

## **Análisis jurídico-penal de la Ley Orgánica de regulación de la eutanasia: una propuesta de *lege ferenda* \***

Ekain PAYÁN ELLACURIA

Investigador predoctoral. Departamento de Derecho Público. Universidad del País Vasco UPV/EHU. G.I. Cátedra de Derecho y Genoma Humano  
B° Sarriena s/n, 48940 Leioa, ekain.payan@ehu.eus, 946017139

**Sumario:** 1. Introducción. 2. Aspectos dogmáticos del artículo 143 del Código Penal. 2.1 Inducción al suicidio. 2.2 Cooperación necesaria al suicidio. 2.3 Cooperación ejecutiva al suicidio. 2.4 Eutanasia. 3. ¿Un cambio de tendencia a la luz de la jurisprudencia? 3.1 *Pretty v. The United Kingdom* y *Haas v. Switzerland*. 3.2 *Koch v. Germany* y *Gross v. Switzerland*. 3.3 Algunas notas a resoluciones españolas. 4. La proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia: sugerencias de enmienda. 4.1 Los cuidados paliativos como obligación jurídica exigible. 5. Consideraciones finales. 6. Bibliografía

**Resumen:** El presente artículo tiene por objeto abordar la nueva ley de eutanasia, fruto del debate que genera la previsibilidad de su próxima aprobación. Para ello, en primer lugar, se repasará la dicción todavía vigente del artículo 143 del Código Penal, trayendo a colación algunas de las sentencias más recientes y representativas del estado de la cuestión a escala internacional, y que podrían significar una nueva corriente interpretativa. Lo anterior podría traducirse en el reconocimiento de un derecho individual y subjetivo a través de la propuesta de regulación de la eutanasia, cuyos artículos más discutidos se examinarán a la vez que se delimitarán las potenciales áreas de mejora. A estos efectos, se hará especial referencia a la institución de los cuidados paliativos, así como a su cobertura plena por parte de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud para que el paciente pueda ejercitar su consentimiento informado. En suma, se analizará si el texto puede conciliar con mayor eficacia el final de la vida con el principio informador del derecho fundamental a la dignidad humana y al libre desarrollo de la personalidad o si, por el contrario, puede tener visos de inconstitucionalidad por vulnerar el derecho a la vida u otros preceptos de la *Carta Magna*.

**Abstract:** This article aims to address the new euthanasia law, as a result of the debate generated by the predictability of its forthcoming approval. For that purpose, it will first review the still current wording of article 143 of the Criminal Code, bringing up some of the most recent case of law that are representative of the state of the art at international level and that could led to a new interpretation. This could translate into the recognition of an individual and subjective right through the proposal for the regulation of euthanasia, whose most controversial articles will be examined, highlighting the potential areas to

---

\* Al autor le gustaría aprovechar esta oportunidad para agradecer el apoyo a la Convocatoria de Contratación para la Formación de Personal Investigador en la UPV/EHU (2016), promovida por el Vicerrectorado de Investigación de la UPV/EHU, en la realización de este trabajo.

enhance. To this end, special reference will be made to the institution of palliative care, as well as to its full coverage by the National Health System in order to exercise the patient's informed consent. To sum up, it will then be analysed whether the text can more effectively join the end of life with the informing principle of the fundamental right to human dignity and the free development of personality or whether, on the contrary, it may be unconstitutional because it violates the right to life or other Spanish rules.

Palabras clave: consentimiento informado, cuidados paliativos, derecho a la vida, dignidad humana, enfermedad grave, eutanasia.

Keywords: informed consent, palliative care, right to life, human dignity, serious illness, euthanasia.

## 1. Introducción

Uno de los supuestos más controvertidos en relación a los actos de disposición del propio cuerpo, junto con los delitos relativos a la prostitución y a la maternidad subrogada, es el relacionado con la eutanasia (Atienza, M., 2017: 35)<sup>1</sup>, y todo ello a pesar de los esfuerzos del legislador por optar, en la reforma de la Ley Orgánica (LO) 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal (CP), por una vía intermedia: por un lado, despenalizando, por razones de política criminal, el suicidio, o, más precisamente, la tentativa de suicidio (Sanz Mulas, N., 2012: 52); por otro, estableciendo la responsabilidad penal del autor, inductor o cooperador necesario en su ejecución (art. 28 CP); y, en tercer lugar, contemplando una atenuación de la pena en caso de concurrir una serie de circunstancias tasadas, tales como la obtención de un consentimiento con todas las garantías legales por parte de la víctima, previa comprobación de la gravedad de la enfermedad.

Y es que, ante el progresivo aumento de la esperanza de vida y el consiguiente envejecimiento de la población (Abellán García, A., Aceituno Nieto, P., Pérez Díaz, J., Ramiro Fariñas, D., Ayala García, A. y Pujol Rodríguez, R., 2019: 7), unido al meritado desvalor que conlleva atentar contra el derecho fundamental a la vida, existe una creciente preocupación social a cómo enfrentar el proceso de morir. Todo ello quedó patente con la entrada en vigor de la pionera ley de la Comunidad Autónoma de Andalucía para asegurar de manera efectiva la dignidad plena en el proceso de la muerte<sup>2</sup>, y, más

---

<sup>1</sup> No en vano, siguiendo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), todas las modalidades de suicidio en su conjunto constituyen en torno a 800.000 muertes en el mundo, representando una tasa de mortalidad del 57%, superior a la suma de la guerra y los homicidios. Disponible en: [https://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/suicide-infographic-es.pdf?ua=1](https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/suicide-infographic-es.pdf?ua=1) [Última consulta: 1 de mayo de 2020]. En el Estado español, el Observatorio del Suicidio en España cifró la estadística en 3.679 personas en 2017, casi el doble que por accidentes de circulación y 80 veces más que por violencia de género, convirtiéndose en la principal causa de muerte no natural. Disponible en: <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2017/> [Última consulta: 1 de mayo de 2020].

<sup>2</sup> Boletín Oficial del Estado Núm. 127, de 25 de mayo de 2010. Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2010/BOE-A-2010-8326-consolidado.pdf> [Última consulta: 1 de mayo de 2020]. Esta iniciativa legislativa ha sido secundada por numerosos parlamentos autonómicos, como el aragonés y el navarro (2011), el canario, el balear y el gallego (2015), el vasco (2016), el madrileño (2017), el asturiano y el valenciano (2018).

actualmente, con voces (Serrano del Rosal, R. y Heredia Cerro, A., 2018: 118)<sup>3</sup> que abogan por la despenalización de la eutanasia activa voluntaria. Lo anterior se ha traducido ya en sucesivas proposiciones de Leyes Orgánicas, la última de la cuales, de reunir las mayoría necesarias, dará lugar a una nueva regulación, tal y como ya acontece en otros países de nuestro entorno –Holanda, Bélgica y Luxemburgo, donde la eutanasia no es punible, mientras que en Suiza se ampara el suicidio asistido–.

De esta manera, este trabajo tendrá como punto de partida la regulación vigente del art. 143 del CP, cuyos elementos típicos se desarrollarán doctrinal y jurisprudencialmente. Acto seguido, se destacarán las últimas sentencias del Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH), y que, uniéndose al clamor social que han suscitado algunos casos nacionales, podrían hacer vislumbrar un nuevo horizonte normativo.

Después, se disertará sobre la nueva ley de eutanasia, haciendo hincapié en los requisitos formales que se exigen para acceder a la misma y cuestionándose si su formulación es acorde con los derechos fundamentales y libertades públicas que declara la Constitución Española (CE), o si, por el contrario, colisiona con ellos. Paralelamente, se realizará una propuesta de *lege ferenda*, en aras de reforzar la seguridad jurídica frente a situaciones dramáticas, que evite el riesgo, de un lado, de inobservar la autonomía personal con respecto al propio cuerpo y salud (Romeo Casabona, C. M., 1994: 42)<sup>4</sup>, y, de otro, de que el derecho a la vida<sup>5</sup>, como bien jurídico constitucionalmente protegido y valor superior

---

<sup>3</sup> “(...) la población española es mayoritariamente favorable a poder tomar el control de sus vidas en el proceso de morir, optando una clara mayoría de ciudadanos por la legalización de al menos alguna de las prácticas con las que tener la oportunidad de poner fin a sus vidas legalmente en situaciones controladas e irreversibles de dolor total (...) Es curiosamente la eutanasia la que encuentra más apoyos en nuestra sociedad”.

<sup>4</sup> El principio de autonomía consiste en el reconocimiento de la libre decisión individual sobre sus propios intereses siempre que no afecte a los intereses de un tercero, o en el respeto a la posibilidad de adopción por los sujetos de decisiones racionales no constreñidas.

<sup>5</sup> Así, entre otros, art. 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH, París, 1948). Disponible en: [https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR\\_Translations/spn.pdf](https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf) [Última consulta: 1 de mayo de 2020]; art. 2.1 del CEDH. Disponible en: [https://www.echr.coe.int/Documents/Convention\\_SPA.pdf](https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_SPA.pdf) [Última consulta: 1 de mayo de 2020]; art. 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP, 1966). Disponible en: <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CCPR.aspx> [Última consulta: 1 de mayo de 2020]; arts. 2.1 y 3.1 de la Carta de los derechos fundamentales de la Unión Europea (CDFUE, Niza, 2000).

del ordenamiento jurídico (Sentencias del Tribunal Constitucional, SSTC, 53/1985, de 11 de abril, 120/1990, de 27 de junio; en contra, Valle Muñiz, J. M., 1989, Calsamiglia, A., 1993: 358), pueda desnaturalizarse. Finalmente, se extraerán unas sucintas conclusiones orientadas a generar un mayor consenso.

## 2. Aspectos dogmáticos del artículo 143 del Código Penal

En primer lugar, y antes de comenzar a diseccionar el art. 143 CP, conviene realizar una aproximación al concepto, pues sobre este versará toda discusión futura. Así, y pese a que la noción sobre la eutanasia no es, en absoluto, pacífica –de hecho, consta de diversas variantes, y el CP ni siquiera menciona este término–, etimológicamente, se identifica como “buena muerte”, vocablo de origen griego que puede verse viciado por las connotaciones personales y sociales al respecto –léase la edad, el lugar o el acompañamiento por parte de familiares y seres queridos–. Es por ello que, ante esta dicotomía, y en ausencia de consenso, algunos autores recomiendan separar las cuestiones de beneficio o daño para el individuo de aquéllas que lo son para la comunidad (Wilkinson, D., Savulescu, J., 2019: 632).

En general, es admitida la coexistencia de cuatro elementos (Díez Ripollés, J. L., 1995: 83-85): el primero, “la concurrencia objetiva de una situación sanitaria especialmente desfavorable”, que, en román paladino, correspondería solo a enfermedades terminales y de pronóstico irreversible, sean estas dolorosas o no, pero de elevado sufrimiento (García-Andrade, J. A., 1995: 160); el segundo, “la resolución de un conflicto individual (...) en el que la voluntad o interés del afectado pasan a tener el papel fundamental”, es decir, que se constante la preponderancia de la decisión personalísima del enfermo, expresada por su petición o consentimiento<sup>6</sup>, frente a injerencias colectivas; el tercero, la “muerte del

---

Disponible en: [https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text\\_es.pdf](https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_es.pdf) [Última consulta: 1 de mayo de 2020]; y art. 15 de la CE (BOE Núm. 311, 1978). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229> [Última consulta: 1 de mayo de 2020].

<sup>6</sup> Aunque su uso es práctica habitual en este contexto, algunos autores muestran ciertas reservas hacia este concepto jurídico, ya que se puede ver comprometida la iniciativa individual en favor de la exteriorización

afectado”; y el cuarto, “la intervención de otra persona”, pudiendo ser esta cualquiera, de forma activa o pasiva.

