

SOBRE LA LEY ÓRGANICA DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA VOLUNTARIA EN ESPAÑA ON THE REGULATION OF VOLUNTARY EUTHANASIA IN SPAIN

Carmen Juanatey Dorado

Catedrática de Derecho Penal

Universidad de Alicante

RESUMEN

La finalidad de este artículo es realizar un breve comentario sobre la Proposición de Ley de regulación de la eutanasia voluntaria, presentada por el Grupo Parlamentario Socialista en enero de 2020 y aprobada, aunque con algunas modificaciones, por el Pleno del Congreso de los Diputados el 18 de marzo de 2021. La ley supone un claro avance en el reconocimiento de los derechos individuales y, en concreto, de la autonomía personal, en la medida en que reconoce el derecho de las personas competentes que se encuentran en una situación de «enfermedad grave e incurable» o que sufran un «padecimiento grave, crónico e imposibilitante» a recibir ayuda médica, tanto activa como omisiva, para morir. El trabajo analiza algunos de los aspectos que se consideran más relevantes de la ley, como el fundamento de la legalización de la eutanasia voluntaria; la reforma del artículo 143 del Código penal, que se despenaliza los supuestos de eutanasia voluntaria que se realicen de acuerdo con lo establecido en la ley; la exigencia de que la ayuda para morir se realice en un contexto sanitario, bajo la dirección y coordinación de un médico; el estado de enfermedad y los requisitos personales de quien solicita la ayuda para morir; los controles dirigidos a garantizar la adecuación de la prestación; o la previsión de la objeción de conciencia a la eutanasia. Aun cuando la regulación contiene aspectos que pueden resultar controvertidos, la valoración global de este análisis es claramente positiva.

PALABRAS CLAVE

Eutanasia, ayuda al suicidio, autonomía, objeción de conciencia.

ABSTRACT

This paper intends to present a brief comment on the Proposal for a Law to regulate voluntary euthanasia, presented by the Socialist Parliamentary Group in January 2020 and approved, albeit with some amendments, by the Plenary of the Congress of Deputies on 18 March 2021. This law is a significant advance for the recognition of individual rights and, specifically, of personal autonomy, insofar as it recognizes the right of competent persons who are in a situation of «serious and incurable disease» or who suffer from a «serious, chronic and incapacitated condition» to receive medical help, both active and by omission, to die. This work analyzes some of the aspects that are considered to be the most relevant of the Law, such as the basis for the legalization of voluntary euthanasia; the reform of article 143 of the Penal Code, which establishes the decriminalization of cases of voluntary euthanasia that are carried out in accordance with the provisions of the law; the requirement that assistance to die must be carried out in a health context, under the direction and coordination of a doctor; the state of the illness, and the personal requirements of the person requesting the aid to die; the controls aimed at guaranteeing the adequacy of the provision; or the provision of conscientious objection to euthanasia. Even though the Law contains aspects that may be controversial, the overall assessment resulting from this analysis is clearly positive.

KEY WORDS

Euthanasia, assisted suicide, autonomy, conscientious objection.

SOBRE LA LEY ÓRGANICA DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA VOLUNTARIA EN ESPAÑA

Carmen Juanatey Dorado

Catedrática de Derecho Penal
Universidad de Alicante

Sumario: 1. Introducción. 2. Fundamento de la legalización de la eutanasia voluntaria. 3. Despenalización de la eutanasia voluntaria: la LORE. 3.1. El artículo 143 del Código Penal. 3.2. Definición de eutanasia en la LORE. 3.3. Contexto médico-sanitario. 3.4. Enfermedad o estado de padecimiento de la persona que solicita la prestación. 3.5. Requisitos personales exigidos para poder recibir la prestación de ayuda para morir. 3.6. Comisiones de Garantía y Evaluación. 3.7. Control de la prestación de la ayuda para morir. 3.8. Integración de la asistencia en el Sistema Nacional de Salud y causa de la muerte. 3.9. Objeción de conciencia. 4. Reflexión final. Notas. Bibliografía.

1. INTRODUCCIÓN

Tras varias Proposiciones de Ley presentadas en el Congreso dirigidas a regular la eutanasia, todas ellas sin éxito (Juanatey, 2020)¹, el 18 de marzo de 2021 el Pleno del Congreso de los Diputados aprobó por 202 votos a favor, 141 en contra y 2 abstenciones la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, presentada por el grupo parlamentario socialista (en adelante, LORE)². La ley entrará en vigor a los tres meses de su publicación en el Boletín Oficial del Estado. A partir de ese momento, España formará parte del conjunto de países que reconoce el derecho de las personas a recibir ayuda para morir, tanto activa como omisiva, siempre que concurran determinadas circunstancias y de acuerdo con un procedimiento orientado a garantizar el correcto ejercicio de este derecho y evitar posibles abusos.

El texto aprobado por el Pleno del Congreso, modificado en algunos aspectos respecto al que inicialmente presentó el grupo socialista, ofrece una solución a aquellas personas (en realidad, potencialmente a todas) que se encuentran en situaciones dramáticas de sufrimiento insoportable para que puedan recibir, si así lo desean, ayuda médica para morir en función de su situación y sus necesidades. Esto es lo verdaderamente importante, al margen de que en el texto aprobado pueda haber algunas cuestiones de las que sea posible discrepar o que resulten mejorables. A mi juicio, ninguna de ellas tiene un peso suficiente como para ensombrecer el paso hacia delante que esta ley supone en materia de reconocimiento de la autonomía individual.

Estamos, en mi opinión, ante una ley trascendental para muchas personas, que podrán hacer uso de este derecho con la ayuda de los profesionales sanitarios que deseen hacerlo (los profesionales que no deseen hacerlo por razones de conciencia, podrán ejercer su derecho a la objeción de conciencia). La LORE es garantista, incluso podría decirse que profundamente garantista, y no obliga a nadie: únicamente reconoce la autonomía individual y la libertad de decidir cómo morir cuando el sufrimiento provocado por las situaciones descritas en la norma ya no sea soportable.

Durante el debate parlamentario se presentaron dos enmiendas a la totalidad, con texto alternativo (de regulación de los cuidados paliativos), por parte de los grupos parlamentarios de VOX y del Partido Popular, enmiendas que fueron rechazadas³. Las dos propuestas partían del firme rechazo a la regulación de la eutanasia y ofrecían como solución una «no solución». El problema de la eutanasia no se resuelve con una ley de cuidados paliativos; obviamente, quien esté a favor de regular la eutanasia difícilmente se va a oponer a una buena ley de cuidados paliativos de aplicación universal. Ambas regulaciones deben coexistir, pero abordan problemas diferentes. Y, en todo caso, las dos deben basarse en el reconocimiento de la autonomía de la persona para tomar decisiones sobre el final de su vida: o bien decidir libremente si recibe cuidados paliativos y espera a que se produzca la muerte, o bien solicitar ayuda para poder decidir cuándo morir (que podrá acompañarse de cuidados paliativos). Además, como señaló en su comparecencia el día 11 de febrero de 2020 la diputada del Partido Socialista Carcedo Rocés, en los supuestos de cuidados paliativos hay una muerte inminente, pero en los supuestos que regula la LORE no necesariamente ha de ser así y, por ello, es posible que el sufrimiento pueda prolongarse durante un largo periodo de tiempo⁴.

En esa misma sesión del 11 de febrero, los diputados del Partido Popular y de VOX esgrimieron algunos argumentos inaceptables y desenfocados. Echániz Salgado, del Partido Popular, afirmó que la LORE va a acabar con los enfermos indefensos. En su opinión, la regulación de la eutanasia persigue un ahorro para el sistema sanitario y, de hecho, se preguntó retóricamente: ¿qué es mejor? ¿que una persona viva mucho y siga costando al erario público en gastos sanitarios o de prestaciones por dependencia, o que viva poco y deje de gastar? Según Echániz, lo que realmente pretende la Proposición de Ley de eutanasia es copiar el sistema de Holanda, donde —prosiguió— están disminuyendo poco a poco los problemas con sus pensiones; ese es el sustrato de ingeniería social que subyace a esta regulación: el ahorro del coste que suponen las personas mayores, los más frágiles, los más

vulnerables; son —concluyó— recortes sociales en toda regla. La longevidad se convierte así en un riesgo financiero⁵.

Por su parte, Méndez Monasterio, de VOX, sostuvo que la ley convierte al Estado en una máquina de matar y a los médicos en verdugos. En su opinión, los proponentes de la ley invocan la autonomía de la voluntad, pero son ellos los que deciden qué vida es digna o no de ser vivida, configurando un monstruoso contexto eutanásico. Se habla de autonomía de la voluntad —añadió—, «[...] pero esa voluntad estará viciada, será la del más débil, la del más vulnerable, a quien todo el sistema —incluso su familia— presionará para que, sintiéndose una carga, pida morir. La brutal distinción entre los sujetos humanos con vidas dignas e indignas de ser vividas se produjo en la primera Ley de eutanasia de Europa en la Alemania de Hitler». A todo ello hay que añadir, afirmó, razones ideológicas, utilitaristas y economicistas. La regulación de la eutanasia es, a su juicio, la respuesta a un sistema de pensiones quebrado; se decide que los enfermos crónicos deben ser eliminados porque son un peso económico para el Estado. Para terminar, el diputado de VOX calificó sumariamente la ley como homicida.

Argumentos semejantes se repitieron a lo largo del debate parlamentario posterior y las dos propuestas de veto presentadas en el Senado por estos dos grupos parlamentarios fueron también rechazadas.

