

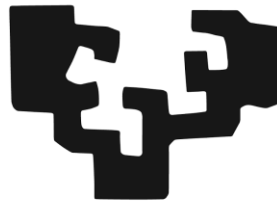
TRABAJO DE FIN DE GRADO - GRADO EN DERECHO

**LEGALIZACIÓN DE LA EUTANASIA Y
SECULARIZACIÓN DEL ORDENAMIENTO JURÍDICO
PENAL ESPAÑOL**

TRABAJO REALIZADO POR ANA DOMÍNGUEZ TORAL

DIRIGIDO POR ADORACIÓN CASTRO JOVER

eman ta zabal zazu



Universidad
del País Vasco

Euskal Herriko
Unibertsitatea

Facultad de Derecho

Universidad del País Vasco / Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU)

Año académico: 2020 - 2021

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	2
2. DOCTRINA DE LA IGLESIA CATÓLICA Y EL PROCESO FINAL DE LA VIDA	4
2.1. El suicidio	5
2.2. Eutanasia activa. Cuidados paliativos y eutanasia.	7
2.2.1. Cuidados Paliativos	8
2.2.2. Eutanasia	9
3. DE LA PENALIZACIÓN A LA DESPENALIZACIÓN DE LA EUTANASIA	10
4. LEYES AUTONÓMICAS REGULADORAS DEL PROCESO FINAL DE LA VIDA	16
4.1. Objeto y derechos protegidos	17
4.1.1. Objeto	17
<i>A. Cuidados paliativos</i>	17
<i>B. Sedación</i>	19
4.1.2. Derechos protegidos	20
<i>A. Derecho a la dignidad</i>	20
<i>B. Autonomía del paciente</i>	23
4.2. Titularidad del derecho	25
4.2.1. Requisitos	25
<i>A. Sujetos</i>	25
<i>B. Proceso final de la vida</i>	26
<i>C. Consentimiento informado</i>	27
<i>D. Solicitud</i>	28
4.3. Prestación del derecho	28
4.3.1. Facultativo	28
4.3.2. Garantías	28
<i>A. En relación con el derecho a la intimidad y confidencialidad del paciente</i>	28
<i>B. Respeto de los valores y creencias del paciente</i>	29
<i>C. En el acceso a la prestación</i>	29

5. LEY ORGÁNICA 3/2021, DE 24 DE MARZO, DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA	30
5.1. Objeto y derechos protegidos	30
5.1.1. Objeto	30
<i>A. Suicidio medicamente asistido</i>	30
<i>B. Eutanasia</i>	31
5.1.2. Derechos protegidos	31
<i>A. Derecho a la vida</i>	31
<i>B. Derecho a la dignidad</i>	33
<i>C. Autonomía del paciente</i>	33
5.2. Titularidad del derecho	34
5.2.1. Requisitos	34
<i>A. Sujetos</i>	34
<i>B. Proceso de ayuda a morir</i>	35
<i>C. Consentimiento informado</i>	35
5.2.2. Procedimiento a seguir cuando hay una solicitud de prestación de ayuda para morir.	37
5.3. Prestación del derecho	37
5.3.1. Lugar de prestación	37
5.3.2. Garantías	38
<i>A. En relación con el derecho a la intimidad y confidencialidad del paciente</i>	38
<i>B. Respetto de los valores y creencias del paciente</i>	38
<i>C. En el acceso a la prestación</i>	39
6. CONCLUSIONES	40
FUENTES EMPLEADAS	43

1. INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas el debate sobre la eutanasia ha cobrado gran importancia en nuestra sociedad debido a diversos cambios que se han desarrollado, principalmente, en dos ámbitos, social y jurídico.

Desde el punto de vista social, lo que ha ocurrido es que, debido a la creciente prolongación de la esperanza de vida y del continuo desarrollo científico y técnico de la medicina, son muchas las ocasiones en las que las personas llegan al proceso final de su vida en condiciones de importante deterioro físico y psíquico. En este contexto donde los pacientes ven su dignidad gravemente degradada, la eutanasia se presenta como una garantía de su dignidad en el proceso final de la vida. Esta demanda social de la eutanasia se ha visto claramente reflejada en la reciente encuesta del CIS del año 2021¹, donde un 72,3% de los encuestados se mostraban a favor de su legalización.

Por otro lado, desde el punto de vista jurídico, se ha producido un cambio en el modelo de relación entre la Iglesia Católica y el Estado con respecto a los precedentes del siglo XIX, que era el de una confesionalidad estatal, y en ocasiones histórico-sociológica, y del inmediatamente precedente a la Constitución de 1978, de confesionalidad doctrinal. Con la democracia se incorpora de forma implícita en la Constitución de 1978 el principio de laicidad, cuyo objetivo principal es el de garantizar la igualdad en el ejercicio de la libertad de conciencia. Para lograr dicha finalidad es necesario que el Estado esté separado de las confesiones religiosas y que los poderes públicos guíen sus actuaciones por el principio de neutralidad, esto es, que sean imparciales en la toma de sus decisiones, en las que no deberán tener en cuenta valores religiosos.

A la luz del principio de laicidad, garantía de la igualdad en la libertad en el ejercicio de la libertad de conciencia y de este consenso social, el Estado ha regulado la eutanasia, mediante la Ley Orgánica 3/2021, de regulación de la eutanasia. Con esta ley lo que se busca es, tal y como se establece en su exposición de motivos, dar una

¹ Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). *Barómetro de enero 2021*. Enero 2021, estudio núm. 3307. Disponible en: http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/3300_3319/3307/es3307mar.pdf [consulta 17 mayo 2021].

respuesta “jurídica, sistemática, equilibrada y garantista, a una demanda sostenida de la sociedad actual como es la eutanasia”.

El objetivo de este trabajo es analizar esa evolución jurídica que se ha producido en el ámbito de la eutanasia desde el siglo XIX, donde este tipo de prácticas estaban penalizadas como consecuencia de la influencia de los valores católicos en el ordenamiento jurídico español. En otras palabras, se trata de mostrar que la legalización de la eutanasia en la actualidad supone una secularización de las normas penales y el desprendimiento de la visión sacralizada de la vida propia de una cosmovisión religiosa.

El trabajo se ha dividido en tres partes. En primer lugar, se analizará la cuestión de la eutanasia desde el punto de vista religioso, abordando la posición de la Iglesia Católica y la idea de la sacralidad de la vida.

Teniendo en cuenta la gran influencia que ha tenido tradicionalmente la doctrina católica en el ordenamiento jurídico español, en segundo lugar, se realizará un análisis del tratamiento de la eutanasia por los distintos Códigos Penales, en relación con los diferentes modelos de relación entre la Iglesia Católica y Estado que ha habido desde el siglo XIX hasta la actualidad.

En tercer y último lugar se abordará la regulación actual de la eutanasia activa, comprensiva de la indirecta y la directa, siendo consciente de que en la actualidad existe un amplio consenso en las doctrinas bioética y penalista en limitar el empleo del término “eutanasia” a aquella que se produce de manera activa y directa. De esta forma, todas aquellas actuaciones que pudieran considerarse como eutanasia activa indirecta han sido excluidas del concepto de eutanasia. Así se encuentra recogido en el preámbulo la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. De esta forma, lo que antes era conocido como eutanasia activa indirecta, en la actualidad recibe el nombre de cuidados paliativos. A pesar de que el término eutanasia activa indirecta hoy esté superado, y su regulación se haya realizado a niveles competenciales distintos y en normas diferentes, nos ha parecido de interés su estudio con el objeto de mostrar el distinto grado de aceptación de una y otra en sectores cercanos a la Iglesia católica y de comparar el alcance en la garantía de los derechos implicados. Así pues, se hará

referencia de modo comparado a las leyes autonómicas reguladoras del proceso final de la vida y la Ley Orgánica 3/2021 reguladora de la eutanasia.

2. DOCTRINA DE LA IGLESIA CATÓLICA Y EL PROCESO FINAL DE LA VIDA

Para la Iglesia Católica la vida es fruto de la acción creadora de Dios, que ha conferido al hombre una serie de facultades limitadas de administración y conservación sobre ella. En este sentido, sostiene que Dios es el propietario de la vida humana, mientras que las personas solamente tienen un mero derecho de posesión sobre la misma². De esta forma, al considerar a Dios como “el Señor de la vida”, la Iglesia Católica afirma que éste es el único sujeto legitimado para disponer de ella³. Por consiguiente, al tratarse de un don divino, la Iglesia proclama que la vida humana es sagrada y que el hombre tiene la obligación de conservarla⁴.

Esta idea encuentra su reflejo en el quinto mandamiento del Decálogo de la Iglesia Católica (“no matarás”) puesto que, al ser Dios el único con poder de disposición sobre la vida, se considera que cualquier atentado contra ésta supone el rechazo de su soberanía⁵. En este sentido, es necesario apuntar que el enunciado “no matarás” no hace referencia únicamente a la vida ajena, sino que también se incluye en dicho precepto la prohibición de terminar con la propia vida⁶.

² CATECISMO DE LA IGLESIA CATÓLICA, núm. 2280, en *La Santa Sede*. Disponible en: http://www.vatican.va/archive/catechism_sp/p3s2c2a5_sp.html#I%20E1%20respeto%20de%20la%20vida%20humana [consulta 17 mayo 2021].

³ JUAN PABLO II. “Carta encíclica *evangelium vitae* del sumo pontífice Juan Pablo II a los obispos, a los sacerdotes y diáconos, a los religiosos y religiosas, a los fieles laicos y a todas las personas de buena voluntad sobre el valor y el carácter inviolable de la vida humana”, núm. 39, en *La Santa Sede*. 25 marzo 1995. Disponible en: http://www.vatican.va/content/john-paul-ii/es/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae.html [consulta 17 mayo 2021].

⁴ Véase, CATECISMO DE LA IGLESIA CATÓLICA, núm. 2280, en *La Santa Sede*. Disponible en: http://www.vatican.va/archive/catechism_sp/p3s2c2a5_sp.html#I%20E1%20respeto%20de%20la%20vida%20humana [consulta 17 mayo 2021].

⁵ SAGRADA CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE. “Declaración *iura et bona* sobre la eutanasia”, en *La Santa Sede*. 5 mayo 1980. Disponible en: http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19800505_euthanasia_sp.html [consulta 17 mayo 2021].

⁶ Véase, SAGRADA CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, “Declaración *iura et bona* sobre la eutanasia”, en *La Santa Sede*. 5 mayo 1980. Disponible en: http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19800505_euthanasia_sp.html [consulta 17 mayo 2021].

2.1. El suicidio

El suicidio supone una vulneración del principio de sacralidad de la vida, y es precisamente esa la razón por la que se considera un pecado contra la religión. Así pues, la Iglesia Católica sostiene que la muerte voluntaria de una persona es contraria a lo establecido en el quinto mandamiento y a la obligación que tiene el ser humano de conservar y perpetuar la vida⁷.

Por ello, la Iglesia Católica estableció en un principio una serie de sanciones para todas aquellas personas que cometiesen actos suicidas. Con anterioridad al siglo XX el derecho canónico se encontraba recogido en un conjunto disperso de normas. A partir de 1917, bajo el pontificado del Santo Padre Benedicto XV se promulgó el primer Código de Derecho Canónico⁸, que codifica la legislación canónica. De esta forma, al recogerse todos los documentos previos en un único texto, se facilitó en gran medida la aplicación del derecho canónico.

Las normas recogidas en el Código de Derecho Canónico de 1917 privan a los suicidas de la sepultura cristiana⁹, así como de las exequias eclesiásticas¹⁰. En otras palabras, se sancionó a estos pecadores negándoles la posibilidad de ser enterrados en cementerios cristianos y de poder recibir la misa católica en su funeral, de tal forma que este tipo de medidas funcionaban como un castigo para los suicidas en el más allá. Asimismo, mediante la aplicación de este tipo de sanciones también se perseguía reparar el escándalo provocado por los pecadores con su comportamiento y servir de ejemplo para todos aquellos que tuviesen la intención de suicidarse¹¹. Por otro lado, el Código de Derecho Canónico no sólo establecía sanciones para los suicidas, sino también para todos los sujetos que vulnerasen las prohibiciones establecidas para aquellos. De esta forma, se castigaba por medio de la excomunión a quienes permitiesen

⁷ Véase, CATECISMO DE LA IGLESIA CATÓLICA, núm. 2281, en *La Santa Sede*. Disponible en: http://www.vatican.va/archive/catechism_sp/p3s2c2a5_sp.html#I%20E1%20respeto%20de%20la%20vida%20humana [consulta 17 mayo 2021].

⁸ ÁLVAREZ DE LAS ASTURIAS, Nicolás. “Derecho canónico y codificación: Alcance y límites de la asunción de una técnica”, en *Ius canonicum*. 2011, vol. 51, núm. 101, pp. 105-136, especialmente p. 110.

⁹ CÓDIGO DE DERECHO CANÓNICO, 1917, c. 1240.1, núm. 3, en *La Santa Sede*.

¹⁰ Véase, CÓDIGO DE DERECHO CANÓNICO, 1917, c. 1241.

¹¹ DUBIEL, Kryspin, “La privación de las exequias eclesiásticas en el Código de Derecho Canónico de 1983”, en *Civilizar: Ciencias Sociales y Humanas*. 2015, vol. 15, núm. 28, pp. 37-46, especialmente p. 40.

el entierro de los suicidas en los cementerios cristianos y que se les otorgasen las exequias cristianas¹².

Esta regulación se mantiene hasta la reforma del Código en el año 1983. En el nuevo Código de Derecho Canónico, vigente en la actualidad, se suprimen los preceptos que hacían referencia a los castigos contra los suicidas¹³. De esta forma, al no establecerse sanción alguna para ellos, se abrió la posibilidad de que los suicidas pudiesen recibir sepultura cristiana y las exequias católicas. Sin embargo, cabe aclarar que, a pesar de haberse suprimido las sanciones contra los suicidas, este hecho no implica que ya no sea un pecado, dado que en la actualidad continúa teniendo la consideración de una grave violación contra la ley divina.