Sin ánimo de exhaustividad, huelga decir que, cuando se hace alusión a la eutanasia (Romeo Casabona, C. M., 2004: 121)<sup>7</sup>, se está circunscribiendo a la eutanasia activa directa, esto es, aquella que acontece por medio de actos positivos, dirigidos a ayudar a la muerte de un tercero, y que pretenden el acortamiento efectivo de su vida; *a sensu contrario*, quedarán fuera de este estudio las modalidades de eutanasia activa indirecta – cuyo objetivo principal es aliviar el dolor, teniendo como efecto secundario el acortamiento vital; por ejemplo, a través de la administración intravenosa de morfina– y la eutanasia pasiva u omisiva –que implica la interrupción y, por ende, la omisión del tratamiento o de cualesquiera medios aptos para la prolongación de la vida humana, previa manifestación inequívoca del interesado; por ejemplo, desconectando los respiradores o ventiladores artificiales–. En otras palabras, “quedan excluidos del tipo y son por ello impunes (...), los supuestos de cooperación no necesaria, los omisivos y los activos que indirectamente pudieran producir como efecto el acortamiento de la vida o la aceleración del proceso de la muerte” (Romeo Casabona, C.M., 2004: 127). En cualquier caso, todas estas denominaciones en forma de adjetivos dispares no han hecho sino dar lugar a equívoco y confrontación entre las partes, por lo que se han diseñado conceptos integradores como “muerte asistida” (Arruego Rodríguez, G., 2019: 3).

Precisado lo anterior, el art. 143 CP<sup>8</sup> contiene diferentes modalidades punitivas en sus tres primeros párrafos, a saber, la inducción al suicidio, la cooperación necesaria al

---

de la voluntad de dos o más partes. Así, más acertadamente, MARCOS DEL CANO habla de “requerimiento”. Marcos, A. M<sup>a</sup>. y de la Torre, J. (2019): 63.

<sup>7</sup> “(...) podemos definir la eutanasia como la privación de la vida de otra persona realizada por razones humanitarias, a requerimiento del interesado, que sufre una enfermedad terminal incurable o una situación de invalidez irreversible según el estado actual de la ciencia médica y desea poner fin a sus sufrimientos”.

<sup>8</sup> “1. El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años. 2. Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona. 3. Será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte. 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

suicidio y la cooperación ejecutiva al suicidio<sup>9</sup>, estableciendo penas privativas de libertad –más específicamente, de prisión– de desigual extensión temporal. A su vez, prevé, en su último párrafo, una atenuación cualificada de la pena, atemperándola en uno o dos grados para los supuestos de los arts. 143.2 y 143.3 CP, siempre que medien los antedichos elementos: anuencia informada y *petitum* del auxiliado, así como gravedad patológica.

## 2.1 Inducción al suicidio

Por un lado, sobre la primera, del art. 143.4 se desprende la imposibilidad de aplicar atenuación alguna para la inducción, excluyendo este comportamiento al omitir su remisión en el tipo –como sí hace, por el contrario, con la cooperación del art. 143.2 y con la ejecución del art. 143.3 CP–, pudiendo explicarse en virtud del mayor reproche penal que merece crear, alterar o presionar, directa, eficaz y dolosamente (STS 384/1986, de 15 de marzo), la voluntad originaria del sujeto, estimulando un suicidio ajeno que no había sido decidido genuinamente por el inducido y que es consecuencia directa del acto positivo anterior. Empero, para el sector doctrinal dominante, la tentativa (art. 16.1 CP) no es objeto de castigo, como tampoco lo son, en lógica consonancia, los actos preparatorios de inducción (arts. 17.3 y 18.2 CP).

## 2.2 Cooperación necesaria al suicidio

Por otro, el segundo lleva necesariamente aparejada la colaboración, mediando dolo de primer grado, con actos propicios o significativos –por ejemplo, procurando los medios o facilitando consejos sobre la técnica idónea a emplear–, que culminen con la consumación del resultado por parte del interesado, y sin los que este no sería posible. De ello se deduce la existencia de dos conductas: la cooperación necesaria, accesoria; y el suicidio, principal, por lo que, de acuerdo con el principio de accesoriedad, la punibilidad

---

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”.

<sup>9</sup> La doctrina también ha denominado este tipo como homicidio-suicidio, homicidio consensual, homicidio consentido, auxilio ejecutivo al suicidio, o, finalmente, homicidio concertado con la víctima que desea morir. *Vid.* Sentencia de la Audiencia Provincial (SAP) de Madrid 81/2009, de 30 de diciembre.

del primer hecho es correlativamente dependiente del segundo (SAP de Girona, Sección 3ª, 184/2001 de 23 de marzo). Junto con lo anterior, y a diferencia del párrafo inmediatamente superior, en este caso el sujeto pasivo sí adopta su decisión voluntaria con carácter previo a la intervención del coadyuvante (STS 2031/1994, de 23 de noviembre, y SAP de Madrid 81/2009, de 30 de diciembre<sup>10</sup>). Por los mismos motivos esgrimidos en la inducción, no se sanciona la tentativa de cooperación al suicidio.

### 2.3 Cooperación ejecutiva al suicidio

Por su parte, el tercero difiere del 143.2 CP en que es el propio cooperador el que – generalmente, dados los impedimentos físicos del peticionario que le inhabilitan para poder realizarlo por sí mismo– trasgrede el grado de participación anterior, ejecutando materialmente la muerte y agravándose, así, su calificación como ejecutiva frente a la necesaria; de su mayor dominio del hecho podría devenir, precisamente, la motivación de su pena de prisión, que es la más elevada de cuantas se tipifican en este precepto, de conformidad con el principio de proporcionalidad. Al ser un delito de resultado material, caben las formas imperfectas de ejecución, tanto en grado de tentativa acabada como inacabada. Por lo demás, regirán las mismas características que para los anteriores, en cuanto a la exigencia de dolo directo con respecto al sujeto activo y consciencia, consentimiento y voluntariedad de la víctima.

### 2.4 Eutanasia

Por último, el cuarto es el relativo al tipo privilegiado, que se refiere, exclusivamente, a los hechos típicos de los arts. 143.2 y 143.3 CP, si bien para su aplicación deben converger *ex ante* los siguientes requisitos: el primero, la previa e indispensable solicitud del

---

<sup>10</sup> Según esta última sentencia: “(...) el caso del mero auxiliador, necesario (...), requieren que la conducta del sujeto activo sea de colaboración prestada a la muerte, en relación de causalidad con su producción y con pleno conocimiento y voluntad de cooperar a la misma, de tal modo que sea el propio suicida el que tenga, en todo momento, el dominio del hecho, o sea, el sujeto activo no haga otra cosa que cumplir la voluntad libre y espontáneamente conformada y expresamente formulada por quien en todo momento decide su finalización o desiste”.



paciente, por lo que no bastaría con su mera aquiescencia. Además, debe colegirse que un acto que no responda a una petición expresa, firme e indubitada no puede calificarse como eutanásico, a la vez que el consentimiento informado<sup>11</sup>, manifestado de forma libre, voluntaria y consciente por persona capaz, es consustancial al tipo (Sentencias del Tribunal Supremo, SSTS, de 15 de diciembre de 1977 y 17/1994, de 23 de noviembre de 1994); sin esta doble red de seguridad, será atípico y se estará ante otros delitos regulados en el Título Primero del Libro Segundo del CP, como pueden ser el homicidio doloso (art. 138.1 CP), asesinato (arts. 139, 140 y 141 CP) u homicidio imprudente (art. 142 CP). El segundo está directamente relacionado con una enfermedad terminal que tendrá como desenlace una muerte inminente<sup>12</sup> o, alternativamente, con graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, que la Medicina no puede sanar y que son, por tanto, incurables. A pesar de lo subjetivo de la soportabilidad, quedaría excluida, *a priori*, su aplicación en enfermedades crónicas y psíquicas (Romeo Casabona, C. M., 2004: 129). Adicionalmente, y aunque el tipo penal no hace referencia ni exige una determinada intencionalidad del sujeto activo, una parte de la doctrina ha venido intuyendo que en su actuación subyace una suerte de compasión, que la hace acreedora de un efecto atenuatorio (Díaz y García Conlledo M., Barber Burusco, S., 2012: 142).

En este escenario, al autor le será de aplicación la pena inferior hasta en dos grados –o, lo que es lo mismo, una pena de prisión de un año a dos años menos un día, o de seis meses a un año menos un día, en el 143.2; y de tres años a seis años menos un día, o de un año y seis meses a tres años menos un día, en el 143.3, respectivamente–. La doctrina

---

<sup>11</sup> *Vid.* art. 5 del Instrumento de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997 (Convenio de Oviedo). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1999-20638> [Última consulta: 1 de mayo de 2020]. Asimismo, arts. 2, 3 y 8 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de obligaciones en materia de información y documentación clínica (LAP). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188> [Última consulta: 1 de mayo de 2020]. Además, STS de 12 de enero de 2001, FJ 1º: “El consentimiento informado constituye un derecho humano fundamental, precisamente una de las últimas aportaciones realizada en la teoría de los derechos humanos, consecuencia necesaria o explicación de los clásicos derechos a la vida, a la integridad física y a la libertad de conciencia. Derecho a la libertad personal, a decidir por sí mismo en lo atinente a la propia persona y a la propia vida y consecuencia de la autodisposición sobre el propio cuerpo”.

<sup>12</sup> El plazo suele fijarse en torno a los seis meses, lapso que no suele superarse en el caso, por ejemplo, de un cáncer en estadio avanzado. Marcos, A. M<sup>a</sup>. y de la Torre, J. (2019): 63.

mayoritaria (Barquín Sanz, J., 2001: 188) encuentra su naturaleza jurídica en una causa de justificación incompleta en relación con el estado de necesidad (art. 20.5 CP) y el cumplimiento de un deber o ejercicio legítimo (art. 20.7 CP), aunque para ROMEO CASABONA estos aspectos ya tienen incidencia en la reducción penológica, por lo que no habría lugar a conflicto de deberes, ni objetiva ni subjetivamente, de conformidad con la antijuridicidad de la eutanasia (Romeo Casabona, C.M., 2004: 126). No obstante, el grueso de estos marcos penales resultantes, al poder individualizarse judicialmente en penas inferiores a los dos años de prisión, –siempre que el reo hubiere delinquido por primera vez y satisfecho, en su caso, la responsabilidad civil–, permiten “(...) bajo ciertos presupuestos (...) al Juez adaptar la sanción a la situación concreta, pudiendo prescindir incluso de la pena privativa de libertad y acudir a los sustitutivos penales que prevé el CP” (Romeo Casabona, C. M., 2004: 124). Y todo ello sin perjuicio de la aplicación de cualesquiera otras circunstancias atenuantes a las que pudiere haber lugar –eximente completa del art. 20 CP, eximente incompleta del art. 21.1 CP en relación al art. 20 CP, atenuantes ordinarias del art. 21 CP, atenuante analógica del art. 21.7 CP o mixta de parentesco del art. 23 CP–. Este es uno de los argumentos que sostienen aquéllos que niegan la imperiosa necesidad de despenalizar la eutanasia, ya que, efectivamente, denota que la redacción del art. 143.4 no implica *per se* una pena de prisión. Para otros, en atención a la ponderación de intereses, puede, incluso, haber lugar a una causa de justificación siempre que se cuente con el favor social en determinados supuestos (Mendes de Carvalho, G., 2009: 75, 314-319)<sup>13</sup>. Aunque es de dominio público el riesgo de legislar sometiéndose por entero a la humana consternación que provocan casos extremos en la sociedad (Albert, M., 2019: 19)<sup>14</sup>, las iniciativas ciudadanas invitan,

---

<sup>13</sup> “La justificación solo ocurriría cuando, ante el conflicto de intereses entre la vida del sujeto protegido, por un lado, y los motivos que le impulsan a solicitar la propia muerte, por otro, la sociedad estimara más razonable atender a su petición que obligarle a seguir viviendo”. “(...) siempre que los motivos que el sujeto alega para solicitar la propia muerte fuesen no sólo una auténtica expresión de su voluntad individual, sino que además la sociedad estimara que éstas son razones suficientes para que pueda contar con la colaboración de un tercero para lograr su objetivo, ni los fundamentos paternalistas, ni los argumentos político-criminales de la prohibición de la participación en el suicidio y del homicidio a petición podrían justificar la incriminación de estos últimos en el Código penal”.

