado un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable y que exista un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad (por lo que podemos entender “deterioro”) progresiva. En tercer lugar, se echaba en falta el que se exigiera el que el sufrimiento físico o psíquico que experimente el paciente fuera no solo constante e intolerable y con pronóstico de persistencia, si no -también- que no hubiera una alternativa razonable que le permita al paciente sobrellevarlos^{74/75}.

Dicho lo cual puede comprobarse cómo el legislador ha eliminado la mención expresa al origen de la merma de la salud en un “accidente”, así como la exigencia de que el accidente o la enfermedad fueran “ajenos a la voluntad del paciente” y, para terminar, ha pasado a incluir el que no haya posibilidad de alivio que la persona considere tolerable a sus sufrimientos físicos o psíquicos. Ahora bien, si bien las dos últimas modificaciones han de valorarse positivamente sin reparos, no ocurre lo mismo con la primera. En efecto, la referencia al accidente era innecesaria con arreglo a la definición que se le otorgaba a este término inicialmente, pero no ya con la que se le otorga tras la fase de enmiendas. Y ello porque si bien es indiscutible que las alteraciones de la salud pueden tener su origen tanto en una enfermedad como en un accidente, no se puede decir lo mismo de la enfermedad, que es el término que se mantiene al haberse eliminado precisamente en la definición, la referencia a “toda alteración del estado de la salud”.

Y, por último, si bien considero plausible el que se exija el que el final de la vida del paciente está próximo en el tiempo, la expresión usada para ello “pronóstico de vida limitado”, no ofrece la suficiente seguridad jurídica necesaria ni a pacientes ni a médicos.

Expuesto todo lo anterior, considero que hubiera sido mejor que se hubiera empleado una fórmula que, sin necesidad de distinguir entre estos dos grupos de hipótesis, reuniera las cuestiones que me parecen fundamentales para que se plantee la posibilidad de que se ayude a una persona a morir impunemente. Y éstas son, en mi opinión, las siguientes:

Una, la merma de la salud, que puede *per se* deberse o no a una enfermedad, sin que haga falta especificarlo; y donde entiendo entran también las limitaciones que inciden en la autonomía física.

⁷⁴ En este mismo sentido se manifestaba, por ejemplo, ROSILLO, (2020), <https://www.ieb.es/la-eutanasia-y-su-futura-regulacion/> (última consulta 02/11/2020).

⁷⁵ De hecho, en la Exposición de Motivos de la PLO- 2020 en su redacción inicial sí se recogía expresamente este extremo y cito literalmente: “Se busca en cambio legislar para respetar la autonomía y voluntad de poner fin a la vida de quien está en una situación de enfermedad grave e incurable, o de una enfermedad, grave, crónica e invalidante, padeciendo un sufrimiento insoportable *que no puede ser aliviado en condiciones que considere aceptables*”. La cursiva es mía.

Dos, los sufrimientos físicos o psíquicos, que han de ser constantes e intolerables y previsiblemente permanecerán en el tiempo. No debiendo existir, además, una alternativa razonable que permita erradicarlos o, como mínimo, mitigarlos hasta hacerlos llevaderos al paciente.

Y tres, la proximidad de la muerte o, al menos, un proceso de deterioro o fragilidad progresiva en el que la salud del paciente -entendida en sentido amplio- se vaya deteriorando de forma imparable⁷⁶.

2. Procedimiento para la realización de la prestación de la ayuda para morir

En este apartado quiero analizar las figuras del “médico responsable”, del “médico consultor”, hacer una reflexión sobre las funciones de la Comisión de Garantía y Evaluación y, por último, sobre la propia prestación de la ayuda para morir.

2.1. La figura del “médico responsable”

El artículo 3, en su apartado d) incorpora la figura -inexistente en la PLO-2018-, del médico responsable, al que caracteriza de la siguiente manera: “facultativo que tiene a su cargo coordinar toda la información y la asistencia sanitaria del paciente, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, y sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales”.

Leída la Ley Orgánica, de regulación de la eutanasia, en su totalidad, se puede comprobar que el médico responsable es la figura con mayor protagonismo en todo el procedimiento de prestación de la ayuda para morir. Es el médico que ha de recibir las dos solicitudes de prestación de ayuda (ya sea porque se firmen delante de él o porque se le hagan llegar); el que mantendrá el proceso deliberativo con el paciente; el que tiene que transmitir (oralmente y por escrito) la información sobre su diagnóstico, posibilidades terapéuticas, resultados esperables y posibles cuidados paliativos; el que se tiene que cerciorar de que el paciente ha comprendido la información anterior; el que recabará del paciente su voluntad de seguir o no con la solicitud de prestación de ayuda; el que le pedirá que firme el consentimiento informado; el que trasladará la decisión del paciente al equipo asistencial, al personal de enfermería y a sus familiares; el que

⁷⁶ Por lo que propongo incluir deterioros de la salud que van más allá del concepto de “enfermedad incurable avanzada” tal y como se define en el Documento de “Atención Médica al final de la vida: conceptos y definiciones”, elaborado por el Grupo de trabajo “Atención médica al final de la vida”, Organización Médica Colegial y Sociedad Española de Cuidados Paliativos (abril 2015). Es decir, la enfermedad de curso gradual y progresivo, sin respuesta a los tratamientos curativos disponibles, que evolucionará hacia la muerte a corto o medio plazo en un contexto de fragilidad y pérdida de autonomía progresivas.

solicitará el informe del médico consultor y el que informará al presidente de la Comisión de la decisión del paciente; el que prescribirá la sustancia al paciente para que él mismo se la auto administre -cuando ésta sea la opción elegida para la prestación de la ayuda para morir- y el que, obligatoriamente ha de asistir, observar y apoyar al paciente hasta el momento de su fallecimiento. Además, es también el que, ante la sospecha de pérdida de capacidad inminente del paciente, puede decidir que la prestación de la ayuda para morir se agilice (como ya expuse en el epígrafe III.1) y el que en el caso de personas que no se encuentren en el pleno uso de sus facultades mentales y que hayan suscrito un documento de instrucciones previas o equivalente, pueda solicitar la eutanasia para el paciente si no hay otra persona que pueda hacerlo en su nombre.

Sin embargo, no sabemos con exactitud quién -ni siguiendo qué trámites- va a designar a estos “médicos responsables”.

Por otra parte, es cierto que, en esta Ley, tras la fase de enmiendas, se ha vuelto a incorporar en el artículo 1, un párrafo que señala que también es “Objeto” de la misma determinar los deberes del personal sanitario que atiende a las personas solicitantes de la prestación de ayuda para morir (previsión que constaba en la PL-2018 y se suprimió en la PLO-2020 en su redacción inicial), pero esto no se corresponde con que se vaya a controlar en modo alguno la forma de proceder del “médico responsable”.

Así, ha desaparecido también en fase de enmiendas el único control que se preveía (en la PLO-2020 en su redacción inicial) sobre la actuación de este médico responsable que era el que podía llevarse a cabo a través de la investigación de la -anteriormente denominada- Comisión de Evaluación y Control cuando, efectuada la prestación de ayuda para morir, ésta considerara -por una determinada mayoría- que no se habían cumplido las condiciones y procedimientos establecidos en esta Ley. De hecho, las Comisiones dejan de tener cualquier función de “control”, y por ello el cambio en su designación, para convertirse en unas Comisiones de Garantía y Evaluación.

Obviamente, en caso de infracción de lo dispuesto en esta Ley, rige el régimen sancionador previsto en el Capítulo VI, del Título I, de la Ley 4/1986, General de Sanidad, con independencia de la posible responsabilidad civil, penal, profesional o estatutaria en la que estos facultativos puedan haber incurrido en el ejercicio de sus funciones, pero, considero, que hubiera sido más garantista el que se hubiera mantenido un control por estas Comisiones en cuanto que son las responsables últimas de toda la tramitación de la prestación de la ayuda para morir.

2.2. La figura del “Médico consultor”

El artículo 3, letra e) define esta figura de la siguiente manera: “facultativo con formación en el ámbito de las patologías que padece el o la paciente y que no pertenece al mismo equipo del médico responsable”.

El papel que se le otorga a esta figura es, en realidad, de poca importancia, ya que, si bien ha de realizar un informe, éste no tiene carácter vinculante en modo alguno. En efecto, el artículo 8.3 dispone que, de forma preceptiva, el médico responsable, una vez que el paciente ha firmado el consentimiento informado, deberá consultar al médico consultor, quien “tras estudiar la historia clínica y examinar al paciente, deberá corroborar el cumplimiento de las condiciones establecidas en el artículo 5.1, o en su caso en el 5.2, en el plazo máximo de diez días naturales desde la fecha de la segunda solicitud, a cuyo efecto redactará un informe que pasará a formar parte de la historia clínica del paciente”. Las conclusiones de dicho informe deberán ser comunicadas, eso sí, al paciente solicitante en el plazo máximo de veinticuatro horas.

No se indica, sin embargo, si hay que comunicarle a alguien -ajeno a los órganos intervinientes en este tipo de procedimientos- las conclusiones de dicho informe cuando, tratándose de paciente en situación de incapacidad de hecho, es otra tercera persona mayor de edad y capaz, la que hubiera iniciado la tramitación de la solicitud de la prestación de la ayuda para morir.

Por lo que la figura del médico consultor no me parece que sirva de un verdadero filtro a los efectos de ofrecer una mayor seguridad en el cumplimiento de los requisitos del procedimiento de la tramitación de la prestación de la ayuda para morir.

2.3. La “Comisión de Garantía y Evaluación”

Esta Comisión, como decía, ha cambiado de nombre. Pasa de ser de “Evaluación y Control” o de “Control y Evaluación” (ya que en la PLO-2020 en su redacción inicial ambos términos se usaban de manera indistinta), a ser de “Garantía y Evaluación”, sencillamente porque, como también he apuntado, entre sus funciones no están ya -como desarrollaré un poco más, a continuación- las de controlar el adecuado desarrollo del proceso de la tramitación de la prestación de la ayuda para morir.

Dicho eso, son reconocidas como órganos administrativos, y han de ser creadas en el plazo de los tres meses siguientes a la entrada en vigor de este artículo (al día siguiente de la publicación de esta Ley), por los respectivos gobiernos autonómicos (debiendo existir una por cada comunidad autónoma) y, en el caso de Ceuta y Melilla, del Ministerio de Sanidad, debiendo determinar también cuál será su régimen jurídico. Se prevé, igualmente, que cada Comisión cuente con un reglamento de orden interno, que será elaborado por la misma Comisión y autorizado por el órgano competente de la administración autonómica, salvo en el caso de las Comisiones de Ceuta y Melilla, cuyos

reglamentos internos habrán de ser autorizados por el Ministerio de Sanidad (artículo 17). Y, mientras no dispongan de tales reglamentos, la Disposición transitoria única dispone que el funcionamiento de estas Comisiones se ajustará a las reglas de la Sección 3ª del Capítulo II, del Título preliminar de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.

Hay que valorar muy positivamente el que se haya incorporado en fase de enmiendas, el que la composición de cada una de ellas tendrá carácter multidisciplinar, debiendo contar con un mínimo de siete miembros en los se incluirá personal médico, de enfermería y juristas⁷⁷. Aunque estimo que hubiera sido bueno que se hubiera establecido un porcentaje mínimo de juristas, para mayor garantía y seguridad, tanto de pacientes, como de los propios médicos⁷⁸.

Por otra parte, y con la finalidad de homogeneizar criterios, se ha añadido también en este artículo 17 en fase de enmiendas, un apartado 5 que dispone que el “Ministerio de Sanidad y los presidentes de las Comisiones de Garantía y Evaluación se reunirán anualmente, bajo la coordinación del Ministerio para homogeneizar criterios e intercambiar buenas prácticas en el desarrollo de la prestación de la eutanasia en el Sistema Nacional de Salud”. Y es que hay que tener en cuenta que, como cada reglamento de orden interno será elaborado por cada Comisión individualmente considerada y autorizado por los respectivos gobiernos autonómicos (o, en su caso, el Ministerio de Sanidad), nada garantiza que esos reglamentos vayan a ser iguales o suficientemente parejos, en las distintas Comunidades. Igualdad o semejanza que debe buscarse a toda costa si se pretende poder garantizar el acceso a la prestación de la ayuda para morir en las mismas condiciones en todo el país.

Por lo que se refiere a las funciones de la Comisión de Garantía y Evaluación, éstas podríamos pensar son -únicamente- las que se recogen en el artículo 18, rubricado precisamente con el término “Funciones”, pero nada más lejos de la realidad. Las funciones de la Comisión de Evaluación y Control son más amplias y comienzan mucho

⁷⁷ También hay quien cuestiona el que ni en los artículos relativos a la creación y composición de estas Comisiones, ni en el relativo a sus funciones se haga referencia alguna a los Comités de Ética Asistenciales, ni a los órganos consultivos e interdisciplinares que, “con amplia experiencia en la materia y que, en caso de discrepancia irreconciliable entre profesionales y usuarios de los centros sanitarios, podrían orientar a las instituciones, planteando soluciones éticas en el ámbito asistencial que pudieran servir para arbitrar un punto de encuentro” (cfr. PAYÁN ELLACURIA, (2020), p. 26). <https://ojs.ehu.eus/index.php/eguzkilore/article/view/21828/19648> (última consulta 02/11/2020).

⁷⁸ Y todo ello con independencia de que puede criticarse la ausencia de intervención judicial, siquiera en una tramitación sumaria. Es el caso de ROSILLO, que pone como ejemplo otros procedimientos de menor trascendencia que sí la requieren, como la donación de órganos *inter vivos*, las incapacitaciones, o internamiento no voluntario del sujeto en un centro psiquiátrico (Cfr. ROSILLO, (2020), <https://www.ieb.es/la-eutanasia-y-su-futura-regulacion/> (última consulta, 02/11/2020).

antes que tras la interposición de reclamaciones, como parece darse a entender en dicho artículo.

En efecto, una vez que el médico responsable ha seguido todos los pasos hasta llegar al médico consultor y habiendo éste elaborado su informe correspondiente, el médico responsable, antes de proceder a la prestación de la ayuda para morir, en el plazo máximo de tres días hábiles ha de poner los hechos en conocimiento del presidente de la Comisión para que se proceda a efectuar lo que se denomina, el control previo (artículo 8.5)⁷⁹.

Este control previo o “verificación previa” como pasa a denominarlo, en realidad, el artículo 10 tras las enmiendas, se lleva a cabo en el seno de la propia Comisión, si bien por dos de sus miembros, a los que habrá de designar en los dos días siguientes a recibir la comunicación anterior. Estos dos miembros han de comprobar si, en el caso en cuestión, se cumplen los requisitos y condiciones establecidos en la Ley. A tales efectos, podrán acceder a la historia clínica del paciente, entrevistarse con el profesional médico y el equipo, así como con el propio paciente. En el plazo máximo de siete días naturales y tras todo ello, han de emitir un informe con los requisitos a los que se refiere la letra b) del artículo 12⁸⁰.