En definitiva, el trasfondo de los argumentos contra la regulación de la eutanasia es la pretendida ausencia de reconocimiento de la autonomía individual: se rechaza la posibilidad de que la persona pueda tomar la decisión de poner fin a su vida de forma racional y libre, y la eutanasia voluntaria es percibida únicamente como el resultado de un abuso por parte de terceros.

Una vez expuestos los argumentos más destacados que se han aducido contra la legalización de la eutanasia, pasaré a comentar las razones que me llevan a defender una regulación de la eutanasia como la que propone la ley, con independencia de que, como ya he señalado, haya aspectos respecto de los que pueda disentir.

2. FUNDAMENTO DE LA LEGALIZACIÓN DE LA EUTANASIA VOLUNTARIA

Como he señalado en trabajos anteriores, el fundamento de la legalización de la eutanasia voluntaria debe asentarse en el reconocimiento constitucional del derecho a la autonomía de la persona, que incluye el derecho a decidir sobre el final de su vida siempre que concurren determinadas circunstancias que garanticen el correcto ejercicio de este derecho y se impidan posibles abusos por parte de terceros o tomas de decisión precipitadas⁶.

La eutanasia voluntaria genera un conflicto de intereses entre, por un lado, el derecho a la vida (artículo 15 de la Constitución) y, por otro lado, la libertad (proclamada como valor superior del ordenamiento jurídico en el artículo 1.1 de la Constitución), la dignidad y el libre desarrollo de la personalidad (que constituyen el fundamento del orden político y de la paz social, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 10.1 de la Constitución), el dere-

cho a la libertad de los individuos (artículos 16.1 y 17.1 de la Constitución) y el derecho a no ser sometido a tratos inhumanos o degradantes (artículo 15 de la Constitución). Este conflicto debe resolverse mediante una ponderación de todos los intereses en juego acorde con la protección que la Constitución dispensa a los mismos a fin de valorar cuál o cuáles de ellos han de prevalecer.

Aunque, por razones obvias, normalmente los conflictos entre el derecho a la vida y otros derechos también protegidos en la Constitución se dirimirán en favor de la vida, no necesariamente ha de ser siempre así. Un supuesto excepcional es el de la eutanasia voluntaria, como declara el preámbulo de la LORE. El texto reconoce la necesidad de compatibilizar el derecho a la vida con otros intereses protegidos en la norma fundamental como la integridad física y moral, la dignidad, la libertad y la autonomía de la voluntad y, en este sentido, afirma: «Cuando una persona plenamente capaz y libre se enfrenta a una situación vital que a su juicio vulnera su dignidad, intimidad e integridad, como es la que define el contexto eutanásico antes descrito, el bien de la vida puede decaer en favor de los demás bienes y derechos con los que debe ser ponderado, 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».

En definitiva, la legalización de la eutanasia es el resultado de una ponderación entre esos dos grupos de intereses que otorga la prevalencia al segundo bloque (dignidad, libertad y autonomía) siempre y cuando se den las condiciones y requisitos previstos en la ley. Como indica el preámbulo, se despenaliza la eutanasia, pero solo «[...] en determinados supuestos, definidos claramente y sujetos a garantías suficientes que salvaguarden la absoluta libertad de la decisión descartando presión externa de cualquier índole».

Quienes rechazan la legalización de la eutanasia voluntaria parten de que este conflicto debe resolverse siempre en favor de la vida. En realidad, lo que defienden, entre otros, los diputados del Partido Popular y de VOX es una concepción del derecho a la vida como un derecho absoluto e irrenunciable. Desde esta perspectiva, la Constitución otorgaría una protección absoluta al derecho a la vida, de manera que cualquier conflicto entre este derecho y otros derechos o intereses también protegidos constitucionalmente debería resolverse siempre en favor de aquel.

Sin embargo, frente a esta interpretación cabe afirmar que ningún derecho reconocido constitucionalmente, incluido el derecho a la vida, goza de protección absoluta. Esta fue la opinión expresada por el Tribunal Constitucional en su trascendental sentencia de 1985, que declaró la constitucionalidad del sistema de indicaciones en materia de aborto. En esta decisiva sentencia, nuestro Tribunal Constitucional negó la existencia de derechos absolutos y afirmó que «[...] todos los bienes y derechos constitucionalmente reconocidos, en determinados supuestos, pueden y deben estar sujetos a limitaciones»⁷.

Además, con ocasión de los recursos de amparo presentados a finales de 1989 por varios internos en huelga de hambre pertenecientes al GRAPO (Grupos de Resistencia Antifascista Primero de Octubre) en los que se planteaba, precisamente, la interpretación constitucional del derecho a la vida y la resolución del conflicto entre este derecho y el de-

recho a la libertad —entendido como derecho a la autonomía del individuo—, aunque el Tribunal se limitó a resolver ese caso particular en atención a las específicas circunstancias del mismo y no ofreció una respuesta general a este conflicto, dejó abierta la cuestión de si el derecho a la vida puede ser, bajo determinadas circunstancias, un derecho disponible⁸.

Así pues, si nuestro Tribunal Constitucional ha negado la existencia de derechos absolutos y, al mismo tiempo, ha dejado la vía abierta para que el derecho a la vida pueda concebirse como un derecho disponible, cabe defender, frente a quienes entienden que la Constitución española otorga a este derecho una protección absoluta y, por tanto, lo conciben como irrenunciable, que el derecho a la vida debe configurarse, en principio, como un derecho-libertad (no es un derecho de ejercicio obligatorio, como puede ser el derecho a la educación en España hasta la edad de 16 años) y, en concreto, como una libertad positiva. Entender el derecho a la vida como una libertad positiva significa que los otros, y en particular el Estado, están obligados a realizar aquellas acciones necesarias para que podamos seguir viviendo, pero lo que no pueden hacer es obligarnos a vivir; es decir, los demás tienen obligaciones que, sin embargo, en determinadas circunstancias nosotros podemos cancelar (Juanatey, 1994: 367-374)⁹.

En definitiva, una lectura sistemática de Constitución española permite afirmar que la eutanasia voluntaria es una conducta conforme a Derecho: se lesiona la vida (en circunstancias de gran penosidad), pero se protegen la autonomía y la dignidad de la persona, y este es el fundamento constitucional de su legalización. Del mismo modo que, a través del Sistema Nacional de Salud, el Estado no debe imponer un tratamiento contra la voluntad del paciente salvo los supuestos excepcionales expresamente establecidos en la ley¹⁰, también debe ayudar a la persona que, ante una situación de enfermedad grave y sufrimiento insoportable, solicite ayuda para poner fin a esa situación, aunque esta provoque su muerte. De acuerdo con tres de los principios básicos de la bioética que deben orientar la práctica de la medicina —los principios de autonomía, de beneficencia y de no maleficencia—, debe respetarse el derecho de cada persona a decidir sobre las cuestiones relativas a su vida y a su salud (principio de autonomía); y, al mismo tiempo, el ejercicio de la medicina debe perseguir tanto el objetivo de procurar la salud como el de no dañar al paciente y tratar de evitarle graves sufrimientos inútiles o innecesarios (principios de beneficencia y de no maleficencia).

3. DESPENALIZACIÓN DE LA EUTANASIA VOLUNTARIA: LA LORE

En las páginas que siguen analizaré brevemente algunos de los aspectos que me parecen más relevantes de la regulación recogida en la LORE.

3.1. EL ARTÍCULO 143 DEL CÓDIGO PENAL

La LORE da nueva redacción al artículo 143 del Código penal (que castiga la inducción y la cooperación al suicidio, así como determinados supuestos de eutanasia¹¹). Con-

cretamente, modifica su apartado 4 e introduce un nuevo apartado 5, cuyo tenor literal es el siguiente:

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

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

Como puede apreciarse, es el apartado 5 el que prevé la despenalización de algunas conductas de eutanasia voluntaria siempre y cuando se cumpla lo dispuesto en la LORE. Aunque el precepto no establece límites respecto a quiénes pueden ayudar a morir, el procedimiento previsto en la LORE circunscribe la despenalización al ámbito médico-sanitario, estableciendo toda una serie de garantías que someten la actuación a un estricto control médico. El apartado 4 dispone que los supuestos de eutanasia voluntaria realizados al margen del procedimiento previsto en la ley podrán ser sancionados con una pena atenuada respecto a las señaladas en los apartados 2 y 3 del mismo precepto.

3.2. DEFINICIÓN DE EUTANASIA EN LA LORE

La LORE propone la siguiente definición de la eutanasia: «Acto deliberado de dar fin a la vida de una persona, producido por voluntad expresa de la propia persona y con el objeto de evitar un sufrimiento». La redacción no me parece muy afortunada, pero no entraré en esta cuestión. En todo caso, el preámbulo excluye expresamente del concepto a las formas pasiva e indirecta de la eutanasia y asume el amplio consenso existente en la doctrina bioética y penalista sobre el empleo del término, que se limita a la eutanasia activa y directa. Desde esta perspectiva, la eutanasia pasiva y la eutanasia indirecta formarían parte del correcto ejercicio de la actividad sanitaria, por lo que es preferible utilizar la denominación «indicación médica» para hacer referencia a estas conductas¹².

Siempre he defendido que, por razones de claridad conceptual, la mejor opción es manejar una definición amplia de eutanasia que incluya sus diversas manifestaciones (voluntaria, no voluntaria, involuntaria, activa, omisiva, directa, indirecta...) ¹³ y, a partir de ahí, establecer de forma razonada cuáles de ellas están justificadas penalmente y cuáles no, y cuál es el fundamento jurídico, en su caso, de la justificación (Juanatey, 2020: 3-6) ¹⁴. No obstante, y dado que la Proposición de Ley despenaliza de forma expresa los supuestos de eutanasia voluntaria (basados en la libre voluntad de la persona que recibe la ayuda para morir), activa y directa, hay que entender que, por razones de proporcionalidad y porque así lo declara su preámbulo, quedan también fuera del Código Penal tanto la eutanasia voluntaria omisiva como la indirecta.

