

LA EUTANASIA EN ESPAÑA. ANÁLISIS COMPARADO CON OTROS ORDENAMIENTOS JURÍDICOS DEL ENTORNO COMUNITARIO

EUTHANASIA IN SPAIN. ANALYSIS COMPARED WITH OTHER LEGAL REGULATIONS OF THE EUROPEAN UNION

María del Carmen González Leonor¹; Carlos del Castillo Rodríguez²; Antonio González Bueno³

¹Profesora asociada; ² Profesor contratado doctor; ³ Catedrático de Universidad. Departamento de Farmacia galénica y Tecnología alimentaria (Historia de la Farmacia y Legislación farmacéutica). Facultad de Farmacia. Universidad Complutense de Madrid.

corresponding author: agbueno@ucm.es

INVESTIGACIÓN

RESUMEN

Tras la publicación en el *Boletín Oficial del Estado* de la Ley Orgánica 3/2021 de regulación de la eutanasia (BOE 25/03/2021), España se convierte en el cuarto país de la Unión Europea en despenalizar tal práctica. En el presente artículo analizamos esta norma, deteniéndonos en la introducción de la eutanasia en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, que garantiza el acceso a la prestación. Por otra parte, realizaremos un estudio comparativo de otros ordenamientos jurídicos del entorno comunitario en los que esta práctica está permitida o penalizada.

ABSTRACT

The publication of Organic Law 3/2021 regulating euthanasia (BOE 03.25.2021), converted Spain in the fourth country in the European Union to decriminalize such practice. In this article we analyze this rule and the introduction of euthanasia in the Health Service of the Spanish National Health System, which guarantees access to the provision. On the other hand, we will carry out a comparative study of other legal systems in the European Union in which this practice is allowed or penalized.

Palabras Clave:

Derecho a la vida
Eutanasia,
Suicidio asistido
Objeción de conciencia

Keywords:

Law to life
Euthanasia
Assisted suicide
Conscientious objection



1. INTRODUCCIÓN

Con fecha de 24 de marzo de 2021 fue sancionada la Ley Orgánica 3/2021 de regulación de la eutanasia; con su publicación en el Boletín Oficial del Estado del día siguiente, España se incorporó al grupo de países de nuestro entorno que incluyen, en su ordenamiento jurídico, una regulación específica al respecto.

La norma tiene como objetivo, según indica en su preámbulo, “dar una respuesta jurídica, sistemática, equilibrada y garantista, a una demanda sostenida de la sociedad actual como es la eutanasia [...] es, precisamente, obligación del legislador atender a las demandas y valores de la sociedad, preservando y respetando sus derechos y adecuando para ello las normas que ordenan y organizan nuestra convivencia”.

Unas normas fijadas en el propio ordenamiento constitucional y que señalan, por un lado, los derechos fundamentales a la vida y a la integridad física y moral de las personas y, de otro, la dignidad humana, la libertad ideológica y de conciencia o el derecho a la intimidad, también protegidos constitucionalmente. En opinión del legislador: “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 [...] 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. Por esta misma razón, el Estado está obligado a proveer un régimen jurídico que establezca las garantías necesarias y de seguridad jurídica”.

Antes de iniciar el análisis del nuevo modelo introducido por la ley de regulación de la eutanasia en nuestro ordenamiento jurídico, es conveniente revisar el punto de partida. El artículo 143.4 del Código Penal (Ley Orgánica 10/1995, de 23/11) señalaba que “el que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo”, números que se refieren al tipo penal de cooperación y auxilio al suicidio. Así pues, la norma contemplaba una atenuación de la pena, en uno o dos grados, en el caso de que concurrieran determinadas circunstancias: petición expresa de la víctima, seria e inequívoca, y enfermedad terminal o graves padecimientos de carácter permanente difíciles de soportar, introduciendo así conceptos jurídicos indeterminados que podían dar lugar a diferentes interpretaciones. En definitiva, atendiendo a razones compasivas, y sin dejar de penar la conducta tipificada como auxilio al

suicidio, se atenuaba la pena legalmente prevista, generando un tipo privilegiado.

Por otra parte, la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, introdujo en nuestro ordenamiento jurídico un elemento esencial al que remite la nueva regulación: la figura de las instrucciones previas. En su artículo 11, la norma define las instrucciones previas como el documento por el cual “una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlas personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o los órganos del mismo. El otorgante del documento puede designar, además, un representante para que, llegado el caso, sirva como interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas”.

El carácter básico de esta ley y, por tanto, su posibilidad de desarrollo por las comunidades autónomas, ha conducido a la proliferación de normas de carácter autonómico regulatorias de la materia que, si bien coincidentes en lo fundamental de su contenido, no dejan de introducir diferencias en cuanto a su regulación. En todo caso, el artículo 11.2 señala, en el marco de una sanidad descentralizada, que los servicios de salud de cada una de las comunidades autónomas deben regular procedimientos adecuados para garantizar el cumplimiento de las instrucciones previas de cada persona, sin perjuicio del establecimiento, a nivel estatal, de un registro nacional de instrucciones previas, dependiente del Ministerio competente en materia de sanidad (artículo 11.5). Como resultado de esta previsión legal, la mayor parte de las comunidades autónomas cuentan con normativa propia sobre la materia y disponen de sus correspondientes registros de instrucciones previas, como expresión de un derecho de los usuarios del sistema sanitario (1).