Este artículo 10 ha sufrido diversos cambios en fase de enmiendas.

⁷⁹ La existencia de este control previo es un argumento a favor de que esta Ley Orgánica pueda ser entendida más garantista que las leyes reguladoras de la eutanasia de otros países de nuestro entorno cultural. Por ejemplo, a estos efectos, VERDÚ, cita expresamente los casos de las leyes eutanásicas vigentes en los Países Bajos y Bélgica, en cuya regulación de la eutanasia solo se prevé un control único posterior, además, a la muerte del paciente (2020, pp. 1-2). En sentido contrario se manifiesta, sin embargo, GUTIÉRREZ ALONSO, quien (si bien en relación a la proposición de PLO- 2018) considera que este control previo lleva consigo una ruptura del círculo de confidencialidad del paciente con el entorno asistencial, así como porque puede burocratizar en exceso el procedimiento (2019, pp. 98 y 99).

⁸⁰ Lo que implica que habrá de recoger los siguientes datos:

- 1.º) Sexo y edad de la persona solicitante de la ayuda para morir.
- 2.º) Fecha y lugar de la muerte.
- 3.º) Tiempo transcurrido desde la primera y la última petición hasta la muerte de la persona.
- 4.º) Descripción de la patología padecida por la persona solicitante (enfermedad grave e incurable o padecimiento grave, crónico e imposibilitante).
- 5.º) Naturaleza del sufrimiento continuo e insoportable padecido y razones por las cuales se considera que no tenía perspectivas de mejoría.
- 6.º) Información sobre la voluntariedad, reflexión y reiteración de la petición, así como sobre la ausencia de presión externa.
- 7.º) Si existía documento de instrucciones previas o documento equivalente, una copia del mismo.
- 8.º) Procedimiento seguido por el médico responsable y el resto del equipo de profesionales sanitarios para realizar la ayuda para morir.
- 9.º) Capacitación de los médicos consultores y fechas de las consultas.

Uno que me parece muy importante y que ha de valorarse positivamente es el que se vuelva a exigir que, de esos dos miembros, uno ha de ser un profesional médico y el otro, un jurista. Extremo éste que si bien se preveía en la PLO-2018, desaparecía en la redacción inicial de este artículo en la PLO-2020⁸¹. En mi opinión, la redacción vigente a estos efectos resulta más garantista y no sólo de cara al propio paciente, sino de cara al propio facultativo, al tratarse de un procedimiento en el que confluyen cuestiones médicas, pero, también, cuestiones claramente jurídicas.

El otro cambio importante es que, si bien en la redacción inicial de este artículo el informe previo emitido por estos dos miembros de la Comisión no tenía carácter vinculante en caso alguno, ahora sí lo tiene cuando su decisión sea favorable. Si la decisión fuera desfavorable se abre la posibilidad de reclamar ante la Comisión de Garantía y Evaluación. Y también se añade, como novedad, el que si no hubiera acuerdo entre los dos miembros que llevan a cabo la verificación previa, se trasladará al pleno de la Comisión la decisión final.

Por tanto, en la Comisión de Garantía y Evaluación recae la máxima responsabilidad, ya que ella es la que habrá de dictar en todo caso, la decisión definitiva sobre la prestación de la ayuda para morir.

La resolución definitiva deberá trasladarse al presidente de la Comisión en el plazo máximo de dos días y éste deberá ponerla a su vez, en conocimiento del médico responsable para que, si ésta es favorable, proceda a la prestación de la ayuda para morir. Eso sí, hasta las enmiendas incorporadas durante la tramitación en el Senado, no se señalaba ni el plazo para poner los hechos en conocimiento del médico responsable ni tampoco cuál era el plazo del que éste disponía para llevar a cabo la prestación de la ayuda a morir. En el texto final, tras esas enmiendas, tal incertidumbre se ha resuelto, pero el plazo fijado para todo ello es única y exclusivamente, el de esos dos días, que, además, se puntualiza, han de ser naturales. Por lo que me parece que si bien ha de valorarse positivamente el que se haya establecido cuál es el tiempo máximo del que dispone el presidente de la Comisión para poner la resolución definitiva en conocimiento del médico responsable y, sobre todo, el que se haya precisado cuál es el plazo de tiempo del que éste dispone para efectuar la prestación de la ayuda a morir, me parece totalmente excesivo que todo ello haya de resolverse en tan sólo dos días, siendo estos, además, naturales.

Por otra parte y entrando ya en el contenido del art. 18, la Comisión también se encarga de resolver, en el plazo máximo de veinte días naturales, las reclamaciones que

⁸¹ Lo que llevaba a ROSILLO a afirmar lo siguiente: “el que su composición se deje a futuras actuaciones normativas, genera una peligrosa inseguridad jurídica en una materia que necesariamente requiere máxima claridad” (2020), <https://www.ieb.es/la-eutanasia-y-su-futura-regulacion/> (última consulta 02/11/2020).

formulen las personas a las que el médico responsable les haya denegado la solicitud de prestación de la ayuda a morir, así como de dirimir los conflictos de intereses a los que se refiere el artículo 14⁸². Igualmente ha de resolver las reclamaciones que puedan presentarse contra el informe desfavorable de los dos miembros de la Comisión que hayan efectuado la verificación previa (sin que puedan intervenir ya esas mismas dos personas); y resolver las solicitudes pendientes de verificación por falta de unanimidad entre esos dos miembros.

Resueltas esas reclamaciones, si la resolución es favorable a la prestación de la ayuda para morir, la Comisión requerirá a la dirección del centro para que en el plazo máximo de siete días naturales facilite la prestación solicitada a través de otro médico del centro (distinto al médico responsable) o de un equipo externo de profesionales sanitarios.

Además, a la Comisión de Garantía y Evaluación le corresponde, una vez prestada la ayuda para morir, verificar, en el plazo de dos meses, si la prestación de ayuda se ha realizado de acuerdo con los procedimientos previstos en la Ley. En lo que a esta verificación se refiere, puede comprobarse que la misma se realizará con un análisis más o menos profundo de la documentación que el médico responsable ha de trasladarle una vez prestada la ayuda para morir, en función de unas determinadas mayorías.

En efecto, con carácter general se recoge que, en principio, la labor de verificación se llevará a cabo partiendo de lo que se denomina “documento segundo”, que incluye los datos que se enumeran en el artículo 12.b): sexo, edad, fecha, lugar de la muerte, tiempo transcurrido entre las solicitudes, descripción de la patología, naturaleza del sufrimiento continuo, información sobre la voluntariedad, reflexión, reiteración de la petición y ausencia de presión externa, existencia -en su caso- del documento de instrucciones previas, procedimiento seguido en la prestación de la ayuda a morir, capacitación de los médicos consultores y fechas de las consultas. Este documento no ha de estar, a diferencia del “documento uno” al que se refiere la letra a) del artículo 12, “sellado por el médico o la médica responsable”, ya que, en principio, el anonimato de este profesional ha de quedar salvaguardado.

De los datos que ha de contener el “documento dos”, se hace recaer -como ya indiqué en su momento- en el médico responsable la constatación no sólo de la voluntariedad, reflexión y reiteración de la petición del paciente, si no también, de la ausencia de presión externa sobre el mismo. Extremo este último que no creo se pueda garantizar como ya expuse.

⁸² Artículo en el que, tratando de garantizar la imparcialidad, se dispone que no podrán intervenir en ninguno de los equipos profesionales aquellas personas que incurran en conflicto de intereses ni quienes resulten beneficiados de la práctica de la eutanasia.

Excepcionalmente, en caso de dudas, se permite que la Comisión pueda decidir, por mayoría simple, levantar el anonimato, y acceder al “documento uno”, que ya sí estará sellado por el médico responsable y que recogerá la identidad del solicitante, del médico responsable, del médico consultor y del representante del paciente si éste disponía de documento de instrucciones previas o, en caso contrario, de la persona que haya solicitado la prestación de ayuda en su nombre.

Además de todo lo anterior, a la Comisión le corresponde detectar posibles problemas de cumplimiento de las obligaciones previstas en la Ley, elaborar propuestas de mejoras a introducir en los manuales de buenas prácticas y protocolos, resolver las dudas y cuestiones que puedan surgir durante la aplicación de la Ley, elaborar y hacer público un informe anual de evaluación de la aplicación de la Ley en su ámbito territorial y, por último, cualquier otra función que le atribuyan los gobiernos autonómicos o, en el caso de las ciudades de Ceuta y Melilla, el Ministerio de Sanidad. Hay que cuestionar esta fórmula última de “cualquier otra función” que conlleva como consecuencia inmediata que las distintas Comisiones de las distintas Comunidades Autónomas puedan no tener, en realidad, las mismas funciones.

No quiero terminar la referencia a las funciones de esta Comisión sin resaltar la criticable supresión entre las mismas, de la obligación de comunicar el incumplimiento de las condiciones y procedimientos establecidos en esta Ley a la dirección del centro sanitario para que proceda a la apertura de una investigación, obligación que se contemplaba en la redacción inicial de este artículo 18. De hecho, ya me parecía cuestionable el que en la redacción inicial de este precepto no se indicara ni plazo para la realización de la investigación, ni quién se encargaría de ella ni si habría algún control sobre su realización efectiva. También me parecía inadecuado el que se hubiera prescindido de la obligación que tenían estas Comisiones (art. 21.b de la PLO-2018) de poner también en conocimiento de la Fiscalía el incumplimiento de las condiciones y requisitos. No sé para qué va a servir que se le atribuya a esta Comisión la función de “verificar” si la prestación de la ayuda para morir se ha realizado de acuerdo con los procedimientos previstos en la Ley, si ello no conlleva obligación alguna en caso de detectar el incumplimiento de los mismos. Tengo la sensación de que todas las funciones que se le atribuyen a estas Comisiones están orientadas únicamente a que la prestación se lleve a cabo sin dificultades u obstáculos que puedan impedirlo, pero nada más.

2.4. La prestación de la ayuda para morir

Según se dispone en el artículo 3, letra g), la “prestación de ayuda para morir” ha de ser entendida como la “acción derivada de proporcionar los medios necesarios a una persona que cumple los requisitos previstos en esta Ley y que ha manifestado su deseo

de morir”. A continuación, se especifica que dicha prestación se puede producir de dos maneras distintas, pudiendo consistir bien en la “administración directa al paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario competente”; o en “la prescripción o suministro al paciente por parte del profesional sanitario de una sustancia, de manera que ésta se la pueda auto administrar para causar su propia muerte”.

Después, el artículo 11.1 prevé que la prestación de ayuda para morir debe hacerse con el máximo cuidado y profesionalidad por parte de los profesionales sanitarios, con aplicación de los protocolos correspondientes que contendrán, además, criterios en cuanto a la forma y tiempo de realización de la prestación. Si el paciente está consciente, será él mismo el que debe comunicar al médico responsable la modalidad en la que quiere recibir la ayuda. En caso de que el paciente esté en una situación de incapacidad de hecho, el médico responsable queda obligado a aplicar lo que el paciente haya previsto en las instrucciones previas o documento equivalente que hubiera suscrito con anterioridad (artículo 9).

En el caso en que sea el profesional sanitario competente el que le administre al paciente la sustancia, el artículo 11.2 dispone que tanto el médico responsable como el resto de profesionales sanitarios, asistirán al paciente hasta su muerte. Y en el caso en el que sea el propio paciente el que se auto administre la sustancia, se dispone que el médico responsable, así como el resto de profesionales sanitarios, mantendrán “la debida tarea de observación y apoyo a éste hasta el momento de su fallecimiento” (art. 11.3).

En relación a esta temática quisiera hacer varias reflexiones.

Para empezar y como ya apunté, se ha introducido un cambio en la definición de la “prestación de ayuda para morir”, ya que ahora se indica que es la acción derivada de proporcionar los “medios necesarios”, cuando en la PLO-2018 se indicaba que lo que se proporcionaba era una “sustancia”. En principio, podría pensarse que este cambio terminológico tendría por finalidad una ampliación, ya que la expresión “medios necesarios” es claramente más omnicomprendensiva que la de “sustancia”. Sin embargo, en los apartados en los que se detallan las dos maneras en las que se puede llevar a cabo la prestación, tan solo se usa el término “sustancia”, por lo que el cambio introducido en la definición, claramente carece de sentido, al no tener trascendencia práctica alguna.

En segundo lugar, y ya más importante, puede comprobarse cómo en los dos sub apartados de la letra g) del artículo 3, se diferencian dos modalidades distintas de prestación de la ayuda para morir según quién sea, podríamos decir, la mano ejecutora.

El problema radica en que entonces, la realidad es que nos encontramos ante dos prácticas distintas. Así si bien, en la primera hipótesis, al preverse que será el profesional sanitario el que le administre la sustancia al paciente, estaríamos ante lo que se suele

conocer como una conducta eutanásica activa directa. En la segunda, en la que el profesional sanitario se limita a prescribir o suministrar la sustancia para que el paciente se la administre a sí mismo, estaríamos ante un suicidio médicamente asistido.

Por tanto, en puridad, solo la primera tendría cabida en el ámbito de aplicación de la proposición de Ley Orgánica rubricada como “de regulación de la eutanasia”. Basta a estos efectos con traer a colación el tenor del Preámbulo de la misma. En ella se dispone y copio literalmente:

“La presente Ley pretende dar una respuesta jurídica, sistemática, equilibrada y garantista, a una demanda sostenida de la sociedad actual como es la eutanasia.

(...) En nuestra doctrinas bioética y penalista existe hoy un amplio acuerdo en limitar el empleo del término «eutanasia» a aquella que se produce de manera activa y directa (...).”

Por lo que el legislador incurre en una incoherencia o en un error⁸³ según se prefiera. Pero la cuestión es clara: el suicidio médicamente asistido puede ser una forma de prestación de ayuda para morir, pero no es una conducta eutanásica, por lo que se podrá pretender la regularización y despenalización del mismo, pero no identificándolo con una conducta con la que no es intercambiable. Y ello con independencia de que el legislador insista en considerarla como una forma de eutanasia cuando dice también en dicho Preámbulo “Así la Ley distingue entre dos conductas eutanásicas diferentes: la eutanasia activa y aquella en la que es el propio paciente la persona que termina con su vida (...)”.

