

Eutanasia y derecho a la vida: un conflicto de derechos

Aurelia María Romero Coloma

*Doctora en Derecho. Abogada especializada en derechos fundamentales
Profesora del Máster de Acceso a la Abogacía. Universidad de Cádiz*

EXTRACTO

La eutanasia es un tema que suscita una enorme polémica y enconados debates en torno a sus aspectos jurídicos, éticos, psicológicos y sociales. Con la proclamación, por nuestra Constitución, del derecho a la vida, el derecho a morir se configura de una forma compleja e incluso contradictoria con los postulados supremos del bien más fundamental, que, sin duda, es la vida. Pero los planteamientos han de ir por otros derroteros jurídicos, al objeto de alcanzar una solución satisfactoria en un tema que nos afecta a todos. Y, para ello, contamos ya con una proposición de ley de 21 de mayo de 2018.

Palabras clave: derecho a la vida; derecho a morir; dignidad; conflicto de derechos.

Fecha de entrada: 27-08-2018 / Fecha de aceptación: 17-10-2018

Euthanasia and the right to life: a conflict of rights

Aurelia María Romero Coloma

ABSTRACT

Euthanasia is a subject that raises enormous controversy and fierce debates around its legal, ethical, psychological and social aspects. With the proclamation, by our Constitution, from the right to the life, the right to die is formed of a complex and even contradictory form by the supreme postulates of the most fundamental good, which, undoubtedly, is the life. But the approaches have to go by other legal paths, in order to reach a satisfactory solution on a subject that affects us all. And, for that, we already have a proposition of law of May 21, 2018.

Keywords: right to life; right to die; dignity; conflict of rights.

Sumario

1. Introducción al tema
2. La eutanasia: problemática jurídica y ética
3. Justificaciones de la eutanasia
4. Referencia a la actual proposición de Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia en España

Referencias bibliográficas

Cómo citar este estudio:

Romero Coloma, A. M.^a (2018). Eutanasia y derecho a la vida: un conflicto de derechos. *Revista Ceflegal*, 215, 109-130.

1. INTRODUCCIÓN AL TEMA

La muerte es el reverso de la vida, la otra cara, por así decirlo, de una forma expresiva, de la existencia. Cuando nacemos, nuestro destino, seguro, es morir. El ordenamiento jurídico se ocupa de establecer, como derecho fundamental, el derecho a la vida. Nada se dice de la muerte, del fallecimiento de la persona. Por eso, cabe plantearse si existe un derecho a la muerte. Es evidente que me voy a referir a la eutanasia.

2. LA EUTANASIA: PROBLEMÁTICA JURÍDICA Y ÉTICA

En primer lugar, hay que preguntarse si la persona tiene derecho a morir de forma sosegada e indolora. Es esta la primera cuestión que habría que plantear con un mínimo de rigor.

Pero la siguiente interrogante ya no tiene solo que ver con el paciente, sino con el facultativo que le atiende y, de ahí, que haya que plantear si tiene derecho que se ocupe de la persona su médico, asumiendo un papel activo en todo este proceso. Así, una omisión será, desde el punto de vista legal, y también moralmente, menos censurable que un acto de comisión. Un *non facere* será siempre menos grave que un *facere*.

Desde el punto de vista de la disciplina médica y jurídica, la práctica de la eutanasia es una de las más polémicas y controvertidas.

Desde el punto de vista jurídico, se confronta el principio de protección absoluta de la vida, en función del artículo 15 de nuestra Constitución, de un lado, y, de otro, la reclamación de la autonomía individual, es decir, el respeto al derecho a la autodeterminación de la vida y de la muerte.

La deontología médica exige que el facultativo salvaguarde la vida de los pacientes, por lo que, en principio, quedaría prohibida esta figura, porque supondría la aplicación de procedimientos médicos destinados no a dicha salvaguarda, sino, precisamente, a ponerle fin a la vida. Es en la práctica médica, sin duda, donde encontramos graves conflictos que, con posterioridad, son ventilados ante la autoridad judicial.

El primer intento de legalización de la eutanasia lo encontramos a finales del año 1938, cuando la abuela de un niño ciego y oligofrénico, que estaba internado en la Clínica de la Universidad de Leipzig, solicitó a Hitler que le garantizase la muerte por compasión. A partir de este momento, el líder nazi ordenó poner en marcha un programa para procurar la muerte por misericordia a los casos semejantes o análogos a este. Se calcula que el régimen nazi puso fin a la vida de unos 5.000 niños. El número de enfermos mentales y ancianos exterminados ascendió a 80.000. Se trató, como fácilmente puede comprenderse, de un genocidio, pero con unas motivaciones económicas evidentes.

El caso de la joven Karen Ann Quinlan, en Estados Unidos, en el estado de Nueva Jersey, provocó una oleada de opiniones a favor y en contra de la eutanasia. Este caso no fue el primero, pero sí, sin duda, uno de los más notorios en el marco de la opinión pública mundial. Karen Ann estuvo 10 años en coma. A consecuencia de una dosis importante de alcohol y barbitúricos, perdió el conocimiento y se intentaron diversas medidas de reanimación, entre ellas la conexión a un aparato de respiración artificial, pero no fue posible que recobrase la conciencia y los facultativos declararon que estaba sumida en estado vegetativo persistente, sin posibilidades de recuperación de vida consciente.

Después de tres meses, ante los reiterados diagnósticos desfavorables concordantes, los padres de Karen Ann –que eran católicos practicantes y que, además, recabaron el consejo de su párroco– pidieron a los médicos que suspendiesen los tratamientos y dejaran a su hija morir en paz. Esta decisión no fue respetada por el Hospital Saint Claire, en el que estaba internada y, para ello, se adujeron la existencia de razones morales y legales.

El caso se planteó ante el tribunal correspondiente y la sentencia fue desfavorable a la desconexión del respirador. Se afirmó que la joven estaba legal y médicamente viva, por lo que no era factible autorizar la desconexión, porque ello supondría un homicidio, siempre desde el punto de vista del tribunal competente.

Los padres de Karen apelaron la sentencia, ante el Tribunal Supremo del estado de Nueva Jersey, cuyos siete jueces decidieron, de forma unánime, que Karen tenía derecho a morir con dignidad, por lo que se autorizaba la desconexión del respirador artificial que la mantenía con vida. Pero la desconexión, contra todo pronóstico, no supuso la muerte de Karen, que continuó respirando por sí sola y falleció finalmente el 12 de junio de 1985, de una neumonía, en su propio domicilio, tras 10 años de coma, durante los cuales fue alimentada con sonda.

La sentencia del Tribunal Supremo del estado de Nueva Jersey constituyó, sin duda, un precedente para que numerosos estados adoptasen resoluciones en esta misma línea, por lo que respecta al tema de la respiración asistida, además de suponer un importante hito en la génesis del concepto de «muerte digna».