Así pues, el modelo al que sustituye la nueva regulación es el basado, por un lado, en la atenuación del tipo penal de auxilio al suicidio, cuando concurren determinadas circunstancias, relacionadas con la ausencia de motivos egoístas y por razones compasivas y, por otro, en la autonomía del paciente como usuario de los servicios sanitarios, “dotando de una regulación sistemática y ordenada a los supuestos en los que la eutanasia no deba ser objeto de reproche penal”.

El preámbulo de la ley define la eutanasia como “la actuación que produce la muerte de una persona de forma directa e intencionada mediante una relación causa-efecto única a petición informada, expresa y reiterada en el tiempo por dicha persona, y que se lleva a cabo en un contexto de sufrimiento debido a una en-



fermedad o padecimiento incurable que la persona experimenta como inaceptable y que no ha podido ser mitigado por otros medios". Esta definición subsume dos conductas diferentes: por un lado la que supone que el propio paciente es quien pone materialmente fin a su vida, con la colaboración necesaria de un profesional sanitario "que de forma intencionada y con conocimiento" facilita los medios y el asesoramiento técnico necesario para que lleve a cabo con éxito su acción; y, por otra, la que es propiamente una conducta eutanásica activa, aquella en la que es el profesional sanitario el autor material de la muerte, a petición expresa del paciente, en aquellos supuestos en los que este esté sometido a un padecimiento grave, crónico e imposibilitante o padezca una enfermedad grave e incurable que cause sufrimientos intolerables. La admisión de esta segunda categoría tiene, como correlato lógico, la regulación del derecho de objeción de conciencia para los profesionales sanitarios, como veremos más adelante.

Para dar cumplimiento a su objetivo regulatorio, la norma incluye tres tipos de actuaciones: en primer lugar, la eutanasia como nuevo derecho individual, regulando las garantías y requisitos para su ejercicio, la eficacia en este contexto del documento de instrucciones previas y el procedimiento necesario para la realización del mismo; en segundo lugar, incluye la eutanasia en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, garantizando su financiación pública y, en tercer lugar, modifica el artículo 143 del Código Penal, otorgándole una nueva redacción acorde con la definición de eutanasia introducida por la propia Ley y despenalizando el tipo de auxilio al suicidio, cuando concurren determinadas circunstancias.

2. LA EUTANASIA COMO DERECHO

El artículo 1 de la norma declara, de manera inequívoca, que su objeto es regular el derecho que corresponde a todas las personas, que cumplan determinadas condiciones, a recibir la ayuda necesaria para morir. Correlativamente a la generación de este derecho genera una serie de obligaciones para el personal sanitario que asista a los sujetos y para las instituciones y administraciones competentes en la materia que actúen en el territorio español.

De forma expresa, el artículo 4.1 señala que "se reconoce el derecho de toda persona que cumpla los requisitos previstos en la norma, a solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir". Estos requisitos se enumeran en el artículo 5.1 y consisten en:

- Tener nacionalidad española o residencia legal en España o certificado de empadronamiento que garantice un tiempo de permanencia en el territorio español superior a un año y ser mayor de edad, capaz y consciente en el momento de realizar la solicitud. La exigencia de la mayoría de edad es frecuente en las regulaciones de nuestro entorno; pero lo más relevante es la

exigencia de una permanencia acreditada de un año de permanencia en territorio español, incluida como cautela para evitar un fenómeno similar al "turismo sanitario", que podríamos tipificar como "turismo para la muerte".

- Disponer por escrito de la información sobre su proceso médico, alternativas y posibles actuaciones, incluidos los cuidados paliativos.

- Formular la solicitud en dos ocasiones consecutivas, separadas por un plazo de 15 días; este plazo puede minorarse en los casos en los que el médico considere que el paciente puede perder de forma inminente su capacidad para otorgar el consentimiento. Estas solicitudes deben formularse por escrito, o por cualquier otro sistema fehaciente.

- Sufrir una enfermedad grave o incurable o un padecimiento grave, crónico o imposibilitante en los términos establecidos por la Ley, certificado por el médico responsable (2).

- Prestar, con carácter previo a la recepción de la ayuda a morir, consentimiento informado que se incorporará a su historia clínica.

