

# **Posibilidades de regulación de la eutanasia solicitada**

**Carmen Tomás-Valiente Lanuza**

Documento de trabajo 71/2005



## Carmen Tomás-Valiente Lanuza

Carmen Tomás-Valiente Lanuza (Valencia, 1969) es Doctora en Derecho por la Universidad Autónoma de Madrid y actualmente Profesora titular de Derecho penal en la Universitat de València. Tras varias estancias en el Instituto Max-Planck de Derecho penal de Friburgo (Alemania), su principal línea de investigación se centró en el tema de la eutanasia, sobre el que ha publicado diversos artículos y monografías. Entre los primeros se encuentran, por ejemplo, La regulación de la eutanasia en Holanda o La regulación de la eutanasia en el ordenamiento jurídico español; y como monografías es autora de La disponibilidad de la propia vida en el Derecho penal, y de La cooperación al suicidio y la eutanasia en el nuevo CP (art. 143), por la que recibió el Premio de Investigación de Bioética de la Fundación Víctor Grifos i Lucas 2001-2002.

Ninguna parte ni la totalidad de este documento puede ser reproducida, grabada o transmitida en forma alguna ni por cualquier procedimiento, ya sea electrónico, mecánico, reprográfico, magnético o cualquier otro, sin autorización previa y por escrito de la Fundación Alternativas

© Fundación Alternativas

© Carmen Tomás-Valiente Lanuza

ISBN: 84-96204-71-5

Depósito Legal: M-31509-2005

## Contenido

<b>Resumen ejecutivo</b> .....	<b>5</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>7</b>
<b>1 La regulación de la eutanasia en el Código Penal de 1995</b> .....	<b>9</b>
1.1 Introducción .....	9
1.2 La despenalización de la cooperación no necesaria al suicidio .....	10
1.3 La impunidad de la eutanasia indirecta y de las conductas omisivas .....	12
1.4 Los requisitos de la atenuación de la pena en los supuestos punibles .....	14
<b>2 La eutanasia en el Derecho comparado</b> .....	<b>15</b>
2.1 Introducción .....	15
2.2 Ordenamientos en los que son lícitas ciertas conductas eutanásicas (sólo de colaboración en el suicidio) .....	15
2.3 Ordenamientos en los que la eutanasia se encuentra despenalizada (incluida la conducta de dar muerte al enfermo) .....	17
2.4 Pronunciamientos de tribunales y organismos internacionales .....	25
2.5 Posibles alternativas de regulación del problema a la luz del Derecho comparado .....	27
<b>3 Principales argumentos en pro y en contra de la legalización de prácticas eutanásicas</b> .....	<b>31</b>
3.1 Argumentos a favor: el respeto a la autonomía individual y la identidad valorativa con el reconocimiento del derecho a rechazar tratamientos médicos salvadores .....	31
3.2 Argumentos en contra: la “pendiente resbaladiza” .....	35
<b>4 Conclusiones: sugerencias de cara a una futura regulación</b> .....	<b>39</b>
<b>Jurisprudencia citada</b> .....	<b>41</b>
<b>Bibliografía</b> .....	<b>41</b>

**Siglas y acrónimos**

CEDH	Convenio Europeo de Derechos Humanos
CP	Código Penal
FJ	Fundamento Jurídico
KNMG	Real Asociación Holandesa de Médicos
LO	Ley Orgánica
SSTC	Sentencias del Tribunal Constitucional
TEDH	Tribunal Europeo de Derechos Humanos

## Posibilidades de regulación de la eutanasia solicitada

**Carmen Tomás-Valiente Lanuza**

Profesora titular de Derecho penal en la Universitat de València

El presente documento pretende acercarse a la problemática de la eutanasia desde la perspectiva específica de las alternativas legales para su regulación. Se trata, en concreto, de presentar los diversos modelos de regulación de este tipo de conductas (la prohibición total con o sin atenuación de la pena, una despenalización parcial que abarque sólo determinados comportamientos, una legalización más amplia condicionada al cumplimiento de ciertos requisitos), así como los argumentos en pro o en contra de cada uno de ellos, aportando —a la luz de lo anterior— algunas reflexiones sobre la dirección que se consideraría acertada imprimir a una eventual reforma legislativa en este ámbito.

Aun sin olvidar el análisis de la normativa actualmente vigente en nuestro país, este trabajo otorga un papel destacado al análisis del Derecho comparado, el cual nos ofrece un amplio espectro de posibilidades regulativas. En este sentido, se aborda con especial atención la normativa de aquellos países que han avanzado un mayor trecho por la vía de la despenalización, Holanda y Bélgica, de cuya experiencia resulta posible extraer algunos rasgos susceptibles de incorporarse a nuestro ordenamiento en un futuro.

El documento aboga por la opción de despenalizar las conductas eutanásicas sobre la base de un argumento fundamental: la necesidad de respetar la autonomía individual expresada en una decisión en esencia autorreferente —esto es, que no afecta a los intereses de terceros, sino sólo al propio sujeto—, y que pertenece además a la esfera más íntima y personal de cada ser humano. Por otra parte, resulta indudable que la desincriminación exige arbitrar cuidadosamente una serie de garantías destinadas a neutralizar los posibles riesgos de una práctica abusiva; en este sentido, frente al argumento esgrimido con mayor frecuencia por los opositores a la legalización, que aducen la imposibilidad de establecer un control efectivo, en estas páginas se entiende factible la disposición de mecanismos adecuados a tal fin.

Aunque el documento dista de ofrecer una propuesta acabada de regulación, dado que su objetivo reside ante todo en intentar contribuir en alguna medida al imprescindible debate previo a una eventual reforma legislativa, sí se sugieren algunas de las líneas centrales que la futura normativa podría adoptar.

Así, se propone la **desincriminación**:

- tanto de las conductas de **auxilio** al suicidio,
- como de las de **causación directa** de la muerte,
- **siempre que se satisfagan ciertos requisitos**, orientados fundamentalmente a garantizar la seriedad de la decisión del enfermo que desea adelantar su fallecimiento.

## Introducción

El debate en torno a una eventual legalización o despenalización de la eutanasia se ha convertido en un tema recurrente en las sociedades occidentales y, entre ellas, sin duda, en la española. Parece claro, por otra parte, que en la opinión pública de nuestro país cada vez se asienta con mayor solidez la tendencia favorable a la despenalización de ciertos supuestos, en la línea acometida por otros Estados europeos.

¿Implica lo anterior que la cuestión deba ser abordada por nuestro legislador de modo perentorio? No, necesariamente. Es cierto que el debate está vivo desde hace tiempo, pero, en el caso español, probablemente se encuentre todavía poco maduro, entre otras cosas por hallarse en exceso lastrado por la repercusión mediática alcanzada por determinados casos concretos. En este sentido, la reflexión previa a una reforma legal de esta entidad habría de caracterizarse por una serie de rasgos que quizás no se compadezcan adecuadamente con la urgencia: desligarse de supuestos específicos, sopesar cuidadosamente las repercusiones de una eventual reforma, extenderse a todos los sectores sociales implicados, nutrirse de las experiencias de otros países... Es en esta tarea previa en la que conviene centrar ahora nuestros esfuerzos y en esta línea se inscriben modestamente las páginas que siguen. Con ellas no se pretende formular una propuesta “acabada” de regulación, sino contribuir a ese necesario debate previo aportando un cierto grado de información –sobre todo relativa al Derecho comparado en la materia– y algunas reflexiones que pudieran resultar útiles de cara a eventuales iniciativas legislativas en este campo.

Para ello el trabajo se ha estructurado en cuatro capítulos. En primer lugar (capítulo 1), se expondrán los rasgos más destacados de la regulación vigente (contenida en el Código Penal de 1995 y, en concreto, en su artículo 143.4), pues cualquier eventual innovación normativa ha de partir del conocimiento de los defectos y virtudes de aquello que se pretende reformar. Por su parte, el capítulo 2 se referirá a las experiencias existentes en Derecho comparado, centrándonos en aquellos países que de uno u otro modo han roto con la tónica general que preside las regulaciones al respecto (esto es, con la prohibición absoluta de las conductas eutanásicas activas). En tercer lugar (capítulo 3), nos ocuparemos de los que vienen siendo los argumentos más relevantes utilizados por los partidarios y detractores de la legalización de estos comportamientos, argumentos muy extendidos en la discusión sobre el tema y en modo alguno privativos del debate en curso en nuestro país. Para terminar (capítulo 4), se realizarán diversas sugerencias sobre algunos de los rasgos que podría resultar conveniente introducir en una futura regulación del problema.

Antes de continuar, una precisión terminológica importante. Dentro del amplio espectro de conductas que suelen incluirse bajo el concepto de eutanasia, este trabajo pretende centrarse únicamente en un grupo de ellas: la llamada eutanasia activa solicitada, esto es, aquellos casos en los que es el sujeto enfermo el que pide a una tercera persona bien que le ayude a quitarse la vida (auxilio al suicidio eutanásico), bien que lleve a cabo el acto directamente productor de la muerte (lo que llamaremos homicidio solicitado eutanásico<sup>1</sup>). Cuando a lo largo de estas páginas se hable, por ejemplo, de “despenalización de la eutanasia”, “conductas eutanásicas”, etc., nos estamos refiriendo conjuntamente a ambas modalidades de conducta (auxilio al suicidio y causación directa de la muerte por el tercero), pero únicamente en los supuestos en los que éstas son demandadas por el enfermo, aunque el apelativo “solicitado/a” no vaya a explicitarse en cada ocasión para evitar así una excesiva reiteración.

---

<sup>1</sup> El calificativo “eutanásico” se empleará cuando sea necesario para diferenciar estas conductas de las que llamaremos auxilio al suicidio y homicidio solicitado “ordinarios”, esto es, aquellos que se producen en un contexto ajeno a la enfermedad del sujeto pasivo (así, por ejemplo, un auxilio al suicidio en el seno de una secta religiosa).

# 1. La regulación de la eutanasia en el Código Penal de 1995

## 1.1 Introducción

Por primera vez en la historia legislativa de nuestro país, el Código Penal de 1995 abordó de modo expreso la regulación de las que podríamos denominar “conductas eutanásicas” solicitadas. En concreto, la opción adoptada por el legislador consistió en atenuar considerablemente la pena de los comportamientos ordinarios de cooperación con actos necesarios al suicidio ajeno (art. 143.2) y de ejecución de la muerte de quien no desea vivir más (art. 143.3), siempre que tales conductas se produzcan en ciertas circunstancias específicamente detalladas en el artículo 143 apartado 4 (relacionadas con la salud y la expresión de voluntad de la víctima)<sup>2</sup>.

Así pues, en el mencionado artículo 143 del CP de 1995 se castiga con carácter general la conducta de auxiliar a otro a quitarse la vida con actos imprescindibles a tal fin (comportamiento sancionado con una pena de dos a cinco años de prisión), y también la consistente en ejecutar la muerte de quien no desea seguir viviendo (casos en los que no se trata de prestar una mera ayuda para que otro se quite la vida, sino que directamente es el tercero quien mata a la víctima, lo que recibe una pena de seis a diez años de privación de libertad). De acuerdo con el último apartado del mencionado precepto, si tales comportamientos se realizasen “por la petición expresa, seria e inequívoca” de la víctima y siempre que, además, ésta “sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su

---

<sup>2</sup> Art. 143 CP: “1. El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años.

2. Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona.

3. Será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte.

4. El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos 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.”

muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar”, la pena asignada se reduciría en uno o dos grados respecto de la señalada para la conducta respectiva con carácter general, lo que supone que la cooperación necesaria a un suicidio “eutanásico” recibiría una sanción que oscilaría entre los seis meses y los dos años de prisión, mientras que la ejecución del homicidio solicitado en estas circunstancias se castigaría con una privación de libertad de entre un año y seis meses a seis años.

No es éste el lugar adecuado para realizar una exégesis técnica del precepto en términos jurídico-penales. Sin embargo, sí creo necesario poner de relieve los aspectos más fundamentales de esta regulación, puesto que tal y como se señalaba en la introducción general de este documento, cualquier propuesta legislativa ha de basarse en el conocimiento de las virtudes y defectos de aquello que se pretende reformar (Díez Ripollés, 1997:164-266 y Tomás-Valiente Lanuza, 2000:101-37).

## **1.2 La despenalización de la cooperación no necesaria al suicidio**

Uno de los rasgos más relevantes de la nueva regulación es la impunidad de las conductas de mera cooperación no necesaria –también llamada complicidad– en el suicidio de otro, con independencia de si concurre o no el contexto eutanásico. En efecto, frente a la regulación contenida en el Código Penal anteriormente vigente, en el que se sancionaba cualquier tipo de colaboración, el CP de 1995 se refiere únicamente al que “coopere con actos necesarios al suicidio de una persona” (art. 143.2, referido a cualquier clase de suicidio) o al que “cooperare activamente con actos necesarios y directos” (art. 143.4, para el ámbito eutanásico). Dicho de otro modo, la frontera a partir de la cual comienza la intervención penal es la que viene dada por el carácter imprescindible de los actos de colaboración: la conducta del tercero se sancionará sólo si el suicida no hubiera podido llevar a cabo su suicidio de no ser por la ayuda recibida –cooperación necesaria–, pero quedará impune cuando aquél hubiera podido quitarse la vida de otro modo –cooperación no necesaria o complicidad–.

En ocasiones resultará relativamente sencillo dirimir el carácter innecesario o, por el contrario, imprescindible de una conducta de cooperación. Así, parece claro que nos encontraríamos ante una colaboración no necesaria en el caso del médico que se limita a aconsejar a su paciente sobre la dosis de una determinada sustancia que éste ha de ingerir para lograr una muerte segura, pero relativamente plácida; en este caso, el enfermo siempre podría haberse suicidado con una dosis ingente de dicha sustancia sin recurrir a consejo alguno del médico, aunque ello le hubiera producido una agonía más larga o dolorosa. En el extremo opuesto, resultaría igualmente evidente el carácter imprescindible de la ayuda prestada por quien pone en la boca del enfermo tetrapléjico la sustancia mortal que este succiona por sí mismo, pues la persona completamente paralizada no puede quitarse la vida si no es con ayuda ajena.

