

# dmd

Asociación Derecho a Morir Dignamente

núm. 82  
2020

REVISTA



# LA MUERTE DIGNA EN ESPAÑA

FUNDACIÓN DE DMD  
11 Noviembre de 1984



1984

- Consentimiento Informado
- Derecho a rechazar tratamientos

1986

LEY GENERAL DE SANIDAD

- Desaparece la eutanasia pasiva: por rechazo de tratamiento
- Desaparece la eutanasia indirecta: por sedación paliativa

1995

CÓDIGO PENAL  
Art. 143.4 Atenúa las penas por eutanasia



"Soy una cabeza pegada a un cuerpo muerto"  
Ramón Sampedro

1998

Ley pionera en España sobre las voluntades anticipadas o testamento vital.

2000

Ley de Derechos y Autonomía del paciente de Cataluña

- Derecho a la información y a elegir entre opciones
- Derecho a rechazar tratamientos
- Derecho al testamento vital

2002

LEY DE AUTONOMÍA DEL PACIENTE

La Comunidad de Madrid acusa al servicio de urgencias del Hospital Severo Ochoa de Leganés de 400 homicidios (sedaciones con resultado de muerte)

2005

CASO LEGANÉS



Pide "una inyección que le pare el corazón"  
Inmaculada Echevarría



Madeleine Z

2007

"Me he dado cuenta de que la vida puede ser muy buena o muy mala según tengas o no salud"

Daniel Mateo

2008



"Prepararé el potingue, lo tomaré y me tumbaré"  
Carlos Santos

2010

Ley Muerte Digna de Andalucía

"Cuando ya no puedes valerte por ti mismo no es una vida digna"

Pedro Martínez



Carmen y Ramona

2011

Ley Muerte Digna de Navarra y Aragón



"Me consumo, pero no les parece suficiente."

José Luis Sagüés

2014

"Reclamamos que retiren la alimentación artificial a nuestra hija y la dejen morir con dignidad"

Padres de Andrea (12 años)



2015

Ley Muerte Digna de Galicia, Baleares y Canarias



"Si la vida ha sido valiosa y buena ha de desembocar igualmente en una muerte digna, apacible y buena"

Antonio Aramayona



Carlos Martínez



2016

Ley Muerte Digna de Euskadi



"Me indigna tener que morir en clandestinidad"

José Antonio Arrabal

2017

Ley Muerte Digna de Madrid

ACTUALIZACIÓN IMAGEN DE DMD



El Parlamento por primera vez acepta debatir una ley de eutanasia

2018

Ley Muerte Digna de Com. Valenciana



"Yo te voy a prestar mis manos"

Mª José Carrasco  
Ángel Hernández

"Cuando ya no os acuerde, ayudadme a morir"

Familia Tellaetxe



2019

# La vida debe continuar

**M**irábamos esperanzados al Congreso de los Diputados, que afrontaba por primera vez la despenalización de la eutanasia, cuando se cernió sobre nosotros la **pandemia del COVID-19** como un auténtico *tsunami* que ha aflorado muchas de las deficiencias de nuestra sociedad. Ha mostrado, por ejemplo, la escasa implantación de los derechos sanitarios, especialmente el derecho a una muerte digna. Razones epidemiológicas y de penuria de medios han obligado a miles de personas a una muerte en soledad. Cuando no privada, además, de la asistencia exigible, por más que unos profesionales sanitarios sin medios y en un contexto tan inédito como insoportable, han hecho lo que han podido. Desde el reconocimiento y la gratitud hacia dichos profesionales por el esfuerzo realizado, se impone una reflexión serena sobre lo que no debiera haber sucedido. Una reflexión que hemos iniciado ya en DMD y que, tras compartirla muy pronto con nuestras lectoras y lectores, haremos llegar a los representantes políticos. Para que no se repita.

Por ahora es el momento de exigirles que cumplan los compromisos para los que fueron elegidos aprobando la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia (LORE), propuesta por el PSOE y aprobada para su tramitación el 11 de febrero de 2020 por el Pleno del Congreso de los Diputados, con una mayoría absoluta muy cualificada. Una exigencia que no elude la obligación que nos corresponde a nosotros de trabajar en la defensa del derecho de toda persona a disponer de su cuerpo y de su vida, y a elegir libre y legalmente el momento y los medios para finalizarla (Artículo 2.a de los Estatutos). Cierto es que la LORE no se plantea un objetivo tan ambicioso y que podríamos, como organización, desentendernos de este proyecto legislativo tan *de mínimos*. Faltaríamos sin embargo a nuestra obligación de *"defender la despenalización de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido para enfermos avanzados que libremente desean liberarse de un sufrimiento que viven como intolerable"* (Artº. 2.c). No renunciamos a nada pero sabemos que los derechos civiles no se conquistan de una sola vez. Menos aun cuando afectan a un elemento tan trascendental para romper las ligaduras religiosas que limitan nuestras libertades como sociedad.

El hecho es que, incluso como está propuesta, la ley de eutanasia será un gran avance que nos hará más libres como sociedad porque, por primera vez, quebrará el concepto atávico de la vida como un bien indisponible. DMD sigue ofreciendo su colaboración y, una vez más, la de un nutrido grupo de juristas para mejorar la ley durante el trámite parlamentario. Esperamos que al menos se mejoren dos aspectos fundamentales: el control previo y la atenuación de penas del artículo 143.4 del actual Código Penal. Sobre la primera cuestión, solo apuntar que multiplicar controles no hace a la LORE más garantista sino más difícil de aplicar, pudiendo llegar a ser un tormento añadido para una persona que padece –no lo olvidemos– un sufrimiento intolerable. Los supuestos abusos a evitar no existen y la desconfianza de la que nace ese afán controlador del legislador, coloca bajo sospecha de homicidas a los mismos profesionales a los que aplaudíamos durante el confinamiento.

Más difícil será –aunque tampoco renunciamos– incluir el sufrimiento de origen psicológico insoportable como una causa justificada de muerte voluntaria. La eutanasia por trastorno mental grave es un tema complejo al que se debe responder caso por caso. Pero huir del conflicto no hace que desaparezca. ¿Cuántas muertes violentas y en soledad se podrían evitar con una ley de eutanasia que acogiera a todas esas personas? Discriminarlas, por miedo al debate, por la propia dificultad del tema, no es una opción.

Tras la primera oleada del Covid nos queda combatir la pandemia del miedo y de la deshumanización. Para eso, DMD fomenta una cultura de la muerte digna que nos hace conscientes de nuestra fragilidad y entiende la muerte como un proceso que nos pertenece, en el que cada persona debe poder tomar sus propias decisiones. Necesitamos hablar de la muerte y enriquecer el debate con voces expertas en el tema; para que todas las personas puedan ser cada vez más libres también durante el final de su vida. La tramitación de la LORE es una oportunidad para hacerlo.



### 3 La eutanasia, derecho fundamental

Desde esta reflexión realizaremos algunas precisiones conceptuales para deshacer prejuicios y malentendidos y así justificar después la posibilidad de incorporar esta aspiración al campo político y jurídico

¿Cabe la eutanasia en la Constitución Española?

### 7 Constitucionalidad de una Ley Orgánica de eutanasia

Una sentencia del Constitucional alemán extrapolable a España

### 10 El castigo de la ayuda al suicidio es inconstitucional



### 13 Un derecho que no se respeta

La libertad para decidir morir cuando la vida ya no se percibe como un bien

### 16 Contrasentido de la propuesta

La proposición que, supuestamente, reconoce el ejercicio de la eutanasia como un derecho, no lleva, en realidad, a los resultados pretendidos



### 20 Gradación de la responsabilidad por incumplimiento de requisitos legales

La inserción de la norma en el conjunto del ordenamiento jurídico-penal exige la articulación de una respuesta clara a las conductas que no se ajusten a los requisitos legalmente previstos



Cada vez más, la tendencia punitiva legal restringe nuestro derecho a decidir

### 23 El Derecho Penal y la eutanasia

### 26 Una ley manifiestamente mejorable

En materia de eutanasia la referencia central debe ser la voluntad del paciente, y todo lo que se regule debe garantizar que el criterio que prevalece por encima de cualquier otro es el del enfermo

En torno a la Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia

### 29 Intervención de terceros en la muerte deseada y política legislativa

Hay que hacer previsiones para frenar el previsible acoso ideológico

### 32 Garantizar la efectiva aplicación de la ley

### 37 Panorama internacional

### 41 Aportaciones de DMD a la Proposición de la LORE

Portada: "Una sortida". Ilustración de Marta Bellvehí ([www.martabellvehí.com](http://www.martabellvehí.com)) para *La mort, digna i il·lustrada*

Revista DMD ■ Editor: Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente

Dirección: Puerta del Sol, 6, 3.º izda. 28013 Madrid ■ Tf. 91 369 17 46 ■ [informacion@derechoamorrir.org](mailto:informacion@derechoamorrir.org) ■ [www.derechoamorrir.org](http://www.derechoamorrir.org)  
Redacción: Fernando Soler, Loren Arseguet, Fernando Pedrós, Fernando Marín, Ascensión Cambrón, Pilar Cartón, Adela Costa, Noelia Ordieres, Joana Ràfols, Elena Gutiérrez, Julen Goñi, José Sarabia, Esther Diez, Pablo Soler, Borja Robert.  
ISSN 2171-5947 ■ Depósito legal M-20421-2010



Derecho a decidir cómo y cuándo morir con libertad

Un reconocimiento que descansa  
en los valores constitucionales

# La eutanasia, derecho fundamental

Desde esta reflexión realizaremos algunas precisiones conceptuales para deshacer prejuicios y malentendidos y así justificar después la posibilidad de incorporar esta aspiración al campo político y jurídico

Ascensión Cambrón\*

## Estableciendo las bases

Que la demanda de la eutanasia<sup>1</sup> sea reconocida como un «nuevo derecho» cuenta con los fundamentos necesarios y suficientes para su legalización, unos de hecho y otros morales y jurídico-políticos. Entre los primeros cabe destacar la práctica generalizada de la «muerte medicalizada». Esto agrava el sufrimiento de muchas personas enfermas al final de sus vidas, cuando desean ayuda para morir en el ejercicio de su libertad, sin que por ello se sancione a la persona que se lo facilita.

<sup>1</sup> Definición de eutanasia: «el derecho a poder ser auxiliados para morir por personal especializado en la evitación del dolor, de acuerdo con una voluntad previamente expresada en forma y sostenida en el tiempo». Capella, J. R. «Miedo a morir. La muerte entre el miedo y el derecho», en *Mientras tanto*, Núm. 101, abril 2012, en: <http://www.mientrastanto.org/print/1812>

En las sociedades democráticas occidentales conviven personas y colectivos con opciones morales diferentes, en función de las cuales disponen de su «libertad-autonomía» para decidir cómo y cuándo morir. Estas concepciones han de ser respetadas siempre que no se deriven de su ejercicio perjuicios para la libertad de los demás. Por todo ello, múltiples personas y grupos sociales, amparados en los valores y principios de la Constitución Española —en adelante CE—, reclaman la regulación de este derecho individual.

Bien es cierto también que esta demanda no es unánime en nuestra sociedad. Hay quien sostiene que el «derecho» a la vida es algo **natural, indisponible e irrenunciable**. Son argumentos de naturaleza teológica, aceptables en el

\* Profesora Honoraria de Filosofía del Derecho. Universidade da Coruña.



José Antonio Arrabal no tuvo la muerte que reclamaba

marco de discursos religiosos, pero en base a los cuales no se puede imponer esas concepciones al conjunto de la ciudadanía. Y esto porque en «un Estado social y democrático, que propugna como valores superiores de su ordenamiento jurídico la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político» –art. 1.1 de la CE– esta pretensión es inadmisibles en tanto niega la libertad de las personas enfermas que lo solicitan libre y conscientemente y, a la vez, porque pretende imponer límites al poder político democráticamente constituido.

Desde esta reflexión realizaremos algunas precisiones conceptuales para deshacer prejuicios y malentendidos y así justificar después la posibilidad de incorporar esta aspiración al campo político y jurídico como un nuevo derecho. Una exigencia metodológica necesaria a este tipo de análisis obliga a considerar el binomio «derecho-deber» como categoría central del discurso de los derechos, partiendo de que este se inscribe en la *institución material* que organiza política y jurídicamente una sociedad democrática. Cerraremos esta reflexión citando algunos de los obstáculos que dificultarán la aplicación de la ley de eutanasia que reivindicamos para que, tras su aprobación, no tengamos que constatar que es un derecho legal pero «derecho vacío»<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> Capella, J.R. «Derechos, deberes: la cuestión del método de análisis» en J.A. Estévez Araujo (ed.). El libro de los deberes, Trotta, Madrid, 2013, pp. 39-57.

## Razones que justifican la demanda de este derecho

La demanda de eutanasia por personas sometidas contra su voluntad a seguir viviendo una vida *vegetativa* durante un tiempo prolongado e indefinido ha estimulado y ampliado en la población la conciencia de los límites injustificados a la libertad individual en el proceso de morir. A partir de los casos de Karen A. Quinlan (1975) y de Ramón Sampederro (1998) hasta el de María José Carrasco (2019), la demanda de eutanasia y/o de suicidio asistido se ha extendido en las sociedades occidentales. Constituye una aspiración crecientes, apoyada por profesionales sanitarios, juristas, intelectuales, políticos, magistrados y asociaciones<sup>3</sup> que unen sus voces a favor del reconocimiento de este derecho.

A la configuración simbólica de esta aspiración ha contribuido también el reconocimiento del valor **autonomía** de la persona. Se sostiene que en una sociedad democrática, el respeto a la **libertad** y **autonomía** de la voluntad ha de mantenerse también en la enfermedad y en el proceso de morir. Del reconocimiento legal del principio de autonomía individual se deriva la obligación jurídica impuesta al personal sanitario de recabar el «consentimiento informado». Asimismo, esta atribución extiende a la persona enferma el derecho a «rechazar los recursos terapéuticos extraordinarios» y a expresar por escrito su «testamento vital» –*living will*–. Recíprocamente la autoridad pública está obligada a poner los medios necesarios para ejercer ese derecho y de vigilar su correcto ejercicio.

El proceso histórico a favor del reconocimiento de autonomía a los pacientes se remonta a los juicios de Núremberg (1947), al que han seguido otros documentos internacionales, nacionales y autonómicos que refuerzan la protección de esta obligación<sup>4</sup>. Las normas de ámbito estatal explicitan también el deber de los facultativos: respetar dicha voluntad y atribuir a la autoridad el deber de poner los medios para que los pacientes puedan ejercer el derecho reconocido. En algunos países occidentales se ha reconocido el derecho a la eutanasia y al suicidio asistido, pero no existe consenso internacional, por lo que sigue vigente la prohibición de la eutanasia. Esta negativa se in-

<sup>3</sup> Como Exit, Dignitas, la Federación Mundial de Sociedades Pro-Derecho a Morir, la Association pour le Droit à mourir dans la Dignité belga y la española Asociación por el Derecho a una Muerte Digna (DMD).

<sup>4</sup> Entre otros, el Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Oviedo 4/04/1997) –en vigor en España desde el 1/01/2000–, la Recomendación 1418 (25/06/1999) del Consejo de Europa, relativa a la protección de los derechos del hombre y de la dignidad de los enfermos terminales y moribundos, la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (18/12/2000), la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica en la reglamentación de la autonomía del paciente. Y las leyes autonómicas que regulan «los derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte».

terpreta como si «le Conseil de l'Europe a, une fois de plus, démontré qu'il était manipulé par le Vatican»<sup>5</sup>.

## Justificaciones éticas de la eutanasia

La justificación de la eutanasia desde el punto de vista ético se apoya en distintos paradigmas morales, entre los que destacamos dos. El primero está basado en los principios bioéticos de **beneficencia** y **no-maleficencia** y justifica la eutanasia por el estado de sufrimiento y decadencia irreversible del paciente, aunque considera poco relevante el hecho de si el paciente ha pedido morir o no. Este modelo goza de amplia aceptación entre los profesionales sanitarios. El segundo se fundamenta en el principio de **autonomía**. Su justificación se apoya en la autonomía moral del individuo y afirma que constituye un principio fundamental, indistintamente se atiende a la responsabilidad individual, o considerado desde la perspectiva de derechos-deberes frente a cualquier poder externo a las personas. Esta segunda acepción del «principio de autonomía» es la reconocida por la legislación española en el marco sanitario<sup>6</sup>.

Desde la perspectiva ética la demanda de eutanasia está así fundamentada y constituye una «institución mental»<sup>7</sup>; es decir, es un nuevo rasgo de moralidad positiva incorporado a la cultura occidental, pero necesitado de ser transformado en «institución material». Para conseguir este nuevo «derecho» (en sentido jurídico-normativo) han de darse otros componentes de naturaleza política y jurídica, pero también un mayor trabajo social, o sea «voces» capaces de vencer las resistencias que se oponen a su reconocimiento.

## El derecho español ante la vida y la muerte

¿Se puede fundamentar este nuevo derecho desde el ordenamiento jurídico español? La respuesta evidente es positiva, como lo acredita el Anteproyecto de Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia –LORE– presentado en el parlamento español en 2018<sup>8</sup> y, nuevamente, en 2020. Pero si atendemos a la doctrina expresada por la jurisprudencia del Tribunal Constitucional, la respuesta puede ser negativa. Repasemos ambas posibilidades. En ausencia de normas específicas que regulen la eutanasia, nos remitimos al texto constitucional, regulador de la conviven-

cia social que garantiza la convivencia democrática y la dignidad de las personas –art. 10.1 CE–. A ello se añaden otros **principios** y **valores** en los que apoyar esta reivindicación, los cuales permiten en la actualidad a los pacientes rechazar un tratamiento médico, aunque de ello se derive el acortamiento de la vida. Constituye una interpretación plasmada en las «leyes de muerte digna». Estas normas, no obstante, se ven limitadas por la vigencia de la sanción prevista en el artículo 143.4 del Código Penal a la colaboración al suicidio asistido. Evidente paradoja: puedes morir por inanición, por rechazo de un tratamiento o por suicidio y sin embargo, esta norma castiga a quien, a petición libre del interesado, ayude a morir a otro<sup>9</sup>.

**En una sociedad democrática, el respeto a la libertad y autonomía ha de mantenerse también en la enfermedad y en el proceso de morir**

Una lectura rigurosa de la CE permite afirmar que contiene principios y valores que permiten regular la eutanasia, entendiendo siempre el derecho a la vida como protegida «frente a los ataques de terceros»<sup>10</sup>. Por ello cabe interpretarla como ejercicio de la libertad-autonomía que cada persona administra<sup>11</sup>. Se puede apelar además a otros derechos, como a los relativos a la *integridad física y moral* o la *prohibición de tratos inhumanos o degradantes* –art. 15, CE–. También se pueden invocar los principios de *dignidad* de la persona, los *derechos inviolables que le son inherentes*, el *libre desarrollo de la personalidad*. –Art. 10, CE–, junto al derecho a la *libertad ideológica y religiosa* del artículo 16. Estos son el conjunto de principios y valores constitucionales a tener en cuenta para justificar el reconocimiento de la eutanasia. Pero la pregunta antes formulada puede también ser respondida negativamente, como lo evidencian los criterios dotados de «autoridad» de las sentencias del Tribunal Constitucional.

Supuesto que la ley despenalizadora de la eutanasia supere las dificultades en su trámite parlamentario, no se puede bajar la guardia porque persisten obstáculos metajurídicos que conviene enumerar. Si atendemos a la citada jurisprudencia del Alto Tribunal, los contenidos de algunas sentencias son desalentadores, como la STC 53/1985 de 11 de abril, –sobre el recurso de inconstitucionalidad de la interrupción voluntaria del embarazo, que constituye el «caso de referencia» (*leading case*)– y otras posteriores como la STC 120/1990 de 27 de junio. En ellas se expresan conceptos como la «indisponibilidad de la vida» y «libertad», a partir de los cuales fundamentan sus razonamientos, para

5 «El Consejo de Europa ha demostrado una vez más que está manipulado por el Vaticano». Rodotà, S., *Perché laico*, Laterza, Roma-Bari, 2010, p. 75.

6 Así figura en el artículo 10.6 de la Ley 14/1986 de 24 de abril, General de Sanidad y en la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, Básica reguladora de la autonomía del paciente; en la Recomendación 1418 aprobada por la Asamblea Parlamentaria Europea (25/06/1999) sobre Protección de los derechos del hombre y de la dignidad de los enfermos incurables y moribundos, que incorpora «la protección del derecho de los enfermos incurables y de los moribundos a la autodeterminación...».

7 Capella, J.R., 2013, *opus cit.*, pp. 46 y ss.

8 Cfr. Cambrón, A. «¿Permitirá la LORE ser libres hasta el final?», 2019, en <http://www.mientras tanto.org/boletin-175/permitira-la-lore...>

9 La penalista Carmen Juanatey, entre otros juristas, sostiene que este artículo del C.P. es inconstitucional.

10 STC 120/1990 de 27 de junio, Fundamento Jurídico séptimo.

11 Esta posibilidad-facultad ya se ejerce y tolera en las personas que realizan deportes de alto riesgo.

---

## El Constitucional impone a la ciudadanía, por vía no democrática, el deber de vivir contra su voluntad

tienen el **deber de vivir**. El alcance de esta conclusión, justificado formalmente para proteger el derecho a la vida, supera con creces las atribuciones que al mismo le impone la propia Constitución. En primer lugar, porque a este órgano del Estado no le corresponde imponer deberes morales a los ciudadanos y, en segundo, y a tenor de su modo de interpretar el discurso de los derechos, sus miembros se escudan en concepciones ahistóricas de los derechos jurídico-normativos que les llevan a restringir las libertades constitucionales de las personas en relación a posibles elecciones individuales, limitando a la vez la calidad de nuestra democracia. En ellas se deduce un interés extrajurídico por limitar conquistas sociales a través de argumentos metajurídicos para proteger intereses ideológicos. A mi juicio este proceder es incorrecto teóricamente y representa un obstáculo considerable para la aplicación de un futuro derecho a la eutanasia ya constitucionalizado.