Respecto de la supresión de la prohibición de dar sepultura cristiana a los suicidas, esto fue probablemente una consecuencia de la gran disminución de cementerios católicos que tuvo lugar entre la vigencia del Código de Derecho Canónico de 1917 y su reforma en el año 1983. En 1917 prácticamente todos los cementerios eran propiedad de la Iglesia Católica por lo que, al prohibir dar sepultura a los suicidas en dichos cementerios, se excluía a éstos del resto de la sociedad. Sin embargo, a través del canon 1240 §1 del Código de Derecho Canónico de 1983 puede entreverse que, al contrario de lo que ocurría en 1917, en 1983 el número de cementerios cristianos era muy reducido, siendo la mayoría de ellos civiles. Por consiguiente, al dar sepultura a prácticamente toda la sociedad en cementerios no católicos, carecía de sentido dicha prohibición, dado que el hecho de no darles sepultura en un cementerio cristiano no implicaba un castigo de gran envergadura.

2.2. Eutanasia activa. Cuidados paliativos y eutanasia.

La Iglesia Católica no solo se muestra contraria al suicidio, supuesto en el que un sujeto se quita la vida sin ayuda de nadie, sino que también muestra su oposición frente a cualquier otro tipo de conductas que pongan fin o ayuden a poner fin a una vida ajena. Precisamente por ello, al consistir la eutanasia activa en terminar con una vida

¹² Véase, CÓDIGO DE DERECHO CANÓNICO, 1917, c. 2339 y 2350.

¹³ CÓDIGO DE DERECHO CANÓNICO, 1983, c. 1177, 1182 y 1184, en *La Santa Sede*. Disponible en: <https://www.vatican.va/archive/ESL0020/INDEX.HTM> [consulta 17 mayo 2021].

ajena por medio de actos que de forma directa o indirecta busquen dicho resultado¹⁴, la Iglesia se muestra contraria a ese tipo de práctica. Ello se debe a que, al ser la vida humana sagrada, se considera que matar a un ser humano, en el que está presente la imagen de Dios, es un pecado particularmente grave¹⁵. Sin embargo, esta prohibición de la eutanasia activa no afecta a todas sus modalidades, sino únicamente a la eutanasia activa directa. En otras palabras, la Iglesia Católica permite tanto la eutanasia pasiva, como los cuidados paliativos; prohibiendo solamente la eutanasia activa directa. A continuación, se distinguirá la posición que ocupa la Iglesia Católica en los supuestos de cuidados paliativos y eutanasia.

2.2.1. Cuidados Paliativos

Esta modalidad eutanásica tiene como objetivo principal la mejora de la calidad de vida del paciente en la fase final de su enfermedad, aliviando los dolores que pudiera padecer mediante el empleo de cuidados paliativos o terapéuticos¹⁶. A pesar de ello, este tipo de tratamientos tienen una alta probabilidad de causar el fallecimiento del paciente, por lo que un efecto secundario del empleo de estas técnicas es la abreviación de la vida¹⁷. De esta forma, puede afirmarse que mediante los cuidados paliativos lo que se persigue directamente no es terminar con la vida del enfermo, sino aliviar los dolores que pudiera padecer éste como consecuencia de su enfermedad.

En este sentido, al no tener como objetivo principal la muerte del paciente, la Iglesia Católica se muestra a favor del empleo de los cuidados paliativos por los profesionales sanitarios. Ello se debe a que por medio del quinto mandamiento lo que se condena es el hecho de matar de forma directa a un ser humano¹⁸ y, en el caso de los

¹⁴ RIVERA LÓPEZ, Eduardo. “Eutanasia y autonomía”, en *HUMANITAS, HUMANIDADES MÉDICAS*. 2003, vol. 1, núm. 1, pp. 79-86, especialmente pp. 80-81.

¹⁵ Véase, JUAN PABLO II, “Carta encíclica *evangelium vitae*”, núm. 55, en *La Santa Sede*. 25 marzo 1995. Disponible en: http://www.vatican.va/content/john-paul-ii/es/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae.html [consulta 17 mayo 2021].

¹⁶ QUINTERO OLIVARES, Gonzalo. *Comentarios al Código penal español. Tomo I, (Artículos 1 a 233)*. Morales, Fermín (coord.). Séptima edición. Navarra: Thomson Reuters-Aranzadi, 2016, pp. 1684, especialmente p. 1005.

¹⁷ PAYÁN ELLACURIA, Ekain. “Análisis jurídico-penal de la Ley Orgánica de regulación de la eutanasia: una propuesta de *lege ferenda*”, en *e-Eguzkilore. Revista Electrónica de Ciencias Criminológicas*. 2020, núm. 5, pp. 36, especialmente p. 6. Disponible en: <https://ojs.ehu.eus/index.php/eguzkilore/article/view/21828/19648> [consulta 17 mayo 2021].

¹⁸ SAGRADA CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE. “Instrucción *Donum Vitae* sobre el respeto de la vida humana naciente y la dignidad de la procreación”, int. 5, en *La Santa Sede*. 22

cuidados paliativos no se persigue directamente terminar con la vida del paciente, sino que, por el contrario, la muerte del enfermo se presenta como un efecto secundario. Esta misma idea fue defendida por el papa Pío XII en 1957 al afirmar la licitud, desde el punto de vista religioso, del empleo de cuidados paliativos para suprimir el dolor de los enfermos, a pesar de que una consecuencia de ello pudiera ser el acortamiento vital¹⁹.

2.2.2. Eutanasia

El objetivo principal de la eutanasia es el acortamiento vital de una persona que tiene una enfermedad que es terminal o que le produce unos dolores permanentes y difíciles de soportar²⁰. Como bien se ha establecido anteriormente, la Iglesia Católica considera un pecado contra la religión todas las conductas que tengan como objetivo principal terminar con la vida de un ser humano. Debido a ello, la Iglesia sostiene que la eutanasia supone una grave violación de la Ley de Dios, en cuanto que la vida es un bien indisponible por el ser humano y únicamente puede ser Dios quien de muerte a una persona²¹. Queda claro así que la razón por la que la Iglesia Católica está a favor de los cuidados paliativos y en contra de la eutanasia es porque, mientras que esta última tiene como fin principal la búsqueda de la muerte del paciente; en el caso de la indirecta, por el contrario, el objetivo principal es aliviar el sufrimiento al final de la vida, y la muerte solamente se presenta como una posibilidad. Es decir, esta diferencia de posiciones por parte de la Iglesia Católica se basa en que lo que la religión prohíbe es la búsqueda directa de la muerte de una persona, y esto solamente se produce en la eutanasia.

Es precisamente por esta razón que tanto la Iglesia como los partidos políticos más representativos de los valores católicos se han mostrado contrarios a la aprobación

febrero 1987. Disponible en: https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19870222_respect-for-human-life_sp.html [consulta 17 mayo 2021].

¹⁹ PÍO XII. “Discurso del santo padre Pío XII sobre las implicaciones religiosas y morales de la analgesia”, en *La Santa Sede*. 24 febrero 1957. Disponible en: http://www.vatican.va/content/pius-xii/es/speeches/1957/documents/hf_p-xii_spe_19570224_anestesiologia.html [consulta 17 mayo 2021].

²⁰ Véase, PAYÁN ELLACURIA, Ekain, “Análisis jurídico-penal de la Ley Orgánica de regulación de la eutanasia: una propuesta de *lege ferenda*” en e-Eguzkilore. Revista Electrónica de Ciencias Criminológicas. 2020, núm. 5, pp. 36, especialmente p. 6. Disponible en: <https://ojs.ehu.eus/index.php/eguzkilore/article/view/21828/19648> [consulta 17 mayo 2021].

²¹ Véase, PÍO XII, “Discurso del santo padre Pío XII sobre las implicaciones religiosas y morales de la analgesia”, en *La Santa Sede*. 24 febrero 1957. Disponible en: http://www.vatican.va/content/pius-xii/es/speeches/1957/documents/hf_p-xii_spe_19570224_anestesiologia.html [consulta 17 mayo 2021].

de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia²². En este sentido, la Conferencia Episcopal Española, tras la reciente aprobación de dicha ley, ha abordado la cuestión invitando a los cristianos a firmar un documento de voluntades anticipadas donde establezcan que no quieren que se les “aplique la prestación de ayuda a morir en ninguna de sus formas, sea la eutanasia o el «suicidio médicamente asistido»”²³. Además, han sido varios los obispos que se han mostrado contrarios a la aprobación de la Ley Orgánica 3/2021 y que han solicitado la regulación estatal de los cuidados paliativos como una alternativa a la legalización de la eutanasia²⁴. Es destacable en este caso el discurso del obispo REIG PLA²⁵, quien ha declarado que la aprobación de la ley orgánica de regulación de la eutanasia forma parte de un "tsunami de leyes que desregularizan el patrimonio cultural y espiritual de España".

Asimismo, al mostrarse la Iglesia Católica en contra del empleo de la eutanasia, ha llamado a la objeción de conciencia a los sanitarios con la finalidad de obstaculizar e incluso impedir, en la medida de lo posible, la aplicación de una ley que es contraria a los valores católicos²⁶, como es el caso de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

3. DE LA PENALIZACIÓN A LA DESPENALIZACIÓN DE LA EUTANASIA

Aunque el modelo de relación entre la Iglesia Católica y el Estado ha ido evolucionando desde el siglo XIX hasta la democracia, el castigo de la eutanasia como delito por los diferentes Códigos Penales ha sido prácticamente una constante.

²² LA RAZÓN. “Vox y PP son los partidos que más representan los valores católicos” en *Público*. 05 abril 2021. Disponible en: <https://www.larazon.es/religion/vox-y-pp-son-los-partidos-que-mas-representan-los-valores-catolicos-OA23010493/> [consulta 17 mayo 2021].

²³ CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA. *Declaración de instrucciones previas y voluntades anticipadas aprobado por la CXVII Asamblea Plenaria*. Disponible en: <https://www.conferenciaepiscopal.es/nuevo-testamento-vital-cee/> [consulta 17 mayo 2021].

²⁴ ACTUALL. “Eutanasia: Obispos españoles recuerdan el ‘No matarás’ y defienden los cuidados paliativos”, en *Actual*. 22 mayo 2018. Disponible en: <https://www.actuall.com/vida/eutanasia-obispos-espanoles-recuerdan-el-no-mataras-y-defienden-los-cuidados-paliativos/> [consulta 17 mayo 2021].

²⁵ BASTANTE, Jesús. “Reig Pla acusa al Gobierno de “convertir España en un campo de exterminio””, en *elDiario.es*. 22 marzo 2021, https://www.eldiario.es/sociedad/reig-pla-acusa-gobierno-convertir-espana-campo-exterminio_1_7333204.html [consulta 17 mayo 2021].

²⁶ ALBIN, Danilo. “Los obispos se atrincheran contra la ley de eutanasia y abren otro frente con el Gobierno”, en *Público*. 05 abril 2021. Disponible en: <https://www.publico.es/politica/obispos-atrincheran-ley-eutanasia-abren-frente-gobierno.html> [consulta 17 mayo 2021].

El auxilio al suicidio fue objeto de penalización por el ordenamiento jurídico español por primera vez a través del Código Penal (en adelante CP) de 1848. Mediante su artículo 326, el legislador distingue entre el que presta auxilio al suicidio y el que presta el auxilio hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte. En el primer caso la pena es de prisión mayor, en el segundo supuesto, auxilio ejecutivo, la pena prevista es de reclusión temporal en su grado mínimo²⁷, equiparándose al homicidio sin agravantes, pero aplicándole el grado mínimo. Dicha ley fue elaborada en un contexto en el que el modelo de relación entre la Iglesia Católica y el Estado se identificaba con el de la confesionalidad estatal, tal y como se refleja en el artículo 11 de la Constitución Española (en adelante CE) de 1845, donde se establecía que “*la Religión de la Nación española es la católica, apostólica, romana*”. Fue precisamente esta relación tan estrecha la que justificó la penalización de la eutanasia por el ordenamiento jurídico español, al ser considerada dicha conducta como un pecado contra la religión.

El CP 1845 mantuvo su vigencia hasta 1850, año en el que se realizó una reforma del texto legal. Sin embargo, dicha reforma no afectó a la regulación del auxilio al suicidio, puesto que el artículo 335 mantuvo su penalización en idénticos términos que el CP anterior. En 1850 estaba vigente la carta magna de 1845 y es precisamente por ello que se conservó en el CP 1850 la misma redacción que había en el CP 1845 respecto del auxilio ejecutivo al suicidio.

Con posterioridad, el CP de 1870 mostró un endurecimiento en la penalización al equiparar la pena del auxilio ejecutivo al suicidio (artículo 421) con la del homicidio (artículo 419). Así, se aumentó la pena del auxilio ejecutivo al suicidio, de tal forma que se preveía para ambos delitos la pena de reclusión temporal. Tal y como ocurrió con el anterior CP, esta redacción también encontraba su sustento en la relación que mantenían en ese momento el Estado y la Iglesia Católica. Ciertamente es que, al contrario de lo que ocurría con la CE de 1845, en la Constitución vigente en 1870 (CE de 1869) no había ningún precepto a través del cual se identificase al Estado español con una religión concreta, por lo que el modelo de relación no era el de una confesionalidad estatal. Sin embargo, en su articulado se establecían ciertos privilegios en favor de la religión

²⁷ FELDMANN, Mirja. “La regulación española relativa a la punibilidad de las intervenciones en el suicidio en comparación con la situación en el Derecho alemán”, en *Anuario de Derecho Penal y ciencias Penales*. 2011, tomo 64, núm. 1, pp. 99-162, especialmente pp. 140-141.

católica, por lo que cabe afirmar que, en el momento de redacción del CP de 1870, el Estado español continuaba siendo un estado confesional, aunque en este caso se trataba de una confesionalidad histórico-sociológica²⁸. Como consecuencia de ello, cobra sentido el mantenimiento de la penalización del auxilio ejecutivo al suicidio en el CP de 1870, al continuar estando el ordenamiento jurídico español fuertemente influenciado por valores católicos.

