

FACULTAD  
DE CIENCIAS  
JURÍDICAS



ZIENTZIA  
JURIDIKOEN  
FAKULTATEA

**TRABAJO FIN DE ESTUDIOS / IKASGAIEN AMIERAKO LANA  
MÁSTER UNIVERSITARIO EN ACCESO A LA ABOGACÍA/  
UNIBERTSITATE MASTERRA ABOKATUTZARAKO SARRERAN**

.....

**HACIA LA DESPENALIZACIÓN DE LA EUTANASIA:  
ANÁLISIS CRÍTICO DE LA PROPOSICIÓN DE LEY ORGÁNICA DEL PSOE  
(PLORE 122/20 PSOE 2020)**

**Beatriz Olatz Lategui Díez**

**DIRECTORA / ZUZENDARIA**

**Leticia Jericó Ojer**

**Pamplona / Iruñea**

**4 de junio de 2020 / 2020eko ekainaren 4ean**

## **RESUMEN**

La despenalización de la eutanasia ha sido objeto de debate en España desde hace casi tres décadas. Los avances del sistema sanitario, el aumento de la esperanza de vida y consecuente deterioro de la calidad vital, así como la repercusión de los casos más mediáticos ha hecho que cada vez sean más las personas que se posicionan a favor de la legalización de las conductas eutanásicas. De esta forma, tras sucesivos intentos fallidos, por fin el legislador ha logrado aprobar la primera iniciativa legislativa encaminada a despenalizar y regular esta práctica que, si bien es un hito que celebrar, es preciso someterla a un previo análisis crítico.

## **PALABRAS CLAVE**

Eutanasia, suicidio asistido, disponibilidad propia vida, despenalización, propuesta legislativa

## **ABSTRACT**

The decriminalization of euthanasia has been a matter of debate in Spain for almost three decades. The advances in the health system, the increase in life expectancy and the consequent deterioration in the quality of life, as well as the repercussion of more medical cases, has made more and more people to position themselves in favor of the legalization of euthanasic behaviors. In this way, after successive unsuccessful attempts, the legislator has finally passed the first legislative initiative aimed at decriminalizing and regulating this practice, which, although it is a milestone to celebrate, a critical analysis is sometimes required.

## **KEYWORDS**

Euthanasia, assisted suicide, own life availability, decriminalization, legislative proposal

## ABREVIATURAS

art./arts.	Artículo/s
BOCG	Boletín Oficial de las Cortes Generales
BOE	Boletín Oficial del Estado
CA/CCAA	Comunidad/es Autónoma/s
CE	Constitución Española
Coord./s	Coordinador/es
CP	Código Penal
DA	Disposición Adicional
DF	Disposición Final
INGESA	Instituto Nacional de Gestión Sanitaria
IU	Izquierda Unida
JM	Juzgado de Menores
LO	Ley Orgánica
Núm.	Número
Pág./s	Página/s
PAM	Prestación de ayuda para morir
PL	Proposición de Ley
PLO	Proposición de Ley Orgánica
PLOE	Proposición de Ley Orgánica de Eutanasia
PLORE	Proposición de Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia
PP	Partido Popular
PSOE	Partido Socialista Obrero Español
s./ss.	Siguiente/s
SAP	Sentencia de la Audiencia Provincial
SECPAL	Sociedad Española de Cuidados Paliativos
SJM	Sentencia del Juzgado de Menores
STC	Sentencia del Tribunal Constitucional
TC	Tribunal Constitucional
TEDH	Tribunal Europeo de Derechos Humanos
UP	Unidas Podemos
Vol.	Volumen

## ÍNDICE

<b>I. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>II. CONCEPTO Y CLASES DE EUTANASIA .....</b>	<b>2</b>
<b>1. Concepto .....</b>	<b>2</b>
<b>2. Clases de eutanasia .....</b>	<b>3</b>
<i>2.1. Eutanasia activa.....</i>	<i>3</i>
<i>2.2. Eutanasia pasiva .....</i>	<i>6</i>
<i>2.3. Criterios para su delimitación .....</i>	<i>6</i>
<b>3. Eutanasia: su delimitación con otras figuras afines.....</b>	<b>9</b>
<b>III. DERECHOS COMPROMETIDOS CON LA REALIZACIÓN DE LAS CONDUCTAS EUTANÁSICAS .....</b>	<b>12</b>
<b>1. Introducción .....</b>	<b>12</b>
<b>2. La disponibilidad de la propia vida y el derecho a morir .....</b>	<b>13</b>
<b>IV. POSTURAS RELATIVAS A LA DESTIPIFICACIÓN DE LAS CONDUCTAS EUTANÁSICA .....</b>	<b>17</b>
<b>1. Posturas en contra de la despenalización de las conductas eutanásicas .....</b>	<b>18</b>
<i>1.1. La indisponibilidad de la propia vida y la “pendiente resbaladiza” como principales argumentos .....</i>	<i>18</i>
<i>1.2. Los cuidados paliativos como alternativa a la eutanasia.....</i>	<i>20</i>
<b>2. Posturas a favor de la legalización de las conductas eutanásicas .....</b>	<b>21</b>
<b>3. Opinión personal.....</b>	<b>23</b>
<b>V. TIPIFICACIÓN ACTUAL: EL ART. 143 CP.....</b>	<b>24</b>
<b>1. Evolución histórica.....</b>	<b>24</b>
<b>2. Diferencias entre el suicidio asistido y participación en el suicidio.....</b>	<b>27</b>
<b>3. Inducción al suicidio (art. 143.1 CP) .....</b>	<b>32</b>
<b>4. Cooperación necesaria no ejecutiva al suicidio (art. 143.2 CP).....</b>	<b>34</b>
<b>5. Cooperación necesaria ejecutiva al suicidio (art. 143.3 CP) .....</b>	<b>36</b>

<b>6. La regulación de la eutanasia (art. 143.4 CP): Análisis de la conducta típica.....</b>	<b>38</b>
6.1. <i>La delimitación de las conductas típicas y la autoría .....</i>	38
6.2. <i>La exigencia de sufrimiento de una enfermedad grave por parte de la víctima.....</i>	41
6.3. <i>La petición expresa, seria e inequívoca por parte del sujeto pasivo... </i>	43
6.4. <i>La punición exclusiva de la modalidad dolosa.....</i>	46
6.5. <i>El marco penal previsto: la doble disminución del injusto y de la culpabilidad .....</i>	47
<b>IV. PROPUESTAS DE REGULACIÓN .....</b>	<b>49</b>
<b>1. El debate de la eutanasia en el Congreso de los Diputados.....</b>	<b>49</b>
<b>2. La PLORE 122/20 PSOE 2020.....</b>	<b>51</b>
2.1. <i>Objeto y ámbito de aplicación .....</i>	53
2.2. <i>Elementos de nueva creación: médico o médica responsable, médico o médica consultor/a y Comisiones de Control y Evaluación .....</i>	54
2.3. <i>Requisitos para solicitar la PAM.....</i>	56
2.4. <i>Procedimiento para la realización de la PAM .....</i>	61
2.5. <i>Situación de incapacidad de hecho.....</i>	65
2.6. <i>Denegación de la PAM y posibilidad de recurso .....</i>	66
2.7. <i>Garantías en el acceso a la PAM.....</i>	66
2.8. <i>Disposiciones finales: causa de muerte, modificación del CP y vacatio legis.....</i>	68
<b>VII. CRÍTICAS A LA PLORE 122/20 PSOE 2020: ¿UNA VERDADERA INTENCIÓN DE LEGALIZAR LA EUTANASIA? .....</b>	<b>69</b>
<b>1. Obligatoriedad de la realización de la PAM en centros sanitarios .....</b>	<b>70</b>
<b>2. La duración del procedimiento y el control previo de la Comisión de Control y Evaluación .....</b>	<b>70</b>
<b>3. Composición y características de la Comisión de Control y Evaluación .....</b>	<b>73</b>
<b>VIII. CONCLUSIONES.....</b>	<b>74</b>
<b>IX. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>76</b>

<b>1. Libros y artículos .....</b>	<b>76</b>
<b>2. Otros recursos .....</b>	<b>83</b>
<b>X. JURISPRUDENCIA CONSULTADA .....</b>	<b>84</b>
<b>XI. ANEXO: PLORE 122/20 PSOE 2020.....</b>	<b>85</b>

## I. INTRODUCCIÓN

La muerte es un hecho consustancial a la vida, si bien en torno a ella se ha ido configurando a lo largo de la historia un halo de misterio, temor y tabúes que ha dificultado enormemente su abordaje con naturalidad. A pesar de que en las antiguas civilizaciones como la clásica Grecorromana se reconociera la disponibilidad de la propia vida y el suicidio gozara de un reconocimiento social, posteriormente el aumento de casos condujo al cristianismo a adoptar medidas disuasorias de carácter punitivo. Así, desde que en el año 354 el Obispo de Hipona condenara el suicidio como pecado, la regulación de este acto durante los siglos posteriores ha sido objeto de reproche y rechazo social en nuestro país<sup>1</sup>, hasta que a mediados del s. XIX, con la entrada en vigor del CP de 1848, se consiguiera su despenalización por caer en desuso la pena prevista para el mismo por absurda.