Si bien no cabe dudar de la legalidad de estas sentencias, nos permitimos cuestionar su legitimidad porque de sus conclusiones se derivan dos consecuencias lamentables: a nivel individual, a quienes desean acabar con su vida por los sufrimientos que padecen se les obliga a vivir contra su voluntad y, a nivel colectivo, esas decisiones jurisprudenciales anulan una medida adoptada por un órgano democrático del estado en el que reside la soberanía popular. En conclusión, según la doctrina del Alto Tribunal, la eutanasia no tiene justificación legal posible, en tanto que a la ciudadanía –sana o enferma– de una sociedad organizada como «Estado de social y democrático», se le impone por vía no democrática el **deber de vivir** contra su voluntad.

### Acerca de la *naturaleza* de los derechos

El tema de la «naturaleza» de los derechos es una cuestión polémica y necesitada de precisión. Frente a quienes consideran que los derechos son «naturales» sostenemos que la naturaleza de los derechos es **discursiva** e **histórica**<sup>13</sup>. Esta concepción difiere de la mantenida por

concluir que la vida «es objeto de protección aún sin la voluntad del sujeto». En síntesis, la doctrina expresada por el Alto Tribunal reitera que “el derecho a la vida no incluye la facultad de disponer de ella a su titular”<sup>12</sup>. Consecuentemente, de esto se deduce que las personas

el pensamiento iusnaturalista tanto del que se integra en la tradición teológica medieval, como del iusracionalismo moderno, fundamentado en J. Locke y en I. Kant. Ambos autores elaboraron un discurso formalista sobre los derechos, de cuyas premisas, por lo tanto, no se sigue ninguna conclusión material ni respecto a los individuos, ni para la organización política en la que se integran.

Existen razones suficientes para descartar la impostura del discurso iusnaturalista no sólo por sus debilidades epistemológicas, sino también por los objetivos que sus partidarios persiguen tanto a nivel individual, constriñendo las conciencias individuales, como a nivel colectivo, condicionando las decisiones democráticas del poder legislativo partiendo de creencias. Esto es, con su discurso intentan debilitar la débil democracia que nos gobierna. Situando los derechos en el espacio pre-político de una supuesta naturaleza humana universal, los transforman en un

requiso estático de la democracia, antes de ser el hecho generador que la mantiene siempre en movimiento. Esta precisión nos permite justificar que la demanda de reconocer el derecho a la eutanasia, ya constituida como **institución mental**, necesita transformarse en **institución material**, o sea, precisa ser incorporada al campo político y al jurídico normativo. Es necesario constitucionalizar este derecho para lo cual es imprescindible precisar su contenido: a) los respectivos *deberes* de los demás ciudadanos y, ante todo, b) los deberes que recaen en la autoridad misma de proveer de los medios

materiales y procedimentales necesarios para satisfacer la demanda de las personas que desean poner fin a sus sufrimientos y proporcionar seguridad jurídica a los profesionales que dan cumplimiento a esa demanda.

Para materializar estos objetivos, la autoridad necesita superar obstáculos poderosos de distinta naturaleza, como en el caso del aborto, del divorcio u otros supuestos. En primer lugar, se trata de obstáculos económicos, como la incorporación de esta prestación al sistema sanitario público y, sobre todo, la generalización de las unidades de Cuidados Paliativos o el perfeccionamiento de la formación específica de los profesionales y la precisión del sentido y los límites de la objeción de conciencia. A estos se añaden otros obstáculos de naturaleza ideológica que, como ya se ha citado, tratarán de dificultar el ejercicio del nuevo derecho reconocido. Con ser la regulación de la eutanasia una tarea compleja, confiamos que muy pronto su reconocimiento será una realidad, porque se trata de una exigencia justa y porque amplios sectores sociales estamos comprometidos con su consecución. Aun conociendo la fragilidad de los derechos, seguiremos exigiendo la legalización de la eutanasia y, llegado el caso, estaremos atentas para impedir que lo vacíen de contenido con las armas discursivas y políticas que proporciona el modelo democrático.

---

## El discurso iusnaturalista persigue constreñir las conciencias individuales y condicionar las decisiones democráticas del poder legislativo

<sup>12</sup> STC, 53/1985 de 11 de abril, Fundamento Jurídico séptimo.

<sup>13</sup> Cfr. Cambrón, A. “La eutanasia: derecho y deberes”, en J.A. Estévez Araujo (ed.), El libro de los deberes. Las debilidades e insuficiencia de la estrategia de los derechos, Trotta, Madrid, 2013, pp. 167-191.

¿Cabe la eutanasia en la Constitución Española?

# Constitucionalidad de una **Ley Orgánica de eutanasia**

El concepto de la Constitución como límite de derechos y no como marco generador de los mismos se sitúa en el fondo del debate sobre la posible inconstitucionalidad de la eutanasia

Miguel Ángel Presno Linera\*



Es probable que el Tribunal Constitucional deba pronunciarse. Foto: Wikipedia

## El proceso político-legislativo

Como es sabido, el 30 de diciembre de 2019 el entonces Presidente del Gobierno en funciones, Pedro Sánchez, y el secretario general de Unidas Podemos, Pablo Iglesias, presentaron en el Congreso de los Diputados su programa de gobierno en coalición, que fue la base de la investidura de Pedro Sánchez como Presidente de Gobierno, el 7 de enero de 2020, y de la formación del ejecutivo de coalición entre el PSOE y

Unidas Podemos. En el citado programa se incluye, en el apartado 5 –“Nuevos derechos y memoria democrática”–, como primer punto el “Derecho a muerte digna y regulación de la eutanasia”, donde se comprometen a dar “una respuesta jurídica, sistemática, equilibrada y garantista a las demandas sostenidas de la sociedad actual en relación con el final de la vida. Para ello, impulsaremos una Ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida, así como la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia, y su inclusión en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud”.

\* Catedrático de Derecho Constitucional. Universidad de Oviedo.

Pues bien, el 24 de enero de 2020 el Grupo Parlamentario Socialista registró en el Congreso de los Diputados una “Proposición de Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia” (LORE), con lo que, como ya ocurrió en años precedentes con las proposiciones del Grupo Parlamentario Confederado de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea; la de reforma de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, de despenalización de la eutanasia y la ayuda al suicidio presentada por el Parlamento de Cataluña, y una del propio Grupo Parlamentario Socialista, además de la de derechos y garantías de la persona ante el proceso final de su vida del Grupo Parlamentario Ciudadanos, asistimos a un debate parlamentario sobre la toma en consideración de la citada Proposición y, una vez fue admitida a trámite, mediante la oportuna tramitación en las Cortes General, su eventual conversión en Ley Orgánica, para lo que precisará el voto favorable de la mayoría absoluta de la Cámara Baja (176 votos).

---

**Aunque sea recurrida al Constitucional, la LORE gozará de “presunción de constitucionalidad” y se aplicará sin problemas hasta la sentencia**

## Un posible Recurso de Inconstitucionalidad

Si la ley llega a aprobarse, como con cualquier otra disposición legal, cabría que quienes están legitimados para ello (el Presidente del Gobierno, el Defensor del Pueblo, cincuenta Diputados y cincuenta Senadores y, si afectase al ámbito propio de autonomía, los parlamentos y los gobiernos de las Comunidades Autónomas) presentasen un recurso de inconstitucionalidad dentro del plazo de tres meses a partir de la publicación de esa hipotética Ley Orgánica de eutanasia, lo que en ningún caso suspendería su aplicación mientras el Tribunal Constitucional (TC) no se pronuncie ni, obviamente, una vez que lo haga si el recurso no prospera.

Es evidente que las Cortes Generales no deben aprobar una ley, sobre eutanasia o sobre cualquier otro asunto, contraria a la Constitución pero nada impide, en términos jurídicos, que por muy aparentemente constitucional que sea una ley, se presente un recurso contra la misma, que, no obstante, gozará de “presunción de constitucionalidad” mientras el TC no sentencie (STC) lo contrario y por eso se aplicaría sin problemas desde el momento de su entrada en vigor.

## Encajes de la eutanasia en la CE

¿Y qué contenidos constitucionalmente admisibles podría tener una eventual Ley Orgánica de eutanasia? En un libro muy recomendable (“*Eutanasia y derechos fundamentales*”, CEPC, Madrid, 2008), el profesor Fernando Rey Martínez, Catedrático de Derecho constitucional de la Universidad de Valladolid, argumenta que de la Constitución Española (CE) cabe derivar cuatro posibles modelos de interpretación jurídica de la eutanasia activa directa: en primer lugar, la eutanasia prohibida; en segundo térmi-

no, la garantizada como derecho fundamental; en tercer lugar, la eutanasia como libertad constitucional legislativamente limitable y, finalmente, la eutanasia como excepción legítima –bajo ciertas condiciones– de la protección estatal de la vida.

Como es lógico, no se entrará aquí en el análisis, especialmente riguroso, que lleva a cabo el profesor Fernando Rey de esas cuatro posibilidades; me limitaré a tratar de explicar, en pocas palabras, los motivos por los que creo que no solo es defendible, en términos de derechos fundamentales, el segundo de los modelos apuntados, sino que, además, es, en mi opinión, el que mejor encaja con lo previsto constitucionalmente en el artículo 15 CE (“Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes...”) en relación con el artículo 10.1 (“La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social”), de los que cabe deducir la existencia de un “derecho fundamental a no sufrir padecimientos intolerables”, aunque no esté recogido de forma expresa con esa terminología.

## Derecho fundamental protegido

Con carácter general, los derechos fundamentales y las libertades públicas pueden estar garantizados constitucionalmente a través de diferentes técnicas: la libertad para hacer o rechazar algo, la exigibilidad de una prestación a los poderes públicos... Pues bien, está reconocido, jurisprudencialmente y académicamente, sin ambages, que del artículo 15 CE y de los Convenios internacionales firmados por España (Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina, Convenio Europeo de Derechos Humanos, Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea...) resulta el derecho a decidir sobre la propia salud, que incluye la facultad de recabar las informaciones médicas necesarias para conocer de manera clara el estado psicofísico de la persona, así como la libertad para rechazar cualquier tratamiento, incluido el supuesto de que esta negativa conlleve la muerte (así, entre otras, STC 37/2011). Así pues, está amparada por la CE la libertad para rechazar cualquier intervención de los poderes públicos o de los particulares con la que se pretenda “obligar a vivir” a una persona.

Y, avanzando un poco más, también forma parte del derecho a la integridad física y moral del artículo 15 el “derecho a no padecer sufrimientos duraderos e intolerables”, que, a su vez, incluiría diversas técnicas de garantía en las que se conecta esa integridad personal con el derecho a la salud: en primer lugar, la de recibir, en forma de presta-



Garantizar el derecho requiere incluir la eutanasia en la cartera de servicios del SNS

ción, los oportunos cuidados paliativos; en segundo término, la de rechazar –como expresión de la libertad antes mencionada– los tratamientos médicos y la alimentación e hidratación que mantienen a una persona con vida y, en su caso y en tercer lugar, la exigibilidad de las prestaciones médicas necesarias, en la forma que legalmente se determine, para poner final a una vida que no es otra cosa que padecimiento.

### Un derecho garantizado

Es importante tener claro que no estamos hablando de garantías “alternativas” (por ejemplo, cuidados paliativos *versus* eutanasia), sino totalmente complementarias y que deben estar a disposición de quien ostenta la titularidad del derecho. En esta línea se pronunció, por ejemplo, el Tribunal Supremo de Canadá en el conocido asunto *Carter c. Canadá*, de 6 de febrero de 2015, y ya lo había dicho con anterioridad la Corte Constitucional colombiana el 20 de mayo de 1997.

Por tanto, es perfectamente compatible con nuestra Constitución la aprobación de una “Ley Orgánica de regulación de la eutanasia” que incluya las libertades y prestaciones antes mencionadas, así como su posible tutela a través de garantías jurisdiccionales, con un procedimiento preferente y sumario ante los tribunales ordinarios y, en su caso, con un recurso de amparo ante el TC.

Que la eventual prestación de la eutanasia se incluya en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y se financie, por tanto, con dinero público, incluidos los supuestos en los que se practique en el domicilio de la persona, es la premisa necesaria para articularla como auténtica garantía de prestación.

### Aunque no sin límites

Por supuesto, y como reverso de su constitucionalidad, la regulación legal de este derecho tendría que incluir las cautelas precisas para asegurar el carácter libre y consciente de la decisión, lo que tiene que articularse de manera que se verifique que estamos ante un acto de autodeterminación personal pero sin que nadie ajeno al titular del derecho suplante o menoscabe su voluntad ni el proceso se dilate indebidamente. En todo caso, las reglas

deben de estar claras, como señaló el Tribunal Europeo de Derechos Humanos en el asunto *Gross c. Suiza*, de 14 de mayo de 2013.

Otro contenido necesario de dicha Ley sería la modificación del vigente artículo 143.4 del Código Penal (“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”) y decimos modificación porque el reconocimiento del derecho a la eutanasia tendrá, en todo caso, un carácter limitado –como la inmensa mayoría de los derechos fundamentales– e irá acompañado del mantenimiento como delito de las conductas que no se ajusten a los estrictos términos que supone la eutanasia y al respeto de las cautelas que se establezcan legalmente para asegurar el carácter libre y consciente de la decisión.

### Objeción de conciencia profesional

A mi juicio, la inclusión de la objeción de conciencia a la práctica de la eutanasia por parte de los profesionales sanitarios no es algo que venga exigido constitucionalmente –la única objeción de conciencia con amparo constitucional es la relativa al servicio militar– pero es seguro que el legislador la incluirá en unos términos similares a los que prevé la vigente Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, que, por cierto, fue recurrida al Tribunal Constitucional y éste, casi diez años después, todavía no se ha pronunciado al respecto.

Para concluir, una Ley Orgánica que regule la eutanasia en similares términos a los previstos en las proposiciones de ley presentadas, en la vigente y pasadas legislaturas, por quienes hoy forman el Gobierno de España ofrecería un desarrollo legislativo no solo compatible con nuestra Constitución sino, diría yo, exigido por ésta cuando en su Preámbulo proclama la voluntad de “garantizar la convivencia democrática dentro de la Constitución y de las leyes conforme a un orden económico y social justo... [y] establecer una sociedad democrática avanzada”.



Una sentencia del  
Constitucional alemán  
extrapolable a España

Sede del Tribunal Constitucional alemán

# El castigo de la ayuda al suicidio es inconstitucional

El Tribunal alemán ha dictado una sentencia de gran trascendencia para la consideración de la capacidad de decidir sobre uno mismo como parte de la propia dignidad personal y como un derecho fundamental que solo puede limitarse para garantizar la propia autonomía.

Joan Carles Carbonell Mateu\*

## El foco en la autodeterminación

La sentencia de 26 de febrero último declara que el libre desarrollo de la personalidad incluye el **derecho a autodeterminar la propia muerte**; es decir, a decidir en torno a las circunstancias, el momento y el lugar para hacerlo. La decisión del tribunal se produce en referencia al párrafo 217 del Código Penal alemán que limitaba

la capacidad de promoción y de asistencia organizada al suicidio. Y señala que **la capacidad de decidir sobre el suicidio debe ser respetada por el Estado y la sociedad**, como un acto de autodeterminación autónoma. Y que dicha libertad para el suicidio incluye el derecho a solicitar la ayuda de terceros, tanto entre personas próxi-

\* Catedrático de Derecho Penal. Universidad de Valencia.

mas cuanto por aquéllos que la ofrecen. Este pronunciamiento rompe con la práctica legal “hipócrita” de **castigar la inducción y la colaboración** en un acto reputado, en principio, como no prohibido; práctica seguida por numerosos ordenamientos, incluido el español.

## Límites de la protección a la vida

Se afirma la inadecuación constitucional de punir la práctica de ofrecer esa ayuda en la medida en que puede suponer una limitación drástica del derecho a solicitarla y obtenerla por parte de las personas que la buscan. Reconociendo la fuerte tensión en que se mueve la regulación penal que protege la vida y la autonomía de las personas, el Tribunal afirma que no es posible hacerlo de manera que se niegue en la práctica la posibilidad legal de su utilización, limitando el suicidio asistido hasta el punto que realmente no queda espacio para que el individuo pueda ejercer **una libertad constitucionalmente reconocida y protegida**. La conclusión es que **la vida no puede ser tutelada contra la voluntad de su titular** y que debe respetarse su capacidad de autodeterminación que sólo puede ser susceptible de regulación justamente para garantizar la autonomía de la voluntad. Nadie, termina afirmando el Tribunal alemán, puede ser obligado a intervenir en un suicidio ajeno contra su voluntad.

## Una hoja de ruta para nosotros

El sentido de este pronunciamiento, a mi juicio plenamente coherente con los valores expresados en la Ley Fundamental de Bonn —que son, por cierto, idénticos a los que contiene la Constitución Española de 1978— debería marcar la hoja de ruta del debate en nuestro país. Lo vengo manteniendo desde hace muchos años: el artículo 143, y no sólo en su último párrafo, desconoce la tabla de valores constitucionales, permanece anclado en **un pensamiento de fortísima influencia religiosa** e ignora por completo la dignidad de la persona y el libre desarrollo de la personalidad como fundamento del orden político y de la paz social.

Y debería tenerse muy en cuenta a la hora del próximo debate parlamentario sobre la Ley de Eutanasia y el suicidio asistido que va a producirse en las Cortes Generales. Sobre todo en dos puntos esenciales: la delimitación de los supuestos en los que va a caber y el procedimiento que debe respetar, en todo caso, la voluntad de la persona.

## La cuestión de las Comisiones de Control

El Tribunal alemán deja claro que la limitación del suicidio asistido no sólo es insostenible constitucionalmente en caso de enfermedad terminal o de sufrimientos reputados objetivamente como insoportables sino que lo es siempre



Andreas Voßkuhle, presidente del tribunal sentenciador

**La libertad para decidir sobre el suicidio, como acto de autodeterminación autónoma, incluye el derecho a solicitar la ayuda de terceros**

que haya decisión libre de un ciudadano con capacidad para adoptarla, en cualquier circunstancia y fruto de su propia ponderación. Y es obligación del Estado y de la sociedad prestarle la ayuda necesaria para evitarle sufrimientos y para hacer posible su deseo expresado de manera responsable y clara. Por eso está absolutamente de más la interposición de comisiones de control que alejen de la voluntad del individuo las tomas de decisión, impidiendo que sea **una relación directa entre persona y médico**

—si es que se solicita la intervención de éste— la que precede el procedimiento. Especialmente cuando, como se prevé en la actual Proposición de Ley española, la composición de las comisiones es indeterminada y se deja al albur de los Gobiernos de las Comunidades Autónomas; es decir, en varias de ellas, en este momento, de Vox.

Además del grado de incertidumbre jurídica, contraria de manera evidente a las exigencias de legalidad que en materia de desarrollo de derechos fundamentales imponen los artículos 81 y siguientes de la Constitución, se asegura con ello un **atropello del principio de igualdad**. Y se dimite de la función atribuida en el artículo 9.2 a los poderes públicos de promover las condiciones para que la libertad y la igualdad sean reales y efectivas y de remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud. Y nada tiene que ver semejante dislate con **una concepción territorialmente diversa del Estado** ni con una pretendida asignación competencial que en este caso carece de todo anclaje constitucional. Alemania es un Estado federal y no se ha planteado nada parecido. Y en Portugal, donde el debate va a ser coetáneo al nuestro, la mayoría de las proposiciones que van a discutirse prescinden de todo

control previo y la socialista, que sí lo prevé, configura una composición concreta y unas funciones determinadas para la Comisión de control.

## Propuesta de reforma del art. 143.4

La sentencia del Tribunal Constitucional alemán, que tanta influencia ha tenido tradicionalmente en el español, hace necesaria la **revisión no sólo del último párrafo del artículo 143 del Código Penal**; es decir la punición aunque sea privilegiada de la eutanasia, sino de todo el precepto en que se regula la participación en el suicidio.

---

### Si la reforma del art. 143.4 no se corrige en el debate iremos a peor de lo que estamos

La solución de cualquier conflicto— la consideración de la persona como **dueña de su destino y de su capacidad de autodeterminación**, indisoluble consecuencia de su dignidad, como fundamento del Estado social y democrático de Derecho.

La proposición de ley que ha de discutirse en el parlamento español, lejos de ampliar a supuestos distintos al llamado “contexto eutanásico” la capacidad de decisión de la persona, que debe incluir la de implicar a terceros, parece limitar al médico o médica el pretendido efecto de privilegio asignado a la ejecución o cooperación en el suicidio asistido. Son muchos los juristas que inciden muy acertadamente en que estamos ante un dislate que habrá necesariamente de corregirse en el debate si no queremos ir a peor de lo que estamos.

## Valores constitucionales contrariados

El pre-legislador ha pretendido advertir que cualquier acción que no se ajuste de manera exacta a la previsión legal no obtendrá beneficio alguno. Pero es que, no sé si consciente o inconscientemente, convierte en delictivas conductas que ahora no lo son y las castiga con penas severísimas. Ayudar a morir a tu pareja, aunque sea porque padece dolores insoportables y carece de esperanza vital, te llevará directamente a la cárcel, salvo que seas médico o médica. Tamaño disparate no puede mantenerse.

Y es que, además y en ello debemos insistir, la previsión circula en la dirección opuesta a la Sentencia que comentamos. Porque nuestro pre-legislador circula por un camino que nada tiene que ver con los valores constitucionales. El Tribunal alemán lo declara respecto de su Ley Fundamental. Y nuestra Constitución proclama los mismos valores. No hay en ella previsión alguna de deberes positivos a los que la persona haya de sacrificar la decisión sobre su

propia vida. No hay, por tanto, una obligación de vivir que vaya más allá de su libertad de decidir. Limitar ésta a los supuestos extremos supone un recorte de la dignidad que contradice los valores constitucionales. Y negar a terceros la legitimidad de intervenir implica un regreso a la imposición cultural incompatible con el pluralismo como valor superior del Estado, además de una respuesta incoherente, profundamente injusta y radicalmente contraria a la igualdad en aquellos supuestos en que el ciudadano carece de la capacidad de ejecutar su propia muerte.

## Falacia de la “pendiente resbaladiza”

Se dirá, y no sin algo de razón, que en algunos supuestos puede haber un peligro de suplantación de la voluntad de la persona. No es momento de volver sobre las diversas posiciones englobadas bajo el rótulo del pretendido problema de la “pendiente resbaladiza”. Bastará con un buen calzado y evitar ciertas sustancias como el lavavajillas que pueda ser utilizado como arma de destrucción masiva, si se me permite la broma. El respeto a la dignidad exige un tratamiento de adulto a quien lo es, lo que no es incompatible con una regulación específica para aquellos supuestos en que se puedan producir determinadas situaciones no deseables.