Sin embargo, en otros muchos casos puede no resultar nada fácil distinguir si la colaboración prestada ha resultado o no imprescindible, pues todo dependerá de la perspectiva que se adopte. Si se partiese de una óptica abstracta, la mayoría de los comportamientos de colaboración al suicidio –eutanásico o no– se podrían calificar de mera complicidad impune, porque, salvo casos extremos como el citado anteriormente, casi siempre podrá decirse que el sujeto podía haberse suicidado “de otro modo”; en cambio, desde una perspectiva que atienda a la situación concreta y al modo en que se ha producido la muerte, se tendería mucho más a la calificación de las conductas como cooperación necesaria punible, porque desde esta óptica es fácil argumentar que sin la ayuda examinada el sujeto no se hubiera podido suicidar “del modo concreto en que lo hizo”. Así, por ejemplo, en el caso del médico que facilitase al paciente una sustancia letal muy difícil de conseguir, podría argumentarse el carácter no necesario de esta ayuda desde una perspectiva abstracta, mediante el razonamiento de que el paciente podría haberse suicidado por otros medios, por ejemplo, arrojándose desde una altura elevada. Sin embargo, si se adoptase un punto de vista más concreto, podría decirse que sin la ayuda del médico el paciente no hubiera podido quitarse la vida del modo en que lo hizo, puesto que por sí mismo no hubiera podido proveerse de la sustancia utilizada.

Por lo tanto, nos encontramos, en suma, con que el legislador ha establecido una primera frontera entre lo impune y lo punible que dista mucho de ofrecer soluciones seguras, lo que ha motivado más de una encendida crítica por parte de la doctrina penalista. Por otra parte, y al margen ahora de la poca claridad de la delimitación *per se*, ha de llamarse la atención sobre el hecho de que la despenalización de las conductas de colaboración no necesaria al suicidio no ha obedecido a razones bien definidas. En este sentido, el que se introdujera tanto respecto de los suicidios ordinarios como eutanásicos indica que la intención del legislador no fue la de crear un reducido campo de impunidad que atendiese a las peculiares características de esta segunda clase de situaciones; de hecho, en los debates parlamentarios previos a la aprobación del Código de 1995 apenas se prestó atención a este punto y, en todo caso, en ningún momento se presentó ni debatió como una puerta abierta a ciertas prácticas eutanásicas. Ello ha comportado, a mi juicio, que la sociedad española no haya percibido las implicaciones de la nueva regulación en este punto, lo que se aprecia claramente si comparamos nuestro caso con el de, por ejemplo, el Estado norteamericano de Ohio, el cual –como veremos más adelante al referirnos al Derecho comparado– aprobó por referéndum en 1993, tras un intenso debate social, jurídico y político, una ley que permite a los médicos recetar a sus pacientes, cumplidos determinados requisitos, dosis letales de medicamentos para que éstos puedan terminar con su vida.

Pues bien, esta innovación legal, que adquirió incluso resonancia internacional como una pionera despenalización de ciertos comportamientos eutanásicos, en realidad vendría a coincidir en sus resultados con la regulación española actual, pues –al menos según una determinada interpretación, tal y como señalábamos anteriormente– esta conducta de recetar medicamentos podría muy bien estimarse como una colaboración no necesaria y,

por lo tanto, impune, al suicidio del paciente. Ahora bien, resulta evidente que en la sociedad española, y desde luego en la clase médica, no existe, a diferencia de lo que sucede en el citado estado norteamericano, ninguna conciencia de esta despenalización parcial, que ha pasado prácticamente desapercibida para la opinión pública y que en ningún momento se presentó a ésta, a diferencia del caso de Ohio, como un intento de reconocer cierto margen de licitud en el ámbito de la eutanasia.

### 1.3 La impunidad de la eutanasia indirecta y de las conductas omisivas

Como siguiente punto destacable de la regulación de nuestro tema en el CP de 1995, ha de mencionarse que su art. 143.4 CP, al regular expresamente las conductas eutanásicas, viene a consagrar de modo claro algo que en cualquier caso ya venía siendo afirmado por la doctrina por vía interpretativa bajo la vigencia del CP anterior: la impunidad de la llamada “eutanasia indirecta” y de los comportamientos meramente omisivos. El precepto citado dice, en efecto, que se castigará al que “causare o cooperare **activamente** con actos necesarios y **directos** a la muerte de otro...”, de donde se deduce, *a contrario*, que las conductas meramente indirectas y las no activas –es decir, las meras omisiones– no pueden ser sancionadas.

Queda así fuera del marco punible, en primer lugar, la llamada “eutanasia indirecta”, esto es, la administración al paciente de dosis de sustancias (como, por ejemplo, la morfina) destinadas a paliar su sufrimiento, pero susceptibles de adelantar el fallecimiento ante la necesidad –debida a la tolerancia que generan en el paciente– de ir administrando dosis sucesivamente más elevadas. Impunidad que en cualquier caso, como decíamos, ya venía siendo defendida por la doctrina penalista bajo la vigencia de la anterior regulación, y que sigue siéndolo en la actualidad también para los casos no expresamente regulados por el Código en el art. 143.4 ni en ningún otro precepto, esto es, aquellos supuestos, en realidad mucho más habituales, en los que este proceder no es expresamente solicitado por el paciente, sino fruto de un acuerdo entre el médico y los familiares una vez aquél ha llegado a un estado preagónico.

En segundo lugar, el art. 143.4 CP deja fuera del ámbito de lo punible los comportamientos que no sean “activos”. Respecto de estos casos nos encontramos con la necesidad de dirimir con mayor exactitud cuáles serían exactamente estas conductas “no activas” y por tanto lícitas, algo no tan sencillo como inicialmente podría parecer. Sin pretender entrar en tecnicismos que no proceden en un trabajo de estas características, podríamos afirmar lo siguiente:

- No cabe duda de que es un comportamiento “no activo” el de no intervenir para impedir el suicidio del enfermo. El médico, el familiar o el amigo que presencian cómo se quita la vida un enfermo de las características descritas en el art. 143.4 CP no van a poder ser sancionados.

- Resulta igualmente clara la licitud de la conducta del médico o profesional sanitario que no administra a un paciente un determinado tratamiento a petición de éste, por mucho que dicho tratamiento fuera imprescindible para su supervivencia y que su no administración o suspensión fuera a conllevar el fallecimiento. En cualquier caso, esta conclusión no se deriva únicamente de la regulación del art. 143.4 CP, sino que es consecuencia ineludible del obligado respeto al derecho de los pacientes a decidir sobre su tratamiento médico, derecho consagrado en numerosa normativa internacional vinculante para España, así como en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de los Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, y en todas las leyes autonómicas referidas al tema. Dicho de otro modo, no es ya que el médico que se abstiene de suministrar un tratamiento no deseado por el paciente realice una conducta penalmente impune o lícita; es que tal abstención constituye una obligación jurídica para el facultativo, que cuando podría incurrir en responsabilidad penal sería precisamente si actuara en contra de la voluntad del enfermo.
- Más compleja resulta, a mi juicio, la calificación de las conductas de desconexión de determinados mecanismos llamados de medicina intensiva, tales como los ventiladores o respiradores artificiales. Pensemos, por ejemplo, en el caso de un enfermo completamente inmovilizado que lleva años viviendo conectado a un respirador artificial, y que en un determinado momento exige que aquel le sea retirado. Su médico –o un familiar o amigo– acceden a esta petición y el sujeto muere. A la luz del art. 143.4, el comportamiento sería penalmente irrelevante si considerásemos que la conducta de retirar el mecanismo es (desde un punto de vista normativo) una omisión, valorativamente idéntica a dejar de suministrar cualquier otro tratamiento (tal y como ha propuesto un importante sector doctrinal); en cambio, la calificación habría de variar si entendiésemos que este es un comportamiento activo directamente productor de la muerte, en cuyo caso habría de encuadrarse en el art. 143.4 y sancionarse con una pena de entre un año y medio a seis años de privación de libertad. Y aún cabría defender una tercera interpretación, por la que personalmente me inclino: la de que nos encontramos, en efecto, ante una conducta inicialmente calificable de homicidio activo del art. 143.4, pero que a pesar de ello se encontraría justificada por derivarse del ejercicio del ya mencionado derecho del paciente a decidir sobre su tratamiento (junto a circunstancias como la legítima defensa o el estado de necesidad, el art. 20.7 CP recoge el ejercicio de un derecho como causa de justificación de conductas que, en principio, encajan en la descripción de un delito). Pues bien, a la vista de esta diversidad de posibles calificaciones o interpretaciones de estas conductas de desconexión, cabe apuntar que nuevamente nos encontramos, al igual que en la distinción entre cooperación necesaria y no necesaria, ante una frontera difusa entre lo lícito y lo ilícito; de ahí que nuevamente haya de criticarse al legislador de 1995 por haber seleccionado como criterio delimitador entre ambas esferas un parámetro –en este caso el concepto de lo “activo” frente a lo “omisivo”– que en modo alguno se encuentra pacíficamente asentado.

## 1.4 Los requisitos de la atenuación de la pena en los supuestos punibles

Como último rasgo relevante de la regulación que nos ocupa, importa ahora referirse a las condiciones a las que el art. 143.4 CP supedita la atenuación de la pena dispuesta para las conductas de causación de la muerte y cooperación necesaria al suicidio del enfermo. El precepto se refiere a dos extremos: las características de la enfermedad padecida por el sujeto (a) y el modo en que éste ha de manifestar su voluntad (b).

- a) En lo que se refiere al estado de salud del sujeto, la base de la atenuación es que concurra una “grave enfermedad”. Este precepto permite dos posibilidades : o bien ha de tratarse de una enfermedad que conduciría necesariamente a su muerte, o bien tiene que producir graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar. El hecho de que el legislador haya formulado estas dos situaciones de modo alternativo, y no cumulativo, permite la aplicación del 143.4 y de la atenuación de la pena en él prevista a casos como el de los sujetos aquejados de una parálisis total, pues basta con que su situación les provoque graves sufrimientos aunque no concurra, en absoluto, el carácter de enfermedad mortal.
- b) Como requisito añadido a una u otra de las condiciones que acaban de apuntarse respecto de la enfermedad, el precepto introduce una serie de exigencias relativas a la voluntad del sujeto, entre las que destaca, en primer lugar, la de que éste haya formulado una “petición”, no bastando, por tanto, su mero consentimiento o aquiescencia a la propuesta de un tercero. De ahí se deduce que la atenuación no podrá aplicarse en los casos en que la sugerencia de terminar con la vida del enfermo haya partido de un tercero; lo cual es perfectamente coherente, por cierto, con el hecho de que el legislador haya decidido no incluir en la atenuación del art. 143.4 las conductas de inducción al suicidio (hacer surgir en otra persona la voluntad de quitarse la vida recibirá siempre la misma pena –la de cuatro a ocho años de prisión prevista en el art. 143.1–, tanto si se trata de un sujeto sano como de un enfermo de las características que sean).

La petición, además, habrá de ser “expresa, seria e inequívoca”, requisitos encaminados todos ellos a despejar cualquier duda sobre el verdadero sentido de la voluntad del enfermo.

## 2. La eutanasia en el Derecho comparado

### 2.1 Introducción

Abordamos ahora el estudio del Derecho comparado, al que dedicaremos una especial atención basada en la premisa de que cualquier intento de abordar una reforma legislativa en el tema que nos ocupa no puede desconocer la experiencia de los países de nuestro entorno cultural, pues de ella pueden extraerse, como luego veremos, distintos modelos de enfoque del problema más o menos susceptibles de trasladarse a nuestro sistema jurídico.

Para comenzar, ha de apuntarse que, sin duda alguna, la tónica general de las legislaciones en el Derecho comparado es la de la prohibición de las conductas eutanásicas. Dentro de esta tendencia generalizada, la eutanasia, a diferencia del caso español, no suele encontrarse regulada de modo expreso, sino que normalmente se sanciona en el marco más amplio del castigo de las conductas de colaboración en el suicidio de otra persona y/o de ejecución de un homicidio con la voluntad de la víctima. Existen, sin embargo, importantes excepciones a esta prohibición, de entre las que destaca, como es sobradamente conocido, el caso de los Países Bajos. Con todo, antes de ocuparnos con más detalle de esta regulación, y de alguna otra muy similar (como es el caso de la recientemente promulgada en Bélgica), interesa mencionar algunos otros ordenamientos en los que, de una u otra forma, al menos ciertos comportamientos eutanásicos pueden considerarse impunes.

### 2.2 Ordenamientos en los que son lícitas ciertas conductas eutanásicas (sólo de colaboración en el suicidio)

a) En primer lugar, ha de mencionarse el caso de la **República Federal de Alemania**, con una peculiar regulación que guarda cierta semejanza con el caso español en lo que se refiere a la despenalización de conductas de colaboración en el suicidio ajeno, si bien va un paso más allá que el Código español en este punto. Decíamos anteriormente, en efecto, que el legislador español de 1995 ha optado por despenalizar la colaboración no necesaria al suicidio, tanto en circunstancias eutanásicas como fuera de ellas, si bien sigue castigando la colaboración necesaria al suicidio y el homicidio consentido (y ello, de nuevo, tanto en situaciones eutanásicas como ordinarias, aunque en la primera de estas

situaciones se dispone una importante atenuación de la pena). Pues bien, en el caso alemán sucede que no sólo es impune la colaboración no imprescindible al suicidio ajeno, sino también la cooperación necesaria e incluso la inducción. La única conducta que puede sancionarse con arreglo al Código Penal alemán es el llamado “homicidio a petición” previsto en su parágrafo 216, esto es, aquellos casos en los que el tercero no se limita a ayudar a otra persona, enferma o no, a quitarse la vida, sino que es él quien lleva a cabo el acto definitivo productor de la muerte. Por utilizar un ejemplo de todos conocido, con arreglo a la legislación alemana no se encuentra prohibido poner a disposición de un enfermo paralizado el veneno que luego éste ingerirá por sí mismo, pues nos encontraríamos ante una cooperación al suicidio cuyo carácter imprescindible no empece a su licitud. La frontera de la intervención del Derecho Penal sólo se traspasaría si fuera el propio tercero el que matase a la víctima, por ejemplo suministrándole una inyección de una sustancia letal (Roxin, 2001:25-36).