Otro valioso ejemplo para ilustrar el tema que está siendo objeto de estudio lo constituye el famoso caso de Nancy Cruzan, de 26 años de edad, que estuvo en coma anóxico desde 1983 a 1990, como consecuencia de un accidente de automóvil. El Tribunal Supremo de Missouri negó

a los padres el permiso para suprimir la sonda nasogástrica, en una polémica sentencia. Con posterioridad, el Tribunal Supremo de los Estados Unidos confirmó que el estado de Missouri estaba legitimado para exigir una evidencia formal de la contraria voluntad de Nancy Cruzan a ser mantenida con vida con la ayuda de soportes vitales.

A partir de esta decisión, diversos estados adecuaron sus normas para reconocer los testamentos vitales y diversas disposiciones para el cuidado de la salud.

Si nos centramos ya en España, vemos como el primer caso que se planteó ante los tribunales de nuestro país fue el de Ramón Sampredo. La primera solicitud de este tipo fue presentada en Barcelona, ante la jurisdicción voluntaria, el 30 de abril de 1993. El solicitante había quedado tetrapléjico a causa de una sección medular, como consecuencia de un accidente ocurrido el 23 de agosto de 1968. La solicitud demandaba que se autorizase a su médico de cabecera para que le pudiera suministrar los medicamentos necesarios para morir sin dolor, y sin que ello le acarrearase consecuencias penales de ningún tipo, respetando su derecho a no ingerir alimentos por medios ni naturales ni artificiales.

El juez pidió informe al fiscal, antes de admitir la demanda, al tratarse de una cuestión que afectaba a derechos fundamentales, pero en la que, además, podía plantearse una cuestión de competencia, dado que el solicitante era gallego. Por fin, el magistrado decidió no admitir a trámite la petición, basándose en la inviabilidad constitucional de la petición de fondo, ya que el silencio constitucional no faculta para declarar *in genere* la existencia de un derecho fundamental en tal sentido, mientras que sí existe la prohibición general, que alcanza también a jueces y a médicos, de colaborar en el suicidio ajeno.

Frente a esta resolución, se presentó apelación ante la Audiencia Provincial de Barcelona, y la sentencia dictada confirmó el auto apelado en su día, utilizando, como fundamentos jurídicos, razonamientos análogos a los expresados en la anterior sentencia, insistiendo en el tema de la competencia y en el cauce procesal utilizado.

Pero, a modo de paradoja, ambas sentencias insistían en que, si el demandante lo deseaba, se le podía dejar morir de hambre, ya que es esta una facultad natural y esencial integrada en el contenido jurídico de la propia persona, con cita, incluso, de la importante sentencia del Tribunal Constitucional español de 27 de junio de 1990.

En la actualidad, han sido precisamente los médicos especialistas en temas de alto riesgo uno de los colectivos que ha planteado a la sociedad española la necesidad de una regulación que delimite jurídicamente las conductas que se consideran admisibles o, en otro caso, inadmisibles.

En definitiva, la pregunta que hay que hacer es la siguiente: ¿tiene el paciente derecho a morir de manera sosegada e indolora? ¿Tiene, asimismo, derecho a que su médico se ocupe de que sea así, asumiendo un papel activo en ese proceso? ¿Existe alguna diferencia entre el papel activo y el pasivo? ¿Una omisión es, desde el punto de vista legal, y moral, menos censura-

ble que un acto, que una comisión? ¿Quién debe tomar la decisión? ¿El paciente? ¿El médico? ¿Ambos, quizás, de común acuerdo?

El modelo de medicina actual nos lleva al debate, porque, hoy en día, al paciente le suele sobrevenir la muerte sin su conocimiento. Precisamente, como afirmaba Fletcher (1979), es esa incapacidad de la mayoría de los moribundos una de las razones que impiden centrar el debate sobre los distintos aspectos de la eutanasia, ya que, en la mayoría de los casos, lo que hace el familiar más directo lo hace por el paciente, pero sin que ello responda a una solicitud suya. Esta actitud, sin duda paternalista, convierte al paciente en una persona a la que, de algún modo, hay que tutelar, como si se tratara de un menor o de un incapaz natural al que no se le estima como capacitado para tomar determinadas decisiones.

De cualquier forma, hoy se habla de «eutanasia» como de algo opuesto al encarnizamiento terapéutico, requiriéndose, además, que exista en el paciente una causa capaz por sí misma de producir la muerte. En estos casos, el médico, aunque su principal misión es salvar vidas, puede y debe, en ciertos casos, ayudar a morir del modo menos doloroso posible. Tengamos en cuenta que eutanasia activa y eutanasia pasiva son, en realidad, equivalentes, y si una modalidad es declarada como aceptable, también la otra modalidad debería serlo.

No obstante, hay argumentos en contra de esta última posición citada, ya que hay tesis que hacen hincapié en que, por lo que respecta a la eutanasia pasiva, el médico no hace nada para ocasionar la muerte del paciente, ya que el enfermo muere finalmente de la propia enfermedad que padecía. Pero este planteamiento es erróneo, desde mi punto de vista, ya que el hecho, en sí mismo, de no suministrar una medicación al paciente es, en realidad, al fin y al cabo, una decisión, una resolución, igual de consciente que la contraria y, desde luego, imputable a quien la toma. Si el médico decide que la muerte es un mal menor que el continuar viviendo en unas condiciones penosas para el paciente, ese facultativo está ponderando unos valores determinados o, en concreto, dos valores específicos: la vida, de un lado, y, del otro, la muerte. Es obvio que «vida» sin calidad de vida, es, en muchas ocasiones, peor que la propia muerte. O sea, la disyuntiva se inclina, a mi juicio, a favor de la eutanasia.

Ferrater Mora opinaba que la eutanasia, sea pasiva o activa, si es considerada moralmente aceptable es porque proclama la obligación de aminorar los sufrimientos de una persona (Ferrater Mora y Cohn, 1988), y esta obligación, por denominarla de algún modo, se halla por encima de la obligación de preservar la vida. Si la vida es deseable a toda costa, entonces, en este supuesto, no debería permitirse ni la eutanasia activa ni la pasiva, ni la voluntaria ni la involuntaria. Pero, si admitimos, como una obligación moral, la aminoración del sufrimiento, del dolor de una persona, entonces, en este supuesto, y siempre y cuando la persona en cuestión acceda a ello de forma voluntaria, sería deseable adoptar los medios suficientes y eficaces para alcanzar el fin indicado. En este supuesto, habría que considerar que la práctica de la eutanasia activa es moralmente aceptable.

En principio, y para tomar conciencia del problema, complejo y delicado, que estoy abordando, cabría preguntarse si la eutanasia es una muerte digna. Pero es que el concepto de «digni-

dad» se utiliza tanto para defender la legitimidad de la eutanasia, como para negarla, por lo que lo primero que habría que hacer es delimitar y clarificar el concepto de «dignidad».

Hay autores que piensan que la dignidad se reduce al disfrute de una calidad de vida, conciencia o capacidad de autodeterminación.

Otros, en cambio, estiman que la dignidad es un valor intrínseco que posee todo ser humano, con independencia de sus circunstancias, edad, condición social, estado físico o psíquico.