<sup>14</sup> “El problema comienza cuando nos planteamos legislar el final de la vida pensando en ellos. Las leyes no se han de redactar ni en situación de conmoción emocional ni, menos aún, persiguiendo soluciones para problemas que no sean los que atañen más urgentemente a la generalidad de sus hipotéticos destinatarios”.

cuanto menos, a revisar pausadamente si es necesario dotar de un nuevo encaje legal a esta problemática, sobre lo que ya han tenido ocasión de pronunciarse algunos órganos jurisdiccionales.

### 3. ¿Un cambio de tendencia a la luz de la jurisprudencia?

Las reivindicaciones sobre un eventual derecho a la disponibilidad de la vida propia han tenido una acogida dispar en función de la legislación de cada país. Así, Colombia fue el primero en reconocer el derecho fundamental a una muerte digna (Sentencias C-239/97, de 20 de mayo<sup>15</sup>, y T-970/14, de 15 de diciembre<sup>16</sup>, de la Corte Constitucional colombiana, entre otras), mientras que Canadá, tras interpretar en un primer momento que la prohibición de ayuda al suicidio era compatible con la Carta Canadiense de los Derechos y Libertades (Sue Rodriguez v. The Attorney General of Canada and the Attorney General of British Columbia, 30 de septiembre de 1993<sup>17</sup>), decretó posteriormente su inconstitucionalidad (Carter v. The Attorney General of Canada, 6 de febrero de 2015<sup>18</sup>). Este fallo tuvo su réplica en Italia (Ordinanza 207/2018, del 16 noviembre, de la Corte Costituzionale<sup>19</sup>), cuyo CP se expresa en línea similar al español: el enfermo, de acuerdo con la autonomía que le otorga su consentimiento, puede renunciar a la continuidad del tratamiento o soporte vital, solicitando la interrupción o retirada del mismo, pero no puede ser auxiliado por un tercero para que le provoque la muerte. Sin embargo, y de forma análoga a Canadá, el TC italiano concluyó que contemplar la primera y rechazar de plano la segunda sería incoherente con el derecho a la vida, llevando aparejado, además, un proceso más lento y la admisibilidad de un mayor sufrimiento. Se limitaría, pues, a su juicio, la libertad de autodeterminación del paciente,

---

<sup>15</sup> Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1997/c-239-97.htm> [Última consulta: 1 de mayo de 2020].

<sup>16</sup> Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/t-970-14.htm> [Última consulta: 1 de mayo de 2020].

<sup>17</sup> Disponible en: <https://scc-csc.lexum.com/scc-csc/scc-csc/en/item/1054/index.do> [Última consulta: 1 de mayo de 2020].

<sup>18</sup> Disponible en: <https://scc-csc.lexum.com/scc-csc/scc-csc/en/item/14637/index.do> [Última consulta: 1 de mayo de 2020].

<sup>19</sup> También conocido como “caso Cappato”. Disponible en: <http://www.giurcost.org/decisioni/2018/0207o-18.html> [Última consulta: 1 de mayo de 2020].

así como los principios de dignidad, igualdad y razonabilidad, lo que llevaría a la inconstitucionalidad del art. 580 CP, para lo que ha exhortado al legislador a implementar las medidas pertinentes.

A efectos de este estudio, son de aún mayor relevancia los dictámenes del TEDH por su carácter vinculante, dado que, en lógica secuencia, pueden modificar la jurisprudencia española sobre la materia (Tomás-Valiente Lanuza, 2005: 25)<sup>20</sup>.

### 3.1 Pretty v. The United Kingdom y Haas v. Switzerland

En *Pretty v. The United Kingdom* (2346/02, 29 April<sup>21</sup>) la demandante, enferma terminal de Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA), anhelaba terminar con su vida, pero, ante la imposibilidad física de ejecutar el suicidio y la prohibición legal de obtener asistencia externa, acudió al TEDH, que consideró que el art. 2.1 del CEDH compelmía a los Estados miembros del Consejo de Europa a la protección del derecho a la vida. Consecuentemente, este mandato impedía acceder a su pretensión, no habiéndose observado la violación del art. 8 del CEDH, que preserva el derecho al respeto a la vida privada. En *Haas v. Switzerland* (31322/07, January 20, 2011<sup>22</sup>) el recurrente, que presentaba un cuadro de trastorno bipolar grave desde hacia más de veinte años, instó su derecho a la prescripción de una sustancia letal con base al art. 8 CEDH, a lo que el TEDH se opuso subrayando el requisito previo de someterse a un examen pericial psiquiátrico que corroborara el sentido de su voluntad.

---

<sup>20</sup> “Ha de tenerse en cuenta que las decisiones de ciertos tribunales instituidos por Convenios o Tratados ratificados por España revisten carácter vinculante y podrían, en su caso, terminar influyendo decisivamente en las iniciativas de nuestro legislador al respecto. Así sucede, por ejemplo, con el Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH), encargado de velar por el cumplimiento del Convenio Europeo de Derechos Humanos de 1950 (CEDH)”.

<sup>21</sup> Disponible en: <https://hudoc.echr.coe.int/fre#%7B%22display%22:%5B%22%22%5D,%22languageisocode%22:%5B%22ENG%22%5D,%22appno%22:%5B%222346/02%22%5D,%22itemid%22:%5B%22001-60448%22%5D%7D> [Última consulta: 1 de mayo de 2020].

<sup>22</sup> Disponible en: <https://hudoc.echr.coe.int/fre#%7B%22languageisocode%22:%5B%22ENG%22%5D,%22appno%22:%5B%2231322/07%22%5D,%22documentcollectionid%22:%5B%22CHAMBER%22%5D,%22itemid%22:%5B%22001-102940%22%5D%7D> [Última consulta: 1 de mayo de 2020].

### 3.2 Koch v. Germany y Gross v. Switzerland

No obstante, en Koch v. Germany (497/09, July 19, 2012<sup>23</sup>) se produjo un sutil viraje en la posición del TEDH. En este caso, y tras la infructuosa petición de la esposa del actor, afectada de tetraplejía, para la obtención de una dosis letal, ambos acudieron a Suiza, donde se le práctico el suicidio asistido, legal para casos altruistas en aquel país. El demandante prosiguió con la causa, alegando la infracción del art. 8 del CEDH, lo que el TEDH, tras examinar la incidencia y participación del sujeto, estimó parcialmente. Y es que, al no haberse analizado el fondo del asunto, se habían incumplido ciertas garantías procesales, pero no así materiales, que eran competencia de la jurisdicción alemana. Más contundente fue en Gross v. Switzerland (67810/10, 14 May 2013<sup>24</sup>), donde el TEDH reconoció el derecho de una solicitante de edad avanzada a morir, incluso, con independencia de su condición clínica, entendiéndose por mayoría que la falta de seguridad jurídica de la ley helvética sobre el suministro vulneraba el art. 8 del CEDH. Aunque esta sentencia fue revisada y anulada por la Gran Sala el 30 de septiembre de 2014 por un defecto de forma –toda vez que el deceso de la peticionaria se produjo en noviembre de 2011, por lo tanto, con anterioridad a la fecha de la resolución originaria, lo que no fue comunicado– y a que, con frecuencia, el TEDH hace valer el margen de apreciación de cada Estado miembro ante la falta de consenso, esta evidenció una expansión del derecho al respeto a la vida privada, hasta el punto de que “(...) es perceptible cierta predilección del Tribunal por un futuro escenario de regulación de la muerte asistida” (Arruego Rodríguez, G., 2019: 133), lo que podría introducir el derecho a poner fin a la vida propia en concordancia con criterios de dignidad (Moreno Botella, G., 2019: 578<sup>25</sup>).

<sup>23</sup>

Disponible

en:

<https://hudoc.echr.coe.int/fre#%7B%22display%22:%5B%22%22%2C%22languageisocode%22:%5B%22ENG%22%2C%22appno%22:%5B%22497%2F09%22%2C%221832%2F07%22%2C%2248335%2F99%22%2C%22itemid%22:%5B%22001-112282%22%5D%7D> [Última consulta: 1 de mayo de 2020].

<sup>24</sup> Disponible en: <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22itemid%22:%5B%22001-119703%22%5D%7D> [Última consulta: 1 de mayo de 2020].

<sup>25</sup> “En este sentido, vaya por delante la afirmación general de que la jurisprudencia del TEDH aunque parte de la supremacía del derecho a la vida por encima de todos los demás, poco a poco ha ido incorporando el llamado derecho a una muerte digna como un aspecto más del derecho al respeto a la vida privada y familiar del artículo 8 del CEDH”.

### 3.3 Algunas notas a resoluciones españolas

A nivel nacional, pese a algunos casos desgarradores, la casuística no ha sido prolija. Uno de los supuestos más paradigmáticos fue, sin duda, el de Ramón Sampedro, tetrapléjico durante más de treinta años a causa de un accidente, que le llevó a litigar ante diversas instancias judiciales, recurriendo en amparo ante el TC, con el ruego de que un tercero le asistiera en la práctica de la eutanasia. Empero, al haberse producido su defunción antes de que se dictara sentencia, el tribunal declaró extinto su derecho y procedió al archivo de las actuaciones<sup>26</sup>, inadmitiéndose también por el TEDH la legitimación de su heredera para continuar con el procedimiento<sup>27</sup>. La imposibilidad para ejercer la sucesión procesal no aconteció en los casos Carter y Koch referidos anteriormente –en los que se autorizó la intervención en la causa de los hijos y del marido de las demandantes, respectivamente–, lo que, nuevamente, refleja una notable variación.

En cuanto a la fundamentación jurídica, resulta de especial interés, por lo que aquí interesa, la SAP de Zaragoza 85/2016, de 19 de abril<sup>28</sup>. En el supuesto enjuiciado, uno de los hijos, mayor de edad, cooperó ejecutivamente en el suicidio de su madre, a quien esta última había pedido ayuda en la consumación del resultado para el caso en el que no pudiera llevarlo a término por sí misma, tal y como quedó refutado documentalmente con su nota de despedida. Se cumplía, así, con el primero de los dos requisitos del art. 143.4, pero no el segundo, pues la gravedad de la enfermedad y los padecimientos de la víctima no se estimaron de entidad suficiente<sup>29</sup>, por todo lo cual la Audiencia tipificó lo acaecido

---

<sup>26</sup> Auto del Tribunal Constitucional (ATC) 242/1998, de 11 de noviembre. Disponible en: <http://hj.tribunalconstitucional.es/es-ES/Resolucion/Show/17864> [Última consulta: 1 de mayo de 2020].