Con todo, para no llamar a engaño ha de precisarse que esta impunidad de ciertas conductas eutanásicas no es percibida por la sociedad alemana ni por la profesión médica de aquel país como una licitud clara y, si se permite la expresión, “institucionalizada”. En este sentido, sería totalmente incorrecto asumir que en Alemania se practiquen con cierta normalidad conductas como la que nos ha servido de ejemplo. Ello se debe a varios factores: por un lado, sin duda ha jugado un importante papel la jurisprudencia del Tribunal Supremo alemán, que a lo largo de muchos años ha venido utilizando diversas vías para desvirtuar la impunidad de la participación en el suicidio, llegando con frecuencia a sancionarla merced a interpretaciones más que discutibles del Código Penal; por otro, como posible segundo factor de peso en esta percepción social ha de tenerse en cuenta que la impunidad de las conductas de participación en el suicidio en Alemania no ha venido precedida en modo alguno de un debate social ni tampoco en sede parlamentaria en torno al concreto caso de la eutanasia. Es decir, no se trata de que el legislador haya decidido en un momento determinado despenalizar ciertas conductas anteriormente prohibidas en atención a una demanda social más o menos intensa, sino que, simplemente, el legislador alemán, por razones ciertamente difusas, nunca ha penalizado la colaboración en el suicidio ajeno, sea o no eutanásico.

b) La **legislación suiza** también ofrece interesantes particularidades. Aunque el homicidio a petición se encuentra sancionado en todo caso (artículo 114 del Código Penal suizo), la cooperación al suicidio sólo se castiga cuando obedezca a “motivos egoístas”. Aunque desde luego se trata de una regulación técnicamente muy imperfecta, puesto que hacer depender la punibilidad o impunidad de una conducta de la motivación interna del sujeto encierra una notable carga de inseguridad jurídica, siempre indeseable, pero más claramente aún en el Derecho penal, en principio parece poder afirmarse el carácter no egoísta de quien presta su colaboración al suicidio de una persona que no puede soportar más tiempo un intenso sufrimiento, lo que significa la impunidad de esa clase de conductas eutanásicas. Ahora bien, lo que sí sería punible en todo caso, y en este punto se coincide con la regulación alemana, es la conducta de matar a quien lo solicita, y aquí ya no importa la motivación más o menos altruista del autor del homicidio.

A pesar de que tampoco en Suiza se llegó a la situación vigente a partir de un debate expresamente orientado en torno a la eutanasia, lo cierto es que, a diferencia del caso alemán, aquí sí puede afirmarse que, sobre todo en los últimos años, la regulación a la que nos hemos referido se está percibiendo con más intensidad como un hueco de licitud de ciertas prácticas eutanásicas (siempre que consistan en colaborar en el suicidio del enfermo y no lleguen a franquear el límite de que sea el tercero quien le produzca la muerte). De hecho, es sobradamente conocida la actuación de diversas asociaciones pro-eutanasia que facilitan ayuda a enfermos que desean morir, como es el caso de la llamada Dignitas o el de Exit-Deutsche Schweiz, entidad esta última que, a diferencia de la primera, no presta su ayuda a extranjeros no residentes en Suiza que se desplazan al país con la finalidad de recabar este tipo de asistencia, para evitar así lo que se ha dado en denominar “turismo eutanásico”.

c) En su momento cobró no poca relevancia pública la modificación legislativa aprobada en el Estado norteamericano de **Oregón** en 1993, donde llegó incluso a celebrarse un referéndum popular al respecto. Se trataba, sin embargo, de una despenalización muy tímida de conductas eutanásicas, muy alejada no ya de lo que permite la legislación holandesa, sino incluso de lo que –aun de modo muy desapercibido para la opinión pública por esa falta de un debate previo a la que antes aludíamos, debate que, sin embargo, sí tuvo lugar, y de modo muy intenso, en el caso de Oregón– es perfectamente lícito en países como Alemania o Suiza. En concreto, lo que el Estado de Oregón permite, a partir de la aprobación de la mencionada ley, es que profesionales de la Medicina puedan recetar a sus pacientes determinadas sustancias en dosis adecuadas para terminar con su vida, siempre que se cumplan ciertos requisitos, entre ellos que el pronóstico del enfermo no debe superar los seis meses de vida. De este modo, la conducta despenalizada es únicamente una forma muy concreta de colaborar en el suicidio del paciente, pues resulta totalmente esencial que sea éste el que se quite la vida por sí mismo. Por cierto que en la inmensa mayoría de los casos se trataría de una cooperación que en términos de nuestra legislación podría considerarse no necesaria, pues normalmente el paciente tendrá a su disposición otros medios de quitarse la vida, aun sin que el médico le recetase las sustancias letales, por lo que puede decirse que, en realidad, estas mismas conductas son ya impunes en el Derecho español, que además no exige en absoluto la condición de médico de quien las realiza, ni ningún otro requisito.

### **2.3 Ordenamientos en los que la eutanasia se encuentra despenalizada (incluida la conducta de dar muerte al enfermo)**

a) Quizás convendría comenzar la exposición de la **legislación holandesa** sobre la práctica de la eutanasia destacando de modo especial el hecho –a mi juicio muy positivo– de que la normativa actualmente vigente no procede sin más de una decisión aislada del legislador adoptada en el seno del Parlamento. Bien al contrario, la legalización de la

eutanasia en los Países Bajos obedece a un proceso largo, rico y complejo en el que desde un principio se involucraron muy intensamente tanto la propia profesión médica como los tribunales. Aquella lo hizo a través de la KNMG –la Real Asociación Holandesa de Médicos– mediante la emisión, a partir de los años setenta, de una serie de influyentes documentos en los que se proponía la posibilidad de que los facultativos pudieran lícitamente ayudar a morir a sus pacientes en determinadas circunstancias. Por su parte, los tribunales contribuyeron, también desde los años setenta, con una línea jurisprudencial que tendía a absolver en casos de eutanasia sobre la base de que, siempre que se cumplieran determinados requisitos –coincidentes con los que iba fijando la KNMG en sus pronunciamientos– tales comportamientos podían considerarse amparados por el “estado de necesidad”, recogido en el Código Penal con carácter general como una de las causas que permiten justificar comportamientos inicialmente delictivos. Esta jurisprudencia absolutoria se fue consolidando durante toda la década de los ochenta, y ello –dato interesante– sin que hubiese modificación alguna del Código Penal holandés, que con carácter general seguía castigando con penas de prisión las conductas de colaboración en el suicidio o de homicidio solicitado.

De modo paralelo a lo anterior, a lo largo de los años 80 fueron debatiéndose en el Parlamento holandés sucesivas propuestas legislativas en torno al tema, formuladas por diversos grupos parlamentarios. Sin embargo, hasta 1992 no se llegó a promulgar ninguna norma al respecto, y cuando se hizo por primera vez el legislador optó por una vía ciertamente discutible.

En efecto, en lugar de una regulación sustantiva que reformase el Código Penal y estableciese de modo claro las circunstancias en las que se consideraba lícita la práctica de la eutanasia, la Ley aprobada el 2 de diciembre de 1992 se limitó únicamente –sin tocar el Código Penal– a reformar la Ley de Inhumaciones, estableciendo en ella tan sólo el procedimiento de notificación de la muerte que debía seguir todo médico que hubiese practicado una eutanasia (se debía remitir un formulario al forense, éste a su vez al fiscal, etc.). No entraremos en este momento a detallar el contenido de este complejo procedimiento, base en parte del actualmente vigente; lo que interesa mencionar es que durante prácticamente una década (hasta la entrada en vigor de la actual Ley el 1 de abril de 2002), lo que existió en Holanda desde el punto de vista normativo fue una peculiar regulación meramente procedimental, que tuvo su base implícita en una consolidada jurisprudencia –puesto que en la Ley de 1992 se establecía que los fiscales habían de revisar el cumplimiento de los criterios jurisprudenciales en todos los casos que les notificasen–, pero que no la convirtió en norma sustantiva. Dicho de otro modo, la regulación de 1992 no ofrecía en sí misma criterios materiales sobre la justificación de los supuestos de eutanasia; es cierto que los formularios que tenían que rellenar los médicos implicados estaban redactados de modo que cubrían todos los aspectos que la jurisprudencia venía considerando relevantes para poder aplicar el estado de necesidad, pero dichos requisitos no se regulaban en ninguna norma, como tampoco existía ninguna previsión legal concreta que estableciera expresamente que su cumplimiento convertía el hecho en justificado.

Pues bien, la situación que acaba de exponerse no terminaba de resultar satisfactoria para un importante sector de opinión. Por ejemplo, con frecuencia se criticaba al legislador el que hubiese desaprovechado la ocasión para tomar partido sobre las cuestiones sustantivas, concediendo un excesivo protagonismo a los tribunales, que en alguna ocasión modificaron extremos importantes de su jurisprudencia al respecto, y dejando, por tanto, un cierto margen de inseguridad jurídica. Es en ese contexto de insatisfacción ante una legalización *de facto*, pero no expresa, en el que el legislador se decide a intervenir de forma más clarificadora: el 1 de abril de 2002 entra en vigor una nueva regulación en la que se plasman detalladamente tanto los requisitos de licitud de una conducta eutanásica como el procedimiento de notificación de la muerte del enfermo. La técnica legislativa adoptada es la de promulgar una ley especial: se reforma el Código Penal en la medida en que sus arts. 293 y 294 sí dicen ahora claramente que las conductas en ellos tipificadas (el homicidio solicitado y el auxilio al suicidio, respectivamente) se podrán considerar lícitas en algunos supuestos, pero el conjunto de requisitos imprescindibles para ello no se incluye en el propio Código, sino que éste se remite a la regulación específica sobre el tema, encarnada en la llamada Ley de Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio.

Repasemos ahora el contenido de la citada ley, para lo cual distinguiremos sus dos aspectos fundamentales: por un lado, las exigencias que ha de satisfacer la conducta para ser considerada lícita y, por otro, el proceso de notificación y de control del cumplimiento de aquéllas.

**Los requisitos exigidos** son los mismos tanto si se trata de un auxilio al suicidio como si la conducta consiste en un homicidio a petición. De acuerdo con el art. 2.1 de la Ley, son los siguientes:

- la conducta sólo puede ser realizada por un médico (si bien ninguno está legalmente obligado a acceder a la petición de un paciente, pudiendo oponer en todo caso motivos de conciencia);
- el enfermo ha de solicitarlo de modo voluntario y reflexionado;
- el enfermo ha de padecer un sufrimiento insoportable sin perspectivas de mejora;
- el enfermo ha de haber sido adecuadamente informado por el médico respecto de su situación y pronóstico;
- médico y paciente tienen que haber discutido la situación y haber concluido conjuntamente que no cabe otra solución más satisfactoria;
- el médico ha de consultar al menos con otro facultativo, el cual debe examinar personalmente al paciente y asegurarse –haciéndolo constar en un informe escrito que se remitirá

al comité regional correspondiente– de que se satisfacen los requisitos arriba mencionados respecto de su voluntad, pronóstico e información;

- al practicar la conducta eutanásica, el médico debe procurar al enfermo el cuidado y la atención médica debidos.

Naturalmente, todas las exigencias anteriores pueden plantear no pocos problemas de delimitación, y algunas suscitan cuestiones especialmente polémicas que la propia ley se ha encargado de aclarar. De entre ellas destacaremos tan sólo dos, por su importante repercusión práctica: la relativa a la competencia o capacidad del paciente y la que afecta al tipo de sufrimiento experimentado por éste.

En cuanto a la capacidad exigida de un paciente para que éste pueda solicitar válidamente la eutanasia, la ley se ocupa expresamente, en primer lugar, del caso de los menores (art. 2.3 y 2.4), estableciendo dos franjas de edad: los mayores de 12 y menores de 16 años pueden solicitar la eutanasia, pero el médico sólo podrá practicarla con la autorización de los padres o tutor; en cambio, los que cuenten con 16 ó 17 años sí podrán decidir por sí mismos, aunque los padres o tutor deberán participar del proceso de deliberación previo. No es este supuesto el único problemático en cuanto a las capacidades exigidas del paciente. La ley también aborda (art. 2.2) el caso de quienes han perdido la capacidad para expresar su voluntad, pero han dejado expresa constancia de ella en una declaración escrita previa en la que solicitan que les sea practicada la eutanasia llegadas determinadas circunstancias, documento este al que la ley reconoce plena validez como solicitud. De este modo, el sistema holandés concede a este tipo de documentos un campo de juego mucho más amplio que el que les otorga el resto de los ordenamientos jurídicos, donde los llamados “testamentos vitales” o, más correctamente, “documentos de voluntades anticipadas” o “documentos de instrucciones previas” no pueden utilizarse válidamente para solicitar la producción activa de la muerte.