El Derecho Penal contempla perfectamente los casos en que no existe una voluntad real de la persona que quiere poner fin a su vida porque concurren vicios en su libertad o porque ha sido sometida a una especie de lavado de cerebro. Sencillamente, esa voluntad carecerá de relevancia y su abuso se convertirá en autoría mediata de asesinato. Piénsese en las situaciones en que alguien aprovecha una situación de liderazgo para provocar suicidios colectivos: ha habido casos que están en la mente de todos. Pero no puede admitirse como argumento que pueda incidir en el pleno reconocimiento de la capacidad de decidir de la persona sobre su propio destino. Ni es serio ni es dialécticamente admisible.

La Proposición de ley se circunscribe, como se ha dicho, a un “contexto eutanásico” muy delimitado y reduce la intervención de terceros a personas muy concretas. Si se solventan algunos de los defectos más groseros que limitan fuertemente la efectividad de la voluntad de la persona en aras de la mera subsistencia del “tabú”, se habrá dado un paso importante. Pero todavía quedará un trecho enorme hasta acercarnos al reconocimiento coherente de la dignidad que proclaman la Ley Fundamental de Bonn y la Constitución Española de 1978: **el castigo a la cooperación al suicidio es inconstitucional; también en España.**

---

### Limitar la libertad de decidir a supuestos clínicos extremos supone un recorte de la dignidad que contradice nuestros valores constitucionales

La libertad para decidir morir cuando la vida ya no se percibe como un bien



Derecho a dimitir cuando la vida no es un bien

# Un derecho que no se respeta

Cualquier norma incriminadora debe encontrar un respaldo razonable en la Constitución, y lo cierto es que no es posible encontrar el fundamento constitucional del “deber de tutelar la vida” incluso en contra de la voluntad de su titular

Gonzalo Quintero Olivares\*

*Periódicamente, los medios de comunicación nos dan cuenta de nuevos y tristes sucesos que devuelven a primer plano dramas no resueltos, como es el de la falta de regulación de la eutanasia en nuestro derecho, y así vemos a un pobre anciano detenido por haber tomado la durísima decisión de acabar con los sufrimientos*

*inútiles de su mujer, algo que a cualquiera golpea moralmente, provocando indignación la entrada en escena de las leyes penales. Pero es evidente que no golpea a todos por igual.*

\* Catedrático de Derecho Penal y Abogado. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona.



No todos tienen acceso al producto liberador

## Confundir derecho y moral

La confusión entre significado y función del derecho en estado social y democrático y la moral particular de un sector de la ciudadanía, es tradicional en España. Más aún, la tentación de que las leyes penales se metan en jardines que les deberían estar vedados, se asume como algo natural. Todavía podemos acordarnos de la reforma que se introdujo en el Código Penal el 2 de marzo de 2019, hace un año, por la que se introducía un nuevo delito, art. 382 bis: "abandono del lugar del accidente". No se trataba de la fuga del que atropella a otro y no se detiene a auxiliarlo, huyendo sin saber si está herido o muerto, pues para castigar eso ya estaba previsto el delito de omisión del deber de socorro a la víctima del atropello sino de otra cosa, que no tiene nada que ver con el atropello previo, sino, simplemente, según decía el Preámbulo de la Ley "...lo que se quiere sancionar en este caso es la *maldad intrínseca* en el abandono..."

No es, por desgracia, la única muestra de amenazas legales fundadas expresa o tácitamente en una exigencia de "bondad" personal, del todo ajena al fundamento y fin del Derecho Penal, ni tampoco el único ejemplo de presencia, más o menos expresa, de argumentaciones morales subjetivas para justificar actitudes tradicionales de intolerancia en temas de la gravedad del aborto o la eutanasia.

## Valores constitucionales en entredicho

La Constitución Española, en teoría, garantiza el pluralismo, la libertad de pensamiento y religiosa, y todo ello es lógico y justo, y es por eso por lo que resulta algo contradictorio que se pueda prohibir o castigar un acto en nombre de una consideración ético-religiosa que únicamente profesa una parte de la ciudadanía, que se arroga la facultad de decidir lo que es moral o inmoral de acuerdo con su particular escala de valores, pero sin detenerse ahí, sino exigiendo que esa escala de valores sea refrendada y protegida mediante leyes penales. Por lo tanto, el problema no es tanto la mezcla de lo jurídico y lo religioso en la valoración de una conducta, sino simplemente, la *invasión*

*de la antijuricidad* por la moral religiosa, y, posiblemente, donde ese hecho se percibe con mayor claridad es en la *(no) regulación de la eutanasia*.

La ley española continúa partiendo de la tácita idea de que la decisión sobre la propia vida y el deseo de abandonar este mundo, expresado por una persona que sufre una enfermedad que conduce irreversiblemente a la muerte o que produce graves y permanentes padecimientos difíciles de soportar, es algo que no corresponde *en exclusiva* al que sufre, sino que también ha de opinar el Estado (usando esa etiqueta en modo muy vago). Ese inadmisibles criterio se expresa claramente a través de una amenaza, que es la que contiene el Código Penal dirigida a aquellos que ayuden a morir a quien, en esas condiciones, desea dejar este mundo. La ayuda, claro está, puede alcanzar a la intervención ejecutiva cuando el que desea morir no está en condiciones de quitarse la vida por sí mismo.

## La religión contamina las leyes penales

Del problema de la eutanasia se puede tratar desde ángulos diferentes, por supuesto. Claro está que es posible un tratamiento religioso, en el que cada cual puede opinar como le parezca mejor, siempre y cuando respete la opinión de los otros y no pretenda erigir la propia en dogma que, además, se debe acompañar de una amenaza penal. Las leyes penales españolas han ido *despojándose de religión*, pero no tan rápido como pueda imaginarse. En la España de los siglos XVI y XVII es conocida la hipertrofia de lo religioso en la vida cotidiana. La función del ideólogo político es sustituida por los teólogos, los cuales trabajan en perfecta conveniencia para el soberano, construyendo las doctrinas sobre la legitimidad divina del *ius puniendi*, el deber de acatar todas las leyes del rey, y la supresión de la antigua distinción entre leyes penales morales o no morales, por fusión de ambas ideas. La época conoce los delitos religiosos (herejía, blasfemia, sodomía, sacrilegio, etc.), y con ellos las penas religiosas, que también pueden ser de prisión y de muerte. Alguno de esos delitos ha llegado hasta nuestro tiempo, aunque cambiando el nombre, como sucede con la blasfemia, trasuntada en ataque a los sentimientos de otros.

## La eutanasia no es una cuestión religiosa

En la eutanasia parece que también priman los criterios de otros, que no son ni el que desea dejar este mundo ni el que está dispuesto a ayudarlo. Pero el problema reside en que esta no puede ser solo una cuestión de principios morales o religiosos, y lo único objetivo y razonable es buscar una respuesta en el marco de la Constitución, pues, en teoría, aunque esa teoría falla en este caso, y en bastantes más, cualquier norma incriminadora debe encontrar un respaldo razonable en la Constitución, y lo cierto es que no es posible encontrar el *fundamento constitucional* del “deber de tutelar la vida” incluso *en contra de la voluntad de su titular*, por lo cual se llega a la conclusión de que los preceptos penales que castigan la cooperación o la ayuda ejecutiva al suicidio decidido en las condiciones a las que antes me he referido, carecen de soporte constitucional, y, en cambio, se acercan claramente a la *inconstitucionalidad* por cuanto lesionan el fundamental derecho a la libertad del que quiere morir.

Nuestro legislador no lo ve así. El Gobierno admite y declara que la situación es inaceptable, y que el Partido que lo sustenta había intentado reiteradamente, en el pasado, corregirla. Eso no se corresponde exactamente con la realidad, pues el PSOE ha tenido situaciones parlamentarias que le hubieran permitido llevar a cabo esas reformas y no lo hizo, y decir, ahora, que *todos* sus continuados intentos han sido boicoteados no se corresponde con la historia. Pero dejemos eso.

## Los riesgos como coartada

Nadie vea en mis palabras desconocimiento o desprecio de los graves problemas que concurren en la eutanasia, comenzando por el nada sencillo de la *realidad del deseo de morir* y el *consentimiento* de la intervención de otro. Del mismo modo que, en ocasiones, se puede no reprochar a un sujeto lo que ha hecho porque carecía de imputabilidad o la había perdido temporalmente, también puede suceder que quien manifieste deseo de morir no está en condiciones intelectuales suficientes como para tomar tamaña decisión.

Mención especial y respetuosa merece la posición del médico, en quien concurren especiales deberes sobre la evitación del dolor a la vez que tiene que luchar por la vida. Toda la regulación del consentimiento del paciente, y la sustitución de ese consentimiento por el de sus allegados cuando el enfermo no puede opinar, encierra una problemática específica en la que no voy a entrar. Pero también es fácil detectar cómo paulatinamente, en esa materia, se han ido imponiendo razonables pautas culturales. Por señalar el caso más significativo: apenas se discute la razonabilidad de la *eutanasia pasiva*, que consiste en la omisión de medidas o tratamientos que sólo tengan

como finalidad la prolongación de la vida sin esperanza de curación.

Otra cosa son los que, sin más, se oponen a la regulación de la eutanasia se aferran, precisamente, a los ángulos problemáticos, como es el de la validez del consentimiento, para de ahí extraer una regla general que deje sin valor la opinión y el deseo del que sufre y quiere morir. Otra desviación intencionada es la que lleva a los críticos a afirmar que el llamado “auxilio ejecutivo”, que se da cuando el que quiere morir ni siquiera puede llevar a la práctica su resolución y otro lo hace, es la excusa perfecta para quitar la vida a enfermos incurables de costosa manutención, y, en fin, a todas las situaciones en que la insolidaridad o el egoísmo determina las conductas. Pero todos esos críticos saben que manipulan la realidad del drama, para esconder su ideología, que les dice que han de oponer a la eutanasia *en todo caso*.

## Reformar respetando el programa constitucional

Las críticas, si son ideológicas, son rechazables porque no respetan la libertad del que sufre. Si no lo son, sino que son objeciones “prudentes”, se han de atender, y, por supuesto, velar por el debido control de las circunstancias que se dan en cada caso.

Evidentemente, la situación de valoración más delicada es la de la eutanasia activa, que comporta la realización de actos ejecutivos orientados a terminar con la vida del enfermo, ya sea directamente (realización de una acción específicamente encaminada a causar la muerte) como indirectamente, por la aplicación de tratamientos que acelerarán el fallecimiento. Muchas de esas acciones las ha de decidir una persona sola, y poner en duda la sinceridad de sus motivos, es, en principio, una inhumana falta de respeto, sin perjuicio de que en la historia pueda haber excepciones, pero todos sabemos que eso no es la regla.

Que la duda sobre la “suficiencia de los motivos” esté instalada nada menos que en el Código Penal, hace que esa falta de respeto sea “institucional”, y, para colmo, mostrando que las leyes penales pueden no reflejar el programa constitucional de convivencia, dando preferencia de paso al respeto a las opiniones de una minoría.

Urge una reforma, que, sin duda, debe rodear el problema de las garantías que se estime preciso, pero es impostergable poner fin a esta situación.

**Los críticos manipulan la realidad para esconder su ideología que les lleva a oponerse a la eutanasia en todo caso**

**No es posible encontrar el fundamento constitucional del “deber de tutelar la vida” incluso en contra de la voluntad de su titular**

# Modificación del artículo 143.4 del Código Penal por la LORE

## Contrasentido de la propuesta

La proposición que, supuestamente, reconoce el ejercicio de la eutanasia como un derecho, no lleva, en realidad, a los resultados pretendidos.

Pastora García Álvarez\*

*El Congreso de los Diputados aprobó la tramitación de la Proposición de Ley Orgánica (122/0000333) de regulación de la eutanasia presentada por el Grupo Parlamentario Socialista, por 201 votos a favor, 140 en contra y 2 abstenciones.*

*Esta proposición de ley que, según indica en su Exposición de Motivos, "pretende dar una respuesta jurídica, sistemática, equilibrada y garantista, a una demanda sostenida de la sociedad actual", que aboga por la legalización y regulación de la eutanasia hasta el punto de, supuestamente, reconocer el ejercicio de la eutanasia como un derecho, no lleva, en realidad, a los resultados pretendidos e invocados en cuanto se analiza de una manera algo más detenida.*

### Una despenalización restringida

En estas breves páginas voy a centrar mi reflexión fundamentalmente, por tanto, en la nueva redacción que recibiría el artículo 143.4 de nuestro Código Penal (en adelante, CP).

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

*"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".*

\* Profesora Titular del Área de Derecho Penal. Universidad Pablo de Olavide. Sevilla.



Solo determinadas situaciones vitales verán reconocido el derecho

Y conforme al tenor literal propuesto, pasaría a disponer esto otro:

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

Ciertamente, a primera vista, podría pensarse que pasamos de un precepto en el que se castiga la ayuda a morir a otra persona (siempre que ésta reúna ciertos requisitos) de una manera atenuada, a un precepto despenalizador. Pero la conclusión no es tal si constatamos la restricción fáctica que se produce cuando el legislador sustituye –a la hora de referirse a los posibles sujetos activos– la expresión genérica "El que", por la de "el médico o médica".

## Conductas amparadas por la LORE

Tal y como se indica en la Exposición de Motivos de esta proposición de ley, para que la eutanasia sea una práctica legalmente aceptable necesita que se observen ciertos requisitos y garantías. Para empezar, dejando fuera del ámbito de lo penalmente relevante tanto la "eutanasia pasiva" como la "eutanasia indirecta", la ley restringe su ámbito de aplicación a dos conductas eutanásicas distintas. Por una parte, la eutanasia activa, entendiéndolo por tal "la acción por la que un profesional sanitario pone fin a la vida de un o una paciente de manera deliberada y a petición de este o esta, cuando se produce dentro de un contexto eutanásico por causa de enfermedad grave e incurable o enfermedad grave, crónica e invalidante causantes de un sufrimiento intolerable". Y por otra, aquélla en la que es "el propio o la propia paciente la persona que termina con su vida, para lo que precisa de la colaboración de un profesional sanitario que, de forma intencionada y con conocimiento, facilita los medios necesarios, incluido el asesoramiento sobre la sustancia y dosis necesarias de

medicamentos, su prescripción, o, incluso, su suministro con el fin de que el o la paciente se lo administre”<sup>14</sup>.

## Contradicción en los sujetos impunes

Expuesto lo anterior, puede constatarse cómo la propia proposición de ley entra en contradicción consigo misma. Y es que, si bien parece dispuesta inicialmente a admitir la impunidad del que ayuda a morir a otro (que reúne ciertos requisitos y a su petición) cuando el que presta su ayuda o incluso, llega a ejecutar la muerte del que así se lo pide, es un **“profesional sanitario”** (*vid.* Exposición de Motivos), más adelante, al ofrecer en su Disposición final primera la redacción que recibiría el artículo 143.4 CP, restringe tal impunidad, como decía, al **“médico o a la médica”**. Y evidentemente, ambos círculos de posibles sujetos activos no son identificables. No todos los profesionales sanitarios tienen por qué ser médicos o médicas. Por lo que el legislador debe ser más preciso y clarificar quiénes, realmente, van a quedar exentos de responsabilidad penal caso de llevar a cabo las conductas eutanásicas a las que se refiere, para no generar falsas expectativas.

## Penas agravadas para otros actores

Pero es que, además, hay otra consecuencia más de esa restricción del círculo de posibles sujetos activos. En efecto, si conforme a la nueva redacción propuesta, una persona ayudara a otra a morir –por su petición expresa, sería e inequívoca–, y ese tercero que lo ayudara no fuera un médico o una médica, este último será castigado con las penas previstas en los apartados 2 y 3 del artículo 143 CP, sin atenuación, con independencia de que la persona a la que hubiere ayudado a morir a su petición, fuera una persona que cumpliera los requisitos de enfermedad y padecimientos exigidos en esta ley. Y esto es algo que carece totalmente de sentido ya que supondría un claro retroceso en el reconocimiento hasta la fecha del derecho a morir.

No sé si el legislador, en fase de enmiendas, tendrá en consideración rectificar a la hora de referirse a los posibles sujetos activos y cambiará la expresión “médico o médica”, al menos, por la de “profesional sanitario”. Pero es que, además, si bien puede entenderse que la impunidad absoluta de estos comportamientos requiera del cumplimiento de todos los requisitos que la ley establezca, aun así, habría de reconocer que, cumplidos los requisitos de enfermedad, padecimientos y consentimiento libre, el que el sujeto activo no fuera un profesional sanitario (o un médico o médica, si el legislador no rectifica) tendría que dar lugar, por lo menos, a un tratamiento atenuatorio de la pena. Es decir, considero que, en términos similares a la

regulación existente en materia de interrupción voluntaria del embarazo cuando no se cumplen los requisitos formales (art. 145 bis CP), debería preverse un quinto apartado del artículo 143 CP en el que se contemple de forma atenuada la comisión de este tipo de conductas por otro tipo de personas.

## Se modifican los requisitos

La segunda cuestión a la que quiero referirme es a los requisitos o exigencias que debe cumplir una persona para que, si lo pide, y le ayuda a morir, el tercero que cause o coopere a su muerte, no responda penalmente.

En la redacción aún vigente del art. 143.4 CP, la persona que pide morir puede encontrarse en alguna de las siguientes dos situaciones: sufrir una enfermedad grave que va a conducir necesariamente a su muerte; o una enfermedad grave que le produzca gra-

ves padecimientos permanentes y difíciles de soportar. Dicho de otra manera, ha de padecer o bien una enfermedad grave, incurable y mortal de necesidad o bien, una enfermedad incurable (ya que los padecimientos han de ser permanentes, por lo que no serán reversibles), que le genere un gran sufrimiento.

La redacción propuesta para este cuarto apartado del artículo 143 CP, se refiere a la persona que solicita su muerte en unos términos que no son exactamente los mismos y que, por lo tanto, pueden llevar a conclusiones diferentes.

En la nueva redacción se requiere que la persona (ya no se habla de “víctima”, lo que es de agradecer, ya que entiendo que este término se estaba usando incorrectamente en este ámbito) sufra “una enfermedad grave e incurable” o una “enfermedad grave, crónica e invalidante en los términos establecidos en la normativa sanitaria”.

Situaciones ambas que quedan, además, expresamente definidas en el artículo 3 de esta misma Proposición de Ley.

En concreto, dispone que se entiende por “enfermedad grave e incurable”: “toda alteración del estado de la salud provocada por un accidente o enfermedad, originados independientemente de la voluntad del o la paciente, que lleva asociada sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable y en la que existe un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva”. Y por “enfermedad grave, crónica e invalidante”: “situación que resulta de una persona afectada por limitaciones que inciden directamente sobre su autonomía física, así como sobre su capacidad de expresión y relación, y que conllevan asociadas un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable, existiendo seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones vayan a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable”.

---

**El legislador debe ser más preciso y clarificar quiénes quedarán exentos de responsabilidad penal**

<sup>14</sup> De la Exposición de Motivos. La cursiva es mía.



El único requisito imprescindible es la voluntad de la persona

## Restricciones inexplicadas

Por lo que a esta cuestión se refiere, encuentro las siguientes cuestiones dignas de reflexión. En primer lugar, cuando se define lo que ha de entenderse por enfermedad grave e incurable, llama la atención el que la alteración de la salud ha de deberse a un accidente o enfermedad *originados independientemente de la voluntad del paciente*. ¿Por qué esa matización, qué sentido tiene?, ¿quiere decir que si alguien llega a tener esos padecimientos tras, por ejemplo, un intento de suicidio fallido, perdería el derecho a la muerte digna al que esta ley pretende dar cobertura? Además, conforme a la definición reproducida, no sería suficiente con que la persona esté aquejada de sufrimientos físicos o psíquicos constantes e intolerables y vaya a morir, sino que, además, todo ello tiene que darse en un "contexto de fragilidad progresiva". Y entonces la pregunta es, si la persona no sufre un deterioro progresivo, si no *solamente* los padecimientos constantes e intolerables sin cura ni mejora, ¿tampoco su muerte a petición podría resultar impune?

Tampoco me parece inocua la definición que se ofrece de "enfermedad grave, crónica e invalidante". En esta ocasión, tienen que darse los padecimientos, que han de ser incurables (en términos de probabilidad), aunque no necesariamente conllevar a la muerte de una forma más o menos inmediata, pero lo que me preocupa es la exigencia de que la persona tenga que estar afectada por limitaciones que incidan *directamente sobre su autonomía física, así como sobre su capacidad de expresión y relación*. Y me preocupa porque el legislador parece dar a entender que, en estos casos, la persona debiera estar imposi-

bilitada físicamente para llevar a cabo su propia muerte; y además, de forma cumulativa, afectada su capacidad de expresión y relación. Por lo que limita muchísimo el círculo de personas enfermas que, a pesar de sufrir padecimientos constantes, intolerables e incurables, puedan solicitar su muerte al amparo de esta disposición.

## ¿Un avance real?

Expuesto todo lo anterior, no me queda más que concluir que es más que discutible el que esta propuesta de regulación de la eutanasia constituya un avance real en esa "demanda social" a la que se pretende dar respuesta. La referencia expresa a los médicos, como únicos potenciales sujetos activos, y las exigencias añadidas para que una persona pueda ejercer su derecho a morir, determinarían, en la práctica, un incremento del ámbito de intervención del Derecho Penal.

No abogo, por supuesto, por la despenalización de cualquier conducta con la que se ayude o cause la muerte de otra persona por el mero hecho de que ésta así lo ha solicitado, pero sí considero que si se está llevando a cabo un intento serio que ofrezca verdadera cobertura al derecho a morir de las personas, deben replantearse los términos en los que se redactan tanto la regulación penal alternativa que se propone, como los términos que, contenidos en ella, se definen en la ley.

**Las exigencias para ejercer el derecho a morir suponen un incremento del ámbito de intervención del Derecho Penal**

Un aspecto olvidado en la proposición para regular la eutanasia

# Gradación de la responsabilidad por incumplimiento de requisitos legales

La inserción de la norma en el conjunto del ordenamiento jurídico-penal exige la articulación de una respuesta clara a las conductas que no se ajusten a los requisitos legalmente previstos.