El que sujeto activo no sea el mismo no es cuestión baladí en el ámbito del Derecho penal. Basta con acudir a la regulación vigente en el artículo 143 Cp, la pena no es la misma si la conducta realizada constituye una cooperación necesaria a un suicidio (pena de prisión de dos a cinco años), que si consiste en un auxilio hasta el punto de ejecutar el suicidio ajeno (pena de prisión de seis a diez años). Por lo que, aunque nos traslademos al contexto eutanásico (en el sentido de que la persona a la que se le preste la ayuda a morir sufra una enfermedad terminal con graves padecimientos y así lo solicite), el que se trate de una conducta eutanásica activa o de un suicidio médicamente

⁸³ Cfr. en este sentido, PAYÁN ELLACURIA, (2020, p. 18), <https://ojs.ehu.eus/index.php/eguzkilore/article/view/21828/19648> (última consulta 02/11/2020); y ROYES, (2008), pp. 323-337, <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0808220323A/15407> (última consulta 02/11/2020). Critica también esta confusión si bien en relación a la proposición de Ley orgánica de 2018, GUTIÉRREZ ALONSO, (2019), p. 98.

asistido puede tener trascendencia a la hora de depurar eventuales responsabilidades en las que se pueda incurrir, por ejemplo, por una mala praxis⁸⁴.

Es más, al ser dos prácticas distintas en realidad, con distintos sujetos activos, en las que el médico no contribuye de la misma manera y no creo, por tanto, tenga necesariamente por qué incurrir en la misma responsabilidad, los requisitos para la admisibilidad de una y otra práctica quizás no tendrían por qué ser exactamente los mismos.

Luego, quizás, se debería haber redactado esta Ley de una forma, por un lado, más omnicompreensiva y por otro, más diferenciadora según la forma en la que la prestación de ayuda se lleve a cabo de una u otra manera⁸⁵.

Lo que sí queda claro es que, en ambos casos, la prestación de la ayuda para morir ha de tener lugar en el marco de un proceso “sanitario”. De modo que la prestación de ayuda a morir que se regulariza es la “médica”, como también se especifica en el mismo Preámbulo⁸⁶.

Lo anterior me lleva al siguiente interrogante, ¿habrá médicos dispuestos a administrar la sustancia letal al paciente?

A estos efectos no ha de perderse de vista que el artículo 36 del Código de Deontología Médica dispone en su apartado 3, que: “El médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de éste”⁸⁷. Luego es totalmente coherente el que la Ley garantice

⁸⁴ Así lo advierte, de hecho, PAYÁN ELLACURIA, (2020, p. 18), <https://ojs.ehu.es/index.php/eguzkilore/article/view/21828/19648> (última consulta 02/11/2020).

⁸⁵ De hecho, en Alemania, el Tribunal Constitucional determinó el 26 de febrero de 2020, que el artículo 217 del Código penal alemán en el que se prohíbe el suicidio asistido es incompatible con su Constitución, por lo que el suicidio asistido es admisible en este país, por lo que los médicos pueden aconsejar a sus pacientes sobre esta opción y proveerles de los medicamentos necesarios para ello, pero no llegar hasta el punto de administrárselos impunemente. <https://www.dw.com/es/ayudar-a-morir-vuelve-a-ser-legal-en-alemania/a-52544838> (última consulta 26/12/2020). El que en Alemania se rechace, de forma rotunda, el que la eutanasia pase a ser una prestación pública, debería servir de enseñanza, en consideración de DE MONTALVO JÄÄSKELÄINEN y SÁNCHEZ BARROSO (2019, p. 1979). También hay quien como ARROYO GIL, que sugiere que “convendría reflexionar sobre la posibilidad de que la ley dispusiera una gradualidad necesaria entre las dos modalidades que prevé para recibir la ayuda para morir, de forma que si es el propio paciente el que puede realizar el último acto de ejercicio de su derecho, habría que optar necesariamente por esta modalidad (suicidio asistido); y solo cuando tal cosa no fuera posible, debería ser el profesional sanitario competente el que habría de realizar esa actuación (eutanasia activa directa)”, considerando que “esta forma de afrontar el problema es más acorde con la naturaleza y finalidad del derecho que se trata de reconocer” (2020) <http://www.blog.fder.uam.es/2020/02/17/a-vueltas-con-la-eutanasia-anotaciones-para-un-debate-abierto/> (última consulta 09/12/2020).

⁸⁶ En el que se indica que el término médica ha de entenderse “implícito en la Ley cuando se habla de la ayuda para morir, y entendido en un sentido genérico que comprende el conjunto de prestaciones y auxilios asistenciales que el personal sanitario debe prestar, en el ámbito de su competencia, a los pacientes que soliciten la ayuda necesaria para morir”.

⁸⁷ Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica.pdf

expresamente a los profesionales sanitarios -si bien la restringe a los directamente implicados en la prestación de ayuda para morir- el ejercicio de su derecho a la objeción de conciencia^{88/89} (art. 16).

Pero, por otra parte, la Administración, en cuanto que la prestación de la ayuda para morir se reconoce en esta Ley como un derecho, ha de garantizar a aquellas personas que cumplan los requisitos para ello, el que la ayuda para morir, les será prestada.

De hecho, con la finalidad de que la Administración sanitaria pueda garantizar una adecuada gestión de la prestación de ayuda para morir, en el artículo 16.2 se dispone que “las administraciones sanitarias crearán un registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a la prestación de la ayuda para morir”. Registro que se someterá, por supuesto, al principio de estricta confidencialidad y a la normativa de protección de datos de carácter personal⁹⁰.

Luego en este ámbito hay dos derechos que pueden encontrarse enfrentados: por un lado, el derecho a la objeción de conciencia por parte de los profesionales sanitarios (si bien, los directamente implicados en la prestación de la ayuda para morir) y, por otro, el derecho de las personas que cumplan los requisitos para ello, a que se les preste la ayuda a morir requerida. Pero, en esta tesitura, el artículo 14, relativo a la “Prestación de la ayuda para morir por los servicios de salud”, puntualiza que el acceso a la prestación de la ayuda para morir no puede verse menoscabado por el ejercicio de la objeción de conciencia. Es decir, la Administración ha de garantizar sí o sí, la prestación de la ayuda a morir. Por lo que, como señala el Comité de Bioética español: “La cuestión trasciende incluso la *lex artis*, pues como lo que otorga la ley es un derecho ejercitable y claramente definido se obliga legalmente al sistema sanitario a facilitararlo. Es directamente reivindicable ante un Tribunal de Justicia y este no depende estrictamente de la Medicina

⁸⁸ A la que define (art. 3.f) como el derecho individual de los profesionales sanitarios a no atender aquellas demandas de actuación sanitaria reguladas en esta ley que resulten incompatibles con sus propias convicciones.

⁸⁹ Además, en la Disposición adicional séptima se establece que las administraciones sanitarias difundirán entre el personal sanitario los supuestos contemplados en esta Ley, para que la conozcan y puedan ejercitar su derecho a la objeción de conciencia, ya que deberán manifestarla anticipadamente y por escrito (art. 16.1).

⁹⁰ A pesar de ello, el Consejo General del Colegio de Médicos se ha manifestado ya en contra de la creación de dichos registros, recordándole al Gobierno que conforme al artículo 16.2 de la Constitución española, no existe obligación de declarar sobre “ideología, religión o creencias”. https://www.abc.es/sociedad/abci-consejo-general-colegios-medicos-opone-registro-objetores-ley-eutanasia-202103031436_noticia.html (última consulta 06/03/2021). De hecho, la existencia de los mismos no es realmente necesaria. Por ejemplo, su existencia no se contempla en la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, a pesar de que en ella también se reconoce el derecho a la objeción de conciencia del personal sanitario (art. 19.2), indicándose sencillamente que ésta ha de manifestarse por escrito y de forma anticipada.

en su interpretación. Es más, quien «obstaculice» el acceso a este derecho incurrirá en responsabilidad, más si es un empleado público»⁹¹.

Por lo que, siendo mal pensada, ¿qué podría pasar si el recurso que se utilizara para incentivar a los profesionales sanitarios competentes a estos efectos, fuera una gratificación económica o laboral (por ejemplo, mayores posibilidades de estabilidad laboral para aquellos que no tienen inconvenientes en prestar la ayuda a morir)?, Porque, seamos realistas, como advierte el Comité de Bioética español, la objeción de conciencia “en sistemas de vinculación laboral no estable, como es crecientemente en nuestro país y, singularmente, en el ámbito de las profesiones sanitarias, perjudica gravemente las oportunidades laborales del objeto”⁹².

Pero es más, si bien el que la prestación de la ayuda para morir que se regularice sea precisamente la “médica”, por un lado, tiene sentido, ya que sólo ciertos profesionales de la medicina tendrán los conocimientos y experiencia necesarios para llevar a cabo la prestación de la ayuda para morir sin hacer sufrir al paciente⁹³; por otra parte, el reconocimiento de la eutanasia como un derecho que se ejercería en el seno de la actividad médica, supone la transformación de la propia actividad médica⁹⁴. Transformación que no sé si es de recibo⁹⁵. De hecho, la convicción de que la eutanasia está en conflicto con los principios éticos fundamentales de la práctica médica, han motivado que la Asociación Médica Mundial (en su Declaración sobre la eutanasia y suicidio con ayuda médica, adoptada por la 70ª Asamblea General de la AMM, Tiflis, Georgia, Octubre 2019) aliente a todas las asociaciones médicas nacionales y a los médicos a abstenerse de participar en la eutanasia, incluso si la ley nacional lo permite o

⁹¹ Cfr. Informe del Comité de Bioética de España sobre el final de la vida y la atención en el proceso de morir, en el marco del debate sobre la regulación de la eutanasia: propuestas para la reflexión y la deliberación, aprobado en sesión plenaria de Comité de 4 de marzo de 2020, pp. 36-37.

⁹² Cfr. Informe del Comité de Bioética de España sobre el final de la vida y la atención en el proceso de morir, en el marco del debate sobre la regulación de la eutanasia: propuestas para la reflexión y la deliberación, aprobado en sesión plenaria de Comité de 4 de marzo de 2020, p. 37.

⁹³ PAYÁN ELLACURIA, sostiene que también evitará los efectos psicológicos adversos que se podrían producir si la persona que prestara la ayuda para morir al paciente fuera alguien con vínculos afectivos con él (2020, p. 19). <https://ojs.ehu.eus/index.php/eguzkilore/article/view/21828/19648> (última consulta 02/11/2020).

⁹⁴ Como lo pone de manifiesto el Comité de Bioética español. Quien sostiene que “al pasar el homicidio médico a convertirse en una acción protocolizada, va a influir tanto en la formación de las vías de actuación como en la de conciencia del personal sanitario (...)” (Informe del Comité de Bioética de España sobre el final de la vida y la atención en el proceso de morir, en el marco del debate sobre la regulación de la eutanasia: propuestas para la reflexión y la deliberación, aprobado en sesión plenaria de Comité de 4 de marzo de 2020, pp. 36-37).

⁹⁵ En cuanto que, en palabras de MERCHÁN-PRICE, el acto eutanásico, no es un acto médico, 2008, p. 47.

despenaliza en ciertas circunstancias⁹⁶. Por lo que, habrá que esperar a ver cómo reaccionan en nuestro país los profesionales sanitarios una vez que esta Ley entre en vigor, y se les requiera que administren sustancias letales a los pacientes a los que la misma se refiere en las circunstancias y con los requisitos que en ella se recogen.

Por otra parte, no encuentro referencia alguna a quién aprobará ni cuándo, los “protocolos correspondientes” que los profesionales sanitarios han de aplicar en la prestación de la ayuda para morir⁹⁷. Cuestión ésta de máxima trascendencia ya que es en ellos en los que ha de indicarse la forma y el tiempo de realización de la prestación y que, como digo, no está resuelta de forma expresa.

Por otra parte, no queda claro cómo se va a poder llevar a cabo la debida tarea de observación y apoyo al paciente hasta el momento de su fallecimiento, en los casos en los que se le suministre la sustancia letal para que él se la administre directamente, cuando el lugar en que lo haga -posibilidad admitida expresamente-, sea su propio domicilio. ¿El médico responsable y el resto de los profesionales sanitarios se desplazarán al domicilio particular?

Y por último, la Disposición adicional séptima, incorporada de nuevo cuño en fase de enmiendas, prevé en su tercer párrafo que “La Comisión de formación continuada de las profesiones sanitarias adscrita a la Comisión de recursos humanos del Sistema Nacional de Salud⁹⁸, abordará en el plazo de un año desde la entrada en vigor de esta Ley, la coordinación de la oferta de formación continua específica sobre la ayuda para morir, que deberá considerar tanto los aspectos técnicos como los legales, formación sobre comunicación difícil y apoyo emocional”. Con esta previsión se incrementan las funciones de esta Comisión de formación, que ha de coordinar la formación en la prestación de la ayuda para morir con arreglo a lo que se dispone en esta Ley. Pero, si tenemos en cuenta el que la Ley entrará en vigor a los tres meses de su publicación y que esta previsión ha de cumplirse a un año vista, me pregunto si no debería haberse retrasado la entrada en vigor de esta norma y, por tanto, la regularización de la eutanasia, a después de que se haya llevado a cabo esa formación específica del profesional sanitario. Sencillamente, no parece tener mucha lógica el que se ponga en marcha un

⁹⁶ <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-sobre-la-eutanasia-y-suicidio-con-ayuda-medica/> (última consulta 26/12/2020).

⁹⁷ Ya que la Disposición adicional sexta se refiere expresamente a la aprobación por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de salud en el plazo de tres meses tras la entrada en vigor de la Ley, pero únicamente de los protocolos a los que se refiere el artículo 5.2 referido a la valoración de la situación de incapacidad de hecho por el médico responsable.

⁹⁸ Es el órgano colegiado de las Administraciones Públicas, adscrito a la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, creado con el fin de armonizar el ejercicio de las funciones que las administraciones sanitarias públicas y demás instituciones y organismos ostentan en materia de formación continuada, así como de coordinar las actuaciones que se desarrollen en dicho campo.

procedimiento sin que las personas que han de intervenir en el mismo se hayan formado adecuadamente con anterioridad.

3. Garantía real de igualdad en la prestación de la ayuda para morir

El que la prestación de ayuda para morir esté prevista en un contexto medicalizado incluido en la cartera común de servicios del Sistema de nacional de Salud siendo, por tanto, de financiación pública (cfr. art. 13) es la única vía posible -la compartamos o no- para tratar de conseguir⁹⁹ que cualquier persona dentro del territorio nacional que cumpla los requisitos previstos en esta normativa, pueda acceder a la misma en condiciones de igualdad. De hecho, este mismo artículo 13 dispone en su apartado 2 que: “Los servicios públicos de salud, en el ámbito de sus respectivas competencias, aplicarán las medidas precisas para garantizar el derecho a la prestación de ayuda para morir en los supuestos y con los requisitos establecidos en esta ley”.