<sup>27</sup> Sanles Sanles v. Spain, 26 October, 2000. Disponible en: <https://hudoc.echr.coe.int/fre#%7B%22languageisocode%22%3A%22ENG%22%2C%22appno%22%3A%2248335/99%22%2C%22documentcollectionid%22%3A%22ADMISSIBILITY%22%2C%22itemid%22%3A%22001-22151%22%7D> [Última consulta: 1 de mayo de 2020].

<sup>28</sup> Disponible en: <http://www.poderjudicial.es/search/contenidos.action?action=contentpdf&database=AN&reference=7664326&links=suicidio%20%2285%2F2016%20%22&optimize=20160509&publicinterface=true> [Última consulta: 1 de mayo de 2020].

<sup>29</sup> FJ 2º: “(...) como han declarado los Médicos Forenses con toda contundencia, las úlceras padecidas por (...) eran tratables médicamente para llevarlas a una clara mejoría, pues tenían la apariencia de ser fruto de

conforme al art. 143.3 CP. No obstante lo anterior, y junto con la aplicación muy cualificada del art. 21.4 CP, debe destacarse el razonamiento para la aplicación en forma de atenuante del art. 23 CP, ya que reconoce y extiende al ámbito del auxilio al suicidio la existencia de un móvil piadoso<sup>30</sup>, que *debe* tenerse en consideración para la aminoración de la pena. Así, conforme a las reglas del art. 66.1.2 CP, se procedió a la rebaja de la pena del art. 143.3 en dos grados, fijándose en dos años de prisión. En otras ocasiones, la prueba de la solidaridad no resulta tan sencilla, y, en puridad, puede ocultar homicidios o asesinatos (Marcos, A. M<sup>a</sup>., 1993: 55).

Más recientemente, un caso mediático que ha conmocionado a la opinión pública ha sido el de A. H. y M. J. C., aquejada durante más de 30 años de esclerosis múltiple, y a quien su marido indiciariamente facilitó el preparado que ella misma acabaría ingiriendo por vía oral, acabando con su vida. Antes de ello, la sujeto pasivo dejó una grabación en la que declaraba que esta era su voluntad, lo que, unido a sus graves padecimientos, podría incardinarse *prima facie* en el art. 143.4 en relación con el art. 143.2 CP<sup>31</sup>.

---

una diabetes, y los dolores de espalda no consta que fueran insufribles y también eran tributarios de un tratamiento paliativo. Además, (...), era capaz de llevar una vida normal en su domicilio haciendo las labores de una ama de casa, lo que viene a ser incompatible objetivamente con ese estado exigido por el artículo 143.4, que no es de aplicación”.

<sup>30</sup> FJ 3º: “A juicio del Tribunal nos hallamos ante la figura llamada por las citadas sentencias y otras resoluciones del Tribunal Supremo como *pietatis causa*, pues es precisamente el sentimiento de cariño y respeto a la persona unida por la relación parental, y no el desprecio hacia ella, lo que llevó al procesado a causar la muerte de su madre, muerte encaminada a cumplir la voluntad de aquella para acabar con su sufrimiento y ejecutada casi como un acto de amor”.

<sup>31</sup> Por el momento, debe puntualizarse que la Sección vigesimoséptima de la Audiencia Provincial de Madrid ha resuelto la cuestión de competencia existente entre el Juzgado de Instrucción Núm. 25 de Madrid y el Juzgado de Violencia sobre la Mujer, ante la inhibición del primero y el rechazo del segundo, dictando en auto la competencia de este último. Motiva su decisión en la fase embrionaria de la investigación, que ha imposibilitado la práctica probatoria, por lo que, en recta aplicación del art. 87 ter de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, así como de la STS 677/2018, de 20 de diciembre, reproducida en la STS 99/2019, de 26 de febrero, todo acto de violencia ejercido por el hombre sobre la mujer con ocasión de una relación afectiva de pareja constituye un acto de poder y superioridad. A ello se han opuesto tanto la Fiscalía como la propia defensa, quien ya ha anunciado un recurso extraordinario de casación ante el TS, por entender que, más bien al contrario, no subyace situación de abuso, desigualdad, discriminación o dominación alguna, por lo que su sustanciación a través de los Juzgados de Violencia contra la Mujer sería contraria a los principios inspiradores del Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica (Convenio de Estambul) y conllevaría un doble estigma tanto para las víctimas de violencia de género como para el sujeto activo.

#### 4. La proposición de la Ley Orgánica de regulación de la eutanasia: sugerencias de enmienda

El legislador ha sido sensible a casos como el expuesto, lo que le ha llevado a promover diversas propuestas sobre la eutanasia<sup>32</sup> en las dos últimas legislaturas parlamentarias, que, aunque sin éxito, han denotado que las aristas jurídicas para su aprobación son múltiples y de ingente dificultad. Sea como fuere, y cuando acaban de registrarse leyes integrales sobre cuidados paliativos como alternativa, la última proposición<sup>33</sup> se encuentra ya en fase de enmiendas, por lo que a continuación me referiré a los puntos nucleares de la misma, intercalando algunas consideraciones que pudieran ser merecedoras de reflexión.

Empezando por la Exposición de Motivos (EM), se identifican los diferentes derechos enfrentados. En términos generales, los partidarios de su despenalización han apelado a la dignidad humana (Kant, I., 1785)<sup>34</sup> y a la integridad física y moral que prohíbe ser

---

<sup>32</sup> En este sentido, las presentadas por el Grupo Parlamentario Ciudadanos (proposición de Ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida, de 16 de diciembre de 2016). Disponible en: [http://www.congreso.es/public\\_oficiales/L12/CONG/BOCG/B/BOCG-12-B-66-1.PDF](http://www.congreso.es/public_oficiales/L12/CONG/BOCG/B/BOCG-12-B-66-1.PDF) [Última consulta: 1 de mayo de 2020]; Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea (Proposición de Ley Orgánica sobre la eutanasia, de 30 de enero de 2017). Disponible en: [http://www.congreso.es/public\\_oficiales/L12/CONG/BOCG/B/BOCG-12-B-77-1.PDF](http://www.congreso.es/public_oficiales/L12/CONG/BOCG/B/BOCG-12-B-77-1.PDF) [Última consulta: 1 de mayo de 2020]; Grupo Parlamentario Socialista (Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia, de 21 de mayo de 2018). Disponible en: [http://www.congreso.es/public\\_oficiales/L12/CONG/BOCG/B/BOCG-12-B-270-1.PDF](http://www.congreso.es/public_oficiales/L12/CONG/BOCG/B/BOCG-12-B-270-1.PDF) [Última consulta: 1 de mayo de 2020]; y Grupo Parlamentario Confederal de Unidas Podemos-En Comú Podem-Galicia en Común (Proposición de Ley Orgánica sobre la eutanasia, de 22 de julio de 2019). Disponible en: [http://www.congreso.es/public\\_oficiales/L13/CONG/BOCG/B/BOCG-13-B-62-1.PDF](http://www.congreso.es/public_oficiales/L13/CONG/BOCG/B/BOCG-13-B-62-1.PDF) [Última consulta: 1 de mayo de 2020].

<sup>33</sup> Boletín Oficial de las Cortes Generales, Congreso de los Diputados, XIV Legislatura, Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia, presentada por el Grupo Parlamentario Socialista, de 31 de enero de 2020. Disponible en: [http://www.congreso.es/public\\_oficiales/L14/CONG/BOCG/B/BOCG-14-B-46-1.PDF](http://www.congreso.es/public_oficiales/L14/CONG/BOCG/B/BOCG-14-B-46-1.PDF) [Última consulta: 1 de mayo de 2020].

<sup>34</sup> Si bien no existe una definición uniforme, podría convenirse en que, siguiendo la acepción kantiana, la dignidad impide que las personas físicas sean consideradas como un medio, sino como un fin en sí mismas. Las alusiones a este término son reiteradas tanto en las declaraciones internacionales como en la CE; *vid.* preámbulo y arts. 1 y 6 de la DUDH; preámbulo del PIDCP y Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Disponible en: <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx> [Última consulta: 1 de mayo de 2020]; art. 10.1 CE; preámbulo y art. 1 del Convenio de Oviedo; arts. 1, 2 y 6 de la Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, 1997). Disponible en: [http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL\\_ID=13177&URL\\_DO=DO\\_TOPIC&URL\\_SECTION=201.html](http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=13177&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html)



sometido a tratos inhumanos y degradantes (art. 15 CE). Sin embargo, el derecho a la dignidad puede ser igualmente invocado por quienes defienden posiciones antagónicas (de Miguel Beriain, I., 2004: 188), lo que sucede tanto por quienes propugnan la posición central de la dignidad en la interpretación de los derechos fundamentales, entre ellos, el derecho a la vida (Casado, M., 2008: 118)<sup>35</sup> como por quienes se oponen a la eutanasia por ser contraria a los elementos inherentes a la dignidad (Zurriarán, R. G., 2017: 88)<sup>36</sup>. Sus detractores, además, y junto con la defensa del derecho a la vida, han advertido sobre el riesgo de que una nueva regulación de la eutanasia conduzca irremediablemente a una pendiente resbaladiza (Zurriarán, R. G., 2019: 30-31). En la EM se reconocen las tensiones entre ambas corrientes, pero se muestra que “(...) hacer compatibles estos derechos y principios constitucionales es necesario y posible, (...)”, de forma y manera que, si una persona física se encontrare en plena capacidad de obrar y así lo manifestare voluntariamente, “el bien de la vida puede decaer (...), toda vez que no existe un deber constitucional de imponer o tutelar la vida a toda costa y en contra de la voluntad del titular del derecho a la vida”. Parece inclinarse, pues, por flexibilizar el *derecho a la vida*, dotando de primacía a la autonomía de la voluntad en caso de colisión y convirtiéndolo, más bien, en un *derecho a vivir* dignamente (Chueca Rodríguez, R., 2009: 112).

Para ello, y además de aducir las razones sociales que, refieren los proponentes, la convierten en ineludible, justifican la necesidad de establecer un régimen legal para proceder a la despenalización de prácticas eutanásicas en base a la STEDH del caso Groos vs. Suiza. En esta dirección, “la ley distingue entre dos conductas eutanásicas diferentes,

---

[Última consulta: 1 de mayo de 2020]; preámbulo y art. 1.a) de la Declaración Internacional sobre Datos Genéticos Humanos de la UNESCO (2003). Disponible en: [http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL\\_ID=17720&URL\\_DO=DO\\_TOPIC&URL\\_SECTION=201.html](http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=17720&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html) [Última consulta: 1 de mayo de 2020]; y preámbulo, arts. 2.c), d), 3, 11, 12 y 28 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO (2005). Disponible en: [http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL\\_ID=31058&URL\\_DO=DO\\_TOPIC&URL\\_SECTION=201.html](http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html) [Última consulta: 1 de mayo de 2020].

<sup>35</sup> “El concepto de dignidad de la persona es básico en la interpretación y en la determinación del alcance de los derechos fundamentales reconocidos en el título primero de la Constitución y parece difícil imponer una concepción del derecho a la vida tal que resulte incompatible con la misma dignidad humana”.