El artículo 5.2 contempla la no concurrencia de los requisitos de solicitud, información y consentimiento, cuando el médico responsable certifique que el paciente no se encuentra en pleno uso de sus facultades y este haya suscrito, con anterioridad, un documento de instrucciones previas. En este caso se procederá a facilitar la ayuda a morir según lo dispuesto en este documento, y si en él se designa un representante, el designado será el interlocutor del médico. En todo caso, la valoración de estas situaciones de incapacidad debe realizarse conforme a los protocolos que elaborará el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y la firma ante un profesional sanitario, que debe rubricar el documento, y entregarse al médico responsable para que lo adjunte a la historia clínica del paciente. El paciente dispone de la facultad de revocar o aplazar la solicitud en cualquier momento del proceso (artículo 6.3). No obstante el respeto a la voluntad del paciente, que está en el espíritu de todo el articulado de la norma, esta dedica un artículo propio, el artículo 7, para recoger la posibilidad de que el médico responsable, siempre por escrito y de forma motivada, deniegue la prestación de la ayuda para morir. Este artículo incluye, además, los plazos y procedimientos si concurre este supuesto.

La norma regula también el procedimiento que, una vez verificado el cumplimiento de los requisitos necesarios por parte del médico responsable, debe seguirse para realizar la prestación de ayuda a morir. A esta materia dedica la totalidad de su capítulo III, en el cual se establece un procedimiento muy garantista en el que se exige la reiteración de la petición, un periodo deliberativo del médico con el paciente, y la intervención del médico responsable, de un médico consultor que verifique el cumplimiento de los requisitos necesarios, y el control previo de una comisión de garantía y



evaluación; también se fijan plazos para llevar a cabo cada uno de los trámites previstos. En este capítulo se hace referencia (artículo 9) a los supuestos de existencia de incapacidad de hecho en el paciente, con remisión al cumplimiento de lo dispuesto en el documento de instrucciones previas o equivalente.

Como se ha comentado anteriormente, el procedimiento habilitado es garantista, por lo que introduce un control previo de verificación por parte de una comisión de control y evaluación, de carácter multidisciplinar, que se regula en cuanto a creación, composición y funciones en el capítulo V de la ley. De acuerdo con lo señalado en el artículo 17, debe existir una comisión de evaluación y control en cada una de las comunidades autónomas y en las ciudades de Ceuta y Melilla, con naturaleza de órganos administrativos y con el régimen jurídico que cada comunidad determine. Esta comisión estará compuesta por, al menos, siete miembros entre los que se incluye al personal médico, de enfermería y juristas. Aunque no se impide, no se requiere como obligatoria la presencia de farmacéuticos que, en principio, serían los profesionales más indicados para informar sobre las sustancias y modos de administración de los productos idóneos para proporcionar la ayuda a morir.

La norma prevé que, en el marco del Ministerio con competencias en sanidad, se celebren anualmente reuniones de los representantes estatales con los presidentes de las comisiones de garantías y evaluación de las diferentes comunidades, para homogeneizar criterios e intercambiar información sobre buenas prácticas. De esta manera, las comisiones de garantía y evaluación quedan insertas en el ámbito del derecho administrativo y sujetas, en los recursos frente a sus resoluciones, a la jurisdicción contencioso-administrativa.

Las funciones de las comisiones de garantías y evaluación se contienen en el artículo 18 de la Ley; les atañe resolver las reclamaciones que se formulen sobre las denegaciones de la solicitud, tanto al médico responsable como a las de los dos miembros de la comisión encargados de la primera valoración; comunicar al centro sanitario del paciente solicitante las resoluciones admitidas, para que facilite la prestación concedida; verificar a posteriori si las prestaciones concedidas se han llevado a cabo correctamente; detectar problemas en el cumplimiento de la norma y proponer mejoras, resolver dudas o cuestiones en la aplicación de la Ley, y redactar un informe anual de evaluación de la aplicación de la norma en su ámbito territorial, para ser elevado al Ministerio con competencias en sanidad, quien publicará los datos conjuntos de todas ellas.

En concreto, en la tramitación de la solicitud de la prestación de ayuda a morir, la verificación previa de concurrencia de los requisitos exigidos debe ser realizada por dos miembros de la comisión de garantías y control autonómica, un profesional médico y un jurista, quienes tendrán acceso a toda la documentación incluida en la historia clínica y podrán mantener entrevistas con el médico y el equipo encargado de velar por la salud del paciente, así como con el paciente mismo.

Concluido el procedimiento con observancia de todas las garantías previstas y resolución positiva como resultado, la norma indica que la realización de la prestación de ayuda a morir debe realizarse “con el máximo cuidado y profesionalidad por parte de los profesionales sanitarios, con aplicación de los protocolos correspondientes, que contendrán criterios en cuanto al tiempo y forma de realización de la prestación”. Tras esta previsión, se especifica la forma de llevar a cabo la prestación, tanto en el caso de ser realizada por el equipo médico como en el supuesto de que sea el propio paciente quien se administre la sustancia letal, asegurando en ambos casos la asistencia del equipo médico hasta el momento final de la vida del paciente.

Una vez llevada a cabo la prestación debe informarse de ello a la comisión de garantía y control correspondiente y remitirle dos documentos cuyo alcance y contenido se recogen en los apartados a) y b) del artículo 12 de la Ley.