Pero la condición digna de la vida humana es invariable desde que se comienza a existir, desde el nacimiento, hasta el fallecimiento, e independiente de condiciones más o menos cambiantes a lo largo de la existencia.

No obstante, la eutanasia ha de ser valorada y analizada desde diversos puntos de vista: plano filosófico –qué es la muerte y el morir para la persona–; plano científico-médico –cuáles son los criterios clínicos necesarios para el diagnóstico de muerte–. También hay que valorar si es lícito adelantar la muerte por compasión hacia la persona que está sufriendo y este sería ya el plano ético, al tiempo que hay que establecer las consecuencias que estas reflexiones deben tener en el ámbito del Derecho positivo, que sería ya el plano propiamente jurídico.

Se denomina como «muerte» a la pérdida total e irreversible de la unidad somática integral de un ser vivo. En el caso del ser humano, de la persona, esta pérdida se puede establecer de tres maneras:

- 1.^a Por ruptura anatómica.
- 2.^a Por parada cardiorespiratoria.
- 3.^a Por muerte encefálica.

Esta última es la pérdida total e irreversible de toda la actividad troncoencefálica y cortical, diagnosticada por los medios más certeros y según los criterios correspondientes establecidos por la Ley.

Una vez delimitada la denominación de «muerte» a los tres niveles citados, cabe plantearse qué es la eutanasia.

La eutanasia es la acción, u omisión, por parte del médico o de otra persona, con la intención de producir la muerte del paciente terminal o altamente dependiente, por compasión y para eliminarle todo dolor y sufrimiento.

La eutanasia voluntaria es la llevada a cabo con el consentimiento del paciente.

La eutanasia involuntaria, también denominada y conocida como cacotanasia o coactiva, es la practicada contra la voluntad del paciente, que manifiesta su deseo de no morir.

La eutanasia no voluntaria es la que se practica no constando el consentimiento del paciente, al no poder este manifestar ningún deseo, como sucede en casos de menores de edad y pacientes que no han expresado directamente su consentimiento informado, bien por ignorancia, o bien por no poder hacerlo al encontrarse ya en coma.

La eutanasia activa es la que, mediante una acción positiva, provoca la muerte del paciente.

La eutanasia pasiva consiste en dejar morir intencionadamente al paciente por omisión de cuidados o tratamientos que estuvieren indicados y fueren proporcionados.

La denominación de «eutanasia pasiva» es utilizada, en muchas ocasiones, de forma indebida, para referirse a una práctica médica correcta, de omisión de tratamientos desproporcionados o fútiles respecto al resultado que se va a obtener finalmente. En este supuesto, no nos encontraríamos ante la una eutanasia pasiva, sino ante la correcta limitación del esfuerzo terapéutico o limitación de terapias fútiles, lo cual es conforme con la bioética y la deontología médica, respetando, a un tiempo, el derecho del paciente a la autonomía para decidir y a la renuncia al tratamiento, llegado el caso.

La denominación de «distanasia» está referida al encarnizamiento, obstinación o ensañamiento terapéutico. Se trata de una práctica contraria a la deontología médica, a base de la aplicación de tratamientos inútiles o, si llegan a ser útiles, son, en cambio, desproporcionadamente molestos para el resultado que se espera de ellos.

De otro lado, el concepto de «ortotanasia» se aplica a aquellos supuestos en los que se permite que llegue la muerte natural en enfermedades incurables y terminales, tratándolas con los máximos tratamientos paliativos, evitando, o intentando evitar, sufrimientos y recurriendo a medidas razonables.

La ortotanasia se plantea, para determinados sectores doctrinales, como una posición jurídica y moral aceptable. Consiste, básicamente, en no adelantar la muerte con una acción médica intencional, acompañando al enfermo terminal y considerando su vida, aunque dependiente y sufriente, siempre digna, intentando aliviar, con todos los medios disponibles, el dolor, dentro de lo posible, y favoreciendo el bienestar del paciente, además de ofreciéndole asistencia psicológica y espiritual para satisfacer su derecho de aceptar su proceso de muerte, no abandonando nunca al paciente, pero dejándole saber morir, siempre y cuando no sea factible la curación.

Una vez examinados estos conceptos, sin duda básicos, parece oportuno detenerse en otros conceptos que son de gran trascendencia a la hora de entender el problema jurídico, y médico –también ético– de la eutanasia. Así, por ejemplo, el concepto de «paciente terminal», que es aquel que padece una enfermedad de la que no cabe esperar que se recupere y, por lo tanto, patología previsiblemente mortal a corto plazo, espacio temporal que puede ir desde algunas semanas, o meses, a lo sumo.

Otro concepto es el de «cuidados paliativos», referido a la atención a los aspectos físicos, psíquicos, sociales y espirituales de la persona en situación terminal, siendo los objetivos priori-

tarios el bienestar y la promoción de la dignidad y autonomía de los enfermos y de sus familiares. Estos cuidados, por lo general, requieren del concurso de equipos multidisciplinares, que pueden incluir profesionales sanitarios, expertos en ética, asesores espirituales, abogados y voluntarios.

«Sedación terminal» es otro concepto que hay que valorar adecuadamente. Consiste en la administración deliberada de fármacos, para lograr el alivio, inalcanzable con otras medidas, de un sufrimiento físico o psicológico, mediante la disminución, suficientemente profunda y previsiblemente irreversible, de la conciencia, en un paciente cuya muerte se prevé muy próxima, con el consentimiento explícito, implícito o delegado del mismo. Desde el punto de vista ético, no es relevante que, como efecto secundario no buscado de la administración de la sedación, se adelante la muerte de la persona, siempre y cuando no sea este el fin o finalidad que se pretenda de modo directo e inmediato con la administración de dicha sedación.

De todos estos conceptos, lo importante es que quede claro y evidente que la eutanasia consiste en la intervención consciente y voluntaria de un tercero para facilitar o producir, por acción u omisión, la muerte de una persona que la solicita inequívocamente a efectos de terminar con su penosa e irreversible situación personal. Es palmario, a todas luces, que ningún paciente pide la muerte a menos que su situación sea realmente dolorosa e insoportable de sobrellevar con los medios humanos y materiales disponibles en el ámbito de la ciencia médica. Se trata de una situación calamitosa que refiera una enfermedad terminal o que produzca insoportables dolores y sufrimientos físicos o psíquicos para una persona de razón y temple normales o medios, aunque, lógicamente, cada caso es distinto. De ahí que la clave de la eutanasia no sea tanto la voluntad de morir, ni siquiera la muerte en sí misma considerada, o que un tercero la cause a petición de la persona que está sufriendo y no desea seguir viviendo en esas condiciones. Estimo que la clave radica en que se dé el tipo de enfermedad o mal que convierte la vida en algo indeseable, al ser irreversiblemente trágica, de modo que la cesación de esa vida lo que implica es liberar de una agonía, terrible, al paciente, por lo que lo que se le está reportando es un beneficio, y nunca un mal, ya que, en sí misma, la vida que el paciente está viviendo constituye un perjuicio, un daño, y no un beneficio, perdiendo, de esta forma, la connotación de «derecho» y «bien» que tiene, de forma omnipresente, la existencia, la vida.