Carmen Tomás-Valiente Lanuza\*

\* Profesora de Derecho Penal.  
Universitat de les Illes Balears.



Será la interpretación jurisprudencial quien distinga entre esencial y no esencial

## Un aspecto poco tratado

Desde la presentación del texto en el Congreso, inicialmente en 2018 para ser luego retomado con ligeras modificaciones en 2020, las valoraciones –más o menos favorables o críticas– de la Proposición de Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia (en adelante, PLORE) se han centrado, como no podía ser de otro modo, en sus aspectos más fundamentales (la determinación de las condiciones de enfermedad en las que la ayuda a morir queda amparada por la ley, y muy especialmente, el complejo sistema de control diseñado en el texto).

Poco se ha dicho y escrito, sin embargo, sobre un aspecto si se quiere de menor relevancia pero que en modo alguno debe ser descuidado: la inserción de la norma en el conjunto del ordenamiento jurídico-penal, y, con ello, la articulación de una respuesta clara a las conductas que no se ajusten a los requisitos legalmente previstos. Adoptando estos últimos como punto de referencia, y sin entrar a valorarlos (tarea acometida por otros trabajos en este mismo número) dedicaré estas breves notas a comentar dicho concreto aspecto, que quienes nos dedicamos al Derecho Penal tenemos la obligación de contribuir (en la medida de nuestras posibilidades) a mejorar.

## Una causa de justificación muy compleja

Aun a riesgo de señalar una obviedad, comencemos por situar la norma en el conjunto del ordenamiento punitivo español. Dado que bajo la regulación todavía vigente la ayuda a morir (sea en su forma de cooperación necesaria al suicidio de enfermo, sea en la de causar la muerte, esto es, la práctica de la eutanasia en el sentido más estricto del término) constituye un delito del art. 143.4 del Código Penal (o en su defecto, si no se cumplen los requisitos en él dispuestos para la atenuación de la pena, de los delitos más graves de los apartados 2 y 3 del precepto, respectivamente), el sistema diseñado por la Proposición conforma una (sin duda muy compleja) causa de justificación; las conductas (hasta el momento delictivas) que satisfagan los requisitos materiales y procedimentales dispuestos por la norma quedan completamente autorizadas al ser plenamente conformes con el ordenamiento jurídico. Esto es lo que viene a indicar la Disposición Final primera (en adelante DF 1.<sup>a</sup>) de la Proposición, cuando modifica el art. 143.4 CP proponiendo como nueva redacción que “[n]o será punible la conducta del médico o médica que con actos necesarios y directos causare o cooperare a la muerte de una persona, cuando esta sufra una enfermedad grave e incurable o enfermedad grave, crónica e invalidante, en los términos establecidos en la normativa sanitaria”. Se produce así una remisión del Código Penal a la normativa extrapenal de carácter sanitario (la futura LORE), que es la que fija los términos de esa adecuación de la conducta al

**Se echa en falta la articulación de una respuesta clara a las conductas que no se ajusten estrictamente a los requisitos legalmente previstos**

ordenamiento jurídico, el primero de los cuales pasa por la condición de médico del autor.

A partir de aquí, resta por aclarar todo lo demás, y no son pocas las cuestiones que se suscitan. La primera se refiere a la responsabilidad en la que podría incurrir todo aquel que llevara a cabo una conducta de auxilio al suicidio o causación de la muerte sin ser un facultativo (básicamente, los familiares del enfermo); la segunda, a la responsabilidad de quienes, reuniendo tal condición, no satisfagan sin embargo todos los requisitos dispuestos por la ley sanitaria reguladora de la eutanasia (donde parecería lógico diferenciar entre las exigencias sustantivas y procedimentales). Veámoslo brevemente.

## Pérdida de atenuación para no médicos

Por lo que se refiere a conductas llevadas a cabo por personal no sanitario, como familiares de un enfermo, podría pensarse que con la nueva regulación tales conductas simplemente no se producirán o lo harán en un número insignificante: una vez autorizada la práctica de la eutanasia, simplemente no será necesario recurrir, como hasta ahora, a una práctica encubierta, puesto que las peticiones se canalizarán por la vía legalmente prevista en el seno del sistema sanitario. No puede descartarse, con todo, que –aun residualmente– puedan producirse casos de este tipo si el paciente formula su solicitud pero esta es rechazada, lo que según el complejo mecanismo de autorización diseñado por la PLORE puede ocurrir en varios momentos: un rechazo ya inicial por el propio médico tratante que recibe la solicitud (y posteriormente por la Comisión Autónoma de Control –en adelante, CAC– que entienda de un eventual recurso contra dicha denegación), o, en una fase más tardía, la no autorización por la CAC de la solicitud que sí hubiera sido favorablemente valorada por los varios facultativos que han de considerarla (rechazo por la CAC luego confirmado por el Juzgado de lo contencioso-administrativo en caso de recurso contra la resolución denegatoria). Si en cualquiera de estos momentos en los que la petición es rechazada (en especial tras serlo definitivamente tras una sentencia judicial) un familiar o persona cercana presta al paciente la ayuda para morir que este le solicita, el texto del art. 143.4 CP tal y como queda redactado por la DF 1.<sup>a</sup> PLORE simplemente no ofrece respuesta –téngase en cuenta que, en la medida en que se refiere exclusivamente a los facultativos, no podría partirse del art. 143.4 como base para articular una suerte de causa de justificación incompleta aplicable a los particulares–. Es más, incurre en el absurdo de hacer estos supuestos de peor condición de la que les es aplicable en el art. 143.4 todavía vigente, puesto que no prevé para ellos ninguna atenuación; solo podrían encuadrarse en las conductas ordinarias de cooperación al suicidio o de ejecución de la muerte solicitada, respectivamente regulados en los apartados 2 y 3 del precepto.

## Inconcreción de posibles responsabilidades

También resulta confusa la calificación jurídica de la conducta de los facultativos que llevarán a cabo la ayuda a morir solicitada por el paciente sin reunir todos los requisitos legales. Lo único que la PLORE establece al respecto, en su Disposición adicional segunda (en adelante DA 2.<sup>a</sup>), es una remisión al régimen sancionador genérico de la Ley General de Sanidad 14/1986, que resultaría aplicable, sin mayores distinciones entre ellas, a “[l]as infracciones de lo dispuesto por la presente ley”, sin perjuicio, eso sí, “de la posible responsabilidad civil o penal y de la responsabilidad profesional o estatutaria que pueda corresponder”. Una posible responsabilidad penal que resultaría de muy compleja concreción si el art. 143 del Código Penal quedara redactado de la manera en que lo deja la PLORE. Vayamos por partes:

Para empezar, no todos los requisitos de la PLORE revisten la misma entidad, ni, como consecuencia de ello, su incumplimiento comporta idéntica gravedad. La diferencia va más allá de la que existe entre requisitos sustantivos y procedimentales, pues también entre los primeros podrían establecerse diferencias muy notables: no resulta comparable la prestación de la ayuda a morir a un enfermo que reuniera todos los requisitos legales salvo la nacionalidad española (y que solo por ello viera denegada su solicitud) con la suministrada a quien no satisficiera

## Ni todos los requisitos de la PLORE revisten la misma entidad ni su incumplimiento igual gravedad

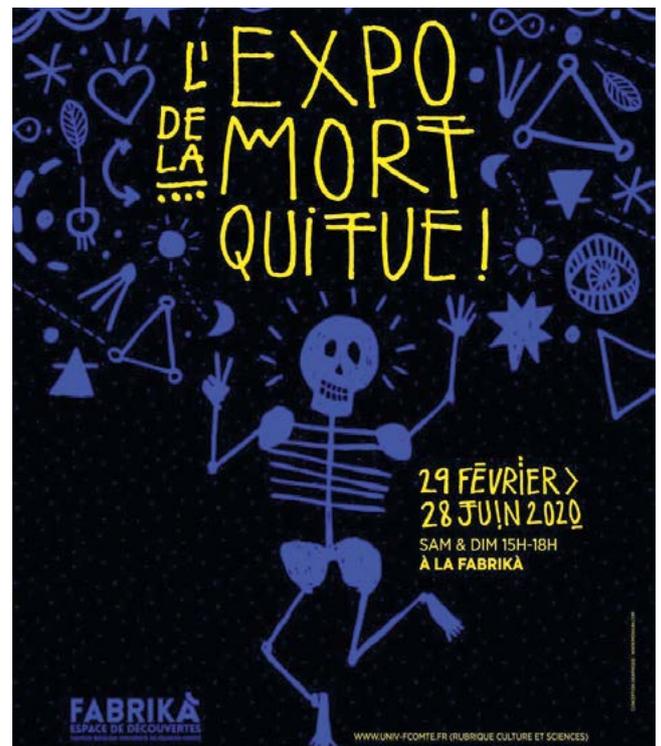
los requisitos relativos a la enfermedad tal y como quedan definidos en el texto de la Proposición. Así pues, ¿habría de entenderse que la no satisfacción de algunas exigencias legales podría dar lugar únicamente a la responsabilidad administrativa prevista en la LGS, mientras que la de otras sí revestiría carácter penal? Si es así, ¿qué supuestos serían reconducibles a una u a otra vía? Y si se estimara que el incumplimiento hubiera de dar lugar a responsabilidad penal, ¿cómo habría de articularse esta? ¿Como una causa de justificación eventualmente incompleta que partiera de las penas del art. 143.2 o 3 CP, dejando a la interpretación jurisprudencial el discriminar entre requisitos esenciales y no esenciales para la justificación, tal y como se opera con las eximentes genéricas del estado de necesidad y la legítima defensa?

## El modelo de la Ley de salud sexual y reproductiva

No es este el lugar adecuado para adentrarse en mayores disquisiciones técnicas respecto de la mejor manera de establecer las imprescindibles gradaciones de responsabilidad en función de todo lo anterior. Pero conviene

insistir en la necesidad de que la PLORE perfeccione este flanco, tal y como en su día sí hizo el legislador de la LO 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva, al introducir en nuestro ordenamiento jurídico la despenalización de la interrupción del embarazo con un sistema de plazo combinado con indicaciones. Una norma que, dada la cercanía entre ambos supuestos, bien podría servir de modelo para la PLORE, en su distinción entre la producción del aborto con consentimiento de la mujer pero “fuera de los casos permitidos por la ley” –esto es, con incumplimiento de las exigencias de riesgo para la salud de la embarazada o de malformaciones fetales que posibilitan la interrupción del embarazo más allá del plazo de 14 semanas–, supuesto cuyas consecuencias precisa el art. 145.1 CP, y aquellas otras situaciones en que la conducta, aun encontrándose “dentro de los casos contemplados en la ley” –esto es, con cumplimiento de las exigencias básicas anteriores– no se ajuste a otras exigencias legales de segundo orden (referidas a la información previa que ha de facilitarse a la embarazada, el tiempo de espera, los dictámenes previos preceptivos o el practicarse en centro acreditado), que se acogen bajo el art. 145 bis. Unas concreciones que se echan en falta en la PLORE.

## La Ley de salud sexual y reproductiva podría servir como modelo para la PLORE en la gradación de responsabilidad por incumplimiento de requisitos



Cartel de la Exposición "La mort qui tue" en Besançon. Francia

Cada vez más, la tendencia punitiva legal restringe nuestro derecho a decidir



El Tribunal Constitucional de Colombia emitió la primera sentencia a favor del derecho a morir

# El Derecho Penal y la eutanasia

La idea de libertad, en sus diversas manifestaciones, debería ser la barrera de contención a la respuesta penal que se da a determinados comportamientos.  
Es el caso de la muerte voluntaria

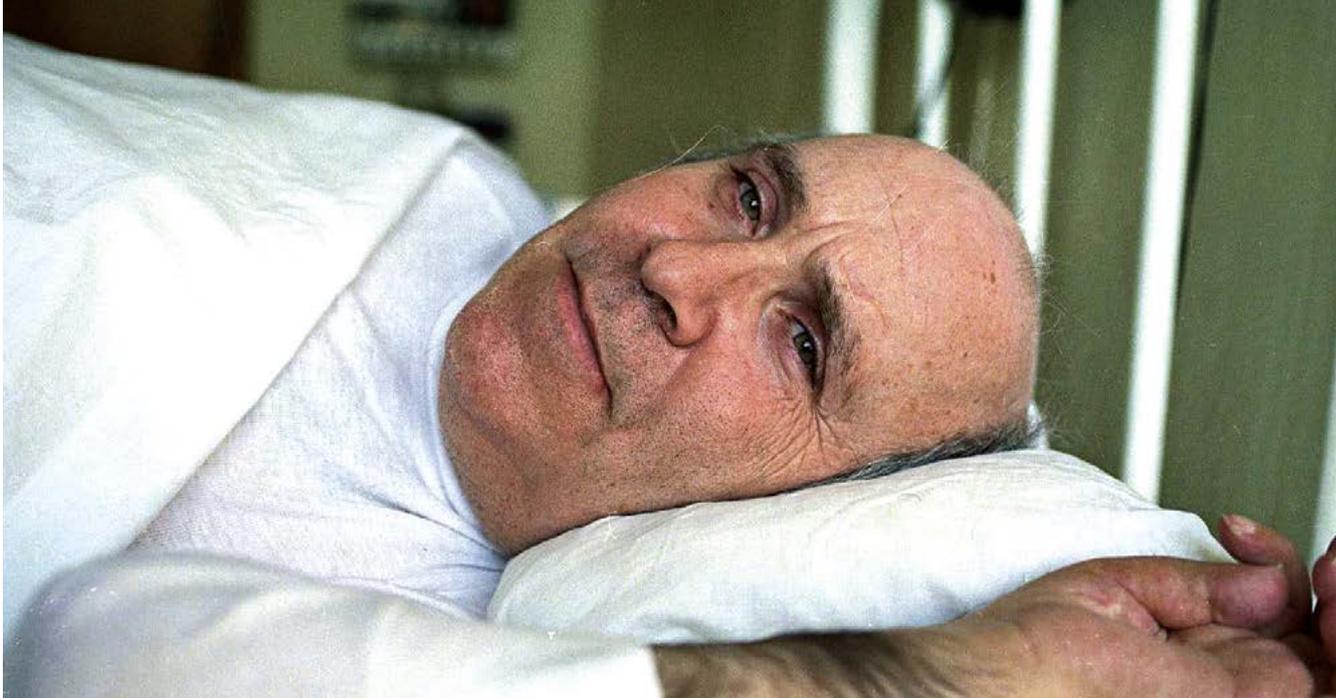
Norberto Javier de la Mata Barranco\*

## Respuesta a la demanda social

El Parlamento admitió a trámite la Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia (BOCG de 31 de enero de 2020, Núm. 46-1), que, previsiblemente, y seguramente por amplia mayoría, se aprobará en los próximos meses.

Según se señala en su Exposición de Motivos (buen dato que se vuelva de los Preámbulos a las Exposiciones de motivos abandonadas en las últimas leyes penales), en la Proposición se desarrolla muy minuciosamente la “respuesta jurídica, sistemática, equilibrada y garantista, a una demanda sostenida de la sociedad actual como es la eutanasia”. No es una mala Proposición de Ley.

\* Catedrático de Derecho Penal. Universidad del País Vasco.



Ahora bien, **de las once páginas del texto se dedican siete líneas**, sí, siete, en una Disposición final primera, al tratamiento penal de la eutanasia, que es seguramente lo que más importa a buena parte de la ciudadanía para decir simplemente que

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

La justificación que se da para la introducción de este precepto que sustituye al hoy vigente art. 143.4 es, según se señala en las cuatro líneas que se dedican a ello en la citada Exposición de Motivos, que:

*"Se procede, en consecuencia con el nuevo ordenamiento legal introducido por la presente ley, a la modificación de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, con el objeto de despenalizar todas aquellas conductas eutanásicas en los supuestos y condiciones establecidos por la presente ley"*

## Una despenalización engañosa

Pues bien, esta es una mala Disposición Final. Al margen de otras cuestiones, ¿se despenaliza realmente la eutanasia?<sup>15</sup> En absoluto. Sólo para los supuestos y para las "personas" que se refieren en la ley. Para los médicos y para

<sup>15</sup> Cf el artículo del Prof. Jesús Barquín Sanz <https://almacende.derecho.org/despenalizacion-de-la-eutanasia-no-empezamos-bien>

las médicas, en esta obsesión binaria pretendidamente progresista y tan excluyente.

Recordemos que el actual art. 143.4 del Código vigente señala: "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." Esto es, pena de seis meses a dos años y medio de prisión. Rebaja penológica aplicable a "todas" las personas que ayudan a morir, no sólo a médicos y médicas. Quienes no lo sean, y dado que se suprime totalmente esta previsión atenuatoria, estarán expuestos en cambio a penas de dos a diez años de prisión si entra en vigor, como está, la normativa de la Proposición.

**Ocupada en establecer requisitos y supuestos, la LORE no aborda la despenalización real de la eutanasia**

## Libertad frente a paternalismo

¿Qué ocurre? Que realmente sigue sin abordarse el tema de la despenalización real de la eutanasia (más allá, que es lo que le importa realmente a este nuevo texto legal, de concretar hasta pormenorizar exhaustivamente cómo se permite ejercer el derecho a morir; qué requisitos hay que cumplir no vaya a ser que quien desea morir no sepa en realidad que no lo desea), por más que la Proposición indique que tratan de "hacerse compatibles derechos como la dignidad, la libertad o la autonomía de la voluntad con los de la vida y la integridad física y moral" y que no basta



Ramón y María José. Tras su aprobación, la LORE aumentaría el castigo a quienes les ayudaran

con despenalizar las conductas que impliquen ayudar de cualquier forma a otro a morir, *"aun cuando se produzca por expreso deseo de esta"* muerte. Ello, señala el Grupo Parlamentario Socialista *"dejaría a las personas desprotegidas respecto de su derecho a la vida"*. ¿Desprotegidas? ¿Si es el derecho al que quieren renunciar!

El de la eutanasia es, ciertamente, un debate complejo y polarizado sobre el que cada cual tendrá su opinión.

### La regulación de la eutanasia que se propone implicaría un aumento de las penas para personas como Ángel Hernández

Pero la discusión aboca a otra aun más compleja, que es las que se refiere al modo en que la idea de libertad, en sus diversas manifestaciones debe estar presente como barrera de contención en la respuesta penal que se da a determinados comportamientos. Y aquí la tendencia punitiva (legal y quizás social, o eso parece)

parece ser la de restringir, cada vez más, nuestro derecho a pensar y/o a decidir.

### ¿Proteger o imponer un ideario?

El aumento de la edad para poder tener relaciones sexuales o para poder desarrollar comportamientos sexuales que no penalicen a quienes se ven involucrados en ellos; la creación del delito de abandono del lugar del accidente, la creación de los denominados delitos de odio, el avance de la posible creación de un delito de apología del franquismo o el avance de la posible penalización de la prostitución adulta son ejemplos que muestran, al menos, que de la ciudadanía se espera (lo espera el legislador, lo espera la nueva sociedad) **no ya que no interfiera en los derechos de los otros, sino que asuma un ideario, un modelo de sociedad** (no

sé si obsoleto, pero sí tendente a un Derecho Penal de máximos y no de mínimos), en la que lo que importa es el deber de obediencia, en la que lo que importa es la asunción del "modelo".

Llama la atención, y le llama creo (como se muestra en lo que se está publicando últimamente al respecto) a todo penalista, sea cual sea su escuela, sus postulados político-criminales o su concepción del Derecho Penal, que no sólo no se formulan proyectos para despenalizar algunos delitos de expresión y de odio, sino que se pretende crear otros nuevos. También llama la atención que no sólo no se proponga despenalizar la conducta de Ángel Hernández (que ayudó a morir dignamente a su esposa) o la de quien quiera que ayudara a morir a Ramón Sampedro, sino que, al contrario, la regulación de la eutanasia que se propone implica un aumento de las penas para esas personas (porque su conducta no se adecúa al modo en que la nueva futura ley entiende ha producirse una "muerte digna").

Quien vea la serie sueca de moda *"Arenas movedizas"* podrá sorprenderse porque la Fiscalía pida una pena máxima de catorce años para la acusada de un delito de inducción al asesinato; otro de complicidad en asesinato; uno más de intento de asesinato y otro de asesinato. Y que la propia procesada –de dieciocho años– se obsesione con que cuando salga tendrá ya treinta y dos. Quien vea la serie pensara que los suecos están locos. Pero, ¿y si somos nosotros los que hemos enloquecido? ¿Por qué tengo que pensar sólo lo que a otra persona no le resulte incómodo? ¿Por qué tengo que esperar a que me detengan cuando atropello accidentalmente a alguien? ¿Por qué tengo que esperar a tener dieciocho años para tener relaciones sexuales? ¿Por qué no puedo ayudar a morir a la persona con quien comparto mi vida, a la única a la que me debo, la única que me importa? De verdad creo que el legislador debe pararse a pensar acerca de hasta dónde quiere llegar con las prohibiciones.



# Observaciones a la Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia

El criterio de quien no quiere seguir debe prevalecer

En materia de eutanasia la referencia central debe ser la voluntad del paciente, y todo lo que se regule debe garantizar que el criterio que prevalece por encima de cualquier otro es el del enfermo

## Una ley manifiestamente **mejorable**

Juan José González Rus\*

### Centralidad de la voluntad del paciente<sup>16</sup>

La proposición de ley me parece un claro ejemplo de la pésima técnica legislativa a la que nos ha acostumbrado el legislador en los últimos tiempos; con

<sup>16</sup> Frente a la pulcritud gramatical de la Proposición de Ley ("el paciente"/"la paciente", "el médico"/"la médico", etc.), asumo el riesgo de ser considerado poco sensible con la igualdad entre hombres y mujeres y, en lo que sigue, para abreviar, utilizaré referencias genéricas, incluyendo en la categoría a la que se aluda indistintamente a personas del género femenino y masculino.

una prosa pesada, confusa y reglamentista. Tanto, que entre tanta pretendida *taxatividad* resulta difícil percibir lo que personalmente me parece capital: que en materia de eutanasia la referencia central debe ser, ante todo y sobre todo, la voluntad del paciente, y que todo lo que sobre ella se diga o se regule debe sentar claramente que el criterio que debe prevalecer por encima de cualquier otro es el del enfermo y que asegurar el ejercicio libre de su voluntad de continuar viviendo o de morir debe ser el fulcro de cualquier regulación.