Sin embargo, la LORE no despenaliza todos los supuestos de eutanasia voluntaria, sino solo aquellos que se lleven a cabo con arreglo al procedimiento establecido en su ar-

ticulado o, al menos, respetando los requisitos que se consideran esenciales para entender que la conducta está justificada. De hecho, la Disposición adicional segunda de la LORE establece: «Las infracciones de lo dispuesto en esta Ley quedarán sometidas al régimen sancionador previsto en el artículo VI del título I de la Ley 14/86 General de Sanidad, sin perjuicio de la posible responsabilidad civil o penal y de la responsabilidad profesional o estatutaria que pueda corresponder».

Esta disposición obliga, por tanto, a distinguir los requisitos «no esenciales» de la prestación de ayuda para morir, cuyo incumplimiento podría ser sancionado con arreglo a la Ley 14/86; y los requisitos «esenciales», cuyo incumplimiento podría dar lugar a responsabilidad penal. Desde mi punto de vista, deberían considerarse en todo caso requisitos esenciales: la presencia de «consentimiento informado» (art. 3. a) LORE); la realización de la prestación bajo la dirección del «médico responsable» (art. 3. d)); y la existencia de un «padecimiento grave, crónico e imposibilitante» o de una «enfermedad grave e incurable» (art. 3, apartados b) y c), respectivamente). De cualquier modo, los órganos judiciales deberán, en su caso, determinar la eventual existencia de responsabilidad penal o administrativa, lo que a buen seguro va a suscitar no pocos problemas de interpretación.

3.3. CONTEXTO MÉDICO-SANITARIO

La LORE despenaliza la eutanasia voluntaria siempre que se produzca en un contexto sanitario en el que un médico asuma la dirección y coordinación de la prestación. Se trata, en mi opinión, de una medida de precaución razonable. La restricción de la legalización de la eutanasia a la ayuda para morir realizada en un contexto médico-sanitario ha sido la opción elegida hasta el momento por la totalidad de los Estados que han legalizado supuestos de eutanasia o de auxilio al suicidio (Holanda¹⁵, Bélgica¹⁶, Luxemburgo¹⁷, Quebec¹⁸ el Estado de Victoria en Australia¹⁹, algunos estados de Estados Unidos²⁰, Canadá²¹...), y ha sido también la que ha propuesto el Grupo de Estudios de Política Criminal (en adelante, GEPC) en su *Alternativa al tratamiento de la disponibilidad de la propia vida*²².

A mi juicio, se trata de una decisión garantista y prudente que asegura la supervisión por parte de especialistas —que son quienes deben conocer y decidir sobre aspectos esenciales relativos al estado de padecimiento o enfermedad del paciente— de la información terapéutica imprescindible de la que ha de disponer el paciente²³ o de las sustancias que deben administrarse, las dosis adecuadas, etc. En concreto, la LORE prevé la figura del «médico responsable» (art. 3. d)), que es quien debe asumir la dirección de la prestación; en particular, le corresponde la coordinación de la información y de la asistencia sanitaria, la asunción de la dirección del proceso deliberativo con el paciente sobre su diagnóstico, las posibilidades terapéuticas y los resultados esperables (artículo 8.1) y, en general, la interlocución principal con el paciente a lo largo del proceso asistencial, todo ello sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que puedan participar en el mismo. Esto es, la LORE atribuye al médico responsable la dirección del proceso (art. 8), pero a lo largo del procedimiento establecido en la misma prevé la intervención de otros profesionales sanitarios (arts. 3. g), 6.2 y 11) que integrarán el «equipo sanitario competente» al que se

refiere la ley en su artículo 4.2²⁴. La LORE no ofrece una definición del equipo sanitario competente ni contiene referencias a su composición, por lo que cabría entender que puede formar parte del equipo sanitario o asistencial cualesquiera profesionales —entre ellos, trabajadores sociales, psicólogos, etc.— que se integren en el mismo y actúen bajo la dirección del médico responsable.

Precisamente, el artículo 3. g) de la LORE define la «Prestación de ayuda para morir» en estos términos: «Acción derivada de proporcionar los medios necesarios a una persona que cumple los requisitos previstos en esta Ley y que ha manifestado su deseo de morir. Dicha prestación se puede producir en dos modalidades: 1.ª) La administración directa al paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario competente. 2.ª) La prescripción o suministro al paciente por parte del profesional sanitario de una sustancia, de manera que esta se la pueda autoadministrar, para causar su propia muerte». Es decir, no es necesario que sea el médico el que administre directamente la medicación necesaria, sino que puede hacerlo cualquier profesional sanitario competente. El suministro de la medicación al paciente para su autoadministración también puede hacerlo cualquier profesional sanitario (aunque, sorprendentemente, solo en la primera modalidad se hace referencia a que ha de ser «competente»), pero entiendo que la prescripción debe hacerla un médico.

La norma, pues, despenaliza la conducta de los profesionales sanitarios que intervengan en el proceso de ayuda para morir, pero también, de acuerdo con las reglas generales de la participación en Derecho penal, la de cualquier otra persona que pueda prestar su colaboración, siempre que actúe bajo la dirección del médico responsable y concurran los elementos que la norma exige para justificar la conducta (por ejemplo, el familiar que ayuda al paciente que se autoadministra en su domicilio la sustancia prescrita por el médico, previsión contemplada en el art. 14). En estos casos, la LORE requiere que «[...] el médico, así como el resto de profesionales sanitarios, tras prescribir la sustancia que el propio paciente se autoadministrará, mantendrá la debida tarea de observación y apoyo a este hasta el momento de su fallecimiento» (art. 11.3). No obstante, constituiría una interpretación excesivamente formalista de la norma entender que, una vez realizados todos los trámites establecidos en la ley, la autoadministración debe llevarse a cabo por el propio paciente en solitario y sin la posible ayuda de los familiares que puedan acompañarle.

En definitiva, la LORE garantiza la práctica de la eutanasia en un contexto médico controlado, evitando que tengan que ser los familiares o allegados de la persona quienes asuman, sin los conocimientos adecuados, la ayuda médica para morir.

Durante la tramitación parlamentaria se han introducido algunos cambios en el texto presentado en enero de 2020 cuya conveniencia me parece dudosa. Así, el artículo 14 *in fine* de la LORE establece: «No podrán intervenir en ninguno de los equipos profesionales quienes incurran en conflicto de intereses ni quienes resulten beneficiados de la práctica de la eutanasia». Por un lado, esta limitación podría suponer una traba para que profesionales sanitarios que sean familiares del paciente puedan intervenir en el caso de que, por ejemplo, sean sus herederos, aun cuando el solicitante de la prestación así lo desee. Por otro, podría generar dudas sobre las consecuencias de la ayuda de parientes, posibles herederos, al paciente que ha elegido la autoadministración en su domicilio. Creo que sería mejor no

establecer esta limitación expresa y dejar que, en su caso, los órganos judiciales determinen en supuestos que susciten sospechas si esos profesionales o parientes han actuado en su propio interés y no con la finalidad de dar cumplimiento a los deseos del paciente, como exige la LORE. No hay que olvidar que la ley establece suficientes garantías y controles a fin de evitar posibles abusos.

En todo caso, lo que la LORE no permite es que cualquier persona ayude a otro a morir —aunque este sufra un padecimiento grave, crónico e imposibilitante o una enfermedad grave e incurable, y haya formulado una petición de ayuda para morir de forma expresa, seria e inequívoca— si la ayuda no se lleva a cabo con observancia del procedimiento y las garantías establecidas en su articulado. En tales hipótesis, la opción que se ha adoptado durante la tramitación parlamentaria ha sido la de castigar estos supuestos de eutanasia voluntaria a través del artículo 143.4 del Código Penal con una pena atenuada respecto a las previstas en los números 2 y 3 del mismo precepto.

Sin pretender entrar aquí en las muy diversas situaciones que podrían producirse en la práctica y que generarían dificultades para determinar la posible responsabilidad penal, sí quiero hacer referencia a algunas complicaciones que, en mi opinión, puede plantear esta previsión normativa.

La primera dificultad estriba en la fundamentación de la responsabilidad penal en los supuestos de hecho del 143.4 CP. Aunque, lógicamente, una vez aprobada la legalización de la eutanasia voluntaria, el número de estas infracciones será muy escaso, en el caso de que se produzcan no veo la razón para castigarlas expresamente y con carácter general. Se trata de conductas en las que, de acuerdo con la descripción típica, ha de actuarse en atención a una decisión autónoma (se exige petición expresa, seria e inequívoca de la persona) y la persona solicitante ha de sufrir un «padecimiento grave, crónico e imposibilitante» o una «enfermedad grave e incurable» (definidos en el artículo 3 de la LORE, apartados b) y d), respectivamente). Creo que hubiese sido mejor no introducir esa previsión específica y dejar a los órganos judiciales el análisis de las razones por las que no se recurrió, en su caso, al procedimiento previsto en la ley, así como la valoración de la posible apreciación de una eximente de estado de necesidad (completa o incompleta), una causa de inexigibilidad (completa o incompleta) o una atenuante, dependiendo de las circunstancias concurrentes²⁵.