3. LA EUTANASIA EN LA CARTERA COMÚN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Al generar un derecho individual, la norma debe garantizar el acceso de todos los titulares de este derecho a su ejercicio. Para ello, en el capítulo IV, dedicado a las garantías en el acceso a la prestación de ayuda para morir, se introduce esta prestación en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, y se le reconoce financiación pública. La norma establece la posibilidad de obtener esta prestación tanto en centros sanitarios públicos, concertados o privados, así como en el domicilio del paciente, siempre concurriendo todas las garantías de acceso y calidad asistencial.

Para garantizar el respeto a otros derechos inalienables del paciente, tanto en el proceso de tramitación ante las comisiones de garantía y evaluación como en los sistemas de archivo y custodia de las historias clínicas en los centros sanitarios, ha de atenderse a los protocolos previstos en el reglamento de protección de datos (3).

Obviamente, la ley regula el derecho de objeción de conciencia de los profesionales sanitarios; en principio se reconoce este derecho a “los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de ayuda para morir”. Aunque en el articulado de la norma sólo se hace referencia expresa a médicos y personal de enfermería como personal sanitario, parece razonable extender la posibilidad de ejercer el derecho a la objeción de conciencia al personal del servicio de farmacia del centro sanitario donde se realice la prestación, ya que serán estos profesionales quienes preparen o dispensen las sustancias utilizadas para producir la muerte. Para garantizar que el derecho fundamental a la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios no colisione con el derecho de los pa-



cientes a recibir ayuda para morir, la norma impone a las administraciones sanitarias el establecimiento de un registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la ayuda para morir.

La disposición adicional sexta remite a la elaboración de un manual de buenas prácticas, por parte del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud; la prensa sanitaria se ha hecho eco de los trabajos, en este sentido, desde el Ministerio de Sanidad y, respecto a la formación de los profesionales sanitarios en esta materia, la disposición adicional séptima establece medidas conducentes a la formación y difusión del contenido de esta Ley orgánica entre ellos.

4. DESPENALIZACIÓN DEL AUXILIO AL SUICIDIO EN DETERMINADAS CONDICIONES

Como colofón obligado, la Ley orgánica reguladora de la eutanasia modifica el contenido del artículo 143.4 del Código Penal, donde se recoge el tipo de auxilio al suicidio, introduciendo una nueva redacción que queda como sigue: “el que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de una persona que sufriera un padecimiento grave, crónico e incapacitante o una enfermedad grave o 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 de este artículo” y añade un punto 5 al contenido del citado artículo: “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”.

Esta modificación del Código Penal, introducida por la disposición final primera de la Ley, contiene, en puridad, la despenalización de la eutanasia, destipificando la conducta referida. Como medida consecuente con esta despenalización de la conducta eutanásica, la disposición adicional primera de la norma dispone que la muerte acaecida siguiendo los requisitos y procedimientos legalmente exigidos por esta ley orgánica, tendrá la consideración legal de muerte natural a todos los efectos.

Finalmente, la Ley dispone que las infracciones de lo dispuesto en su articulado quedan sometidas al régimen sancionador previsto en el capítulo VI del título I de la Ley 14/1986 General de Sanidad, sin perjuicio de la responsabilidad civil, penal profesional y estatutaria a la que den lugar dichas infracciones.

La disposición final cuarta fija un plazo de tres meses para su entrada en vigor, excepto para la parte del articulado dedicada

a la creación y composición de las comisiones de garantía y evaluación previstas en la norma, cuya existencia *a priori* es un requisito *sine qua non* para su efectividad, de forma que fue el día 25 de junio de 2021 cuando entró en vigor este nuevo modelo de regulación de la eutanasia en nuestro ordenamiento jurídico.

5. LA REGULACIÓN DE LA EUTANASIA EN OTROS PAÍSES DE NUESTRO ENTORNO

El régimen jurídico de la eutanasia en sistemas jurídicos diferentes al español es muy diverso. No existe una uniformidad legislativa debido a la complejidad del tema y a las diferentes perspectivas de la sociedad, y de los grupos políticos, en un asunto tan debatido durante las últimas décadas.

En el ámbito comunitario, los ordenamientos jurídicos presentan una doble situación; por una parte figuran los países en los que, con marcadas diferenciaciones, es aceptada la eutanasia o suicidio asistido, como es el caso de Holanda, Bélgica y Luxemburgo; por otra, se encuentran los regímenes jurídicos que han abarcado el tema optando claramente por el rechazo, como son los casos de Italia, Francia y Alemania. Aunque alejados de nuestro entorno comunitario, cabría mencionar otros casos de interés como las propuestas de Canadá (4), Colombia (5), Uruguay (6), el Estado estadounidense de Oregón (7) y el Estado de Victoria en Australia (8), en los que la eutanasia está permitida en diversas modalidades.