\* Catedrático de Derecho Penal. Universidad de Córdoba.



## Pedir no es consentir

No creo que convertir al “consentimiento informado” en la base de la regulación sea adecuado. Primero, porque se cambian sustancialmente las bases del tratamiento penal vigente, que reclama expresamente la “petición” del paciente. Y pedir una cosa no es lo mismo que consentir su realización. Y cuando se trata de la decisión de morir yo creo que el centro de la escena legal debe ocuparlo la petición, correspondiendo al simple consentimiento un papel secundario.

Más aún, la definición de consentimiento informado que se propone no me parece adecuada. Baste señalar que permite aplicar la eutanasia cuando el consentimiento del paciente (libre, voluntario y consciente, se pide) se deba al interés del enfermo, no tanto en morir, como en liberar de la carga que puede significar su enfermedad para sus familiares, o al miedo a no disponer de medios económicos para recibir en el futuro la atención que necesite o... a tantas causas que pueden darse. Y creo que debería dejarse claro que el temor a ser una carga para terceros o el miedo fundado a verse abandonado y sin la atención que precisa la enfermedad, no deben ser el motivo para la eutanasia: el compromiso de los poderes públicos en esos casos deber ser procurar los medios que aseguren que el paciente o sus familiares reciben las ayudas necesarias que precisa el enfermo si quiere seguir viviendo. Por el contrario, la decisión de morir solo puede fundamentarse en la seria, auténtica, espontánea, incondicionada y “egoísta”, si se prefiere, voluntad de morir del paciente.

Tampoco creo que se resuelva con la claridad precisa el problema de la capacidad para consentir de los pacientes sedados y de los menores de edad o discapacitados con madurez suficiente para comprender su situación.

## Nuevas necesidades interpretativas

No creo que las definiciones legales sobre “enfermedad grave, crónica e invalidante” y “enfermedad grave e incurable” supongan una mejora real sobre las menciones equivalentes del actual art. 143.4 CP; con la ventaja de que éstas cuentan ya con un soporte interpretativo solvente que podría haber ayudado en la precisión de los actuales conceptos, consolidando la línea doctrinal configurada desde la entrada en vigor del artículo 143.4 CP. Todo ello se ha ignorado, obligando a empezar de nuevo con definiciones en las que se incluyen referencias confusas y discutibles. Por ejemplo, por citar un solo caso, en la definición de “enfermedad grave e incurable” ¿qué sentido tiene la mención de que la alteración de la salud haya sido provocada “por un accidente o enfermedad, originados independientemente de la voluntad del o la paciente”?

## Intervención de otros especialistas

No comparto la tesis de la proposición de ley de que la eutanasia es una cuestión a resolver entre el enfermo y el facultativo responsable o consultor, siendo estos los que verdaderamente deciden en exclusiva sobre la concurrencia de las condiciones que permiten la eutanasia, sobre la procedencia o improcedencia de la misma, sobre el desarrollo del procedimiento para la autorización de la solicitud del enfermo y sobre la ejecución de la resolución misma. Por el contrario, estimo que en la eutanasia concurren factores psicológicos, emocionales, legales, afectivos y familiares, morales e incluso económicos, que son ignorados por completo en la proposición, y que pueden hacer conveniente la intervención de otros especialistas cuando ello sea necesario; desde psicólogos a abogados o trabajadores sociales, por citar solo algunos; algo similar a lo que se hace en el aborto, por ejemplo. Especialistas que pueden contribuir a acreditar lo que debe ser confirmado: que el paciente simplemente no quiere seguir viviendo con los padecimientos de su enfermedad y que esa es la única o la razón determinante de su consentimiento.

---

**Cuando se trata de la decisión de morir el centro de la escena legal debe ser la petición**

## La exención de responsabilidad

En cuanto a la redacción propuesta para el artículo 143.4 CP, no se comprende la mención exclusiva al “médico o médica”, cuando en diversos lugares de la proposición de ley, y en particular al referirse a la “realización de la presta-

ción de ayuda a morir”, se contempla también la intervención de otros profesionales sanitarios (art. 11.3: “así como el resto de profesionales sanitarios”) a los que ahora no se extiende la exención; lo que puede dar lugar a enojosos equilibrios interpretativos que convendría dejar resueltos.

Literalmente, la exención de responsabilidad lo úni-

---

**En la modificación del artículo 143.4 no se comprende la mención exclusiva al “médico o médica”, y no a otros profesionales sanitarios cuya intervención se contempla**

va. Conforme a la proposición de ley, la eutanasia activa queda reducida a la prescripción o administración de sustancias capaces de provocar directa e inmediatamente la muerte del paciente: todo lo demás es eutanasia pasiva, despenalizada hace tiempo. La polémica en torno a la calificación como acción o como omisión de comportamientos como la interrupción de tratamiento o la privación de soportes vitales externos, queda resuelta de un plumazo: son comportamientos legales comprendidos en el ámbito de la eutanasia pasiva.

Finalmente, no me resisto a llamar la atención sobre lo asimétrico que queda el tratamiento legal de la eutanasia activa y de la pasiva. El rigor (comprensible) respecto de



Morir juntos no está contemplado en la futura ley

co que necesita es que el paciente sufra una enfermedad de las descritas en la normativa sanitaria, por lo que, siendo así, podría declararse exento de responsabilidad el médico o médica que realizan la prestación de ayuda a morir al paciente que no la ha solicitado o por un procedimiento que no es el previsto en la normativa aplicable; cuestión que tal vez convendría también dejar más clara con una mejor prosa legal, para evitar posible confusiones futuras.

### **Frontera entre eutanasia activa y pasiva**

La redacción que se propone para el art. 143.4 tiene además una consecuencia de gran calado, al marcar definitivamente la frontera entre la eutanasia activa y la pasi-

---

**La proposición de ley trata la eutanasia activa como si fuera una cuestión que afectase a los médicos en exclusiva. Y no lo es**

la eutanasia activa que regula la proposición de ley (prescribir o suministrar una sustancia o dar al paciente la sustancia) convivirá en el futuro con la significativa expansión del campo de la eutanasia pasiva como consecuencia de la inclusión automática en la misma de cualesquiera otras formas (activas u omisivas) de favorecer o causar la muerte del paciente. La cuestión es que los problemas que plantea en la práctica la eutanasia pasiva se resuelven por los médicos conforme

a los protocolos elaborados por ellos mismos (o/y por la administración sanitaria en base a –necesarios– criterios de eficiencia del sistema sanitario) y como si fuera una cuestión que le compete en exclusiva a ellos; como por cierto da también por sentado ahora la proposición de ley respecto de la eutanasia activa. Y no lo es.

En torno a la Proposición de  
Ley Orgánica de regulación de la eutanasia

# Intervención de terceros en la muerte deseada y política legislativa



Conductas como la de Ángel se castigarán con mayor dureza

Fuera de los estrictos límites de la regulación propuesta, quien ejecute la muerte ante las constantes solicitudes de un sujeto que no se ve capaz de seguir soportando más sufrimiento físico o psíquico podría llegar a ser castigado con hasta diez años de pena privativa de libertad

Miguel Ángel Núñez Paz\*

*En ocasiones, nuestro legislador, no dudo que quizá en un afán de avanzar en aspectos de absoluta necesidad (y exigencia) social, redacta fórmulas de forma no muy afortunada o incompleta generando con ello consecuencias no deseadas. Quizá esto se torne aún más peligroso cuando esas disposiciones afectan a aspectos absolutamente determinantes para el ser humano cuales son la decisión de morir y la ayuda en el cumplimiento de tal decisión o, lo que lo agrava aún más, cuando incide en la posibilidad de imponer una pena a quien colabora en ejecutar o ejecuta directamente tal voluntad.*

## Una loable iniciativa con imprecisiones

**M**e parece que obviar una discusión tan profunda como la que lleva años debatiéndose en España y en otros países del mundo aún sin regulación específica, solventando de un sucinto plumazo (once páginas en total) asuntos como el concepto de eutanasia o el de la intervención sanitaria, ignorando la posibilidad de actuación de un particular como puede ser una pareja, un familiar cercano o un amigo íntimo, suponen un exceso de concreción que acarrea funestas consecuencias interpretativas y aplicativas de una Ley que la mayoría de los ciudadanos demandan y que, aunque suponga en esencia una loable iniciativa (cuya necesidad algunos he-

\* Catedrático de Derecho Penal. Universidad de Huelva.

mos puesto de manifiesto a lo largo de los últimos quince años), ha sido resuelta de forma imprecisa, suponiendo incluso, como señalaba al comienzo, un evidente retroceso en la solución de algunos supuesto dentro de la enorme y espinosa casuística que corresponde a un problema tan complejo, frente a la ya insuficiente regulación todavía vigente que, hipotéticamente, se trataría de enmendar.

La Proposición citada en el título, genera una seria sucesión de problemas como la obligación de acudir para ejecutar la acción de asistencia a los servicios sanitarios y que sea un facultativo (médico o médica, por respetar escrupulosamente el lenguaje inclusivo que el Proyecto de Ley emplea frente a las reiteradas recomendaciones de la RAE), para poder beneficiarse de la exención de responsabilidad penal, como ya han puesto de manifiesto en diferentes artículos divulgativos algunos eminentes colegas<sup>17</sup>.

## Se elimina la atenuación del art. 143.4

A través de la lacónica Disposición final primera<sup>18</sup> que vacía de contenido al artículo 143.4 del Código Penal<sup>19</sup>, se establece que solamente los médicos (ni siquiera cualquier sanitario) puedan redimirse de una sanción penal, el resto respondería por el art. 143.3 o por homicidio o incluso en su caso asesinato de los artículos 138, 139 o 140.

Pues bien, este es un tema que –como muchos conocemos– ha ocupado largos años de mi labor como jurista<sup>20</sup> y de la de otros colegas que hemos venido tratando de valorar

<sup>17</sup> Cf. De la Mata Barranco, N., El Derecho Penal de la libertad: ¿qué hacemos con la eutanasia?, en Almacén de derecho (ON LINE), 26 febrero 2020 (<https://almacenederecho.org/el-derecho-penal-frente-a-la-idea-de-libertad-que-hacemos-con-la-eutanasia/>); en el mismo sentido, Barquín Sanz, J., Despenalización de la eutanasia: no empezamos bien, columna de opinión en el diario Ideal de Granada el 23 de febrero de 2020.

<sup>18</sup> Disposición final primera. Modificación de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal:

Se modifica el apartado 4 del artículo 143 de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, que tendrá la siguiente redacción: «4. No será punible la conducta del médico o médica que *con actos necesarios y directos causare o cooperare a la muerte de una persona, cuando esta sufra una enfermedad grave e incurable o enfermedad grave, crónica e invalidante, en los términos establecidos en la normativa sanitaria.*»

<sup>19</sup> Art. 143.4. *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.*

<sup>20</sup> Cf. entre otros trabajos del autor, M.A. Núñez Paz: Interrupción voluntaria de la vida humana, Tirant Lo Blanch, Valencia 2017 (402 pp.); La buena muerte (293 pp.), Tecnos, Madrid, 2006; Homicidio consentido, eutanasia y derecho a morir con dignidad a la luz del Código Penal de 1995 (497 pp.) Tecnos, Madrid, 1999;

en profundidad el momento en el que se decide poner fin a la existencia de alguien que sufre, a voluntad del mismo, partiendo siempre de la idea del respeto a la vida humana y el dolor de quien decide ayudarle en esos momentos a ejecutar su voluntad libre.

De tal forma que, si es un familiar o un tercero (amigo, etc.) quien ejecuta la muerte ante las constantes solicitudes de un sujeto que no se ve capaz de seguir soportando más sufrimiento físico o psíquico, éste podría llegar a ser castigado en un futuro (ya vaciado de contenido la extrema reducción del artículo 143.4 vigente) a las sanciones penales de hasta diez años de pena privativa de libertad que establece para estos supuestos el artículo 143.3 del Código Penal<sup>21</sup> pues se encuadrará en los supuestos de homicidio consentido (que la ley llama impropia cooperación ejecutiva), cuando la “cooperación haya llegado hasta el punto de ejecutar la muerte de otro” previéndose una pena que se eleva, como mínimo, a los seis años de prisión.

Este homicidio consentido se diferencia de otros vinculados a la cooperación simple al suicidio en que, en el supuesto que acabamos de analizar, el cooperador lleva a cabo de su propia mano la muerte de otra perso-

---

Historia del derecho a morir (210 pp.), Forum, Oviedo, 1999; Prólogo a Dworkin, Frey y Bok: La eutanasia y el auxilio médico al suicidio, Cambridge University Press, Madrid, 2000; Antecedentes Jurídicos del suicidio (I) en Estudios de Derecho Penal: Libro Homenaje al Prof. Dr. Bajo Fernández (2016); Zur Straferheblichkeit des Abbruchs der ärztlichen Behandlung in irreversiblen vegetativen Stadien, en : Strafrecht als Scientia Universalis: Festschrift für Claus Roxin zum 80. Geburtstag / coord. por Manfred Heinrich, Vol. 1, 2011; Voces: *cuidados paliativos / suicidio asistido*, en AAVV: Romeo Casabona (dir.): Enciclopedia de ioderecho y bioética, Ed. Comares, Granada, 2011; Artículo 143, en AAVV: Comentarios al Código Penal – AAVV (Arroyo Zapatero y otros (Dir.) (p. 25), Ed. Iustel, Colección Comentarios breves, Madrid, 2007; El concepto de eutanasia en el derecho positivo español. Discusión doctrinal y problemas actuales, en “Derecho Penal de la democracia versus seguridad pública”, Ed. Comares, Granada, 2005, pp. 131-172; Interrupción del tratamiento en estados vegetativos irreversibles. el llamado “encarnizamiento terapéutico”, en “*Responsa iurisperitorum digesta*”, Vol. V, Universidad de Salamanca, Salamanca, 2004, pp. 105-132; Reflexiones en torno a la relevancia del consentimiento del sujeto pasivo en el artículo 143 del Código Penal, en Libro Homenaje Al Dr. Marino Barbero Santos. In Memoriam, V. II, Universidad de Salamanca, Salamanca, 2001, pp. 433-454; El problema de la disponibilidad de la propia vida. El derecho a la vida y el derecho a morir en el Derecho Penal y en la Constitución Española, en Nuevas cuestiones penales, Ed. Colex, Constitución y Leyes S.A., Madrid, 1998, pp. 135-156; Los denominados casos de conciencia y los procesos históricos de eutanasia, en Revista del Instituto Superior de Criminología Y Ciencias Penales “Dr. Zabala Baquerizo”, Facultad De Jurisprudencia, Universidad de Guayaquil, n.º 10, año 8, junio de 2005, pp. 72-89; Eutanasia: un debate entre ética, medicina y derecho en “*Medicina y Ética*”, (Instituto de Bioética de la Fac. Medicina/ Univ. Anahuac). México D.F., octubre de 1995.

<sup>21</sup> Art. 143.3. *Será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte.*

na que había adoptado la decisión de quitarse la vida, mientras que en el supuesto de la cooperación simple (cooperación necesaria) del artículo 143.2 del Código Penal<sup>22</sup>, castigado con prisión de dos a cinco años, se sanciona a quien presta auxilio a una persona que ya está decidida a suicidarse para que lo pueda llevar a cabo, es decir, al que coopera en el suicidio de otro. Es decir, ese supuesto no sería el que se estaría planteando puesto que es el propio suicida el que ejecuta materialmente su propia muerte<sup>23</sup>.

Como estamos en presencia de un acto de cooperación al suicidio, tanto en uno como en otro caso (cooperación necesaria y cooperación ejecutiva u homicidio consentido –arts. 143.2 y 143.3–) resulta necesario que el suicida sea plenamente consciente, y su voluntad plenamente libre, de lo contrario nos situaríamos ante un supuesto de homicidio o asesinato.

### **Claro retroceso en la valoración penal de la ayuda**

No obstante, conviene volver a recordar que actualmente (antes de la entrada en vigor de la Propuesta) las penas por la cooperación al suicidio se pueden atenuar aún más, rebajándose en uno o dos grados en los supuestos en los que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, eso sí, siempre que exista una petición expresa e inequívoca del enfermo. Esta ha sido tradicionalmente la situación llamada “eutanasia activa directa”, prevista en el artículo 143.4 del Código Penal ya citado. Si, además, quien ayuda a morir es un familiar, se podría aplicar como atenuante la circunstancia mixta de parentesco recogida en el artículo 23 del Código Penal que permite atenuar o agravar valorando la situación en el que la misma concurre (en este caso, evidentes motivos de piedad). Y si el cooperador confesara su autoría, como ha ocurrido en el reciente y muy conocido caso de Ángel Hernández, ayudando a morir a su esposa, puede concurrir también la atenuante de confesión del art. 21.4º del Código Penal. Ya se aplicaron estas dos atenuantes en el caso de un hijo que ayudó a su madre a colocarse en la cabeza dos bolsas de plástico y fue condenado a un delito de homicidio consentido (cooperación ejecutiva al suicidio), para el que la pena de seis a diez años de prisión quedó rebajada a dos años de prisión (SAP Zaragoza de 19 de abril de 2016).

<sup>22</sup> Art. 143.2. *Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona.*

<sup>23</sup> Puede cometerse el delito de cooperación tanto procurando los medios para llevar a cabo el suicidio como proporcionando consejos al suicida sobre el uso de las armas, la técnica o método del suicidio, etc. Es importante precisar que en el supuesto del art. 142.2 el cooperador no hace otra cosa que colaborar a la consecución de la voluntad del suicida, que es quien ejecuta el hecho (Vid. SAP Girona 184/2001 de 23 de marzo).

### **Una despenalización muy limitada**

En esta Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia se ha pretendido reconocer el derecho de las personas a solicitar y recibir ayuda para morir pero se ha matizado tanto el contenido sobre las circunstancias determinadas que han de concurrir que no se consigue el que parecía que debiera ser el fin último de la misma: despenalizar todas aquellas conductas eutanásicas en los supuestos y condiciones más dramáticos.

En las últimas décadas –a nivel estatal y autonómico– ya se había venido avanzando tímidamente, el Código Penal de 1995 introdujo una reforma timorata que castiga conmovedores supuestos de eutanasia activa consentida (por ejemplo aplicar una inyección suplicada por un enfermo con voluntad válida), pero que supuso una evolución tolerante si tenemos en cuenta el *juego* de las suspensiones o sustitución de la pena privativa de libertad (que favorecería la posibilidad cierta –y lógica– de eludir la prisión), cosa que como hemos visto no sucedería para todos los supuestos “extrasanitarios” (mejor dicho “extra-médicos”) que podría ver multiplicada la responsabilidad penal de los intervinientes.

### **Profundizar en los fundamentos constitucionales**

Es hora ya de dar un paso definitivo y técnicamente preciso para abordar categóricamente la materia, considerando todas las cuestiones que permitan exonerar siempre de responsabilidad penal a quien contribuya al ejercicio de la libertad de disposición en casos límite o, en su caso, claramente la posibilidad de la no punición según discrecionalidad del juez para las situaciones que generen duda.

Solo así podremos avanzar hacia el reconocimiento y respeto al deseo de bien morir frente a la imposición de mal vivir. Libertad, dignidad y libre desarrollo de la personalidad deben prevalecer de una vez claramente en relación a la mera continuidad biológica, y ya hace largo tiempo que nuestra sociedad viene demandando progresivamente un paso definitivo que garantice tal extremo, si bien ese paso debe ser tan preciso técnicamente que no presente ninguna duda, a diferencia de lo que parece suceder con la Proposición de ley que abordamos.

Por lo tanto, antes de que la ley vea la luz, mi opinión es que debiera profundizarse en los fundamentos constitucionales del debate, en el concepto de eutanasia y en las diversas posibilidades en que la ejecución no debiera ser sancionable a través de un pormenorizado análisis casuístico (que nunca llegará a alcanzar todas las modalidades) susceptible de valoración, puesto que no podemos olvidar –como ya creo que ha quedado demostrado– que con la solución propuesta, la respuesta penal puede moverse en el enorme margen que permite la infinita tópica del problema y que aleja a aquella de la ansiada impunidad, yendo desde la falta de tipicidad, hasta supuestos de eutanasia, homicidios imprudentes, dolosos o incluso el asesinato.

Hay que  
hacer  
previsiones  
para frenar  
el previsible  
acoso  
ideológico



Con la Ley de eutanasia redoblarán su presencia

# Garantizar la efectiva aplicación de la ley

La norma debería evitar que, en algunos ámbitos o territorios, el condicionamiento social y político a los profesionales de la salud por realizar eutanasias termine por ser una barrera disuasoria real que la haga inefectiva

Gloria González Agudelo\*

*La tramitación parlamentaria de la Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia (BOCG de 31 de enero de 2020, Núm. 46-1), además de una buena noticia, por las posibilidades de concreción que ofrece en una cuestión tan compleja, como ideologizada, obliga a reflexionar seriamente sobre la concreción legal de esta materia, pues, no parece aceptable a estas alturas de la discusión, que por errores en la redacción, negociaciones políticas o concesiones al poder religioso, las reivindicaciones históricas, los sacrificios personales, el amplio y profundo trabajo de los expertos y la lucha de tantas personas por la dignidad en la muerte, terminen siendo reducidos a un mero procedimiento formal administrativo de cumplimiento de mínimos, o peor aún, sea inaplicable.*

## Una puerta abierta a la desigualdad

En esta ocasión, quisiera llamar la atención sobre algunos aspectos que, quizás, por menos visibles, no reciben en la tramitación de leyes tan complejas como esta, el interés suficiente, a pesar de los efectos perniciosos, ya demostrados, una vez se inicia su puesta en marcha. Específicamente, hacemos referencia a las posibilidades reales de aplicación del procedimiento finalmente dispuesto, y la discriminación ostensible que puede representar el desigual tratamiento administrativo en algunas Comunidades Autónomas, por razones ideológicas.

En primer lugar, porque se requiere normativa complementaria autonómica para implantar el procedimiento, y dadas algunas experiencias previas en materia de abor-

\* Profesora Titular Derecho Penal. Universidad de Cádiz.

to; la situación de “chantaje político” de algunos gobiernos autonómicos por partidos de ultraderecha; y la cada vez más exposición pública de las opciones personales a través de las redes sociales, el condicionamiento social y político de los profesionales de la salud para realizar la eutanasia en algunos hospitales, comunidades, o regiones, será una barrera disuasoria evidente. En segundo lugar, por la objeción de conciencia, si bien, dada la brevedad de estas reflexiones no podremos profundizar en todos los aspectos problemáticos de la previsión realizada.