El CP volvió a ser reformado en el año 1928, que se promulgó estando vigente la CE de 1876, cuyo artículo 11 reflejaba la confesionalidad estatal del Estado, al identificar al país con una religión concreta, la católica. Como consecuencia de ello, el CP de 1928, al igual que sus antecesores, continuó estando fuertemente influenciado por el catolicismo, de ahí que continuase siendo ilícito cualquier tipo de cooperación al suicidio. A pesar de ello, la normativa penal supuso dos grandes avances respecto del CP anterior. Por un lado, dejaron de equipararse las penas del homicidio y del auxilio ejecutivo al suicidio, estableciéndose para este segundo caso una pena ligeramente inferior a la del homicidio (artículo 517 CP). Además de esto, supuso un cambio más significativo la adición de un segundo apartado al artículo 517: *“Esto, no obstante, en todos los casos del párrafo anterior, los Tribunales, apreciando las condiciones personales del culpable, los móviles de su conducta y las circunstancias del hecho, podrán, a su prudente arbitrio, imponer una pena inferior a la señalada para el delito”*. A pesar de estos avances, el auxilio al suicidio continuó estando regulado bajo la misma rúbrica que el CP anterior y, además, la reducción de la pena no fue muy significativa, dado que se acercaba bastante a la pena establecida para el caso del homicidio.

Este paso adelante por parte del CP de 1928 muestra el comienzo de la apreciación por parte del ordenamiento jurídico español de determinadas circunstancias que permitiesen la aplicación de reducción de penas para el caso del auxilio ejecutivo al suicidio. Ello se debe a que el segundo apartado del artículo 517 facultaba a los jueces para que aplicasen una pena inferior en los casos de auxilio al suicidio atendiendo a *“las condiciones personales del culpable, los móviles de su conducta y las circunstancias del hecho.”*

²⁸ LLAMAZARES FERNANDEZ, Dionisio. “Principios, técnicas y modelos de relación entre estado y grupos ideológicos religiosos (confesiones religiosas) y no religiosos”, en *Revista de estudios políticos*. 1995, núm. 88, pp. 29-62, especialmente p. 55.

El inicio de la Segunda República Española en 1931 supuso la ruptura con la tradición de confesionalidad estatal, y durante un periodo histórico-sociológica, por la que se había caracterizado el país con anterioridad. Por medio del artículo 3 de la CE de 1931 se introdujo por primera vez el principio de laicidad del Estado, aunque son varios los autores que consideran que realmente lo que había durante la Segunda República era un laicismo, debido a que muchas de las actuaciones del Estado mostraban una cierta hostilidad hacia la religión católica²⁹. Sin embargo, dado el corto periodo que dura este modelo político, esta separación entre Iglesia y Estado no tuvo efecto en la normativa penal, puesto que la cooperación ejecutiva al suicidio continuó estando penalizada por los dos Códigos Penales que estuvieron vigentes durante ese periodo. El primero de los Códigos que estuvo en vigente durante este periodo fue el CP 1870, que volvió a entrar en vigor de forma automática con la promulgación del Decreto de 15 de abril de 1931 por el que se anulaba el CP de 1928³⁰.

Posteriormente, se promulgó el CP de 1932, que mantuvo la misma posición que el CP 1870 respecto de la cooperación al suicidio en su artículo 415, donde, además de seguir manteniéndose esa equiparación de las penas, se suprimió el arbitrio judicial introducido por el CP de 1928. De esta forma, queda claro que, a pesar de declararse en la Carta Magna de 1931 el principio de laicidad, la normativa penal seguía estando fuertemente influenciada por los dogmas católicos, al restaurarse la posición que tenía el Estado respecto de la cooperación al suicidio en 1870, donde el modelo de relación Iglesia-Estado era de una confesionalidad sociológico-histórica.

Más adelante, durante el Régimen de Franco se promulgó un nuevo CP en 1944, cuyo artículo 143 era exactamente idéntico al artículo 415 del CP anterior, de tal forma que se mantuvo la misma regulación que había durante la Segunda República respecto de la cooperación al suicidio. Este hecho guarda justificación en el modelo de relación que había durante la dictadura entre la Iglesia Católica y el Estado, que era el de una

²⁹ En este sentido, MORENO SECO, Mónica, “La política religiosa y la educación laica en la Segunda República”, en *Pasado y memoria: Revista de historia contemporánea*. 2003, núm. 2, pp. 83-106, especialmente pp. 85-86. También, VÁZQUEZ OSUNA, Federico. “La Llibertat religiosa en el constitucionalisme español. Les creences dissidents”, en *Revista de Dret Històric Català*. 2013, núm. 12, pp. 109-132, especialmente pp. 125-126.

³⁰ CABO DEL ROSAL, Gabriela. “Los mecanismos de creación legislativa tras la derogación del Código Penal de 1928: tres códigos penales entre 1931-1932”, en *Revista de las Cortes Generales*. 2010, núm. 80, pp. 181-221., especialmente pp. 188-200.

confesionalidad estatal. Por ello, al identificarse el Estado con la religión católica, tiene sentido el mantenimiento de dicho precepto.

La promulgación de la Constitución de 1978 introduce un cambio en cuanto al modelo de relación entre la Iglesia Católica y el Estado, al incorporar el principio de laicidad como garantía de la igualdad en el ejercicio de la libertad de conciencia, lo cual supuso el inicio de la secularización del ordenamiento jurídico español³¹. Este proceso encuentra su justificación en ese objetivo de la laicidad, es decir, el de velar por que todas las personas puedan ejercer su libertad de conciencia en plena igualdad de condiciones. Para ello se requiere la neutralidad por parte del Estado, que se traduce en un mandato a los poderes públicos de ser imparciales y, de esta forma, no tener en cuenta valores religiosos en sus decisiones. En otras palabras, implica que el legislador no debe verse influenciado por una convicción concreta a la hora de promulgar las leyes³², dado que la identificación con una sola de ellas impediría el desarrollo y la eficacia del resto de convicciones, de tal forma que habría una desigualdad en el ejercicio de la libertad de conciencia.

Una de las manifestaciones del proceso secularizador fue la eutanasia, dado que el artículo 143.4º CP 1995 vino a establecer una reducción de la pena para los casos de cooperación al suicidio (suicidio asistido) y cooperación ejecutiva al suicidio (eutanasia). A pesar de ello, realmente no se produjo un gran avance en el proceso de secularización en este ámbito, puesto que las penas todavía eran muy elevadas para el caso de la eutanasia.

³¹ En este sentido, CASTRO JOVER, Adoración, “Laicidad y actividad positiva de los poderes públicos”, en *Revista General de Derecho Canónico y Derecho Eclesiástico del Estado*. 2003, núm. 3, 27 p., especialmente pp. 1-12. También, CASTRO JOVER, Adoración. “El proceso inacabado de la laicidad en el ordenamiento jurídico español”, en *Cuestiones de Pluralismo*. 2021, vol. 1, núm. 1. Disponible en: https://www.observatorioreligion.es/revista/articulo/el_proceso_inacabado_de_la_laicidad_en_el_ordenamiento_juridico_espanol/index.html [consulta 17 mayo 2021].

³² En este sentido, LLAMAZARES FERNÁNDEZ, Dionisio, *Derecho de la libertad de Conciencia I: Conciencia, tolerancia y laicidad*, Cuarta edición. Madrid: Civitas, 2011, pp. 442, especialmente pp. 349-352. También, ROCA FERNÁNDEZ, María José. “La neutralidad del Estado: Fundamento doctrinal y actual delimitación en la Jurisprudencia”, en *Revista española de derecho constitucional*. 1996, núm. 48, pp. 251-272, especialmente p. 269 y ss. Y del mismo modo, PORRAS RAMÍREZ, José María. “Mandato de neutralidad de las instituciones públicas y simbología religiosa”, en *Revista española de derecho constitucional*. 2012, núm. 94, pp. 335-354, especialmente p. 343.

En el caso concreto de la eutanasia, se establecieron 4 requisitos para poder aplicarse dicha atenuación en la pena³³:

- La víctima debe estar en una situación sanitaria especialmente desfavorable. Concretamente la ley exige el sufrimiento de “*una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar*”.
- La petición expresa, seria e inequívoca por parte de la víctima.
- La muerte del afectado
- La intervención ejecutiva de una tercera persona por medio de actos que conduzcan directamente a la muerte del afectado.

El CP 1995 continúa estando vigente, aunque su articulado ha sido objeto de reformas a través de diversos textos legislativos. Sin embargo, la regulación del auxilio al suicidio y, concretamente de la eutanasia, no ha sido objeto de modificación alguna hasta marzo del 2021, manteniéndose intacta la redacción del CP 1995 hasta ese momento.

En este sentido, el proceso secularizador de la normativa penal de la eutanasia ha dado un importante paso hacia delante con la aprobación y posterior promulgación de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, mediante la cual se ha legalizado la práctica de la eutanasia y del suicidio médicamente asistido³⁴ siempre que se cumplan una serie de requisitos que se analizarán posteriormente. Además, la disposición final primera de esta ley supone una modificación del apartado 4º del artículo 143 del CP vigente que añade un quinto apartado, quedando la redacción finalmente así:

“4. El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de una persona que sufriera un padecimiento grave, crónico e imposibilitante o una enfermedad grave e incurable, con sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables, por la petición expresa, seria e inequívoca

³³ Véase, PAYÁN ELLACURIA, Ekain, “Análisis jurídico-penal de la Ley Orgánica de regulación de la eutanasia: una propuesta de *lege ferenda*” en e-Eguzkilore. Revista Electrónica de Ciencias Criminológicas. 2020, núm. 5, pp. 36, especialmente p. 8. Disponible en: <https://ojs.ehu.eus/index.php/eguzkilore/article/view/21828/19648> [consulta 17 mayo 2021].

³⁴ Véase, *infra* apartado 5.1.1.A. Suicidio médicamente asistido, página 31.

de ésta, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los apartados 2 y 3.

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

Está ley evidencia, junto con la legalización del aborto, la separación por parte del CP de los valores católicos por los que venía estando influenciado desde sus inicios y la garantía de la libertad de convicciones. Esto es esencial puesto que, al no emplearse valores religiosos como parámetros de legitimidad, la neutralidad supone la garantía de la plena igualdad de todas las personas y el ejercicio de la libertad de conciencia³⁵.

4. LEYES AUTONÓMICAS REGULADORAS DEL PROCESO FINAL DE LA VIDA

Los cuidados paliativos han sido regulados por medio de diversas leyes autonómicas, en el caso del País Vasco se ha realizado a través de la Ley 11/2016, de 8 de julio, de garantía de los derechos y de la dignidad de las personas en el proceso final de la vida. Concretamente han sido doce las Comunidades Autónomas³⁶ (en adelante CCAA) que, en el ejercicio de sus competencias, han promulgado normativa

³⁵ Véase, LLAMAZARES FERNÁNDEZ, Dionisio, *Derecho de la libertad de Conciencia I: Conciencia, tolerancia y laicidad*. Cuarta edición. Madrid: Civitas, 2011, pp. 442, especialmente p. 346.

³⁶ Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud de la Comunidad Autónoma de Castilla y León. Ley 3/2009, de 11 de mayo, de los derechos y deberes de los usuarios del sistema sanitario de la Región de Murcia. Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte de la Comunidad Autónoma de Andalucía. Ley Foral 8/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte de la Comunidad Autónoma de Navarra. Ley 10/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte de la Comunidad Autónoma de Aragón. Ley 1/2015, de 9 de febrero, de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida de la Comunidad Autónoma de las Islas Canarias. Ley 4/2015, de 23 de marzo, de derechos y garantías de la persona en el proceso de morir de la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares. Ley 5/2015, de 26 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de las personas enfermas terminales de la Comunidad Autónoma de Galicia. Ley 11/2016, de 8 de julio, de garantía de los derechos y de la dignidad de las personas en el proceso final de su vida de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Ley 4/2017, de 9 de marzo, de Derechos y Garantías de las Personas en el Proceso de Morir de la Comunidad Autónoma de Madrid. Ley 5/2018, de 22 de junio, sobre derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso del final de la vida de la Comunidad Autónoma de Asturias. Ley 16/2018, de 28 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de atención al final de la vida de la Comunidad Autónoma de Valencia.

autonómica regulando el derecho a recibir cuidados paliativos. Este hecho se debe principalmente a que, ante una ausencia de regulación estatal, las CCAA se han visto en la necesidad de desarrollar legislativamente el derecho al acceso a cuidados paliativos incorporado en algunos de sus Estatutos de Autonomía durante la VIII legislatura de las Cortes Generales³⁷. A pesar de haberse regulado los cuidados paliativos a nivel autonómico, no han faltado peticiones de regulación a nivel estatal. En este sentido, tanto la Iglesia Católica como diversos partidos políticos de derechas como PP y Vox, que son los partidos que "más representan los valores católicos"³⁸, solicitaron que se regulasen los cuidados paliativos mediante una ley estatal en lugar de aprobar una ley de despenalización de la eutanasia³⁹.

Este desarrollo legislativo se ha realizado por medio de dos vías diferentes. Por un lado, Murcia y Castilla y León no han promulgado una ley regulando los cuidados paliativos, sino que el derecho a acceder a estas prestaciones está previsto en un artículo dentro de sus respectivas leyes de salud⁴⁰. Por otro lado, el resto de las CCAA han optado por promulgar leyes autonómicas cuyo ámbito exclusivo es la regulación de los cuidados paliativos. En este segundo caso, el enunciado de las diez normativas es prácticamente idéntico, de hecho muchos de los artículos tienen exactamente la misma redacción.