<sup>36</sup> “Lo que se puede afirmar es que estar a favor de la eutanasia va en contra de la dignidad humana. ¿Por qué se afirma esto? Cuando se solicita la eutanasia, ¿acaso se está pensando en la dignidad del otro (sea o no un profesional sanitario)? En caso de que esa ayuda se solicite a un médico se dinamitaría la base de la confianza en el cuidado de su paciente”.

la eutanasia activa y aquella en la que es el propio paciente la persona que termina con su vida, para lo que precisa de la colaboración de un profesional sanitario (...).” Nótese que el CP diferencia entre el tipo propiamente eutanásico del art. 143.4 y la cooperación necesaria del art. 143.2, en la que es el propio enfermo el que, con la ayuda de un tercero –aquí, se matiza, un profesional sanitario– consume el resultado, lo que no es baladí. En su lugar, el legislador yerra al equiparar ambos comportamientos, subsumiéndolos dentro de la “prestación de ayuda para morir”. De hecho, en su art. 3.g.i) hace referencia a la primera de las modalidades, “La administración directa al o la paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario competente”, mientras que en el art. 11.2<sup>37</sup> vincula este mismo supuesto del art. 3.g.i) con la asistencia al paciente hasta el momento de su fallecimiento. Por consiguiente, incurre en contradicción al emplear, indistintamente, la práctica de la eutanasia y el suicidio asistido, lo que no solo resulta incompatible con el principio de seguridad jurídica que proclama el art. 9.3 de la CE, sino que evidencia el riesgo de desdibujar la identificación del sujeto activo que, en el primer caso, es una tercera persona –a los efectos de esta ley, el médico o médica responsable–, y en el segundo el propio afectado (Royes, A., 2008: 324-325). Y es que, a pesar de que la aspiración sea despenalizar ambas conductas, no debe ignorarse que el grado de ejecución tiene incidencia no solo para la imposición de una u otra pena, sino también para dirimir las eventuales responsabilidades futuras que pudieran suscitarse. En su defecto, sería más apropiado un tenor literal similar al siguiente: “En los casos en los que la prestación de ayuda a morir lo sea conforme a la forma descrita en su artículo 3.g.i) el médico o médica responsable administrará directamente al paciente la sustancia que causará su muerte”. Esta redacción, además de ser coherente con el art. 3.g.i), delimita un único sujeto activo, excluyendo a los profesionales sanitarios que no ostenten habilitación o competencia para acometer su materialización. Así se constata en la Disposición final primera, por la que

---

<sup>37</sup> “En los casos en los que la prestación de ayuda para morir lo sea conforme a la forma descrita en su artículo 3.g.i) el médico o médica responsable, así como el resto de profesionales sanitarios, asistirán al paciente hasta el momento de su muerte”.

se modifica el apartado 4 del art. 143 del CP<sup>38</sup>, donde únicamente se despenaliza la conducta del “médico o médica”.

En todo caso, parece claro que esta prestación *solo* tendrá lugar en el marco de un proceso medicalizado, de cobertura pública estatal por el Sistema Nacional de Salud (SNS): “La prestación de ayuda para morir estará incluida en la Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y será de financiación pública” (art. 13.1). Ello resulta razonable, pues, de un lado, solo con su inclusión en los servicios generales del SNS puede ponerse al alcance de toda persona que se encuentre en condición de solicitarla. De otro, si la finalidad es evitar o, cuanto menos, mitigar toda ausencia de dolor o sufrimiento en el paciente, conforme a su dignidad, son los profesionales sanitarios quienes poseen tanto el conocimiento y experiencia como los medios materiales adecuados. Junto con lo anterior, se previenen los efectos psicológicos adversos que pudieran presentar terceras personas, a las que, en no pocas ocasiones, les une una relación de estrecha afectividad con el finado. No obstante, la exención de responsabilidad penal al médico o médica implica, *de facto*, derogar la atenuación en hasta dos grados del art. 143.4 al resto de sujetos que hubieren cooperado –póngase por caso al citado A.H.– o ejecutado el resultado, llevando en estos casos a la aplicación de las penas únicas vigentes en los arts. 143.2 (de dos a cinco años de prisión) y 143.3 (de seis a diez años de prisión), y que constituirían, más bien al contrario, una *repenalización* (De la Mata Barranco, N. J., 2020). Esta nueva tipificación, unida a la objeción de conciencia –que la ley preserva en su art. 16, contemplando la creación de un registro *ad hoc*– a la que pudiera acogerse un número más o menos determinado de facultativos, puede llegar a comprometer que se garantice, en tiempo y forma, dicha prestación. Por tanto, y pese a que, efectivamente, la alternativa médica debe ser la primera opción, no sería desdeñable la extensión de esta exención si *realmente* se quiere despenalizar la eutanasia<sup>39</sup>, o, al menos, el mantenimiento

---

<sup>38</sup> “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”.

<sup>39</sup> Así parece confirmarlo el último párrafo de la EM: “(...) se procede, en consecuencia con el nuevo ordenamiento legal introducido por la presente ley, a la modificación de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de

del tipo privilegiado con carácter extraordinario para aquellas personas que, requeridas por un enfermo terminal, y contando siempre con su consentimiento informado, ante la imposibilidad manifiesta de que un médico o médica responsable lleve a término la ayuda para morir en un plazo acotado y acorde al estadio de su patología, puedan prestar esta asistencia en los términos sanitarios que se articulen al efecto.

Para continuar, en el art. 3 se recogen las definiciones de los conceptos más recurrentes del articulado. Entre ellas, aparecen dos absolutamente trascendentales, por cuanto la concurrencia de, al menos, una será *conditio sine qua non* para acceder a la prestación de ayuda a morir del art. 5.1: “enfermedad grave, crónica e invalidante”<sup>40</sup> y “enfermedad grave e incurable”<sup>41</sup>. Como puede apreciarse, el legislador amplía ahora el ámbito de aplicación de las enfermedades, posibilitando que estas sean terminales o crónicas, no estando la muerte cercana en estas últimas. Además del sufrimiento físico, abarcaría el psíquico, que, al pertenecer a la esfera de la salud mental, resulta más subjetivo y difícil de objetivar. De este modo...¿podrían los trastornos de ansiedad u otros trastornos del estado de ánimo como la depresión, tan habituales en sociedades con un ritmo de vida frenético y valores cada vez más individualistas, ser objeto del tipo? A más a más, algunos de los términos esgrimidos no son todo lo precisos que cabría esperar; así, por ejemplo, “persistir en el tiempo” o “pronóstico de vida limitado”. En los casos aludidos, bastaría con especificar, atendiendo a estándares médicos, cuál es, siquiera orientativamente, el plazo máximo que cabe esperar para observar la curación o mejoría significativa en un paciente, o en cuántas semanas o meses se cifra el pronóstico de vida para que este se entienda limitado. Y es que sería aconsejable, en beneficio de la certidumbre –no solo jurídica, sino particularmente médica, por cuanto se dirá– obrar con minuciosidad,

---

noviembre, del Código Penal, con el objeto de despenalizar todas aquellas conductas eutanásicas en los supuestos y condiciones establecidos por la presente ley”.

<sup>40</sup> “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 vaya a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable”.

<sup>41</sup> “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 un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable y en la que existe un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva”.

evitando dar lugar a peticiones o interpretaciones que, valiéndose de la inespecificidad de la norma, puedan llevar a situaciones *a posteriori* no deseadas, máxime teniendo en cuenta la irreversibilidad de la decisión.

Prosiguiendo con el apartado terminológico, y cotejándolo tanto con las propuestas estatales precedentes como con las leyes autonómicas en vigor, en esta ocasión se ha prescindido de algunas figuras propias al control y reducción del dolor: “calidad de vida”, “limitación del esfuerzo terapéutico”, “obstinación terapéutica”, “sedación en fase de agonía” y “cuidados paliativos”. Asimismo, se obvia otro concepto que podría motivar la decisión o formar parte del Documento de Voluntades Anticipadas (DVA), en caso de que se hubiera otorgado. Tal es el caso de los “valores vitales” construidos por las convicciones o creencias de índole personal, moral o religiosa, y que podrían tener algún tipo de efecto en el acompañamiento que se le prestara en este proceso<sup>42</sup>.

En cuanto a los derechos de las personas a solicitar la prestación de ayuda para morir, y junto con la disyuntiva de padecer una u otra enfermedad del art. 5.1.d), en el art. 5.1.a) se establece que el sujeto pasivo debe tener la nacionalidad española o residencia legal en España, ser mayor de edad –*a sensu contrario*, se excluye la minoría de edad, regulada, en diferentes intervalos de edad, en Holanda, Bélgica o Colombia<sup>43</sup>– y con capacidad de

---

<sup>42</sup> En este sentido, y a pesar de que el contexto es, por su excepcionalidad, evidentemente otro, la “Declaración del Comité de Bioética de España sobre el derecho y deber de facilitar el acompañamiento y la asistencia espiritual a los pacientes con COVID-19 al final de sus vidas y en situaciones de especial vulnerabilidad”, de 15 de abril de 2020, recuerda la importancia de la forma en la que se afronta el final de la vida: “No obstante, también debemos reflexionar sobre el modo de facilitar un entorno más compasivo en el morir de estos pacientes, lo cual forma parte de la auténtica calidad asistencial. (...) no hay duda de que procurar el oportuno acompañamiento de un ser querido en el momento de la muerte, así como el apoyo espiritual o religioso cuando lo soliciten, es un esfuerzo a todas luces justificado y un acto superior de humanización.

Además, no debemos olvidar que tanto el acompañamiento como el apoyo espiritual o religioso constituyen igualmente derechos proclamados en diferentes regulaciones de derechos de los pacientes y que han cobrado especial relevancia estos últimos años dentro de los diferentes planes de humanización de nuestro sistema nacional de salud”. Disponible en: [http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/CBE\\_Declaracion\\_sobre\\_acompanamiento\\_COVID\\_19.pdf](http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/CBE_Declaracion_sobre_acompanamiento_COVID_19.pdf) [Última consulta: 1 de mayo de 2020].

<sup>43</sup> Así, en Holanda, desde los doce años con consentimiento de los padres y desde los dieciséis con su participación decisoria (2002), sin perjuicio del protocolo de Groningen (2005) para recién nacidos con enfermedades incurables como la espina bífida o malformaciones congénitas; en Bélgica no existe límite de edad, siempre que los menores tengan capacidad de discernimiento y cuenten con el consentimiento de

obrar que demuestre su autogobierno. Asimismo, el art. 5.1.b) avala disponer por escrito de –*toda*, se entiende– la información relativa a su proceso médico junto con las diferentes alternativas y posibilidades de actuación. En el art. 5.1.c) se exige haber formulado dos solicitudes por escrito, con una separación mínima de quince días naturales entre ambas, mientras que el art. 5.1.e) manda prestar consentimiento informado previo que se incorporará a la historia clínica. A pesar de que la LAP establece el consentimiento verbal como regla general (art. 8.2), y en pos, nuevamente, de la seguridad jurídica, resulta coherente con las excepciones de este mismo artículo que la forma descrita sea escrita. Asimismo, el hecho de que se requieran dos solicitudes quiere decir que la petición debe ser *necesariamente* reiterada, con una secuencia temporal determinada que, sin embargo, puede resultar insuficiente para afecciones psicológicas. Ahora bien, a continuación se dice expresamente que “Si el médico o la médica responsable considera que la muerte de la persona solicitante o la pérdida de su capacidad para otorgar el consentimiento son inminentes, podrá aceptar cualquier periodo menor (...).” ¿Qué es “cualquier periodo menor”? ¿Sería válido, por ejemplo, un consentimiento que se emitiera por escrito en dos días consecutivos? O, más aún, como se pregunta MARCOS DEL CANO, si el óbito es inminente...¿es realmente necesaria la eutanasia? (Marcos, A. M<sup>a</sup>. y de la Torre, J., 2019: 73). Por su parte, la incorporación del consentimiento a la historia clínica puede considerarse positivo, pues, siempre que se vele por la intimidad y confidencialidad en el tratamiento de los datos de carácter personal y se garantice su custodia activa (art. 15), previa acreditación de un interés legítimo, otorga la posibilidad de verificar su recepción conforme a lo dispuesto por la ley.