El problema es que, como ya expuse cuando me referí a la Comisión de Garantía y Evaluación, no hay garantías de que sus reglamentos de funcionamiento interno vayan a ser iguales en todo el territorio nacional, ya que la elaboración de tales reglamentos corresponde a cada Comunidad autónoma.

Sí es cierto que, con la finalidad de contribuir a esa igualdad se han incorporado dos previsiones. Por un lado, en el artículo 17 se incorpora un apartado 5 que prevé unas reuniones anuales del Ministerio de Sanidad con los presidentes de las Comisiones de Garantía y Evaluación para homogeneizar criterios en el desarrollo de la prestación de la ayuda para morir. Y por otro, en la Disposición adicional sexta se recoge -también con la finalidad de asegurar la igualdad y la calidad asistencial de la prestación de la ayuda para morir-, que el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud debe elaborar, también en el plazo de tres meses tras la entrada en vigor de la Ley, un “manual de buenas prácticas” que sirva “para orientar la correcta puesta en marcha de esta Ley”¹⁰⁰. Nuevamente no entiendo cómo se va pone en marcha la práctica de la eutanasia antes de que el marco normativo para ello esté plenamente operativo. Pero, además, habrá que esperar a ver si esas reuniones anuales sirven efectivamente para homogeneizar criterios y cómo se materializan esos manuales de buenas prácticas.

Por lo que, como conclusión, se puede decir que, aunque es una aspiración de esta Ley, no hay una garantía absoluta al día de hoy con ella en la mano, de que la

⁹⁹ Si bien habrá que tener en cuenta que la desigualdad característica de nuestro Sistema nacional de Salud también repercutirá negativamente en esa aspiración (cfr. en este sentido, MARTÍNEZ NAVARRO, 2018, p. 128).

¹⁰⁰ Pero no se exige que tal manual recoja “unos contenidos mínimos y comunes” (a diferencia de lo que ocurría en el artículo 17 de la PLO-2018”)

tramitación del proceso de la prestación de la ayuda para morir se vaya a llevar a la práctica, de la misma manera, en todo el territorio nacional. Posibilidad que chocaría, obviamente, con el principio de igualdad.

4. La importancia de contar con medios paliativos adecuados¹⁰¹. La voluntariedad y el carácter libre de la decisión

Uno de los argumentos esgrimidos en contra de que se regularice la posibilidad de poner fin, de forma activa y directa a la vida de una persona enferma, a su petición, es el que precisamente la eutanasia se ofrezca como una alternativa -que supla- la existencia de unos cuidados paliativos adecuados, al ser la primera mucho más barata que los segundos¹⁰². Evidentemente, la eutanasia y los cuidados paliativos son dos cosas claramente distintas, y es muy posible que no todos los sufrimientos de todos los enfermos puedan ser mitigados por los tratamientos paliativos.

Pero está claro que si comparamos las dos hipótesis que conforman el contexto eutanásico, aunque no describen la misma realidad, tanto el “padecimiento grave,

¹⁰¹ Por los que, según la Organización Mundial de la Salud ha de entenderse el “Enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales”. World Health Organization, Definition of Palliative Care.

<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> (última consulta 03/11/2020).

¹⁰² En términos similares, SUÁREZ LLANOS, reconoce la importancia que tiene en el debate de la legalización de la eutanasia el modelo de asistencia y al grado de desarrollo efectivo que garantiza el sistema médico al que tiene acceso el paciente (2012, pp. 352-353). Y DE LA TORRE DÍAZ considera que la eutanasia y el suicidio asistido pueden no sólo amenazar unos cuidados paliativos de calidad, integrales de verdad, sino que pueden minar una sociedad de cuidados y la atención profunda a la vulnerabilidad (2019, p. 46). También el Comité de Bioética de España concluye la importancia de la universalización de los cuidados paliativos y de la formación y especialización de tales equipos asistenciales y de las correspondientes unidades de referencia, de cara a reflexionar sobre la aplicación efectiva de la sedación en el contexto del sufrimiento existencial o espiritual refractario (cfr. Informe del Comité de Bioética de España sobre el final de la vida y la atención en el proceso de morir, en el marco del debate sobre la regulación de la eutanasia: propuestas para la reflexión y la deliberación, aprobado en sesión plenaria de Comité de 4 de marzo de 2020, p. 67). También recoge (Informe citado, p. 40) que la Organización Médica Colegial española, máximo órgano de representación de la deontología médica, insiste igualmente en su petición de la promulgación de una Ley General de Cuidados que garantice de forma integral, no solo los cuidados paliativos y la atención al final de la vida, sino que contemple también todos aquellos condicionantes sociales necesarios para proporcionar la mejor asistencia a aquellas personas que padecen una grave enfermedad orgánica o psíquica que les genera gran incapacidad y un sufrimiento insoportable.

crónico e imposibilitante” como la “enfermedad grave e incurable”, han de causarle al paciente (para que pueda solicitar la prestación de la ayuda para morir) “sufrimientos físicos o psíquicos constantes e intolerables”, por lo que en ellos hay una base común que es el sufrimiento.

Es decir, en esta Ley no se está reconociendo el derecho a morir cuando uno quiera, ni la obligación del personal sanitario de ponerle término a una vida con la que -su titular- ya no quiere continuar. No se trata, por tanto, de que la persona va a decidir libremente sobre el final de su vida.

La propia Ley pide entre los requisitos, para que se pueda causar activamente la muerte de otra persona a su petición, el que haya padecimientos y que estos sean constantes, intolerables y según el Preámbulo de la misma, no puedan ser aliviados en condiciones que el paciente considere aceptables.

Por lo que creo que nadie discutirá que el número de solicitudes de prestación de la ayuda para morir estará directamente vinculado con la posibilidad de que tales padecimientos puedan ser mitigados de una forma razonable para el paciente. Por tanto, hay una vinculación estrecha entre la prestación de la ayuda a morir y la existencia de unos cuidados paliativos adecuados.

De hecho, también en la propia Ley se recoge la necesidad de que, a la hora de que el médico responsable lleve a cabo el proceso deliberativo con el paciente¹⁰³, le informe no sólo de “su diagnóstico, posibilidades terapéuticas y resultados esperables” sino, también, sobre los “posibles cuidados paliativos” (artículo 8)¹⁰⁴. Porque así cabe la posibilidad, que no certeza, que, ante esa oferta de cuidados paliativos, el paciente no opte por ponerle término a su vida.

El interrogante es, pues, si en nuestro sistema sanitario contamos con unos verdaderos cuidados paliativos que ofrezcan una alternativa “real” a, si no todos, sí a la mayoría de los pacientes que, en una situación de padecimiento crónico o de enfermedad grave e incurable, con graves padecimientos constantes e intolerables, se planteen la posibilidad de elegir un adelantamiento de su muerte de forma artificial. Aunque después no opten por los cuidados paliativos, pero ¿estos existen y se les pueden ofrecer?

¹⁰³ Ya hay quien ha apuntado que el “proceso deliberativo” de información con el médico no se desarrolla suficientemente en la proposición, pudiendo quedar relegado a la mera entrega de un formulario tipo (cfr. ROSILLO, A., (2020), <https://www.ieb.es/la-eutanasia-y-su-futura-regulacion/> (última consulta, 02/11/2020).

¹⁰⁴ Si bien, en opinión de PAYÁN ELLACURIA, esta Ley le da poca importancia a los cuidados paliativos (2020, p. 26). <https://ojs.ehu.eus/index.php/eguzkimore/article/view/21828/19648> (última consulta 02/11/2020).

Pues bien, en el Sistema Nacional de Salud español están integrados ciertamente los cuidados paliativos. Así, el Ministerio de Sanidad y Consumo en su documento sobre “Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud”, del año 2007¹⁰⁵, indicaba que los cuidados paliativos tienen como objetivo fundamental “aliviar el sufrimiento y mejorar en lo posible la calidad de vida de estos pacientes”. Y para ello, sostenía que los profesionales y las Administraciones sanitarias tendrían que asumir el reto de “prestar una atención integral que tenga en cuenta no sólo los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales, sino también el que se preste en el lugar idóneo, con especial énfasis en el periodo agónico, y teniendo en cuenta a los familiares en el proceso de duelo cuando sea necesario”¹⁰⁶.

El problema radica en que -como ha reconocido, de hecho, la Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios - hay muchas diferencias entre las distintas Comunidades Autónomas¹⁰⁷, originadas, para empezar, en que, aunque la Estrategia Nacional en Cuidados Paliativos establece un marco de referencia, éste no tiene carácter vinculante, por lo que no es raro comprobar cómo algunas de las autonomías se marcan metas claramente inferiores a las establecidas para el nivel estatal e, incluso, en ocasiones se establecen prioridades distintas¹⁰⁸.

Así, y pasando a cifras concretas, en el año 2014 era una realidad constatada que cerca de un 50% de los pacientes en fase terminal no pudo acceder a los servicios de los cuidados paliativos, lo que se atribuía a que la cobertura asistencial no llegaba a la mayor parte de la población¹⁰⁹. En el año 2017, la Organización Médica Colegial daba la siguiente información: “Cada año en España 225.000 pacientes y sus familias necesitan atención paliativa; estimándose que de éstos, 50.000 pacientes necesitan cuidados

¹⁰⁵ Hay una actualización de los años 2010 a 2014 <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/paliativos/cuidadospaliativos.pdf> (última consulta 03/11/2020).

¹⁰⁶ Disponible en: https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidadospaliativos-diabetes/CUIDADOS_PALIATIVOS/estrategiaCuidadosPaliativos.pdf (última consulta 03/11/2020).

¹⁰⁷ En un Informe sobre la “Evaluación de la Estrategia de Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud” de la Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios para el Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, publicado el año 2012. <http://www.aeval.es/export/sites/aeval/comun/pdf/evaluaciones/E26-ECP-SNS.pdf> (última consulta 03/11/2020).

¹⁰⁸ Según se indica en el trabajo realizado en junio de 2014 por Área de Programas y Servicios, Área de Relaciones Institucionales, Observatorio <http://www.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST3145Z1178957&id=178957> (última consulta) En términos similares se manifiesta la Asociación española contra el cáncer <https://blog.aecc.es/que-son-los-cuidados-paliativos/> (última consulta 03/11/2020).

¹⁰⁹ Según el trabajo realizado en junio de 2014 por Área de Programas y Servicios, Área de Relaciones Institucionales, Observatorio <http://www.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST3145Z1178957&id=178957> (última consulta 03/11/2020).

paliativos avanzados y no los reciben, muriendo con sufrimiento evitable”¹¹⁰. Y ya más recientemente aún, el 24 de abril de 2019 la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) y la Asociación Española de Enfermería en Cuidados Paliativos (AECPAL), dos sociedades científicas que representan a más de 2.500 profesionales sanitarios de toda España, manifiestan su preocupación por el aumento de personas que siguen sin recibir cuidados paliativos en nuestro país¹¹¹.

Por lo que parece una realidad que, con independencia de que formalmente los cuidados paliativos estén contemplados en nuestro Sistema Nacional de Salud, estos son aún insuficientes y no se prestan de manera uniforme en todo el territorio nacional. Lo que me permite concluir que, al día de hoy, no puede sostenerse que los cuidados paliativos constituyan una alternativa real a disposición de cualquier enfermo terminal -resida donde resida- dentro de nuestro territorio nacional.

Desde luego hubiera sido una buena oportunidad que se hubiera seguido con la tramitación de la proposición de Ley 122/000037, de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida¹¹², presentada al congreso de los Diputados, el 21 de febrero de 2020, por el grupo parlamentario PSOE, en vez de retirarla por Acuerdo de 2 de septiembre de 2020¹¹³.

Esta proposición de Ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida, hubiera podido ser -tal y como ella se configuraba en su Exposición de Motivos- la norma estatal básica que reconociera en nuestro país una serie de derechos a todas las personas, con independencia del territorio o de la Administración sanitaria encargada de velar por su tratamiento en el proceso final de la vida.

Pero, al no materializarse, la realidad es que seguimos sin tener una ley nacional que garantice la equidad y la atención a esas personas, indistintamente de donde vivan. No hay tampoco ahora mismo ninguna propuesta de ley que contemple un presupuesto

¹¹⁰ <https://www.bioeticaweb.com/la-ley-reguladora-de-los-derechos-de-la-persona-ante-el-proceso-final-de-la-vida-no-admite-mas-demoras/> (última consulta 03/11/2020).

¹¹¹ <https://www.secpal.com/Preocupante-aumento-de-personas-sin-acceso-a-cuidados-paliativos-mas-de-77500-cada-ano> (última consulta 03/11/2020).

¹¹² Ya con anterioridad, el 2 de diciembre de 2016 se había presentado la Proposición de Ley 122/000051, de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida, por el Grupo Parlamentario Ciudadanos. Iniciativa que caducó en el año 2019. El resumen de su tramitación puede verse en:

http://www.congreso.es/portal/page/portal/Congreso/Congreso/Iniciativas?_piref73_2148295_73_1335437_1335437.next_page=/wc/servidorCGI&CMD=VERLST&BASE=IW12&FMT=INITXDSS.fmt (última consulta, 03/11/2020).

¹¹³

http://www.congreso.es/portal/page/portal/Congreso/Congreso/Iniciativas?_piref73_2148295_73_1335437_1335437.next_page=/wc/servidorCGI&CMD=VERLST&BASE=IW14&FMT=INITXDSS.fmt (última consulta 03/11/2020).

económico para la creación de recursos en las unidades de cuidados de enfermos terminales, ni se ha arbitrado un procedimiento uniforme que acredite a los profesionales para que sean los más preparados quienes cuiden de los casos más difíciles, ni se ha previsto que la intervención paliativa se adelante en el tiempo, pudiéndose prestar antes de que el paciente se encuentre ya en los últimos días o semanas de su vida, como se venía reclamando desde los sectores más próximos a la problemática de los enfermos terminales.

En consecuencia, se va a poner en funcionamiento una Ley que regulariza el que se pueda poner fin la vida de una persona con padecimientos o enfermedades siempre y cuando tengan sufrimientos constantes e insoportables y se pide que, antes de tomar la decisión, se les informe de unas alternativas que no existen o a las que no tienen derecho. Eso en mi opinión supone -en última instancia- que difícilmente podrá sostenerse que la solicitud de prestación de ayuda para morir a la que se refiere esta Ley sea, en todo caso, voluntaria¹¹⁴. Y desde luego el consentimiento informado no manifestará una verdadera conformidad del paciente (si entendemos el término como “estar de acuerdo”, no como “conformarse”, claro está)¹¹⁵.