4.1. Objeto y derechos protegidos

4.1.1. Objeto

³⁷ MORENO ANTÓN, María. "Dignidad humana y final de la vida en las disposiciones autonómicas" en *Revista General de Derecho Canónico y Derecho Eclesiástico del Estado*. 2016, núm 40, pp. 53, especialmente p.7.

³⁸ Véase, LA RAZÓN. "Vox y PP son los partidos que más representan los valores católicos" en *Público*. 05 abril 2021. Disponible en: <https://www.larazon.es/religion/vox-y-pp-son-los-partidos-que-mas-representan-los-valores-catolicos-OA23010493/> [consulta 17 mayo 2021].

³⁹ GÜEL, Oriol. "El Congreso tumba el intento de PP y Vox de frenar la ley de eutanasia", en *elpaís.com*. 10 septiembre 2020. Disponible en: <https://elpais.com/sociedad/2020-09-10/el-congreso-tumba-el-intento-de-pp-y-vox-de-frenar-la-ley-de-eutanasia.html> [consulta 17 mayo 2021].

⁴⁰ En este sentido, artículo 19.b) de la Ley 3/2009, de 11 de mayo, de los derechos y deberes de los usuarios del sistema sanitario de la Región de Murcia. También, artículo 8.b) de la Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud de la Comunidad Autónoma de Castilla y León.

Las leyes autonómicas tienen por objeto la regulación de “*los derechos que corresponden a las personas en el proceso final de su vida*”⁴¹, haciendo referencia con ello concretamente al derecho a acceder a los cuidados paliativos y, consecuentemente a una técnica empleada en este tipo de casos como es la sedación.

A. Cuidados paliativos

Los cuidados paliativos han sido definidos en las distintas leyes autonómicas como un conjunto de intervenciones médicas que tienen como objetivo principal la prevención y el alivio del sufrimiento derivado de una enfermedad o situación incurable e irreversible. Mediante los cuidados paliativos lo que se busca no es curar al paciente, sino mejorar su calidad de vida calmando el dolor y, de esta forma, aminorando su sufrimiento⁴². Este concepto dado por las normativas autonómicas es un claro reflejo de la definición dada por la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS): “Los cuidados paliativos constituyen un planteamiento que mejora la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correctos del dolor y otros problemas, sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual”⁴³.

Al ser el objetivo de los cuidados paliativos la mejora de la calidad de vida del enfermo, la OMS en una publicación de 2002⁴⁴ estableció que su aplicación debe realizarse lo antes posible, sin esperar a que los padecimientos sean tan graves e insoportables que no puedan aliviarse por otras vías. Esta misma idea ha encontrado su reflejo en el artículo 3.3 de la Ley 5/2015, de 26 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de las personas enfermas terminales de Galicia: “nunca debe esperarse para su aplicación a que los tratamientos específicos de base estén agotados”.

⁴¹ Artículo 1 de la Ley 11/2016, de 8 de julio, de garantía de los derechos y de la dignidad de las personas en el proceso final de su vida de la Comunidad Autónoma del País Vasco.

⁴² SCHOYANS, Michel. “La eutanasia hoy” en *Humanitas: revista de antropología y cultura cristiana*. 2006, núm. 43, pp. 436-448, especialmente pp. 436-448. Disponible en: <https://www.humanitas.cl/bioetica/la-eutanasia-hoy> [consulta 17 mayo 2021].

⁴³ OMS. *Cuidados Paliativos*. 20 agosto 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> [consulta 17 mayo 2021].

⁴⁴ OMS. “Pain relief and palliative care”, en *National Cancer Control Programmes: policies and managerial guidelines*. Segunda edición. Génova: 2002, pp. 83-91, especialmente p. 83. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42494/9241545577.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [consulta 17 mayo 2021].

El empleo de los tratamientos paliativos está aceptado por la praxis médica. Ello se debe a que el Código de Deontología Médica lo que prohíbe expresamente en su artículo 36.3⁴⁵ es terminar con la vida de un paciente. De esta forma, al ser el objetivo de los cuidados paliativos aliviar los sufrimientos del enfermo y no poner fin a su vida, su empleo no ha sido prohibido por las normas médicas. El empleo de los cuidados paliativos ha sido una práctica alentada por varias instituciones internacionales, como es el caso del Consejo de Europa, que en 1999 declaró los cuidados paliativos como “un derecho legal e individual en todos los Estados miembros”⁴⁶ cuyo acceso debe ser proporcionado a todos los pacientes en estado terminal.

B. Sedación

La sedación es una técnica empleada dentro de los cuidados paliativos que consiste en la reducción de la conciencia del paciente mediante la administración de fármacos. Esta medida tiene como objetivo el alivio de los síntomas refractarios que surgen como consecuencia de una enfermedad terminal o de agonía. Cuando hablamos de síntomas refractarios a lo que estamos haciendo referencia es a una serie de sufrimientos que únicamente pueden ser controlados por medio de la reducción de la conciencia⁴⁷. De esta forma, podría decirse que la sedación se emplea como última opción cuando el alivio del sufrimiento del enfermo no puede ser adecuadamente controlado con otros tratamientos que no impliquen una reducción de la conciencia. Al igual que sucede con el resto de tratamientos médicos, el empleo de la sedación requiere del consentimiento explícito, implícito o delegado del paciente⁴⁸.

Dentro de la sedación podemos encontrar dos modalidades: paliativa y terminal o en fase de agonía. En este caso las doce CCAA con legislación autonómica han regulado la sedación paliativa, pero solamente siete de ellas recogen expresamente la

⁴⁵ Artículo 36.3 del Código de Deontología Médica: “El médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de éste.”

⁴⁶ Consejo de Europa. Recomendación 1418/1999, 25 junio 1999, sobre protección de los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos, aprobada por la Asamblea Parlamentaria.

⁴⁷ PORTA I SALES, J. “Aspectos éticos de la sedación en cuidados paliativos”, en *Revista Medicina Paliativa*. 2002, vol. 9, núm. 1, pp. 41-46, especialmente p. 42.

⁴⁸ ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CÁNCER (AECC). *Sedación Paliativa*. Disponible en: <https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/viviendo-con-cancer/final-vida/sedacion-paliativa> [consulta 17 mayo 2021].

sedación terminal, aunque puede entenderse que el resto de ellas sí que admiten esta práctica y que lo que hacen es integrar esta modalidad dentro el concepto de sedación paliativa.

La distinción entre las dos modalidades de sedación se basa en la forma en la que se produce la reducción de la conciencia del paciente. En el caso de la sedación paliativa, ésta puede ser continua o intermitente, es decir, la disminución del nivel de conciencia puede mantenerse de forma permanente o alternada con periodos en los que el enfermo se encuentra plenamente consciente⁴⁹. En la sedación terminal, por el contrario, la reducción es continuada⁵⁰, de tal forma que la disminución de la conciencia se produce de forma permanente. Además de ello, otra diferencia es que, mientras que la sedación terminal es una sedación profunda, donde el paciente está en tal nivel de inconsciencia que no tiene la capacidad de comunicarse con las personas que le atienden; la paliativa, por el contrario, puede ser superficial o profunda⁵¹. Por otro lado, cabe establecer que la sedación terminal se suele emplear en los últimos momentos de la vida del paciente, con el objetivo de que su muerte se produzca sin ningún tipo de sufrimiento.⁵² Es precisamente por ello que este tipo de sedación se prevé irreversible.

Al producirse mediante la sedación una reducción del nivel de conciencia del paciente, se ha considerado por algunos autores como una forma encubierta de eutanasia. Esta consideración ha afectado sobre todo al caso de la sedación terminal, dado que suele emplearse en los últimos momentos de vida del paciente. A pesar de ello, la sedación no debe ser confundida con la eutanasia puesto que, tal y como estableció la Organización Médica Colegial de España en el año 2009, “la frontera entre lo que es una sedación en la agonía y la eutanasia activa se encuentra en los fines

⁴⁹ Véase, PORTA I SALES, J., “Aspectos éticos de la sedación en cuidados paliativos”, en *Revista Medicina Paliativa*. 2002, vol. 9, núm. 1, pp. 41-46, especialmente p. 42.

⁵⁰ En este sentido, artículo 4.m) de la Ley 11/2016, de 8 de julio, de garantía de los derechos y de la dignidad de las personas en el proceso final de su vida de la Comunidad Autónoma del País Vasco. También, artículo 5.16 de la Ley 16/2018, de 28 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de atención final de la vida de la Comunidad Autónoma de Valencia.

⁵¹ Véase, PORTA I SALES, J., “Aspectos éticos de la sedación en cuidados paliativos”, en *Revista Medicina Paliativa*. 2002, vol. 9, núm. 1, pp. 41-46, especialmente p. 42.

⁵² Véase, ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CÁNCER (AECC), *Sedación Paliativa*. Disponible en: <https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/viviendo-con-cancer/final-vida/sedacion-paliativa> [consulta 17 mayo 2021].

primarios de una y otra”⁵³. En el caso de la sedación el objetivo principal es aliviar el sufrimiento derivado de una serie de síntomas refractarios, mientras que, en el caso de la eutanasia, por el contrario, el objetivo es terminar con la vida de un paciente que padece una enfermedad terminal o unos sufrimientos crónicos. De esta forma, al no perseguirse por medio de la sedación terminar con la vida del paciente, queda claro que no se trata de un caso encubierto de eutanasia.

4.1.2. Derechos protegidos

A. Derecho a la dignidad

El derecho a la dignidad y los derechos que le son inherentes se encuentran expresamente recogidos en el artículo 10.1 CE, como fundamento del orden político y de la paz social. Más allá de esta regulación, la Carta Magna no realiza una definición del concepto de dignidad, y es precisamente por ello que ha sido el Tribunal Constitucional (en adelante TC) el encargado de concretar dicho concepto a través de la doctrina asentada en sus sentencias.

La STC 53/1985, de 11 de abril, que resuelve un recurso previo de inconstitucionalidad interpuesto contra el Proyecto de Ley Orgánica de reforma del artículo 417 bis del Código Penal, mediante el cual se establecía la despenalización del aborto, identifica la dignidad como un valor moral y jurídico, dice así:

“Junto al valor de la vida humana y sustancialmente relacionado con la dimensión moral de ésta, nuestra Constitución ha elevado también a valor jurídico fundamental la dignidad de la persona, la dignidad es un valor espiritual y moral inherente a la persona, que se manifiesta singularmente en la autodeterminación consciente y responsable de la propia vida y que lleva consigo la pretensión al respeto por parte de los demás (...) La dignidad está reconocida a todas las personas con carácter general”⁵⁴.

⁵³ Organización Médica Colegial (OMC). Declaración ética sobre sedación en la agonía, de 23 febrero 2009. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/etica_sedacion_agonia.pdf [consulta 17 mayo 2021].

⁵⁴ F.J. 7º.

“Indisolublemente relacionado con el derecho a la vida en su dimensión humana se encuentra el valor jurídico fundamental de la dignidad de la persona (...) La relevancia y la significación superior de uno y otro valor y de los derechos que los encarnan se manifiesta en su colocación misma en el texto constitucional (...) lo que muestra que dentro del sistema constitucional son considerados como el punto de arranque, como el *prius* lógico y ontológico para la existencia y especificación de los demás derechos”⁵⁵.

De esta forma, podría decirse que el TC define la dignidad como un valor moral y espiritual inherente a todas las personas. Además, añade que se trata de un valor jurídico de carácter fundamental que debe servir como base para el resto de derechos. Esta última idea fue sostenida posteriormente en la STC 120/1990, de 27 de junio, al declarar en su fundamento jurídico cuarto la inalterabilidad de la dignidad, en el sentido de que debe ser un valor que debe estar siempre presente en las personas y que nunca debe verse alterado de forma negativa:

“La dignidad ha de permanecer inalterada cualquiera que sea la situación en que la persona se encuentre, constituyendo, en consecuencia, un *minimum* invulnerable que todo estatuto jurídico debe asegurar”⁵⁶.

Precisamente por la gran relevancia que tiene la dignidad desde el punto de vista jurídico y moral, han sido varios los textos normativos internacionales que han incluido el derecho a la dignidad dentro de su articulado. Es relevante en este sentido la Declaración Universal de Derechos Humanos 1948, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948. Ello se debe a que la dignidad supone el núcleo central de la Declaración, al establecerse en su preámbulo como la base de “la libertad, la justicia y la paz en el mundo”.

Por otro lado, en el ámbito de la Unión Europea hay que mencionar la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, en cuyo artículo 1 se establece la inviolabilidad de la dignidad humana. Esta misma idea ha encontrado su reflejo en una

⁵⁵ F.J. 3º.

⁵⁶ En el mismo sentido, F.J. 7º de la STC 91/2000, de 20 de marzo.

sentencia dictada por el Tribunal de Justicia de la Unión Europea⁵⁷ (en adelante TJUE), a través de la cual el órgano judicial afirma que, al ser la dignidad humana un derecho garantizado por la Unión Europea, debe ser el TJUE quien vele por su respeto.

Desde el punto de vista de la medicina, la dignidad funciona como pilar trascendental del Convenio de Oviedo⁵⁸ al establecer en su preámbulo la necesidad de “adoptar las medidas adecuadas, en el ámbito de las aplicaciones de la biología y la medicina, para garantizar la dignidad del ser humano y los derechos y libertades fundamentales de la persona”. Precisamente por ello, este mismo Convenio recoge en su artículo 1 la obligación de proteger la dignidad humana. Fue precisamente por la trascendencia de la dignidad desde el punto de vista de la bioética que posteriormente en 2005 se estableció el respeto de dicho valor como uno de los objetivos perseguidos por la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, publicada por la UNESCO el 19 de octubre de 2005.