Sin embargo, la despenalización del suicidio no quiere decir que esta conducta sea socialmente admisible, ya que además del persistente rechazo a nivel inconsciente por la influyente tradición cristiana, hoy en día se consagra como un grave problema al ser una de las principales causas de muerte en nuestra sociedad. De esta forma, el legislador viene ejerciendo un control preventivo a través de la tipificación de las conductas de participación de tercero en un suicidio ajeno, las cuales se consagran actualmente en el art. 143 CP. Estas conductas participativas se concretan en la inducción y la cooperación necesaria no ejecutiva y ejecutiva al suicidio, principalmente, estableciendo el apartado 4 del propio precepto una atenuante de las conductas de cooperación necesaria, siempre y cuando se den unas circunstancias determinadas relativas a una situación de enfermedad grave incurable o que genere padecimientos insoportables a la persona que desea poner fin a su propia vida, lo que comúnmente se conoce como “eutanasia”.

El art. 143.4 CP, por tanto, ha de ser entendido como un contexto atenuante de la responsabilidad criminal del tercero que coopera necesariamente, tanto ejecutiva como no ejecutivamente, en el suicidio de otra persona, atendiendo a unas circunstancias muy concretas donde la libertad, la dignidad y la autonomía personal son valores

---

<sup>1</sup> ASOCIACIÓN DERECHO A MORIR DIGNAMENTE. “Religión y suicidio en el mundo”, en *Revista DMD Asociación Derecho a Morir Dignamente*, núm 77, 2018, pág. 1, disponible en: [https://derechoamorar.org/wp-content/uploads/2018/10/revista\\_dmd\\_77.pdf](https://derechoamorar.org/wp-content/uploads/2018/10/revista_dmd_77.pdf).

constitucionales que cobran un gran protagonismo. La despenalización de estas conductas ha sido el objeto de un creciente debate social a lo largo de las últimas tres décadas en nuestro país, y tras varios intentos legislativos fallidos, por fin se ha conseguido aprobar recientemente una proposición de legalización de las mismas: la PLORE 122/20 PSOE 2020.

El presente trabajo se va a centrar en un estudio pormenorizado de la figura de la eutanasia y su tipificación actual, los diferentes derechos y valores constitucionales que se ven comprometidos en la misma, los principales argumentos de las dos grandes posturas que hay en torno a su despenalización, así como en un análisis exhaustivo y crítico de la reciente iniciativa legislativa, la PLORE 122/20 PSOE 2020, que actualmente se encuentra en fase de ampliación de enmiendas al articulado.

## II. CONCEPTO Y CLASES DE EUTANASIA

### 1. Concepto

La palabra eutanasia procede del griego *eu* (bien o bueno) y *thanatos* (muerte), lo cual se traduce en “buena muerte”, entendiéndose como tal aquella “que ocurre de forma suave y sin dolor”<sup>2</sup>. En la práctica existen diferentes acepciones de este concepto, pudiendo ser resumido, según DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO/BARBER BURUSCO, como aquel conjunto de actos u omisiones que ocasionan la muerte de un sujeto que así lo solicita o consiente libre y responsablemente, el cual sufre “una enfermedad o un deterioro grave, incurable o permanente” y que le conducen a la muerte o, al menos, le generan “unos padecimientos difíciles de soportar o una calidad de vida ínfima”<sup>3</sup>.

De esta forma, podría decirse que la eutanasia consiste, básicamente, en ayudar a otra persona a morir, siempre y cuando esta así lo solicite previamente y, además, se cumplan una serie de requisitos como son el padecimiento de sufrimientos insoportables derivados de una enfermedad grave e incurable. Sin embargo, al comenzar a analizarla se puede observar que esta figura entraña una mayor complejidad, puesto que, además de la

---

<sup>2</sup> MENDES DE CARVALHO, G. *Suicidio, eutanasia y Derecho Penal. Estudio del art. 143 del Código Penal español y propuesta de lege ferenda*. Comares, Granada, 2009, pág. 267.

<sup>3</sup> DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO, M. Y BARBER BURUSCO, S. “Participación en el suicidio y eutanasia. Esbozo del tratamiento penal en España” en *Revista Nuevo Foro Penal*, Vol. 8, núm. 79, julio-diciembre 2012, pág. 122.



gran importancia de los derechos que se ven implicados y confrontados en ella (cuestión que suscita numerosos y diversos dilemas), el contexto que la envuelve se ha ido complejizando con el paso del tiempo. Así, al introducir matices y neologismos como *ortotanasia*, *cacotanasia* o *distanasia*, se ha dificultado enormemente la obtención de una definición unificada y clara de esta figura, ya que se nos ha abierto un abanico amplísimo de escenarios posibles en los que la práctica de la eutanasia puede tener lugar. Del mismo modo, como veremos más adelante, dentro del contexto típico de conductas de participación en el suicidio del art. 143 CP, hoy en día la eutanasia coexiste con otras figuras como la inducción o la cooperación al suicidio y, además, dentro de la propia figura existen diferentes clases donde sólo una de ellas, la eutanasia activa directa, está contemplada como delito en el art. 143.4 CP. Esto implica que no todas las conductas de participación en el suicidio merecen el mismo reproche penal, puesto que existen ciertos detalles que marcan las diferencias entre todas ellas y que hacen que el legislador haya decidido castigar unas y no otras, y en diferente medida.

Centrándonos en la compleja figura de la eutanasia, dentro de esta es posible distinguir varios tipos. La clasificación más extendida es la que distingue entre eutanasia activa (que a su vez se clasifica en directa y en indirecta) y eutanasia pasiva. Es preciso destacar que en todos ellos concurre siempre un requisito esencial: la necesidad de concurrencia de la petición o consentimiento de quien desea poner fin a su vida, que se encuentra inmerso en un contexto de enfermedad o deterioro grave e incurable, que le genera padecimientos insoportables ó que le conduce necesariamente a la muerte. Para evitar incurrir en confusiones y facilitar al máximo la comprensión del presente trabajo, procederemos a continuación a explicar las distintas clases de eutanasia.

## **2. Clases de eutanasia**

### *2.1. Eutanasia activa*

En primer lugar, la eutanasia activa puede ser definida como aquella en la que un sujeto realiza “conductas de matar”<sup>4</sup>, es decir, participa en la muerte de otro con conductas comisivas encaminadas a tal fin. Dentro de este tipo de eutanasia, a su vez, diferenciamos

---

<sup>4</sup> DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO, M. Y BARBER BURUSCO, S. “Participación en el suicidio y eutanasia. Esbozo del tratamiento penal en España” en *Revista Nuevo Foro Penal Vol. 8*, núm. 79, julio-diciembre 2012, pág. 123.

dos subtipos, como son la directa y la indirecta. En primer lugar, la eutanasia activa directa se refiere a “la realización de actos ejecutivos que causan directamente la muerte del paciente”<sup>5</sup>. Concretamente, se trata de la intervención “con una conducta que provoca la muerte de una persona que lo ha solicitado por sufrir una enfermedad incurable y dolorosa o terminal”<sup>6</sup>. De esta forma, con este tipo de eutanasia “se produce intencionadamente la muerte de quien la solicita”<sup>7</sup> siempre que se encuentre en los supuestos que legalmente se establezcan. Como analizaremos en apartados sucesivos, este tipo de eutanasia requiere de la participación activa y comisiva de un tercero “con actos eutanásicos de causación o actos de cooperación necesaria”<sup>8</sup> en el suicidio de otro, dado que se encuentra en un contexto de padecimientos graves e incurables que hace que carezca de los medios o recursos necesarios para poner fin a su propia vida por sí mismo<sup>9</sup>.

En segundo lugar, la eutanasia activa indirecta es aquella consistente en el “suministro a un paciente enfermo terminal o grave de un tratamiento paliativo que adelanta su muerte”<sup>10</sup>. En otras palabras, es aquel conjunto de “actos cuya finalidad es paliativa de dolores asociados a la enfermedad, aunque en determinados casos conlleva un acortamiento de la vida del paciente”<sup>11</sup>. De esta forma, como señala AZULAY TAPIERO, la muerte del paciente tiene lugar “en el marco de unos cuidados paliativos de calidad, donde el objetivo es conseguir una buena muerte y procurar una buena calidad de vida hasta el final”, para lo cual se practica “una sedación profunda y probablemente irreversible” sobre el paciente, al entenderse como “única solución ante un sufrimiento intenso y refractario”. En este tipo de eutanasia se persigue aliviar el sufrimiento de la persona<sup>12</sup>, existiendo un dolo eventual por parte de quien la practica al entender que la

---

<sup>5</sup> CORCOY BIDASOLO, M. *Manual de Derecho Penal Parte Especial*. Tirant Lo Blanch, 2019, pág. 68

<sup>6</sup> CORCOY BIDASOLO, M. “La regulación legal de la eutanasia en el CP español. Propuestas de reformas legislativas” en MENDOZA BUERGO, B. *Autonomía personal y decisiones médicas. Cuestiones éticas y jurídicas*. Thomson Reuters-Aranzadi, Cizur Menor, 2010, pág. 307.

<sup>7</sup> LORENZO SALGADO, J.M. “Algunas consideraciones sobre el art. 143.4 del Código Penal” en *Revista Estudios Penales y Criminológicos*, Vol. XXV, núm. 25, 2004, pág. 153.

<sup>8</sup> LORENZO SALGADO, J.M. “Algunas consideraciones sobre el art. 143.4 del Código Penal” en *Revista Estudios Penales y Criminológicos*, Vol. XXV, núm. 25, 2004, pág. 161.