Por lo que se refiere al tipo de padecimiento insoportable experimentado por el paciente, en su momento se suscitó una importante polémica al respecto en la sociedad holandesa a raíz de una conocida sentencia del Tribunal Supremo holandés, que en 1994 (esto es, cuando la única regulación legal existente era la Ley de 1992 a la que nos referíamos más arriba) abrió la puerta a que un médico especialista en psiquiatría pudiera ayudar a morir a una persona que experimentaba un intenso sufrimiento psicológico y no físico; en concreto, el caso resuelto por el Tribunal se refería a una mujer que padecía enormemente por diversas desgracias en su vida personal y familiar. Pues bien, aunque la Ley actualmente vigente no se refiere expresamente a esta cuestión (su art. 2 únicamente requiere un “padecimiento insoportable” para el que no existe otra “solución razonable”), en repetidas ocasiones desde el Ministerio de Justicia holandés se ha insistido en que, por lo general, tales casos tendrán que ser abordados con especiales reservas y abrirse un procedimiento por el Ministerio Fiscal.

Como señalábamos al comenzar a examinar la regulación holandesa, la Ley de Terminación de la Vida también instituye, concretamente en sus artículos 3 a 19, un complejo **pro-**

**cedimiento de notificación y control *a posteriori*** (heredero en gran parte del establecido en la Ley de 1992), cuyo objetivo reside precisamente en que los poderes públicos puedan constatar el efectivo cumplimiento de los requisitos anteriores. Así, todo médico que lleve a cabo una conducta eutanásica debe ponerlo en conocimiento del forense del municipio (rellenando para ello unos formularios tipo), el cual remitirá los documentos, a su vez, a un comité regional, que es el que controlará si se han satisfecho o no las exigencias legales. Dichos comités se constituyen, pues, como el verdadero filtro u organismo de control de la práctica de la eutanasia. Existen cinco para toda Holanda, compuestos por un número variable de miembros entre los que deben contarse necesariamente un jurista que actuará como presidente, un médico y un experto en ética, todos ellos nombrados por los Ministerios de Justicia y Sanidad por un periodo de seis años. Pues bien, si constata que los requisitos legales han sido satisfechos, el comité no informa a la Fiscalía y el caso queda, en principio, archivado (los comités están obligados a mantener un completo registro de los casos que llegan a su conocimiento); en caso contrario, el comité debe comunicar los hechos tanto a la Fiscalía como a la inspección sanitaria, que decidirán conjuntamente si procede o no iniciar un procedimiento judicial. Proceso que, en caso de confirmarse el incumplimiento de los requisitos legales, culminaría con la aplicación de los antes mencionados arts. 293 y 294 del Código Penal holandés, que prevén penas de hasta 12 y 3 años de prisión, respectivamente, para las conductas de homicidio solicitado y de cooperación al suicidio que no reúnan las exigencias establecidas por la Ley especial ([www.minbuza.nl](http://www.minbuza.nl)).

b) En la actualidad, **Bélgica** ha pasado a acompañar a Holanda en el grupo de únicos países en los que la eutanasia puede practicarse lícitamente también en su forma de causación de la muerte del enfermo. Sin modificar en absoluto el Código Penal, el legislador belga ha optado por una Ley especial –la llamada Ley relativa a la Eutanasia, de 28 de mayo de 2002 y en vigor desde el 20 de septiembre del mismo año– que viene a matizar las prohibiciones de aquél, declarando exento de responsabilidad al médico que practique la eutanasia dentro de determinados requisitos. Por cierto que la eutanasia es definida en el art. 2 de la Ley como “el poner fin intencionadamente a la vida de una persona a petición de ésta”, y es a esta conducta a la que la Ley se refiere repetidamente. No obstante, en buena lógica (“quien puede lo más puede lo menos”), ha de entenderse que las mismas circunstancias legitiman las conductas de auxiliar al suicidio del enfermo.

La regulación belga guarda importantes semejanzas con la holandesa. También en Bélgica la Ley combina la exigencia de una serie de requisitos sustantivos (relativos a la enfermedad del paciente y a la manifestación de su voluntad) con el establecimiento de un procedimiento de control *a posteriori* a través de organismos creados *ad hoc*. En lo que sigue examinaremos los rasgos más destacados de la Ley en ambos campos, sustantivo y procesal, y destacaremos especialmente sus diferencias con respecto a la regulación vigente en los Países Bajos.

En cuanto a los **requisitos sustantivos**, la regulación belga tiene en común con la holandesa muchas de las exigencias relativas a la enfermedad y el sufrimiento insoportable del

paciente, así como la completa información sobre su estado y posibilidades de tratamiento que el médico ha de transmitirle y la deliberación conjunta que ambos han de realizar antes de adoptar una decisión, todo ello detallado en su art. 3. Asimismo, la Ley belga también requiere –al igual que la holandesa– que el médico consulte con otro especialista, si bien en el caso belga tal exigencia se refuerza con la necesidad de recabar la opinión de un tercer médico en caso de que la situación del paciente que solicita la eutanasia no fuera claramente terminal –art. 3.3–. Por otra parte, un tercer e importante rasgo común entre ambas regulaciones es la eficacia en este ámbito de las declaraciones anticipadas de voluntad: el art. 4 de la Ley belga permite, en efecto, que un médico pueda practicar la eutanasia a un enfermo que lo hubiera dejado expresamente solicitado por escrito para el caso de encontrarse inconsciente y padecer una enfermedad grave e incurable, situación que ha de ser irreversible según el estado actual de la ciencia.

Con todo, no dejan de existir diferencias interesantes entre ambas regulaciones: así, por ejemplo, la Ley belga requiere expresamente que la petición de la eutanasia por parte del paciente sea plasmada en un documento escrito, cuya forma ha de adecuarse a lo previsto con alto grado de detalle en el art. 3.4; y en cuanto a los menores, la regulación belga sólo da validez a su solicitud si se trata de emancipados.

Por lo que se refiere al **procedimiento de control**, la Ley belga instituye una única Comisión de control, la denominada Comisión Federal de Control y de Evaluación de la Aplicación de la Ley, compuesta de 16 miembros, 8 de ellos médicos, 4 juristas y 4 procedentes de las profesiones implicadas en la problemática de los enfermos incurables. Todo médico que practique una eutanasia está obligado por la Ley a remitir a esta Comisión, dentro de los cuatro días laborables siguientes, un “documento de registro” que estará compuesto de dos formularios distintos. En el primero, que el médico entregará sellado a la Comisión, se harán constar todos los datos identificativos del paciente y los médicos implicados; a fin de preservar al máximo la intimidad de los afectados, este documento sólo podrá ser consultado si la Comisión lo decide expresamente, y en ningún caso podrá ser tenido en cuenta en la labor de evaluación del caso que ésta ha de realizar. En el segundo formulario, por su parte, se consignarán todos los datos relevantes del caso salvo los de la identidad de los implicados: edad y sexo del paciente, diagnóstico de su enfermedad, naturaleza de su sufrimiento y razones por las que éste ha sido considerado irremediable, razones que permitieron al médico estimar que la manifestación de voluntad del paciente era clara y reflexionada, especialidad de los demás consultados y opinión de éstos, métodos concretos seguidos en la práctica de la eutanasia, etc.

En principio, la Comisión se basará únicamente en este segundo documento para decidir si el supuesto concreto se adapta o no a las previsiones legales. Sólo en caso de duda podrá levantar el anonimato consultando el primer formulario para, si lo considera conveniente, pedir al médico datos suplementarios relativos al caso. De estimar que no se han satisfecho los requisitos exigidos por la Ley, la Comisión trasladará los hechos al fiscal del lugar de la muerte del paciente, el cual –así cabe interpretar, aunque la Ley no lo diga

expresamente– iniciaría el procedimiento ordinario previsto para cualquier otro hecho susceptible de constituir infracción penal.

c) Un estudio del Derecho comparado en el campo de la eutanasia no puede dejar al margen el caso del **Territorio Norte de Australia**, cuyo Parlamento aprobó el 25 de mayo de 1995 la llamada Ley de los Derechos de los Enfermos Terminales, ampliamente despenalizadora. A pesar de que la vigencia de dicha norma se vio finalmente reducida a tan sólo unos meses (pues entró en vigor el 1 de julio de 1996 y terminó siendo derogada por el Parlamento Federal el 25 de marzo de 1997), resulta interesante mencionar siquiera lo más básico de su contenido, pues su comparación con la regulación holandesa o la belga –con las que guarda no pocas similitudes– puede contribuir a dejar sentado un posible “modelo” de legalización que reúna los grandes rasgos comunes a estas normativas.

Al igual que la regulación holandesa y la belga, la Ley del Territorio Norte establecía unos requisitos sustantivos que la conducta había de satisfacer y un procedimiento de control *ex post* de las prácticas realizadas, si bien este último ha de calificarse, como en seguida veremos, de prácticamente inexistente. En cuanto a los primeros, muchas de las condiciones exigidas guardaban importantes semejanzas con las legislaciones europeas mencionadas, aunque con algunos matices que también conviene hacer notar.

- La eutanasia había de practicarse por un médico, que indudablemente se erigía en protagonista de todo el proceso, si bien en lo que se refiere al acto concreto de ayudar a morir se permitía la posibilidad de que aquél simplemente “estuviese presente mientras se administrase la ayuda y hasta que se produjera la muerte del paciente”.
- El facultativo necesariamente tenía que haber consultado con anterioridad con un segundo médico, aunque la Ley especificaba que este último había de contar además con un diploma en medicina psicológica que le facultara para certificar que el paciente no sufría una depresión clínica tratable.
- El sujeto había de padecer una enfermedad no susceptible de curación con ningún método que le resultara aceptable, con el añadido, no exigido por las regulaciones belga u holandesa, de que debía ser terminal –enfermedad que la propia ley definía como la que en el curso normal de las cosas resultará en la muerte del paciente sin la aplicación de medidas extraordinarias–;
- La petición, previamente informado el enfermo de su diagnóstico y posibilidades de tratamiento, incluyendo los cuidados paliativos, había de realizarse por escrito, rellenando un “certificado de petición” (rasgo presente en la legislación belga, pero no en la holandesa), y el sujeto tenía que ser necesariamente mayor de edad (sin las excepciones previstas en las regulaciones europeas).

En lo que se refiere al procedimiento de control, la regulación de este aspecto en la Ley del Territorio Norte era mucho menos detallada de lo que lo son las normas belga u holandesa, hasta el punto de quedar enormemente diluido. Lo único que la Ley establecía era, por una parte (art. 12), que el médico que hubiera llevado a cabo una de estas prácticas debía incluir una serie de documentos en la historia clínica del paciente (el certificado de petición, certificaciones de la intervención del otro médico consultado, etc.), obligación cuyo incumplimiento conllevaría una pena de multa o de prisión de dos años; por otro lado (art. 14), tan pronto como fuera posible tras la muerte del enfermo, el médico debía remitir toda esta documentación a un forense, el cual tenía a su vez que comunicar al Fiscal General, con una periodicidad anual, el número de pacientes fallecidos en aplicación de la Ley, dato este último que el fiscal debía poner, por su parte, en conocimiento de la Asamblea General. Así pues, a diferencia de las normas holandesa o belga, la Ley australiana no creó ningún organismo de control *ad hoc* y, a la luz de las disposiciones que acaban de citarse, no parece tampoco que esta función de control fuera a ser desempeñada por el forense ni por el fiscal general, quienes más bien parecían perfilarse como meros depositarios de la información. Quizás habría que entender, por tanto, que el control del cumplimiento de los requisitos sustantivos establecidos por la Ley para considerar legítima una práctica eutanásica quedaba sujeto a los procedimientos ordinarios aplicables a cualquier otro hecho susceptible de ser constitutivo de delito.

D) Mención aparte merece la situación existente en estos momentos en **Colombia**, el único país del mundo hasta el momento en el que la práctica de la eutanasia ha sido reconocida como un derecho fundamental por el máximo intérprete de la Constitución. En efecto, en una sentencia de 1998, causante como es lógico de una fuerte polémica, el Tribunal Constitucional colombiano declaraba inconstitucional el castigo de las conductas eutanásicas en el Código Penal, por entender que la eutanasia activa (ya sea en su forma de producción directa de la muerte, ya en la de auxilio al suicidio) constituye un derecho de los enfermos directamente derivado del reconocimiento constitucional de la dignidad y la libertad individuales, verdaderos pilares de la Constitución colombiana de 1991. Según dicha sentencia, siempre que el sujeto sufra una situación terminal con dolores insoportables, el Estado no puede oponerse ni a su decisión de morir ni a la de solicitar la ayuda necesaria para ello; obligarle a seguir viviendo en tales circunstancias “equivale no sólo a un trato cruel e inhumano, prohibido por la Carta (art. 12), sino a una anulación de su dignidad y de su autonomía como sujeto moral” (Sentencia C-239/97, de 20 de mayo de 1998, Parte 17).

Ahora bien: aun contando con una sentencia tan inequívoca como ésta, la situación legal de la eutanasia en el país latinoamericano dista mucho de ser clara. Pese a los efectos vinculantes para el legislador de una sentencia emanada del Tribunal Constitucional, que le obligaba a promulgar una norma despenalizadora –de hecho, la propia sentencia marcaba ya algunas condiciones a las que debía sujetarse toda práctica eutanásica para resultar legítima, como el estado terminal del enfermo y la condición de médico de quien le ayudase a morir–, en julio de 2000 se aprobaba un nuevo Código Penal en el que sorprendente e incomprensiblemente no se sigue en absoluto el camino previamente trazado por el alto tribunal.