Aunque en el ámbito religioso y eclesiológico, el aborto, la eutanasia, la anti-concepción y otros, se incluyen dentro del mismo marco teórico explicativo de la santidad de la vida y su preservación, la cierto es que desde el punto de vista jurídico, no se hace referencia a la misma problemática y no es nuestra intención unificarlos en el análisis teórico y de fundamentos. No obstante, conviene llamar la atención sobre algunos problemas prácticos comunes que se vislumbran en la aplicación de la nueva Ley de Eutanasia, cuyo origen es la misma barrera ideológica que los limita a ambos, pudiendo verse repetidos, una vez han quedado explicitados en el recorrido de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo<sup>24</sup>, sin que la Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia, los aborde.

## **Papel de las Comunidades Autónomas**

Aun sin conocerse la previsión legislativa final, el texto de la Proposición la plantea, exclusivamente, como un nuevo derecho asistencial a obtener la eutanasia cuando se cumplan ciertos requisitos preestablecidos, esto es, la eutanasia se configura hasta el momento, como el derecho a obtener una prestación sanitaria de ayuda a morir. A partir de ahí, la propuesta tiene varias normas que contemplan, en abstracto, las condiciones para el ejercicio del derecho en el ámbito de la sanidad pública, que obligan tanto al Estado, como a las Comunidades Autónomas (CCAA) a legislar.

Casi todas las obligaciones y procedimientos previstos en la Ley, remiten a normas autonómicas adicionales, pues, sin ellas, la prestación no podría ofrecerse por falta de normativa de desarrollo. Esta distribución, es consecuencia del reparto de competencias en el Estado autonómico, como se define el Estado español, y encuentra acomodo en la Constitución en su Título VIII, que posibilita la asunción de materias por parte de las Comunidades Autónomas. Debe destacarse que la Constitución sólo exige al Estado en la regulación de las materias compartidas, la igualdad en las condiciones básicas que impida

<sup>24</sup> Ley Orgánica de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. «BOE» núm. 55, de 04/03/2010. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2010/03/03/2/com>

un tratamiento diferente de las posiciones jurídicas de los ciudadanos en materia de derechos. Así lo ha señalado reiteradamente el Tribunal Constitucional, indicando que: “Lo básico es, de esta forma, lo esencial, lo nuclear, o lo imprescindible de una materia, en aras de una unidad mínima de posiciones jurídicas que delimita lo que es competencia estatal...”<sup>25</sup>

Las competencias exclusivas del Estado en materia de sanidad, según la Constitución, son las bases y la coordinación general de la sanidad (art. 149.1.16.ª CE), y según la STC 211/2014, de 18 de diciembre, Fundamento Jurídico 4, “corresponden al Estado en materia de sanidad interior las bases, la coordinación general y la alta inspección”, bases contenidas en Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y en materia de eutanasia, en la Ley Orgánica que finalmente se promulgue y el reglamento que la desarrolle. Por su parte, en el artículo 148 CE, que regula las posibles materias asumidas por parte de las CCAA, se incluye la sanitaria, art. 148.1, 21.ª CE.

Así pues, los procedimientos, instrumentos y recursos dispuestos realmente para asegurar el derecho individual a la eutanasia, dependerán de la acción política de las CCAA, puesto que todas tienen transferidas las competencias en sanidad (salvo Ceuta y Melilla), y aunque no se declaren en rebeldía en la aplicación de la ley, pueden darse múltiples circunstancias que impidan, ralenticen, inhiban, o de cualquier forma, frustren el desarrollo normativo de la misma y su efectivo cumplimiento y, por ende, el ejercicio del derecho individual a la eutanasia como prestación sanitaria.

## **La experiencia con el aborto**

La experiencia previa en esta distribución de competencias en la aplicación del aborto no es uniforme, incluso, en algunos supuestos, es desalentadora. Por ejemplo, a pesar de la entrada en vigor de la Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, que permitió el aborto por indicaciones, la primera clínica privada habilitada en la Comunidad Foral de Navarra para practicar interrupciones voluntarias del embarazo se autorizó el 15 de octubre de 2011, terminando así, con un veto que duró 24 años, por el que las mujeres no podían interrumpir voluntariamente su embarazo, debido a las intensas presiones de

---

**La experiencia acumulada en el ejercicio de competencias sanitarias en el aborto es desalentadora en algunas Comunidades Autónomas**

<sup>25</sup> Sentencia Tribunal Constitucional 33/2017, de 1 de marzo.

los sectores ultracatólicos. En la actualidad, según la última estadística del Ministerio de Sanidad, de 2018, en las Comunidades de Murcia, Extremadura, Aragón y Castilla-La Mancha, los servicios autonómicos de salud no practican interrupciones voluntarias del embarazo en ningún centro hospitalario público de estas regiones, incluso, cuando hay indicaciones médicas.

La irrupción en los gobiernos autonómicos del grupo de ultraderecha y la utilización torticera e interesada de su ideario político en las mayorías parlamentarias de los gobiernos que los necesitan, permiten prever un rechazo de la ley, incluso, una batalla abierta en las Comunidades en las que cogobiernan o deciden, pudiendo pronosticarse,

---

## **Quedan sin resolver algunas cuestiones problemáticas de la objeción de conciencia que han tenido pronunciamientos jurisprudenciales divergentes**

muy cierta, de grandes desigualdades en el acceso a esta prestación en la sanidad, que se torna más intolerable, si pensamos que recaerán sobre un colectivo completamente vulnerable.

### **Una salida constitucional**

Dado el reparto constitucional de competencias entre el Estado y las CCAA, es dudoso que la Ley de Eutanasia pueda establecer plazos perentorios para poner en marcha y aplicar la ley en su totalidad. No obstante, sí es posible procurar encontrar una vía legal –hasta que efectivamente las CCAA implementen todo el sistema–, para aplicar la normativa general, como derecho supletorio (art. 149.3 CE), que permita, mientras la respectiva Comunidad no asuma en su totalidad la garantía del derecho, el ejercicio del mismo a través de un procedimiento general en el Estado, pues debe garantizarse el derecho igual para todos (STC 139/2011, de 14 de septiembre).

### **Barreras intangibles y lecciones aprendidas**

En cualquier caso, es previsible, que con mayor o menor dificultad, se termine desarrollando la Ley en el ámbito de todas las CCAA, al menos, formalmente. Sin embargo, esto no garantiza que la ley se aplique efectivamente, pues, además, de por razones técnicas y/o políticas del propio desarrollo legislativo, como ya

como mínimo, un retraso considerable en la regulación de los procedimientos necesarios para la aplicación de la misma en estas CCAA. Subyace en esta situación un interrogante, que para el caso de la eutanasia, no da espera: ¿el ejercicio del derecho dependerá de la CCAA dónde, intencionada o, casualmente, vas a morir? La respuesta puede ser muy preocupante, porque podría indicar la posibilidad,

señalábamos, pueden darse otras razones más sutiles: la objeción de conciencia, aunque regulada como individual, puede generalizarse en algunos espacios; los centros sanitarios no provean de recursos materiales o personales para aplicar el procedimiento; aún más, como ha sucedido en algunos casos en materia de aborto, se produzca un clima social de rechazo, incluso de acoso, que impida la acción del personal sanitario concienciado a su favor.

### **Objeción de conciencia**

La objeción de conciencia no está regulada de forma general en la Constitución o en la ley, ni tampoco hay unanimidad en relación con su naturaleza jurídica, pues el Tribunal Constitucional no la ha definido, incluso, ha sido contradictorio, considerándola en algunas ocasiones como un derecho autónomo vinculado al de la libertad ideológica y religiosa (STC 15/1982, de 18 de mayo; STC 53/1985, de 11 de abril), y en otras, como un derecho de desarrollo legal, para exceptuar un deber concreto (STC 161/1987, de 27 de octubre). En el ámbito sanitario, se incluyó por primera vez la objeción de conciencia sanitaria, como derecho de desarrollo legal en el artículo 19.2 de la Ley Orgánica 2/2010. La propuesta de ley de la eutanasia la regula en términos semejantes, sin resolver algunas de las cuestiones problemáticas que se han suscitado en la aplicación de la misma, y que ha tenido pronunciamientos jurisprudenciales divergentes.

De hecho, el propio ideario de los jueces o magistrados definen su interpretación y alcance. Así se desprende de uno de los pronunciamientos más discutidos, el aval dado por STC 1437/2015 de 25 de junio, con ponencia del magistrado ultraconservador, miembro del *Opus Dei*, Andrés Ollero, a la objeción de conciencia farmacéutica de quienes se niegan a dispensar la «píldora del día después», por considerar que no es una medicina sino un abortivo, incluso admitiendo en la propia sentencia que desde el punto de vista científico, esto no aparece claro, cuestión que sí ha sido desvirtuada por numerosas organizaciones médicas y expertos, incluida la OMS que descartan su efecto abortivo.

### **Objeción de conciencia e información**

El art. 16.1 de la LORE señala: “Las y los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de ayuda para morir tendrán el derecho de ejercer su objeción de conciencia sanitaria”. ¿Quiénes son los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de ayuda para morir? Solo aquellos que directamente puedan realizar los actos ejecutivos de eutanasia; aquellos que son responsables del procedimiento de atención sanitaria del paciente; y/o aquellos que participan en el mismo de alguna manera (otros médicos, enfermeras, farmacéuticos, etc.). Por ejemplo, ¿puede un conductor de ambulancia negarse a trasladar un paciente desde una clínica privada de titularidad religiosa a un hospital público donde se va a realizar el procedimiento?



Es previsible un hostigamiento similar. Foto: Patricia J. Garcinuño

Otro problema relacionado se detecta en el art. 4.2, pues, fundamenta la decisión autónoma de solicitar la prestación de ayuda para morir en: “el conocimiento sobre los hechos más relevantes de su proceso médico, después de haber sido informado adecuadamente por el médico o médica responsable”. ¿Quién debe ofrecer la información necesaria para que el paciente pueda conocer los hechos más relevantes de su proceso médico, incluida la posibilidad de cuidados paliativos y/o eutanasia (art. 5.1, b)? Cómo debe entenderse el término “médico responsable”, ¿aquel que sigue el proceso del paciente desde su inicio?; ¿cualquiera de aquellos que lo atiende en su día a día?; ¿aquel designado específicamente por el servicio de salud para informar a estos pacientes sobre la eutanasia?...

En el caso de los profesionales obligados a informar en el caso del aborto, se han dado varios pronunciamientos de juzgados contenciosos administrativos a favor de médicos de familia que alegaron la objeción de conciencia para informar sobre el aborto. No obstante, los Tribunales Superiores han denegado la objeción, por ejemplo, la STS Andalucía de 8 de febrero de 2013, afirmando que al ser la objeción de conciencia un derecho de regulación legal debe conformarse según lo dispuesto por la ley, y en el caso del aborto está “excluida la atención médica anterior y posterior a la intervención propia de la interrupción del embarazo».

## Indefiniciones sobre la información

Puede el “médico responsable” alegar objeción de conciencia, sobre su obligación de informar sobre la posibilidad de eutanasia y, ciertamente, ¿existe esta obligación? La ley no es clara sobre este punto. Pareciera que el médico solo está obligado a informar sobre los “hechos más relevantes de su proceso médico” (art. 4.2) y “sobre las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, incluida la de acceder a cuidados paliativos” (art. 5.1, b). No aparece claro si la referencia a las diferentes alternativas y posibilidades de actuación deben ser solo las referidas al mantenimiento de la vida –como probablemente se alegará dada la amplitud de la previsión legal–, o esta información debe incluir la posibilidad de ejercer el derecho a la eutanasia.

También se incluye en el art. 16.2 la creación del Registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia, que ya cuenta con el aval del TC, según sentencia 151/2014 de 25 de septiembre. Este

registro ha sido cuestionado por algunos Colegios Oficiales de Médicos, y hasta el momento ha fracasado como tal, pues, se han inscrito poquísimos profesionales por un pacto tácito para no apuntarse. Se produce, entonces, una paradoja, pues, a pesar de ser mínimos los objetores legalmente inscritos, la objeción sigue siendo generalizada en algunos servicios, sin que se produzca una acción correctora de la

**Se echa de menos en la proposición una acción mucho más decidida frente al posible acoso y estigmatización de los profesionales sanitarios, familiares, allegados y organizaciones que participen y/o apoyan la eutanasia**

situación, pues, son las propios servicios de salud y/o las CCAA, las que la alientan o mantienen, sin que hasta la fecha los Inspección de Servicios Sanitarios, dependientes de las administraciones autonómicas, hayan actuado en estos casos de objeción de conciencia colectiva ilegal.

Consideramos inadecuada la regulación que se hace sobre la objeción de conciencia, porque se hace en términos semejantes a los de la Ley Orgánica 2/2010 sobre el aborto, que ha generado múltiples recursos de diferentes profesionales sanitarios, con diversidad de pronunciamientos. Se debería intentar “hilar más fino” para evitar la incertidumbre, una vez los pronunciamientos de algunos Tribunales superiores y el mismo Tribunal Constitucional han afirmado que es un derecho de regulación legal.

### **Acoso y estigmatización, directa o indirecta**

No es difícil deducir por qué en algunas CCAA no se realizan abortos en los centros públicos, ¿quizás porque todos son objetores?, como se alega, o más bien por temor a las represalias del propio sistema que estigmatiza, aparta, limita, rebaja o desprecia incluso, criminaliza, a quien se alinea con la ley que ampara derechos. ¿Cómo luchar contra el medio, tanto administrativo, como profesional y social, en el que te toca desarrollar tu trabajo? Con entereza y firmeza en las convicciones, pero también, con el apoyo legal, que ampare los derechos laborales e individuales de quienes dan un paso al frente para profundizar en el avance de los derechos de todos. La dolorosa experiencia de Leganés del año 2005, con irreparables resultados, donde todo el equipo del Dr. Montes sufrió persecución, desprestigio y, algunos, hasta la estigmatización del proceso penal, debería servir como un claro antecedente.

Por otra parte, el derecho a la reunión y manifestación de algunos individuos de “grupos provida”, se han convertido, en muchos casos, en “cruzadas”, sistemáticas y prolongadas de acoso a quienes deciden optar por practicar el aborto (o la eutanasia). Esta circunstancia es suficientemente conocida y, sin embargo, no se aborda en el proyecto de ley, suponemos, porque se remite, en su caso, a la normativa penal del acoso, que difícilmente puede aplicarse en este específico supuesto, donde se alega el ejercicio de derechos fundamentales, por lo que debería hacerse una previsión específica para compatibilizar todos los derechos en liza.

Además, toda la propuesta legislativa está pensada para grandes centros sanitarios, con múltiples niveles de intervención, y sin embargo, no se tiene en cuenta la situación de pueblos y pequeñas comunidades rurales, donde, se ha demostrado que el acoso y la estigmatización de médicos, enfermeras y mujeres han sido la razón principal de la renuncia de los médicos a practicar el aborto, por lo que es previsible que esta barrera se traslade a la eutanasia, ampliándose la problemática a los familiares y allegados de quien solicita la ayuda a morir y es auxiliado por estos.

### **El peligro de las redes sociales**

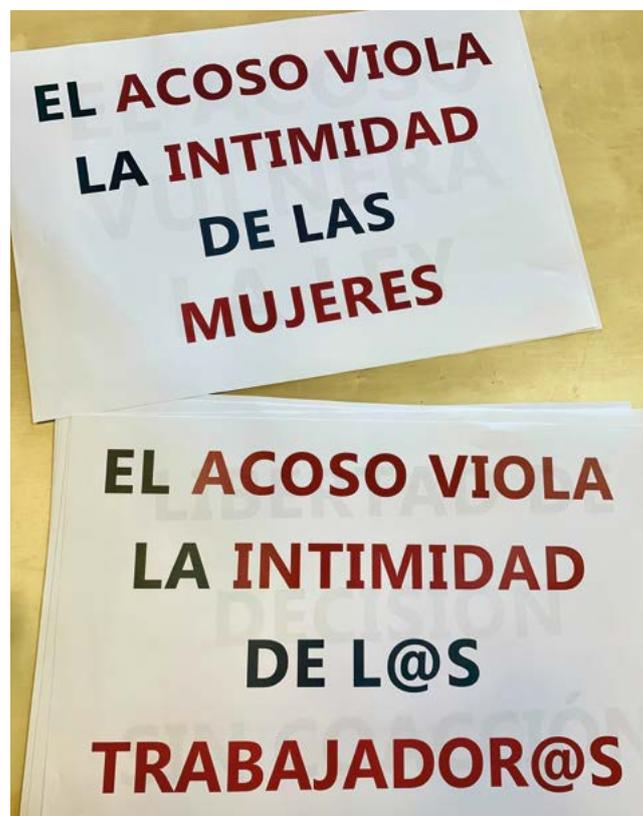
También es previsible la posibilidad del acoso al personal sanitario que practica la eutanasia, a través de las tecnologías de la información y la comunicación y redes sociales y no se ha previsto ningún tipo de medida preventiva y/o de ayuda para estos profesionales que requieren de soporte técnico y jurídico para terminar con el mismo.

No puede permitirse la aparición de espacios de estigmatización y enañamiento en las redes con estos profesionales –tampoco en el caso contrario, para quienes no la practican–. El mero temor a esta persecución digital puede operar como un estímulo para desactivar su práctica por muchos de los profesionales sanitarios, que pueden ver con horror e impotencia, como su nombre y datos personales aparecen en Internet, en campañas difamatorias, con contenidos falsos o manipulados, incitando al odio, con claros intereses políticos e ideologizados y con graves repercusiones personales y profesionales para ellos mismos o sus familias.

### **Proponemos, una acción mucho más decidida en la Ley frente al acoso y la estigmatización de los profesionales sanitarios, familiares, allegados y organizaciones que participen y/o apoyan la eutanasia.**

Específicamente, en una labor donde la confianza en el profesional es la base de la relación médico-paciente, no atender las nuevas formas de intimidación o de manipulación ideológica a través de Internet y las redes sociales, es desconocer la realidad que subyace a este tipo de acoso y los trascendentales efectos que para sus carreras y actividad profesional les puede deparar.

Es el momento de evitarlo





# Panorama internacional

Loren Arseguet\*

## Eutanasia: aprender de la experiencia acumulada

Estamos viviendo un período singular, confinados en nuestras casas, con la actividad del Parlamento supeditada a la gestión de la pandemia que asola la mayoría de los países del mundo. La Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia (LORE), admitida a trámite en febrero pasado, sigue en el parlamento, en proceso de enmiendas prolongado, sin que se sepa cuando volverá a pleno para su votación. Mientras tanto, aprovechando de manera espuria la situación, las fuerzas políticas reaccionarias y la jerarquía eclesiástica no dudan en multiplicar descalificaciones y mentiras sobre la eutanasia, en declaraciones destinadas a una ciudadanía en shock por una situación inédita en la cual la muerte se ha hecho omnipresente. El colmo del sinsentido y de la desfachatez fue sin duda la acusación lanzada contra el gobierno<sup>26</sup> de “aplicar una eutanasia feroz” por la crecida tasa de mortalidad provocada por el coronavirus, en particular en las residencias de ancianos. Estas fuerzas siguen agitando el fantasma de la eugenesia en su eterno intento de confundir a la ciudadanía, y no dudan en tergiversar las informaciones que nos llegan de los Países Bajos o de Bélgica, donde 18 años de vigencia de una ley de eutanasia han mejorado la actitud de la ciudadanía

frente a la muerte, permitiéndole mayor autonomía personal y libertad a la hora de tomar decisiones frente a un posible ingreso en la UCI y al uso de técnicas invasivas de soporte vital.

### Ni asesinato, ni eugenesia

La LORE, en su preámbulo, pretende situar a España en el grupo de países “que han regulado los supuestos en que la eutanasia es una práctica legalmente aceptable, siempre que sean observados concretos requisitos y garantías”, tal como pueden ser Países Bajos, Bélgica o Canadá<sup>27</sup>. Frente a las más burdas mentiras, es fundamental no perder de vista que el requisito primero para acceder a ella en todas las leyes de eutanasia existentes es que la **solicitud sea personal, voluntaria, informada y reiterada**. Para garantizar el cumplimiento de este requisito ineludible y evitar toda posible imposición o coacción venga de donde venga –familiares o Estado– estas leyes exigen que por lo menos dos médicos independientes el uno del otro, además de certificar que el diagnóstico y el pronóstico del paciente coinciden con las condiciones establecidas por la ley, confirmen el carácter voluntario de la solicitud, la inexistencia de coacción y la capacidad del paciente para tomar decisiones. En los casos más complejos se impone además la intervención de un tercer médico o de un psiquiatra.

En los tres países citados, las medidas enumeradas se consideran salvaguardias suficientes para conducir a la realización de la eutanasia. En efecto, ¿qué razones objetivas podrían llevar a dudar de la integridad de dos o más

\* Responsable Grupo Internacional DMD.

<sup>26</sup> “Este gobierno socialcomunista quiso introducir en España la regulación de la eutanasia y por desgracia y por la vía de los hechos, lo ha aplicado de la manera más feroz”. Declaración de Macarena Olona, Secretaria general del grupo parlamentario de Vox, respaldada y corroborada por la Dirección de su partido.

<sup>27</sup> En 2002 se aprobó la Ley de Disposición de la Vida a Petición Propia en los Países Bajos y la Ley de Eutanasia en Bélgica. Las leyes de ayuda médica a morir en Canadá son más recientes: Québec aprobó la Ley de Cuidados al Final de la Vida en 2015 y la Ley Federal C-14 que regula la ayuda médica a morir data de 2016.

médicos independientes? El mecanismo de control de los procedimientos de las eutanasias se realiza a posteriori: una comisión formada por médicos, juristas y especialistas en bioética examina los informes extremadamente detallados mandados por los médicos que realizan la eutanasia. Esta comisión puede pronunciar amonestaciones en caso de incumplimientos menores, de tipo administrativo, o referir los casos más graves a la fiscalía.