Holanda fue el primer país del mundo en legalizar la eutanasia y el suicidio asistido. No estuvo libre de debate, ya que representó un hito a escala mundial (9). Tal hecho, acontecido en 2001, fue el resultado de una larga evolución por parte de los tribunales holandeses que, de forma paulatina (10), desde el año 1973, fueron aceptando ciertas causas de justificación de las conductas tipificadas en el código penal que castigaban estas actuaciones. Durante años se llevaron a cabo diversas investigaciones, por parte del Fiscal General del Tribunal Supremo de Holanda, a la que se sumó una encuesta confidencial a los médicos que practicaban la eutanasia. Como consecuencia, en 1986 se impulsó la investigación sobre el “estado de la cuestión de las actuaciones médicas y de la terminación de la vida” que, tras un largo debate, originó la legalización de tales prácticas.

La despenalización legislativa de la eutanasia en Holanda entró en vigor de 1 de abril de 2002 tras la previa promulgación de la Ley de 28 de noviembre de 2000, de verificación de la terminación de la vida a petición propia y el auxilio al suicidio. Como consecuencia, las normas jurídicas de Holanda permiten a un individuo solicitar la eutanasia cuando sean:



Figura.1 Evolución del número de defunciones por muerte asistida en los Países Bajos (2006-2017) (11)

- Personas mayores de dieciocho años que se encuentren conscientes o, en el caso que no lo estén, que hayan realizado un testamento vital.

- Menores de edad, entre los dieciséis y los dieciocho años, que sean conscientes; siempre que sus padres o tutores legales hayan participado en el proceso de la toma de la decisión.

- Menores de edad, entre los doce y los dieciséis años, con la suficiente madurez; siempre que sus padres o tutores legales den el visto bueno.

Además han de cumplirse seis requisitos, promulgados previamente por los tribunales holandeses:

1. El médico tiene que haber llegado al convencimiento de que la solicitud del paciente es voluntaria y ha sido bien meditada.

2. El médico ha de constatar que el sufrimiento del paciente es insoportable y que no tiene perspectivas de mejora.

3. El médico deberá haber informado al paciente sobre la situación en que se encuentra.

4. El médico habrá llegado al convencimiento pleno, junto al paciente, de que no existe otra situación razonable.

5. El médico habrá consultado, por lo menos, con un médico independiente, que habrá estudiado al paciente y emitido su dictamen, por escrito, sobre el cumplimiento de los requisitos a los que se refieren los apartados precedentes.

6. El médico llevará a cabo la terminación de la vida o el auxilio al suicidio con el máximo cuidado y esmero profesional posible.

Unos meses más tarde se legalizó, claramente influenciado por las novedosas políticas holandesas, la práctica de la eutanasia en el país vecino de Bélgica (12); quedó regulada por Ley de 28 de mayo de 2002. Los requisitos para esta práctica son:

1. Persona mayor de edad o menor emancipado de, al menos, dieciséis años de edad.

2. Tener capacidad para obrar.

3. Pronóstico de enfermedad irreversible.

4. Padecer un sufrimiento físico o psíquico constante e insoportable o una enfermedad grave incurable.

5. La petición será voluntaria, meditada, reiterada y deberá haber sido escrita por el paciente una vez sea informado, por el médico, de su estado de salud, esperanza de vida y las posibilidades terapéuticas/cuidados paliativos existentes.

Es interesante y novedoso, desde una perspectiva social y jurídica, la modificación de esta norma, el 13 de febrero de 2014, para incluir la eutanasia infantil, sin límite de edad (13).

El tercer país que legalizó la eutanasia, tras Holanda y Bélgica, fue Luxemburgo. La norma tardó en ser efectiva dada a la negativa de Henri de Nassau-Weilburg et de Bourbon-Parme, el Gran Duque de Luxemburgo, en sancionarla, alegando motivos morales; para aprobarla, se modificó la constitución luxemburguesa limitando el poder del monarca. Los requisitos para la práctica de la eutanasia en Luxemburgo son:

1. El enfermo debe ser capaz y consciente en el momento de la elaboración de la solicitud, que obligatoriamente se registrará por escrito.

2. La solicitud debe haberse redactado, voluntariamente, por el paciente.

3. Debe de existir un sufrimiento en el paciente, físico o psicológico, constante o insoportable, originado por una patología o un accidente.

Además de estos tres casos, es necesario analizar otros ordenamientos jurídicos comunitarios sobre la eutanasia que consideramos relevantes para mostrar la realidad en la Unión Europea.

En Alemania, la eutanasia está penalizada, pero no el suicidio medicamente asistido, siendo el propio enfermo quien se administra el tóxico que pone fin a su vida, bajo supervisión de un facultativo (14). Existen asociaciones que prestan asistencia y ayudan