<sup>9</sup> Un ejemplo práctico de este tipo de eutanasia sería el supuesto de hecho en el que un tercero, mediante la administración de una dosis letal de morfina, persigue y termina causando la muerte del paciente, así PÉREZ SÁNCHEZ, E. “La diferencia entre matar y dejar morir y su repercusión en el debate contemporáneo sobre la eutanasia”, en *Revista de Pensament i Anàlisi*, núm. 4, 2004, pág. 126.

<sup>10</sup> GÓMEZ, M. “Perfil jurídico de la lucha médica contra el dolor. Al tiempo, tratamiento de la eutanasia activa indirecta”, en *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, Vol. 13, núm. 1, 2006, disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462006000100007](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462006000100007).

<sup>11</sup> CORCOY BIDASOLO, M. *Manual de Derecho Penal Parte Especial*. Tirant Lo Blanch, 2019, pág. 68

<sup>12</sup> Un ejemplo práctico de este tipo de eutanasia sería la administración al paciente de una serie de calmantes con el fin principal de calmar sus dolencias, pero aceptando, como consecuencia colateral y prácticamente

causación de la muerte del paciente es una posibilidad que se acepta como “efecto secundario”<sup>13</sup>. Cabe señalar que la eutanasia activa indirecta es impune en nuestro ordenamiento jurídico, puesto que, como veremos más adelante, la redacción del art. 143.4 CP únicamente castiga aquellas conductas eutanásicas activas y directas.

Por lo tanto, la eutanasia activa indirecta conlleva admitir que, al priorizar la atenuación del sufrimiento, se esté aceptando “un posible aunque inevitable acortamiento de la vida”<sup>14</sup>, llevando a cabo para ello prácticas como las sedaciones paliativas o terminales. Estas serían aquellas sedaciones que tienen como objetivo “lograr el alivio, inalcanzable con otras medidas, de un sufrimiento físico y/o psicológico, mediante la disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la conciencia en un paciente cuya muerte se prevé muy próxima”<sup>15</sup>. Como puede apreciarse, las sedaciones paliativas pueden suscitar ciertas dudas en cuanto a su posible clasificación como forma de eutanasia activa directa y en vez de indirecta y, por tanto, ser objeto de reproche penal. Sin embargo, como señala REY MARTÍNEZ la administración de sedaciones paliativas es subsidiaria, ya que “de ordinario no es la primera medida que se debe adoptar, sino la última, cuando el síntoma es refractario, esto es, no se puede controlar de otra manera que haciendo perder la conciencia del paciente”, debiendo hacerse “cumpliendo protocolariamente ciertas condiciones clínicas”. Asimismo, de acuerdo con el Informe del Comité de Ética de la SECPAL, de 26 de enero de 2002, las diferencias entre ambas figuras se encuentran en tres elementos: la intencionalidad (en las sedaciones el objetivo es aliviar el sufrimiento del paciente, mientras que en la eutanasia activa directa se busca la muerte del paciente), el proceso (en las sedaciones existe una adecuación proporcionada de la dosis de fármacos suministrada al paciente en concreto, mientras que en la eutanasia activa directa esta dosis es letal en cualquier caso) y, por último, el

---

segura, la anticipación de su muerte, así PÉREZ SÁNCHEZ, E. “La diferencia entre matar y dejar morir y su repercusión en el debate contemporáneo sobre la eutanasia”, en *Revista de Pensament i Anàlisi*, núm. 4, 2004, pág. 126.

<sup>13</sup> AZULAY TAPIERO, A. “Las diferentes formas de morir. Reflexiones éticas”, en *Revista Anales de Medicina Interna*, Vol. 21, núm. 7, 2004, disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-71992004000700009](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992004000700009).

<sup>14</sup> ROXIN, C. “Tratamiento jurídico-penal de la eutanasia” en *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*, núm. 1, 1999, pág. 3, disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/baca/6a3fab01c665a9a1724e1ad537e5f0ceadcd.pdf>.

<sup>15</sup> PRAT, Q. *Sedación en enfermos terminales*. Centro de humanización de la salud, 2005, disponible en: [http://www.humanizar.es/fileadmin/documentos/EscuelaFamilia/CuidadosPaliativos/Sedacion\\_en\\_enfermos\\_terminales.pdf](http://www.humanizar.es/fileadmin/documentos/EscuelaFamilia/CuidadosPaliativos/Sedacion_en_enfermos_terminales.pdf).

resultado (en las sedaciones se consigue aliviar el sufrimiento, mientras que en la eutanasia activa directa lo que se logra es la muerte del paciente)<sup>16</sup>.

## 2.2. Eutanasia pasiva

La eutanasia pasiva es aquella en la que, de acuerdo con DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO/BARBER BURUSCO, el sujeto activo no produce o ni siquiera acelera la muerte del paciente, sino que permite que éste simplemente muera<sup>17</sup>. Ello implica “omitir la aplicación de los medios de prolongación artificial de la vida cuando se ha verificado la muerte cerebral y se da paso al denominado estado vegetativo”<sup>18</sup>. Por lo tanto, el supuesto de hecho para practicar la eutanasia pasiva se produce cuando el mantenimiento de la vida del paciente únicamente depende de soportes de vida artificiales<sup>19</sup>. Este tipo de eutanasia, al igual que la activa indirecta, es lícita, puesto que además de su exclusión de la redacción del 143.4 CP, en estos casos “el médico no está obligado a prolongar la agonía del paciente ni tiene el deber (...) de retrasar arbitrariamente el proceso de instauración de la muerte prolongando artificialmente la agonía”<sup>20</sup>.

## 2.3. Criterios para su delimitación

Una vez definidos los tipos de eutanasia existentes, lo cierto es que no es tarea sencilla señalar las diferencias prácticas entre todos ellos. La doctrina mayoritaria considera que la diferencia entre eutanasia activa y eutanasia pasiva radica principalmente en el tipo de acción que se emprende. Así, autores como RACHELS establecen que en la eutanasia activa se emprende una “acción positiva” con el fin de matar al paciente, mientras que en la eutanasia pasiva se deja que el paciente muera de modo natural,

---

<sup>16</sup> REY MARTÍNEZ, F. “Eutanasia y derechos fundamentales” en *Revista Direito e Justiça Reflexões Sociojurídicas*, núm. 13, 2009, págs. 23 y 24, disponible en: [http://srvapp2s.santoangelo.uri.br/seer/index.php/direito\\_e\\_justica/article/viewFile/211/142](http://srvapp2s.santoangelo.uri.br/seer/index.php/direito_e_justica/article/viewFile/211/142).

<sup>17</sup> DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO, M. Y BARBER BURUSCO, S. “Participación en el suicidio y eutanasia. Esbozo del tratamiento penal en España” en *Revista Nuevo Foro Penal*, Vol. 8, núm. 79, julio-diciembre 2012, pág. 123.

<sup>18</sup> DIAZ ARANDA, E. *Dogmática del suicidio y homicidio consentido*. Centro de estudios judiciales, Ministerio de Justicia, Madrid, 1995, pág. 163.

<sup>19</sup> Un ejemplo práctico de este tipo de eutanasia consistiría en la no aplicación de tratamientos (omitiendo el tratamiento de una enfermedad marginal, por ejemplo) o en la interrupción de los medios extraordinarios de asistencia médica (desconectando el suministro de oxígeno que mantiene con vida al paciente), así PÉREZ SÁNCHEZ, E. “La diferencia entre matar y dejar morir y su repercusión en el debate contemporáneo sobre la eutanasia”, en *Revista de Pensament i Anàlisi*, núm. 4, 2004, pág. 126.

<sup>20</sup> ZUGALDÍA ESPINAR, J.M. “El homicidio y sus formas”, en ZUGALDÍA ESPINAR, J.M. Y MARÍN DE ESPINOSA CEBALLOS, E.B., *Derecho Penal Parte Especial. Un estudio a través del sistema de casos resueltos. Tomo I. Delitos contra las personas*. Tirant lo Blanch, Valencia, 2011, pág. 62.

llevándose a cabo, por tanto, una “acción negativa” (no iniciar acciones o procedimientos para prolongar la vida o interrumpir el propio tratamiento)<sup>21</sup>.

No obstante, esta diferenciación resulta un tanto simplista y, en ocasiones, contradictoria, dada la propia complejidad práctica de la figura de la eutanasia. De esta forma, otra corriente doctrinal recuerda que no hay que incurrir en el error de identificar eutanasia pasiva con no hacer o con mera pasividad (conductas omisivas) ni la eutanasia activa con hacer o actuar (conductas comisivas), puesto que en la práctica pueden darse conductas activas que pueden interpretarse como “una mera no actuación” y, por tanto, enmarcarse en la modalidad de eutanasia pasiva. Un ejemplo de esto serían las desconexiones de los soportes de vida artificiales, conductas sobre las que la doctrina entiende que pueden ser tanto comisivas como omisivas, pero impunes en cualquier caso. Por este motivo, autores como DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO/BARBER BURUSCO consideran que la diferencia entre ambas figuras es, dicho de forma sencilla, la misma que existe entre “dejar morir” y “matar”<sup>22</sup>.

Por otro lado, otra parte de la doctrina defiende que la diferencia entre eutanasia activa directa, por un lado, y eutanasia activa indirecta y eutanasia pasiva, por otro, recae sobre la intención de cada una de ellas<sup>23</sup>. Así, mientras que en la eutanasia activa directa el objetivo es provocar la muerte del paciente, las otras dos persiguen la evitación de una intervención médica desproporcionada y paliar los dolores y padecimientos inherentes a la enfermedad sufrida por el paciente.