Una segunda dificultad puede surgir en aquellos supuestos en los que la ayuda a morir haya tenido lugar en un momento previo a la fecha de aprobación de la LORE. En mi opinión, estos casos deberán justificarse, en virtud del estado de necesidad justificante (art. 20.5 del Código Penal), de acuerdo con la protección constitucional del derecho a la autonomía individual, fundamento de la regulación de la eutanasia voluntaria, dado que en el momento de realización de los hechos no existía la posibilidad legal de recibir la prestación de ayuda para morir²⁶. Sin embargo, el mantenimiento del castigo expreso de tales conductas en el artículo 143.4 puede complicar las cosas y dar lugar a resoluciones judiciales que entiendan que la conducta debe ser castigada de acuerdo con este precepto.

3.4. ENFERMEDAD O ESTADO DE PADECIMIENTO DE LA PERSONA QUE SOLICITA LA PRESTACIÓN

La Proposición de Ley ofrece una definición de las situaciones de enfermedad o estado de padecimiento en las que ha de encontrarse la persona que solicita la ayuda para morir y a las que hace referencia el artículo 143.4 del Código Penal en la redacción propuesta por la ley.

El art. 3. b) de la LORE define el «padecimiento grave, crónico e imposibilitante» como la «situación que hace referencia a limitaciones que inciden directamente sobre la autonomía física y actividades de la vida diaria, de manera que no permite valerse por sí mismo, así como sobre la capacidad de expresión y relación, y que llevan asociado un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable para quien lo padece, existiendo seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones vayan a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable. En ocasiones puede suponer la dependencia absoluta de apoyo tecnológico».

Por su parte, el art. 3. c) define la «enfermedad grave e incurable» como «la que por su naturaleza origina sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables sin posibilidad de alivio que la persona considere tolerable, con un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva».

Ambas definiciones fueron modificadas durante el debate parlamentario. En general, la nueva redacción ha mejorado en algunos aspectos las definiciones establecidas en el texto presentado en enero de 2020²⁷.

Por un lado, se recogen supuestos de enfermedad grave e incurable sin exigir, como hacía el texto inicial de la LORE, que la enfermedad se hubiera originado independientemente de la voluntad del paciente. No era fácil de entender cuál podía ser la razón de esa exigencia, que, entre otras cosas, impedía que, en el caso de que ese estado de salud se hubiese originado por un intento de suicidio, por ejemplo, pudiese prestarse la ayuda para morir, una vez que la persona se encontrase en esa situación y su consentimiento reuniese los requisitos previstos en la propia ley²⁸. Asimismo, el hecho de que sea necesario que la enfermedad presente un pronóstico de vida «limitado» permite que se incluyan aquellos supuestos en los que no necesariamente la persona se encuentre en estado terminal.

Por otro lado, considero acertado que se legalicen también aquellos casos de eutanasia voluntaria en los que la persona se encuentra en una situación de padecimiento grave de carácter crónico e imposibilitante, supuesto que incluye situaciones de incapacidad permanente (tetraplégicos, por ejemplo) que causen un sufrimiento «psíquico» (y no necesariamente físico) constante e intolerable para la persona. Sin embargo, resulta desconcertante que se haya sustituido el término «invalidante», al que se hacía referencia en el texto inicial, por «imposibilitante», dado que este último término no se encuentra en el *Diccionario de la Real Academia Española* y, a mi juicio, los casos a los que se alude son los mismos.

La concurrencia o no de ese estado de enfermedad o padecimiento deberá, en primer lugar, ser objeto de valoración médica con las garantías que establece el procedimiento

previsto en la LORE (en especial, las de su artículo 8), y siempre en el contexto de un proceso deliberativo con el paciente sobre su diagnóstico, sus posibilidades terapéuticas y los resultados esperables, así como sobre la posibilidad de acceder a cuidados paliativos. Seguidamente, tendrá que ser verificado por dos miembros de la Comisión de Garantía y Evaluación (un profesional médico y un jurista), designados por su presidente; en caso de desacuerdo entre estos dos miembros, deberá decidir el Pleno de la Comisión (art. 10 LORE).

Si la ayuda para morir se lleva a cabo al margen del procedimiento previsto en la LORE, la conducta de quien ayude a morir podrá ser sancionada con arreglo al artículo 143.4 del Código Penal; para ello, será necesario probar que la persona se encontraba en esa situación de enfermedad o estado de padecimiento. En el caso de que este extremo no quede acreditado, los hechos podrían ser sancionados con arreglo a los números 2 o 3 del artículo 143, o incluso ser calificados como un delito de homicidio o asesinato de los artículos 138 y 139 del Código Penal, dependiendo de los elementos concurrentes.

3.5. REQUISITOS PERSONALES EXIGIDOS PARA PODER RECIBIR LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

En primer lugar, la LORE requiere que la persona solicitante de la ayuda tenga la nacionalidad española o residencia legal en España o certificado de empadronamiento que acredite un tiempo de permanencia en territorio español superior a doce meses. Con este requisito, el legislador pretende evitar que la aprobación de la ley atraiga a extranjeros no residentes en España que provengan de países en los que no se haya legalizado la eutanasia voluntaria (o se haya legalizado con requisitos más restrictivos).

En segundo lugar, la LORE requiere que la persona sea capaz y se encuentre en estado de consciencia en el momento de formular su solicitud de ayuda para morir, y a lo largo del procedimiento prevé toda una serie de garantías para asegurar la autonomía de la decisión. Así, el artículo 3. a) define el «consentimiento informado» como «la conformidad libre, voluntaria y consciente del paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que, a petición suya, tenga lugar una de las actuaciones descritas en la letra g)», esto es, la prestación de la ayuda para morir. Y, en relación con el consentimiento informado, en el artículo 4.3 establece la obligación de garantizar los medios adecuados para que las personas solicitantes de la prestación reciban la información y ayuda necesarias para que puedan formar y expresar su voluntad de forma libre, y tomar una «[...] decisión individual, madura y genuina, sin intromisiones, injerencias o influencias indebidas». Al mismo tiempo, el artículo 6 exige que la solicitud de la prestación se haga por escrito o por otro medio que permita dejar constancia de la voluntad «inequívoca» del solicitante.

Ahora bien, cuando a juicio del médico responsable el paciente no se encuentre en el pleno uso de sus facultades ni pueda prestar su conformidad libre, voluntaria y consciente, podrá igualmente satisfacerse la prestación si el solicitante ha suscrito con anterioridad un testamento vital o documento equivalente legalmente reconocido. En el caso de que en

dicho documento se haya nombrado representante, este será el interlocutor válido para el médico responsable (artículo 5 LORE).

En tercer lugar, la LORE establece como exigencia para que sea válido el consentimiento que la persona sea mayor de edad. La exigencia de haber alcanzado la mayoría de edad es también el criterio seguido por una parte importante de los países que han legalizado algunas conductas de eutanasia o de auxilio al suicidio (Canadá²⁹, Quebec³⁰, algunos estados de EE. UU.³¹ y Luxemburgo³², entre otros). Sin embargo, tanto la regulación holandesa como la belga prevén un marco de actuación más amplio. Estos dos países no limitan la posibilidad de la eutanasia a los mayores de edad³³.

En Holanda, además de los mayores de edad, la regulación incluye entre las personas que pueden solicitar la eutanasia a los pacientes de entre 12 y 18 años de edad, siempre que concurren determinados requisitos expresamente previstos en la ley. Los menores han de ser capaces de realizar una valoración razonable de sus intereses en relación con estas cuestiones, y quienes ejerzan la patria potestad o la tutela del menor deben participar en la toma de decisión cuando se trate de menores de entre 16 y 18 años, o estar de acuerdo con la decisión en el supuesto de menores de entre 12 y 16 años³⁴.

Por su parte, Bélgica estableció inicialmente la exigencia de que la persona fuese mayor de edad o menor de edad emancipado. Sin embargo, en 2014 se aprobó una reforma legal de la Ley de eutanasia de 2002 que permite solicitar la ayuda para morir a menores sin establecer un límite mínimo de edad. No obstante, en estos supuestos los requisitos son mucho más estrictos: el menor ha de tener capacidad de discernimiento, circunstancia que deber ser valorada por un psiquiatra o psicólogo, quien, previo estudio del historial médico del menor, deberá certificar por escrito, en su caso, su capacidad; el solicitante ha de padecer una «afección accidental o patológica» grave e incurable, que le produzca un sufrimiento «físico» (no se incluye el psíquico) constante e insoportable y para la que no exista solución médica; la muerte ha de ser inevitable a corto plazo y se ha de contar con el acuerdo expreso y por escrito de los representantes legales del menor³⁵.

En cualquier caso, como ha señalado Laporta (2010: 24-31), en general —y no solo cuando se trata de menores—, la capacidad de la persona para tomar decisiones autónomas implica una serie de propiedades de naturaleza psicológica que en su mayoría son graduales, rasgo que se proyecta en el acto que es expresión de su autonomía, es decir, en el consentimiento mismo. Así, de acuerdo con el autor, si la autonomía personal es una cuestión de grado, habrá que defender un cierto «umbral de autonomía» por debajo del cual el paciente —sea menor de edad o no— no puede o no tiene que prestar su consentimiento. Concretamente, el grado de competencia de cada solicitante depende no solo de su personalidad, sino también de la patología que tiene que afrontar. Por esa razón, en aquellos supuestos en los que la decisión del paciente es de gran trascendencia para su vida y su salud (como, entiendo, son los casos de eutanasia descritos en la Proposición de Ley), el médico —afirma Laporta— ha de implicarse seriamente en un proceso de argumentaciones y reflexiones con el paciente a fin de comprobar que su solicitud es libre y racional y que, además de respetar el principio de autonomía, esta responda al principio de mayor beneficio para el solicitante.