La eutanasia, en este sentido, no puede ser asimilada al suicidio, ni a la colaboración al suicidio de quien la facilita y propicia, por lo que, desde mi punto de vista, debería ser despenalizada, aunque sí es lógico mantener los controles de los actos de terceras personas que conduzcan a la muerte de otra.

El argumento central, el foco, para defender la eutanasia, y para, en definitiva, legalizarla, no es la autonomía de la voluntad, aunque sea esta una condición, desde luego, incuestionable. A un tiempo, no cabe tampoco defender la eutanasia fundamentándola en un hipotético «derecho a morir», pues este derecho, evidentemente, no existe. Y tampoco cabe argumentar el carácter supremo del derecho a la vida, en función del artículo 15 de nuestra Constitución, que proclama que todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral. Según ha expresado Valle Muñiz (1989), a la luz de la Constitución, y desde un punto de vista estrictamente jurídico, no es posible situar el derecho a la vida sobre la libertad de la persona. Y, a un tiempo, si el concepto de dignidad de la persona es básico en la interpretación y determinación del alcance de los dere-

chos fundamentales reconocidos en el título primero de la Constitución, no es posible imponer una concepción del derecho a la vida tal que resulte incompatible con la misma dignidad humana.

Ya Lucas Verdú (1979), al estudiar los títulos preliminar y primero de nuestra Constitución, ponía de relieve que la esencia de los derechos y libertades radica en el libre desarrollo de la personalidad, en el pleno despliegue y perfeccionamiento de la persona humana como racionalidad y como sociabilidad, y la legislación complementaria ha de respetar también la esencialidad de todos los derechos y libertades articulados en los demás capítulos del título.

De otro lado, la aplicación del Código Penal debe hacerse a la luz de los principios constitucionales, ya que son estos principios los que determinan cuáles son los bienes jurídicos merecedores de la tutela penal. La Constitución tiene un valor normativo directo e inmediato, lo cual nos lleva a considerar que los valores superiores que reconoce, como la libertad, la igualdad y la dignidad humana, deben informar todo el ordenamiento jurídico y, en consecuencia, deben ser considerados principios informadores y límites del Derecho penal, por lo que el tratamiento jurídico-penal de ciertas conductas susceptibles de ser consideradas como eutanásicas obliga a efectuar una interpretación acorde con lo establecido y previsto en la Norma Constitucional.

En la actualidad, nuestra sociedad se manifiesta, de forma mayoritaria, a favor de la aceptación de determinados supuestos eutanásicos, aunque nuestro Código Penal no recoge una visión tan comprensiva de esta cuestión. Sobre este tema, hay que resaltar que la mayor parte de los códigos penales actuales sancionan la instigación y el auxilio al suicidio, no estando penado el suicidio en sí mismo, sino la conducta del auxiliador o cooperador al mismo, lo cual conlleva un contrasentido importante: si la conducta del titular del derecho no es punible, la conducta del auxiliador o cooperador no debería serlo tampoco, porque, si no existe delito de suicidio, tampoco cabría hablar de complicidad en este caso.

En los códigos penales en los que se incorpora la figura del homicidio a petición de la víctima, el consentimiento de esta va a actuar, como no podía ser menos, como atenuante de la pena. Esto lleva a pensar que, de algún modo, la normativa permite, en cierta medida, los denominados como «crímenes caritativos».

Plantea dudas y genera incertidumbre el tema del homicidio consentido, porque cabría plantearse si es la propia voluntad del sujeto pasivo la que legitima el acto. Cabría preguntarse si el consentimiento del sujeto pasivo tendría el valor, valor, sin duda, supremo, de evitar la criminalidad del acto, excluyendo, en consecuencia, la pena.

En nuestro país, al día de hoy, la eutanasia se considera como ayuda al suicidio o bien como homicidio consentido. El artículo 143 de nuestro Código Penal tipifica la inducción al suicidio de otro, castigándola con pena de prisión de cuatro a ocho años. En su párrafo 2.º, el Código Penal impone la pena de prisión de dos a cinco años a la cooperación al suicidio de otra persona, con actos necesarios. Si la cooperación llega hasta el punto de ejecutar la muerte de otra persona, la pena se eleva de seis a diez años, párrafo 3.º). Veremos cómo se pretende llevar a cabo una reforma en este sentido de la actual normativa.

Y por último, el párrafo 4.º del citado precepto penal tipifica el delito de aquel que cause o cooperare activamente, con actos necesarios y directos, a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de este, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, castigando esta conducta con la pena inferior, en uno o dos grados, a las señaladas en el los números 2 y 3 de este precepto.

Cabría hablar de un «móvil piadoso» para producir la muerte de otra persona, ya que la doctrina penalista, con Jiménez de Asúa (1984) a la cabeza, estimaba que el consentimiento no opera como causa justificante, sino el móvil piadoso, entendido este, desde mi punto de vista, como la intención de poner fin a los sufrimientos padecidos por la víctima. Es decir, la intención, la finalidad, no sería la de matar a esa persona, sino, matizando y en un nivel más acertado, terminar con los sufrimientos y padecimientos del paciente, finalidad que solo se conseguiría cooperando en su suicidio con actos necesarios y directos, pero manteniendo, siempre y en todo caso, la finalidad, el objetivo piadoso, compasivo.

También se habló, hace años, del denominado «estado de necesidad», surgido del conflicto de deberes ante la petición de un ser querido en circunstancias extremas, y también cabe, igualmente, hablar de la existencia de causas de justificación suprallegal, por la finalidad misma pretendida.

A mi juicio, no cabe convertir la vida, o el derecho a la vida, en un bien o valor absoluto, ya que hay que dejar la puerta abierta al derecho a la autodeterminación de la persona, teniendo en cuenta, asimismo, la relevancia que el propio derecho presta al consentimiento del paciente y que, desde mi punto de vista, revista una importancia mucho mayor, si ponderamos las situaciones, que la concepción garantista, a ultranza, del derecho a vivir.

Ello no ha de significar que las garantías del derecho a la vida hayan de debilitarse, sino que es necesario considerar siempre que se establecen a favor del titular del derecho a ser respetado, y nunca en su contra. El derecho a la vida debe llevar aparejado el deber de respetar la vida ajena, pero no el deber de vivir contra la propia voluntad en condiciones inadmisibles, penosas e inhumanas.

En nuestro país, llama, por ejemplo, la atención la regulación andaluza que impone la Ley 2/2010, de Derechos y Garantías de la Persona en el Proceso de la Muerte. Su punto de partida es excluir, por definición, cualquier regulación de la eutanasia activa, reduciendo esta a los supuestos tipificados en el artículo 143.4 del Código Penal, excluyendo, así, del concepto todas las situaciones que suelen entenderse comprendidas en la eutanasia pasiva en todas sus modalidades, siendo el siguiente paso señalar que la ley no regulará la eutanasia, remitiéndose a una sucesión de conceptos muy importantes, como procesos sedativos, paliativos, rechazo de tratamientos, etc., para aliviar el sufrimiento y humanizar el proceso de la muerte, pero dejando sin resolver un espectro importante de problemas relacionados con el tema de la muerte digna.