Centrándonos en la cuestión de los cuidados paliativos, el derecho a la dignidad se ha consagrado como eje central de las leyes autonómicas reguladoras de los derechos de las personas en el proceso final de su vida. Ello se debe a que, como consecuencia de los sufrimientos intolerables asociados a una situación de enfermedad crónica o terminal, la dignidad del enfermo se ve gravemente degradada. Como bien se ha establecido anteriormente, la dignidad es un valor que debe permanecer inalterado, de tal forma que todas las personas deben ver garantizado su derecho a la dignidad. Precisamente por ello los cuidados paliativos se presentan como un instrumento empleado en la garantía del derecho a la dignidad, dado que este tipo de técnicas sanitarias tienen como objetivo principal aliviar los sufrimientos que disminuyen la dignidad de los enfermos. Esta misma idea ha sido sostenida en la Recomendación 1418/1999, del Consejo de Europa, sobre protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas enfermas terminales y moribundas, aprobada por la Asamblea Parlamentaria, donde se hace referencia a las dificultades de acceso a cuidados paliativos como uno de los factores que pueden amenazar a los derechos humanos.

⁵⁷ Sentencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea (TJUE). Caso Reino de los Países Bajos contra Parlamento Europeo y Consejo de la Unión Europea. Sentencia C-377/98, de 9 octubre 2001.

⁵⁸ Consejo de Europa. Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina, de 4 abril 1997.

B. Autonomía del paciente

La autonomía del paciente ha sido definida por el TC en diversas sentencias (STC 120/1990, de 27 de junio, 119/2001, de 24 de mayo y 154/2002, de 18 de julio) como la capacidad que tiene éste para “decidir libremente sobre las medidas terapéuticas y los tratamientos que pueden afectar a su integridad, escogiendo entre las diferentes posibilidades, consintiendo su práctica o rechazándolas”. De esta forma, lo que se protege mediante las leyes autonómicas es la capacidad de autogobierno que tienen todas las personas, concretamente en el ámbito médico. Como consecuencia de ello, el respeto a la autonomía del paciente debe verse reflejado en el reconocimiento del derecho que tienen todos los pacientes de tomar voluntariamente la decisión de que se le apliquen o no los cuidados paliativos.

El principio de autonomía del paciente se lleva principalmente a cabo a través del ejercicio del consentimiento informado, y es precisamente por ello que la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica regula el consentimiento libre e informado como una garantía del respeto a la autonomía al paciente. El consentimiento informado es un requisito previo fundamental para todas las actuaciones en el ámbito médico y, en este sentido, son numerosos los textos normativos⁵⁹ que recogen la obligación de prestar el consentimiento informado ante cualquier intervención en el ámbito de la sanidad. Este consentimiento consta de dos fases: otorgamiento de la información médica al paciente y el posterior consentimiento.

En la primera fase, la información debe ser proporcionada por el médico responsable al paciente de forma verbal y comprensible. En estos casos el profesional sanitario deberá informar al paciente de su estado de salud, de los tratamientos alternativos a los cuidados paliativos, de los riesgos de su aplicación, de su objetivo y del lugar en el que podrá recibirlos. El destinatario de la información será el paciente, aunque también podrá darse a sus allegados y a su representante, siempre y cuando

⁵⁹ En este sentido, artículo 2 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. También, artículo 5 del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina, de 4 abril 1997. Y del mismo modo, artículo 3 de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea.

medie el consentimiento del paciente, que podrá ser revocado en cualquier momento por escrito.

En la segunda fase, una vez recibida la información, el paciente deberá consentir de forma expresa, libre y voluntaria a que se le apliquen los cuidados paliativos. El consentimiento deberá otorgarse por escrito, aunque las leyes autonómicas de las CCAA de Andalucía y Aragón prevén, respectivamente en sus artículos 7.3 y 7.4, la posibilidad de que el consentimiento se realice de forma verbal, dejando constancia en la historia clínica. Cabe mencionar que dicho consentimiento podrá ser revocado en cualquier momento por escrito. El paciente es por regla general quien debe otorgar el consentimiento, aunque hay algunos casos en los que dicho consentimiento para recibir los cuidados paliativos será llevado a cabo por medio de un representante, quien deberá actuar siempre buscando el mayor beneficio de su representado⁶⁰. Los supuestos en los que el consentimiento viene dado por un representante son tres: incapacidad de hecho, incapacidad judicial y minoría de edad del paciente.

A diferencia de la dignidad, que es un valor que debe permanecer inalterado; la autonomía del paciente es, por el contrario, un derecho gradual, en el sentido de que su reconocimiento depende muchas veces del estado de vulnerabilidad y dependencia específico de cada enfermo⁶¹. Esta idea cobra gran relevancia en el ámbito de los cuidados paliativos, dado que el final de la vida es un momento en el que la capacidad del paciente para ejercer su autonomía puede verse profundamente alterada. Así, en los casos en los que la autonomía del paciente está menoscabada es esencial la averiguación de los deseos del paciente respecto del empleo de los cuidados paliativos expresados con anterioridad⁶². Cobran mucha importancia en este caso los documentos de voluntades anticipadas o de instrucciones previas, dado que éstos pueden servir de guía para conocer cuál era la voluntad del paciente respecto de los cuidados paliativos con anterioridad a que su autonomía se viese alterada. En estos casos y, teniendo en cuenta la protección que se realiza en la normativa autonómica del principio de autonomía del

⁶⁰ Artículo 11.4 de la Ley 16/2018, de 28 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de atención final de la vida de la Comunidad Autónoma de Valencia.

⁶¹ Exposición de motivos I de la Ley 4/2015, de 23 de marzo, de derechos y garantías de la persona en el proceso de morir de la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares.

⁶² Consejo de Europa. Guía para el proceso de toma de decisiones relativas al tratamiento médico en situaciones del final de la vida. Noviembre 2014. Disponible en: <https://rm.coe.int/168039e8c6> [consulta 17 mayo 2021].

paciente, las leyes reguladoras del proceso final de la vida imponen a los profesionales sanitarios la obligación de “respetar los valores y las instrucciones contenidos en la declaración de voluntad anticipada”⁶³.

4.2. Titularidad del derecho

4.2.1. Requisitos

A. Sujetos

Las leyes autonómicas reconocen con carácter general el derecho al acceso a los cuidados paliativos a todas las personas mayores de 18 años con capacidad de obrar. En el caso de los menores de edad, las normas autonómicas también consideran a estos sujetos como titulares del derecho a recibir cuidados paliativos. Sin embargo, en este caso surgen distinciones en cuanto a la forma de otorgar el consentimiento informado, puesto que, cuando el menor de edad no haya cumplido los 16 años o no esté emancipado, el consentimiento vendrá dado a través de un representante.

En lo que se refiere a los incapacitados de hecho su consentimiento deberá darse por medio de un representante. Tal y como queda recogido en el artículo 5.18 de la Ley 16/2018, de 28 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de atención al final de la vida de la Comunidad Valenciana, este grupo está integrado por aquellos pacientes que “carecen de entendimiento y voluntad suficientes para gobernar su vida por sí mismas de forma autónoma”. Este tipo de incapacidad debe ser apreciada por el médico responsable mediante la valoración de una serie de factores como, por ejemplo, si el paciente tiene dificultades para comprender la información que se le está proporcionando.

Finalmente, las leyes autonómicas también reconocen a los incapacitados judiciales la posibilidad de ser titulares del derecho a recibir cuidados paliativos. En

⁶³ En este sentido, artículo 19.3 de la Ley 4/2015, de 23 de marzo, de derechos y garantías de la persona en el proceso de morir de la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares. También, artículo 19.3 de la Ley 1/2015, de 9 de febrero, de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida de la Comunidad Autónoma de las Islas Canarias. Y del mismo modo, artículo 19.3 de la Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

estos casos la incapacidad debe ser apreciada en sentencia firme por un juez, quien deberá decidir si el paciente puede o no dar el consentimiento informado por sí mismo o si, por el contrario, necesita de la intervención de un representante.

B. Proceso final de la vida

Uno de los requisitos esenciales para poder aplicar los cuidados paliativos es que el paciente se encuentre en el proceso final de la vida, es decir, que esté en situación terminal o de agonía. Se entiende que un paciente se encuentra en situación terminal cuando padece una enfermedad avanzada, incurable y progresiva. En estos casos el pronóstico de vida es muy limitado y la enfermedad no responde a ningún tipo de tratamiento específico. Por otro lado, se llama situación de agonía a la fase precedente a la muerte, caracterizada por un “deterioro físico grave, debilidad extrema, trastornos cognitivos y de conciencia, dificultad de relación y de ingesta, y pronóstico vital de pocos días”⁶⁴.

C. Consentimiento informado

Como bien se ha establecido en el *apartado 4.1.2.B. Autonomía del paciente*, el consentimiento informado debe otorgarlo por regla general el paciente. Esto solamente ocurre cuando el sujeto tiene capacidad y es mayor de edad o menor de edad emancipado o con 16 años cumplidos, en el resto de casos el consentimiento deberá venir dado por un representante. Cabe añadir que en el caso de los menores emancipados o con 16 años cumplidos deberá informarse previamente a sus progenitores.

En cuanto a los menores, todos ellos tienen derecho a recibir la información previa al consentimiento, aunque no todos ellos pueden prestar su posterior consentimiento para que se les apliquen los cuidados paliativos. En el caso de los menores de 16 años el consentimiento vendrá dado por sus progenitores o tutor legal; y cuando se trate de menores entre 12 y 16 años las leyes autonómicas establecen que el

⁶⁴ Artículo 5.o) de la Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

representante deberá escuchar previamente los deseos del menor y actuar conforme a sus intereses.

En cuanto a los incapacitados de hecho, estos tendrán derecho a la información asistencial, pero el consentimiento deberá ser otorgado por un representante, que será elegido en el siguiente orden:

1. Sujeto establecido en la declaración de voluntades anticipadas del paciente.
2. Representante legal.
3. Cónyuge o análogo.
4. Familiar de grado más próximo.
5. En caso de ser los familiares del mismo grado, se elegirá al de mayor edad.
6. La autoridad judicial será quien determine quién será el representante.

D. Solicitud

Para que un sujeto pueda recibir los cuidados paliativos es necesario que éste haya solicitado la prestación del servicio. Este deseo puede ser expresado en el momento o de forma anticipada en un documento de voluntades anticipadas o de instrucciones previas.

4.3. Prestación del derecho

4.3.1. Facultativo

La prestación de los cuidados paliativos deberá realizarse por una serie de profesionales sanitarios con formación especial en ese ámbito. En este sentido, se prevé en las normativas autonómicas la existencia de una unidad de cuidados paliativos integrada por este tipo de profesionales.

Por otro lado, se prevé la posibilidad de que el facultativo realice la prestación tanto en el centro sanitario, como en el domicilio paciente. Esta decisión deberá ser tomada por el solicitante y, con independencia de su elección, deberá garantizarse el

acceso en igualdad de condiciones a los medios adecuados para la realización de la prestación del derecho a recibir cuidados paliativos⁶⁵.

4.3.2. Garantías

A. En relación con el derecho a la intimidad y confidencialidad del paciente

El derecho a la intimidad y confidencialidad del paciente es uno de los valores en los que se basan las leyes autonómicas reguladoras de los cuidados paliativos. Es precisamente por ello que a lo largo de su articulado dichas normas establecen una serie de garantías en relación con estos derechos.

Por un lado, se establece la protección de todos los datos relacionados con la identidad del paciente y su atención sanitaria. En este sentido cobra gran importancia la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, donde se establecen una serie de sanciones para todos aquellos que accedan a los datos relativos a la salud de los pacientes sin la respectiva autorización o que incumplan el deber de secreto profesional al que están sometidos todos los profesionales sanitarios.

Por otro lado, las normas autonómicas establecen otra garantía del derecho a la intimidad para los casos en los que el paciente haya optado por recibir los cuidados paliativos en el centro sanitario y no en su domicilio. En este sentido, todas ellas establecen la posibilidad de otorgarles una habitación individual en el centro durante toda su estancia, a fin de “garantizar la comodidad e intimidad requeridas por su estado de salud”⁶⁶.

B. Respecto de los valores y creencias del paciente

El respeto de los valores, creencias y preferencias de los pacientes es una de las obligaciones que deben cumplir todos los profesionales sanitarios que estén implicados en la atención de pacientes sometidos a cuidados paliativos. En este sentido, se

⁶⁵ Artículo 18 del Código de Deontología Médica.

⁶⁶ Artículo 21.1 de la Ley 11/2016, de 8 de julio, de garantía de los derechos y de la dignidad de las personas en el proceso final de su vida de la Comunidad Autónoma del País Vasco.

establece la prohibición a los facultativos de imponer “criterios de actuación basados en sus propias creencias y convicciones personales, morales, religiosas o filosóficas”⁶⁷.

Es precisamente por ello que, al primar las creencias del paciente sobre las convicciones del personal sanitario, las leyes autonómicas prohíben el ejercicio de la objeción de conciencia por parte del personal sanitario.

C. En el acceso a la prestación

Todas las leyes autonómicas garantizan el acceso universal a los cuidados paliativos y, de hecho, este servicio está comprendido dentro de la cartera común de servicios del Estado. De esta forma, se garantiza el acceso a todas las personas, sin discriminación alguna, al acceso a los cuidados paliativos. Esta posibilidad ha sido alentada por la OMS al establecer que “los cuidados paliativos deben proporcionarse en observancia de los principios de la cobertura sanitaria universal”⁶⁸.

Por otro lado, las propias CCAA otorgan a la Administración sanitaria y a los centros sanitarios públicos o privados la competencia para garantizar el ejercicio del derecho a acceder a los cuidados paliativos.

5. LEY ORGÁNICA 3/2021, DE 24 DE MARZO, DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA

La regulación de la eutanasia se ha realizado por medio de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. No obstante, la disposición final tercera establece el carácter ordinario de algunas disposiciones, como es el caso del artículo 16.1 regulador de la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios⁶⁹.