No estoy en contra de la despenalización de la eutanasia como argumentaré en el epígrafe siguiente, pero haciendo más las palabras del Comunicado emitido por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) y la Asociación Española de Enfermería en Cuidados Paliativos (AECPAL), “No existiría nunca el libre derecho a decidir (...) mientras las personas que sufren al final de su vida no tengan sobre la mesa todas las opciones posibles, siendo los Cuidados Paliativos un derecho, pero no una realidad en nuestro país para todos los ciudadanos que los necesitan¹¹⁶”.

¹¹⁴ Para mí, la importancia de la existencia de unos cuidados paliativos adecuados es tal que, desde mi punto de vista, la voluntariedad de la solicitud de la prestación de la ayuda para morir por parte del paciente y, por tanto, el carácter libre de la misma, como ya puse de manifiesto *supra*, está directamente vinculada a ella. En efecto, en mi opinión, la libertad de una decisión no es solo algo que dependa de la ausencia de coacciones o presiones externas, si no también, de la existencia de alternativas. Y muy especialmente si la situación en la que se encuentra esa persona de la que nos planteamos la voluntariedad y libertad de su solicitud de ayuda para morir, es una situación de enfermedad terminal o crónica que le origina graves padecimientos, constantes e intolerables y sin perspectivas de mejoría. En tal situación, la inexistencia de unos cuidados paliativos adecuados a su situación puede convertir la prestación de la ayuda a morir no en una opción para la persona enferma, si no en la única salida de una persona podríamos decir, desesperada. En cuyo caso, hablar de “voluntariedad y libertad” sería un eufemismo.

¹¹⁵ Como pone también de manifiesto PAYÁN ELLACURIA, partiendo de la premisa de que, según un estudio de 2019, en España se estima que alrededor de la mitad de la población no tendrá acceso a unidades de cuidados paliativos, el consentimiento informado podría no ser tal, por cuanto, “de haber tenido la posibilidad de elegir previamente un tratamiento médico capaz de aliviar su dolor, la opción del paciente tal vez no habría sido la misma” (2020, pp. 27-28). <https://ojs.ehu.eus/index.php/eguzkilore/article/view/21828/19648> (última consulta 02/11/2020).

¹¹⁶ <https://www.secpal.com/Comunicado-de-SECPAL-y-AECPAL-sobre-la-Proposicion-de-Ley-Organica-de-Regulacion-de-la-Eutanasia> (última consulta 03/11/2020).

Es más, como sostiene Suárez Llanos, cuyas palabras también reproduzco literalmente: “Cualquier política de apertura -sea de máximos o de mínimos- a la eutanasia debe contar con la prueba de que el Estado en cuestión participa de un alto nivel científico médico en comparación con los países más desarrollados, y que cumple con un deber de impulsar la investigación médica y de extender en términos máximos y de igualdad todos los recursos sanitarios, tratamientos y medidas quirúrgicas y una política de cuidados paliativos de alto nivel. Pues, en caso contrario, los argumentos en favor de la eutanasia ceden, y lo que se refuerza es la exigencia para que el Estado responda por su responsabilidad en el inadecuado tratamiento de la enfermedad de sus ciudadanos”¹¹⁷.

Por tanto, considero que sólo cuando el paciente (al que el profesional sanitario causara su muerte o a cuya muerte cooperara activamente con actos necesarios y directos), sea una persona que, reuniendo todos los requisitos que señalé *supra* en el apartado IV.1) y teniendo la posibilidad de optar por unos tratamientos paliativos conformes con el desarrollo médico del momento, opte por la muerte, es cuando procedería plantearse la admisibilidad de la eutanasia prescindiendo entonces de toda visión paternalista^{118/119}.

Dicho esto, procedo a continuación a referirme específicamente al nuevo tenor literal que recibe el artículo 143 del Código penal, en lo que afecta a esta materia.

V. LA REFORMA DEL ARTÍCULO 143 DE LA LEY ORGÁNICA 10/1995, DE 23 DE NOVIEMBRE, DEL CÓDIGO PENAL

Hasta ahora, he estado analizando la Ley Orgánica, de regulación de la eutanasia, tratando de clarificar la tramitación del proceso de solicitud de la prestación de la ayuda para morir, destacando aquellos aspectos que considero de mayor importancia y que presentan aspectos que, desde mi punto de vista, pueden resultar controvertidos. Pero toda la regulación de este procedimiento va orientada a su vez, a una pretensión última, como se recoge también en el Preámbulo de esta Ley: la legalización de la eutanasia. Legalización que pasa, obviamente, por la reforma del apartado cuarto del artículo 143 del Código penal, en el que se castigan, si bien de forma atenuada y, sin mencionar el

¹¹⁷ SUÁREZ LLANOS, (2012, p. 365). En términos similares, ya con anterioridad, DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO/BARBER BURUSCO, (2012), pp. 145-146.

¹¹⁸ En este mismo sentido, cfr. PAYÁN ELLACURIA, (2020, p. 31). <https://ojs.ehu.eus/index.php/eguzkilo/article/view/21828/19648> (última consulta 02/11/2020).

¹¹⁹ Suárez Llanos cuestiona, incluso, que, en tal caso, “haya argumentos relevantes para establecer un distinto trato penal para la eutanasia activa -acción- y la pasiva -omisión- cuando ambas y por los mismos motivos conducen conscientemente a la muerte del paciente” (SUÁREZ LLANOS, (2012), p. 364).

término, las conductas eutanásicas que se entienden, hasta la fecha, penalmente relevantes en nuestro sistema jurídico.

Este precepto en su redacción aún vigente, dispone lo siguiente:

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

Por su parte, la Disposición final primera de la Ley Orgánica, de regulación de la eutanasia (de Modificación de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre del Código penal), modifica este apartado 4 del artículo 143 Cp y procede a añadirle un apartado 5, en los siguientes términos:

“4. El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de una persona que sufriera un padecimiento grave, crónico e imposibilitante o una enfermedad grave e incurable, con sufrimientos físicos o psíquicos constantes e intolerables, por la petición expresa, seria e inequívoca de ésta, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los apartados 2 y 3.

5.No obstante lo dispuesto en el apartado anterior, no incurrirá en responsabilidad penal quien causare o cooperare activamente a la muerte de una persona cumpliendo lo establecido en la ley orgánica reguladora de la eutanasia”.

Por lo que, como puede constatarse a simple vista, se modifica la redacción del apartado 4 y se incluye un apartado 5 en el que, efectivamente, se lleva a cabo una despenalización de ciertas conductas. Veámoslo con algo más de detalle.

Voy a empezar mi reflexión por el apartado 5 de nuevo cuño, al ser éste el que concreta qué conductas quedan fuera de lo penalmente relevante.

En este párrafo de nuevo cuño se declara que no va a responder penalmente en modo alguno, quien causare o cooperare activamente a la muerte de una persona siempre y cuando sea cumpliendo lo establecido en la Ley Orgánica reguladora de la eutanasia¹²⁰.

Siendo esto así y habiendo analizado ya esta Ley, la primera conclusión que ha de extraerse es obvia, no se legaliza cualquier conducta eutanásica, lo único que se

¹²⁰ Se menciona esta Ley directamente en vez de aludir, como se hacía antes de las enmiendas a la “normativa sanitaria”; lo que ha de valorarse positivamente.

despenaliza es la prestación de la ayuda “médica” a morir, y siempre y cuando se haya cumplido lo previsto en la mencionada Ley.

Lo anterior supone, obviamente, que las personas a cuya muerte se coopere activamente o cuya muerte se cause activamente (comportamientos ambos que se corresponden con lo que en el Preámbulo de esta Ley constituyen las dos modalidades de conductas eutanásicas que en ella se regulan¹²¹), han de ser necesariamente personas que sufran un padecimiento grave, crónico e imposibilitante o una enfermedad grave e incurable, con sufrimientos físicos o psíquicos constantes e intolerables. Y el sujeto activo de tales prácticas habrá de ser, necesariamente, el profesional sanitario¹²² que la Ley entiende competente a estos efectos, con independencia de que el legislador pueda dar otra idea con el uso del genérico “quien”¹²³.

Dicho esto, ¿estamos ante unas prácticas justificadas o atípicas? Pues bien, es cierto que conforme al Preámbulo de esta Ley, se trata de argumentar la legalización de la eutanasia sobre la base de la compatibilización de ciertos derechos y principios constitucionales, planteándolo como una especie de estado de necesidad¹²⁴, pero en la

¹²¹ En concreto, la conducta de “causación activa” se corresponde con lo que denomina eutanasia activa, y define (vid. Preámbulo), como “la acción por la que un profesional sanitario pone fin a la vida de un paciente de manera deliberada y a petición de este, cuando se produce dentro de un contexto eutanásico por causa de padecimiento grave, crónico e imposibilitante o enfermedad grave e incurable, causantes de un sufrimiento intolerable”. Mientras que la conducta de cooperación se corresponde con la otra modalidad de eutanasia (a la que no se le añade ningún otro calificativo) en la que (vid. Preámbulo), es “el propio paciente la persona que termina con su vida, para lo que precisa de la colaboración de un profesional sanitario que, de forma intencionada y con conocimiento, facilita los medios necesarios, incluido el asesoramiento sobre la sustancia y dosis necesarias de medicamentos, su prescripción, o, incluso, su suministro con el fin de que él se lo administre”. Ya puse de manifiesto el error en el que se incurre al englobar esta segunda práctica en el término eutanasia y a la argumentación que di *supra* me remito.

¹²² Ha de valorarse positivamente el que el legislador haya cambiado la forma de referirse al sujeto activo en esta previsión, ya que, en su redacción inicial, la PLO-2020 en esta materia entraba en contradicción consigo misma, generando, incluso, falsas expectativas. En efecto, en la redacción inicial de la previsión despenalizadora, sólo se contemplaba la impunidad si las conductas eran realizadas por un “médico o una médica”, mientras que en el Preámbulo de la misma se admitía la impunidad del que ayuda a morir a otro (que reúne ciertos requisitos y a su petición) cuando el que presta su ayuda o incluso, llega a ejecutar la muerte del que así se lo pide, es un “profesional sanitario”. Y, evidentemente, ambos círculos de posibles sujetos activos no son identificables. No todos los profesionales sanitarios tienen por qué ser médicos.

¹²³ Como ya desarrollé en el epígrafe IV.2.4., el que el sujeto activo sólo pueda ser el profesional sanitario competente a estos efectos tiene parte de lógica, en cuanto que sólo ellos tendrán la formación específica para poder llevar a cabo estas prácticas de forma adecuada y sin incrementar el sufrimiento del paciente, pero tiene el gran inconveniente -que puede hacer discutible hasta la admisibilidad de las mismas- de suponer una transformación profunda de la profesión médica.

¹²⁴ También defiende que la admisibilidad de la eutanasia pasa por la apreciación de un estado de necesidad, por ejemplo, SUÁREZ LLANOS, (2012), pp. 344 y ss. Para esta autora se trataría de un estado de necesidad legalmente diseñado, en el que ha de garantizarse de forma ponderada que el mal que se causa, la muerte del enfermo -una vez agotados todos los otros medios y las medidas paliativas-, constituye un mal menor que el interés amenazado, que para ella lo constituye la indignidad vital irreversible por causa objetiva de enfermedad (ob. cit., pp. 348 y 349). Aboga también por el estado de necesidad, MUÑOZ CONDE, (2019, p, 76).

medida en que lo determinante para la impunidad es el cumplimiento de lo establecido en -literalmente- la “Ley orgánica reguladora de la eutanasia”, desde mi punto de vista, nos encontramos ante una “justificación procedimental” que determina la exclusión de la tipicidad¹²⁵.

De hecho, me parece la interpretación coherente si tenemos en cuenta que, a *contrario sensu*, el causar o cooperar activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otra persona (que sufre un padecimiento o una enfermedad con ciertos requisitos), a su petición, pero sin respetar lo en ella establecido, mantiene la tipicidad de la conducta si bien con una pena atenuada en atención precisamente en que la intervención se realiza a petición de esa persona que se encuentra en esa concreta situación de padecimiento¹²⁶ (art.143.4 Cp).

Es decir, lo determinante para que la causación de la muerte o la cooperación con actos necesarios a la muerte de otro sea irrelevante penalmente no es, como decía, ni la voluntad ni los padecimientos de la persona solicitante, si no el cumplimiento de todos los requisitos y trámites que he ido desarrollando a lo largo de este trabajo, análisis al que, a estos efectos, me remito.

Por lo que se refiere al apartado 4 del artículo 143 Cp, éste se mantiene, si bien con un contenido que cambia parcialmente.

Así, por un lado, se mantienen las conductas típicas exactamente en los mismos términos (“causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro”); se mantiene también la atenuación de la pena en uno o dos grados respecto a las previstas en los apartados 2 y 3 de este mismo precepto; se mantienen parte de los requisitos que han de cumplirse para ello, ya que tales conductas han de seguir realizándose a petición expresa, seria e inequívoca de la propia persona a cuya vida se pone término; y se mantiene la referencia al sujeto activo con un genérico “El que”.

Por otra parte, se prescinde en este precepto del término “víctima” (lo que es de agradecer, ya que entiendo que se estaba usando incorrectamente en este ámbito) y se modifica la otra parte de los requisitos. En la nueva redacción se requiere que la persona a cuya solicitud se causa o se coopera a su muerte, sufra “un padecimiento grave, crónico e incapacitante” o una “enfermedad grave e incurable” con sufrimientos físicos o psíquicos constantes e intolerables.

¹²⁵ En términos similares a lo que ocurre en materia de aborto tras la LO 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

¹²⁶ Lo que implica que el desvalor de la conducta con la que se pone término a su vida, es menor. No el del resultado, ya que se sigue poniendo fin a una vida humana que evidentemente no se podrá entender que pierda valor por la situación de enfermedad y padecimientos. Al igual que tampoco considero que haya vidas indignas, ni vidas con una dignidad disminuida o dañada por la enfermedad.

Paso a efectuar una breve referencia a la forma en la que se viene entendiendo la parte de este apartado que se mantiene en los mismos términos, para después aludir a los cambios que conllevan las modificaciones en él introducidas.

Como ya está generalmente aceptado por la doctrina penal española, el adverbio “activamente” va referido tanto a la causación como a la conducta de cooperación con actos directos y necesarios a la muerte del otro (que ha de ser, por lo demás, una persona que cumpla ciertos requisitos). Por lo que es generalmente admitido a día de hoy que quedan fuera del ámbito de lo penalmente relevante tanto las conductas que indirectamente contribuyan a la muerte de una persona, como los comportamientos meramente omisivos, teóricamente posibles¹²⁷. Es decir, tanto la *eutanasia indirecta*, expresión con la que se suele hacer referencia al uso de analgésicos que, entre sus efectos, puedan producir un acortamiento de la vida del paciente; como la *eutanasia pasiva*, término con el que se alude a la omisión de un tratamiento cuando éste no tiene eficacia terapéutica alguna y sólo prolonga de forma artificial e, innecesariamente, la vida del paciente¹²⁸.