Por último, autores como SUÁREZ LLANOS señalan que se debe tener en cuenta “la debilidad de la finalidad de la distinción”, puesto que “la intervención y connivencia de un tercero y la muerte compasiva a petición se dan en ambas modalidades” y, de hecho, se busca esa muerte. Para esta autora, “lo que cambia no es el grado de participación o de voluntad del médico o de culpa moral (...) sino el tipo de enfermedad, que en unos casos tiene un curso que conduce al fin de la vida orgánica, y en otros solo termina con la

---

<sup>21</sup> PÉREZ SÁNCHEZ, E. “La diferencia entre matar y dejar morir y su repercusión en el debate contemporáneo sobre la eutanasia”, en *Revista de Pensament i Anàlisi*, núm. 4, 2004, pág. 128.

<sup>22</sup> DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO, M. Y BARBER BURUSCO, S. “Participación en el suicidio y eutanasia. Esbozo del tratamiento penal en España” en *Revista Nuevo Foro Penal Vol. 8*, núm. 79, julio-diciembre 2012, pág. 124.

<sup>23</sup> REY MARTÍNEZ, F. “Eutanasia y derechos fundamentales”, en *Revista Direito e Justiça, Reflexões Sociojurídicas*, núm. 13, 2009, pág. 23, disponible en: [http://srvapp2s.santoangelo.uri.br/seer/index.php/direito\\_e\\_justica/article/viewFile/211/142](http://srvapp2s.santoangelo.uri.br/seer/index.php/direito_e_justica/article/viewFile/211/142).

dignidad y la libertad, pero no con la vida”<sup>24</sup>. En este sentido, según esta opinión, el resultado sería la privación de las modalidades legalizadas de eutanasia para aquellos pacientes que no cumplan los requisitos, no pudiendo optar tampoco a una eutanasia activa directa por estar actualmente penalizada, lo cual conlleva la creación de enfermedades de primera y de segunda clase.

Como puede apreciarse, existe una clara falta de acuerdo en la doctrina a la otra de establecer un único criterio diferenciador. A pesar de que la postura mayoritaria sea el tipo de acción que se emprende en una u otra conducta, personalmente creo que el criterio basado en “matar” y “dejar morir” defendido por autores como DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO/BARBER BURUSCO es el más acertado, correspondiéndose el “matar” con la eutanasia activa y el “dejar morir” con la eutanasia pasiva. De este modo, actualmente se está castigando únicamente aquella conducta que persigue causar la muerte de forma directa, lo que justifica la impunidad de la modalidad activa indirecta y de la pasiva. Al margen del debate sobre si es mejor dejar morir que matar<sup>25</sup>, lo cierto es que todas las conductas eutanásicas se desarrollan en un complejo contexto donde se deben tener en cuenta la trascendencia de los bienes en conflicto, como son el derecho a la vida y los principios de autonomía, libertad y dignidad personal. Además, la fina línea que separa la modalidad activa indirecta de la directa invita a reflexionar sobre la necesidad de clasificar la eutanasia en diferentes tipos o si, por el contrario, esto dificulta todavía más la regulación del contexto. Así, como veremos, la eutanasia activa directa sigue siendo una figura cuya despenalización y posible regulación aun hoy es objeto de controversia y debate social, debiendo ir más allá de la simple adecuación o no de la acción de provocar la muerte a otra persona para poner el foco de atención sobre la interpretación del derecho a la vida en un contexto donde los principios de dignidad y autonomía personal cobran un especial protagonismo.

---

<sup>24</sup> SUÁREZ LLANOS, L. “La ley de la muerte. Eutanasias, éticas y derechos”, en *Anuario de Filosofía del Derecho*, núm. 28, 2012, págs. 331 y 332; como señala esta autora, si lo que pretenden quienes aceptan la eutanasia pasiva y rechazan la activa no es algo esencial, que se ha visto difícil de sustentar, sino ser sensibles a situaciones dramática pero evitando conductas inaceptables –muerte de ancianos, síndrome de Down, etc.–, lo mejor es renegar de la distinción y ofrecerles el mismo trato jurídico para que los controles operen con toda su eficacia también en los supuestos de eutanasia pasiva”.

<sup>25</sup> Más sobre esto en RACHELS, J. “Eutanasia activa y pasiva”, en *Decisiones de vida y muerte: eutanasia, aborto y otros temas de ética médica*, 1995, págs. 147-153.

### 3. Eutanasia: su delimitación con otras figuras afines

Cabe por último hacer referencia a una serie de términos de nueva creación que han surgido en el contexto donde se desarrolla la eutanasia, los cuales en muchas ocasiones han derivado de la propia figura y que, dada su gran proximidad, tienden a confundirse con la misma. De este modo, procederé a explicar brevemente cuál es el contenido de estas figuras afines, concretamente en alusión a la ortotanasia, la cacotanasia, la distanasia la obstinación terapéutica y la eutanasia eugenésica.

#### a. Ortotanasia

El término ortotanasia proviene del griego “orthos” (recto o justo) y “thanatos” (muerte)<sup>26</sup>, por lo que podría traducirse como aquella “muerte dada a su tiempo, en el momento justo, cuando ya no sea posible hacer nada más por la vida del paciente” y, por lo tanto, entenderla como sinónimo de eutanasia activa indirecta<sup>27</sup>.

Otros autores, sin embargo, entienden la ortotanasia como sinónimo de adistanasia<sup>28</sup>, otro neologismo que quedó en desuso y que significaría la interrupción o finalización de los tratamientos o medios necesarios para mantener a un paciente con vida que carece de perspectiva de cura<sup>29</sup>, lo cual se referiría a lo que hoy en día conocemos como eutanasia pasiva. Incluso existen opiniones que equiparan esta figura con el concepto de muerte digna, entendiéndola como “la muerte con todos los alivios médicos adecuados y los consuelos humanos posibles”<sup>30</sup>. Por lo tanto, este es un concepto ambiguo y confuso empleado como sinónimo de diferentes figuras, ya que, como apunta LORENZO SALGADO, “no siempre se da coincidencia entre los especialistas sobre el contenido que cabe asignar a los diversos términos que se emplean”<sup>31</sup> en este contexto, lo cual dificulta todavía más su comprensión. Por este motivo, en el presente trabajo únicamente haremos referencia a

---

<sup>26</sup> DÍAZ ARANDA, E. *Dogmática del suicidio y homicidio consentido*. Centro de estudios judiciales, Ministerio de Justicia, Madrid, 1995, pág. 163.

<sup>27</sup> MENDES DE CARVALHO, G. *Suicidio, eutanasia y Derecho Penal. Estudio del art. 143 del Código Penal español y propuesta de lege ferenda*. Comares, Granada, 2009, págs. 272 y 273.

<sup>28</sup> SIMÓN LORDA, P. “Muerte digna en España”, en *Revista DS Derecho y Salud*, Vol. 16, núm. 2, 2008, pág. 83.

<sup>29</sup> Esta definición de “adistanasia” ha sido elaborada a sensu contrario a partir de su antónimo, “distanasia”, tomando como referencia lo dispuesto para por la RAE, que define este último concepto como aquella “prolongación médicamente inútil de la agonía de un paciente sin perspectiva de cura”.

<sup>30</sup> DE LILLO, L. “Del encarnizamiento terapéutico a una muerte digna”, en *Revista de Bioética y Socioantropología en Medicina*, Vol. VI, núm. 1, 2011, pág. 11.

<sup>31</sup> LORENZO SALGADO, J.M. “Algunas consideraciones sobre el art. 143.4 del Código Penal” en *Revista Estudios Penales y Criminológicos*, Vol. XXV, núm. 25, 2004, pág. 154.

este término en este apartado, denominando al resto de figuras por su propio nombre, para evitar incurrir en confusiones.

#### b. Cacotanasia

Este término hace referencia “a la muerte por compasión (*mercy killing*) y que no cuenta con la aprobación del propio implicado”<sup>32</sup>. Es otras palabras, se trata de la eutanasia impuesta sin el consentimiento del sujeto pasivo, es decir, practicada contra su voluntad o sin haberla expresado claramente, por lo que esta figura se acercaría más al homicidio o al asesinato de los arts. 138 y 139 CP. Lejos de querer hacer más complejo el desarrollo del presente trabajo, es preciso hacer un breve inciso llegados a este punto, para poder comprender mejor este concepto.

Como hemos visto en apartados anteriores, la clasificación de la eutanasia en activa directa, activa indirecta y pasiva está basada en el criterio de matar y dejar morir. Sin embargo, existen otras posibles clasificaciones de eutanasia en función de qué elemento tengamos en cuenta<sup>33</sup>, como aquella que tiene en cuenta la voluntad de la persona que va a morir, dando lugar a otros tres tipos de eutanasia: eutanasia voluntaria (el sujeto pasivo ha expresado su voluntad de morir), eutanasia involuntaria o coactiva (el sujeto pasivo manifiesta su deseo de no morir o no manifiesta nada) y, por último, eutanasia no voluntaria (el sujeto pasivo no puede manifestar ningún deseo)<sup>34</sup>. Atendiendo a esta clasificación, cabría decir que la cacotanasia se correspondería con una eutanasia involuntaria o no voluntaria, puesto que se trata de la que se impone por un tercero sin el consentimiento del sujeto pasivo, bien porque ha manifestado su rechazo o no ha dicho nada (eutanasia no voluntaria) o bien porque no tiene la capacidad de manifestar nada por encontrarse en estado de coma, por ejemplo (eutanasia involuntaria).