La ley orgánica fue publicada en el Boletín Oficial del Estado (en adelante BOE) el 25 de marzo de 2021. Sin embargo, la propia ley establece en la disposición final

⁶⁷ Artículo 17.2 de la Ley Foral 8/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte de la Comunidad Autónoma de Navarra.

⁶⁸ Véase, OMS, *Cuidados Paliativos*. 20 agosto 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> [consulta 17 mayo 2021].

⁶⁹ También se prevé el carácter ordinario de los artículos 12, 17 y 18, de las disposiciones adicionales primera a séptima y de la disposición transitoria única.

cuarta que su entrada en vigor se producirá a los tres meses de su publicación en el BOE, es decir el 25 de junio del 2021.

5.1. Objeto y derechos protegidos

5.1.1. Objeto

En la ley orgánica se regulan dos modalidades de prestación de ayuda para morir: el suicidio medicamente asistido (en adelante SMA) y la eutanasia.

A. Suicidio medicamente asistido

El SMA ha sido definido en el artículo 3.g.2^a) como “la prescripción o suministro al paciente por parte del profesional sanitario de una sustancia, de manera que esta se la pueda autoadministrar, para causar su propia muerte”.

En esta modalidad de prestación de ayuda para morir es el propio paciente quien se administra a sí mismo los fármacos que causarán su propia muerte. La razón por la que se produce en este caso una colaboración por parte del profesional sanitario es porque es éste quien proporciona al paciente los fármacos empleados para suicidarse⁷⁰. La conducta por parte del sanitario debe producirse de forma intencional y con el pleno conocimiento de que el paciente va a emplear dichas sustancias para poner fin a su vida.

B. Eutanasia

La diferencia entre el SMA y la eutanasia se basa en la identidad del sujeto que lleva a cabo la acción de terminar con la vida el paciente. En el caso del SMA es el paciente, mientras que en la eutanasia es el propio facultativo quien administra de forma directa al paciente la sustancia que pondrá fin a su vida. En este sentido, la propia ley orgánica define esta modalidad en su artículo 3.g.1^a) como “la administración directa al paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario competente.”

⁷⁰ ROYES, Albert. “La eutanasia y el suicidio médicamente asistido”, en *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología*. 2008, vol. 5, núm. 2-3, pp. 323-337, especialmente pp. 323-324.

5.1.2. Derechos protegidos

A. Derecho a la vida

El derecho a la vida está configurado como un derecho fundamental en el artículo 15 CE. Además, la supremacía de este derecho también queda claro en numerosos textos internacionales como la Declaración Universal de Derechos Humanos 1948, en cuyo artículo 3 se reconoce su carácter universal, de tal forma que se trata de un derecho que debe ser garantizado a todas las personas sin discriminación alguna. Por otro lado, los artículos 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y 2.1 del Convenio Europeo de Derechos Humanos recogen expresamente que “nadie podrá ser privado de su vida”. Esta protección de la vida humana no sólo hace referencia a posibles vulneraciones externas, sino que incluye tanto el respeto hacia una vida ajena, como hacia la propia vida. En este sentido, se considera en todos esos textos normativos que la vida humana es un valor que siempre debe ser respetado y salvaguardado, y es precisamente por ello que el TC en varias sentencias ha argumentado que el derecho a la vida tiene un contenido de protección positiva, en el sentido de que nunca debe implicar el derecho a la propia muerte⁷¹. Por lo tanto, podría decirse que el TC se ha mostrado hasta ahora contrario a la práctica de la eutanasia, al considerarse como una vulneración del derecho a la vida de los pacientes.

Esta misma idea es sostenida por el Colegio de Médicos, puesto que el propio Código de Deontología Médica recoge expresamente en su artículo 36.3 que “el médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de éste”. De esta forma, la eutanasia es considerada una práctica totalmente contraria a la praxis médica. Esta misma posición ha sido sostenida en el plano internacional a través de la Recomendación 1418/1999, del Consejo de Europa, sobre protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas enfermas terminales y moribundas, aprobada por la Asamblea Parlamentaria, donde se establece la prohibición de poner fin a la vida de un paciente terminal en cualquier caso, aún cuando éste haya expresado su deseo de morir. Este conflicto entre la eutanasia y la deontología médica podría suponer un gran obstáculo en cuanto a la aplicación de la

⁷¹ En este sentido, F.J. 7º de la STC 120/90, de 27 de junio. También, F.J. 5º de la STC 137/90, de 19 de julio.

Ley Orgánica 3/2021. Sin embargo, dicho problema encuentra su solución en la disposición final del Código de Deontología Médica, donde se recoge que “el médico que actuara amparado por las Leyes del Estado no podrá ser sancionado deontológicamente”. De esta forma, al estar respaldada la práctica de la eutanasia por medio de la Ley Orgánica 3/2021, queda claro que los profesionales sanitarios que actúen de acuerdo a dicha ley no podrán ser sancionados deontológicamente. De hecho, esta misma idea es sostenida por el presidente de la Comisión Central de Deontología de la OMS, que defiende la imposibilidad de establecer un castigo a aquellos profesionales que actúen en amparo de la Ley Orgánica 3/2021⁷².

Lo que ocurre en el caso de la eutanasia es que el derecho a la vida no debe ser analizado de forma abstracta, sino que debe establecerse una relación con otros bienes y valores como son el derecho a la dignidad y la autonomía del paciente.

B. Derecho a la dignidad

Tal y como ha sostenido el TC⁷³, la dignidad es un valor que debe permanecer siempre inalterado en todas las etapas de la vida, y es precisamente por ello que es necesario equiparar el derecho a la dignidad al derecho a la vida en el debate jurídico sobre la eutanasia. La muerte es la fase final de la vida y de esta forma, al no poder separarse de la vida como algo diferente, debe garantizarse el derecho a la dignidad a todas las personas durante el proceso del final de su vida.

De esta forma, es posible afirmar que una persona no solo tiene derecho a una vida digna, sino también a una muerte digna, entendida como la posibilidad de “morir sin dolor físico ni sufrimiento psíquico innecesario”⁷⁴. Cuando una persona se encuentra en una situación terminal o de agonía suele padecer una serie de sufrimientos físicos y psíquicos intolerables, lo cual altera de forma grave su dignidad. Es en este plano donde cobra relevancia la idea de la eutanasia, dado que su objetivo es terminar con la vida de

⁷² MUNÁRRIZ, Ángel. “Primer obstáculo para la nueva ley: la eutanasia choca con su prohibición en el código ético de los colegios médicos”, en *infoLibre*. 26 marzo 2021. Disponible en: https://www.infolibre.es/noticias/politica/2021/03/24/una_sombra_sobre_ley_eutanasia_los_colegios_medicos_mantiene_prohibicion_codigo_etico_118442_1012.html [consulta 17 mayo 2021].

⁷³ En este sentido, F.J. 7º de la STC 91/2000, de 20 de marzo. También, F.J. 4º de la 120/90, de 27 de junio.

⁷⁴ INSTITUT BORJA DE BIOÈTICA. “III. Hacia una posible despenalización de la eutanasia”, en *Iglesia viva: revista de pensamiento cristiano*. 2007, núm. 231, pp. 65-72, especialmente p. 71.

una persona que desea morir al ver su dignidad gravemente degradada a causa de una enfermedad o padecimientos incurables que le producen unos dolores insoportables.

C. Autonomía del paciente

En el ámbito de la medicina la autonomía representa la capacidad que tienen los pacientes de tomar decisiones que afectarán a su propio destino vital y personal⁷⁵. De esta forma, mediante la autonomía del paciente lo que se garantiza es el respeto de todas las decisiones que un paciente tome en relación con su salud. Esto es precisamente lo que se protege mediante la Ley Orgánica 3/2021, reconocer a una persona el derecho a que se le practique la eutanasia siempre y cuando esa sea su voluntad y concurran una serie de requisitos.

Sin embargo, en estos casos es necesario garantizar que la decisión del paciente se ha tomado con total libertad, puesto que la práctica de la eutanasia conlleva un acto irreversible como es la muerte. Es precisamente por ello que la Ley Orgánica 3/2021 establece como requisito para la práctica de la eutanasia la exigencia de realizar no una, sino dos solicitudes, como garantía de que la decisión del paciente se ha tomado de forma totalmente voluntaria y libre. Además, también se exige el consentimiento informado, que es el modo principal a través del cual se materializa la autonomía del paciente.

5.2. Titularidad del derecho

5.2.1. Requisitos

A. Sujetos

La Ley Orgánica 3/2021 reconoce el derecho a la eutanasia a todas las personas mayores de edad con capacidad plena de obrar, siempre y cuando conste que tengan “la nacionalidad española o residencia legal en España o certificado de empadronamiento

⁷⁵ MARCOS DEL CANO, Ana María. *La eutanasia: estudio filosófico-jurídico*. Madrid: Marcial Pons, 1999, pp. 365, especialmente pp. 176-179.

que acredite un tiempo de permanencia en territorio español superior a doce meses” (artículo 5.1.a)).

Por otro lado, también reconoce como sujetos de derecho a los incapacitados de hecho, es decir, a aquellos pacientes que carecen del entendimiento y voluntad suficientes para tomar la decisión autónoma de que se le practique la eutanasia. Sin embargo, esta posibilidad no se les reconoce a todos los incapacitados de hecho, sino únicamente a aquellos que cumplan con los siguientes requisitos:

- Deben padecer una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante.
- Deben haber suscrito con anterioridad un documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documentos equivalentes legalmente reconocidos donde hayan expresado su deseo de que se les practique la eutanasia.

B. Proceso de ayuda a morir

En segundo lugar se exige que el paciente tenga unos padecimientos graves crónicos e imposibilitantes o una enfermedad grave e incurable.

A efectos de la Ley Orgánica 3/2021, se entiende por padecimiento grave, crónico e imposibilitante la situación en la que una persona sufre una serie de limitaciones físicas que conllevan unos sufrimientos físicos o psíquicos constantes e intolerantes que le impiden valerse por sí mismo y que han afectado a su capacidad de expresarse y relacionarse. Además, es necesario que no exista la posibilidad de que dichos padecimientos vayan a curarse o mejorar. Por otro lado, al hablar de enfermedad grave e incurable a lo que se está haciendo referencia es a una enfermedad que “por su naturaleza origina sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables sin posibilidad de alivio que la persona considere tolerable, con un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva” (artículo 3.c) Ley Orgánica 3/2021).

C. Consentimiento informado

En el caso de la eutanasia el consentimiento informado cobra gran relevancia como base del principio de autonomía del paciente. Ello se debe a que, tal y como se ha recogido anteriormente, la muerte es irreversible y es precisamente por ello que en este contexto debe garantizarse que el consentimiento se ha producido de forma libre y voluntaria.

De esta forma, la Ley Orgánica 3/2021 exige que los profesionales sanitarios presten toda la información necesaria al paciente y que resuelvan sus dudas en dos ocasiones diferentes, a fin de que el enfermo pueda consentir a que se le aplique la eutanasia siendo plenamente consciente de lo que implica tomar dicha decisión.

La primera vez que el facultativo debe informar al paciente respecto de su proceso médico y de los tratamientos alternativos es en un plazo máximo de 2 días, tras recibir la primera solicitud de prestación de ayuda para morir. Dicha solicitud deberá realizarse por escrito u otro medio que permita dejar constancia y, además, deberá estar fechada y firmada por el propio paciente u otra persona mayor de edad y capaz en los casos en los que el paciente no pueda fechar y firmar las solicitudes por sí mismo. Una vez recibida toda la información sanitaria, el paciente tendrá mínimo 15 días naturales para presentar una segunda solicitud, que deberá cumplir con los mismos requisitos formales que la primera. Sin embargo, la propia ley prevé la posibilidad de reducir estos plazos cuando se prevé inminente la pérdida de capacidad del paciente para otorgar el consentimiento.

Presentada la segunda solicitud, será entonces, en el plazo máximo de 2 días naturales, cuando el profesional sanitario deberá retomar con el paciente el proceso deliberativo, con el objetivo de resolver cualquier tipo de duda que éste haya planteado respecto de la información proporcionada en la primera de las ocasiones. Dicho proceso deliberativo deberá concluir en el plazo máximo de 5 días y será 24 horas después cuando el paciente deberá prestar el consentimiento, decidiendo si desea o no continuar con la solicitud de prestación de ayuda para morir. El consentimiento deberá prestarse de forma libre, voluntaria, consciente y por escrito. Además, el paciente también podrá

revocar dicho consentimiento en cualquier momento previo a la ejecución de la eutanasia, siempre y cuando lo realice por escrito.

Para garantizar el acceso a la prestación, la ley prevé para el caso de las personas incapacitadas de hecho, la posibilidad de que las solicitudes sean presentadas por otra persona mayor de edad y capaz, siempre y cuando acompañe dichas solicitudes con el documento de instrucciones previas o análogo, suscrito anteriormente por el paciente, donde quede constancia de su deseo de que se le aplique la ayuda para morir. Asimismo, cabe la posibilidad de que ninguna persona presente las solicitudes en representación del paciente. En esos casos, el médico responsable estará legitimado para solicitar la ayuda para morir de su paciente y, en ese supuesto, deberá solicitar el acceso al documento de instrucciones previas, voluntades anticipadas o documento equivalente para corroborar que el deseo del paciente es que se le practique la eutanasia. Estas solicitudes podrán ser revocadas por el paciente en cualquier momento.

5.2.2. Procedimiento a seguir cuando hay una solicitud de prestación de ayuda para morir.

En primer lugar, un médico consultor tendrá un plazo de 10 días naturales para analizar si concurren en cada caso concreto los requisitos anteriormente analizados, para lo cual podrá estudiar la historia clínica y examinar al paciente. Dentro de ese plazo de 10 días naturales, el consultor deberá redactar un informe concluyendo si se cumplen o no los requisitos. A partir de ese momento se iniciará un plazo de 24 horas para informar al paciente respecto de dichas conclusiones que, en caso de ser desfavorables, abrirán la posibilidad de recurso ante la Comisión de Garantía y Evaluación (en adelante CGE). Por otro lado, si las conclusiones del médico consultor son favorables, en ese caso el médico responsable deberá poner los hechos en conocimiento de la CGE en el plazo de 3 días hábiles a efectos de que se realice un control previo por dicho organismo.