De hecho, las conductas calificables como *eutanasia indirecta* no sólo es que no puedan ser castigadas por el artículo 143.4 Cp por el hecho de que los comportamientos tipificados en este apartado requieran la orientación directa a la causación o cooperación a la muerte de otro, por su petición expresa, seria e inequívoca, exigiendo una voluntad equivalente a dolo directo; sino que -es más- estas prácticas han sido tradicionalmente consideradas como irrelevantes penalmente. Es decir, el suministro de analgésicos a personas aquejadas de una enfermedad con graves dolores y padecimientos, aun a sabiendas de que tales medicamentos paliativos del dolor conllevaban un cierto acortamiento de la vida, es algo que ha estado permitido si se ajustaba a las previsiones de la *lex artis* médica¹²⁹. Por una razón obvia: el Código deontológico Médico incluye entre las actuaciones debidas y con carácter prevalente, el alivio del dolor en las

¹²⁷ Así lo vienen afirmando tradicionalmente, entre otros mucho, por ejemplo, DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO/BARBER BURUSCO, (2012), p. 140; GARCÍA ARÁN, (1995), pp. 11-12; MUÑAGORRI LAGUÍA, (1994), pp. 27, 62, 64, 66, nota 8 y p. 67; y MUÑOZ CONDE, (2019), p. 75.

¹²⁸ En contra de esta diferenciación entre eutanasia pasiva, indirecta y activa, puede verse, por ejemplo, la argumentación de SUÁREZ LLANOS, (2012), p. 333. En consideración de esta autora lo determinante ha de ser “ser sensibles a situaciones dramáticas, pero evitando conductas inaceptables -muerte de ancianos, síndrome de Down, etc.-, lo mejor es renegar de la distinción y ofrecerles el mismo trato jurídico para que los controles operen con toda su eficacia también en los supuestos de eutanasia pasiva”. También Díez Ripollés ha considerado tal clasificación tripartita como poco operativa. Por lo que propone clasificar las conductas eutanásicas en tres grandes grupos: terminal, paliativa y cualitativa (1996, pp. 514 y ss.)

¹²⁹ Cfr. en este sentido, MUÑAGORRI LAGUÍA, (1994), pp. 69-70.

situaciones límite entre la vida y la muerte y reconoce que la sedación¹³⁰ -en la agonía¹³¹- es “científica y éticamente correcta”¹³², si bien sólo cuando “existen síntomas refractarios¹³³ a los recursos terapéuticos disponibles y se dispone del consentimiento del paciente implícito, explícito o delegado”¹³⁴. Por tanto, el médico que negara al paciente los medicamentos oportunos para mitigar su dolor, podría incurrir -incluso- en responsabilidad¹³⁵.

¹³⁰ Por la que ha de entenderse: “la disminución deliberada de la consciencia de la persona enferma, una vez obtenido el oportuno consentimiento, mediante la administración de los fármacos indicados y a las dosis proporcionadas, con el objetivo de evitar un sufrimiento insostenible (...)” (Informe del Comité de Bioética de España sobre el final de la vida y la atención en el proceso de morir, en el marco del debate sobre la regulación de la eutanasia: propuestas para la reflexión y la deliberación, aprobado en sesión plenaria de Comité de 4 de marzo de 2020, p. 58).

¹³¹ La situación de agonía es la que precede a la muerte cuando ésta se produce de forma gradual, y en la que existe deterioro físico intenso, debilidad extrema, alta frecuencia de trastornos cognitivos y de la conciencia, dificultad para la relación y la ingesta, con pronóstico de vida en horas o pocos días (definición recogida en el Documento de Atención Médica al final de la vida: conceptos y definiciones, elaborado por el Grupo de trabajo Atención médica al final de la vida, Organización Médica Colegial y Sociedad Española de Cuidados Paliativos, en abril de 2015). https://www.cgcom.es/sites/default/files/conceptos_definiciones_al_final_de_la_vida/files/assets/common/downloads/Atenci.pdf, (última consulta, 28 de noviembre de 2020).

¹³² Hasta el punto de que, cuando la sedación está indicada y existe consentimiento, el médico tiene la obligación de aplicarla. Y si, con los adecuados criterios de indicación, un médico se negara a realizarla, el paciente o en su defecto la familia, la podría exigir como un derecho, que se corresponde con el deber profesional del médico, tal y como establece el Código de Deontología Médica. No siendo posible, caso de proceder, la objeción de conciencia del facultativo, como tampoco sería posible objetar ante cualquier otro tratamiento correctamente indicado (sobre todo esto cfr. el Informe del Comité de Bioética de España sobre el final de la vida y la atención en el proceso de morir, en el marco del debate sobre la regulación de la eutanasia: propuestas para la reflexión y la deliberación, aprobado en sesión plenaria de Comité de 4 de marzo de 2020, p. 58).

¹³³ Entendiéndose por síntomas refractarios, aquellos que no pueden ser adecuadamente controlados con los tratamientos disponibles, aplicados por médicos expertos, en un plazo de tiempo razonable. (...). Lo que plantea el reto de establecer, como se señala en el Informe del Comité de Bioética en España, cuándo se está realmente ante un síntoma refractario. En este mismo Informe se señala que la propia definición de síndrome refractario hace que éste sea un concepto relativo, en función de los recursos disponibles, lo cual no está exento de riesgos. Si bien considera que, subjetivo, no es sinónimo de arbitrario, pero resalta la importancia de que sea un equipo competente y con la adecuada formación el que se encargue de determinar cuándo un síntoma no puede ser controlado en un periodo razonable de tiempo (Informe del Comité de Bioética de España sobre el final de la vida y la atención en el proceso de morir, en el marco del debate sobre la regulación de la eutanasia: propuestas para la reflexión y la deliberación, aprobado en sesión plenaria de Comité de 4 de marzo de 2020, p. 63).

¹³⁴ Artículo 36 del Código de Deontología Médica elaborado por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, de julio de 2011. https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica.pdf (última consulta, 04/11/2020). Por tanto, la sedación paliativa en España puede considerarse que no plantea actualmente problemas ni desde la perspectiva ética ni deontológica ni legal. De hecho, también las distintas leyes que se han aprobado a nivel autonómico sobre los derechos de los pacientes en el proceso de morir recogen el derecho a la sedación paliativa.

¹³⁵ En este sentido, por ejemplo, DÍEZ RIPOLLÉS ha defendido que en tales casos podrían apreciarse unas lesiones corporales o unos malos tratos omisivos (1993, pp. 262-263; 1995, p. 107; y 1996, p. 537); y DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO/BARBER BURUSCO no descartan que la negativa del médico pueda constituir un delito de omisión del deber de socorro (2012, p. 123).

Una problemática particular suscitó en la doctrina penal española el si la interrupción de tratamientos médicos ya iniciados, constituía un comportamiento activo u omisivo, haciendo depender de ello, su caracterización como eutanasia pasiva y, por tanto, impune, o como un comportamiento penalmente relevante.

En mi opinión, en la *eutanasia pasiva* se incluye no solo el no inicio de un tratamiento que no tenga eficacia terapéutica alguna, sino también aquellas conductas consistentes en la eliminación de los medios instrumentales que mantengan, de manera irracional, las funciones vitales del enfermo¹³⁶, identificándolas. Considero que no es tanto una problemática de caracterización de tales actos como “acciones” u “omisiones”, que pueden estar, de hecho, entremezclados, si no de tener en cuenta que lo que ocurre en tales casos de interrupción de un tratamiento o desconexión del enfermo, no es más que dejar que los acontecimientos (la muerte) sigan su curso. De manera que, si lo único que se estuviera haciendo por el paciente fuera prolongar de forma irracional su vida, tanto da que el tratamiento no se inicie o que, una vez iniciado y constatada su ineficacia curativa, se interrumpa.

Esta idea es la que se transmite, de hecho, en el apartado 2 del artículo 36 del Código de Deontología Médica:

“El médico no deberá *emprender* o *continuar*¹³⁷ acciones diagnósticas o terapéuticas sin esperanza de beneficios para el enfermo, inútiles u obstinadas. Ha de tener en cuenta la voluntad explícita del paciente a rechazar dicho tratamiento para prolongar su vida. Cuando su estado no le permita tomar decisiones, tendrá en consideración y valorará las indicaciones anteriormente hechas y la opinión de las personas vinculadas responsables”¹³⁸.

Luego, las conductas susceptibles de encuadrarse bajo el término de eutanasia pasiva serán irrelevantes penalmente no sólo porque no son reconducibles al artículo 143.4 del Código penal, sino porque son constitutivas de meros actos médicos en la medida, nuevamente, de que se practiquen con arreglo a la *lex artis*.

El enfermo, en definitivas cuentas, no está obligado a soportar medidas que prolonguen artificial e innecesariamente su vida, incluso, aunque se encuentre inconsciente e incapacitado para manifestar su voluntad; y, a su vez, el médico no está

¹³⁶ Coincidiendo así, por ejemplo, con DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO/BARBER BURUSCO, 2012, p. 124; Díez Ripollés, 1993, p. 258; y MUÑAGORRI LAGUÍA, 1994, pp. 66-67.

¹³⁷ Las cursivas son mías.

¹³⁸ https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica.pdf (última consulta, 04/11/2020).

sujeto a ningún deber de prolongar artificial e irracionalmente la vida humana, sino, todo lo contrario.

De modo que las únicas conductas eutanásicas reconducibles al artículo 143.4 del Código penal son -y van a seguir siendo- aquellas que, de forma activa y directa, ponen término a la vida de una persona; conductas que guardan correspondencia con las sancionadas en los apartados 2 y 3 de este mismo artículo, pero que se castigan más atenuadamente por la concurrencia de una serie de requisitos (unos objetivos y otros subjetivos)¹³⁹.

De hecho, el legislador mantiene -como decía- tras esta reforma, la forma de referirse a parte de estos requisitos, al seguir exigiendo que la persona cuya muerte se causa o a cuya muerte se coopera activamente, ha de haber solicitado “expresa, seria e inequívocamente” tales conductas.

En mi opinión, el término “seria” quizás pretenda poner de manifiesto el que la decisión ha de haberse tomado de forma reflexiva, por lo que deberá ser informada; y con el término “inequívoca”, que se trate de una decisión firme y con carácter de definitiva. Además, y de forma clara, el legislador establece que la petición ha de partir del propio sujeto pasivo¹⁴⁰ y que ésta ha de ser “expresa”. Con lo que no serán objeto de atenuación punitiva -de conformidad con lo dispuesto en este apartado del artículo 143 Cp-, ni las conductas constitutivas de una eutanasia activa precoz (privar activamente de la vida a recién nacidos con malformaciones), ni los casos de consentimiento presunto tratándose de adultos¹⁴¹.

Por lo que se refiere a la determinación de quiénes pueden ser los sujetos activos que pueden llevar a cabo estas conductas eutanásicas, es cierto que algún autor ya sugirió

¹³⁹ Así puede entenderse que objetivamente se exige que el sujeto pasivo padezca -conforme al tenor aún vigente del art. 143.4 Cp- una enfermedad grave que le conduciría necesariamente a la muerte, o bien, una enfermedad que le reporte graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar. Y que, subjetivamente, se requiere que la conducta eutanásica se practique a petición expresa, seria e inequívoca del titular del bien jurídico vida sobre el que recae la conducta. Desde este punto de vista, las notas claves, por tanto, son dos, la voluntariedad del enfermo y la finalidad del acortamiento de la vida, por lo que han de tenerse en consideración conjuntamente. Cfr. en este sentido, DÍEZ RIPOLLÉS, (1993), p. 255; MUÑAGORRI LAGUÍA, (1994), pp. 63 y 80; y MUÑOZ CONDE, (2019), p. 76. Hay ciertamente también otra forma de plantearlo que es, por ejemplo, como lo hace PAYÁN ELLACURIA, quien considera que las conductas reconducibles al art. 143.4 Cp requieren de la coexistencia de cuatro elementos: 1.- la concurrencia de una situación sanitaria especialmente desfavorable; 2.- la resolución de un conflicto individual, en el que la voluntad del afectado pasa a tener un papel fundamental; 3.- la muerte del afectado; y 4.- la intervención de otra persona. Es más, sostiene que es el planteamiento generalmente admitido por los autores españoles (2020, pp. 5-6). <https://ojs.ehu.eus/index.php/eguzkilo/article/view/21828/19648> (última consulta 02/11/2020).

¹⁴⁰ Como sostiene PAYÁN ELLACURIA, “no bastaría con su mera aquiescencia” (2020, p. 9). <https://ojs.ehu.eus/index.php/eguzkilo/article/view/21828/19648> (última consulta 02/11/2020).

¹⁴¹ Coincidiendo, entre otros, con DÍEZ RIPOLLÉS, (1993), pp. 263 y 266; GARCÍA ARÁN, (1995), p. 35, y MUÑAGORRI LAGUÍA, (1994), p. 84.

que la conducta típicamente privilegiada fuera limitada a los ámbitos médicos, facultativos y personal bajo su dirección¹⁴², pero basta con atenernos al tenor literal del precepto para comprobar que no se exige ninguna cualificación de los sujetos activos con independencia de que el sujeto pasivo haya de estar aquejado ciertos padecimientos o enfermedades. A estos efectos, el empleo del genérico “El que” resulta determinante: el sujeto activo de este tipo privilegiado, puede ser una persona cualquiera.

Pasando a los extremos que sí se modifican, el legislador cambia la forma de referirse a la otra parte de los requisitos que han de concurrir para que, causando la muerte de una persona a su petición o cooperando activamente a ello porque ésta así lo ha solicitado, de forma expresa, seria e inequívoca.

En efecto, si hasta la fecha la persona solicitante había de sufrir una “enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte¹⁴³”, o que “produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar¹⁴⁴”, conforme a la nueva redacción ha de sufrir un “padecimiento grave, crónico e imposibilitante o una enfermedad grave e incurable, con sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables”. Desde mi punto de vista, este cambio presenta tanto ventajas como inconvenientes.

Para empezar, los términos “enfermedad grave”, “graves” padecimientos “permanentes” o “difíciles de soportar” no son, desde luego, muy precisos, lo que ofrece una cierta inseguridad jurídica¹⁴⁵. Sin embargo, a diferencia de lo que sucede en la redacción aún vigente, tanto el concepto de “padecimiento grave, crónico e imposibilitante” como el de “enfermedad grave e incurable”, quedan expresamente definidos en el artículo 3 de la Ley Orgánica, de regulación de la eutanasia (a la que, sin embargo, no se hace en este apartado, referencia alguna), lo que quizás pueda aportar algo más de seguridad jurídica.