### Unas leyes muy seguras

La justicia ha demostrado que las leyes de eutanasia aprobadas en Países Bajos o Bélgica, son leyes muy seguras. Los pocos juicios celebrados versan fundamentalmente sobre casos límites y especialmente complejos en los cuales la acusación, más que la condena de los médicos, buscaba a través de un juicio, dibujar con precisión los límites de las leyes:

En agosto pasado en los Países Bajos se absolvió a una médica que ayudó a morir a una anciana con Alzheimer avanzado, respetando el testamento vital establecido anteriormente por la paciente; la toma de decisión fue colegiada y realizada conjuntamente con la familia. La sentencia absolutoria acaba de ser validada por el Tribunal Supremo, lo que consolida la doctrina según la cual, mediante precauciones bien definidas, es lícito realizar la eutanasia en caso de Alzheimer avanzado.

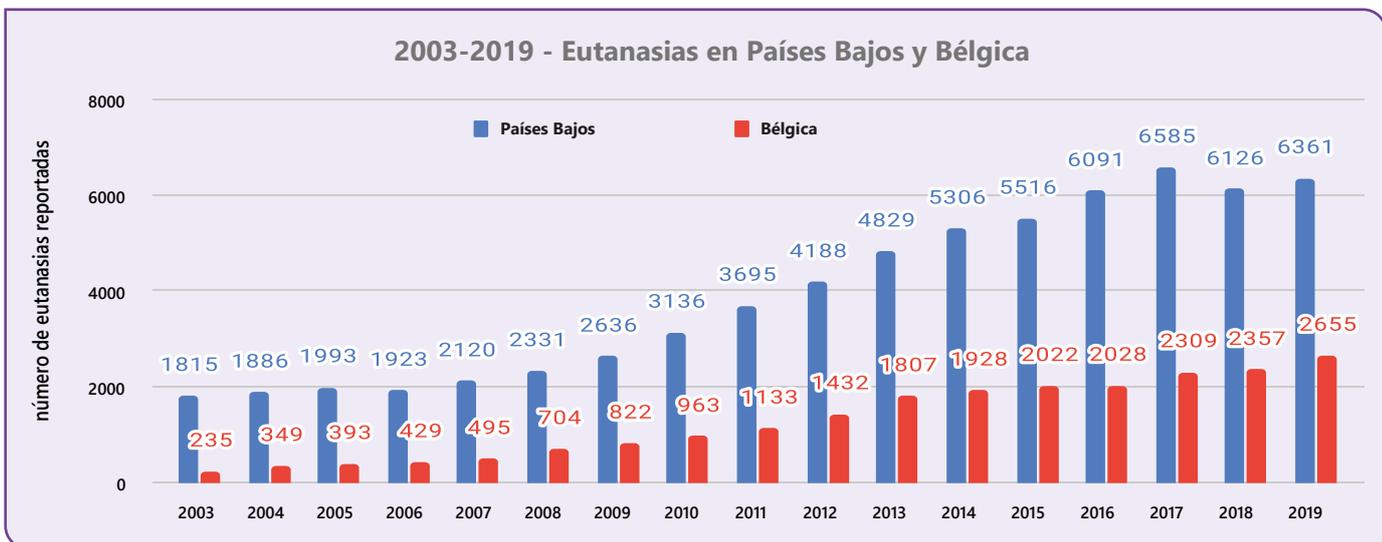
En Bélgica, en enero pasado, un tribunal absolvió a tres médicos que ayudaron a morir a una paciente cuádragenaria con trastornos psiquiátricos graves y prolongados en el tiempo, que había estado en tratamiento sin éxito durante muchos años y había intentado suicidarse en varias ocasiones, manifestando un sufrimiento insoportable. Este caso, como el anterior, es un caso límite. La sentencia contribuye a dar seguridad jurídica a los médicos que tratan tales casos.

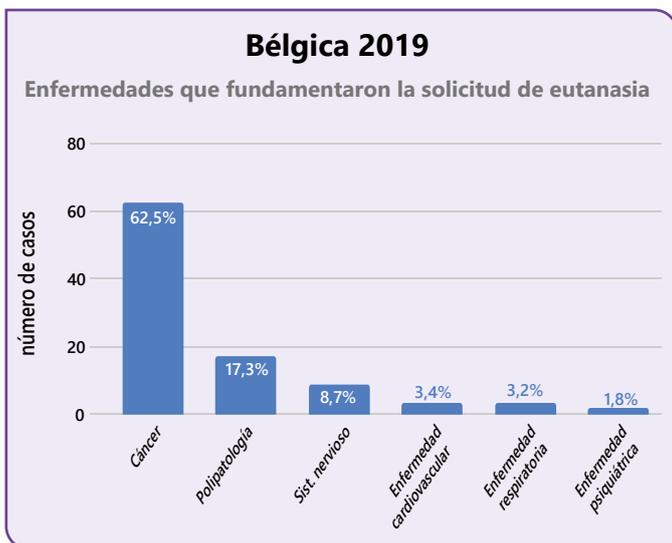
### La pendiente resbaladiza es un mito

Las comisiones de control de la eutanasia publican con regularidad estadísticas e informes y formulan recomendaciones, lo que permite conocer con exactitud la evolución de la práctica y sus características. El primer dato importante es de carácter general: la eutanasia concierne a una pequeña minoría de pacientes. **En 2019 se realizaron 6.361 eutanasias en los Países Bajos, lo que representa el 4,2% de los fallecimientos totales, y 2.655 en Bélgica, es decir el 2,13% de los fallecimientos totales.**<sup>28</sup> Dieciocho años después de la aprobación de las leyes, es imposible hablar de pendiente resbaladiza o de banalización de la eutanasia con tales cifras. Todos los testimonios confirman que acceder a la eutanasia es un proceso largo, minucioso y complejo.

En los Países Bajos el 55% de las solicitudes son rechazadas; se creó en 2012 la Clínica del Final de la Vida (actualmente *Centro de Expertos de la Eutanasia*) para tratar los casos más complejos tales como las solicitudes fundamentadas en trastornos psiquiátricos, con la idea de que todo paciente merece que su solicitud se tome en consideración. Este organismo sólo da luz verde a la tercera parte de los casos que le son sometidos. Tales cifras demuestran que no hay ninguna laxitud en la aplicación de las leyes. La gran mayoría de los pacientes que solicitan la eutanasia son muy mayores –entre 70 y 90 años–, padecen enfermedades incurables en fase avanzada (predominancia del cáncer) y experimentan grandes sufrimientos. En Bélgica por ejemplo, en 2019, el 83% de los casos eran enfermos terminales, el 67,8% de los pacientes eran mayores de 70 años y un 62,5% padecían cáncer (detalles en gráficos adjuntos).

<sup>28</sup> Canadá aprobó en noviembre 2018 una ley para intentar unificar los criterios de comunicación de datos de ayuda médica a morir entre las diferentes provincias. No se dispone por ahora de cifras globales.





no es sólo morir sin dolor; conlleva sobre todo poder asumir el control personal de este hecho ineludible. En esta perspectiva, cuidados paliativos y eutanasia en realidad se complementan: de hecho en Bélgica por ejemplo, más del 80% de los pacientes que accedieron a la eutanasia estaban en cuidados paliativos.

### Trabas al ejercicio del derecho: el ejemplo de Canadá

En el caso de Canadá es imposible ofrecer datos globales dado la disparidad de criterios de recogida en las diferentes provincias. A falta de datos, el proceso de aprobación de la ley federal y su implementación nos ofrecen informaciones interesantes. En el debate parlamentario que desembocó en la aprobación de la Ley C-14, los diputados conservadores, más obsesionados por limitar el alcance de la misma por razones ideológicas que por ampliar el terreno de las libertades al final de la vida y responder a situaciones de sufrimiento, impusieron el requisito de terminalidad –formulado con la expresión ambigua de *“fallecimiento en un plazo razonablemente previsible”*. Este requisito no figuraba en la sentencia del Tribunal Constitucional que abrió la vía a la legalización de la ayuda médica a morir. Usaron como coartada la necesidad de protección de los más vulnerables y el tan manido peligro de la “pendiente resbaladiza”, limitando así en gran medida el acceso a la eutanasia. Dos pacientes con enfermedades degenerativas, graves e incurables, fuentes de grandes sufrimientos (secuelas de poliomielitis en un caso y parálisis cerebral en otro) denunciaron rápidamente la injusticia profunda de esta discriminación y su anticonstitucionalidad ante un tribunal de Québec. La sentencia pronunciada en septiembre de 2019 dio la razón a los demandantes y conminó al gobierno a eliminar el requisito de terminalidad, reconociendo su carácter profundamente discriminatorio y contradictorio con los valores constitucionales de libertad, igualdad en derechos y libre desarrollo de la persona. La tramitación del proyecto de modificación de la ley presentado por el gobierno está en el parlamento, paralizado por la pandemia.

### Eutanasia y cuidados paliativos

Las motivaciones que subyacen a una solicitud de eutanasia son otro aspecto importante de la cuestión. El último informe bienal belga publicado<sup>29</sup> indica que 8 de cada 10 pacientes experimentaban un sufrimiento físico y psíquico sin posible alivio, el 12,3% un sufrimiento físico refractario y el 4,3% un sufrimiento psíquico sin posible alivio a pesar de un buen control del sufrimiento físico. Tomando en cuenta que Bélgica en 2002 aprobó una ley de universalización de los cuidados paliativos además de la ley de eutanasia y que es uno de los países con mejores cuidados paliativos del mundo, estas cifras contradicen la afirmación según la cual unos buenos cuidados paliativos eliminarían las solicitudes de eutanasia. Los cuidados paliativos tienen sus límites<sup>30</sup>, y no pueden apaciguar un sufrimiento causado por lo que los pacientes definen como la pérdida de la autonomía o la pérdida de la dignidad. Morir bien

29 <https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2018/09/2018-informe-eutanasia-belgica-2017.pdf>

30 Revista DMD n.º 81, pág. 43-46: <https://derechoamorrir.org/2020/03/25/revista-de-dmd-no81/>

Además de pisotear los valores constitucionales al limitar al máximo el alcance del texto de la ley, las instituciones sanitarias y socio sanitarias de obediencia religiosa –con frecuencia receptoras de fondos públicos– o las asociaciones confesionales de médicos transformaron a menudo el acceso a la eutanasia en una auténtica carrera de obstáculos, multiplicando cruelmente el sufrimiento de pacientes ya de por sí fragilizados.<sup>31</sup>

31 Revista DMD n.º 76, pág. 42-43: <https://derechoamorir.org/2018/06/29/revista-de-dmd-no76/>

## Aprendamos de la experiencia

La experiencia de la eutanasia en los Países Bajos y Bélgica nos demuestra de manera fehaciente que se puede alcanzar una regulación eficaz, segura y también generosa de la eutanasia. Significativo es el altísimo grado de apoyo a estas leyes manifestado por la ciudadanía de los dos países: una reciente encuesta evaluaba en un 87% el apoyo a la Ley de Disposición de la Vida a Petición Propia en los Países Bajos, por ejemplo. En cuanto al caso de Canadá, nos invita a permanecer alerta ante los intentos –en contra del deseo mayoritario de la ciudadanía– de secuestrar la libertad para decidir cómo y cuándo morir.



# Estados Unidos - Oregón

## Una ley muy limitada

La Ley de Muerte Digna de Oregón (DWDA - Death With Dignity Act) se aprobó definitivamente en 1998, en un referéndum con el 60% de votos favorables, superando la declaración de inconstitucionalidad conseguida en un primer momento por las fuerzas reaccionarias y religiosas que se oponían al suicidio asistido. Es una ley muy limitada ya que sólo concierne a los enfermos terminales con un pronóstico de menos de seis meses y el paciente tiene que ser capaz de tomar la medicación letal por sí mismo.

No ha sufrido ninguna modificación desde su aprobación, hace veintidós años. Las autoridades sanitarias del Estado publican un informe anual sobre la aplicación de la ley: los datos confirman, entre otras cosas, que no se dan abusos ni coacciones, que no existe la pendiente resbaladiza, y que la mayoría de las personas que recurren al suicidio asistido tenían un nivel alto de educación, una buena posición social y acceso a los cuidados paliativos.

Ofrecemos los principales datos recientemente publicados, concernientes el año 2019.

Datos del informe sobre la Ley de Muerte digna de Oregón 2019 (DWDA-Dying With Dignity Act)	
<a href="https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Documents/year22.pdf">https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Documents/year22.pdf</a>	
Requisitos para acceder a la prescripción	Mayor de 18 años. Residente en Oregón. Competente y capaz de tomar la medicación letal por sí mismo. Padecer una enfermedad grave en fase terminal (pronóstico de 6 meses)
<b>Fallecimientos en el marco de la DWDA</b>	<b>188</b> → <b>0,52% del total de los fallecimientos</b> (36.191 en 2019)
Nivel educativo de los pacientes	53% con licenciatura universitaria o más
Edad Media	74 años
<b>Cuidados Paliativos</b>	<b>90% de los enfermos que solicitaron la prescripción de un medicamento letal en el marco de DWDA estaba en cuidados paliativos.</b>
<b>Motivaciones para solicitar el suicidio asistido</b>	<b>90%</b> imposibilidad progresiva de realizar actividades satisfactorias que dan sentido a la vida <b>87%</b> pérdida de autonomía <b>72%</b> pérdida de dignidad 59% cargo para familia/amigos/cuidadores 40% pérdida de control de funciones del cuerpo 33% insuficiente control del dolor 7% coste del tratamiento <i>(Total superior a 100 porque se podían dar varias respuestas)</i>

# Aportaciones de DMD a la **Proposición de Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia (LORE)**

*Que la eutanasia sea un delito, cuando más del 80% de la población y de los y las profesionales de la medicina apoyan su regulación como un derecho, constituye una anomalía democrática que urge corregir. La Proposición de Ley que se tramita en el Parlamento<sup>32</sup> es un paso positivo, por más que manifiestamente mejorable*

Redacción DMD

Desde el ámbito jurídico, médico y bioético se coincide en la necesidad de mejorar la LORE durante su tramitación, para **colocar en su centro la autonomía de las personas**. Con todas las garantías necesarias para evitar posibles excesos y, tan importante al menos, para garantizar el ejercicio efectivo del nuevo derecho.

Sin dejar de reconocer el avance real que supone romper con la idea de **la vida como un bien absoluto e indispensable**, consideramos que la LORE adolece tanto de insuficiencias como de excesos que deberían poder corregirse durante el trámite de enmiendas en la Comisión de Justicia:

## 1. Control previo y control posterior

En los países que tienen regulada la eutanasia, el control es posterior. Después de practicada se ponen en marcha protocolos para asegurar el cumplimiento de la ley, so pena de incurrir en un delito fuertemente castigado. La experiencia acumulada en dichos países demuestra que el control posterior es suficiente garantía. En casi 20 años de ejercicio en Bélgica y Países Bajos, los procesos judiciales por eutanasia se cuentan con los dedos de una mano. Y ninguno ha terminado en condena.

## 2. Demasiados trámites burocráticos

Los trámites exigidos en la propuesta ralentizan innecesariamente el proceso. Una petición puede alargarse más de dos meses y el/la paciente tiene que pasar por seis entrevistas con al menos 4 personas diferentes, repitiendo una

y otra vez (oralmente y por escrito) las razones por las que desea morir y explicando su experiencia de sufrimiento.

## 3. Unos requisitos demasiado restrictivos

El único requisito inexcusable en una ley a la altura del siglo XXI es la firme y libre decisión de morir en la persona que solicita la eutanasia. Sin embargo, los excesivos requisitos exigidos hacen que las personas con una enfermedad grave y crónica no terminal, incluidas las demencias, se vean obligadas a soportar la enfermedad hasta situaciones que provoquen dependencia.

## 4. Se endurecen las penas al suprimir la atenuación del art. 143.4

La nueva redacción del 143.4 elimina la atenuación actual de penas por cooperación al suicidio en circunstancias eutanásicas. Tan solo el médico quedará eximido de pena (siempre que se ajuste literalmente al procedimiento). Para el resto de personas, la ayuda solicitada en un contexto de sufrimiento aumentará su pena de 2 a 10 años de cárcel.

## 5. Insuficiente regulación de las Comisiones de Evaluación y Control (CEC)

La proposición hace dejación absoluta de la responsabilidad del Estado en la garantía del derecho que se reconoce. Salvo en el caso de Ceuta y Melilla, la composición y régimen jurídico de cada CEC queda al arbitrio del correspondiente gobierno autonómico. La posibilidad de bloqueo efectivo por parte de determinados partidos en el gobierno de CCAA es más que probable.

A continuación se exponen las propuestas que DMD ha trasladado a los componentes de la Comisión de Justicia.

<sup>32</sup> El texto íntegro de la Proposición puede consultarse en [http://www.congreso.es/public\\_oficiales/L14/CONG/BOCG/B/BOCG-14-B-46-1.PDF](http://www.congreso.es/public_oficiales/L14/CONG/BOCG/B/BOCG-14-B-46-1.PDF)

## DEFINICIONES (CAP. I ART. 3.a)

LA LEY DICE	3.a) «Consentimiento informado»: la conformidad libre, voluntaria y consciente del o la paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que, a petición suya, tenga lugar una de las actuaciones descritas en el párrafo f).
DMD PROPONE	Suprimir art. 3.a
¿POR QUÉ?	Para situarse dentro del marco general de la ley de autonomía del paciente, la propuesta trata la eutanasia como un tipo de Consentimiento Informado, pero no lo es, porque una cosa es dar permiso para un acto que el médico desea hacer y otra es hacer una petición expresa e inequívoca de morir, que el médico se compromete a respetar. Tal y como se define en la ley, dar la conformidad a una petición propia es un concepto absurdo, que se puede retirar de la ley.

## DEFINICIONES (CAP. I ART. 3.c)

LA LEY DICE	3.c) «Enfermedad grave e incurable»: toda alteración del estado de la salud provocada por un accidente o enfermedad, originados independientemente de la voluntad del o la paciente, que lleva asociada sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable y en la que existe un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva.
DMD PROPONE	3.c) «Enfermedad grave e incurable»: toda alteración del estado de la salud provocada por un accidente o enfermedad, <b>originados independientemente de la voluntad del o la paciente</b> , que lleva asociada sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable y en la que existe un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva.
¿POR QUÉ?	No tiene ningún sentido anular la voluntad de morir, que es el elemento nuclear de la ley, a supuestas situaciones en las que el deterioro de la salud haya sido consecuencia de un acto (como arrojar por un balcón o dejar de beber) de la persona que desea morir.

## DEFINICIONES (CAP. I ART. 3.g)

LA LEY DICE	3.g) Prestación de ayuda para morir: acción derivada de proporcionar los medios necesarios a una persona que cumple los requisitos previstos en esta ley y que ha manifestado su deseo de morir. Dicha prestación se puede producir en dos modalidades: 3.i) La administración directa al o la paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario competente. 3.ii) La prescripción o suministro al o la paciente por parte del profesional sanitario competente de una sustancia, de manera que esta se la pueda auto administrar, ya sea en el propio centro sanitario o en su domicilio, para causar su propia muerte.
DMD PROPONE	3.g) «Prestación de ayuda para morir»: acción derivada de proporcionar los medios necesarios a una persona que cumple los requisitos previstos en esta ley y que ha manifestado su deseo de morir. Dicha prestación se puede producir <b>en el propio centro sanitario, sociosanitario o en su domicilio</b> en dos modalidades: 3.i) La administración directa al o la paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario competente. 3.ii) La prescripción o suministro al o la paciente por parte del profesional sanitario competente de una sustancia, de manera que esta se la pueda auto administrar, <b>ya sea en el propio centro sanitario o en su domicilio</b> , para causar su propia muerte.
¿POR QUÉ?	Salvo peligro para la salud pública, cada persona tiene derecho a morir en el lugar que prefiera, especialmente en su casa, si es su domicilio habitual o en el centro socio-sanitario donde reside.

## REQUISITOS PARA RECIBIR LA PRESTACIÓN DE AYUDA A MORIR (CAP. II ART. 5.1.a)

LA LEY DICE	5.1.a) Tener la nacionalidad española o residencia legal en España, mayoría de edad y ser capaz y consciente en el momento de la solicitud.
DMD PROPONE	5.1.a) <b>Ser titular del derecho a recibir asistencia sanitaria en España y estar en la plenitud de sus facultades intelectuales y emocionales o, en su defecto, disponer de testamento vital.</b>
¿POR QUÉ?	Entendemos que, en lo que respecta a su salud, a partir de los 16 años, el menor es un adulto, tal y como reconoce la Ley de Autonomía del Paciente. Por otro lado, al tratarse de un derecho recogido en el SNS, el requisito de nacionalidad española o residencia legal en España debería sustituirse por "titulares del derecho a recibir asistencia sanitaria", de manera que no se prive del derecho a los migrantes en situación irregular, a los pensionistas residentes en otros países, ni a las trabajadoras que trabajen en territorios transfronterizos.

## REQUISITOS PARA RECIBIR LA PRESTACIÓN DE AYUDA A MORIR (CAP. II ART. 5.1.b)

<b>LA LEY DICE</b>	5.1.b) Disponer por escrito de la información que exista sobre su proceso médico, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, incluida la de acceder a cuidados paliativos.
<b>DMD PROPONE</b>	5.1.b) Disponer, <b>por escrito el paciente o la persona designada por él</b> , de la información que exista sobre su proceso médico, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, incluida la de acceder a cuidados paliativos.
<b>¿POR QUÉ?</b>	<p>La información puede darse de manera verbal en presencia de testigos, que se anotan en el historial médico y en la documentación pertinente. La exigencia de que una información tan amplia, personalizada en cada caso, se haga por escrito puede ser una tarea tediosa que requeriría de un tiempo del que los profesionales habitualmente no disponen.</p> <p>En casos de demencia, siempre y cuando la persona disponga de testamento vital, la ley debe recoger la posibilidad de que el receptor de la información sea la persona que represente al paciente.</p>

## REQUISITOS PARA RECIBIR LA PRESTACIÓN DE AYUDA A MORIR (CAP. II ART. 5.1.d)

<b>LA LEY DICE</b>	5.1.d) Sufrir una enfermedad grave e incurable o padecer una enfermedad grave, crónica e invalidante en los términos establecidos en esta ley, certificada por el médico o médica responsable.
<b>DMD PROPONE</b>	5.1.d) Sufrir una enfermedad grave y <b>permanente</b> o incurable, o <b>sufrimientos físicos o psíquicos que considere intolerables</b> , certificada por el médico o médica responsable.
<b>¿POR QUÉ?</b>	Es la persona la que tiene que determinar si su situación es o no es tolerable. Se mantiene la certificación médica por garantía y en previsión de la aplicación del punto 5.2 (declaración de incapacidad de hecho permanente o aplicación de las instrucciones previas recogidas en el testamento vital).