Considerando lo expuesto hasta aquí, entiendo que es preferible la opción elegida por Holanda o Bélgica de abrir la puerta a que los menores de 18 años que estén en condiciones de hacer una valoración razonable de su situación y del alcance de su decisión, puedan solicitar la ayuda para morir³⁶, siempre que, como establecen ambas regulaciones, se impongan toda una serie de requisitos que traten de asegurar una toma de decisión cabal y responsable, y que los padres o tutores participen de algún modo en la misma (en supuestos extremos de oposición de quienes ejerzan la patria potestad, cabría acudir a la vía civil para la resolución del conflicto). En este sentido, la experiencia de estos dos países debería haberse tenido en cuenta, dado que no parece que, a pesar de su complejidad³⁷, esta previsión haya creado algún tipo de problema o provocado abusos³⁸.

Ahora bien, lo dispuesto en la LORE es coherente con la actual regulación de los límites al consentimiento del paciente regulados en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, que ha restringido considerablemente la capacidad de decisión de los menores de edad en el ámbito médico. Así, tras las modificaciones introducidas en 2015 en el artículo 9 de la citada ley, aunque se reconoce capacidad para consentir a los menores emancipados o con 16 años cumplidos, cuando se trate de actuaciones de grave riesgo para la vida o la salud del paciente no se reconoce capacidad para decidir a los menores de edad; en tales supuestos, el consentimiento deberá prestarlo su representante legal³⁹. Esta involución parece responder más a razones de tipo ideológico que a la prueba de la ausencia de madurez de los menores de 18 años o a la constancia de la comisión de abusos asociados a su mayor vulnerabilidad⁴⁰.

Por eso, si la evolución legislativa —a mi juicio, claramente equivocada— se ha caracterizado por la reducción paulatina de la capacidad para consentir de los menores de 18 años en el ámbito médico (aunque no solo), es comprensible que la ley que regule la eutanasia no haya excedido los límites que la Ley 41/2002 establece en relación con el reconocimiento general de la capacidad para consentir de los menores de edad, todo ello, insisto, sin perjuicio de que en mi opinión sería más razonable una regulación como la belga o la holandesa.

De hecho, con la situación actual, por un lado, en los casos en que un menor de dieciocho años sufra un «padecimiento grave, crónico e imposibilitante» o una «enfermedad grave e incurable» como las que describe la LORE necesite una intervención que implique un grave riesgo para su vida o su salud, regirá lo dispuesto en la Ley 41/2002 y, en consecuencia, el consentimiento debe prestarlo su representante legal; pero, por otro lado, si de lo que se trata es de ayudar a morir al menor maduro que solicita esa ayuda ante los sufrimientos que padece, o si es un niño de muy corta edad el que sufre una enfermedad incurable que le provoca graves sufrimientos, esa situación médica nos sitúa ya en un contexto de «eutanasia no voluntaria»⁴¹ (dado que no se reconoce a ningún menor de edad la capacidad para decidir en este ámbito) que requeriría una regulación especial expresa, pues parece claro que la Ley 41/2002 no autoriza los supuestos de eutanasia no voluntaria en los que los representantes legales puedan tomar la decisión en nombre del menor⁴². No me parece correcto que, en el caso de menores maduros que requieran de una intervención médica que conlleve grave riesgo para su vida o su salud, el consentimiento deban prestarlo

necesariamente los representantes legales⁴³, y tampoco vería problema alguno en el hecho de que la LORE regulase también la eutanasia no voluntaria⁴⁴, aunque entiendo, como ya he apuntado arriba, la prudencia de la regulación finalmente aprobada.

3.6. COMISIONES DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN

La LORE prevé la creación de una Comisión de Garantía y Evaluación en cada comunidad autónoma y en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, órganos que tendrán su propio reglamento interno.

A estas comisiones les corresponde resolver las reclamaciones frente a la denegación de la ayuda a morir, verificar el cumplimiento de los requisitos procedimentales para la realización de la prestación, la detección de posibles problemas en el cumplimiento de las obligaciones previstas en la ley, la resolución de dudas relativas a su aplicación, y todas aquellas facultades que puedan atribuirles los gobiernos autonómicos o el Ministerio de Sanidad en el caso de Ceuta y Melilla.

Desde mi punto de vista, es un error que haya 19 comisiones con su propio reglamento interno. Tras las enmiendas presentadas durante la tramitación parlamentaria, el nuevo texto ha especificado algo más —aunque no mucho— la composición de las comisiones. Ahora, el artículo 17.1 prevé que la composición debe ser multidisciplinar y que ha de contar con un número mínimo de siete miembros, entre ellos personal médico y juristas. La determinación de su régimen jurídico corresponderá a cada comunidad autónoma, salvo en el caso de Ceuta y Melilla, donde será el Ministerio de Sanidad el que cree las comisiones y establezca su régimen jurídico.

Considero que, a fin de garantizar la igualdad de la prestación en una materia tan sensible y novedosa como esta, habría sido más adecuado que le LORE previera que una sola comisión de ámbito estatal ejerciese el control y garantizase la unidad de criterio a la hora de resolver los problemas que se puedan producir en la práctica⁴⁵. Al menos el texto aprobado en marzo de 2021 (a diferencia del texto inicial, que nada decía al respecto) establece que el Ministerio de Sanidad y los presidentes de las Comisiones de Garantía y Evaluación de las comunidades autónomas deberán reunirse anualmente, bajo la coordinación del Ministerio, para homogenizar criterios e intercambiar buenas prácticas en el desarrollo de la prestación en el Sistema Nacional de Salud. A mi juicio, esta previsión no garantiza la igualdad en la prestación.

3.7. CONTROL DE LA PRESTACIÓN DE LA AYUDA PARA MORIR

El procedimiento previsto en la LORE establece un control previo a la prestación de la ayuda para morir y otro posterior a la misma.

Así, el artículo 8.4 de la ley dispone que, una vez completados los trámites establecidos y verificado que el paciente se encuentra en alguno de los supuestos que autorizan a proceder a la práctica de la eutanasia, con carácter previo a la realización de la pres-

tación, el médico responsable deberá ponerlo en conocimiento de la persona que presida la Comisión de Evaluación y Control, que en el plazo máximo de dos días deberá designar a dos de sus miembros para que comprueben la concurrencia de los requisitos legales y emitan un informe en el plazo máximo de siete días naturales (art. 10.1 y 3 LORE). Finalmente, la Comisión deberá emitir una resolución en el plazo máximo de dos días naturales (art. 10.4). Durante el trámite parlamentario se suprimió la posibilidad de que en supuestos excepcionales de muerte o pérdida de capacidad inminentes pueda prescindirse de este control⁴⁶, una limitación, a mi entender, poco razonable. Se trata de situaciones de carácter excepcional que deben ser valoradas por el médico responsable y que, en todo caso, han de ser objeto de control posterior para verificar la adecuación de la prestación.

Una vez realizada la ayuda para morir (en el caso de que la resolución anterior haya sido favorable), y en el plazo máximo de los cinco días hábiles posteriores a la asistencia, el médico responsable deberá remitir a la Comisión dos documentos en los que ha de constar la información relativa al paciente, a su situación médica y al procedimiento seguido para realizar la intervención, así como la información relativa al médico responsable y al médico consultor.

También en este punto hay algún elemento que podría ser reconsiderado. En el llamado «documento segundo» previsto en el artículo 12. b) de la LORE deben constar, entre otros datos, la fecha y lugar de la muerte y el tiempo transcurrido desde la primera y la última petición hasta la muerte de la persona. Esto implica que la regulación del procedimiento, sometido al plazo indicado de cinco días, podría impedir la posibilidad de que el médico suministre o prescriba la sustancia necesaria para su autoadministración por el propio paciente a fin de que, llegado el momento en que ya no se encuentre en condiciones de soportar el sufrimiento por más tiempo, decida autoadministrársela, evento que puede producirse tiempo después del momento de la prescripción o no llegar siquiera a ocurrir. El mero hecho de contar con la medicación o saber que está a su disposición para poder utilizarla en el momento en que lo considere necesario es un factor que reduce de manera significativa la ansiedad y el sufrimiento psicológico y proporciona una gran tranquilidad a los pacientes, pues en tal caso saben que tienen el control de la situación. De hecho, esto es lo que manifestaron algunos de los pacientes de Oregón (EE. UU.) que recibieron la ayuda al suicidio, algunos de los cuales ni siquiera llegaron a usar.

Desde mi punto de vista, habría sido preferible prescindir de ese control previo. Se trata de una medida que refleja cierta desconfianza sobre el buen hacer del personal sanitario y que alarga y dificulta el proceso de manera innecesaria. El establecimiento de un control posterior me parece una garantía suficiente. En principio, como en cualquier otra intervención médica, debe presumirse que el personal sanitario actuará con arreglo al procedimiento; de hecho, este es el sistema seguido en Holanda⁴⁷, Bélgica⁴⁸ o Quebec⁴⁹, y no parece que esta presunción haya cercenado las garantías en el procedimiento. El control posterior no solo sería suficiente en orden a garantizar la legalidad de la actuación, sino que permitiría, a su vez, conocer la situación general relativa a la eutanasia en todo el país a través de las reuniones anuales previstas en el artículo 17.5 de la LORE.