#### c. Distanasia

Este concepto hace referencia a la acción de prolongar la vida del sujeto pasivo más allá del denominado “momento natural de la muerte”, llevándola hasta un momento

---

<sup>32</sup> SÁDABA, J. “Eutanasia y ética”, en *Revista de Bioética y Derecho*, núm. 8, octubre 2006, pág. 1.

<sup>33</sup> Dada su complejidad y para facilitar al máximo la comprensión, en el presente trabajo únicamente se tendrá en cuenta la clasificación que atiende al criterio de matar o dejar morir y que da lugar a la eutanasia activa directa, activa indirecta y pasiva, puesto que es a la que atiende nuestro CP.

<sup>34</sup> ÁLVAREZ GÁLVEZ, I. *La eutanasia voluntaria autónoma*. Dykinson, S.L., Madrid, 2002, pág. 41.



excesivamente tardío<sup>35</sup>. A través de la distanasia, se evita la muerte a toda costa, empleando todos los medios tanto ordinarios como extraordinarios, que pueden resultar excesivamente costosos en relación con la situación económica del enfermo y su familia. Consiste, por tanto, en prolongar la vida del paciente cueste lo que cueste, práctica que entraña un enorme riesgo ético al darse además la posibilidad de incurrir en la obstinación terapéutica, figura que procederemos a definir a continuación.

#### d. Obstinación, encarnizamiento o ensañamiento terapéutico

Según DE LILLO, esta práctica consiste en la actitud que mantiene el o la profesional sanitario o sanitaria que, “ante la certeza moral que le dan sus conocimientos de que las curas o los remedios de cualquier naturaleza ya no proporcionan beneficios al enfermo y solo sirven para prolongar su agonía inútilmente, se obstina en continuar el tratamiento y no dejar que la naturaleza siga su curso”. Además, cabe mencionar que en la obstinación terapéutica se encuentra implícito “un componente de ensañamiento o crueldad”<sup>36</sup>, lo que vulnera totalmente la buena praxis médica. Esta figura está tan íntimamente relacionada con la distanasia que en ocasiones se utilizan como sinónimos<sup>37</sup>, pero en realidad la obstinación terapéutica sería el vehículo o herramienta necesaria para poder llevar a cabo la distanasia.

#### e. Eutanasia eugenésica

Atendiendo al motivo por el que se da muerte al paciente, la eutanasia eugenésica hace referencia a aquella práctica consistente en “la eliminación física de individuos aislados o de grupos poblacionales enteros, argumentando que sus vidas carecen de valor debido a las enfermedades o discapacidades que presentan, y que sólo incrementan las cargas sociales y económicas del resto de la sociedad, que tiene que atenderlos”<sup>38</sup>. Un ejemplo de este tipo de eutanasia es el conjunto de prácticas que se llevaron a cabo en la Alemania nazi, régimen bajo el cual “subyacían ideas eugenésicas de pureza de la raza y

---

<sup>35</sup> ÁLVAREZ GÁLVEZ, I. *La eutanasia voluntaria autónoma*. Dykinson, S.L., Madrid, 2002, págs. 39 y 82.

<sup>36</sup> DE LILLO, L. “Del encarnizamiento terapéutico a una muerte digna”, en *Revista de Bioética y Socioantropología en Medicina*, Vol. VI, núm. 1, 2011, pág. 9.

<sup>37</sup> DE LILLO, L. “Del encarnizamiento terapéutico a una muerte digna”, en *Revista de Bioética y Socioantropología en Medicina*, Vol. VI, núm. 1, 2011, pág. 9.

<sup>38</sup> SIMÓN LORDA, P. “Muerte digna en España”, en *Revista DS Derecho y Salud*, Vol. 16, núm. 2, 2008, pág. 76.

un planteamiento económico de evitar gastos públicos en salud”<sup>39</sup>. Dada su extrema gravedad por la vulneración de Derechos Humanos que de su práctica se deriva, este tipo de eutanasia es ajena a nuestro objeto de estudio, puesto que las propuestas legislativas se alejan totalmente de este objetivo.

Como se puede apreciar, el complejo contexto que envuelve a la eutanasia está repleto de figuras y términos que guardan una estrecha relación con la misma y entre sí, pero que hacen referencia a conceptos que distan de nuestro objeto de estudio. Por este motivo, resultan necesarias las definiciones y aclaraciones que acabamos de realizar, a modo de pequeña pincelada y primer contacto con este contexto, para incurrir en la menor confusión posible a lo largo del análisis que en el presente trabajo se va a llevar a cabo.

### **III. DERECHOS COMPROMETIDOS CON LA REALIZACIÓN DE LAS CONDUCTAS EUTANÁSICAS**

#### **1. Introducción**

La eutanasia afecta a diferentes derechos y valores protegidos por el ordenamiento jurídico. El derecho principalmente comprometido es el derecho a la vida, pero además, afecta a otros valores como son la libertad, la dignidad humana y el libre desarrollo de la personalidad.

La normativa a nivel internacional, comunitario y estatal establece las bases para el desarrollo legal de la protección de estos derechos y, como veremos más adelante, tanto la permisión como la prohibición de la eutanasia son posibles, en función de cómo se interpreten estos derechos.

Partiendo del ámbito internacional, la Declaración Universal de Derechos Humanos establece que “todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona” (art. 3) y “nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes” (art. 5).

---

<sup>39</sup> RODRÍGUEZ YUNTA, E. “Comentario al artículo ‘Eutanasia y experimentación humana’, de Viktor von Weizsäcker”, en *Revista Archivos de Psiquiatría*, Vol. 70, núm. 4, 2007, pág. 293.

Del mismo modo, la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea reconoce en sus primeros artículos la dignidad humana (art. 1), el derecho a la vida (art. 2), el derecho a la integridad de la persona (art. 3), la prohibición de la tortura y de las penas o tratos inhumanos o degradantes (art. 4), el derecho a la libertad y a la seguridad (art. 6) y la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión (art. 10).

Igualmente, dentro del marco normativo estatal, la CE recoge una serie de derechos fundamentales que se encuentran comprometidos con la figura de la eutanasia, como son el derecho a la vida y a la integridad física y moral (art. 15 CE), los principios de la dignidad humana y el libre desarrollo de la personalidad (art. 10 CE), el derecho a la libertad (art. 1.1 CE) y la libertad ideológica y religiosa del (art. 16 CE)<sup>40</sup>.

Como se puede apreciar, los ordenamientos que sirven de base para el desarrollo legal de la eutanasia contemplan una protección de mínimos, donde el derecho a la vida es el eje principal del que hay que partir para la regulación de esta figura. La vida, “más que un derecho, es en su dimensión objetiva el *prius* lógico y ontológico que permite el ejercicio de todos los demás derechos, un presupuesto sobre el que descansan todas las posibilidades de la libertad y el despliegue de la personalidad que la Constitución protege como exigencias de la dignidad de la persona”<sup>41</sup>. Concretamente, es la disponibilidad de la propia vida la facultad sobre la que pondremos el foco de interés, puesto que junto con la ausencia de dolo homicida en el autor es uno de los elementos que establecen la diferencia entre las conductas objeto de nuestro estudio (suicidio y participación en el suicidio) y otras como el homicidio o el asesinato<sup>42</sup>.

## **2. La disponibilidad de la propia vida y el derecho a morir**

La disponibilidad de la propia vida hace referencia, básicamente, a la facultad que cada persona tiene para hacer con su vida lo que desee, tanto en un plano positivo (derecho a vivir) como negativo (derecho a morir). Sin embargo, la sencilla y, en ocasiones, ambigua redacción del derecho a la vida en el ordenamiento jurídico dificulta una definición unificada y clara, implicando que la interpretación de este derecho sea amplia

---

<sup>40</sup> ALONSO ÁLAMO, M. “Eutanasia y Derechos Fundamentales. Recensión del libro de Fernando Rey Martínez”, en *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*, núm. 10, 2008, pág. 2.

<sup>41</sup> MENDES DE CARVALHO, G. *Suicidio, eutanasia y Derecho Penal. Estudio del art. 143 del Código Penal español y propuesta de lege ferenda*. Comares, Granada, 2009, pág. 127.

<sup>42</sup> QUINTERO OLIVARES, G. *Comentarios a la parte especial del derecho penal*. Aranzadi, Cizur Menor, 10ª ed. 2016, pág. 72.

y diversa, dando lugar a regulaciones muy distintas en cada país. Dicho esto, cabe plantearse si en España la ley protege el derecho a la vida tanto en su vertiente positiva como negativa y, por tanto, si todas las personas ostentamos la facultad de disponer libremente sobre nuestra propia vida.

De acuerdo con la jurisprudencia del TEDH, como afirma CLIMENT GALLART la inmensa mayoría de las sentencias en relación con la disposición de la vida suelen ser desestimatorias, puesto que este tribunal destaca que “es el propio Estado el que está en mejores condiciones para evaluar las restricciones de los derechos afectados”, dejando así un “margen de apreciación nacional” que ha sido objeto de diversas críticas. Tales críticas se centran, por un lado, en que este margen de apreciación nacional ha servido en muchas ocasiones al TEDH como excusa “para no entrar a revisar el fondo de asuntos especialmente sensibles para el Estado demandado” y, por otro lado, en que con él se está admitiendo “que el alcance y contenido concreto de los derechos (...) dependa del lugar en que se ejerciten”, vulnerando así los principios de igualdad y seguridad jurídica<sup>43</sup>.