---

los representantes legales (2014); y en Colombia es excepcional entre los seis y los doce años, con autorización obligatoria de los progenitores entre los doce y catorce, y autónoma a partir de entonces (2018). Aun con todo, la aplicación de la eutanasia no es automática, sino que debe ser autorizada por centros especializados conforme a criterios médicos objetivos, lo que entraña serias dificultades en el caso de padecimientos psicológicos, pudiendo llegar a denegarse. Sirva como ejemplo el sonado caso de la neerlandesa Noa Pothoven, de diecisiete años, víctima de abusos sexuales y violación que, ante la negativa a su petición de eutanasia, decidió dejar de ingerir alimentos e hidratarse, poniendo fin a su vida. No debe ignorarse que, en el caso de inobservar los criterios legales del art. 2 de la Ley Holandesa 26691/2001, de Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio, resulta de entera aplicación el art. 293.1 del CP holandés, que castiga la eutanasia con hasta doce años de prisión, y no la eximente del art. 293.2. *Vid.* Labaca Zabala, M<sup>a</sup>. L., Gamboa Uribarren, B. y Arieta-Araunabeña Alzaga, J. (2014).

Más dudas genera el art. 5.2<sup>44</sup>, en el que el legislador prevé una excepción para aquellos pacientes que se encuentren en “situación de incapacidad de hecho” permanente, es decir, personas físicas que no hayan sido incapacitadas en virtud de sentencia firme, pero que, bajo criterio médico, no puedan gobernar sus vidas. En este caso, y si sufrieran una enfermedad grave e incurable o padecieran una enfermedad grave, crónica e invalidante, en caso de que hubieran suscrito un documento de instrucciones previas “o documento equivalente”, “se podrá” –por lo tanto, potestativamente– facilitar la prestación, debiéndose aplicar, en ese caso, escrupulosamente la literalidad de dicho documento (art. 9.2). Nuevamente, surge la interrogante de qué se entiende por “equivalente” y cuál es su contenido mínimo para que se considere análogo al DVA. En cualquier caso, cabe cuestionarse si es conveniente exceptuar las instrucciones previas cuando ya existen registros nacionales y autonómicos instaurados al efecto, lo que podría convertir este instrumento en una opción que escenifique fehacientemente el diálogo entre médico y paciente.

Respecto a los requisitos de la solicitud para el ejercicio de este derecho, en consonancia con el art. 5.1.c), el art. 6.1<sup>45</sup> estipula que deberá formularse por escrito, salvándose con fecha y firma del peticionario. No obstante, se permite que “otra persona mayor de edad y plenamente capaz podrá fecharlo y firmarlo en su presencia” siempre que al enfermo no le resulte posible, indicándolo expresamente junto con los motivos. La vaguedad de esta excepción, aunque está encaminada a satisfacer la autonomía del paciente también en casos extremos, puede dar lugar a abusos, por cuanto en la externalización de su

---

<sup>44</sup> “No será de aplicación lo previsto en el apartado anterior en aquellos casos en los que el médico o médica responsable certifique que el o la paciente está incurso en situación de incapacidad de hecho permanente, cumpla lo previsto en el apartado 1.d) anterior y haya suscrito con anterioridad un documento de instrucciones previas o documento equivalente, en cuyo caso, se podrá facilitar la prestación de ayuda para morir conforme a lo dispuesto en dicho documento.

La valoración de la situación de incapacidad de hecho por el médico o la médica responsable se hará conforme a los protocolos de actuación que se determinen por el Consejo Interterritorial del sistema Nacional de Salud”.

<sup>45</sup> “La solicitud de prestación de ayuda para morir a la que se refiere el artículo 5.1.c) deberá hacerse por escrito, debiendo estar el documento fechado y firmado por el o la paciente solicitante.

En caso de encontrarse este impedido físicamente para fechar y firmar el documento, otra persona mayor de edad y plenamente capaz podrá fecharlo y firmarlo en su presencia. Dicha persona ha de mencionar el hecho de que quien demanda la prestación de ayuda para morir no se encuentra en condiciones de firmar el documento e indicar las razones”.

voluntad participa una tercera persona que no solo puede estar vinculada por razones familiares o de hecho, sino que puede ser *cualquiera* con edad y capacidad suficiente. En su lugar, sería loable que la relación y prelación de personas autorizadas estuviera previa y debidamente señalada, o que, de no ser esto posible, recayera en el tutor, representante legal o, incluso, defensor judicial en caso de conflicto de intereses. La rúbrica del documento tendrá lugar en presencia del médico o médica responsable o entregándose a este o esta, de conformidad con el art. 6.2, e incorporándose después a la historia clínica. En sentido similar se expresa el art. 6.4<sup>46</sup>, aunque con la particularidad de que hace referencia al supuesto del art. 5.2, esto es, a la situación de incapacidad de hecho del paciente, lo que, por su especial vulnerabilidad, hace si cabe más necesario precisar *quién* será la persona firmante. Otra fuente de controversia radica en la inexistencia de DVA, ya que tanto el art. 8 del Convenio de Oviedo (“Cuando, debido a una situación de urgencia, no pueda obtenerse el consentimiento adecuado, podrá procederse inmediatamente a cualquier intervención indispensable desde el punto de vista médico a favor de la salud de la persona afectada”) como el art. 9.6 de la LAP<sup>47</sup> optan, en seguimiento del principio *in dubio pro vita*, por priorizar la salud y la vida del paciente, llevando a una mayor judicialización (Carbonell Mateu, J. C., 2020: 15) en caso de que se ambicione una decisión *no beneficosa* para estos bienes jurídicos, que se salvaguardan

---

<sup>46</sup> “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 o documento equivalente suscrito previamente por el o la paciente”.

<sup>47</sup> “En los casos en los que el consentimiento haya de otorgarlo el representante legal o las personas vinculadas por razones familiares o de hecho en cualquiera de los supuestos descritos en los apartados 3 a 5, la decisión deberá adoptarse atendiendo siempre al mayor beneficio para la vida o salud del paciente. Aquellas decisiones que sean contrarias a dichos intereses deberán ponerse en conocimiento de la autoridad judicial, directamente o a través del Ministerio Fiscal, para que adopte la resolución correspondiente, salvo que, por razones de urgencia, no fuera posible recabar la autorización judicial, en cuyo caso los profesionales sanitarios adoptarán las medidas necesarias en salvaguarda de la vida o salud del paciente, amparados por las causas de justificación de cumplimiento de un deber y de estado de necesidad”. Sin embargo, este precepto debe ser completado con el apartado séptimo: “La prestación del consentimiento por representación será adecuada a las circunstancias y proporcionada a las necesidades que haya que atender, siempre en favor del paciente y con respeto a su dignidad personal. El paciente participará en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario. Si el paciente es una persona con discapacidad, se le ofrecerán las medidas de apoyo pertinentes, incluida la información en formatos adecuados, siguiendo las reglas marcadas por el principio del diseño para todos de manera que resulten accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad, para favorecer que pueda prestar por sí su consentimiento”.



en caso de que no fuera posible obtener con antelación la pertinente autorización judicial. A mayor abundamiento, la Declaración del Consejo General de Colegios Médicos (CGCOM)<sup>48</sup> se encargó de recordar en 2018 la incompatibilidad de la despenalización de la eutanasia con su *lex artis*: “El médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de éste” (art. 36.3 del Código de Deontología Médica), y la Asociación Médica Mundial (AMM) renovó, en su última declaración, su firme oposición a la eutanasia y al suicidio con ayuda médica<sup>49</sup>. Huelga decir que el espíritu de la proposición pretende empoderar la autonomía de los pacientes manifestada por medio de su consentimiento informado, por lo que habrá que ver si la pervivencia de estas disposiciones pueden o no alimentar la litigiosidad. Finalmente, el art. 6.3 regula el carácter revocable de la solicitud, al igual que el art. 8.5 LAP, en coherencia con un consentimiento no solo informado, sino dinámico, que permita al paciente retractarse “en cualquier momento” de su decisión inicial. Asimismo, se le faculta para pedir el aplazamiento de la prestación. Termina el capítulo sobre los derechos y requisitos regulando la forma escrita y motivada de la denegación por el médico o médica responsable, que deberá informar al interesado del recurso del que dispone y, que, en este caso, deberá ventilarse ante la Comisión de Control y Evaluación competente en el plazo de cinco días hábiles.

Una vez comprobada la concurrencia de lo dispuesto en el art. 5.1, el médico o médica responsable llevará a cabo con el solicitante, en el plazo máximo de dos días –se entiende que, por analogía con el art. 5.1.c), naturales– “un proceso deliberativo sobre su diagnóstico, posibilidades terapéuticas y resultados esperables”, que deberá asegurarse de que comprende, facilitándosele también por escrito (art. 8.1). El paciente dispondrá de un plazo de veinticuatro horas para comunicar su deseo de continuar o dejar sin efecto su petición, que se recabará con la firma del consentimiento informado. En sintonía con lo

---

<sup>48</sup> Posicionamiento del CGOM ante la eutanasia y el suicidio asistido, de 21 de mayo de 2018. Disponible en: [https://www.cgcom.es/sites/default/files//u183/np\\_eutanasia\\_21\\_05\\_18.pdf](https://www.cgcom.es/sites/default/files//u183/np_eutanasia_21_05_18.pdf) [Última consulta: 1 de mayo de 2020].

<sup>49</sup> Declaración de la AMM sobre la eutanasia y suicidio con ayuda médica. Adoptada por la 70ª Asamblea General de la AMM, Tiflis, Georgia, Octubre 2019. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-sobre-la-eutanasia-y-suicidio-con-ayuda-medica/> [Última consulta: 1 de mayo de 2020].

anterior, el médico o médica procederá a las comunicaciones asistenciales y familiares a las que hubiere lugar (art. 8.2) y redactará un informe que se incorporará a la historia clínica (art. 8.3), informando, en caso de que se vaya a prestar la ayuda a morir, al presidente o presidenta de la Comisión de Evaluación y Control competente.

Enlazando con este último órgano, en el art. 10 se establece el control previo de requisitos y condiciones, para lo que designará a dos miembros de la Comisión en el plazo de los dos días siguientes a la recepción de la comunicación (art. 10.1). Estos tendrán acceso a la historia clínica y podrán entrevistarse con las partes (art. 10.2), tras lo que elevarán su propuesta en el plazo máximo de siete días naturales (art. 10.3). La Comisión dictará resolución definitiva, bien en sentido positivo, que será transmitida a la mayor brevedad al médico o médica responsable para que actúe en consecuencia (art. 10.4), bien en sentido negativo, siendo impugnabile ante la jurisdicción contencioso-administrativa (art. 10.5). En todo caso, llama poderosamente la atención que ni siquiera se haga referencia en este precepto ni en los arts. 17-19 –relativos a la creación y composición, así como funciones de las Comisiones de Control y Evaluación, y deber de secreto, respectivamente– a los Comités de Ética Asistenciales (CEA), órganos consultivos e interdisciplinarios 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.

#### 4.1 Los cuidados paliativos como obligación jurídica exigible

Las referencias a lo largo de este texto sobre los cuidados paliativos<sup>50</sup> son exiguas, y se reducen a tres: en la EM, cuando se hace alusión a los fármacos o medios terapéuticos

---

<sup>50</sup> Según la OMS, “Los cuidados paliativos constituyen un planteamiento que mejora la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correctos del dolor y otros problemas, sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual”. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> [Última consulta: 1 de mayo de 2020].

que alivian el sufrimiento físico o psíquico, aunque aceleren la muerte del paciente; en el art. 5.1.b), incluyéndose entre las diferentes alternativas y posibilidades de actuación; y en el art. 8.1, en el marco del proceso deliberativo sobre las diferentes posibilidades terapéuticas.