## CONSENTIMIENTO INFORMADO (CAP. II ART. 5.1.e)

<b>LA LEY DICE</b>	5.1.e) Prestar consentimiento informado previamente a recibir la prestación de ayuda para morir. Dicho consentimiento se incorporará a la historia clínica del o la paciente.
<b>DMD PROPONE</b>	5.1.e) <b>Reiterar su voluntad de morir previamente a recibir la prestación de ayuda para morir. Dicha petición se incorporará a a historia clínica del o la paciente.</b>
<b>¿POR QUÉ?</b>	La petición de ayuda médica para morir no es un tipo de consentimiento informado, porque una cosa es dar permiso para un acto que el médico desea hacer y otra es hacer una petición expresa e inequívoca de morir, que el médico se compromete a respetar. Dar la conformidad a una petición propia es un concepto absurdo, que se debe retirar de la ley.

## DENEGACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA A MORIR (CAP. II ART. 7.2 y 7.3)

<b>LA LEY DICE</b>	<p>7.2) Contra dicha denegación, la persona solicitante o, ante la situación de incapacidad de hecho de este, la persona que de acuerdo a lo previsto en el artículo 6.4 hubiera presentado la solicitud en su nombre, podrán presentar en el plazo máximo de cinco días hábiles una reclamación ante la Comisión de Control y Evaluación competente. El médico o la médica responsable que deniegue la solicitud está obligado a informarles de esta posibilidad.</p> <p>7.3) El médico o la médica responsable que deniegue la solicitud de la prestación de ayuda para morir, con independencia de que se haya formulado o no una reclamación ante la Comisión de Control y Evaluación competente, deberá remitir en el plazo de quince días después de recibida la solicitud, los dos documentos especificados en el artículo 12, adaptando el documento segundo de modo que incluya los datos clínicos relevantes para la evaluación del caso y el motivo de la denegación.</p>
--------------------	--

## CONTINÚA | DENEGACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA A MORIR (CAP. II ART. 7.2 y 7.3)

DMD  
PROPONE

7.2) Contra dicha denegación, la persona solicitante o, ante la situación de incapacidad de hecho de este, la persona que de acuerdo a lo previsto en el artículo 6.4 hubiera presentado la solicitud en su nombre, podrán presentar en el plazo máximo de **quince días** hábiles una reclamación ante la Comisión de Control y Evaluación competente. El médico o la médica responsable que deniegue la solicitud está obligado a informarles de esta posibilidad.

7.3) El médico o la médica responsable que deniegue la solicitud de la prestación de ayuda para morir, con independencia de que se haya formulado o no una reclamación ante la Comisión de Control y Evaluación competente, deberá remitir en el plazo de **cinco días** después de recibida la solicitud, los dos documentos especificados en el artículo 12, adaptando el documento segundo de modo que incluya los datos clínicos relevantes para la evaluación del caso y el motivo de la denegación.

¿POR QUÉ?

El objetivo de la ley es, en primer lugar, garantizar la voluntad de la persona que decide morir y, en segundo, la seguridad jurídica de las personas profesionales que la ayuden. Por ello, se propone ampliar el plazo de reclamación de la persona solicitante y además, para evitar que el proceso se dilate en el tiempo, acortar el del profesional.

## PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA A MORIR (CAP. III ART. 8.2)

LA LEY  
DICE

8.) Procedimiento a seguir por el médico o médica responsable cuando exista una solicitud previa de prestación de ayuda para morir

2.) Transcurridas veinticuatro horas tras la finalización del proceso deliberativo al que se refiere el apartado anterior, el médico o la médica responsable recabará del o la paciente solicitante su decisión de continuar o decaer de la solicitud de prestación de ayuda para morir. En el caso de que el o la paciente manifestara su deseo de continuar con el procedimiento, el médico o médica responsable deberá comunicar esta circunstancia al equipo asistencial, si lo hubiere, especialmente a los y las profesionales de enfermería, así como en el caso de que así lo solicitara el o la paciente, a los familiares o allegados que señale. Igualmente, deberá recabar del o la paciente la firma del documento del consentimiento informado.

DMD  
PROPONE

8.) Procedimiento a seguir por el médico o médica responsable cuando exista una solicitud **previa** de prestación de ayuda para morir.

**(solo en caso de retirar el control previo):**

2.) Transcurridas veinticuatro horas tras la finalización del proceso deliberativo al que se refiere el apartado anterior, el médico o la médica responsable recabará del o la paciente solicitante su decisión de continuar o decaer de la solicitud de prestación de ayuda para morir. En el caso de que el o la paciente manifestara su deseo de continuar con el procedimiento, el médico o médica responsable deberá comunicar esta circunstancia al equipo asistencial, si lo hubiere, especialmente a los y las profesionales de enfermería, así como en el caso de que así lo solicitara el o la paciente, a los familiares o allegados que señale. Igualmente, deberá recabar del o la paciente la firma **del documento del consentimiento informado de su petición de ayuda a morir.**

**Los profesionales de enfermería a cargo de la asistencia realizarán un informe que certifique que a su juicio la persona solicitante expresa una voluntad clara e inequívoca de morir (en el momento presente o de forma anticipada en sus instrucciones previas), que ha sido informada y conoce todas las alternativas terapéuticas y de cuidados y que su petición es reiterada en el tiempo.**

¿POR QUÉ?

Proponemos este cambio en sustitución del control previo (art. 10), para aumentar las garantías sin perjudicar la relación médico paciente y para que la ley sea más respetuosa con su intimidad. Se incluye a la enfermería. A propuesta de medicina o enfermería, de la misma manera, en los casos en los que existieran circunstancias de precariedad social, también se podría incluir a trabajo social, que deberá certificar que a su juicio la petición de morir no tiene relación con sus condiciones sociales.

## PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA A MORIR (CAP. III ART. 8.3)

LA LEY  
DICE

8.3) El médico o la médica responsable deberá consultar a un médico o médica consultor, quien tras estudiar la historia clínica y examinar al paciente, deberá corroborar el cumplimiento de las condiciones establecidas en el artículo 5.1, en el plazo máximo de diez días naturales, a cuyo efecto redactará un informe que pasará a formar parte de la historia clínica del o la paciente. Las conclusiones de dicho informe deberán ser comunicadas al paciente solicitante.

Opción 1: (en el caso que permanezca el control previo. Art. 10) Suprimir artículo 8.3

Opción 2: (en el caso que se retire el control previo. Art. 10)

DMD  
PROPONE

8.3). El médico o la médica responsable deberá consultar a un médico o médica consultor, quien tras estudiar la historia clínica y examinar al paciente, deberá corroborar el cumplimiento de las condiciones establecidas en el artículo 5.1, en el plazo máximo de **cinco** días naturales, a cuyo efecto redactará un informe que pasará a formar parte de la historia clínica del o la paciente. Las conclusiones de dicho informe deberán ser comunicadas al paciente solicitante **en el plazo máximo de veinticuatro horas. En caso de que el médico consultor deniegue la prestación de ayuda para morir, el médico responsable consultará con otro profesional o, en su defecto, lo pondrá en conocimiento de la Comisión en el plazo máximo de cinco días naturales.**

¿POR QUÉ?

Opción 1: Se debe suprimir el médico consultor porque es excesivo acumular evaluaciones de un mínimo de 4 personas, más el pleno de la Comisión. En caso de que se decida mantener el control previo, con la designación de las dos personas previstas en el art. 10, queda garantizada plenamente la veracidad de la situación, por lo que no sería necesario el médico consultor.

Opción 2: Se debería mantener, en cambio, si se optare por suprimir el procedimiento previsto en el art. 10, acotando los plazos lo máximo posible e incluyendo el procedimiento a seguir en caso de que el informe del médico consultor sea desfavorable.

## CONTROL PREVIO POR PARTE DE LA CEC (CAP. III ART. 10)

LA LEY  
DICE

### Artículo 10. Control previo por parte de la Comisión de Evaluación y Control.

10.2) Para el adecuado ejercicio de sus funciones, los dos miembros de la comisión designados tendrán acceso a la documentación que obre en la historia clínica y podrán entrevistarse con el médico o médica responsable o con el personal que actúe bajo la dirección de este o esta, así como con la persona solicitante.

10.4) La resolución definitiva de la Comisión deberá ponerse, en el plazo más breve posible de 7 días naturales, en conocimiento del médico o médica responsable que realizó la comunicación para proceder, en su caso, a realizar la prestación de ayuda a morir.

DMD  
PROPONE

### Artículo 10. Control previo por parte de la Comisión de Evaluación y Control.

10.2) Para el adecuado ejercicio de sus funciones, los dos miembros de la comisión designados tendrán acceso a la documentación que obre en la historia clínica y podrán entrevistarse con el médico o médica responsable o con el personal que actúe bajo la dirección de este o esta, **así como con la persona solicitante.**

10.4) La resolución definitiva de la Comisión deberá ponerse, en el plazo **más breve posible de 7 días naturales**, en conocimiento del médico o médica responsable que realizó la comunicación para proceder, en su caso, a realizar la prestación de ayuda a morir.

Añadir: **10.6) Transcurrido el plazo de 15 días naturales desde que el médico responsable ponga en conocimiento de la Comisión la solicitud de ayuda médica a morir, el silencio administrativo de la Comisión se interpretará como la aprobación de la prestación.**

¿POR QUÉ?

10.2) Suprimir las entrevistas entre la CEC y el paciente, para evitar distorsionar la relación entre médico y paciente y, por otro lado, para evitar dilatar el proceso de manera innecesaria.

10.4) El plazo de la resolución definitiva no debe ser interpretable ("el más breve posible"), sino fijado por ley en un máximo de 7 días. La ambigüedad de los plazos puede dilatar el proceso innecesariamente.

10.6) Ante un posible colapso de la comisión por peticiones de eutanasia, el silencio administrativo no puede perjudicar el derecho de las personas a recibir ayuda para morir.

## REALIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE LA AYUDA (CAP. III ART. 11)

LA LEY DICE	<p>11.1) Una vez recabada la resolución positiva por parte de la Comisión de Evaluación y Control competente, la realización de la prestación de ayuda para morir debe hacerse con el máximo cuidado y profesionalidad por parte de los profesionales sanitarios.</p> <p>En el caso de que el o la paciente se encuentre consciente, este deberá comunicar al médico o médica responsable la modalidad en la que quiere recibir la prestación de ayuda para morir.</p>
DMD PROPONE	<p>11.1) Una vez recabada la resolución positiva por parte de la Comisión de Evaluación y Control competente, la realización de la prestación de ayuda para morir debe hacerse <b>cuando decida el paciente o su representante en caso de incapacidad</b>, con el máximo cuidado y profesionalidad por parte de los profesionales sanitarios.</p> <p><b>El o la paciente, o su representante en caso de incapacidad</b>, deberá comunicar al médico o médica responsable la modalidad en la que quiere recibir la prestación de ayuda para morir.</p>
¿POR QUÉ?	<p>Se trata de resaltar que, una vez obtenida la autorización, la ayuda a morir se producirá cuando decida el paciente o su representante, figura que también debe recoger el segundo párrafo.</p>

## GARANTÍA DEL ACCESO A LA PRESTACIÓN (CAP. IV ART. 13)

LA LEY DICE	<p>13.1) La prestación de ayuda para morir estará incluida en la Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y será de financiación pública.</p>
DMD PROPONE	<p>13.1) La prestación de ayuda para morir estará incluida en la Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y será de financiación pública, <b>cuando la prestación de ayuda a morir tenga lugar en un centro perteneciente a la sanidad pública.</b></p>
¿POR QUÉ?	<p>Para evitar posibles reclamaciones posteriores de quienes hubieran acudido a recibir la prestación en centros del ámbito privado.</p>

## GARANTÍA EN EL ACCESO A LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR (CAP. IV ART. 14)

LA LEY DICE	<p>14.2) La prestación de la ayuda para morir se realizará en centros sanitarios públicos, privados, o concertados, sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabadas por el ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria o por el lugar donde se realiza.</p>
DMD PROPONE	<p>14.2) La prestación de la ayuda para morir se realizará en centros sanitarios <b>y socio-sanitarios</b> públicos, privados, o concertados, <b>y en el domicilio del paciente</b>, sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabadas por el ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria o por el lugar donde se realiza.</p>
¿POR QUÉ?	<p>Salvo peligro para la salud pública, cada persona tiene derecho a morir en el lugar que prefiera, especialmente en su casa, si es su domicilio habitual o en el centro socio-sanitario donde reside.</p>

## CEC (CAP IV ART 17)

### LA LEY DICE

17.2) Dichas comisiones, que tendrán la naturaleza de órgano administrativo, serán creadas por acuerdo de los respectivos gobiernos autonómicos y del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social en el caso de las Ciudades de Ceuta y Melilla, en los que se determinará su régimen jurídico.

### DMD PROPONE

17.2) Dichas comisiones, **de composición estrictamente técnica**, tendrán la naturaleza de órgano administrativo. **Serán nombradas por los respectivos Parlamentos o Asambleas Autonómicas/as, o por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social** en el caso de las Ciudades de Ceuta y Melilla.

### ¿POR QUÉ?

Si se optara por el mantenimiento de Comisiones Autonómicas, la composición, que debería ser estrictamente técnica, debería venir fijada en esta Ley. En ningún caso pueden ser reguladas por acuerdo del Gobierno autonómico: eso supone un grave incumplimiento del principio de igualdad y no está justificado por un respeto a las competencias en materia de Sanidad de las CCAA. Para evitar composiciones afines al Gobierno de cada momento, las Comisiones deberán ser nombradas por los respectivos Parlamentos o Asambleas Autonómicas/as, dando entrada al juego de las mayorías parlamentarias.

## CEC – FUNCIONES (CAP. IV ART. 18)

### LA LEY DICE

Son funciones de la Comisión de Control y Evaluación las siguientes:

18.a) Resolver en el plazo máximo de veinte días naturales las reclamaciones que formulen las personas a las que el médico o la médica responsable haya denegado su solicitud de prestación de ayuda para morir.

En el caso de que la resolución sea favorable a la solicitud de prestación de ayuda para morir, la Comisión de Control y Evaluación competente requerirá a la dirección del centro para que en el plazo máximo de siete días naturales facilite la prestación solicitada a través de otro médico o médica del centro o de un equipo externo de profesionales sanitarios.

El transcurso del plazo de veinte días naturales sin haberse dictado resolución, dará derecho a los solicitantes a entender denegada su solicitud de prestación de ayuda para morir, quedando abierta la posibilidad de recurso ante la jurisdicción contencioso administrativa.

### DMD PROPONE

Son funciones de la Comisión de Control y Evaluación las siguientes:

18.a) Resolver en el plazo máximo de **cinco** días naturales las reclamaciones que formulen las personas a las que el médico o la médica responsable haya denegado su solicitud de prestación de ayuda para morir.

En el caso de que la resolución sea favorable a la solicitud de prestación de ayuda para morir, la Comisión de Control y Evaluación competente requerirá a la dirección del centro para que en el plazo máximo de **tres** días naturales facilite la prestación solicitada a través de otro médico o médica del centro o de un equipo externo de profesionales sanitarios.

**El transcurso del plazo de veinte días naturales sin haberse dictado resolución, dará derecho a los solicitantes a entender denegada su solicitud de prestación de ayuda para morir, quedando abierta la posibilidad de recurso ante la jurisdicción contencioso administrativa.**

### ¿POR QUÉ?

5 días es el plazo propuesto en el artículo 10.3. Veinte días es un plazo abusivo, fundamentalmente en resoluciones que susciten dudas o la negativa no sea muy taxativa.

En el párrafo segundo no es comprensible que para proceder al acto aprobado por otro facultativo se necesite una semana.

El párrafo tercero debería ser suprimido atendiendo a que en el artículo 10 el silencio de la Comisión de Evaluación ha de entenderse como positivo.

## DISPOSICIÓN FINAL PRIMERA

### Modificación de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.

#### LA LEY DICE

Art. 143.4) No será punible la conducta del médico o médica que con actos necesarios y directos causare o cooperare a la muerte de una persona, cuando esta sufra una enfermedad grave e incurable o enfermedad grave, crónica e invalidante, en los términos establecidos en la normativa sanitaria.

Opción 1: En caso de que no se acepten las enmiendas del art. 3 (y la consiguiente adaptación del texto):

#### DMD PROPONE

Art. 143.4) El que con actos necesarios y directos cause o coopere a la muerte de una persona, por su petición expresa o inequívoca, cuando esta sufra una enfermedad grave e incurable o 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.  
**No serán punibles estas conductas cuando se realicen en los términos establecidos en la normativa sanitaria.**

Opción 2: Si se incorporan nuevas definiciones (requisitos): adaptar el texto.

Suprimir las penas atenuadas es un retroceso legislativo que contradice el consenso alcanzado para la aprobación del Código Penal de 1995, y el reconocimiento del derecho a morir. No hay ninguna razón para que la regulación de la eutanasia suponga que las conductas de cooperación necesaria y directa a la muerte libre de otra persona, en las circunstancias del art. 143.4, no reguladas en la LORE, se castiguen con penas de cárcel muy superiores a las del actual Código Penal. No se debería reducir la atenuación prevista tan sólo al médico o médica, sino mantenerse para cualquier sujeto que realice la conducta prevista.

Según el artículo 143 del Código Penal (actualmente):

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.

#### ¿POR QUÉ?

Según el artículo 70 CP:

La pena inferior en grado a la prevista por la ley para cualquier delito tendrá la extensión resultante de la aplicación de las siguientes reglas: Art. 70. 2: la pena inferior en grado se formará partiendo de la cifra mínima señalada para el delito de que se trate y deduciendo de ésta la mitad de su cuantía, constituyendo el resultado de tal deducción su límite mínimo. El límite máximo de la pena inferior en grado será el mínimo de la pena señalada por la ley para el delito de que se trate, reducido en un día o en un día multa según la naturaleza de la pena a imponer.

Por lo tanto, con el C.P. actual, si la conducta fuera de cooperación no ejecutiva la pena pasaría de entre 2 y 5 años a entre 6 meses y dos años. En los casos en los que la cooperación fuera ejecutiva la pena pasaría de entre 6 y 10 años a entre un año y medio y 6.

Si se aprobara la LORE como figura en la propuesta un caso como el de Ángel Hernández, de cooperación ejecutiva, al desaparecer la atenuación del art. 143.4, se le aplicaría el art. 143.3, con una condena de entre 6 y 10 años de prisión.

# Por el derecho a una muerte digna *¡Asóciate!*

## Asociándote a DMD apoyas:

- La libertad, la autonomía personal y **el derecho a decidir sobre el final de la propia vida**
- Promover que la **buena muerte** se convierta en un **derecho humano**
- La **despenalización de la eutanasia** y el suicidio asistido
- El **asesoramiento gratuito** sobre derechos sanitarios y toma de decisiones al final de la vida
- **Superar el tabú de la muerte** a través de información y actividades (*pedagogía de la buena muerte*), para fomentar que **la ciudadanía tome sus propias decisiones con libertad**

Si decides apoyar a DMD **te mantendremos informado** sobre novedades y actividades a través de boletines y la revista. Además **puedes recibir a asesoramiento médico especializado** para la toma de decisiones al final de la vida y pasados tres meses de antigüedad puedes solicitar la guía de muerte voluntaria.

## Contacta con el grupo más cercano

### DMD FEDERAL

✉ [informacion@derechoamorrir.org](mailto:informacion@derechoamorrir.org)  
☎ 91 369 17 46  
Puerta del Sol 6, 3º IZDA | 28013 Madrid

### DMD ANDALUCÍA

✉ [dmdandalucia@derechoamorrir.org](mailto:dmdandalucia@derechoamorrir.org)  
☎ 689 101 113

### DMD ARAGÓN

✉ [dmdaragon@derechoamorrir.org](mailto:dmdaragon@derechoamorrir.org)  
☎ 660 236 242  
Apartado de Correos 14011 | 50080 Zaragoza

### DMD ASTURIAS

✉ [dmdasturias@derechoamorrir.org](mailto:dmdasturias@derechoamorrir.org)  
☎ 689 308 665

### DMD CATALUNYA

✉ [dmdcatalunya@eutanasia.cat](mailto:dmdcatalunya@eutanasia.cat)  
☎ 934 123 203  
Av. Portal de l'Àngel, 7 - 4ºB | 08002 Barcelona

### DMD CIUDAD REAL

✉ [dmdciudadreal@derechoamorrir.org](mailto:dmdciudadreal@derechoamorrir.org)

### DMD EUSKADI

✉ [dmdeuskadi@derechoamorrir.org](mailto:dmdeuskadi@derechoamorrir.org)  
☎ 635 738 131  
Araba nº 6 semisótano. | 48014 Bilbao

### DMD GALICIA

✉ [dmdgalicia@derechoamorrir.org](mailto:dmdgalicia@derechoamorrir.org)

### DMD MADRID

✉ [dmdmadrid@derechoamorrir.org](mailto:dmdmadrid@derechoamorrir.org)  
☎ 91 369 17 46  
Puerta del Sol, 6 - 3º Izda. | 28013 Madrid

### DMD NAVARRA

✉ [dmdnavarra@derechoamorrir.org](mailto:dmdnavarra@derechoamorrir.org)  
☎ 696 357 734

### DMD SALAMANCA

✉ [dmdsalamanca@derechoamorrir.org](mailto:dmdsalamanca@derechoamorrir.org)

### DMD COM. VALENCIANA

✉ [dmdvalencia@derechoamorrir.org](mailto:dmdvalencia@derechoamorrir.org)  
☎ 608 153 612 / 962 023 912  
C/Pérez Pujol, 10, 3er pis 6D | 46002 | València



**#LIBRES**

**HASTA EL**

**FINAL**

ASOCIACIÓN **DERECHO A**  
**MORIR DIGNAMENTE**

 [twitter.com/derechoamrir](https://twitter.com/derechoamrir)  
Síguenos

 [facebook.com/derechoamrir](https://facebook.com/derechoamrir)  
Hazte fan

[www.derechoamrir.org](http://www.derechoamrir.org)

**dmd**  
DERECHO A MORIR DIGNAMENTE