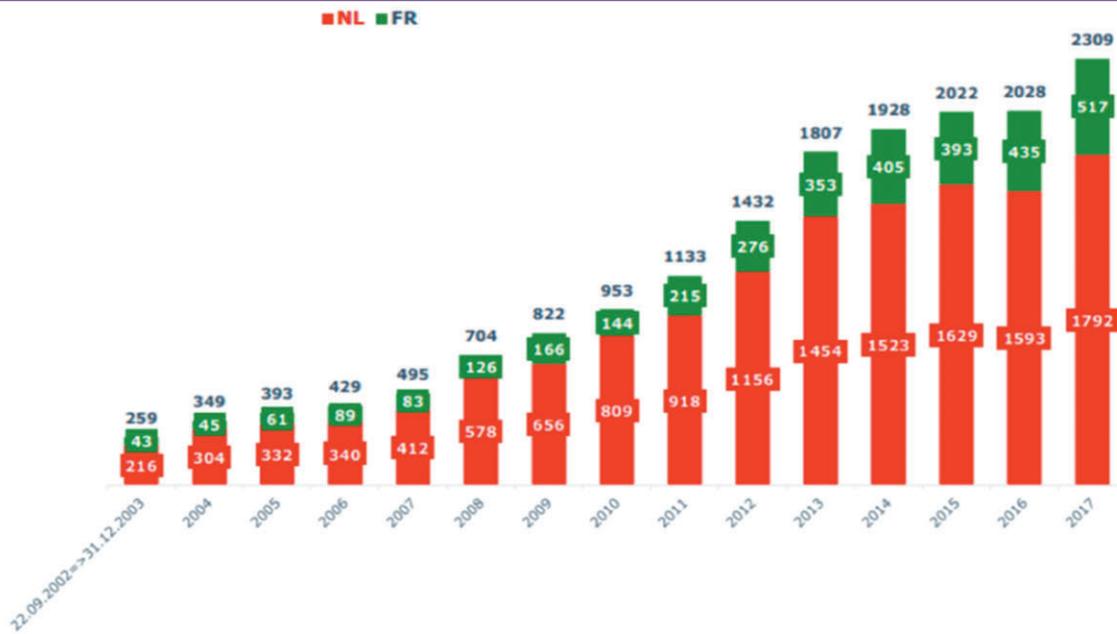


Figura. 2 Número de defunciones por eutanasia en Bélgica según la *Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie* (CFCEE) de Bélgica (2002-2017). La separación de colores depende de la zona de procedencia de los datos: en rojo la zona de Flandes (columna inferior) y en verde la zona de Valonia (columna superior) (8).

a provocar la muerte en personas con enfermedades terminales o con graves padecimientos. En estos casos, estas asociaciones facilitan a los enfermos los medicamentos, pero son los propios afectados quienes deben decidir si tomarlos, en última instancia.

La situación en Francia es bien diferente; en este país la eutanasia y el suicidio asistido están penalizados (15). Sin embargo, en abril de 2005, se promulgó la denominada Ley Leonetti (16) que abarcaba el derecho al rechazo, por parte de los pacientes con enfermedades terminales, a los tratamientos que los facultativos considerasen inútiles o desproporcionados; esta norma posibilita la administración, por parte de médicos, de determinados tratamientos contra el dolor, con el fin de evitar el sufrimiento de un paciente con una enfermedad grave, incurable y en fase terminal, con el efecto secundario de acortar la vida.

En Italia la eutanasia está penalizada, aunque hay excepciones para su despenalización desde 2019 (17). En 2017 se promulgó la Ley 219/2017, sobre el consentimiento informado y las disposiciones anticipadas de tratamiento, la cual entró en vigor el 31 de enero de 2018. El concepto de disposición anticipada es definido en su articulado: "cualquier adulto, capaz de comprender y desear, en previsión de una posible incapacidad futura para la autodeterminación y, después de haber obtenido información médica adecuada sobre las consecuencias de sus elecciones, puede, a través de las disposiciones anticipadas, expresar sus voluntades con respecto a los tratamientos de salud, así como el consentimiento o rechazo con respecto a las pruebas de diagnóstico o las opciones terapéuticas y los tratamientos de salud individuales".

Como corolario, nos gustaría señalar la diversidad interpretativa en los ordenamientos jurídicos comunitarios. Como hemos puesto de manifiesto, no existe una uniformidad de criterios en lo que respecta a legislación sobre eutanasia; si bien es cierto que las decisiones de Holanda ha influenciado a sus países vecinos, Bélgica y Luxemburgo, en otros países tal práctica está penalizada, existiendo una división de opiniones entre quienes se manifiestan claramente a favor, los contrarios a ella y quienes defienden su aplicación sólo en casos excepcionales.

6. CONCLUSIONES

1.- En el entorno comunitario, la regulación del final de la vida se establece conforme a dos modelos diferentes: el que predomina en los países del Benelux, de despenalización de las conductas eutanásicas y regulación del procedimiento para llevarlas a cabo, y el modelo imperante en Francia, Alemania e Italia, donde la eutanasia está penada, pero con atenuación de las condenas impuestas en consideración a acciones compasivas y a la emisión de documentos de instrucciones previas, en cuanto expresión de la voluntad del paciente respecto a los tratamientos que admite le sean aplicados.

2.- Hasta la aprobación de la Ley Orgánica 3/2021 de 24 de marzo de regulación de la eutanasia, el modelo que seguía nuestro ordenamiento era similar al de Francia, Alemania o Italia; a partir de la entrada en vigor de la nueva norma se opta por un modelo diferente, coincidente con el de los ordenamientos jurídicos del Benelux.