En realidad, las dimensiones más relevantes de la normativa española son, básicamente, dos:

- 1.^a La obligación del médico de respetar las decisiones y convicciones del paciente de no iniciar o abandonar cualquier actuación médica.
- 2.^a La obligación médica de limitar el esfuerzo terapéutico frente a la obstinación terapéutica.

En ambos supuestos, no se admite la objeción de conciencia del médico, ni del personal sanitario en general.

Es importante reseñar que el facultativo debe abstenerse de imponer criterios de actuación basados en sus propias creencias y convicciones personales, morales, religiosas o filosóficas. En este sentido, lo que se pretende es garantizar una mayor seguridad jurídica a cualquier persona que rechace un tratamiento o que solicite su desconexión a las medidas de soporte vital en cualquier centro público o privado. Esta medida, sin embargo, es cuestionable en los centros privados.

Hay que subrayar que tanto la doctrina como la jurisprudencia, en el marco continental, han ido evolucionando hacia el reconocimiento, al menos, de la necesidad de consenso. En nuestro país, la legislación actual parte de principios más acordes con el respeto a la autodeterminación del paciente. El deber de informar no depende de lo que, en su práctica habitual, estime la comunidad médica, sino que, tras la aprobación de la Ley General de Sanidad, constituye un imperativo que debe ser respetado, pero, pese a este amparo legal, el ejercicio del derecho a la información no siempre recibe la atención práctica que merece, tal como puso de relieve, sin duda con gran acierto, Carlos María Romero Casabona (Casado González, 1994).

Es sabido que muchos pacientes conocen su derecho a tomar decisiones en relación con las atenciones sanitarias que reciben, incluyendo la de negarse a ser objeto de medidas extraordinarias de prolongación de la vida, pero sí son menos los que redactan sus últimas voluntades a este respecto mientras todavía conservan su plena capacidad –uso de la razón, cabal juicio, como lo denomina nuestro Código Civil–. En la mayoría de los centros, sin embargo, el paciente carece de medios para controlar las decisiones y el comportamiento del personal médico. He ahí que, entre la aceptación de la norma, de un lado, y, del otro, su vigencia real, su efectividad, medie una cierta distancia y, a veces, hasta un abismo.

En cualquier caso, es oportuno hacer unas reflexiones en torno a lo que, con anterioridad, hemos denominado como «muerte digna» o «derecho a una muerte digna».

El derecho a morir, o derecho a la muerte, contradice las condiciones de nuestro ordenamiento jurídico, al enfrentarse a criterios de prudencia y control que también se dan con la colaboración al suicidio. Lo que ocurre, en muchos casos, es que la persona que solicita morir no puede suicidarse ella misma, con sus solos medios, y la razón por la que no desea continuar en esta vida es que objetivamente se padece una enfermedad, calamitosa e irreversible, que nadie, ni el Estado, puede remediar o aliviar.

En cualquier caso, habría que fijar y determinar las obligaciones de terceras personas que tendieran a definirse expansivamente, al debilitarse la causa de la obligación y fortalecerse, en

cambio, la discrecionalidad del titular del hipotético derecho a la muerte. Pero todo ello choca, abiertamente, con el hecho de que nuestro ordenamiento jurídico no conoce el derecho a morir, e incluso nuestro Tribunal Constitucional lo ha negado. Así, por citar una de las resoluciones más carismáticas, la Sentencia 120/1990.

El derecho a morir choca con la idea de la función general del Estado y del Derecho, de seguridad y protección de los ciudadanos, y, además, genera un problema de coherencia jurídica, ya que el Derecho sanciona las lesiones consentidas –art. 155 del Código Penal– y tiende a ampliar los riesgos de acciones lesivas para la vida de las personas.

Para configurar el derecho a morir, no cabe duda, al menos desde mi punto de vista, que habría que hacer recaer el peso de la eutanasia en la autodeterminación de la persona que no desea seguir viviendo y en su voluntad individual, basándose en el derecho a la libertad, en función del artículo 17 de nuestra Constitución, no haciendo recaer el peso o la carga del acto de colaboración del tercero como conducta punible.

No hay que olvidar que la misma línea mantenida por nuestro Tribunal Constitucional es la sostenida por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, al entender que el artículo 2 del Convenio de Roma obliga al Estado a proteger la vida y no confiere a la persona un derecho a morir que permita recabar la ayuda de terceros, o de las autoridades públicas para facilitar la muerte, tal como declaró en el caso *Pretty versus Reino Unido*. Ahora bien; en el mismo sentido, cabe entender que imponer un tratamiento médico sin consentimiento del paciente adulto y capaz es un atentado a su integridad física.

No obstante, hay que tener en cuenta algunos puntos que son muy polémicos y que generan un debate enconado. Así, afirmar un derecho a la muerte puede acarrear problemas graves. Pensemos en el supuesto de la voluntad en la eutanasia. Garantizar la pureza de la voluntad en esta cuestión es difícil, por no decir que, en muchas ocasiones, resultará imposible, en relación con el sufrimiento insoportable que produce la enfermedad. En ocasiones, pensemos que pueden ser otras las motivaciones que conducen a desear la muerte, como, por ejemplo, la falta de apoyo del entorno, lo cual puede arrastrar al enfermo a una situación penosa en la que no desee seguir viviendo. ¿Qué sucedería en este supuesto? Habría que adoptar la fórmula del suicidio asistido, que garantizaría mejor el libre consentimiento del paciente y conjugaría en gran medida lo que se ha dado en denominar la «rotura de diques» (Suárez Llanos, 2012).

También se ha propuesto, siguiendo el anterior razonamiento, que el paciente se administre, como y donde quiera, la sustancia letal que le va a provocar la muerte y que se le haya prescrito. Pero tampoco cabe hablar, aquí, en este contexto, de la panacea, ya que hay personas que, por sus circunstancias, no pueden administrarse esa sustancia letal sin ayuda de una tercera persona.

Sí es evidente y palmario que los problemas son muchos y la complejidad del tema debatido es enorme, pero también es cierto que las instituciones sanitarias deberían ir admitiendo su obligación de informar y respetar la capacidad de decisión del paciente, y deberían elaborar políticas

institucionales que fomentasen la adopción de últimas voluntades o la delegación de la capacidad de decisión en mandatarios, albaceas o apoderados, facultados por el paciente para decidir en su lugar, en el supuesto de haber perdido esta capacidad. En nuestro país, es evidente que la institución de la autotutela, establecida en el artículo 223.2 de nuestro Código Civil, es una figura interesantísima por lo que respecta, entre otras cuestiones de gran calado jurídico, al tema que me ocupa, el tema de la eutanasia.