Más abundantes, son, por el contrario, las menciones al consentimiento informado, en concreto, en los arts. 3, 5.1.c), 5.1.e) y 8.2. Ello, unido a las numerosas remisiones indirectas, es indicativo de la relevancia que el legislador atribuye al cumplimiento de este requisito para la posterior prestación de la ayuda a morir. Empero, el art. 4 en relación con el art. 8 de la LAP preceptúa con meridiana claridad el derecho de información asistencial<sup>51</sup>. En él se contiene que la información que se ponga a disposición del paciente ha de ser veraz, comprensible y adecuada, con expresión, para el debido proceso deliberativo anterior a la decisión final, de *todos* los medios terapéuticos a su alcance para satisfacerla, lo que lleva a cuestionarse lo siguiente: ¿Qué ocurre cuando esta información no se hace extensiva a los cuidados paliativos? En caso de que se traslade...¿es suficiente con su mero ofrecimiento, o el Estado *debe* garantizar su ejercicio? ¿Y en qué condiciones? No en vano, la propia OMS cifra en cuarenta millones de personas las que necesitan cuidados paliativos, de las cuales tan solo los recibe, a nivel mundial, un 14%<sup>52</sup>. Mientras tanto, en España se estima que alrededor de la mitad de las personas no tendrá acceso a unidades de cuidados paliativos (Arias-Casais, N., Garralda, E., Rhee, J. Y. *et al.*, 2019: 182-183)<sup>53</sup> –sin ahondar en cuál es el índice de calidad del 50% restante que

---

<sup>51</sup> “1. Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias.

2. La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.

3. El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle”.

<sup>52</sup> *Idem.*

<sup>53</sup> Según el *European Association for Palliative Care (EAPC) Atlas of Palliative Care in Europe 2019* (XVI World Congress of the EAPC, Berlin, 23 May), se trata de una prestación que va a necesitar el 50% de la población española al final de su vida. Anualmente, de las 228.000 personas que fallecen en España con

los recibirá –. Admitido lo anterior, 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, vedándose su derecho a la asistencia sanitaria en su vertiente de los cuidados paliativos<sup>54</sup>. En coherencia con esta vulneración, y si se sostiene que deben ser un derecho y no un privilegio (Bátiz Cantera, J., 2019: 42), en el momento en que se eleven a la primera categoría habría base jurídica suficiente para defender que los enfermos o sus representantes legales acudan a la vía jurisdiccional.

Para ello, sería necesario que el Estado universalizara equitativamente estos cuidados a través de su integración en la cartera de servicios comunes del SNS (Zurriarán, R.G., 2019: 192)<sup>55</sup>, lo que demostraría más denodadamente su compromiso con los derechos al final de la vida, y respondería a principios de justicia y solidaridad. De esa manera, el Estado proporcionaría el acceso pleno al conjunto de los enfermos, respondiendo a situaciones de dependencia grave y reduciendo drásticamente las listas de espera; en caso contrario, se les otorgaría la restitución de este derecho junto con el debido resarcimiento. A continuación se presentan los aspectos que debería contener una redacción garantista del tipo: “Solo se considerará que existe consentimiento informado si el médico o médica responsable ha ofrecido al paciente entre las posibilidades terapéuticas el acceso a los cuidados paliativos acordes a su estado, explicándose por escrito antes de que haya formulado dos solicitudes y tanto verbalmente como por escrito en el proceso

---

necesidad de cuidados paliativos, alrededor de 80.000 lo hacen sin tener acceso a ellos, lo que le sitúa en el puesto 31 de los 51 países que se analizan en el informe. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10171/56787> [Última consulta: 1 de mayo de 2020].

<sup>54</sup> *Vid.* Comunicado de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) y Asociación Española de Enfermería en Cuidados Paliativos (AECPAL) sobre la Proposición de Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia, de 13 de febrero de 2020: “No existiría nunca el libre derecho a decidir ni se dignificará el proceso de morir 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 necesitan”. Disponible en: <http://infocuidadospaliativos.com/comunicado-de-secpal-y-aecpal-sobre-la-proposicion-de-ley-organica-de-regulacion-de-la-eutanasia/> [Última consulta: 1 de mayo de 2020].

<sup>55</sup> “Los cuidados paliativos deben ser un derecho efectivo de todos los pacientes (universal) dentro del sistema público de salud, a fin de aliviar el sufrimiento y evitar el dolor. En consecuencia, la prioridad es que alcancen a todos y que estos sean uniformes y de calidad”.

deliberativo, lo que certificará una comisión *ad hoc* de cuidados paliativos, incorporándose a la historia clínica.

En caso de que no se haya cumplido esta condición, se adoptarán cuantas medidas sean necesarias para subsanar esta deficiencia en un plazo no superior a veinticuatro horas, dando de nuevo comienzo al proceso establecido en los arts. 5.1.b) y 8.

En el caso de que transcurridas veinticuatro horas no se llevara a cabo esta subsanación, el Sistema Nacional de Salud indemnizará al paciente por cada día de demora conforme a lo dispuesto en el Título VI de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública”.

## 5. Consideraciones finales

Una vez analizada detenidamente la proposición de LO de regulación de la eutanasia, cabe concluir que no difiere en exceso de las aprobadas en países como Canadá y –a excepción de su aplicación en menores de edad– tampoco de Holanda y Bélgica. En cuanto al hipotético planteamiento de un recurso de inconstitucionalidad *ex arts.* 10.1 y 15 CE y cómo este pudiera dirimirse, resultaría aventurado concluir su recorrido, si bien, a la vista de las últimas STEDH, parece poco probable que el TC se aparte de sus fundamentos. En cuanto al argumento de la pendiente resbaladiza, efectivamente, el riesgo de que la demanda sea acuciante, especialmente en los primeros años, es latente. No obstante, la mera probabilidad de que pueda dar lugar a un aumento exponencial del número de casos –que Juan GÉRVAS estima en 5.000 eutanasias sobre un total de 400.000 muertes anuales en España, es decir, algo más del 1%, lo que en la práctica vendría a legalizar los supuestos de la actividad clínica<sup>56</sup> – que, más aún, pueda llegar a despenalizar los delitos contra la vida es insuficiente, por cuanto una misma situación debe ser individualizada en cada país y motivada caso por caso (Presno Linera, M. A., 2018: 19)<sup>57</sup>.

---

<sup>56</sup> Disponible en: <https://www.actasanitaria.com/eutanasia-una-guia-para-el-debate-informado/> [Última consulta: 1 de mayo de 2020].

<sup>57</sup> “(...) esos riesgos pueden obviarse a través de un riguroso sistema de controles y garantías; frente a lo segundo, y además de la experiencia existente en países que admiten el auxilio al suicidio, cabe argumentar

Sentado lo anterior, y aunque la LO desarrolla con profusión las garantías y requisitos para el acceso a la ayuda a morir, prestándose, de reunir todos ellos, en un plazo mínimo ligeramente superior a un mes desde la presentación de la primera solicitud, la imprecisión de algunos términos genera incertidumbre y se presta a la interpretación, lo que no resulta compatible con la seguridad jurídica que cabe esperar en todo texto legal, máxime tratándose de uno de los bienes jurídicos más importantes, como se ha visto, de nuestro ordenamiento jurídico. En este sentido, sería conveniente obtener el mayor consenso posible en aquellas disposiciones que más discusión suscitan, como es el caso de la extensión a enfermedades crónicas y, particularmente, psíquicas, por las dificultades para la valoración objetivable de estas últimas. Por otro lado, la STS 120/1990, de 27 de junio, en su FJ 7º ha venido considerando la disponibilidad de la vida muerte como una manifestación del *agere licere*, pero no un derecho subjetivo. Pues bien, la proposición podría modular este posicionamiento, si bien, en tanto en cuanto la eutanasia será aplicada por el equipo médico –y aunque puedan acogerse a su derecho a objetar–, sería plausible no solo valorar y, en su caso, atender a sus peticiones, sino dotarles de cuantas herramientas y vías sean necesarias para su correcto desempeño. De no ser así, la ejecución material de la LO adolecerá de limitaciones que evocan al pasado (Bellver Capella, V. 2006: 21-22)<sup>58</sup>, y la falta de certeza sobre cómo proceder, unida a la falta de apoyo institucional, puede tener como consecuencia inexorable un aumento del fenómeno de la medicina defensiva (Romeo Casabona, C. M., Perin, A., 2020: 1-24). Una las medidas que podría repercutir en sentido contrario sería el impulso de las instrucciones

---

que con la adopción de las medidas adecuadas nada demuestra que admitir esta práctica sea el comienzo de una serie de reformas que acaben legalizando el homicidio”.

<sup>58</sup> “En primer lugar, no cuentan con medidas presupuestarias para hacerlas efectivas. En segundo lugar, carecen de mecanismos sancionadores específicos que garanticen su cumplimiento. Por último, no prevén mecanismos para que el personal sanitario, al que se encomienda el deber de respetar y hacer efectivos esos derechos, se forme adecuadamente para hacerlo”. Lo mismo sería de aplicación en relación a la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de dependencia. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990> [Última consulta: 1 de mayo de 2020].

previas, cuya estadística de otorgamiento, aunque va en aumento paulatino, es residual<sup>59</sup>, tal vez por desconocimiento o recelo de los testadores sobre las mismas.

Otro de los aspectos que se debería potenciar es, como se ha razonado, el de los cuidados paliativos. Efectivamente, es perceptible una laguna con respecto a este tratamiento en la presente LO, que se está a tiempo de subsanar en la misma, o a través de otra consecutiva, como ya aconteció en Bélgica (Simón Lorda, P. y Barrio Cantalejo, I. M., 2012: 11). Para ello, debería partirse, entre otros, del ofrecimiento previo de los cuidados paliativos como alternativa a la eutanasia, asegurándose su prestación plena y efectiva en caso de que el paciente desee acceder a ella; en caso de negativa, o de que estos resultaran insuficientes, habría que explorar su sometimiento a la vía eutanásica prescindiendo de una visión paternalista, siempre que se cumplan los requisitos que legalmente se establezcan.

En otro orden de cosas, la convivencia de esta LO con las diversas leyes autonómicas sobre la materia puede resultar dificultosa si no se repara debidamente en el marco competencial delimitado en el art. 149.1.16.<sup>a</sup> CE, cuyas bases y coordinación general fija el Estado, correspondiendo su desarrollo a las Comunidades Autónomas. Esta tarea debe realizarse en condiciones de equidad; sin ir más lejos, en cuanto al funcionamiento de las Comisiones de Control y Evaluación. Lo contrario podría llevar a una vulneración del art. 14 CE, en relación con el principio de igualdad, y a un “turismo interior sanitario”.

Por último, sería altamente recomendable la participación en esta LO, o en cualesquiera otras que pudieran debatirse en el futuro, de todos los agentes implicados, a saber, médicos, juristas, bioeticistas, comités de ética (CBE<sup>60</sup>, CEA), asociaciones (AECPAL,

---

<sup>59</sup> Según datos del Registro Nacional de Instrucciones Previas (RNIP), a enero de 2020 había un total de 314.011 inscripciones frente a las 278.368 del año anterior, lo que supone un 0,668% de los españoles. Disponible en: [https://www.msbs.gob.es/ciudadanos/rnip/doc/Documentos-2020/Declarantes\\_con\\_Instruccion\\_Previa\\_Activa\\_por\\_Comunidad\\_Autonomas\\_y\\_grupos\\_de\\_edad\\_Enero\\_2020.pdf](https://www.msbs.gob.es/ciudadanos/rnip/doc/Documentos-2020/Declarantes_con_Instruccion_Previa_Activa_por_Comunidad_Autonomas_y_grupos_de_edad_Enero_2020.pdf) [Última consulta: 1 de mayo de 2020].