En relación con el ordenamiento jurídico español, esta cuestión sobre la disponibilidad de la propia vida ha ido evolucionando a lo largo de la historia<sup>44</sup>, teniendo actualmente su fundamento en el art. 15 CE, que recoge textualmente lo siguiente:

Art. 15 CE: Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes. Queda abolida la pena de muerte, salvo lo que puedan disponer las leyes penales militares para tiempos de guerra.

De esta forma, *a priori* puede entenderse que la CE únicamente vela por la protección del derecho a vivir, esto es, de la vertiente positiva del derecho a la vida, puesto que nada se menciona en este precepto sobre la vertiente negativa del derecho a la vida o un derecho a morir. En este sentido, según el TC, “el derecho fundamental a la vida, en cuanto derecho subjetivo, da a sus titulares la posibilidad de recabar el amparo judicial y, en último término, el de este Tribunal frente a toda actuación de los poderes públicos que amenace su vida o su integridad”, debiendo tanto los poderes públicos como el legislador “adoptar las medidas necesarias para proteger este bien frente a los ataques de terceros”<sup>45</sup>.

---

<sup>43</sup> CLIMENT GALLART, J.A. “La jurisprudencia del TEDH sobre el derecho a la disposición de la propia vida”, en *Actualidad Jurídica Iberoamericana*, núm. 8, 2018, págs. 129 y 130.

<sup>44</sup> TOMÁS-VALIENTE LANUZA, C. *La disponibilidad de la propia vida en el Derecho Penal*. Boletín Oficial del Estado y Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, Madrid, 1999, págs. 296 y ss.

<sup>45</sup> STC 53/1985, de 11 de abril (BOE núm. 119, de 18 de mayo de 1985).

Así, de acuerdo con la STC 120/1990, de 27 de junio, el derecho a la vida tiene “un contenido de protección positiva que impide configurarlo como un derecho de libertad que incluya el derecho a la propia muerte”, declarando todo acto de disposición sobre la propia vida como “integrante del círculo de libertad de cada persona” pero, en cualquier caso, “como una manifestación del *agere licere* en cuanto que la privación de la vida propia o la aceptación de la propia muerte es un acto que la ley no prohíbe”.

Esto implica que el derecho a morir no es, en ningún caso, “un derecho subjetivo que implique la posibilidad de movilizar el apoyo del poder público para vencer la resistencia que se oponga a la voluntad de morir, ni mucho menos, un derecho subjetivo de carácter fundamental en el que esa posibilidad se extienda incluso frente a la resistencia del legislador, que no puede reducir el contenido esencial del derecho”. Por todo ello, actualmente no puede afirmarse que exista una vertiente negativa del derecho a la vida que esté amparada legalmente y, por tanto, “no se puede admitir que la Constitución Española garantice en su artículo 15 el derecho a la propia muerte”<sup>46</sup>, existiendo no obstante algunas excepciones para supuestos concretos<sup>47</sup>.

Por tanto, el derecho a la vida se proclama como fuente de la obligación de los poderes públicos de respeto y protección frente a terceros<sup>48</sup>, actuando esta regulación como límite del derecho absoluto a la libre disposición y dejando al margen los casos atípicos de suicidio, donde la disponibilidad de la propia vida en su vertiente negativa parece reconocida, al configurarse como parte integrante de la esfera de libertad personal de cada individuo.

Teniendo en cuenta esto, para CORCOY BIDASOLO lo que los poderes públicos realmente deberían proteger con el derecho fundamental a la vida “no es la vida en sí misma, sino el interés que por la vida tiene su titular”, debiendo el Estado abstenerse de toda protección en el caso de que tal interés deje de existir. Así, en el contexto de las

---

<sup>46</sup> STC 120/1990, de 27 de junio, FJ 7º (BOE núm. 181, de 30 de julio de 1990).

<sup>47</sup> En este sentido, *al reconocer igualmente el art. 15 CE el derecho a la integridad física y prohibir expresamente los tratos inhumanos o degradantes, se entiende que no cabe prolongar artificialmente la misma contra la voluntad del sujeto en aquellos casos en los que la muerte sea un hecho inevitable, dado que esta conducta “constituye un trato inhumano o degradante” que vulneraría lo dispuesto en el art. 15 CE. Por lo tanto, en estos casos cabe admitir que existe un derecho a oponerse a la prolongación artificial de la vida, lo cual da sentido a la impunidad de conductas como la eutanasia pasiva; así en* BAJO FERNÁNDEZ, M. “Disponibilidad de la propia vida”, en *vv.AA., Homenaje al profesor Dr. Gonzalo Rodríguez Mourullo*, Civitas, Madrid, 2005, pág. 1137.

<sup>48</sup> QUINTERO OLIVARES, G. *Comentarios a la parte especial del derecho penal*. Aranzadi, Cizur Menor, 10ª ed. 2016, pág. 73.

conductas de participación en el suicidio, la verdadera cuestión recaería sobre “la eficacia del consentimiento del titular de un derecho fundamental”<sup>49</sup>, que en el caso de la eutanasia se traduciría en la eficacia del consentimiento de la persona solicitante, a cuya vida ha decidido poner fin. Sin embargo, como señala BAJO FERNÁNDEZ, hoy en día “la vida humana independiente es objeto de protección en todos los delitos de homicidio, aun cuando su titular haya renunciado a su protección” y esto implica que “el consentimiento no excluye la responsabilidad con carácter general, sino que simplemente la atenúa, continuando el suicida como víctima como expresamente le denomina el art. 143 CP”<sup>50</sup>.

Por lo tanto, de acuerdo con lo anterior, en la actualidad los poderes públicos ejercen un paternalismo estatal<sup>51</sup> protegiendo la vida de los ciudadanos frente a cualquier ataque por parte de terceros, medie o no consentimiento de su titular, lo cual ha derivado en la tipificación de conductas como el aborto (en casos de vida humana dependiente) o como el homicidio, el asesinato y las diferentes formas de participación en el suicidio ajeno (en casos de vida humana independiente). Por este motivo, con la actual configuración del derecho a la vida cabría pensar que no es posible una despenalización y regulación de la figura de la eutanasia, puesto que, como hemos visto, hoy en día el TC no considera que en el art. 15 CE se encuentre amparado un derecho a morir o una vertiente negativa del derecho a la vida.

Sin embargo, esto no es óbice para que el legislador profundice y entre en el desarrollo normativo de estas conductas, ya que tanto la impunidad como la prohibición de la eutanasia son posibles en función de la interpretación de los derechos comprometidos en la propia figura y de la evolución de la mentalidad social. De esta forma, el foco sobre el que debe recaer la atención del legislador a la hora de despenalizar la eutanasia y regular su práctica está relacionado con la interpretación del derecho a disponer de la propia vida. Como señala DÍEZ RIPOLLÉS, el pleno reconocimiento de este derecho “sólo puede aspirar, en condiciones normales, a exigir que los poderes públicos

---

<sup>49</sup> CORCOY BIDASOLO, M. “La regulación legal de la eutanasia en el CP español. Propuestas de reformas legislativas” en MENDOZA BUERGO, B. *Autonomía personal y decisiones médicas. Cuestiones éticas y jurídicas*, Thomson Reuters-Aranzadi, Cizur Menor, 2010, págs. 299 y 300.

<sup>50</sup> BAJO FERNÁNDEZ, M. “Disponibilidad de la propia vida”, en VV.AA., *Homenaje al profesor Dr. Gonzalo Rodríguez Mourullo*, Civitas, Madrid, 2005, pág. 1135.

<sup>51</sup> Concepto definido por DOWRKIN, G. como “la interferencia con la libertad de acción de una persona justificada por razones referidas únicamente al bienestar, bien, felicidad, necesidades, intereses o valores de la persona a la que se coacciona”, así en TOMÁS-VALIENTE LANUZA, C. *La disponibilidad de la propia vida en el Derecho Penal*. Boletín Oficial del Estado y Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, Madrid, 1999, pág. 16.

o los particulares se abstengan de impedir su ejercicio, sin que haya una correlativa obligación de hacer, encaminada a proteger o promover su ejercicio”. Asimismo, cabe destacar que la disponibilidad de la propia vida afecta exclusivamente a la renuncia al ejercicio del derecho a la vida en un caso particular, por lo que no vulneraría el carácter irrenunciable del derecho fundamental a la vida amparado de el art. 15 CE<sup>52</sup>.

Por último, es preciso recordar que la figura de la eutanasia se enmarca en un contexto específico de padecimientos graves, insoportables e incurables, por lo que su despenalización y consecuente regulación encontrarían su base en la ponderación de la disposición de la propia vida con derechos y valores tan importantes e igualmente reconocidos constitucionalmente como la dignidad humana y la prohibición expresa del sometimiento a tratos inhumanos o degradantes.

#### **IV. POSTURAS RELATIVAS A LA DESTIPIFICACIÓN DE LAS CONDUCTAS EUTANÁSICA**

El debate público sobre la eutanasia se inició en España en los años noventa del s. XX gracias al caso de Ramón Sampredo, quien en 1993 comenzó una batalla legal para que fuera declarada como un derecho. Hasta entonces, los dogmas religiosos y moralistas arraigados en un país de tradición católica habían impedido que la eutanasia fuese un tema sobre el que poder reflexionar abiertamente, por lo que la repercusión de este caso suscitó el cuestionamiento de unos valores que, hasta la fecha, se tenían por indiscutibles.