3. JUSTIFICACIONES DE LA EUTANASIA

Como en cualquier otro tema polémico, en el relativo a la eutanasia se han barajado justificaciones que hicieran admisible su regulación en nuestro país. Voy a detenerme en algunas de estas justificaciones seguidamente:

- 1.ª Expulsar el derecho a la muerte, sustituyéndolo por el derecho a la vida: se trataría de configurar no el derecho a la eutanasia como un derecho a la muerte, sino justificar aquella como una dimensión real fundamental del derecho a la vida, proyectado en función del artículo 15 de nuestra Constitución.

Se trata de una teoría interesante y que, desde mi punto de vista, podría incardinarse, con fundamento, como justificación de la eutanasia. Pensemos que la muerte es la otra cara de la vida, es la no vida, la no existencia. El derecho a la vida es un bien, además de un derecho fundamental, pero no existe la obligación, o el deber, de vivir, o una obligación de vivir a ultranza, sino con dignidad. Volveríamos aquí a plantear el tema de la dignidad de la persona, enmarcado en el artículo 10 de nuestra Constitución. A la persona se le reconocería el derecho a no vivir indignamente o de forma indigna, dolorosa o plagada de sufrimientos físicos o psíquicos. Es una tesis que conduce a la persona a responsabilizarse de sus propias decisiones y las consecuencias de estas.

Se ha objetado que la Constitución reconoce el derecho a la vida, pero no el derecho a la muerte, ni siquiera a la muerte digna, lo cual es cierto, pero también es verdad que el propio Tribunal Constitucional reitera que el ordenamiento constitucional debe contemplarse en su conjunto, que la libertad y la dignidad y los derechos que le son inherentes son valores superiores del ordenamiento jurídico, según expresa el artículo 1.1 del mismo texto constitucional. Además, el libre desarrollo de la personalidad es fundamento del orden político y de la paz social, según el artículo 10. Sobre ello, el Tribunal Constitucional ha señalado que –aunque no en relación con la eutanasia– el derecho a la vida no es un derecho de libertad, por lo que el artículo 15 no confiere una facultad de disposición sobre la propia vida (STC 120/1990, y también STC 154/2002).

De lo que se trata es de entender la vida a través de la dignidad; la eutanasia sería como fortalecer la dimensión de acto de defensa del derecho a la dignidad que se

fundamenta y da sentido al fundamental derecho a la vida, siempre conforme a la cobertura constitucional del artículo 10.1 de la Constitución, que protege el libre desarrollo de la personalidad, como forma de materializar la integridad moral y la dignidad de la persona cuando esta se coloca definitivamente en una situación objetivamente trágica, inscribiéndose en esta línea el amparo constitucional que, en su día, solicitó Ramón Sampedro, que pedía no un derecho a morir, sino el derecho para que su médico de cabecera pudiera suministrarle los medicamentos necesarios para evitar el dolor, la angustia y la ansiedad que el estado en que vivía le producía, sin que ello en ningún caso pudiera ser considerado, desde el punto de vista penal, como ayuda al suicidio, delito o falta de clase alguna.

Invocables son, asimismo, los artículos 16 y 18 del texto constitucional. El primero, citado, en su párrafo 1.º, protege la libertad ideológica; el segundo la intimidad personal y familiar, obteniéndose, en consecuencia, no una afirmación absoluta de la facultad de disponer de la vida propia, sino una exigencia de valoración de las circunstancias que definen, desde el punto de vista jurídico y constitucional, a la vida como tal y sirven para articular su efectivo sistema penal y judicial de protección, tal como ha expresado Suárez Llanos (2012).

Lo expuesto recomienda asumir que el derecho a la vida incluye el derecho a determinar hasta cuándo mantenerla, entendiendo que la voluntad de morir es una manifestación de la libertad individual, tal como reconoce el propio Tribunal Constitucional en la misma línea en que lo entiende el Tribunal Europeo de Derechos Humanos en el caso *Pretty*, afirmando que la noción de calidad de vida adquiere una relevancia fundamental, en especial en un marco en la que la ciencia médica ha avanzado notablemente, y, a este respecto, remite a los ordenamientos jurídicos nacionales la facultad de limitar, más o menos ampliamente, y en un sentido u otro, las medidas que hayan de tomarse al efecto, a fin de proteger a las personas vulnerables, en aquellos casos en que una enfermedad, irreversible e incurable, merme, de forma objetiva y definitiva, la calidad de vida de la persona.

Estimo que las justificaciones señaladas a favor de la regulación de la eutanasia son contundentes, rotundas. Pero, más que detenerme en la calidad de vida del paciente, habría que proyectar un posible derecho a la autodeterminación de este, siempre que esté consciente, o lo haya manifestado, por escrito, en cualquier documento público –autotutela, por ejemplo–, en caso de encontrarse en coma.

El problema que se plantea, de cualquier forma, en estos supuestos es el obstáculo de no encontrar en la norma constitucional ningún precepto que cite o señale el derecho a la muerte. En consecuencia, el derecho a la vida cobra una fuerza absoluta, en sí mismo considerado, al menos.

- 2.^a Existen diversas vías de justificación iusfilosófica y político-constitucional de la eutanasia. Así, Rey Martínez (2008) ha sistematizado estas justificaciones de la siguiente forma:

- a) Entender que el derecho a la vida incluye la libre disposición, por parte de su titular, del conjunto de derechos y principios constitucionales, como la dignidad, el libre desarrollo de la personalidad, el derecho a la integridad y a no sufrir tratos inhumanos o degradantes, y el derecho a la libertad ideológica.

De este modo, tanto el suicidio, como la eutanasia activa directa, serían manifestaciones de un legítimo ejercicio de ese derecho fundamental. El deber legal consistirá en establecer las condiciones que garanticen la pureza del consentimiento. Es decir, se reconduciría la justificación de la eutanasia al marco del artículo 17 de nuestra Constitución, para darle la protección reforzada de los derechos fundamentales, y proyectar los límites legales que la Constitución prevé para ese derecho de libertad sobre las condiciones de la pureza del consentimiento.

- b) Así entendido, la eutanasia se concretaría como una libertad constitucional limitable por el legislador. Se trata de un planteamiento que entronca con lo expresado anteriormente, pero que se tecnifica para establecer que la libertad, valor superior del ordenamiento constitucional –en función del artículo 1.1 de la propia Constitución– puede y debe limitarse jurídicamente para regularizar y armonizar la dinámica de las relaciones sociales. En este sentido, se limitaría la eutanasia, no siendo, en principio, irrazonable, ni desproporcionado, limitarla, al objeto de proteger los bienes, derechos, valores y principios constitucionales que el Estado ha de perseguir.
- c) La tercera teoría se decanta por armonizar, desde el punto de vista constitucional, la eutanasia conforme a un planteamiento similar al anterior, pero conformado negativamente por razones prudenciales, o sea, exaltando el valor de la libertad y el derecho a la vida, la dignidad, la intimidad y el libre desarrollo de la personalidad, para introducir la permisión constitucional de la eutanasia por la vía de la excepción legislativa. Se trataría, en este supuesto, de ofrecer una vía negativa o de excepcionalidad legislativa, orientada a dar un sentido razonable a la protección estatal de la vida, cuando los derechos a la libertad y a la dignidad individual se encuentren objetivamente amenazados por un mal del que no se puede escapar, o inevitable.