3.8. INTEGRACIÓN DE LA ASISTENCIA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y CAUSA DE LA MUERTE

Dos aspectos positivos de la LORE merecen ser recalcados. Por un lado, la inclusión de la prestación de ayuda para morir en la Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y su financiación pública (art. 13). La ayuda para morir podrá prestarse en centros sanitarios, públicos, privados o concertados, o en el propio domicilio del paciente (art. 14), y se prevé que el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud elabore un manual de buenas prácticas a fin de orientar la correcta aplicación de la ley (Disposición adicional sexta).

Por otro lado, debe destacarse que la LORE declara expresamente que la muerte derivada de la prestación de la ayuda para morir deberá ser considerada muerte natural a todos los efectos (Disposición adicional primera). Esta precisión es muy importante para el enfermo a los efectos de los posibles seguros de vida que haya podido suscribir.

3.9. OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

La LORE prevé el derecho al ejercicio de la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios que, por razones de conciencia, consideren que es su deber no participar en la prestación de ayuda para morir a un paciente. Con esta previsión se trata de garantizar tanto el derecho de los sanitarios a la objeción de conciencia como el derecho del paciente a recibir la ayuda para morir, de forma que el acceso a la asistencia y la calidad de la misma no se vean obstaculizados o mermados. Y, del mismo modo que en el caso del derecho a la objeción a la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo, la ley establece que la objeción deberá manifestarse anticipadamente y por escrito. Además, prevé la creación de un registro de profesionales sanitarios objetores a fin de proporcionar a la Administración sanitaria la necesaria información que le permita asegurar una gestión adecuada de la prestación.

La previsión de este registro es muy importante para evitar problemas como los que se han denunciado en relación con la práctica legal del aborto, problemas que derivan de la inexistencia de un registro de esas características⁵⁰.

Aunque la creación de un registro de profesionales objetores ha sido puesta en entredicho por considerar que podría vulnerar el derecho a la intimidad de los profesionales, me parece que esa crítica no está justificada. Los datos relativos a los sanitarios estarán protegidos de acuerdo con lo dispuesto en la Ley de protección de datos personales (LO 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales) y serán utilizados exclusivamente por la Administración en la gestión de la prestación de la ayuda para morir (art. 16.2 LORE). La afectación del derecho a la intimidad es la mínima imprescindible para garantizar el derecho a la ayuda para morir sin que el primero de los derechos se vea menoscabado en su contenido esencial ni de forma relevante.

Ahora bien, esta previsión presenta algunas carencias que sería aconsejable suplir. Sería necesario establecer, aunque fuese de manera sucinta, algunas precisiones adicionales sobre

el ejercicio de este derecho. Durante el debate parlamentario se han introducido especificaciones sobre las personas que pueden acogerse al derecho a objetar; la redacción finalmente aprobada por el Congreso alude a los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación (art. 16.1 LORE). La ley, sin embargo, sigue sin resolver cuestiones tales como el tipo de actos amparados por la objeción, las medidas a adoptar para sustituir de forma eficaz al objetor para que no se cause un daño añadido a la persona que solicita la eutanasia, entre otras⁵¹.

No obstante todo lo anterior, cabe señalar, *de lege ferenda*, que la solución al problema de la objeción de conciencia en el ámbito sanitario debería abordarse mediante una legislación general aplicable a los diversos supuestos que llevan a los profesionales de la sanidad a objetar la realización de determinadas intervenciones sanitarias por razones de conciencia⁵².

4. REFLEXIÓN FINAL

He dedicado las páginas anteriores a comentar los aspectos que me parecen más relevantes de la ley reguladora de algunos supuestos de eutanasia voluntaria, presentada por el grupo parlamentario socialista y aprobada por el Congreso de los Diputados el 18 de marzo de 2021. Como ya he señalado, mi opinión general sobre la ley aprobada es muy positiva, si bien hay algunos puntos que considero que pueden ser controvertidos y que podrían ser reconsiderados. Entre ellos, destacaría los siguientes:

En primer lugar, el castigo, expresamente previsto en el artículo 143.4 del Código Penal, de algunos supuestos de eutanasia voluntaria que se realicen al margen del procedimiento. Por las razones expuestas en el texto, entiendo que sería mejor eliminar este castigo explícito y dejar que sean los órganos judiciales quienes analicen las razones por las que no se recurrió, en su caso, al procedimiento previsto en la ley y valoren la posible apreciación de una causa de justificación o de inexigibilidad —completas o incompletas— o una atenuante de la responsabilidad criminal.

En segundo lugar, la exigencia de haber alcanzado la mayoría de edad para poder consentir la prestación, que lamentablemente deja fuera a los menores maduros que estén en condiciones de hacer una valoración razonable de sus intereses. Aunque, como he apuntado, puede entenderse la prudencia de la ley y su coherencia con la actual regulación del consentimiento de los menores en el ámbito sanitario, la realidad es que en este punto se establece una limitación de los derechos de los menores maduros para la que no encuentro justificación; hay fórmulas que cabría arbitrar para otorgar capacidad al menor maduro en este ámbito; por ejemplo, un sistema de decisión conjunta o asistida en el que intervengan los padres o tutores y los responsables médicos.

En tercer lugar, la creación de 19 Comisiones de Control y Evaluación, con sus correspondientes reglamentos internos, me parece equivocada; en mi opinión, tratándose de una materia tan sensible y novedosa como esta, sería fundamental, a fin de garantizar la

igualdad en la prestación, que una única comisión de ámbito estatal ejerciese el control y garantizase la unidad de criterio a la hora de resolver los problemas que se puedan producir en la aplicación de la ley.

En cuarto lugar, considero que la previsión de dos controles —uno previo y otro posterior a la prestación de la ayuda para morir— alarga y dificulta el proceso de manera innecesaria; en este punto, entiendo que sería garantía suficiente el establecimiento de un único control posterior —como se prevé en países como Holanda o Bélgica— unido al resto de requisitos previstos en el procedimiento. Además, la información requerida y la estipulación de algunos plazos estrictos para el control por estas comisiones puede impedir que los pacientes reciban la sustancia prescrita por el médico para que se la autoadministre más adelante, cuando ya no se encuentre en condiciones de soportar el sufrimiento, circunstancia que puede producirse tiempo después del momento de la prescripción o no llegar siquiera a ocurrir.

En quinto y último lugar, la regulación de la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios a la práctica de la eutanasia debería ser más precisa, aunque lo deseable sería la aprobación de una legislación general sobre la objeción de conciencia en el ámbito sanitario.

A pesar de estas objeciones, y como ya he señalado, mi opinión sobre la regulación de la eutanasia voluntaria recién aprobada es claramente positiva; en términos generales, la LORE es razonable y supone un gran avance en el reconocimiento del derecho de las personas a su autonomía y a morir con dignidad.

NOTAS

1. Sobre las diferentes Propuestas, *vid.* Juanatey Dorado (2020: 1-25).
2. Boletín Oficial de las Cortes Generales, Congreso de los Diputados, XIV Legislatura, Serie B, Núm. 46-, 25 de marzo de 2021. Votaron a favor los grupos parlamentarios: Socialista (120), VOX (1), Confederación Unidas Podemos-En Comú Podem-Galicia en Común (34), Republicano (12), Ciudadanos (10), Plural (11), Vaso (6), Euskal Herria Bildu (5) y Mixto (3). Votaron en contra los grupos Parlamentarios: Popular (87), VOX (51) y Mixto (3). Se abstuvieron un diputado del Grupo Plural y otro del Grupo Mixto.
3. Diario de Sesiones del Congreso de los Diputados, Pleno y Diputación Permanente, XIV Legislatura, 2020, Núm. 43, Sesión plenaria de 10 de septiembre.
4. Diario de Sesiones del Congreso de los Diputados, Pleno y Diputación Permanente, XIV Legislatura, 2020, Núm. 7, Sesión plenaria de 11 de febrero de 2020.
5. Sin embargo, en relación con el funcionamiento general de la regulación de la eutanasia en Holanda, el Real Colegio de Médicos holandeses (KNMG), en su informe de 29 de marzo de 2017, ha manifestado: «La actual Ley de Eutanasia es eficaz y tiene una extensa aplicación: la práctica de la eutanasia actual es minuciosa, transparente, verificable, segura para pacientes y médicos, y goza de un apoyo generalizado» [en línea] <<https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2018/09/17-KNMG.Vida-Cumplida-esp.pdf>>.

6. Precisamente, como señala Neumann, uno de los argumentos que se aducen, sobre todo en la dogmática alemana, para rechazar la legalización de supuestos de eutanasia voluntaria activa es el riesgo de que se tomen decisiones precipitadas que puedan afectar a las preferencias o intereses de la persona a largo plazo (2010: 291-297).

7. STC 53/1985, de 11 de abril, FJ 9.

8. SSTC 120/90 de 27 de junio, 137/90 de 19 de julio y 11/90 de 17 de enero. A fin de justificar la alimentación forzosa a los huelguistas, el Pleno del Tribunal Constitucional se apoyó en dos argumentos que son, sobre todo el primero, los que le llevaron definitivamente a adoptar esa decisión: la «relación especial de sujeción» en que se encuentran los reclusos en relación con la Administración penitenciaria y la «ilicitud» de la huelga de hambre en esta situación. Estas dos últimas circunstancias fueron las que, a juicio del TC, justificaron la alimentación forzosa en el caso concreto que trató de resolver —criterio no compartido por algunos de sus miembros que presentaron votos particulares—. Sin embargo, el propio TC sugirió —aunque solo como mera hipótesis— que las cosas podrían ser diferentes si se tratase de ciudadanos libres o de internos en otras circunstancias, aunque no concretó qué pasaría en tales situaciones.