Una vez recibida la comunicación, la CGE deberá designar en un plazo de 2 días a dos miembros de la comisión, un profesional médico y un jurista, para que corrobore por segunda vez la concurrencia de los requisitos establecidos en la ley. Dichos miembros podrán acceder a la historia clínica del paciente y entrevistarse con el

profesional médico, el equipo y el solicitante para poder emitir un informe en un plazo máximo de 7 días naturales. Pueden darse tres posibilidades: que el informe sea favorable, desfavorable o que se produzca una disparidad de opiniones entre los miembros de la comisión. En este último supuesto la verificación del cumplimiento de los requisitos deberá elevarse al pleno de la CGE, que estará conformada por 7 miembros, entre los que se incluirán personal médico, de enfermería y juristas. Por otro lado, si el informe emitido por los dos miembros de la CGE fuese desfavorable, en ese caso el paciente podrá presentar un recurso ante la CGE.

5.3. Prestación del derecho

5.3.1. Lugar de prestación

La ley indica que la prestación podrá realizarse en el domicilio del paciente o en un centro hospitalario público, privado o concertado.

5.3.2. Garantías

A. En relación con el derecho a la intimidad y confidencialidad del paciente

La protección de la intimidad y la confidencialidad de los datos de carácter personal del paciente se encuentra garantizada a través del artículo 15 de la Ley Orgánica 3/2021. En dicho precepto se establece que los centros sanitarios deberán contar con unos sistemas de custodia activa de las historias clínicas, que deberán ir acompañados por unas medidas de seguridad de alto nivel.

Además, el artículo 19 impone a los miembros de las CGE la obligación de guardar secreto profesional sobre todas las deliberaciones que tomen, así como de los datos personales de los pacientes, familiares y personas allegadas.

B. Respecto de los valores y creencias del paciente

En este caso se prevé la posibilidad de ejercer el derecho a la objeción de conciencia. Este es un derecho cuyo ejercicio debe realizarse de forma individual por

los profesionales sanitarios directamente implicados, quienes deberán manifestarlo por escrito y anticipadamente. Por medio de la objeción de conciencia se permite que los facultativos puedan negarse a atender las solicitudes de eutanasia y SMA por resultar su ejercicio incompatible con sus propias convicciones. Sin embargo, a pesar de permitir esta práctica, la propia ley establece que el ejercicio de la objeción de conciencia no podrá menoscabar en ningún caso el acceso y la calidad asistencial de la prestación.

Para evitar este posible menoscabo, la ley recoge en el apartado primero de su artículo 14 que “no podrán intervenir en ninguno de los equipos profesionales quienes incurran en conflicto de intereses ni quienes resulten beneficiados de la práctica de la eutanasia”. En este sentido, la ley prevé la creación de un registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la ayuda a morir, donde deberán inscribirse todas las declaraciones de objeción de conciencia con el objetivo de facilitar “la necesaria información a la administración sanitaria para que esta pueda garantizar una adecuada gestión de la prestación de ayuda para morir” (artículo 16.2). De esta forma, queda claro cómo, a pesar de permitir el empleo de la objeción de conciencia, la propia ley prevé un mecanismo para evitar que las creencias de los pacientes puedan verse menoscabadas por su ejercicio.

Al igual que ocurre en los cuidados paliativos, en el caso de la eutanasia los pacientes tienen reconocido un derecho a decidir sobre la propia vida. Al tratarse en ambos casos de una decisión extremadamente íntima y privada, no deja de sorprender el hecho de que en un caso se proteja dicha decisión mediante la prohibición del ejercicio de la objeción de conciencia y que en el otro caso se permita su empleo. Es precisamente aquí donde cobra gran relevancia la posición de la doctrina católica respecto de los cuidados paliativos y la eutanasia⁷⁶, puesto que la objeción de conciencia es una herramienta empleada por la Iglesia Católica, entre otros sujetos, para obstaculizar la aplicación material de una ley contraria a sus convicciones⁷⁷. De esta forma, la posibilidad de emplear la objeción de conciencia en el caso de la eutanasia se justifica, desde el punto de vista religioso, en el hecho de que se trata de una práctica

⁷⁶ Véase, supra apartado 2.2. *Eutanasia activa. Cuidados paliativos y eutanasia*, página 7.

⁷⁷ En este sentido, CASTRO JOVER, Adoración, “Libertad de conciencia, objeción de conciencia y derecho a la objeción de conciencia”, en *Quaderni di diritto e politica ecclesiastica*. 2016, vol. 24, núm. 2, pp. 441-464. También, NAVARRO-VALLS, Rafael, y MARTÍNEZ-TORRÓN, Javier. *Las objeciones de conciencia en el derecho español y comparado*. Madrid: McGraw-Hill, 1997, pp. 247.

contraria a los valores católicos y, en este mismo sentido, al posicionarse la doctrina católica a favor de los cuidados paliativos, carece de sentido que la Iglesia Católica llame al empleo de la objeción de conciencia en ese ámbito, puesto que en esos casos no se produce un conflicto entre las normas autonómicas y las creencias religiosas de los profesionales sanitarios.

C. En el acceso a la prestación

La ley prevé la existencia de una CGE en cada una de las CCAA, que tendrá como una de sus funciones la resolución de todas las reclamaciones formuladas por los pacientes contra el médico responsable, consultor o los miembros de la CGE cuando éstos les denieguen la posibilidad de acceder a la prestación. En estos casos el médico responsable tendrá la obligación de informar al paciente acerca de la posibilidad de recurrir la decisión ante la CGE, quien deberá resolver en el plazo máximo de 20 días naturales. En el caso de que la resolución sea favorable, la dirección del centro sanitario correspondiente deberá facilitar la prestación al paciente en un plazo de 7 días naturales, para lo cual podrá derivar al paciente a otro médico del centro o a un equipo externo de profesionales sanitarios. Por el contrario, si la decisión de la CGE fuese desfavorable o se produjese un silencio negativo al no pronunciarse la comisión en un plazo de 20 días naturales, en ese caso se abriría para el paciente la posibilidad de recurrir ante la jurisdicción contencioso-administrativa. Cabe precisar que la tramitación de dichos recursos jurisdiccionales deberá realizarse por el procedimiento previsto para la protección de los derechos fundamentales en el Capítulo I, Título V de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-administrativa. Este mismo proceso se producirá en los casos en los que los miembros de la CGE no lleguen a un acuerdo durante la control previo donde se analiza la concurrencia de los requisitos exigidos por la ley para poder acceder a la eutanasia o al SMA.

Por otro lado, en la exposición de motivos segunda de la Ley Orgánica 3/2021 se establece que la prestación de ayuda a morir será de financiación pública, con el objetivo de garantizar su acceso a toda la ciudadanía en condiciones de igualdad.

6. CONCLUSIONES

1. A lo largo de los siglos XIX y parte del XX, el ordenamiento jurídico español ha estado fuertemente influenciado por los valores católicos, dado que el modelo de relación entre la Iglesia Católica y el Estado era de una confesionalidad estatal, y en ocasiones histórico-sociológica. Precisamente por ello, y teniendo en cuenta que la Iglesia Católica sostiene la idea de la sacralidad de la vida, la eutanasia ha estado penalizada desde el CP de 1848. Con la CE 1978 y el establecimiento de la democracia, se produce un cambio en el modelo de relación entre la Iglesia Católica y el Estado, mediante el abandono de esa tradición de confesionalidad y la introducción de la idea de laicidad como garantía de la igualdad en el ejercicio de la libertad de conciencia. Este hecho supuso el inicio de un proceso secularizador, mediante el cual el ordenamiento jurídico se ha ido desprendiendo de los valores católicos. Precisamente por ello, desde el punto de vista jurídico habría sido posible legalizar la eutanasia en ese momento en España. Sin embargo, esta práctica no estaba aceptada por la mayoría de la población en esa época, y es precisamente por ello que no ha sido hasta el 2021, cuando se ha dado un consenso social, que se ha legalizado la eutanasia.

2. La legalización de la eutanasia no supone una obligación, sino un derecho. No se obliga a las personas a recibir esta prestación, sino que se les permite solicitar su práctica siempre y cuando cumplan con los requisitos recogidos en la ley. De esta forma, se protege a toda esa pluralidad de convicciones que existen en nuestra sociedad, puesto que la posibilidad de solicitar este servicio depende de los valores que tenga cada uno en relación con la disponibilidad de la vida.

3. La Ley Orgánica 3/2021 implica el reconocimiento de un derecho de carácter fundamental, en cuanto que su regulación se ha realizado por medio de una ley orgánica, que es el único mecanismo por el que puede desarrollarse un derecho fundamental (artículo 81 CE). De esta forma, al tener el derecho a la eutanasia ese carácter, el ordenamiento jurídico español establece para la garantía de su ejercicio una protección especial que no está prevista para el resto de derechos de carácter ordinario. Esta idea encuentra su reflejo en la propia ley de eutanasia, donde se establece que los recursos jurisdiccionales contra las denegaciones de la CGE se realizarán a través del

procedimiento previsto para la protección de los derechos fundamentales en la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-administrativa.

4. Desde el punto de vista político, la regulación de la eutanasia ha encontrado mucho menos apoyo que la de los cuidados paliativos. Esto es principalmente porque al ser la eutanasia una práctica contraria a la doctrina católica, partidos como PP y Vox, que son los más representativos de los valores católicos, han mostrado su oposición a la promulgación de una ley que legalice la eutanasia. Obviamente este hecho no ocurre con los cuidados paliativos, puesto que al ser una práctica aceptada por la Iglesia Católica, estos partidos políticos no solo aceptan su regulación, sino que además han exigido la promulgación de una norma estatal de cuidados paliativos como alternativa a la eutanasia.

5. El ejercicio del derecho a la eutanasia puede encontrarse con obstáculos como el Código de Deontología Médica o el llamado a la objeción de conciencia por parte de la Iglesia Católica.

6. Tanto en los cuidados paliativos como en la eutanasia se protege el derecho a decidir sobre la propia vida de acuerdo con las convicciones personales y, en este sentido, no es comprensible que un caso se acepte el ejercicio de la objeción de conciencia por parte de los profesionales sanitarios, y que en el otro caso se prohíba su ejercicio. Mediante el empleo de esta herramienta se permite la injerencia de las convicciones de los profesionales sanitarios en una decisión tan íntima y personal como es la de acceder a la eutanasia. Esta injerencia queda atenuada en la Ley Orgánica 3/2021 al establecer que el ejercicio de la objeción de conciencia no podrá menoscabar los valores del paciente y, en este sentido, prevé que no podrán intervenir en el proceso los sanitarios que concurran en un conflicto de intereses, tal como ocurre con los objetores de conciencia.

FUENTES EMPLEADAS

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

ÁLVAREZ DE LAS ASTURIAS, Nicolás. “Derecho canónico y codificación: Alcance y límites de la asunción de una técnica”, en *Ius canonicum*. 2011, vol. 51, núm. 101, pp. 105-136.

CABO DEL ROSAL, Gabriela. “Los mecanismos de creación legislativa tras la derogación del Código Penal de 1928: tres códigos penales entre 1931-1932”, en *Revista de las Cortes Generales*. 2010, núm. 80, pp. 181-221.

CASTRO JOVER, Adoración. “Laicidad y actividad positiva de los poderes públicos”, en *Revista General de Derecho Canónico y Derecho Eclesiástico del Estado*. 2003, núm. 3, pp. 27.

CASTRO JOVER, Adoración. “Libertad de conciencia, objeción de conciencia y derecho a la objeción de conciencia”, en *Quaderni di diritto e política ecclesiastica*. 2016, vol. 24, núm. 2, pp. 441-464.

CASTRO JOVER, Adoración. "El proceso inacabado de la laicidad en el ordenamiento jurídico español", en *Cuestiones de Pluralismo*. 2021, vol. 1, núm. 1. Disponible en: https://www.observatorioreligion.es/revista/articulo/el_proceso_inacabado_de_la_laicidad_en_el_ordenamiento_juridico_espanol/index.html [consulta 17 mayo 2021].

DUBIEL, Kryspin, “La privación de las exequias eclesióásticas en el Código de Derecho Canónico de 1983”, en *Civilizar: Ciencias Sociales y Humanas*. 2015, vol. 15, núm. 28, pp. 37-46.

FELDMANN, Mirja. “La regulación española relativa a la punibilidad de las intervenciones en el suicidio en comparación con la situación en el Derecho alemán”, en *Anuario de Derecho Penal y ciencias Penales*. 2011, tomo 64, núm. 1, pp. 99-162.

INSTITUT BORJA DE BIOÈTICA. “III. Hacia una posible despenalización de la eutanasia”, en *Iglesia viva: revista de pensamiento cristiano*. 2007, núm. 231, pp. 65-72.

LLAMAZARES FERNANDEZ, Dionisio. “Principios, técnicas y modelos de relación entre estado y grupos ideológicos religiosos (confesiones religiosas) y no religiosos”, en *Revista de estudios políticos*. 1995, núm. 88, pp. 29-62.

LLAMAZARES FERNÁNDEZ, Dionisio. *Derecho de la libertad de Conciencia I: Conciencia, tolerancia y laicidad*. Cuarta edición. Madrid: Civitas, 2011, pp. 442.

MARCOS DEL CANO, Ana María. *La eutanasia: estudio filosófico-jurídico*. Madrid: Marcial Pons, 1999, pp. 365.