Así, el art. 106 de dicho cuerpo normativo castiga con una pena de prisión de uno a tres años al que “matere a otro por piedad, para poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave e incurable”, sin distinguir en ningún momento entre los casos no consentidos y aquellos en que la propia víctima hubiera solicitado que se le diera muerte, supuestos estos últimos que a la luz de la sentencia hubieran debido declararse expresamente impunes si se satisficieran las condiciones marcadas por aquélla. Por su parte, el art. 107 castiga con una pena de dos a seis años de prisión al que “eficazmente induzca a otro al suicidio, o le preste una ayuda efectiva para su realización”, atenuando la pena a la de uno a dos años “cuando la inducción o ayuda esté dirigida a poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave e incurable”. Como se ve, si difícilmente compatible con la sentencia resulta el primero de los artículos mencionados, más aún el segundo, en el que se regula expresamente el auxilio al suicidio eutanásico para declararlo punible.

Aunque, como se decía, resulta incomprensible que el legislador colombiano no haya aprovechado la promulgación de un nuevo Código Penal para acomodar sus previsiones a lo ordenado por el Tribunal Constitucional, no cabe descartar que en el futuro opte por aprobar una ley especial a tal efecto, en la que habrían de recogerse de modo claro los requisitos de legitimidad de estas prácticas, los mecanismos de control, etc. Resulta innegable que hasta que tal cosa se produzca no se despejará definitivamente la confusión legal existente sobre el tema, lo que guarda directa relación con el modo en que su regulación es percibida por la sociedad; pues si no se cuenta con una norma clara que fije las condiciones y límites de las prácticas admitidas, ni la sociedad en general ni la clase médica en particular van a sentirse lo suficientemente seguras como para que este tipo de comportamientos se lleven a la práctica de modo más o menos regular. En cualquier caso, en cuanto a los supuestos que entretanto puedan llegar a conocimiento de los tribunales, estimo que –a pesar de lo dispuesto por el Código Penal– necesariamente habrían de resolverse en sentido absolutorio si la conducta examinada satisficiera las condiciones marcadas por la sentencia constitucional de 1998, pues sólo así se respetaría la prevalencia jerárquica de las decisiones del Tribunal Constitucional, situadas en la cúspide del ordenamiento jurídico.

## 2.4 Pronunciamientos de tribunales y organismos internacionales

En este apartado realizaremos un breve repaso de la jurisprudencia internacional sobre nuestro tema. Ha de tenerse en cuenta que las decisiones de ciertos tribunales instituidos por Convenios o Tratados ratificados por España revisten carácter vinculante y podrían, en su caso, terminar influyendo decisivamente en las iniciativas de nuestro legislador al respecto. Así sucede, por ejemplo, con el Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH), encargado de velar por el cumplimiento del Convenio Europeo de Derechos Humanos de 1950 (CEDH).

Sin duda el pronunciamiento jurisprudencial más relevante sobre nuestro objeto de estudio en el ámbito internacional proviene precisamente del Tribunal Europeo de Derechos

Humanos en el caso *Pretty v. The United Kingdom*<sup>3</sup>. En dicha sentencia, el Tribunal resolvía el recurso presentado por una enferma británica (condenada a una muerte muy penosa a causa de una gravísima enfermedad degenerativa), que demandaba al Reino Unido por no haber atendido su petición de que le fuera asegurada la impunidad a su marido en caso de que éste la ayudase a morir (denegación en la que las autoridades se limitaron a aplicar la legislación británica, que sanciona toda forma de ayuda al suicidio y de homicidio a petición).

El pronunciamiento del TEDH repasa y refuta cada una de las alegaciones de la demandante, basadas en lo que ésta consideraba la vulneración de varios derechos consagrados por el CEDH, y se detiene especialmente en la que estima la alegación más sólida de las planteadas, relativa a la posible vulneración del derecho a la intimidad personal y familiar, reconocido en el art. 8 del CEDH. A este respecto la sentencia señala que, si bien es cierto que la prohibición legal de todo auxilio al suicidio u homicidio solicitado impone una restricción importante sobre el derecho de los enfermos a decidir sobre un aspecto tan esencial como la forma en que se desea morir –lo que forma parte de su intimidad–, tal limitación encaja dentro de lo permitido por el propio art. 8, que admite que el derecho sea restringido cuando resulte necesario para proteger, entre otros, la salud y los derechos y libertades de los demás. En este sentido, el fallo apunta al hecho de que no pueda descartarse que la legalización de estas conductas pudiera comportar una práctica abusiva sobre enfermos vulnerables que realmente no desearan morir, de modo que el mantenimiento de la prohibición estaría protegiendo los derechos de ese grupo especialmente vulnerable. Señala el Tribunal que “es a los Estados a los que corresponde en primer término evaluar el riesgo y la probabilidad de la incidencia de abusos si se flexibilizara la prohibición general del suicidio asistido o si se crearan excepciones”( *Pretty v. The United Kingdom*).

Ahora bien, si según la sentencia *Pretty* la prohibición de estas conductas no es contraria al Convenio, ¿podría en cambio serlo la opción opuesta, esto es, su permisión o legalización? Por el momento no contamos con ningún pronunciamiento del TEDH al respecto, si bien de la sentencia que estamos comentando parece deducirse que para el Tribunal tan legítima sería la opción de legalizar como lo es la de prohibir<sup>4</sup>.

---

<sup>3</sup> Demanda nº 2346/02, de fecha 20 de abril de 2002. Por cierto que este mismo órgano jurisdiccional declinó en su momento pronunciarse sobre el fondo de la demanda presentada contra España por los herederos del tetrapléjico español Ramón Sampredo, por estimar que, una vez fallecido éste, aquélla carecía realmente de objeto.

<sup>4</sup> En cambio, la Asamblea Parlamentaria de los Estados Miembros del Consejo de Europa se ha mostrado mucho más reticente a la legalización de la eutanasia. Así, por ejemplo, en su Recomendación 1.418, de 25 de junio de 1999, denominada “Protección de los derechos humanos y de la dignidad de los enfermos terminales y moribundos”, la Asamblea “recomienda que el Comité de Ministros inste a los Estados miembros del Consejo de Europa a respetar y proteger la dignidad de los enfermos terminales o moribundos en todos los aspectos”, entre ellos “mantener la prohibición de quitar intencionadamente la vida a enfermos terminales o moribundos”, por reconocer que “el deseo de morir de un enfermo terminal o moribundo no puede constituir por sí mismo justificación legal para acciones dirigidas a producirle la muerte”.

Otro organismo internacional –si bien no se trata de un tribunal, sino de una entidad de carácter cuasi jurisdiccional– se ha pronunciado expresamente sobre el tema: el Comité de Derechos Humanos, enmarcado en la estructura de la Organización de Naciones Unidas y encargado de velar por el cumplimiento del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de 1961, en su momento ratificado por España. En sus observaciones al informe periódico presentado por el Estado holandés sobre sus actividades y legislación relacionadas con los derechos reconocidos en el Pacto, el Comité no dice en ningún momento que la legislación adoptada sea *per se* contraria a aquél; sin embargo, sí muestra su preocupación por determinados aspectos de la norma, como la posibilidad de que la eutanasia se practique a menores de edad o el hecho de que todos los controles que dispone sean realizados *a posteriori*, lo que a su juicio no asegura que puedan evitarse los riesgos de una práctica indebida. Y así, a modo de ejemplo, el Comité insta al Estado holandés a que revise su regulación respecto de tales extremos, aunque por el momento tal recomendación no ha traído consigo ninguna modificación de la normativa en vigor desde abril de 2001(Concluding Observations/Comments).

## 2.5 Posibles alternativas de regulación del problema a la luz del Derecho comparado

A modo de conclusión de lo examinado a lo largo de este capítulo, quizás pueda resultar de utilidad realizar una pequeña sinopsis –acompañada de una breve valoración– de las posibles alternativas con las que nos encontramos en el Derecho comparado en relación con una eventual despenalización de prácticas eutanásicas. Vamos a referirnos, por tanto, a las diversas posibilidades de legalización (total o parcial), dejando al margen la opción de prohibición plena (que a su vez puede englobar estos supuestos bajo la sanción general del auxilio al suicidio y el homicidio consentido, o bien, regularlos expresamente para atenuar su pena con respecto a los ordinarios).

A) En primer lugar habría que efectuar una distinción en torno a las **dos posibles vías conducentes a la despenalización**: la primera de ellas, que es la que se ha llevado a efecto en Holanda, Bélgica y en su momento en el Territorio Norte de Australia, consiste en que sea el propio legislador el que en un determinado momento opte, dentro de su libertad para prohibir o no este tipo de conductas, por dar lugar a su más o menos amplia desincriminación. En cambio, la segunda vía –experimentada en Colombia y por la que como hemos visto se avanzó también un buen trecho en el caso de Estados Unidos– es la de que la legalización venga impuesta al Parlamento por una sentencia del máximo intérprete de la Constitución, que declare inconstitucional la prohibición por vulnerar algún precepto constitucional, ya sea un valor esencial o un derecho fundamental.

Por mi parte, y dejando ahora al margen las razones por las que considero que en el caso español no hay argumentos suficientes para tachar de inconstitucional la prohibi-

ción de la eutanasia, que a mi juicio debe considerarse en términos constitucionales una opción tan legítima como la de la despenalización (Tomás-Valiente Lanuza, 1999:295-392), personalmente entiendo preferible la primera de las dos vías referidas, esto es, la de que la legalización provenga de una decisión autónoma del legislador. Sólo de ese modo se asegura que aquélla pueda gozar de un mínimo de consenso social y político que aunque obviamente en este tema nunca llegará a ser total, dado su carácter enormemente polémico, sí convendría que cuando menos alcanzase un cierto nivel.

B) Cuestión distinta de la anterior es la de **la forma en que una legislación concreta puede dar lugar a la impunidad** de ciertas prácticas eutanásicas solicitadas o de todas ellas. A este respecto, el estudio del Derecho comparado nos ha permitido conocer las siguientes posibilidades:

- a) Una alternativa posible, a la manera de Alemania o Suiza, es la de dejar espacios de impunidad en este ámbito, pero no a resultas de una regulación expresa de la eutanasia que así lo disponga, sino como derivado de una determinada regulación general del auxilio al suicidio. En esta línea, como hemos visto, el Código Penal alemán sólo tipifica las conductas constitutivas de homicidio solicitado, pero no las de colaboración en un suicidio (que de este modo son lícitas tanto si se llevan a cabo en un contexto eutanásico como ordinario), y en Suiza sólo son punibles los auxilios al suicidio que obedezcan a motivos egoístas (lo que se entiende conduce a la impunidad del auxilio al suicidio eutanásico). Por su parte, nuestro propio ordenamiento contiene una “pin-celada” de esta alternativa, al haber optado, como se explicaba en el primer capítulo de este trabajo, por no tipificar el auxilio no necesario al suicidio, lo que afecta tanto a los suicidios eutanásicos como a los que no lo sean.

A mi juicio, esta opción dista mucho de ser satisfactoria. Como hemos visto, el que la impunidad de estos comportamientos no haya sido expresamente decidida por el legislador, lo que implica la ausencia de un debate específicamente centrado en la eutanasia y toda la problemática que la rodea, conlleva que aquéllos no sean percibidos por la sociedad ni tampoco por la clase médica como supuestos claramente autorizados (así ocurre en el caso de Alemania y también en nuestro país en la medida en que el art. 143 CP ha acogido parcialmente esta opción). Y en cualquier caso, incluso si en la sociedad correspondiente se afianzase hasta cierto punto la conciencia de su carácter no prohibido (como ha ocurrido por ejemplo en Suiza), la total ausencia de regulación específica podría redundar, a la postre, en una indeseable falta de control (en el caso de Suiza, por ejemplo, cualquiera puede practicar un auxilio al suicidio “no egoísta”, sea o no médico, sin que la petición del paciente esté documentada, etc.), a la que se suma el que las fronteras entre la impunidad y la punibilidad no quedan fijadas de modo taxativo.

- b) La segunda gran alternativa de la que dispone el legislador es la de proceder a una regulación expresa del tema, que despenalice bien determinadas conductas de auxilio

al suicidio (caso del estado norteamericano de Oregón), bien tanto éste como el homicidio solicitado (Holanda, Bélgica, la efímera Ley del Territorio Norte de Australia), condicionando la licitud de los comportamientos de que se trate al cumplimiento de determinados requisitos sustantivos; requisitos cuya concurrencia será objeto, a su vez, de un control por parte del poder público. Pues bien, al margen de que el establecimiento de las condiciones de licitud obligue al legislador a pronunciarse sobre numerosos extremos (reserva exclusiva de la práctica a los médicos o no, características de la enfermedad sufrida por el paciente, requisitos de edad de este último, admisibilidad o no de peticiones consagradas en documentos de voluntades anticipadas, etc.), todos ellos susceptibles de múltiples matizaciones, la cuestión más importante a la que se enfrenta el legislador, a mi juicio, es la del sistema de control que debiera garantizar el cumplimiento de aquéllas. Y a este respecto existen a su vez dos grandes posibilidades: que el control se realice *ex ante* o bien *ex post*.

- El sistema de control *ex ante*. Aunque ciertamente no faltan quienes han optado por defenderlo (recordemos, por ejemplo, que en esta línea se pronunció el Comité de Derechos Humanos en sus observaciones a la legislación holandesa), se trata de un modelo en general poco propugnado en el debate sobre el tema y que, como hemos visto, no ha sido adoptado por ninguno de los ordenamientos que han legalizado prácticas eutanásicas de modo expreso. La idea básica de este modelo consistiría, esencialmente, en someter cada práctica a una especie de “autorización previa”, de lo que podrían encargarse ciertos órganos (así, por ejemplo, los propios tribunales, los comités de ética hospitalarios o algún otro órgano *ad hoc*), los cuales comprobarían si realmente concurren en cada caso los requisitos exigidos por la ley, entrevistándose directamente con el enfermo, recabando los informes médicos que estimasen convenientes, etc. Según los defensores de este sistema, sólo así podría evitarse que se realizase una práctica no amparada por la legalidad, mientras que cualquier control *ex post*, por el contrario, contaría con la desventaja de que la detección de los fallos sólo se produciría una vez acaecido el irreversible fallecimiento del enfermo.