9. También Carbonell Mateu (2018: 802) rechaza la caracterización del derecho a la vida como un derecho absoluto

10. Artículo 9.2, de Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

11. El actual artículo 143 del Código penal establece: «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 este, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo».

12. En relación con esta cuestión, Corcoy Bidasolo se plantea qué diferencia cualitativa puede haber entre la sedación terminal, que provoca una situación letárgica de coma, y el hecho de administrar una inyección que provoque instantáneamente la muerte; incluso se pregunta si no atenta más gravemente a la dignidad del paciente la situación de coma (2010: 308).

13. Sanz Morán (2008: 305-335) ofrece un análisis detallado de los diferentes tipos de eutanasia y de los diversos criterios interpretativos sobre su relevancia penal.

14. Considera también necesario, desde la perspectiva legal, diferenciar las diversas formas de eutanasia, Corcoy Bidasolo (2010: 306-307).

15. Artículos 1 y 2 de la Ley de comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio, de 10 de abril de 2001. Sobre la importancia del papel de los médicos en la práctica de la eutanasia en Holanda y la necesidad de que estos lleven a cabo un análisis profesional minucioso y cauteloso de la situación del paciente, puede verse el Informe de 29 de marzo de 2017 del Real Colegio de Médicos holandés (KNMG) [en línea] <<https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2018/09/17-KNMG.Vida-Cumplida-esp.pdf>>.

16. Artículo 3 de la Ley de eutanasia, de 28 de mayo de 2002.

17. Artículo 1 de la Ley sobre eutanasia y asistencia al suicidio, de 16 de marzo de 2009.

18. Artículo 5 de la Ley sobre los cuidados al final de la vida, de 10 de junio de 2014.
19. Artículos 3, 6 y 11 de la Ley de muerte voluntaria asistida, de 5 de diciembre de 2017.
20. Todos los estados de Estados Unidos que han legalizado alguna forma de auxilio al suicidio exigen que sea un médico quien proporcione al paciente la ayuda para morir. Disponible en: <<https://euthanasia.procon.org/states-with-legal-physician-assisted-suicide/>>.
21. Véase la Ley C41 de ayuda médica para morir de Canadá, aprobada en febrero de 2016.
22. El documento «Una alternativa al tratamiento de la disponibilidad de la propia vida», del GEPC, que fue objeto de revisión en el año 2016, propone la siguiente redacción del artículo 143.4 del Código penal: «No será punible ni la colaboración (en) ni la producción de la muerte de otro por parte de un médico o de cualquier otra persona bajo su dirección, si media la solicitud expresa, libre y seria de una persona que tenga capacidad natural de juicio, siempre que esta padezca graves sufrimientos no evitables que se deriven de una afección incurable que le conducirá próximamente a la muerte o que, siendo permanente, le incapacita de manera generalizada para valerse por sí misma» (2016: 42).
23. Sobre la cuestión, *vid.* Blanco Cordero (2008: 33-57).
24. Hay otras referencias a lo largo del articulado al equipo asistencial (arts. 3. e), 8.2, 10, 12 o 18. a)).
25. Para una opinión distinta, *vid.* Tomás-Valiente Lanuza (2020: 21-22).
26. Por esta razón, no comparto el criterio de De la Mata Barranco, quien afirma que el texto de la Proposición de Ley presentado en enero de 2020 no solo no despenalizaba la conducta de Ángel Hernández (que ayudó a morir dignamente a su esposa) o la de quien en su día ayudó a morir a Ramón Sampedro, sino que verían incrementada su pena (2020a: 24-25).
27. González Rus ha puesto en entredicho que las definiciones legales de enfermedad previstas en la redacción inicial de la Proposición supongan una mejora respecto de las actuales referencias recogidas en el artículo 143.4 del Código penal, dado que estas últimas, en su opinión, cuentan ya con un soporte interpretativo solvente (2020: 27).
28. Con esta exigencia prevista en la redacción inicial de la LORE también se muestra crítica García Álvarez (2020: 18-19).
29. Artículo 241 del Código Penal canadiense
30. Artículo 5 de la Ley sobre los cuidados paliativos al final de la vida. Una peculiaridad de la regulación de Quebec es que prevé la posibilidad de que en el caso de menores o de mayores de edad incompetentes la persona autorizada a consentir en su nombre los cuidados médicos necesarios pueda tomar también la decisión de autorizar la ayuda médica para morir en su nombre.
31. [En línea] <<https://euthanasia.procon.org/states-with-legal-physician-assisted-suicide/>>.
32. Artículo 2.1.1) de la Ley, de 16 de marzo de 2009, de la eutanasia y la ayuda al suicidio
33. En la revisión de que fue objeto en 2016, el documento «Una alternativa al tratamiento de la disponibilidad de la propia vida», del GEPC, introdujo un cambio respecto a la redacción de 1993, que fijaba en la mayoría de edad la capacidad para consentir en estos supuestos. La nueva propuesta considera que lo relevante en estos casos es que la persona que se encuentra en alguna de las situaciones descritas en el precepto que legaliza la eutanasia voluntaria tenga capacidad para entender el alcance de su decisión y pueda decidir por sí misma lo que es mejor para ella (2016: 42).

34. Artículo 2 de la Ley de comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio.

35. Artículo 3 de la Ley de eutanasia, de 28 de mayo de 2002, modificado por la Ley de 28 de febrero de 2014.

36. Carbonell Mateu (2018: 807) manifiesta la misma opinión.

37. Sobre la validez del consentimiento de menores en el ámbito médico, *vid.* Mendoza Buergo (2019: 799-818).

38. Precisamente, en su informe de 29 de marzo de 2017, el Real Colegio de Médicos holandés (KNMG) hizo una valoración positiva del funcionamiento general de la regulación de la eutanasia en Holanda, *Vid., supra*, nota 5.

39. Leyes 11/2015, de 21 de septiembre y 26/2015, de 28 de julio, y artículo 9 de la Ley 41/2002.

40. En todo caso, como se indica en el artículo 9.7 de la Ley 4/2002, la prestación del consentimiento por representación ha de ser «[...] adecuada a las circunstancias y proporcionada a las necesidades que haya que atender, siempre a favor del paciente y con respeto a su dignidad personal».

41. Entendiendo por «eutanasia no voluntaria» la que tiene lugar en los supuestos en los que la persona no está en condiciones de otorgar un consentimiento válido, como sería el caso de personas en coma que no han suscrito un testamento vital o documento semejante, o el caso de los neonatos.

42. Rechaza que pueda ser eficaz el consentimiento por sustitución en una eventual regulación de la eutanasia directa, al menos sin la intervención de terceros, profesionales y objetivos, que valoren si con esa decisión se actúa realmente en favor del paciente y con respeto a su dignidad personal, Corcoy Bidasolo (2010: 306).

43. Comparto la opinión de Mendoza Buergo, que se muestra muy crítica con las últimas reformas en esta materia. La autora afirma que, aun cuando pudiera ser conveniente una cláusula de cautela para ciertos casos extremos, la opción elegida por el legislador resulta poco consistente y muy discutible. A su juicio, podría haberse establecido un sistema de decisión conjunta o asistida que permitiese complementar —y no directamente sustituir— la voluntad del menor. Y, en general, considera que, en los supuestos de rechazo de un tratamiento por parte del menor, debería evaluarse muy cuidadosamente en cada caso la fundamentación y la consistencia de la decisión a fin de evitar que, bajo la pretendida salvaguarda de la autodeterminación futura del menor, se impongan determinados valores o concepciones morales (2019: 644-650).

44. En esta línea parecería situarse lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley sobre los cuidados al final de la vida de Quebec.

45. En contra de cualquier tipo de control se manifiesta Carbonell Mateu, quien afirma que «[...] está absolutamente de más la interposición de comisiones de control que alejen de la voluntad del individuo las tomas de decisión, impidiendo que sea una relación directa entre persona y médico —sí es que se solicita la intervención de este— la que presida el procedimiento. Especialmente cuando, como se prevé en la actual Proposición de Ley española, la composición de las comisiones es indeterminada y se deja al albur de los Gobiernos de las Comunidades Autónomas; es decir, en varias de ellas, en este momento, de Vox» (2020: 11).

46. El artículo 8.4, párrafo segundo, del texto inicial de la LORE establecía: «No obstante, se podrá llevar a cabo dicha prestación de ayuda a morir sin el citado control previo en los casos excepcionales de muerte o pérdida de capacidad inminentes apreciados por el médico o médica responsable, en cuyo caso se procederá de la forma prevista en el artículo 12». Es decir, en tales hipótesis únicamente se exigía el control posterior.

47. Artículo 21 de la Ley de Comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio.
48. Artículo 5 de la Ley de eutanasia, de 28 de mayo de 2002.
49. Artículos 36 y 37 de la Ley sobre los cuidados al final de la vida, de 10 de junio de 2014.
50. Precisamente, la inexistencia de un registro de profesionales sanitarios objetores en relación con el aborto está dificultando, junto con otros factores, la práctica de la interrupción del embarazo, según denuncia la Asociación de Drets Sexuals y Reproductius [en línea] <<https://www.elperiodico.com/es/sanidad/20200112/la-objeccion-de-conciencia-una-traba-para-el-derecho-al-aborto-en-catalunya-7800281>>.
51. Sobre el tema, puede verse Gascón Abellán (2010: 160).
52. Así lo recomienda la propuesta del GEPC en su revisión del año 2016, que declara que los avances médicos de los últimos años y la complejidad de los mismos recomiendan una ley sobre la objeción de conciencia en el ámbito sanitario o, en su caso, una modificación de la actual Ley 41/2002, de 14 de noviembre, que incluya la posibilidad de objetar en conciencia con sus correspondientes requisitos y límites. De acuerdo con la justificación de esta propuesta, de ese modo se evitaría a un mismo tiempo el riesgo de que una objeción de conciencia limitada a un ámbito concreto de la asistencia sanitaria pudiese interpretarse *a sensu contrario* en el sentido de que en los demás supuestos tal objeción no sería posible (2016: 49-56).