Sin embargo, a pesar del elevado impacto que este caso tuvo sobre la sociedad española, veintisiete años más tarde todavía permanece como una conducta tipificada en nuestro CP. A lo largo de estos años, han ido surgiendo otros casos mediáticos como el de José Antonio Arrabal en 2015, Maribel Tellaetxe o María José Carrasco en 2019, este último especialmente relevante dada la polémica que suscitó, al ser el caso instruido por un Juzgado de Violencia sobre la Mujer.

De este modo, el debate de la eutanasia se ha mantenido vivo a lo largo de las últimas casi tres décadas, constituyéndose dos grandes posturas confrontadas que, junto

---

<sup>52</sup> DÍEZ RIPOLLÉS, J.L. “Eutanasia y derecho”, en *Eguzkilore, Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología*, núm. 9, 1995, págs. 124-126.

con la relevancia de los derechos y valores implicados, ponen de manifiesto la complejidad de abordaje de esta práctica.

## **1. Posturas en contra de la despenalización de las conductas eutanásicas**

### *1.1. La indisponibilidad de la propia vida y la “pendiente resbaladiza” como principales argumentos*

Uno de los colectivos más conocidos por su ferviente labor de rechazo a la despenalización de la eutanasia es el de la Iglesia Católica. Partiendo de la premisa de que la vida es un bien totalmente indisponible por su titular, los detractores de la eutanasia defienden la protección del derecho a la vida taxativa y contundentemente. En este ámbito, según MIRET MAGDALENA, la postura contraria a la eutanasia se remonta a los siglos III y IV, y las razones que sustentan esta oposición continúan repitiéndose en la Iglesia hasta la actualidad. En concreto, estas razones son tres: “1) Dios es el dueño de la vida, y el hombre su mero administrador; 2) la muerte directamente querida se opone al amor a uno mismo; y 3) buscar la propia muerte contraviene las responsabilidades respecto a la sociedad”<sup>53</sup>. En este sentido, la “radical postura contraria” que ha mantenido la Iglesia “en un país de tradición cultural católica” como es España<sup>54</sup>, implica que esta actitud de rechazo cobre especial relevancia social y esté todavía impregnada en nuestro subconsciente hoy en día.

Pero más allá de este colectivo, como señala ÁLVAREZ MONTERO<sup>55</sup>, las razones que sostiene, en general, una postura contraria a la legalización de la eutanasia se centran en la desconfianza que suscita una posible despenalización. Así, una de las principales razones para rechazar la legalización de esta práctica sería la inseguridad que podría provocarse en los pacientes, al tratarse “de un acto que involucra a una tercera persona, un sanitario, al que la sociedad vincula al cuidado de las personas”. En este sentido, los detractores de la legalización de la eutanasia sostienen que “en un contexto de recursos

---

<sup>53</sup> MIRET MAGDALENA, E. “Eutanasia, filosofía y religión” en *Revista Humanitas, Humanidades Médicas*, Vol. 1, núm. 1, enero-marzo 2003, págs. 117-120, disponible en: <https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/06/eutanasia-filosofia-y-religion.pdf>.

<sup>54</sup> REY MARTÍNEZ, F. “Eutanasia y derechos fundamentales”, en *Revista Direito e Justiça, Reflexões Sociojurídicas*, núm. 13, 2009, pág. 14, disponible en: [http://srvapp2s.santoangelo.uri.br/seer/index.php/direito\\_e\\_justica/article/viewFile/211/142](http://srvapp2s.santoangelo.uri.br/seer/index.php/direito_e_justica/article/viewFile/211/142).

<sup>55</sup> ÁLVAREZ MONTERO, S. “Eutanasia, opciones al final de la vida y médicos de familia” en *Revista de Atención Primaria*, Vol. 41, núm. 7, 2009, pág. 407.



siempre limitados podría generar desconfianza hacia los profesionales”, pudiendo convertirse, además, en una práctica fácil y cómoda, “frenando la implicación tanto científica como asistencial de algunos profesionales de la salud en la atención a unos enfermos sin curación, que requieren una considerable dedicación de tiempo y recursos”. Por este motivo, se cree que podría suponer la difusión de “un mensaje social a una población vulnerable”, que podría hacer que se sintieran “coaccionados para pedir un final más rápido”.

Asimismo, en relación con esta inseguridad alegada por los contrarios a la legalización de esta práctica, existe también un argumento relativo a la incertidumbre acerca de la verdadera información sobre lo que quiere un paciente terminal o incurable. Así, un motivo para rechazar la despenalización de la eutanasia es el basado en que el paciente que la solicita “puede hallarse en tal estado psicológico - posiblemente deprimido – que quepa dudar de su autonomía”<sup>56</sup>, por lo que debería protegerse a estas personas frente a sus propias decisiones.

Teniendo en cuenta estos motivos, muchos consideran que la despenalización de la eutanasia comportaría una “decadencia ética progresiva”, que, según HERRANZ, estaría compuesta por cuatro fases. En la primera de ellas, se presentaría la eutanasia “como un tratamiento que sólo puede aplicarse en ciertas situaciones clínicas extremas, sometidas a un control estricto de la ley”. La segunda de ellas tendría lugar tras los pocos años de su implantación, y consistiría en una “habitación” que haría perder el carácter excepcional de esta práctica, “ganando falazmente la batalla a los cuidados paliativos por ser más indolora, rápida, estética y económica” y convirtiéndose en una “salida más cómoda” tanto para allegados del enfermo como para algunos profesionales sanitarios. En la tercera fase, “para aquellos profesionales que acepten la eutanasia voluntaria”, ésta “se convertirá, por razones de coherencia moral, en una obligación indeclinable”, ya que el alto coste de mantenimiento de algunos pacientes merecería estimarlos como no merecedores de seguir viviendo, pues “es muy fácil expropiar al paciente de su libertad de escoger seguir viviendo”. Por último, en la cuarta fase se conseguiría la generalización

---

<sup>56</sup> AGUIAR, F., SERRANO, R. Y SESMA, D. “Eutanasia y suicidio asistido: un debate necesario”, en *Fundación Centro de Estudios Andaluces. Consejería de la Presidencia. Junta de Andalucía*, núm. 3, 2009, pág. 4, disponible en: <https://digital.csic.es/bitstream/10261/62854/1/Eutanasia%20y%20suicidio%20asistido.pdf>.

y extensión de la práctica eutanásica a otros enfermos, y, según sus detractores, “la eutanasia sustituiría a la medicina”<sup>57</sup>.

De acuerdo con lo anterior, como señala ÁLVAREZ-CIENFUEGOS FIDALGO, para fundamentar su postura de rechazo, los opositores a la despenalización de la eutanasia se acogen a las posibilidades adversas que podrían derivarse de la legalización de esta práctica. Así, en primer lugar, argumentan que cabe la posibilidad del “error médico en el diagnóstico o la precipitación en la toma de decisiones” y, en segundo lugar, se amparan en la posibilidad de que se de una eutanasia eugenésica encubierta, esto es, “la práctica de deshacerse de enfermos caros o de familiares incómodos”. En cualquier caso, quienes rechazan la despenalización de la eutanasia se postulan desde una perspectiva del paciente, defendiendo sus intereses y su propia autonomía, tachando la eutanasia “como una forma de asesinato y, en consecuencia, como no moralmente permisible su legalización”<sup>58</sup>.

Por lo tanto, como pone de relieve TOMÁS-VALIENTE LANUZA, hoy en día el principal argumento que sostienen los detractores de la eutanasia se centra, básicamente, en “las posibles consecuencias que la despenalización podría llevar consigo”, alegando que esta podría derivar en una especie de “pendiente resbaladiza hacia situaciones del todo indeseables”. No obstante, esta autora recuerda que, a pesar de la insistencia con la que se emplea este razonamiento, lo cierto es que “frecuentemente se ha utilizado de modo demagógico (...) pero no por ello ha de dejar de ser tomado en serio si se plantea de modo riguroso”<sup>59</sup>, esto es, a través de herramientas normativas que cercioren su práctica segura y con todas las garantías.

### *1.2. Los cuidados paliativos como alternativa a la eutanasia*

Dentro de esta postura, es preciso hablar de los cuidados paliativos como alternativa propuesta por los detractores de la despenalización de la eutanasia. Los

---

<sup>57</sup> ASSOCIACIÓ CATALANA D’ESTUDIS BIOÈTICS. “Razones del no a la eutanasia”, 2001, págs. 7 y 8, disponible en:

[http://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion\\_temas/eutanasia/Razones\\_del\\_no\\_a\\_la\\_eutanasia.pdf](http://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion_temas/eutanasia/Razones_del_no_a_la_eutanasia.pdf).

<sup>58</sup> ÁLVAREZ-CIENFUEGOS FIDALGO, J. “Sobre la muerte voluntaria”, en *Revista de Pensament i Anàlisi*, núm. 4, 2004, pág. 119, disponible en:

<http://www.e-revistas.uji.es/index.php/recerca/article/view/257/239>.