Esta última argumentación es, sin duda, cierta. Ahora bien, tampoco puede negarse que un sistema de control previo corre el riesgo de una excesiva burocratización y lentitud, que podría redundar en que, a la postre, el paciente llegara a fallecer antes de que se hubiera podido examinar su solicitud –tengamos en cuenta que estamos hablando de situaciones con frecuencia terminales–. En este contexto, las legislaciones despenalizadoras existentes hasta el momento han intentado establecer un sistema que combine las necesarias garantías con la atención a la situación de los enfermos, que no permite dilaciones interminables.

- El sistema de control *ex post*. Ha sido el adoptado por Holanda y Bélgica y más defectuosamente en el Territorio Norte de Australia. Como hemos visto, en ambos casos se sustenta sobre una piedra esencial: que sean los propios médicos

los que comuniquen a un determinado órgano cada una de las conductas eutanasias realizadas. Es de este modo como se dispara el procedimiento de control, que a partir de ahí puede implicar a más o menos intervinientes (forense, organismos *ad hoc*, fiscal, etc.) hasta desembocar, en el caso de que éstos estimen que el supuesto puede no haber satisfecho los requisitos legales, en un último y definitivo control por parte de los tribunales, que de confirmar esta apreciación habrían de imponer la sanción penal correspondiente.

Este rasgo de que sea el propio médico implicado el que con su notificación al órgano competente ponga en marcha el procedimiento de control ha sido objeto de crítica por parte de los oponentes a la legalización de la eutanasia, sobre todo en el caso de Holanda. En este sentido, los detractores de la legislación vigente en dicho país han alegado con frecuencia (objeción trasladable a la regulación belga) que resulta absurdo basar todo el sistema en los datos que el propio investigado ha de facilitar a quienes supervisan su actuación; pues lógicamente, se dice, el médico que haya llevado a cabo una conducta que no se ajusta a la legalidad o bien no la comunicará, lo que imposibilitará su control, o bien lo hará disfrazando los aspectos contrarios a la norma.

La observación no deja de tener importancia. Es sin duda cierto que el sistema holandés y el belga depositan una enorme confianza en los miembros de la profesión médica y que, en gran parte, el buen funcionamiento de los mecanismos de control va a depender de ellos. Y es cierta también la paradoja que implica el que se esté confiando en el propio investigado para que sea él quien ponga de manifiesto las posibles irregularidades de su actuación. Ahora bien, a mi juicio, todo ello no convierte la objeción en necesariamente irrefutable: pues nada impide que el sistema de control específico dispuesto por una legislación despenalizadora se combine con los mecanismos ordinarios de detección e investigación de delitos. De este modo, si es cierto que el médico que practique una eutanasia irregular tenderá a no comunicarla, también lo es que dicha muerte podrá y deberá, desde el momento en que sea considerada sospechosa, ser investigada por policía y fiscalía siguiendo los cauces ordinarios ya existentes, exactamente igual que cualquier otra muerte que se sospeche que ha ocurrido fuera de la legalidad.

### **3. Principales argumentos en pro y en contra de la legalización de prácticas eutanásicas**

En el presente capítulo repasaremos cuáles son los argumentos más habitualmente esgrimidos a favor y en contra de la legalización de la eutanasia. Conviene hacer notar, por una parte, que nos encontramos ante una serie de ideas enormemente difundidas en el estado actual de la discusión sobre el tema y que, por tanto, no son en absoluto privativas del debate en curso en nuestro país. En segundo lugar, ha de advertirse también que el tratamiento un tanto esquemático que aquí va a concedérseles viene impuesto por las limitaciones de espacio propias de este trabajo, sin que ello signifique olvidar que todas ellas serían susceptibles de muchas matizaciones y, por supuesto, de un desarrollo mucho más detallado.

#### **3.1 Argumentos a favor: el respeto a la autonomía individual y la identidad valorativa con el reconocimiento del derecho a rechazar tratamientos médicos salvadores**

A) Sin duda, el argumento de mayor peso a favor de la legalización de la eutanasia y el esgrimido con más frecuencia por sus partidarios es el que arranca de la necesidad de respetar la dignidad y la autonomía individuales, que en este caso estarían expresándose en una decisión personalísima, relativa a un aspecto esencial de la propia existencia. Negar a un sujeto en plena posesión de sus facultades mentales la posibilidad de recabar ayuda ajena para poner fin a su vida supondría, según esta argumentación, una restricción injustificable de la libertad del ciudadano para adoptar y llevar a cabo sus propias decisiones autorreferentes, esto es, las que sólo a él le afectan y que no lesionan intereses ajenos; más injustificable aún, se añade, en la medida en que con esta restricción de su autonomía se le está imponiendo seguir soportando un grave sufrimiento físico y psíquico (Dworkin, R., 1994).

Formulado de este modo tan sencillo y, en cierto modo, radical, el argumento puede ser un blanco fácil para sus críticos. Si ha de respetarse al máximo la autonomía individual para adoptar nuestras propias decisiones en lo que al final de la vida se refiere –rezaría el contraargumento– ¿por qué limitarnos al campo de la eutanasia? ¿Por qué no admitir que se pueda quitar la vida o ayudar a suicidarse a cualquier persona que lo solicite siendo mentalmente competente, aunque no se encuentre físicamente enferma? E incluso

dentro de un contexto de enfermedad y sufrimiento, ¿por qué restringir la posibilidad de ayudar a morir sólo a los mentalmente capaces que reúnan determinadas características? En definitiva: si situamos la base de la despenalización en la idea de la autonomía individual, resultaría incoherente –siempre según sus críticos– restringir ésta “desde fuera” y respetarla sólo en determinados casos y por determinadas razones. Así, pues, desde el punto de vista opuesto a la legalización no debería abrirse ninguna brecha en la prohibición absoluta de matar o auxiliar al suicidio; con independencia de la voluntad del sujeto, estas conductas nunca deberían permitirse porque lesionan en todo caso un bien absolutamente esencial, situado por encima de la autonomía individual; la vida, en definitiva, merece en todo caso ser protegida incluso en contra de la voluntad de su titular. Desde dicha perspectiva la prohibición de aquellos comportamientos constituiría, ciertamente, una muestra de “paternalismo fuerte” (entendido éste como la protección de un sujeto competente frente a sus propias decisiones y por su propio beneficio), pero éste se encontraría plenamente justificado por la importancia del bien al que el sujeto quiere renunciar.

Personalmente entiendo que el argumento de la autonomía individual debe enfrentarse irremediablemente a esta cuestión de la relevancia otorgada a los motivos por los que una persona competente desea la muerte, puesta en relación con la situación “objetiva” en que se encuentra. Y en este sentido no puede negarse que la intensidad adquirida por el debate en torno a la legalización de la eutanasia voluntaria en numerosos países occidentales responde, al menos en gran medida, a la percepción, altamente extendida en la conciencia social, de que quien padece un grave sufrimiento físico posee una “buena razón” para desear morir. Veamos esta idea con un poco más de detenimiento.

En principio, la prohibición de que una persona ayude a otra a suicidarse o de que le quite la vida con su consentimiento puede justificarse –lejos ya de explicaciones desfasadas como las de que el suicidio es en sí mismo contrario al ordenamiento jurídico– por una preocupación solidaria por la persona que desea morir. Ello es absolutamente evidente en el supuesto de que el suicida padezca algún tipo de patología mental que le impida actuar de modo realmente libre o autónomo, casos estos en los que el sujeto necesita ser protegido de sus propias decisiones (el llamado “paternalismo débil”); pero incluso restringiéndonos a personas mentalmente competentes, la voluntad de morir puede obedecer a situaciones problemáticas que la sociedad percibe como remediables, cuya concurrencia hace surgir, también aquí, un deber ético de solidaridad. Se trata de situaciones, en suma, en las que la sociedad no considera la muerte como un bien para quien las padece, por mucho que él sí la entienda de tal modo.

Sin embargo, también existen casos en los que la conciencia social percibe la imposibilidad de prestar una ayuda útil a quien desea terminar con su vida; se trata de contextos de grandes sufrimientos físicos, en los que la muerte aparece como un verdadero “bien”, una verdadera liberación que muchos desearían para sí mismos en caso de hallarse en tal situación. Ello puede percibirse claramente, además, si reflexionamos acerca de lo que la inmensa mayoría de nosotros anhela para sí mismo o para un ser querido que vive una

agonía dolorosa o una enfermedad muy penosa que no encuentra su desenlace: nuestro deseo es que el sufrimiento acabe de la forma más rápida posible.

Pues bien, en tales casos la sociedad puede considerar, en primer lugar, que la persona que elige la muerte lo hace de forma racional; dado que la racionalidad se define como la elección de los medios más efectivos para la realización de nuestros deseos más esenciales y permanentes, parece claro que quien se halla en tal situación y desea terminar con el sufrimiento de una forma digna obra de forma perfectamente racional al solicitar la muerte, por cuanto ésta aparece en dichas ocasiones como el medio más adecuado para terminar con aquél. En segundo lugar, esta percepción resulta, como acabamos de ver, compartida social o intersubjetivamente y, dado que se trata de una situación irreversible donde no cabe ya más ayuda posible, la sociedad podría considerar satisfechas las exigencias humanas de solidaridad.

Así pues, partir de la autonomía individual como argumento básico a favor de la legalización de la eutanasia no conlleva irremediablemente (en contra de lo que aducen los críticos de este argumento) el tener que respetar **toda** decisión de morir hasta el punto de legalizar la ayuda al suicidio o el homicidio consentido sin atender a los motivos que se encuentran en la base de dicha decisión. La atención a lo que una sociedad puede éticamente asumir desde el punto de vista de la solidaridad y el principio de beneficencia sí permiten, a mi juicio, justificar la proscripción de conductas de colaboración (y ejecución) en suicidios en los que, a pesar de tratarse de un sujeto competente, aún quepa la posibilidad de una vuelta a la “normalidad” o reste un lapso prolongado de vida en condiciones en las que ésta siga siendo socialmente contemplada como un verdadero “bien”; en tales casos, la limitación de la libertad del sujeto que supone el privarle de la colaboración ajena se ve atemperada, además, por el hecho de que siempre podrá éste quitarse la vida por sí mismo, cosa que en ocasiones no le es posible a un enfermo (García Rivas, 2003:15-30).

En cualquier caso, en este momento ha de llamarse la atención sobre un aspecto crucial, imprescindible para que la argumentación anterior no sea objeto de interpretaciones tergiversadoras. Debe tenerse en cuenta que en todo caso estamos partiendo de la decisión de un sujeto mentalmente capaz, que es quien en primer término considera que no puede soportar más tiempo una determinada situación (decisión que es, por decirlo así, “comprendida” por la sociedad); en ningún momento se está atribuyendo a esta última una decisión unilateral sobre qué vidas “valen” o “tienen sentido” si no se cuenta con el elemento básico: la voluntad firme de morir manifestada por el propio sujeto.

B) Una segunda argumentación utilizada por los partidarios de la legalización de la eutanasia parte de lo que se considera una verdadera identidad valorativa entre la terminación activa de la vida o el auxilio al suicidio, por un lado, y el respeto a la decisión de un paciente de no comenzar o de interrumpir un determinado tratamiento médico indispensable para su supervivencia, por el otro. Dado que en ambos casos el enfermo está

disponiendo de su vida, está en definitiva tomando una decisión sobre cómo quiere morir, resulta contradictorio que un ordenamiento jurídico garantice como un derecho del enfermo –incluso con el rango de fundamental– la posibilidad de rechazar medidas terapéuticas salvadoras, mientras que sanciona como delito la prestación de una ayuda activa a morir (Rivera López, 2003).

A menudo este argumento se plantea de un modo más específico, centrando la comparación en los supuestos de retiradas de mecanismos artificiales sostenedores de la vida. Este tipo de conductas, se dice, constituyen verdaderos comportamientos activos productores de una muerte, de modo que en sí mismas en nada se diferencian de otros modos de terminar con la vida del enfermo. Y si ello es así, resulta contrario al principio de igualdad que el ordenamiento jurídico las respete –incluso las considere un verdadero derecho de aquél, parte de su derecho a decidir sobre su tratamiento médico– mientras que, a la vez, castiga gravemente otras formas de causación de la muerte libremente deseada. Expresado con un ejemplo: no tendría sentido que el enfermo tetrapléjico conectado a un ventilador artificial tenga el **derecho** a que le retirasen dicho mecanismo (produciéndole así el fallecimiento) y que, en cambio, **se castigue penalmente** a quien ayude a morir o cause la muerte de otro sujeto con la misma condición física, pero capaz de respirar autónomamente<sup>5</sup>.

La fuerza de este argumento depende, a mi juicio, de cómo se fundamente el derecho del enfermo a decidir sobre su tratamiento médico, pues nos encontramos ante un derecho susceptible de asentarse, en principio, sobre dos pilares distintos. Así, si el derecho del paciente se ancla en la idea de la autonomía individual, esto es, si se respeta la voluntad del sujeto como parte de su libertad para decidir sobre los aspectos más fundamentales o íntimos de su propia existencia, entonces, efectivamente, no hay ninguna razón plausible para negarle la posibilidad de recabar ayuda ajena, sea en forma de asistencia al suicidio o en la de la producción activa de la muerte, a la hora de llevar a efecto esa misma voluntad.