MORENO ANTÓN, María. “Dignidad humana y final de la vida en las disposiciones autonómicas” en *Revista General de Derecho Canónico y Derecho Eclesiástico del Estado*. 2016, núm 40, pp. 53.

MORENO SECO, Mónica. “La política religiosa y la educación laica en la Segunda República”, en *Pasado y memoria: Revista de historia contemporánea*. 2003, núm. 2, pp. 83-106.

NAVARRO-VALLS, Rafael, y MARTÍNEZ-TORRÓN, Javier. *Las objeciones de conciencia en el derecho español y comparado*. Madrid: McGraw-Hill, 1997, pp. 247.

PAYÁN ELLACURIA, Ekain. “Análisis jurídico-penal de la Ley Orgánica de regulación de la eutanasia: una propuesta de *lege ferenda*”, en *e-Eguzkilore. Revista Electrónica de Ciencias Criminológicas*. 2020, núm. 5, pp. 36. Disponible en: <https://ojs.ehu.eus/index.php/eguzkilore/article/view/21828/19648> [consulta 17 mayo 2021].

PORRAS RAMÍREZ, José María. “Mandato de neutralidad de las instituciones públicas y simbología religiosa”, en *Revista española de derecho constitucional*. 2012, núm. 94, pp. 335-354.

PORTA I SALES, J. “Aspectos éticos de la sedación en cuidados paliativos”, en *Revista Medicina Paliativa*. 2002, vol. 9, núm. 1, pp. 41-46.

QUINTERO OLIVARES, Gonzalo. *Comentarios al Código penal español. Tomo I, (Artículos 1 a 233)*. Morales, Fermín (coord.). Séptima edición. Navarra: Thomson Reuters-Aranzadi, 2016, pp. 1684.

RIVERA LÓPEZ, Eduardo. “Eutanasia y autonomía”, en *Humanitas, humanidades médicas*. 2003, vol. 1, núm. 1, pp. 79-86.

ROCA FERNÁNDEZ, María José. “La neutralidad del Estado: Fundamento doctrinal y actual delimitación en la Jurisprudencia”, en *Revista española de derecho constitucional*. 1996, núm. 48, pp. 251-272.

ROYES, Albert. “La eutanasia y el suicidio médicamente asistido”, en *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología*. 2008, vol. 5, núm. 2-3, pp. 323-337.

SCHOOYANS, Michel. “La eutanasia hoy” en *Humanitas: revista de antropología y cultura cristiana*. 2006, núm 43, pp. 436-448. Disponible en: <https://www.humanitas.cl/bioetica/la-eutanasia-hoy> [consulta 17 mayo 2021].

VÁZQUEZ OSUNA, Federico. “La Llibertat religiosa en el constitucionalisme español. Les creences dissidents”, en *Revista de Dret Històric Català*. 2013, núm. 12, pp. 109-132.

FUENTES NORMATIVAS

Normas internacionales

ONU. Declaración Universal de Derechos Humanos, de 10 de diciembre de 1948.

ONU. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, de 16 de diciembre de 1966.

ONU. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, de 19 de octubre de 2005.

Consejo de Europa. Convenio Europeo de Derechos Humanos. 4 de noviembre de 1950. Disponible en: <https://www.coe.int/es/web/compass/the-european-convention-on-human-rights-and-its-protocols> [consulta 17 mayo 2021].

Consejo de Europa. Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina, de 4 abril 1997.

Unión Europea. Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, de 07 diciembre 2000. (DOUE C 364, 18 diciembre 2000, 22 p.).

Normativa estatal

Constitución Española. *Gaceta de Madrid*, 7 junio 1869, núm. 158.

Constitución Española. *Gaceta de Madrid*, 2 julio 1876, núm. 184.

Constitución de la República Española. *Gaceta de Madrid*, 10 diciembre 1931, núm. 344.

Constitución Española. *Boletín Oficial del Estado*, 29 diciembre 1978, núm. 311.

Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código penal. *Boletín Oficial del Estado*, 24 noviembre 1995, núm. 281.

Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. *Boletín Oficial del Estado*, 14 diciembre 1999, núm. 298.

Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. *Boletín Oficial del Estado*, 25 marzo 2021, núm. 72.

Código Penal. *Gaceta de Madrid*, 28 marzo 1848, núm. 4944.

Ley provisional autorizando el planteamiento del Código penal reformado adjunto de 17 de junio de 1870. *Gaceta de Madrid*, 31 agosto 1870, núm. 243.

Ley de 27 de octubre de 1932 autorizando al Ministro de este Departamento para publicar como Ley el Código penal reformado, con arreglo a las bases establecidas en la Ley de 8 de septiembre del corriente año. *Gaceta de Madrid*, 5 noviembre 1932, núm. 310.

Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-administrativa. *Boletín Oficial del Estado*, 14 julio 1998, núm. 167.

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *Boletín Oficial del Estado*, 15 noviembre 2002, núm. 274.

Real decreto-ley aprobando el proyecto de Código Penal, que se inserta, y disponiendo empiece a regir como Ley del Reino el día 1º de Enero de 1929. *Gaceta de Madrid*, 13 septiembre 1928, núm. 257.

Decreto por el que se aprueba y promulga el "Código Penal, texto refundido de 1944", según la autorización otorgada por la Ley de 19 de julio de 1944. *Boletín Oficial del Estado*, 13 enero 1945, núm. 13.

Normativa autonómica

Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud de la Comunidad Autónoma de Castilla y León. *Boletín Oficial del Estado*, 30 abril 2003, núm. 103.

Ley 3/2009, de 11 de mayo, de los derechos y deberes de los usuarios del sistema sanitario de la Región de Murcia. *Boletín Oficial del Estado*, 9 febrero 2011, núm. 34.

Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte de la Comunidad Autónoma de Andalucía. *Boletín Oficial del Estado*, 25 mayo 2010, núm. 127.

Ley Foral 8/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte de la Comunidad Autónoma de Navarra. *Boletín Oficial del Estado*, 26 abril 2011, núm. 99.

Ley 10/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte de la Comunidad Autónoma de Aragón. *Boletín Oficial del Estado*, 14 Mayo 2011, núm. 115.

Ley 1/2015, de 9 de febrero, de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida de la Comunidad Autónoma de las Islas Canarias. *Boletín Oficial del Estado*, 4 marzo 2015, núm. 54.

Ley 4/2015, de 23 de marzo, de derechos y garantías de la persona en el proceso de morir de la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares. *Boletín Oficial del Estado*, 22 abril 2015, núm. 96.

Ley 5/2015, de 26 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de las personas enfermas terminales de la Comunidad Autónoma de Galicia. *Boletín Oficial del Estado*, 23 septiembre 2015, núm. 228.

Ley 11/2016, de 8 de julio, de garantía de los derechos y de la dignidad de las personas en el proceso final de su vida de la Comunidad Autónoma del País Vasco. *Boletín Oficial del Estado*, 21 julio 2016, núm. 175.

Ley 4/2017, de 9 de marzo, de Derechos y Garantías de las Personas en el Proceso de Morir de la Comunidad Autónoma de Madrid. *Boletín Oficial del Estado*, 23 junio 2017, núm. 149.

Ley 5/2018, de 22 de junio, sobre derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso del final de la vida de la Comunidad Autónoma de Asturias. *Boletín Oficial del Estado*, 27 julio 2018, núm. 181.

Ley 16/2018, de 28 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de atención al final de la vida de la Comunidad Autónoma de Valencia. *Boletín Oficial del Estado*, 30 julio 2018, núm. 183.

FUENTES DE LA IGLESIA CATÓLICA

CÓDIGO DE DERECHO CANÓNICO, 1917, en *La Santa Sede*.

CÓDIGO DE DERECHO CANÓNICO, 1983, en *La Santa Sede*. Disponible en: https://www.vatican.va/archive/ESL0020/_INDEX.HTM [consulta 17 mayo 2021].

CATECISMO DE LA IGLESIA CATÓLICA, en *La Santa Sede*. Disponible en: http://www.vatican.va/archive/catechism_sp/index_sp.html [consulta 17 mayo 2021].

JUAN PABLO II. “Carta encíclica *evangelium vitae* del sumo pontífice Juan Pablo II a los obispos, a los sacerdotes y diáconos, a los religiosos y religiosas, a los fieles laicos y a todas las personas de buena voluntad sobre el valor y el carácter inviolable de la vida humana”, en *La Santa Sede*. 25 marzo 1995. Disponible en: http://www.vatican.va/content/john-paul-ii/es/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae.html [consulta 17 mayo 2021].

PÍO XII. “Discurso del santo padre Pío XII sobre las implicaciones religiosas y morales de la analgesia”, en *La Santa Sede*. 24 febrero 1957. Disponible en: http://www.vatican.va/content/pius-xii/es/speeches/1957/documents/hf_p-xii_spe_19570224_anestesiologia.html [consulta 17 mayo 2021].

SAGRADA CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE. “Instrucción *Donum Vitae* sobre el respeto de la vida humana naciente y la dignidad de la procreación”, en *La Santa Sede*. 22 febrero 1987. Disponible en: https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19870222_respect-for-human-life_sp.html [consulta 17 mayo 2021].

SAGRADA CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE. “Declaración *iura et bona* sobre la eutanasia”, en *La Santa Sede*. 5 mayo 1980. Disponible en: http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19800505_euthanasia_sp.html [consulta 17 mayo 2021].

FUENTES JURISPRUDENCIALES

Tribunal de Justicia de la Unión Europea

Sentencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea (TJUE). Caso Reino de los Países Bajos contra Parlamento Europeo y Consejo de la Unión Europea. Sentencia C-377/98 de 9 octubre 2001.

Tribunal Constitucional

Tribunal Constitucional (Pleno) Sentencia núm. 53/1985, de 11 de abril.

Tribunal Constitucional (Pleno) Sentencia núm. 120/1990, de 27 de junio.

Tribunal Constitucional (Pleno) Sentencia núm. 137/1990, de 19 de julio.

Tribunal Constitucional (Pleno) Sentencia núm. 91/2000, de 20 de marzo.

RECURSOS EN LA RED

Artículos de prensa

ACTUALL. “Eutanasia: Obispos españoles recuerdan el ‘No matarás’ y defienden los cuidados paliativos”, en *Actual.* 22 mayo 2018. Disponible en: <https://www.actuall.com/vida/eutanasia-obispos-espanoles-recuerdan-el-no-mataras-y-defienden-los-cuidados-paliativos/> [consulta 17 mayo 2021].

ALBIN, Danilo. “Los obispos se atrincheran contra la ley de eutanasia y abren otro frente con el Gobierno”, en *Público.* 05 abril 2021. Disponible en: <https://www.publico.es/politica/obispos-atrincheran-ley-eutanasia-abren-frente-gobierno.html> [consulta 17 mayo 2021].

BASTANTE, Jesús. “Reig Pla acusa al Gobierno de “convertir España en un campo de exterminio””, en *elDiario.es.* 22 marzo 2021, https://www.eldiario.es/sociedad/reig-pla-acusa-gobierno-convertir-espana-campo-exterminio_1_7333204.html [consulta 17 mayo 2021].

GÜEL, Oriol. “El Congreso tumba el intento de PP y Vox de frenar la ley de eutanasia”, en *elpaís.com.* 10 septiembre 2020. Disponible en: <https://elpais.com/sociedad/2020-09-10/el-congreso-tumba-el-intento-de-pp-y-vox-de-frenar-la-ley-de-eutanasia.html> [consulta 17 mayo 2021].

LA RAZÓN. “Vox y PP son los partidos que más representan los valores católicos” en *Público.* 05 abril 2021. Disponible en: <https://www.larazon.es/religion/vox-y-pp-son-los-partidos-que-mas-representan-los-valores-catolicos-OA23010493/> [consulta 17 mayo 2021].

MUNÁRRIZ, Ángel. “Primer obstáculo para la nueva ley: la eutanasia choca con su prohibición en el código ético de los colegios médicos”, en *infoLibre*. 26 marzo 2021. Disponible en: https://www.infolibre.es/noticias/politica/2021/03/24/una_sombra_sobre_ley_eutanasia_los_colegios_medicos_mantienen_prohibicion_codigo_etico_118442_1012.html [consulta 17 mayo 2021].

Páginas web de interés

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CÁNCER (AECC). *Sedación Paliativa*. Disponible en: <https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/viviendo-con-cancer/final-vida/sedacion-paliativa> [consulta 17 mayo 2021].

Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). *Barómetro de enero 2021*. Enero 2021, estudio núm. 3307. Disponible en: http://www.cis.es/cis/export/sites/default/Archivos/Marginales/3300_3319/3307/es3307mar.pdf [consulta 17 mayo 2021].

CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA. *Declaración de instrucciones previas y voluntades anticipadas aprobado por la CXVII Asamblea Plenaria*. Disponible en: <https://www.conferenciaepiscopal.es/nuevo-testamento-vital-cee/> [consulta 17 mayo 2021].

OTROS DOCUMENTOS DE INTERÉS JURÍDICO

OMS. “Pain relief and palliative care”, en *National Cancer Control Programmes: policies and managerial guidelines*. Segunda edición. Génova: 2002, pp. 83-91. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42494/9241545577.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [consulta 17 mayo 2021].

OMS. *Cuidados Paliativos*. 20 agosto 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> [consulta 17 mayo 2021].

Consejo de Europa. Recomendación 1418/1999, 25 junio 1999, sobre protección de los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos, aprobado por la Asamblea Parlamentaria.

Consejo de Europa. *Guía para el proceso de toma de decisiones relativas al tratamiento médico en situaciones del final de la vida*. Noviembre 2014, 31 p. Disponible en: <https://rm.coe.int/168039e8c6> [consulta 17 mayo 2021].

Organización Médica Colegial (OMC). Código de Deontología Médica, de mayo de 2017.

Organización Médica Colegial (OMC). Declaración ética sobre sedación en la agonía, de 23 febrero 2009. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/etica_sedacion_agonia.pdf [consulta 17 mayo 2021].