3.- El modelo que se introduce en nuestro ordenamiento jurídico se fundamenta en la adopción de tres medidas: a) reconocimiento *ex novo* del derecho a recibir ayuda para morir cuando concurren determinadas condiciones; b) introducción de la ayuda a morir en la cartera común de prestaciones del Sistema Nacional de Salud, cuando se cumplan las condiciones requeridas, con la consiguiente financiación con cargo a fondos públicos, y c) la modificación del artículo 143 del Código Penal, dando nueva redacción al texto de su apartado 4 e introduciendo un nuevo apartado 5 que exime de responsabilidad a quienes causaren o cooperaren activamente en la muerte de otro, en el marco de lo dispuesto por la L.O. 3/2021 de 24 de marzo de regulación de la eutanasia.

4.- El procedimiento para acceder al ejercicio del este nuevo derecho de ayuda a morir se configura de manera garantista, estableciendo un control previo del cumplimiento de los requisitos necesarios por parte de un médico responsable, un médico consultor, y una comisión de garantías y control, órgano multidisciplinar en cuya composición deben participar, al menos, médicos, enfermeros y juristas. Las decisiones y resoluciones de estos agentes se someten a control administrativo y a la jurisdicción contencioso-administrativa.

5.- El texto de la norma contiene también los derechos y obligaciones de los profesionales sanitarios que intervienen en el proceso. En cuanto a derechos, se regula el de objeción de conciencia estableciendo, además, la creación de un registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia para la ayuda a morir. Pero la Ley solo se refiere, de manera explícita, a médicos y enfermeros como profesionales sanitarios intervinientes en el proceso, y se olvida de mencionar a los profesionales de la farmacia hospitalaria, los cuales han de intervenir, inevitablemente, en la preparación y dispensación de las sustancias que el médico o el propio paciente van a emplear para producir la muerte. Debemos esperar a la entrada en vigor de la Ley para ver cómo se resuelve esta omisión, ya sea por desarrollo normativo o, en el peor de los casos, por decisiones de los tribunales de justicia.

6. REFERENCIAS

1. En la actualidad cuentan con normativa específica las siguientes comunidades autónomas: Andalucía: Ley 2/2010 de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte; Aragón: Ley 10/2011 de derechos y garantías de la persona en el proceso de morir y de la muerte; Asturias: Ley 5/2018 sobre derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso del final de la vida; Islas Baleares: Ley 4/2015 de derechos y garantías de la persona en el proceso de morir; Islas Canarias: Ley 1/2015 de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida; País Vasco: Ley 11/2016 de garantía de los derechos y de la dignidad de las personas en el proceso final de su vida; Galicia: Ley 5/2015 de derechos y garantías de las personas enfermas terminales; Comunidad de Madrid: Ley 4/2017 de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte; Comunidad Foral de Navarra: Ley Foral 8/2011 de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte; Comunidad Valenciana: Ley 16/2018 de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de atención al final de la vida.
2. El artículo 3 de la Ley Orgánica 3/2021 recoge las definiciones, a efecto de esta ley, de los siguientes términos: consentimiento informado; padecimiento grave, crónico e imposibilitante; enfermedad grave e incurable; médico responsable; médico consultor; objeción de conciencia sanitaria; prestación de ayuda para morir y situación de incapacidad de hecho.
3. En especial las aplicables en los datos de carácter sanitario, según lo dispuesto por el artículo 9 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y el Consejo de 27 de abril de 2016.
4. La eutanasia en Canadá, denominada "asistencia médica para morir", fue legalizada junto al suicidio asistido en junio de 2016. El país establece estrictos requisitos para su aplicación limitándose únicamente a enfermos terminales o de dolor insoportable, mayores de dieciocho años.
5. En 1997 la Corte Constitucional despenalizó el homicidio por piedad y fijó las reglas generales para la práctica de la eutanasia de manera legal en Colombia. Los cuatro requisitos para su práctica son: 1) enfermo terminal; 2) que el sujeto estuviera sometido a un intenso sufrimiento o dolor; 3) que el enfermo lo hubiera solicitado de forma libre y con pleno uso de sus facultades mentales y 4) que dicho procedimiento fuese realizado por un profesional médico. Si bien es cierto que dicho país es el único que reconoce la eutanasia como derecho fundamental (Martínez Navarro J.A. El derecho a la eutanasia. Revista Andaluza de Salud Pública, 2018; 102: 97-133).
6. La eutanasia en Uruguay es ilegal. Sin embargo, la Ley 18.473 del Código Penal, también conocida como la ley de "voluntad anticipada" o "ley del buen morir", regula la libertad de un paciente para rechazar un tratamiento, incluidos los cuidados paliativos en caso de enfermedad terminal, incurable e irreversible (Rodríguez Almada H.; González González D. La eutanasia en debate. Revista Médica del Uruguay, 2019; 35(3); 169-170. Rodríguez Almada H. La legislación uruguaya sobre las directivas de voluntad anticipada. In: Dadalto L. (coord.) Bioética e diretivas anticipadas de vontade. Curitiba: Prismas 2014; pp. 199-211.
7. Tras la promulgación de la *Death with Dignity Act* en 1997 se legalizó el suicidio medicamente asistido, tras la celebración de dos referéndums, en 1994 y en 1997, permitiéndose siempre que se cumplieran los siguientes requisitos: 1) mayor de dieciocho años; 2) personas en uso de sus plenas facultades mentales; 3) ciudadanos del estado de Oregón; 4) padecer un enfermedad terminal con pronóstico inferior a seis meses de vida; 5) formular la petición verbalmente al facultativo en dos ocasiones, con un intervalo de quince días; 6) formalizar la solicitud por escrito ante, al menos, dos testigos; 7) el enfermo debe ser informado de las diversas alternativas.