Sin embargo, si el derecho a rechazar tratamientos médicos se hace radicar no en la autonomía sin más, sino que se considera parte de un derecho más amplio a vetar cualquier intromisión no deseada sobre el propio cuerpo, la cuestión cambia: y ello porque dicho derecho a la integridad física o corporal sí estaría siendo lesionado siempre que a un sujeto se le impusiera un tratamiento médico no deseado (un mecanismo artificial o cualquier otro), pero no se vería vulnerado por el mero hecho de que el ordenamiento prohíba a terceros auxiliar a otros a morir o causar directamente su muerte. Desde esta segunda perspectiva, por tanto, la diferencia de trato entre unas y otras situaciones sí podría justificarse sin lesionar el principio de igualdad: el ordenamiento respetaría el recha-

---

<sup>5</sup> Esta argumentación fue, por ejemplo, la base para que el Tribunal de Apelación del Segundo Circuito de Estados Unidos declarase inconstitucional (por contraria al principio de igualdad) la prohibición del auxilio al suicidio eutanásico, en su sentencia de 1996 *Quill v. Vacco* (80 F.3d 716, pp. 725 y ss.).

zo de una medida terapéutica por parte de un enfermo porque en caso contrario habría que invadir la esfera de su integridad corporal, sobre la que en principio sólo él puede decidir; en cambio, la prohibición del auxilio al suicidio o del homicidio consentido no supone una restricción o invasión de la integridad física, de modo que no sería cierta esa identidad valorativa entre unos y otros supuestos<sup>6</sup>.

### 3.2 Argumentos en contra: la “pendiente resbaladiza”

Para comenzar con este repaso de los principales argumentos esgrimidos en contra de la legalización de las prácticas eutanásicas (y, por tanto, favorables al mantenimiento de su prohibición), quizás convendría recalcar algo obvio, pero no por ello menos importante: que las razones susceptibles de esgrimirse en cada momento histórico, social y político para justificar una determinada norma pueden y suelen variar, aunque la norma no lo haga, en función precisamente de esas distintas coordenadas. El caso de la prohibición del auxilio al suicidio y el homicidio consentido constituye un buen ejemplo de ello: pues lo que en épocas anteriores podía pretender sustentarse en determinadas justificaciones (la indisponibilidad de la propia vida basada en creencias religiosas, una cierta “pertenencia social” de la vida del ciudadano, que no sería tan sólo un bien de titularidad individual, etc.), en la actualidad es defendido con argumentos que en la mayoría de los casos nada tienen que ver con aquéllas (Kamisar, 1958).

A día de hoy, en efecto, los razonamientos principales esgrimidos a favor del mantenimiento de la prohibición de la eutanasia se centran, tanto en el debate en curso en nuestro país como en todos aquellos donde se ha suscitado, en un aspecto que ha devenido el verdadero núcleo de la discusión: las posibles consecuencias que la despenalización podría llevar consigo y que la convertirían en el punto de arranque de una especie de “pendiente resbaladiza” hacia situaciones del todo indeseables. Sin duda se trata de un argumento frecuentemente utilizado de modo demagógico –así, en ocasiones se pretende presentar la legalización de la eutanasia como un paso que irremediamente habrá de llevarnos a una especie de holocausto de enfermos, ancianos, minusválidos físicos y mentales...–, pero que no por ello ha de dejar de ser tomado en serio si se plantea de modo riguroso. En este apartado intentaremos disec-

---

<sup>6</sup> Precisamente éste fue el argumento utilizado en 1997 por el Tribunal Supremo de Estados Unidos para anular la sentencia citada en la nota anterior, confirmando así la constitucionalidad de la prohibición del auxilio al suicidio y el homicidio solicitado [*Vacco v. Quill*, 521 US 793 (1997)]. Y conviene hacer notar que en las sentencias en las que ha reconocido el derecho de los pacientes a rechazar medidas terapéuticas, el Tribunal Constitucional español se ha decantado por este segundo fundamento del derecho (el anclado en la integridad corporal, derecho fundamental del art. 15 de la Constitución), lo que en cierto modo le “blinda” de cara a futuros recursos que pretendiesen basar una supuesta inconstitucionalidad del art. 143.4 en la vulneración del principio de igualdad del modo expuesto en el texto; *vid.*, p. ej., las SSTC 120/1990, de 27 de junio (FJ 8), o la más reciente 154/2002, de 18 de julio (FJ 9).

cionar con algo más de profundidad este tipo de razonamientos, a los que nos referiremos genéricamente como argumentos del tipo “pendiente resbaladiza”, que son en realidad más variados entre sí de lo que inicialmente pudiera parecer.

Vaya por delante que argumentos de esta índole nada dicen, en principio, sobre la admisibilidad de las prácticas eutanásicas en sí mismas, y que, por tanto, con ellos no se trata de rebatir los argumentos en pro de la legalización que se han examinado anteriormente. De hecho, en su versión más pura, la idea de la pendiente resbaladiza parte de que estas conductas pueden ser *per se* perfectamente inobjectables, reconociéndose así la fuerza de la autonomía individual o de otros argumentos en su favor, pero que aún así su legalización sigue siendo indeseable en virtud de las consecuencias que podría comportar. Nos encontramos, por tanto, ante un argumento de carácter consecuencialista.

Aunque sería posible identificar todavía alguna otra variante de esta clase de razonamiento de pendiente resbaladiza en el ámbito de la eutanasia, nos centraremos aquí en las dos principales objeciones a su desincriminación pertenecientes a este grupo de argumentos, que examinaremos separadamente:

A) Por una parte, y quizás sea ésta la idea utilizada con mayor frecuencia en el debate sobre el tema, se alega que en la legalización de la eutanasia activa solicitada no resulta posible establecer unos mecanismos de control adecuados que aseguren que ésta vaya a constreñirse a los supuestos realmente desincriminados, lo que implica un riesgo claro de que termine desembocando en la práctica de eutanasias no realmente deseadas por el sujeto o, incluso, no queridas en absoluto. A este respecto suelen alegarse varios extremos diferenciables entre sí, como, por ejemplo, los siguientes:

- la indemostrabilidad de que existió solicitud, puesto que la persona que la formuló es precisamente el fallecido;
- la existencia de numerosos factores que pueden presionar al enfermo en la formación de su voluntad, hasta el punto de imposibilitar que su decisión sea realmente libre e incondicionada: desde la presión ejercida por unos familiares deseosos de librarse de la carga emocional y económica que el enfermo supone, hasta la que puede ejercer el propio médico, que indirectamente puede influir en el enfermo según la manera en que le presente las alternativas existentes;
- la existencia de una forma de presión mucho más sutil que las anteriores, que proviene del mero hecho de que la posibilidad de solicitar y recibir ayuda para morir se encuentre legalizada. Y es que, se argumenta, el mero hecho de que esta alternativa sea socialmente contemplada como una salida racional a su situación puede hacer que el enfermo se sienta en cierto modo culpable por no acudir a ella, sobre todo si su estado coloca a sus allegados en una situación difícil, lo que le inclinaría a solicitar el adelantamiento de su muerte incluso aunque no fuese éste realmente su deseo;

- la dificultad, si no imposibilidad, de que sea realmente libre una decisión tomada en un contexto de intenso sufrimiento (físico y psíquico), por cuanto en estas circunstancias el paciente normalmente estará sumido en un estado depresivo o semidepresivo que no permitirá la formación calmada y reflexiva de su voluntad. Con este razonamiento se hace referencia, por tanto, no a los condicionamientos que pueda sufrir el paciente por presiones externas, sino a una especie de falta de libertad intrínseca o consustancial a decisiones adoptadas en este marco de intenso dolor;
- la dificultad de establecer con absoluta seguridad un diagnóstico de irreversibilidad y, en relación con ello, la posibilidad de que, dados los continuos avances de la medicina, pueda encontrarse un tratamiento satisfactorio para la enfermedad del que solicita morir.

Personalmente estoy de acuerdo con quienes entienden factible establecer una serie de mecanismos de garantía que neutralizarían estos factores de riesgo de una eventual práctica abusiva. En primer lugar, y en lo que se refiere a la comprobación de la voluntad de una persona ya fallecida y de la seriedad de la misma (en este caso, la voluntad de morir manifestada por el enfermo), el Derecho dispone desde antiguo de procedimientos destinados a tal fin, pues no otra cosa supone, por ejemplo, la regulación de la figura del testamento. Sin obviar las diferencias existentes entre los objetos de una y otra declaración –en nuestro caso se trata de garantizar que existió una petición de morir formulada libremente, mientras que en los testamentos se trata de plasmar la voluntad del causante respecto del destino de su patrimonio–, no alcanza a verse por qué el Derecho considera posible probar la certeza de la voluntad del fallecido en unos casos y no ha de estimarlo factible en otros.

Cuestión distinta es que el carácter especialmente delicado de la voluntad de adelantar la propia muerte aconseje exigir para su comprobación mecanismos reforzados. Así, personalmente consideraría adecuado requerir que la voluntad del enfermo se plasmara en un documento escrito y ante testigos no vinculados económicamente con él, tal y como se ha dispuesto en la regulación belga, y no conformarse con una mera petición oral, como ocurre en Holanda. Y en esta misma línea garantista, podría también estudiarse la necesidad de exigir un dictamen sobre las facultades mentales del solicitante, que habría de ser realizado por un especialista.

En cualquier caso, en este punto cabría formular una observación a la que habrían de poder contestar los defensores de los argumentos que acabamos de examinar. Y es que no deja de llamar la atención que quienes oponen este tipo de razonamientos a la legalización de la eutanasia no suelen aplicarlos al ámbito de los rechazos de tratamientos médicos vitales, a pesar de que también aquí nos encontramos ante decisiones atinentes al fin de la vida de la persona, igualmente susceptibles de ser adoptadas bajo presión, inestabilidad psicológica, etc.

B) Acabamos de referirnos a una serie de factores que, según los detractores de la eutanasia, ponen de manifiesto la gran probabilidad de que, una vez legalizada, se produzca una

práctica abusiva que no respete los límites inicialmente fijados. Pues bien, en este contexto ha de mencionarse también otra argumentación relativamente habitual, muy influida por cierto por la terrible experiencia del nazismo (no en vano es frecuentemente formulada por autores alemanes), y referida no tanto a la noción de abuso como a la idea misma de encontrarnos ante una “pendiente”: la idea de que una vez legalizada la eutanasia solicitada, una vez roto el tabú de la intangibilidad de la vida ajena, existe el riesgo –con independencia del buen o mal funcionamiento de los mecanismos de control– de que se produzca en la sociedad una progresiva falta de respeto por aquélla que desembocará en la aceptación de supuestos muy diferentes de la eutanasia solicitada, como la terminación de la vida de ancianos o minusválidos físicos o psíquicos, y en la consiguiente presión sobre el legislador para que siga avanzando en el proceso de desincriminación.

De todas las objeciones que suelen oponerse a la legalización de la eutanasia, sin duda es ésta la más compleja de rebatir, pues realmente resulta casi imposible pronosticar si la ruptura de la prohibición absoluta de quitar la vida a otro ser humano puede desembocar o no en consecuencias como las mencionadas. Con todo, sí conviene recalcar la necesidad de ser cuidadoso con la extrapolación a este contexto de la experiencia del nazismo: la absoluta falta de respeto por la vida humana que se produjo durante dicho período no fue el derivado de un primer paso como el que debatimos en la actualidad –no se comenzó con una despenalización de la eutanasia solicitada tras la que siguiera todo lo que aconteció después–, sino que se partía ya de un marco de total desprecio por la vida en el que se inscribió no sólo la eugenesia de enfermos y desvalidos, sino la exterminación sistemática de grupos étnicos y sociales.

## 4. Conclusiones: sugerencias de cara a una futura regulación

Como conclusión de este trabajo, procede ahora sugerir algunos de los rasgos que a mi juicio debería incorporar nuestra legislación penal en relación con las conductas que nos han venido ocupando: el auxilio al suicidio y el homicidio solicitado producidos en un contexto de grave enfermedad y sufrimientos. Huelga decir que en un tema tan complejo como éste toda prudencia es poca, y que lo que sigue constituye tan sólo una aproximación a lo que podría ser una futura regulación, como tal susceptible de multitud de matizaciones.

- Conviene insistir en que una futura despenalización en este campo debería siempre acometerse tras un amplio debate parlamentario expresamente referido al tema, y no producirse (como ha ocurrido en el CP de 1995 en relación con la complicidad en el suicidio) como consecuencia de cambios de regulación generales sobre las conductas de auxilio al suicidio o de homicidio consentido.
- Como parte de ese necesario debate parlamentario, sería conveniente la creación de una comisión expresamente dedicada a recabar las opiniones de expertos juristas, profesionales de la medicina, responsables hospitalarios, etc.
- Con o sin regulación despenalizadora, pero sobre todo, si se dan pasos en esta dirección, las Administraciones responsables en el campo de la sanidad pública deben reforzar especialmente los servicios de cuidados paliativos, garantizando a todos los ciudadanos el acceso gratuito a una medicina paliativa de calidad. Sólo de este modo podrá asegurarse la firmeza de una petición de ayuda para morir, pues en caso de que ésta hubiese sido formulada por un enfermo que no ha podido acceder a unos buenos tratamientos paliativos, siempre resta la duda sobre si su decisión hubiese sido la misma de haberlos tenido a su disposición.
- La despenalización debería referirse tanto a las conductas eutanásicas de auxilio al suicidio como a las de producción directa de la muerte, pues legalizar tan sólo el primer tipo de conductas pero no el segundo no atiende a los casos en los que el paciente no es capaz de quitarse la vida por sí mismo. Además, diversos ejemplos jurisprudenciales de países donde sólo está despenalizado el auxilio al suicidio, caso de Alemania, demuestran que en muchas ocasiones resulta muy complejo trazar la frontera entre éste y el homicidio solicitado, sobre todo cuando se ha tratado de un auxilio necesario.