BIBLIOGRAFÍA

- ATIENZA, Manuel y Carmen JUANATEY (2018): «¿Hay argumentos plausibles contra la eutanasia?», *Derecho a morir dignamente*, 78, 8-12.
- BARQUÍN SANZ, Jesús (2020): «Despenalización de la eutanasia: no empezamos bien», *Ideal*, domingo 23 de febrero.
- BLANCO CORDERO, Isidoro (2008): «Relevancia penal de la omisión de la información terapéutica en el marco del tratamiento del dolor», en M. Gómez Tomillo, J.J. López-Ibor y J.A. Gutiérrez Fuentes (eds.), *Aspectos médicos y jurídicos del dolor, la enfermedad terminal y la eutanasia*, Madrid: Fundación Lilly, Unión Editorial, 33-57.
- CARBONELL MATEU, Juan Carlos (2018): «El derecho a decidir sobre sí mismo: eutanasia y maternidad. A propósito de la Proposición de Ley Orgánica sobre la Eutanasia», en F. Morales Prats, J.M. Tamarit Sumalla y R. García Alberó (coords.), *Represión penal y Estado de Derecho. Homenaje al Profesor Gonzalo Quintero Olivares*, Cizur Menor: Aranzadi, 799-818.
- (2020): «El castigo de la ayuda al suicidio es inconstitucional», *Derecho a morir dignamente*, 82, 10-12.
- CORCOY BIDASOLO, Mirentxu (2010): «La regulación de la eutanasia en el CP español. Propuestas de reformas legislativas», en B. Mendoza Buergo (coord.), *Autonomía personal y decisiones médicas: cuestiones éticas y jurídicas*, Madrid: Civitas, 299-322.
- (2019): «El consentimiento por representación en la actividad médico-quirúrgica», en M. Cancio Meliá, M. Maraver Gómez, Y. Fakhouri Gómez, P. Guérez Tricario, D. Rodríguez Horcajo y G.J. Basso (eds.), *Libro Homenaje al Profesor Dr. Agustín Jorge Barreiro*, Madrid: Universidad Autónoma de Madrid, 385-400.
- DE LA MATA BARRANCO, Norberto (2020a): «El Derecho Penal de la libertad: ¿qué hacemos con la eutanasia?», *Almacén de Derecho*, 26 de febrero.
- (2020b): «El Derecho penal y la eutanasia», *Derecho a morir dignamente*, 82, 23-25.

- DÍEZ RIPOLLÉS, José Luis (1997): «Comentario al artículo 143 CP», en J.L. Díez Ripollés y L. Gracia Martín (coords.), *Comentarios al Código penal. Parte especial, I, Títulos I a VI y faltas correspondientes*, Valencia: Tirant lo Blanch, 164-266.
- FELIP I SABORIT, David (⁶2019): «Inducción y cooperación al suicidio. Eutanasia (art. 143 CP)», en J.M. Silva Sánchez (dir.), R. Ragués i Vallès (coord.), *Lecciones de Derecho Penal. Parte Especial*, Barcelona: Atelier, 48-56.
- FINNIS, John (1998): «Euthanasia, Morality and Law», *Loyola of Los Angeles Law Review*, 31, 1123-1145.
- GARCÍA ÁLVAREZ, Pastora (2020): «Modificación del artículo 143.4 del Código Penal por la LORE. Contrasentido de la Propuesta», *Derecho a morir dignamente*, 82, 16-19.
- GASCÓN ABELLÁN, Marina (2003): «¿De qué estamos hablando cuando hablamos de eutanasia?», *Humanitas, Humanidades médicas*, 1, Monográfico eutanasia, 5-12.
- (2010): «Objeción de conciencia sanitaria», en B. Mendoza Buergo (coord.), *Autonomía personal y decisiones médicas: cuestiones éticas y jurídicas*, Madrid: Civitas, 143-162.
- GRUPO DE ESTUDIOS DE POLÍTICA CRIMINAL (2016): «Alternativa al tratamiento de la disponibilidad de la propia vida», *Revisión y actualización de las propuestas alternativas a la regulación vigente. 25 años de trabajo del Grupo de Estudios de Política Criminal*, Valencia, 37-48.
- GONZÁLEZ RUS, Juan José (2020): «Una ley manifiestamente mejorable», *Derecho a morir dignamente*, 82, 26-28.
- JUANATEY DORADO, Carmen (1994): *Derecho, suicidio y eutanasia*, Madrid: Ministerio de Justicia.
- (2002): «La disponibilidad del derecho a la vida en USA», *Jueces para la Democracia*, 45, 53-65.
- (2004): *El Derecho y la muerte voluntaria*, México D.F.: Fontamara.
- (²2016): «Inducción, cooperación al suicidio y eutanasia», en J. Boix Reig: *Derecho Penal. Parte Especial. La protección penal de los intereses jurídicos personales (Adaptado a la reforma de 2015 del Código Penal)*, V.I., Madrid: Iustel, 71-93.
- (2017): «La vida y la salud frente a la autonomía en el Derecho penal español. Análisis de algunos supuestos», *Revista General de Derecho Penal*, 28, 1-25.
- (2020): «Reflexiones a propósito de la regulación de la eutanasia voluntaria en España», *Revista General del Derecho Penal*, 34, 1-25.
- LAPORTA SANMIGUEL, Francisco (2010): «Algunas incógnitas del principio de autonomía personal en tratamientos médicos», en B. Mendoza Buergo (coord.), *Autonomía personal y decisiones médicas: cuestiones éticas y jurídicas*, Madrid: Civitas, 19-34.
- MENDOZA BUERGO, Blanca (2019): «Autonomía, consentimiento y menores. La pretendida contrarreforma de 2015», en M. Cancio Meliá, M. Maraver Gómez, Y. Fakhouri Gómez, P. Guérez Tricario, D. Rodríguez Horcajo y G.J. Basso (eds.), *Libro Homenaje al Profesor Dr. Agustín Jorge Barreiro*, Madrid: Universidad Autónoma de Madrid, 639-653.
- MOYA GUILLEM, Clara (2020): «La difusa frontera entre la vida y la muerte. Reflexiones sobre el objeto material de los delitos contra la vida humana independiente», *Revista penal*, 46, 141-156.
- MUÑOZ CONDE, Francisco (²²2019): *Derecho Penal. Parte especial*, Valencia: Tirant lo Blanch.
- NEUMANN, Ulfrid (2010): «Problemas actuales de la eutanasia en Derecho penal alemán», en B. Mendoza Buergo (coord.), *Autonomía personal y decisiones médicas: cuestiones éticas y jurídicas*, Madrid: Civitas, 279-297.
- NUÑEZ PAZ, Miguel Ángel (2020): «Necesidad de un concepto pre-legal de eutanasia, aspectos constitucionales y otras precisiones sobre la Proposición de “Ley orgánica de regulación de la eutanasia en España” (BOCG de 31 de enero de 2020, núm. 46/1. Intervención de terceros en la muerte deseada y política legislativa)», *Revista General de Derecho Penal*, 34, 1-40.
- QUINTERO OLIVARES, Gonzalo (¹⁰2016): «Artículo 143», en G. Quintero Olivares (dir.), F. Morales Prats (coord.), *Comentarios a la Parte Especial del Derecho Penal*, Cizur Menor: Aranzadi, 70-79.
- (2020): «Un derecho que no se respeta», *Derecho a morir dignamente*, 82, 13-15.

SANZ MORÁN, Ángel J (2008): «La eutanasia: Algunas consideraciones de Política Legislativa», en M. Gómez Tomillo, J.J. López-Ibor y J.A. Gutiérrez Fuentes (eds.), *Aspectos médicos y jurídicos del dolor, la enfermedad terminal y la eutanasia*, Madrid: Fundación Lilly, Unión Editorial, 305-334.

SAVULESCU, Julian (2010): «Autonomía, vida buena y elecciones controvertidas», en B. Mendoza Buergo (coord.), *Autonomía personal y decisiones médicas: cuestiones éticas y jurídicas*, Madrid: Civitas, 35-60.

TOMÁS-VALIENTE LANUZA, Carmen (2000): *La cooperación al suicidio y la eutanasia en el nuevo Cp (art. 143)*, Valencia: Tirant lo Blanch.

- (2008): «La regulación de la eutanasia, activa solicitada en el Código Penal español», en M. Gómez Tomillo, J.J. López-Ibor y J.A. Gutiérrez Fuentes (eds.), *Aspectos médicos y jurídicos del dolor, la enfermedad terminal y la eutanasia*, Madrid: Fundación Lilly, Unión Editorial, 151-177.
- (2010): «Autonomía y paternalismo en las decisiones sobre la propia salud», en B. Mendoza Buergo (coord.), *Autonomía personal y decisiones médicas: cuestiones éticas y jurídicas*, Madrid: Civitas, 61-93.
- (2020): «Gradación de la responsabilidad por incumplimiento de requisitos legales», *Derecho a morir dignamente*, 82, 21-22.

Fecha de recepción: 27 de enero de 2021.

Fecha de aceptación: 29 de marzo de 2021.