- Cumplidos tales requisitos el paciente recibirá una prescripción médica de un fármaco que le causará la muerte (Martínez Navarro J.A. El derecho a la eutanasia. *Revista Andaluza de Salud Pública*, 2018; 102: 97-133.
8. En octubre de 2017 se aprobó la Ley de muerte asistida voluntaria nº 61 (Estado de Victoria, Australia); en su artículo 9 establece los requisitos para el acceso a la muerte voluntaria asistida: 1) ser mayor de dieciocho años; 2) ser ciudadano australiano y residir en el Estado de Victoria; 3) tener capacidad para tomar decisiones, en relación con la muerte voluntaria asistida; 4) tener diagnosticada una enfermedad incurable, en estado avanzado, progresivo, que causará la muerte con una esperanza de vida inferior a los seis meses y que cause -o causare- un sufrimiento inaceptable.
 9. Para ser conscientes de la importancia y la repercusión de la eutanasia en Holanda, es imprescindible la lectura de Pinto Palacios F. La Eutanasia y el suicidio asistido en Holanda. In Marcos AM.; de la Torre J. (eds.) Y de nuevo, la eutanasia. Una mirada nacional e internacional. Madrid: Dykinson 2019; pp. 77-94.
 10. Sentencia emitida por el Tribunal del Distrito de Leeuwarden, 21/02/1973, NJ 1973, núm. 183, en la que enumera las condiciones para la práctica impune de la eutanasia; sentencia del Tribunal del Distrito de Rotterdam, 01/02/1981 y sentencia del Tribunal del Distrito de Alkmaar, 10/05/1983, en las que se añadían requisitos adicionales para la práctica impune de la eutanasia.
 11. Guevara Ballón A.M. Pendiente resbaladiza de la muerte asistida en los Países Bajos, Bélgica y Colombia. Santiago de Chile: Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, 2019.
 12. Pablo Simón Lorda e Inés Barrio Cantalejo establecen tres momentos cruciales previos a la legalización de la eutanasia en Bélgica: 1) La sentencia holandesa de 1973, que originó un debate en la sociedad belga; 2) Giro en el gobierno tradicionalmente cristiano-demócrata, crítico a la práctica de la eutanasia; 3) Publicación, en el año 2000, del estudio End of-Life Decisions in Medical Practice in Flanders, Belgium: a Nationwide Survey, en el que se afirmaba la práctica secreta de la eutanasia en Flandes (Simón P.; Barrio I.M. La eutanasia en Bélgica. *Revista Española de Salud Pública*, 2012; 86: 5-19).
 13. Esta práctica ocurre en el caso de pacientes menores, que padezcan enfermedades incurables; el médico es el encargado de evaluar al menor para comprobar que es capaz de adoptar esta decisión, previa consulta a un psiquiatra infantil, sin presiones de familiares y/o amigos, y con el consentimiento de los padres o representantes legales.
 14. Conviene recordar que el código penal alemán no castiga ni el suicidio, ni la tentativa y/o inducción de suicidio, ni la participación en suicidio ajeno.
 15. Loi 99-477 du 9 juin 1999 visant á garantir le droit á accéss aux soins palliatifs y Loi nº 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et á la qualité du système santé.
 16. Loi 2005-370 du abril 2005 relative aux droits des malades et á la fin de vie.
 17. Para profundizar en el caso italiano recomendamos la lectura de Adamo, H. La regulación del Testamento Vital en Italia: estudio crítico de la Ley 219/2017. *Revista de Estudios Jurídicos*, 2018; 18: 1-41. También Mar-

tínez León M. et al. Análisis ético y médico-legal de la eutanasia en la Unión Europea, *Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid*, 2014; 51: 129-139.

Si desea citar nuestro artículo:

La eutanasia en España. Análisis comparado con otros ordenamientos jurídicos del entorno comunitario

María del Carmen González Leonor; Carlos del Castillo Rodríguez; Antonio González Bueno

An Real Acad Farm [Internet].

An. Real Acad. Farm. Vol. 87. nº 3 (2021) · pp. 265-274

DOI: <http://>