- Como punto de partida en cuanto a las condiciones que podrían exigirse a la persona que desea adelantar su muerte, pueden ser útiles las fijadas en el art. 143.4 CP de 1995, que como sabemos hoy sólo dan lugar a una atenuación de la pena: la existencia de una enfermedad necesariamente mortal o la de una enfermedad que, aun no reuniendo este carácter, produzca al sujeto graves y permanentes padecimientos que le resultan insoportables –en este último caso se encontrarían, por ejemplo, las personas totalmente paralizadas–. Respecto del primer supuesto, no parece imprescindible requerir que al paciente le quede un tiempo concreto de vida –algo, por cierto, muy complejo de pronosticar con exactitud–, pero quizás sí podría exigirse que la enfermedad mortal se encontrase ya en un estadio avanzado.
- En lo que se refiere a la fijación del límite mínimo de edad exigido para otorgar validez jurídica a la petición del enfermo, aquél debería ser coherente con lo establecido en la legislación sanitaria al reconocer el derecho de los pacientes a rechazar una medida terapéutica. No parece que tenga sentido, por ejemplo, requerir la mayoría de edad para un tipo de decisión y no para otra. Pues aunque pueda existir una cierta diferencia entre ambas situaciones –ya examinada en páginas anteriores–, lo cierto es que en ambos casos se trata de una decisión que va a determinar el momento del fin de la vida de una persona y el grado de madurez exigido habría de ser, por tanto, el mismo.
- La conducta eutanásica sólo debería estimarse correcta si existiese una petición expresa del paciente debidamente documentada y firmada ante el médico y ante testigos no vinculados a él económicamente. En este sentido, el que las prácticas eutanásicas hayan de entenderse fundamentalmente como un acto médico (la decisión del enfermo debería ser fruto ante todo de una puesta en común con el especialista encargado de su caso, que le tendría que informar de todas las posibilidades de tratamiento, especialmente de los posibles cuidados paliativos) no empece a la conveniencia de que en la plasmación de la voluntad del paciente intervengan diversas personas, pues ello constituye una garantía frente a posibles influencias indebidas en la adopción de la decisión.
- La conducta eutanásica sólo debería poder ser llevada a cabo por un médico, cuya intervención asegure, además, que el adelantamiento de la muerte se produzca de la forma más plácida posible para el paciente.
- Aunque –ha de insistirse– este tipo de conductas deben entenderse ante todo como un acto realizado en el contexto de la profesión médica, resulta imprescindible que los poderes públicos ejerzan algún tipo de control sobre su práctica, que permita constatar si realmente se han satisfecho los requisitos establecidos en la legislación. A este respecto, de los posibles modelos de control, *ex ante* y *ex post*, parece preferible el segundo de ellos, si bien la intervención de diversas personas en momentos previos a la realización del acto (un segundo médico que confirme el dictamen del primero sobre el estado físico y psíquico del enfermo, terceras personas que puedan intervenir como testigos en la plasmación documental de la voluntad de éste, etc.) conforma una cierta forma de control *ex ante*.

## Jurisprudencia citada

Pretty v. The United Kingdom. *Demanda* nº 2.346/02, de fecha 20 de abril de 2002.

Quill v. Vacco (80 F.3d 716).

Sentencia C-239/97, de 20 de mayo de 1998.

SSTC 120/1990, de 27 de junio.

SSTC 154/2002, de 18 de julio.

## Bibliografía

Concluding Observations of the Human Rights Committee: Netherlands. 27/08/2001. CCPR/CO/72/NET.

Díez Ripollés, J.L., (1997), *Comentarios al Código Penal Parte Especial*, tomo I, Valencia, Tirant lo Blanch.

Dworkin, R. (1994), *El dominio de la vida. Una discusión acerca del aborto, la eutanasia y la libertad individual*. Barcelona, Ariel.

García Rivas, N. (2003), *Despenalización de la eutanasia en la Unión Europea: autonomía e interés del paciente*. *Revista Penal* 2003, 11, pp. 15-30.

Kamisar, Y. (1958), *Some Non-Religious Views Against Proposed "Mercy-Killing" Legislation*. *Minnesota Law Review* 42, pp. 969-1.004.

Rivera López, E. (2003), *Eutanasia y autonomía*. *Humanitas*, volumen 1, número 1, enero-marzo 2003, número monográfico Eutanasia, pp. 79-86.

Roxin, C. (2001), "Tratamiento jurídico-penal de la eutanasia". En Roxin *et al.*, *Eutanasia y suicidio, Cuestiones dogmáticas y de política criminal*, Granada, Comares, pp. 1-38.

Tomás-Valiente Lanuza, C. (1999), *La disponibilidad de la propia vida en Derecho Penal*. Madrid, Centro de Estudios Políticos y Constitucionales/Boletín Oficial del Estado.

Tomás-Valiente Lanuza, C. (2000), *La cooperación al suicidio y la eutanasia en el nuevo CP*. Valencia, Tirant lo Blanch.

## Documentos de trabajo publicados

- 1/2003. **Servicios de atención a la infancia en España: estimación de la oferta actual y de las necesidades ante el horizonte 2010.** María José González López.
- 2/2003. **La formación profesional en España. Principales problemas y alternativas de progreso.** Francisco de Asís de Blas Aritio y Antonio Rueda Serón.
- 3/2003. **La Responsabilidad Social Corporativa y políticas públicas.** Alberto Lafuente Félez, Víctor Viñuales Edo, Ramón Pueyo Viñuales y Jesús Llaría Aparicio.
- 4/2003. **V Conferencia Ministerial de la OMC y los países en desarrollo.** Gonzalo Fanjul Suárez.
- 5/2003. **Nuevas orientaciones de política científica y tecnológica.** Alberto Lafuente Félez.
- 6/2003. **Repensando los servicios públicos en España.** Alberto Infante Campos.
- 7/2003. **La televisión pública en la era digital.** Alejandro Perales Albert.
- 8/2003. **El Consejo Audiovisual en España.** Ángel García Castillejo.
- 9/2003. **Una propuesta alternativa para la Coordinación del Sistema Nacional de Salud español.** Javier Rey del Castillo.
- 10/2003. **Regulación para la competencia en el sector eléctrico español.** Luis Atienza Serna y Javier de Quinto Romero.
- 11/2003. **El fracaso escolar en España.** Álvaro Marchesi Ullastres.
- 12/2003. **Estructura del sistema de Seguridad Social. Convergencia entre regímenes.** José Luis Tortuero Plaza y José Antonio Panizo Robles.
- 13/2003. **The Spanish Child Gap: Rationales, Diagnoses, and Proposals for Public Intervention.** Fabrizio Bernardi.
- 13\*/2003. **El déficit de natalidad en España: análisis y propuestas para la intervención pública.** Fabrizio Bernardi.
- 14/2003. **Nuevas fórmulas de gestión en las organizaciones sanitarias.** José Jesús Martín Martín.
- 15/2003. **Una propuesta de servicios comunitarios de atención a personas mayores.** Sebastián Sarasa Urdiola.
- 16/2003. **El Ministerio Fiscal. Consideraciones para su reforma.** Olga Fuentes Soriano.
- 17/2003. **Propuestas para una regulación del trabajo autónomo.** Jesús Cruz Villalón.
- 18/2003. **El Consejo General del Poder Judicial. Evaluación y propuestas.** Luis López Guerra.
- 19/2003. **Una propuesta de reforma de las prestaciones por desempleo.** Juan López Gandía.
- 20/2003. **La Transparencia Presupuestaria. Problemas y Soluciones.** Maurici Lucena Betriu.
- 21/2003. **Análisis y evaluación del gasto social en España.** Jorge Calero Martínez y Mercè Costa Cuberta.
- 22/2003. **La pérdida de talentos científicos en España.** Vicente E. Larraga Rodríguez de Vera.
- 23/2003. **La industria española y el Protocolo de Kioto.** Antonio J. Fernández Segura.
- 24/2003. **La modernización de los Presupuestos Generales del Estado.** Enrique Martínez Robles, Federico Montero Hita y Juan José Puerta Pascual.
- 25/2003. **Movilidad y transporte. Opciones políticas para la ciudad.** Carme Miralles-Guasch y Àngel Cebollada i Frontera.
- 26/2003. **La salud laboral en España: propuestas para avanzar.** Fernando G. Benavides.
- 27/2003. **El papel del científico en la sociedad moderna.** Pere Puigdomènech Rosell.
- 28/2003. **Tribunal Constitucional y Poder Judicial.** Pablo Pérez Tremps.
- 29/2003. **La Audiencia Nacional: una visión crítica.** José María Asencio Mellado.
- 30/2003. **El control político de las misiones militares en el exterior.** Javier García Fernández.
- 31/2003. **La sanidad en el nuevo modelo de financiación autonómica.** Jesús Ruiz-Huerta Carbonell y Octavio Granado Martínez.

- 32/2003. **De una escuela de mínimos a una de óptimos: la exigencia de esfuerzo igual en la Enseñanza Básica.** Julio Carabaña Morales.
- 33/2003. **La difícil integración de los jóvenes en la edad adulta.** Pau Baizán Muñoz.
- 34/2003. **Políticas de lucha contra la pobreza y la exclusión social en España: una valoración con EspaSim.** Magda Mercader Prats.
- 35/2003. **El sector del automóvil en la España de 2010.** José Antonio Bueno Oliveros.
- 36/2003. **Publicidad e infancia.** Purificación Llaquet, M<sup>a</sup> Adela Moyano, María Guerrero, Cecilia de la Cueva, Ignacio de Diego.
- 37/2003. **Mujer y trabajo.** Carmen Sáez Lara.
- 38/2003. **La inmigración extracomunitaria en la agricultura española.** Emma Martín Díaz.
- 39/2003. **Telecomunicaciones I: Situación del Sector y Propuestas para un modelo estable.** José Roberto Ramírez Garrido y Juan Vega Esquerrá.
- 40/2003. **Telecomunicaciones II: Análisis económico del sector.** José Roberto Ramírez Garrido y Álvaro Escribano Sáez.
- 41/2003. **Telecomunicaciones III: Regulación e Impulso desde las Administraciones Públicas.** José Roberto Ramírez Garrido y Juan Vega Esquerrá.
- 42/2004. **La Renta Básica. Para una reforma del sistema fiscal y de protección social.** Luis Sanzo González y Rafael Pinilla Pallejà.
- 43/2004. **Nuevas formas de gestión. Las fundaciones sanitarias en Galicia.** Marciano Sánchez Bayle y Manuel Martín García.
- 44/2004. **Protección social de la dependencia en España.** Gregorio Rodríguez Cabrero.
- 45/2004. **Inmigración y políticas de integración social.** Miguel Pajares Alonso.
- 46/2004. **TV educativo-cultural en España. Bases para un cambio de modelo.** José Manuel Pérez Tornero.
- 47/2004. **Presente y futuro del sistema público de pensiones: Análisis y propuestas.** José Antonio Griñán Martínez.
- 48/2004. **Contratación temporal y costes de despido en España: lecciones para el futuro desde la perspectiva del pasado.** Juan J. Dolado y Juan F. Jimeno.
- 49/2004. **Propuestas de investigación y desarrollo tecnológico en energías renovables.** Emilio Menéndez Pérez.
- 50/2004. **Propuestas de racionalización y financiación del gasto público en medicamentos.** Jaume Puig-Junoy y Josep Llop Talaverón.
- 51/2004. **Los derechos en la globalización y el derecho a la ciudad.** Jordi Borja.
- 52/2004. **Una propuesta para un comité de Bioética de España.** Marco-Antonio Broggi Trias.
- 53/2004. **Eficacia del gasto en algunas políticas activas en el mercado laboral español.** César Alonso-Borrego, Alfonso Arellano, Juan J. Dolado y Juan F. Jimeno.
- 54/2004. **Sistema de defensa de la competencia.** Luis Berenguer Fuster.
- 55/2004. **Regulación y competencia en el sector del gas natural en España. Balance y propuestas de reforma.** Luis Atienza Serna y Javier de Quinto Romero.
- 56/2004. **Propuesta de reforma del sistema de control de concentraciones de empresas.** José M<sup>a</sup> Jiménez Laiglesia.
- 57/2004. **Análisis y alternativas para el sector farmacéutico español a partir de la experiencia de los EE UU.** Rosa Rodríguez-Monguió y Enrique C. Seoane Vázquez.
- 58/2004. **El recurso de amparo constitucional: una propuesta de reforma.** Germán Fernández Farreres.
- 59/2004. **Políticas de apoyo a la innovación empresarial.** Xavier Torres.
- 60/2004. **La televisión local entre el limbo regulatorio y la esperanza digital.** Emili Prado.
- 61/2004. **La universidad española: soltando amarras.** Andreu Mas-Colell.
- 62/2005. **Los mecanismos de cohesión territorial en España: un análisis y algunas propuestas.** Ángel de la Fuente.
- 63/2005. **El libro y la industria editorial.** Gloria Gómez-Escalonilla.
- 64/2005. **El gobierno de los grupos de sociedades.** José Miguel Embid Irujo, Vicente Salas Fumás.
- 65(I)/2005. **La gestión de la demanda de electricidad Vol. I.** José Ignacio Pérez Arriaga, Luis Jesús Sánchez de Tembleque, Mercedes Pardo.

65(II)/2005. **La gestión de la demanda de electricidad Vol. II (Anexos)**. José Ignacio Pérez Arriaga, Luis Jesús Sánchez de Tembleque, Mercedes Pardo.

66/2005. **Responsabilidad patrimonial por daño ambiental: propuestas de reforma legal**. Ángel Manuel Moreno Molina.

67/2005. **La regeneración de barrios desfavorecidos**. María Bruquetas Callejo, Fco. Javier Moreno Fuentes, Andrés Walliser Martínez.

68/2005. **El aborto en la legislación española: una reforma necesaria**. Patricia Laurenzo Copello.

69/2005. **El problema de los incendios forestales en España**. Fernando Estirado Gómez, Pedro Molina Vicente.

70/2005. **Estatuto de laicidad y Acuerdos con la Santa Sede: dos cuestiones a debate**. José M.<sup>a</sup> Contreras Mazario, Óscar Celador Angón.