<sup>60</sup> *Vid.* Declaración del Comité de Bioética de España sobre la tramitación parlamentaria de la reforma legal de la eutanasia y auxilio al suicidio, de 4 de marzo de 2020, en la que el CBE anunció la elaboración de un Informe sobre las cuestiones bioéticas del debate acerca del final de la vida. Disponible en: <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Declaracion%20CBE%20tramitacion%20reforma%20eutanasia%20auxilio%20al%20suicidio.pdf> [Última consulta: 1 de mayo de 2020].

CGOM, DMD, SECPAL, etc.) y representantes de la sociedad civil, teniendo como referencia los principios bioéticos de beneficencia, no maleficencia y justicia.

## 6. Bibliografía

Abellán García, A., Aceituno Nieto, P., Pérez Díaz, J., Ramiro Fariñas, D., Ayala García, A. y Pujol Rodríguez, R. (2019): Un perfil de las personas mayores en España 2019. Indicadores estadísticos básicos. *Informes Envejecimiento en Red*, 22, 1-38. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2019.pdf> [Última consulta: 1 de mayo de 2020].

Albert, M. (2019): Nota del editor invitado: Legalización de la eutanasia: Lo que está en juego. *Cuadernos de Bioética*, 98(30), 19-21. Disponible en: <http://aebioetica.org/revistas/2019/30/98/19.pdf> [Última consulta: 1 de mayo 2020].

Arias-Casais, N., Garralda, E., Rhee, J. Y., de Lima, L., Pons, J. J., Clark, D., Hasselaar, J., Ling, J., Mosoiu, D. y Centeno, C. (2019): *EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2019*. Vilvoorde: EAPC Press. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10171/56787> [Última consulta: 1 de mayo de 2020].

Arruego Rodríguez, G. (2019): *Derecho fundamental a la vida y muerte asistida*. Granada: Comares.

Arruego Rodríguez, G. (2019): Los confines del derecho fundamental a la vida. *Revista española de Derecho Constitucional*, 115, 111-137.

Atienza, M. (2017): el derecho sobre el propio cuerpo y sus consecuencias. En Casado, M., *De la solidaridad al mercado. El cuerpo humano y el comercio biotecnológico*. Barcelona: Universitat de Barcelona.

Barquín Sanz, J. (2001): La eutanasia como forma de intervención en la muerte de otro. En Roxin, C., Mantovani, F., Barquín, J. y Olmedo, M. *Eutanasia y suicidio. Cuestiones dogmáticas y de política criminal*. Granada: Comares.

Bátiz Cantera, J. (2019): *Cuidar a las personas en el proceso de morir*. Madrid: Fundación San Juan de Dios. Disponible en: [https://www.fundacionsjd.org/media/upload/pdf/jacinto-batiz-texto-digital\\_1551181915.pdf](https://www.fundacionsjd.org/media/upload/pdf/jacinto-batiz-texto-digital_1551181915.pdf) [Última consulta: 1 de mayo de 2020].



Bellver Capella, V. (2006): Una aproximación a la regulación de los derechos de los pacientes en España. *Cuadernos de Bioética*, 59(17), 11-25. Disponible en: <http://aebioetica.org/revistas/2006/17/1/59/11.pdf> [Última consulta: 1 de mayo de 2020].

Calsamiglia, A. (1993): Sobre la eutanasia. *Doxa: Cuadernos de Filosofía del Derecho*, 14, 337-358.

Carbonell Mateu, J. C. (2020): Desconocer la dignidad. *Revista Derecho a Morir Dignamente (DMD)*, 81, 14-17.

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

Chueca Rodríguez, R. (2009): el marco constitucional del final de la propia vida. *Revista española de Derecho Constitucional*, 85, 99-123.

De la Mata Barranco, N. J. (2020): El Derecho penal de la libertad: ¿qué hacemos con la eutanasia? *Almacén de Derecho*. Disponible en: <https://almacenederecho.org/el-derecho-penal-frente-a-la-idea-de-libertad-que-hacemos-con-la-eutanasia/> [Última consulta: 1 de mayo de 2020].

de Miguel Beriain, I. (2004): Consideraciones sobre el concepto de dignidad humana. *Anuario de Filosofía del Derecho (AFD)*, 21, 187-212. Disponible en: [https://boe.es/biblioteca\\_juridica/anuarios\\_derecho/abrir\\_pdf.php?id=ANU-F-2004-10018700212\\_ANUARIO\\_DE\\_FILOSOF%3%8DA\\_DEL\\_DERECHO\\_Consideraciones\\_sobre\\_el\\_concepto\\_de\\_dignidad\\_humana](https://boe.es/biblioteca_juridica/anuarios_derecho/abrir_pdf.php?id=ANU-F-2004-10018700212_ANUARIO_DE_FILOSOF%3%8DA_DEL_DERECHO_Consideraciones_sobre_el_concepto_de_dignidad_humana) [Última consulta: 1 de mayo de 2020].

Díaz y García Conlledo, M., Barber Burusco, S. (2012): Participación en el suicidio y eutanasia. Esbozo del tratamiento penal en España. *Nuevo Foro Penal*, 79, 115-152.

Díez Ripollés, J. L. (1995): Eutanasia y Derecho. *Anuario de Filosofía del Derecho (AFD)*, 12, 83-114. Disponible en: [https://boe.es/biblioteca\\_juridica/anuarios\\_derecho/abrir\\_pdf.php?id=ANU-F-1995-10008300114\\_ANUARIO\\_DE\\_FILOSOF%3%8DA\\_DEL\\_DERECHO\\_Eutanasia\\_y\\_Derecho](https://boe.es/biblioteca_juridica/anuarios_derecho/abrir_pdf.php?id=ANU-F-1995-10008300114_ANUARIO_DE_FILOSOF%3%8DA_DEL_DERECHO_Eutanasia_y_Derecho) [Última consulta: 1 de mayo de 2020].

García-Andrade, J. A. (1995): Eutanasia y criminalidad. *Eguzkilore*, 9, 153-161.

Kant, I. (1785): *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*. En Mardomingo, J. (1999): *Fundamentación de la metafísica de la costumbres*. Barcelona: Ariel.

Labaca Zabala, M<sup>a</sup>. L., Gamboa Uribarren, B. y Arieta-Araunabeña Alzaga, J. (2014). La eutanasia en Holanda. *Revista Âmbito Jurídico*, 128. Disponible en: <https://ambitojuridico.com.br/edicoes/revista-128/la-eutanasia-en-holanda/> [Última consulta: 1 de mayo de 2020].

Marcos, A. M<sup>a</sup>. (1993): Eutanasia: relevancia jurídico-penal del consentimiento. Análisis a la luz del Código Penal vigente y de “lege ferenda”. *Cuadernos de Bioética*, 16(4), 53-62. Disponible en: <http://aebioetica.org/revistas/1993/4/16/53.pdf> [Última consulta: 1 de mayo de 2020].

Marcos, A. M<sup>a</sup>. y de la Torre, J. (2019): *Y de nuevo la eutanasia Una mirada nacional e internacional*. Madrid: Dykinson.

Mendes de Carvalho, G. (2009): *Suicidio, eutanasia y Derecho Penal*. Granada: Comares.

Moreno Botella, G. (2019): Autonomía de la voluntad y tratamiento médico en menor o adulto inconsciente ante el TEDH: cuestiones éticas y problemas jurídicos. *Anuario de Derecho Eclesiástico del Estado*, 35, 571-600. Disponible en: [https://www.boe.es/publicaciones/biblioteca\\_juridica/anuarios\\_derecho/abrir\\_pdf.php?id=ANU-E-2019-10057100600](https://www.boe.es/publicaciones/biblioteca_juridica/anuarios_derecho/abrir_pdf.php?id=ANU-E-2019-10057100600) [Última consulta: 1 de mayo de 2020].

Presno Linera, M. A. (2018): El impulso ciudadano y judicial al derecho a morir. *Revista Derecho a Morir Dignamente (DMD)*, 78, 16-19. Disponible en: <https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2019/05/78-revista.pdf> [Última consulta: 1 de mayo de 2020].

Romeo Casabona, C. M. (1994): *El Derecho y la Bioética ante los límites de la vida humana*. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces (CERA).

Romeo Casabona, C. M. (2004): *Los delitos contra la vida y la integridad personal y los relativos a la manipulación genética*. Granada: Comares.

Romeo Casabona, C. M., Perin, A. (2020): *Derecho y medicina defensiva: legitimidad y límites de la intervención penal*. Granada: Comares.

Royes, A. (2008): La eutanasia y el suicidio médicamente asistido. *Psicooncología*, 2-3(5), 323.337. Disponible en:

<https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0808220323A/15407> [Última consulta: 1 de mayo de 2020].

Sanz Mulas, N (2012): *Relevancia jurídica del consentimiento informado en la práctica sanitaria: responsabilidades civiles y penales*. Granada: Comares.

Serrano del Rosal, R. y Heredia Cerro, A. (2018): Actitudes de los españoles ante la eutanasia y el suicidio médico asistido. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 161, 103-120. Disponible en: [http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS\\_161\\_061515157244322.pdf](http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_161_061515157244322.pdf) [Última consulta: 1 de mayo de 2020].

Simón Lorda, P., Barrio Cantalejo, I. M., Alarcos Martínez, F. J., Barbero Gutiérrez, J., Couceiro, A. y Hernando Robles, P. (2008): Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras. *Revista de Calidad Asistencial*, 6(23), 271-285. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-pdf-13128649> [Última consulta: 1 de mayo de 2020].

Simón Lorda, P. y Barrio Cantalejo, I. M. (2012): La eutanasia en Bélgica. *Revista Española de Salud Pública*, 1(86), 5-19. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v86n1/02\\_colaboracion\\_especial\\_1.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v86n1/02_colaboracion_especial_1.pdf) [Última consulta: 1 de mayo de 2020].

Tomás-Valiente Lanuza, C. (2005): Posibilidades de regulación de la eutanasia solicitada. *Fundación Alternativas*, 71, 1-44. Disponible en: [https://www.fundacionalternativas.org/public/storage/laboratorio\\_documentos\\_archivos/xmlimport-It8Kjz.pdf](https://www.fundacionalternativas.org/public/storage/laboratorio_documentos_archivos/xmlimport-It8Kjz.pdf) [Última consulta: 1 de mayo de 2020].

Valle Muñiz, J M. (1989): Relevancia jurídico-penal de la eutanasia. *Cuadernos de política criminal*, 37, 155-190.

Wilkinson, D., Savulescu, J. (2019): Current controversies and irresolvable disagreement: the case of Vincent Lambert and the role of ‘dissensus’. *Journal of Medical Ethics*, 45(10), 631-635.

Zurriarán, R. G. (2017): Vulneraciones de la dignidad humana al final de la vida. *Cuadernos de Bioética*, 92(28), 83-97. Disponible en: <http://aebioetica.org/revistas/2017/28/92/83.pdf> [Última consulta: 1 de mayo de 2020].

Zurriarain, R. G. (2019): Aspectos sociales de la eutanasia. *Cuadernos de Bioética*, 98(30), 23-34. Disponible en: <http://aebioetica.org/revistas/2019/30/98/23.pdf> [Última consulta: 1 de mayo de 2020].

Zurriarain, R. G. (2019): cuidados paliativos: solución ética acorde con la dignidad humana al final de la vida. *Persona y Bioética*, 2(23), 180-193. Disponible en: <https://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/10723/pdf> [Última consulta: 1 de mayo de 2020].