Esta última tesis, a mi juicio, es la más cercana a la ponderación de derechos en conflicto, y estimo que es una teoría bastante bien fundamentada y de la que habría que partir a la hora de legislar sobre el tema de la eutanasia, un tema que, como puede observarse fácilmente, es complejo, difícil, delicado y abierto al debate.

Desde mi punto de vista, se trataría de derechos en conflicto, y habría de prevalecer uno de esos derechos. Así, por ejemplo, si tenemos un derecho a la vida, también tenemos un derecho a la libertad. Cuando ambos derechos entran en conflicto, se enfrentan en abierta contraposición de intereses, ¿qué derecho prevalecerá? A mi juicio, siempre que se haya producido el consentimiento, vo-

luntario y perfectamente válido, de la persona afectada por una enfermedad incurable o irreversible y que esa patología padecida le provoque sufrimientos intolerables, no controlables por los medios médicos disponibles al día de hoy, habrá de prevalecer el derecho a la libertad de esa persona –insisto, siempre y cuando exista voluntad de poner fin a esa vida plagada de dolores– frente al derecho a la vida. Se trata, ni más ni menos, de una ponderación, de establecer un equilibrio entre ambos derechos, y dar prioridad, en determinadas circunstancias, a uno sobre el otro. Al igual que sucede en otras circunstancias y situaciones de la vida, como, por ejemplo, cuando se enfrentan el derecho a la intimidad y el derecho a la libertad de expresión o de información. Son dos derechos contrapuestos y el ordenamiento jurídico ha de ofrecer una solución. La solución, a mi juicio, pasa por la ponderación de los derechos en conflicto, por la búsqueda de un equilibrio jurídico y por la toma de decisión final más justa y de acuerdo con los principios y valores reconocidos por nuestra Constitución.

4. REFERENCIA A LA ACTUAL PROPOSICIÓN DE LEY ORGÁNICA DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA EN ESPAÑA

En la actualidad, la legalización y regularización de la eutanasia se va a asentar en unos principios que sean compatibles con los derechos de la persona. No tiene, en este punto, por qué existir incompatibilidad alguna. Es más: lo razonable y deseable es que los derechos de la persona se vean reconocidos y garantizados y uno de esos derechos es, precisamente, el derecho a la libertad. No se trata de focalizar un pretendido derecho a una muerte digna, sino de intentar, ante todo, defender la libertad de la persona en el marco, en este supuesto analizado, de una situación de patología que se le presenta como insostenible por lo que respecta a sufrimientos. De ahí que lo que pretende, y así lo afirma, la proposición de ley objeto de análisis, es, precisamente, respetar la autonomía y voluntad de poner fin a la vida de quien se encuentra en una situación de enfermedad grave, incurable, o incluso de discapacidad grave y crónica, con la existencia de insostenibles sufrimientos, que no pueden ser aliviados en unas condiciones que se estimen aceptables. Es este el contexto eutanásico y de estas premisas es de las que hay que partir de forma ineludible.

Lógicamente, en este contexto que ha quedado predeterminado *supra*, se contempla, como no podía ser menos, el respeto a la libertad de conciencia del personal sanitario llamado a colaborar, en su caso, en el acto de ayuda a morir.

Se intenta configurar, de esta manera, un modo de derecho individual de la persona, bajo el concepto de eutanasia.

La proposición de ley delimita los conceptos con bastante claridad. Así, por «discapacidad grave crónica» se entiende la situación que padece una persona afectada por una invalidez de manera generalizada, invalidez que se traduce en la incapacidad de valerse por sí misma, sin que existan posibilidades de curación y sí, en cambio, seguridad o gran probabilidad de que tal incapacidad vaya a persistir durante el resto de la existencia de la persona. En ocasiones, esta invalidez supondrá la absoluta dependencia de apoyo tecnológico.

Por «enfermedad grave incurable» se entiende aquella que, por su naturaleza, origina sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables, sin posibilidad de alivio, y con un pronóstico de vida limitado, y en un contexto de fragilidad progresiva.

Por «médico consultor» o «médica consultora» se entiende el facultativo o facultativa con formación en el ámbito de las patologías que padece el paciente, o la paciente, y que no pertenece al mismo equipo de profesionales sanitarios que el médico o la médica responsable.

La proposición de ley recoge, asimismo, la objeción de conciencia, como el derecho individual a no atender aquellas peticiones o demandas de actuación sanitaria que resulten incompatibles con las propias convicciones. La introducción, en este ámbito, de la objeción de conciencia es, sin lugar a dudas, un gran acierto y merece elogios al legislador.

Por lo que respecta a la prestación de ayuda para morir, consiste, básicamente, en proporcionar una sustancia que tiene, como consecuencia, la muerte de una persona, y se puede producir por dos vías:

- 1.^a La administración directa de una sustancia a una persona que así lo haya requerido y que cause su muerte.
- 2.^a La prescripción o suministro de una sustancia a una persona que lo haya requerido, pero de modo que esta se lo pueda autoadministrar a sí misma, causando, de este modo, su propia muerte. Esta modalidad es un modo de suicidio.

La proposición de ley también se refiere, o alude, a la situación de incapacidad de hecho en la que pueda encontrarse una persona, consistente en no poder tomar decisiones, o porque su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación, sin que exista resolución judicial a este respecto.

Por fin, hay que aludir a lo que se ha dado en denominar como «valores vitales», que constituyen el conjunto de convicciones y creencias de una persona que dan sentido a su proyecto de vida y que sustentan sus decisiones y preferencias en los procesos de enfermedad y muerte.

La proposición de ley reconoce el derecho a solicitar ayuda para morir, y a recibirla. Lógicamente, para ello, han de concurrir las circunstancias determinadas en la ley.

Las condiciones para solicitar la prestación de ayuda para morir vienen claramente enunciadas:

- 1.^a Tener la nacionalidad española o residencia legal en España, ser mayor de edad y capaz y consciente en el momento de la solicitud.
- 2.^a Disponer de la información que exista sobre su proceso, las diversas alternativas y posibilidades de actuación, incluida la de acceder a cuidados paliativos.

- 3.^a Haber formulado la solicitud de manera voluntaria, por escrito, que deberá, además, repetirse en una ocasión, al menos, con una separación de 15 días naturales, no siendo resultado de una presión externa. Es decir, la persona debe actuar libre y conscientemente en todo momento, sin ningún tipo de coacción externa.
- 4.^a Sufrir una enfermedad grave e incurable, o padecer una discapacidad grave crónica.
- 5.^a Prestar consentimiento informado con carácter previo a recibir la prestación de ayuda para morir. Ello se incorporará a la histórica clínica del solicitante.