En segundo lugar, en la redacción aún vigente, en los casos de enfermedad grave que ha de causarle al paciente padecimientos permanentes y difíciles de soportar, habría que salvar por vía interpretativa el que tales padecimientos puedan ser no solo físicos, si

¹⁴² Como lo sostenía, por ejemplo, VALLE MUÑOZ, (1996), p. 64.

¹⁴³ En esta hipótesis no es necesario que la enfermedad le reporte ni sufrimientos ni dolores insoportables, al igual que tampoco se exige específicamente que el sujeto se encuentre necesariamente en fase terminal. Ahora bien, sí ha de constatarse la gravedad de la enfermedad y su directa y necesaria conexión causal con la muerte más o menos inminente. Comprobación que deberá ser efectuada con los conocimientos médicos del momento. MUÑAGORRI LAGUÍA advirtió ya hace tiempo de los inconvenientes que suscita la relatividad de los diagnósticos y la inseguridad a la que conllevan los continuos avances de la ciencia (1994, pp. 79 y 94).

¹⁴⁴ Aquí ya no se exige ni una inminencia de la muerte ni, por tanto, una relación causal entre la enfermedad y el final de la vida del sujeto.

¹⁴⁵ Cfr. al respecto, DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO/BARBER BURUSCO, (2012), pp. 138-139 y nota 49.

no meramente psíquicos¹⁴⁶. Cuestión ésta que queda resuelta expresamente al incorporarse en el nuevo tenor literal que recibe este apartado el que los sufrimientos pueden ser tanto de un tipo como del otro¹⁴⁷.

Ahora bien, las dos hipótesis en las que ha de encontrarse el sujeto pasivo, tal y como están definidas en la Ley Orgánica, generan, a su vez, su propia problemática, a cuya exposición me remito en términos generales (epígrafe IV.1.2).

En cualquier caso, y a pesar de todas las deficiencias que presente la redacción propuesta, ha de valorarse muy positivamente el que el legislador haya modificado en fase de enmiendas la redacción que tenía inicialmente esta Disposición final primera, conforme a la cual, el apartado 4 del artículo 143 Cp hubiera pasado a tener el siguiente tenor:

“No será punible la conducta del médico o médica que con actos necesarios y directos causare o cooperare a la muerte de una persona, cuando esta sufra una enfermedad grave e incurable o enfermedad grave, crónica e invalidante, en los términos establecidos en la normativa sanitaria”¹⁴⁸.

En esa primera versión no sólo se despenalizaba únicamente la causación o cooperación activa con actos necesarios y directos a la muerte de otro (siempre que este otro reúna ciertos requisitos) en ciertos casos -al igual que en la redacción vigente-¹⁴⁹. Si

¹⁴⁶ Siempre y cuando fueran difíciles de soportar, como lo admitía, por ejemplo, DÍEZ RIPOLLÉS, (1993), p. 254, nota 386.

¹⁴⁷ Si bien es cierto que los padecimientos psíquicos, como ya apunté, serán más difíciles de objetivar.

¹⁴⁸ Es la misma redacción que se le otorgaba en la Disposición final primera de la PLO-2019. Sin embargo, la Disposición final primera de la PLO-2018, le otorgaba al artículo 143.4 la siguiente redacción:

“No será punible la conducta del médico o médica que con actos necesarios y directos causare o cooperare a la muerte de una persona, cuando esta sufra una enfermedad grave e incurable o discapacidad grave crónica, en los términos establecidos en la ley.

Se entiende por enfermedad grave e incurable aquella que por su naturaleza origina sufrimientos físicos o psíquicos, constantes e insoportables, sin posibilidad de alivio que el o la paciente considere tolerable, con un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva.

Se entiende por discapacidad grave crónica la situación en la que se produce en la persona afectada una invalidez de manera generalizada de valerse por sí misma, sin que existan posibilidades fundadas de curación y, en cambio, sí existe seguridad o gran probabilidad de que tal incapacidad vaya a persistir durante el resto de la existencia de esa persona. Se entienden por limitaciones aquellas que incidan fundamentalmente sobre su autonomía física y actividades de la vida diaria, así como sobre su capacidad de expresión y relación, originando por su naturaleza sufrimientos físicos o psíquicos constantes e intolerables, sin posibilidad de alivio que el o la paciente considere tolerable. En ocasiones pudiere suponer la dependencia absoluta de apoyo tecnológico”.

¹⁴⁹ Como lo ha puesto de manifiesto, entre otros, NORBERTO DE LA MATA: se despenaliza la eutanasia “Sólo para los supuestos y para las “personas” que se refieren en la ley. Para los

no que, además, se producía un claro retroceso en la conquista que supone la vigente redacción del artículo 143.4 Cp, ya que en los casos en los que una persona ayudara a otra a morir -por su petición expresa, sería e inequívoca-, y ese tercero que lo ayudara no fuera un médico o una médica, este último iba a ser castigado con las penas previstas en los apartados 2 y 3 del artículo 143 Cp, sin atenuación; con independencia de que la persona a cuya muerte hubiera colaborado o cuya muerte hubiera causado, fuera una persona que cumpliera los requisitos de enfermedad y padecimientos establecidos en la normativa sanitaria a la que este precepto se remitía. Y esto era algo que carecería totalmente de sentido¹⁵⁰.

En mi opinión, como en la de otros autores, si bien puede entenderse que la impunidad absoluta de estos comportamientos requiera del cumplimiento de todos los requisitos que la Ley Orgánica, de regulación de la eutanasia, establezca, no podía dejar de reconocerse que, cumplidos los requisitos de enfermedad, padecimientos y consentimiento libre, el que el sujeto activo no fuera un profesional sanitario (o un médico o médica, si el legislador no rectificaba) tendría que dar lugar, por lo menos, a un tratamiento atenuatorio de la pena. Es decir, parecía lógico que, en términos similares a la regulación existente en materia de interrupción voluntaria del embarazo cuando no se cumplen los requisitos formales (art. 145 bis Cp), se previera un apartado del artículo 143 Cp en el que se mantuviera de forma atenuada la realización de este tipo de conductas por otro tipo de personas. Inquietud que, afortunadamente, ha sido respondida¹⁵¹.

Expuesto todo lo anterior, y en resumidas cuentas, con la reforma introducida en el artículo 143 del Código penal, por la Disposición final primera de la Ley Orgánica, de regulación de la eutanasia: por un lado, se legaliza la prestación de la ayuda médica para morir a ciertas personas cumplidos ciertos requisitos y procedimientos y, por otro, se mantiene la tipicidad atenuada de la causación activa o de la cooperación con actos necesarios y directos a la muerte de otro, siempre que este otro sufra un padecimiento

médicos y para las médicas...” (2020, p. 2), <https://almacenederecho.org/el-derecho-penal-frente-a-la-idea-de-libertad-que-hacemos-con-la-eutanasia> (última consulta 08/12/2020).

¹⁵⁰ Críticamente también BARQUÍN SÁNZ, (2020), <file:///C:/Users/prgaralv/Downloads/2020-Barqu%C3%ADn-Despenalizacion%C3%B3n%20eutanasia.pdf> (última consulta 09/12/2020); DE LA MATA BARRANCO, (2020), <https://almacenederecho.org/el-derecho-penal-frente-a-la-idea-de-libertad-que-hacemos-con-la-eutanasia> (última consulta 08/12/2020); o PAYÁN ELLACURIA, (2020), p. 19, <https://ojs.ehu.eus/index.php/eguzkiloire/article/view/21828/19648> (última consulta 02/11/2020).

¹⁵¹ Ya que, dicho de otra forma, no era admisible que se ofreciera una supuesta cobertura legal a la prestación de la ayuda a morir que llevara a consecuencias jurídico penales más gravosas que la regulación vigente en la que, al fin y al cabo, el marco de pena es tal, que no suele dar lugar al cumplimiento de una pena privativa de libertad, siendo los causantes o cooperadores a la muerte ajena no ya médicos, si no meros particulares. Ya que el marco de pena del que se parte, una vez individualizado, puede dar lugar a penas privativas de libertad inferiores a dos años que, cumpliéndose una serie de requisitos, son susceptibles de ser suspendidas. Lo que SUÁREZ LLANOS, denomina una cierta “despenalización material”, (2012, p. 330).

grave, crónico e imposibilitante o una enfermedad grave e incurable, con sufrimientos físicos o psíquicos constantes e intolerables, y que tal causación o cooperación activa sea a petición expresa, seria e inequívoca de dicha persona.

VI. CONSIDERACIONES FINALES

Como hemos visto, la Ley Orgánica, de regulación de la eutanasia, regulariza algo no exactamente coincidente con la eutanasia, al referirse a unas prácticas, por un lado, más restrictivas (por los sujetos activos) y, por otro, más amplias (ya algunas no son constitutivas de una eutanasia en sentido estricto). En efecto, lo que realmente regulariza es la prestación de la ayuda “médica” para morir. En estas prácticas se puede incluir tanto las conductas eutanásicas activas directas, que son las únicas conductas eutanásicas que tenían hasta la fecha relevancia penal (ya que la eutanasia pasiva y la eutanasia indirecta, como he expuesto, son directamente admisibles si se llevan a cabo conforme a la *lex artis*), como el suicidio asistido. Ahora bien, han de llevarse a cabo, necesariamente, en un contexto sanitario y por determinados médicos competentes a estos efectos.

Esta regularización conlleva la consecuente legalización de esas mismas conductas - no de la eutanasia activa sin más-, pero siempre y cuando sean realizadas con arreglo a lo dispuesto en esta misma Ley. Y así se recoge expresamente en un apartado 5 de nuevo cuño que se le ha incorporado al artículo 143 del Código penal. Si no se cumplieran tales requisitos, pero se causara la muerte o se cooperara activamente a la muerte de otra persona a su petición, se mantiene la atenuación de la pena prevista en el apartado 4 del artículo 143 del Código penal, siempre que ésta sufra un padecimiento grave, crónico e imposibilitante o una enfermedad grave e incurable, con sufrimientos físicos o psíquicos constantes e intolerables (conceptos estos también de nuevo cuño y que son expresamente definidos en la Ley Orgánica, de regulación de la eutanasia).

Por tanto, el cumplimiento de los requisitos y condiciones previstos en esta Ley es lo determinante a la hora de establecer cuándo la causación o cooperación activa a la muerte de otro, con actos necesarios y directos, no será penalmente relevante. Por lo que considero que en el artículo 143.5 Cp se recoge una legitimación por el procedimiento que excluye la tipicidad de la conducta.

Ahora bien, esta Ley Orgánica, analizada en profundidad y con detalle, y sin perjuicio de que es indiscutible que ha ido mejorando tanto en técnica legislativa como en concreción durante toda su tramitación parlamentaria, no carece de aspectos necesitados de mejoras.

En primer lugar, no creo que las dos hipótesis que conforman el denominado contexto eutanásico, tal y como se definen o caracterizan, reúnan los requisitos que -desde mi punto de vista- deberían estar presentes.

En segundo lugar, y por lo que se refiere a la acreditación del carácter libre y voluntario de la solicitud del paciente, los requisitos que se establecen a estos efectos permiten sostener que se ofrece una cierta garantía formal de que el paciente efectúa su solicitud por él mismo y de forma reiterada. Ahora bien, no creo que haya manera de que el médico pueda cerciorar que el paciente no ha sido objeto de presiones externas. Por otra parte, esta Ley no es lo suficientemente garantista al permitir que, si el paciente no puede firmar la solicitud de prestación de la ayuda para morir por sí mismo, pueda hacerlo un tercero "cualquiera". Tampoco es lo suficientemente precisa a la hora de establecer, en caso de pacientes en situación de incapacidad de hecho, quién puede presentar la solicitud en su nombre. Y, lo que es más importante, como la valoración de la situación de incapacidad de hecho la hará el médico responsable "conforme a los protocolos de actuación que se determinen por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud", puede ocurrir que el paciente haya dado unas instrucciones previas sin el conocimiento pleno y real de las circunstancias en las que las mismas van a ser llevadas a la práctica.

En tercer lugar, y por lo que se refiere al consentimiento informado, ni se especifica cuál es la información adecuada que ha de recibir el paciente antes de firmarlo, ni se exige que tal información conste en el mismo.

En cuarto lugar, la figura del médico consultor no actúa como un verdadero filtro en la tramitación de la prestación de la ayuda para morir, ya que su informe no es vinculante en caso alguno; ni se prevé que haya que darle traslado del mismo, a nadie, en el caso de pacientes en situación de incapacidad de hecho.

En quinto lugar y por lo que se refiere a las Comisiones de Garantía y Evaluación, éstas son órganos que están por crear (si bien harán de estar creados cuando esta Ley entre en vigor). Las funciones de las distintas Comisiones no tienen por qué coincidir, ni sus reglamentos de funcionamiento -pendientes de creación- tienen por qué ser iguales o suficientemente parejos. Y me parece absolutamente rechazable el que se haya suprimido de sus funciones la obligación de poner el incumplimiento de las condiciones y procedimientos establecidos en la Ley, en conocimiento de la dirección del centro sanitario para que proceda a la apertura de una investigación.

En sexto lugar, y por lo que se refiere a la prestación de la ayuda para morir en sí misma considerada, no hay referencia alguna sobre quién ni cuándo se aprobarán los protocolos correspondientes conforme a los cuales los sanitarios han de efectuar la prestación de la ayuda para morir. Tampoco hay certeza absoluta de que la prestación

de la ayuda para morir vaya a prestarse verdaderamente de forma igualitaria en todo el país.

En séptimo lugar, considero que debería haberse postergado la entrada en vigor de la Ley, al menos, a la aprobación de todo el marco normativo que está previsto que se apruebe pero que, aún no lo ha sido. Por ejemplo, el “manual de buenas prácticas” que en teoría va a servir “para orientar la correcta puesta en marcha de esta Ley”¹⁵². Y tampoco parece de recibo el que se ponga en marcha el procedimiento de la prestación de la ayuda para morir, sin que las personas que han de intervenir en el mismo, se hayan formado adecuadamente con anterioridad.

Además de todo lo anterior, no comparto el reconocimiento en el Preámbulo de esta Ley, de la prestación de la ayuda para morir como un derecho, ya que entiendo que ello engendra una serie de obligaciones -inexigibles- en terceros y porque el derecho a morir como tal, es incompatible con nuestro Ordenamiento jurídico¹⁵³.

Ciertamente, el derecho a la vida no conlleva una protección absoluta de la misma, sin límites ni excepciones. Ni se puede obligar a una persona a seguir viviendo. De hecho, nuestro Sistema Sanitario vigente reconoce el derecho del paciente a decidir o a negarse a tratamientos médicos. En paralelo, los médicos han de respetar la voluntad del paciente, no están obligados, como hemos comprobado, ni a iniciar ni a continuar un tratamiento terapéuticamente ineficaz pero sí están obligados a paliar su dolor hasta el punto de usar la sedación paliativa. Por lo que no resulta tan descabellado el que cumplidos ciertos requisitos se pueda adelantar artificialmente la muerte de una persona más allá de lo que ahora se permite con la sedación paliativa¹⁵⁴. La cuestión es que para ello se exijan unos requisitos y se arbitre un procedimiento que permita sostener que ese adelantamiento artificial de la muerte del paciente posee la misma relevancia jurídico penal que los comportamientos pasivos o indirectos que, aun contribuyendo de algún modo a la muerte de un paciente, se admite queden fuera del ámbito del Derecho penal si se realizan con arreglo a *la lex artis*.

¹⁵² Carece, incluso, de la previsión de una habilitación para el desarrollo reglamentario, como la que se contempla en la Disposición final cuarta de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, en la que se recoge que “El Gobierno adoptará las disposiciones reglamentarias necesarias para la aplicación y desarrollo de la presente Ley”.

¹⁵³ Coincido así, por ejemplo, con DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO/BARBER BURUSCO, (2012), p. 120; y SUÁREZ LLANOS, (2012), pp. 339 y 340.

¹⁵⁴ Como sostienen DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO/ BARBER BURUSCO, es algo que sigue siendo compatible con nuestra Constitución. Ya que, aunque no hay un derecho a morir, la vida es disponible por su titular, siendo el castigo de las conductas de participación en el suicidio ajeno una decisión político-criminal compatible con la Constitución española, al igual que puede serlo la regulación de la eutanasia para ciertos supuestos con ciertas garantías de procedimiento (2012, pp. 120-121).

Para ello -en primer lugar- considero que el legislador debería haber empleado una fórmula que reuniera las cuestiones que me parecen fundamentales para que se plantee la posibilidad de que se ayude a una persona a morir impunemente. Esto es: una merma de la salud que cause a la persona sufrimientos físicos o psíquicos, constantes e intolerables y que, previsiblemente, permanecerán en el tiempo, sin que exista una alternativa razonable que permita erradicarlos o, como mínimo, mitigarlos hasta hacerlos llevaderos al paciente, siempre que su muerte esté próxima, o su salud se encuentre en un proceso de deterioro o fragilidad progresiva e imparable. Es decir, considero que se debe de estar *muriendo* para que podamos hablar con propiedad de que se le está prestando *ayuda para morir*. Lo que no se exige expresamente en todo caso.

Y, en segundo término, entiendo imprescindible que quedara acreditado que España, efectivamente, cuenta con un sistema de cuidados paliativos de alto nivel acorde con el desarrollo médico más avanzado en comparación con los países de nuestro entorno y que estos están disponibles en condiciones de igualdad para todos los españoles cualquiera que sea el lugar de nuestra geografía en el que residan.

El problema radica en que la Ley Orgánica, de regulación de la eutanasia, ni exige que el paciente reúna los requisitos que entiendo deben concurrir, ni nuestro Sistema sanitario de Salud ofrece en el momento actual uno tratamientos paliativos adecuados para toda la población.

Por lo que siendo ésta la realidad, considero que esta Ley no debería haber sido aprobada¹⁵⁵ en los términos en los que lo ha sido, ya que, como advierte Payán Ellacuría, la falta de certeza y de apoyo institucional puede tener como consecuencia un

¹⁵⁵ Además de que no debería haber sido aprobada sin escuchar al Comité de Bioética español, cuya primera función determinada por la ley que lo creó es “Emitir informes, propuestas y recomendaciones para los poderes públicos de ámbito estatal y autonómico en asuntos con implicaciones bioéticas relevantes” y la segunda, “Emitir informes, propuestas y recomendaciones sobre materias relacionadas con las implicaciones éticas y sociales de la Biomedicina y Ciencias de la Salud que el Comité considere relevantes”. De hecho, en su informe elaborado en 2020 el Comité de Bioética español sostenía que “Resultaría extraño que, desde una perspectiva estrictamente ético-legal, pudiera aprobarse en los próximos meses una norma legal que pretenda no solo despenalizar la eutanasia y/o auxilio al suicidio sino, más allá, reconocer un verdadero derecho a morir que, además, revista la condición de prestación con cargo al sistema público de salud, y que sobre dicho asunto no se pronunciara este Comité” (Informe del Comité de Bioética de España sobre el final de la vida y la atención en el proceso de morir, en el marco del debate sobre la regulación de la eutanasia: propuestas para la reflexión y la deliberación, aprobado en sesión plenaria de Comité de 4 de marzo de 2020, p. 4). También críticamente MARCOS DEL CANO sostiene que esta Ley ni responde en realidad a un clamor social, para lo que apunta el escaso número de documentos de voluntades anticipadas suscritos en nuestro país (en el año 2018, tan solo lo habían firmado un 0,6 % de la población), ni es fruto de un debate social, médico y jurídico que permita sostener que se aprueba con el consenso de los sectores implicados, ni ha sido aprobada por un Gobierno lo suficientemente fuerte (2019, p. 68). En términos similares, cfr. la noticia publicada en el periódico El País, el 14 de enero de 2021 <https://elpais.com/sociedad/2021-01-14/los-colegios-de-medicos-odontologos-y-farmaceuticos-de-madrid-rechazan-la-ley-de-eutanasia.html> (última consulta 15/01/2021).

aumento de la medicina defensiva¹⁵⁶, lo que sería el efecto totalmente opuesto a lo pretendido.

VII. BIBLIOGRAFÍA CITADA ¹⁵⁷

ARROYO GIL, A., “A vueltas con la eutanasia (Anotaciones para un debate abierto)”, Blog de la Facultad de Derecho, de la Universidad Autónoma de Madrid, de 17 de febrero de 2020. Disponible en: <http://www.blog.fder.uam.es/2020/02/17/a-vueltas-con-la-eutanasia-anotaciones-para-un-debate-abierto/>

BARQUÍN SANZ, J., “Despenalización de la eutanasia: no empezamos bien”, Almacén de Derecho, 25 de febrero de 2020. Disponible en: <https://almacenederecho.org/despenalizacion-de-la-eutanasia-no-empezamos-bien>

BETANCOR, J.T., “El testamento vital”, Eguzkilore, N.º. 9, 1995, pp. 97-112.

CAMBRÓN, A. “La eutanasia, derecho fundamental”, Revista Derecho a morir dignamente, 24 de agosto de 2020. Disponible en: <https://derechoamirir.org/2020/08/24/la-eutanasia-derecho-fundamental/>

CARBONELL MATEU, J.C., en AA.VV, Derecho penal, Parte Especial, Editorial Tirant lo Blanch, Valencia, 1996, 2ª edición.

DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO, M./BARBER BURUSCO, Mª S., “Participación en el suicidio y eutanasia, esbozo del tratamiento penal en España”, Nuevo Foro Penal, N.º. 79, 2012, págs. 115-152.

DE LA MATA BARRANCO, N., “El Derecho penal de la libertad: ¿qué hacemos con la eutanasia?”, Almacén de Derecho, 26 de febrero de 2020, pp. 1-8. Disponible en: <https://almacenederecho.org/el-derecho-penal-frente-a-la-idea-de-libertad-que-hacemos-con-la-eutanasia>

DE LA TORRE DÍAZ, J., “Eutanasia y suicidio asistido. Razones y argumentos para pensar”, en Marcos, A. M. (Ed.) y La Torre, J. D. (Ed.) (2019). Y de nuevo, la eutanasia: una mirada nacional e internacional, Marcos, A. M. (Ed.) y La Torre, J. D. (Ed.), pp. 15-52. Editorial Dykinson, Madrid, 2019.

DE MONTALVO JÄÄSKELÄINEN, F./SÁNCHEZ BARROSO, B., “La regulación de la eutanasia y el suicidio asistido en Alemania: ¿una excepcionalidad o un modelo europeo basado en la dignidad humana?”, en Y de nuevo, la eutanasia: una mirada nacional e

¹⁵⁶ PAYÁN ELLACURIA (2020), p. 30. <https://ojs.ehu.eus/index.php/eguzkilore/article/view/21828/19648> (última consulta 02/11/2020).

¹⁵⁷ Las obras aparecen citadas en nota a pie por el apellido del autor y el año de su publicación entre paréntesis. En el caso de que se trate de sitios de internet, se indica la fecha de la última consulta.

internacional, Marcos, A. M. (Ed.) y La Torre, J. D. (Ed.), pp. 177-200. Editorial Dykinson, Madrid, 2019.

DIEZ RIPOLLÉS, J.L., en Díez Ripollés, J.L./Gracia Martín, L., Delitos contra bienes jurídicos fundamentales. Vida humana independiente y libertad. Editorial Tirant lo Blanch, Valencia, 1993.

- "Eutanasia y Derecho", Anuario de Filosofía del Derecho, 1995, pp. 83-114.

- "Eutanasia y Derecho", en Díez Ripollés/Muñoz Sánchez (coords.), El tratamiento jurídico de la eutanasia: una perspectiva comparada, pp. 508-546. Editorial Tirant lo Blanch, Valencia, 1996.

FERNÁNDEZ CAMPOS, J.A., "Leyes para una muerte digna y voluntades anticipadas", Revista Derecho y Salud, volumen 23, nº 1, enero-junio 2013, pp. 53-75. Disponible en: <http://www.ajs.es/index.php/es/index-revista-derecho-y-salud/volumen-23-numero-1-2013/leyes-una-muerte-digna-y-voluntades>

GARCÍA ARÁN, M., "Eutanasia y disponibilidad de la propia vida", en Delitos contra la vida e integridad física, en Cuadernos de Derecho Judicial, pp. 9-40. Edita el Consejo General del Poder Judicial, Madrid, 1995.

GARCÍA HERNÁNDEZ, J.R., "La eutanasia es una aberración", El Independiente, 30 de junio de 2018. Disponible en: <https://www.elindependiente.com/politica/2018/06/30/jose-ramon-garcia-hernandez-la-eutanasia-es-una-aberracion/>

GUTIÉRREZ ALONSO, E., "Consideraciones sobre la Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista, publicada en el Boletín Oficial de las Cortes Generales el día 21 de mayo de 2018", Gaceta médica de Bilbao: revista oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao, Vol. 116, Nº. 2, 2019, págs. 96-99. Disponible en: <http://www.gacetamedicabilbao.eus/index.php/gacetamedicabilbao/article/view/703>

LANDROVE DÍAZ, G., "El derecho a una muerte digna", La Ley, 1988 (separata de 20 de abril).

LÓPEZ SÁNCHEZ, C., "Testamento vital y voluntad del paciente: (conforme a la Ley 41/2002, de 14 de noviembre)", Editorial Dykinson, Madrid, 2003.

MARCOS DEL CANO, A.Mª., "La eutanasia: propuesta de regulación en España", en Y de nuevo, la eutanasia: una mirada nacional e internacional, Marcos, A. M. (Ed.) y La Torre, J. D. (Ed.), pp. 53-76. Editorial Dykinson, Madrid, 2019.

MARÍN OLALLA, F. "La eutanasia: un derecho del siglo XXI", Gaceta Sanitaria, Vol. 32. Nº. 4. páginas 381-382 (Julio - Agosto 2018) Disponible en: <https://www.gacetasanitaria.org/es-la-eutanasia-un-derecho-del-articulo-S0213911118300694>

MARTÍNEZ NAVARRO, J.A., "El derecho a la eutanasia", Revista Andaluza de Administración Pública, Nº. 102, 2018, pp. 97-133.

MERCHÁN-PRICE, J., "La eutanasia no es un acto médico", Revista Persona y Bioética, Nº. 1, vol. 12, 2008, pp. 42-52.

MUÑAGORRI LAGUÍA, I., "Eutanasia y Derecho penal", Ministerio de Justicia e Interior, Centro de publicaciones, Madrid, 1994.

MUÑOZ CONDE, F., "Derecho penal. Parte especial", 22ª edición, revisada y puesta al día conforme a las Leyes Orgánicas 1/2019 y 2/2019, con la colaboración de Carmen López Peregrín. Tirant lo Blanch, Valencia, 2019.

PAYÁN ELLACURIA, E., "Análisis jurídico-penal de la Ley Orgánica de regulación de la eutanasia: una propuesta de *lege ferenda*", e-Eguzkilore. Zientzia Kriminologikoen Aldizkari Elektronikoa, Revista electrónica de Ciencias Criminológicas, nº 5, 2020, pp.1-36. Disponible en: <https://ojs.ehu.eus/index.php/eguzkilore/article/view/21828/19648>

PÉREZ, J.M., "Eutanasia el otro gran crimen legalizado que ansían las élites", despierta info.com, de 10 de diciembre de 2020. Disponible en: <http://www.despiertainfo.com/2019/04/07/eutanasia-el-otro-gran-crimen-legalizado-que-ansian-las-elites/>

PÉREZ PÉREZ, M^aL., "La eutanasia: un debate pendiente", en Anuario del Seminario Permanente sobre derechos humanos, volumen II, pp. 71-87. Edita la Universidad de Jaén, Jaén, 1995.

ROSILLO, A., "La eutanasia y su futura regulación", Instituto de Estudios Bursátiles, 16 de octubre de 2020. Disponible en: <https://www.ieb.es/la-eutanasia-y-su-futura-regulacion/>

ROYES, A., "La eutanasia y el suicidio médicamente asistido", PSICOONCOLOGÍA. Vol. 5, Nºs. 2-3, 2008, pp. 323-337. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0808220323A/15407>

SILVA SÁNCHEZ, J.M^a., "Notas" al artículo de Arthur Kaufmann, ¿Relativización de la protección jurídica de la vida?, CPC, 1987, nº 31, pp. 451-477.

SUÁREZ LLANOS, L., "La ley de la muerte. Eutanasias, éticas y derechos", AFD, 2012 (XXVIII), pp. 323-371.

VALLE MUÑIZ, J.M., "Relevancia jurídico-penal de la eutanasia", CPC, 1989, nº 37, pp. 155-189.

- En AA.VV., Quintero Olivares (Dir.), Valle Muñiz (Coord.), Comentarios a la Parte Especial del Derecho penal, Editorial Aranzadi, Pamplona, 1996.

VERDÚ, F., "La eutanasia en España: hay que ampliar competencias profesionales", Gaceta internacional de ciencia forense, Nº 35. Abril-Junio, 2020, pp.1-2.

ZUGALDÍA ESPINAR, J.M., "Eutanasia y Homicidio a petición: situación legislativa y perspectivas político-criminales", RFDUG, 1987, nº 13, pp. 281-299.