Se puede plantear una situación conflictiva en aquellos supuestos en los que la persona esté en una situación de incapacidad de hecho permanente, pero que hubiere suscrito, con anterioridad, un documento de instrucciones previas u otro documento equivalente. En este supuesto, se podrá prestar la ayuda para morir conforme a lo que disponga la persona en ese documento citado, pero ha de concurrir siempre, y en todo caso, la situación de sufrir una enfermedad grave e incurable, o de padecer una discapacidad grave crónica.

El documento en el que se solicite la prestación de ayuda para morir –siempre ha de ser por escrito, no verbalmente– ha de estar fechado y firmado por la persona solicitante. En aquellos supuestos en los que la persona no se encuentre en condiciones de firmar, será otra persona mayor de edad y plenamente capaz la que podrá fecharlo y firmarlo en su presencia, debiendo indicar en el documento que la persona que desea realizar esa solicitud no se encuentra en condiciones de firmar el documento, indicando las razones de la imposibilidad o incapacidad.

Este documento se ha de firmar en presencia de un profesional sanitario, que lo rubricará.

Una cuestión muy importante –trascendental, diría yo– es que la persona solicitante de la prestación de ayuda para morir puede revocar su solicitud en cualquier momento, y esta decisión se ha de incorporar a la historia clínica. También puede pedir el aplazamiento de la administración de la ayuda para morir.

El médico, o la médica, responsable pueden denegar motivadamente la solicitud de prestación de ayuda para morir, siempre que no sea consecuencia del ejercicio de la objeción de conciencia. Tanto la persona solicitante, como sus familiares o allegados, en el plazo máximo de cinco días hábiles, podrán presentar una reclamación ante la Comisión de Control y Evaluación.

El capítulo III de la proposición de ley objeto de estudio establece los deberes y obligaciones de los facultativos que presten o denieguen la ayuda para morir, así como las garantías que han de observarse.

Como es lógico, y oportuno, el médico ha de abrir con la persona solicitante un proceso de deliberación sobre diagnósticos, posibilidades terapéuticas y resultados esperables, así como sobre posibles cuidados paliativos. Asimismo, ha de comprobar que la solicitud es voluntaria, que el solicitante no ha sufrido de coacciones externas y que expresa fielmente los deseos de la persona solicitante, reiterando su intención o voluntad de poner fin a su existencia vital.

La persona que solicita la prestación de ayuda para morir, si así lo quiere, informará de esta petición a los familiares o a las personas allegadas que mencione.

También es requisito *sine qua non* que el médico consulte a otro facultativo que no forme parte del equipo médico, pero que sea competente en el ámbito de las patologías padecidas por el solicitante. Este facultativo deberá corroborar el cumplimiento de las condiciones para solicitar la prestación de ayuda para morir, todo ello en un plazo máximo de diez días, debiendo redactar un informe del que se dará cuenta a la persona solicitante de la prestación de ayuda para morir. Este informe pasará a formar parte de su historia clínica.

Quince días naturales han de transcurrir entre el día en que la última solicitud fue firmada y el día en el que se presta la ayuda para morir, si bien se puede aceptar, por parte del médico, cualquier periodo menor que considere apropiado, ello en función de las circunstancias clínicas concurrentes de las que debe dejar constancia en la historia clínica.

Cuando la persona se encuentre en situación de incapacidad de hecho, el médico deberá comprobar si otorgó instrucciones previas o documento equivalente y, de ser así, estará obligado a su consulta directa y a la aplicación de las instrucciones contenidas en el documento.

Se tiene previsto la creación de una Comisión de Control y Evaluación en cada una de las comunidades autónomas, así como en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla.

Las funciones que han de cumplir estas comisiones, entre otras, serán las de resolver las reclamaciones que formulen las personas a las que el médico responsable haya denegado la solicitud de ayuda para morir, o bien se trate de una consecuencia del informe previo desfavorable.

Cuando el dictamen sea favorable a la solicitud de ayuda para morir, la Comisión ha de requerir a la dirección del centro médico para que, en el plazo máximo de siete días, facilite la prestación solicitada a través de otro médico del centro o de un equipo externo de profesionales sanitarios.

Hay que subrayar que la muerte producida por alguna de las formas de ayuda para morir se va a considerar equivalente, a todos los efectos, a una muerte natural, incluidos los relativos a los seguros de vida.

Esta proposición de ley también contempla, como no podía ser menos, la modificación del artículo 143.4 de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, que tendrá la siguiente redacción: «No será punible la conducta del médico o médica que con actos necesarios y directos causare o cooperare a la muerte de una persona, cuando esta sufra una enfermedad grave e incurable o discapacidad grave crónica, en los términos establecidos en la Ley».

«Se entiende por enfermedad grave e incurable aquella que, por su naturaleza, origina sufrimientos físicos o psíquicos, constantes e insoportables, sin posibilidad de alivio que el o la paciente considere tolerable, con un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva.

Se entiende por discapacidad grave crónica la situación en la que se produce en la persona afectada una invalidez de manera generalizada de valerse por sí misma, sin que existan posibilidades fundadas de curación y, en cambio, sí existe seguridad o gran probabilidad de que tal incapacidad vaya a persistir durante el resto de la existencia de esa persona. Se entienden por limitaciones aquellas que incidan fundamentalmente sobre su autonomía física y actividades de la vida diaria, así como sobre su capacidad de expresión y relación, originando por su naturaleza sufrimientos físicos o psíquicos constantes e intolerables, sin posibilidad de alivio que el o la paciente considere tolerable. En ocasiones puede suponer la dependencia absoluta de apoyo tecnológico».

Como conclusión, estimo que hay que subrayar que esta proposición de ley merece elogios, porque supone, sin duda alguna, un esfuerzo por parte de legislador, en el sentido de permitir, al fin, después de muchos años de penalización de estas conductas, normar sobre una cuestión que la sociedad estaba demandando.

Referencias bibliográficas

- Casado González, M.^a (1994). *La eutanasia. aspectos éticos y jurídicos*. Madrid: Editorial Reus.
- Ferrater Mora, J. y P. Cohn (1988). *Ética aplicada*. Madrid: Alianza.
- Fletcher, J. (1979). *Humanhood: Essays in biomedical ethics*. New York.
- Lucas Verdú, P. (1979). Los títulos preliminar y primero de la constitución y la interpretación de los derechos y libertades. Los derechos humanos y la constitución de 1978. *Revista de la Facultad de Derecho de la Universidad Complutense de Madrid*, 2, Madrid.
- Jiménez de Asúa, L. (1984). *Eutanasia y homicidio por piedad. Libertad de amar y derecho a morir*. Madrid.
- Rey Martínez, F. (2008). *Eutanasia y derechos fundamentales*. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales.
- Suárez Llanos, L. (2012). La Ley de la muerte. Eutanasia, éticas y derechos. *AFD*, XXVIII.
- Valle Muñiz, J. M. (1989). Relevancia jurídico-penal de la eutanasia. *Cuadernos de Política Criminal*, 37.