<sup>59</sup> TOMÁS-VALIENTE LANUZA, C. “Posibilidades de regulación de la eutanasia solicitada”, en *Fundación Alternativas*, 2005, pág. 35.

cuidados paliativos son entendidos como una asistencia médica encaminada a proporcionar “una atención integral a los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo y donde es primordial el control de síntomas, especialmente de dolor, así como el abordaje de los problemas psicológicos, sociales y espirituales”, teniendo como objetivo “preservar la mejor calidad de vida posible hasta el final”, sin “acelerar ni retrasar la muerte”<sup>60</sup>. Así, la SECPAL se pronunció en el año 2002 considerando que no era precisa ni prioritaria “la legación de la eutanasia en España” en ese momento, ya que lo preferente por aquel entonces era la instauración y promoción de un sistema de cuidados paliativos adecuado<sup>61</sup>, si bien en la actualidad todavía constituyen una tarea pendiente del sistema sanitario español<sup>62</sup>.

Para autores como GERMÁN ZURRIARÁIN, cuando se emplea el concepto de “morir con dignidad” para la defensa de la eutanasia, se está utilizando el término “dignidad” de forma equívoca o meramente formal, “haciéndolo depender de la finalidad que su usuario, en cada caso, decida otorgarle”. Así, la dignidad humana ha de entenderse “como principio individual y social por excelencia” innato en cada ser humano, por lo que en el contexto eutanásico es preciso tener claro que se trata de personas vulnerables “que mantienen intacta su dignidad, porque esta se adquiere cuando se nace (el ser humano es digno por lo que es: un ser humano y no poseer mayor o menor autonomía) y, por tanto, nunca se pierde”. Por este motivo, los cuidados paliativos se contemplan como “la mejor manera de ayudar a morir al enfermo, no “ayudándolo” a terminar con él”, puesto que estos “responden, de forma plena, a la situación humana inevitable de morir, y manifiestan, a la vez, nuestra humanidad”, salvaguardando la dignidad de cada paciente<sup>63</sup>.

## **2. Posturas a favor de la legalización de las conductas eutanásicas**

En contraposición con lo analizado en el apartado anterior, hay quienes abogan por la despenalización de la eutanasia y luchan por su regulación, buscando situar a

---

<sup>60</sup> GÓMEZ SANCHO, M. (Coord.) y OTROS. “Atención Médica al final de la vida: conceptos y definiciones”, en *Gaceta Médica de Bilbao*, Vol. 112, núm. 4, 2015, pág. 4.

<sup>61</sup> COMITÉ DE ÉTICA DE LA SECPAL. “Declaración sobre la eutanasia de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos”, en *Revista de Medicina Paliativa*, Vol. 9, núm. 1, 2002, pág. 40.

<sup>62</sup> INFOPALIATIVOS (19/10/2018). España solo cumple dos de las nueve recomendaciones del Consejo de Europa para un adecuado desarrollo de los cuidados paliativos, en *InfoPaliativos*, disponible en: <http://infocuidadospaliativos.com/espana-solo-cumple-dos-de-las-nueve-recomendaciones-del-consejo-de-europa-para-un-adecuado-desarrollo-de-los-cuidados-paliativos/>.

<sup>63</sup> GERMÁN ZURRIARÁIN, R. “Aspectos sociales de la eutanasia”, en *Cuadernos de Bioética*, Vol. XXX, núm. 98, 2019, págs. 27, 31 y 32, disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87558347003>.

España entre los escasos países que tienen legalizada esta práctica en sus respectivos ordenamientos jurídicos. En este sentido, en palabras de CARBONELL MATEU “sólo la vida libremente deseada por su titular puede merecer el calificativo de bien jurídico protegido”, por lo que “el Estado solo puede, desde su condición de democrático, prohibir aquellas conductas que atenten contra el libre desarrollo de la personalidad ajena”<sup>64</sup>.

Partiendo de esta base y volviendo a tomar como referencia la opinión de ÁLVAREZ MONTERO<sup>65</sup>, las principales razones que sostienen quienes están a favor de una regularización de la eutanasia se centran en los conceptos de dignidad humana y autonomía como “fundamento de las decisiones éticas” que, como señala TOMÁS-VALIENTE LANUZA, se estarían expresando “en una decisión personalísima, relativa a un aspecto esencial de la propia existencia”<sup>66</sup>. Así, con la despenalización de la eutanasia se estaría garantizando la dignidad de toda persona, en lo que a capacidad de autogobierno respecta, “hasta el punto de poder determinar la manera y el momento de morir”. De esta forma, sus defensores consideran preciso garantizar públicamente “la libertad o la dignidad de decidir cómo morir”, logrando así el reconocimiento, sin obligar a nadie, del derecho de cada persona “a llevar a cabo las decisiones más íntimas y personales relacionadas con su noción de dignidad y de autonomía personal”. Por lo tanto, se precisa “una modificación de la ley” acompañada “de medidas de control rigurosas”, que persigan “evitar que se produzcan abusos en la aplicación de ésta”, y todo ello “sin perjuicio de un desarrollo adecuado de los cuidados paliativos”, puesto que no se trata de conceptos incompatibles ni alternativos.

No obstante, basar la despenalización de la eutanasia en la autonomía individual puede resultar incoherente para sus objetores, ya que “los detractores de la eutanasia y el suicidio asistido se apoyan también en estos valores”, al formar parte “de nuestro patrimonio ético común”<sup>67</sup>. Sin embargo, como señala TOMÁS-VALIENTE LANUZA, es

---

<sup>64</sup> OLMEDO CARDENETE, M. “Responsabilidad penal por la intervención en el suicidio ajeno y en el homicidio consentido”, en ROXIN, C. Y OTROS. *Eutanasia y suicidio. Cuestiones dogmáticas y de política criminal*. Comares, Granada, 2001, pág. 108 y 109.

<sup>65</sup> ÁLVAREZ MONTERO, S. “Eutanasia, opciones al final de la vida y médicos de familia”, en *Revista de Atención Primaria*, Vol. 41, núm. 7, 2009, pág. 407.

<sup>66</sup> TOMÁS-VALIENTE LANUZA, C. “Posibilidades de regulación de la eutanasia solicitada”, en *Fundación Alternativas*, 2005, pág. 31.

<sup>67</sup> AGUIAR, F., SERRANO, R. Y SESMA, D. “Eutanasia y suicidio asistido: un debate necesario”, en *Fundación Centro de Estudios Andaluces. Consejería de la Presidencia. Junta de Andalucía*, núm. 3, 2009, pág. 4, disponible en: <https://digital.csic.es/bitstream/10261/62854/1/Eutanasia%20y%20suicidio%20asistido.pdf>.

preciso tener en cuenta que el respeto de dicha autonomía “no conlleva irremediabilmente (...) el tener que respetar toda decisión de morir hasta el punto de legalizar la ayuda al suicidio o el homicidio consentido sin atender a los motivos que se encuentran en la base de dicha decisión”. Así, la limitación de la libertad de un sujeto competente (a pesar de la gravedad los problemas psicológicos que le hayan conducido a tomar una decisión como la de acabar con su propia vida con la ayuda de un tercero), tiene sentido en tanto que aun cabe la posibilidad de una mejoría de su estado de salud mental. Asimismo, esta limitación “se ve atemperada por el hecho de que siempre podrá quitarse la vida por sí mismo, cosa que en ocasiones no le es posible a un enfermo”<sup>68</sup>.

### 3. Opinión personal

Como se ha podido observar, una postura favorable a la despenalización de la eutanasia descarta el argumento de la indisponibilidad de la propia vida por su carácter paternalista y religioso, centrándose en dar preferencia a otros valores como la autonomía personal y la dignidad humana para argumentar su posición. De esta forma, al enfocar estos valores en el contexto eutanásico se están teniendo en cuenta los derechos de un conjunto de individuos vulnerables que, a pesar de su capacidad para tomar una decisión seria e inequívoca, no pueden llevarla a cabo y ejecutarla por sus propios medios debido a una imposibilidad física o relativa a su capacidad. Frente al argumento de quienes se postulan en contra de la legalización de esta práctica relativo a la situación psicológica que atraviesa el individuo solicitante, cabe pronunciarse acerca del “paternalismo inaceptable”<sup>69</sup> que esta idea supone, puesto que en los supuestos de eutanasia se está limitando el perfil de pacientes a adultos, plenamente capaces y bien informados, inmersos en situación irreversible que les hace perfectamente conscientes de aceptarla o no como condición de continuar con su vida o preferir ponerle fin<sup>70</sup>.

Del mismo modo, en relación con el temor a una “pendiente resbaladiza”, es evidente que, como en toda práctica permitida, puedan darse situaciones de abuso. Por

---

<sup>68</sup> TOMÁS-VALIENTE LANUZA, C. “Posibilidades de regulación de la eutanasia solicitada”, en *Fundación Alternativas*, 2005, pág. 33.

<sup>69</sup> AGUIAR, F., SERRANO, R. Y SESMA, D. “Eutanasia y suicidio asistido: un debate necesario”, en *Fundación Centro de Estudios Andaluces. Consejería de la Presidencia. Junta de Andalucía*, núm. 3, 2009, pág. 4, disponible en:

<https://digital.csic.es/bitstream/10261/62854/1/Eutanasia%20y%20suicidio%20asistido.pdf>.

<sup>70</sup> En caso de no reunir la capacidad necesaria en el momento de efectuar la petición, existen herramientas como los documentos de instrucciones previas, que más adelante analizaremos.

este motivo, afectando además a un bien jurídico de tal magnitud y relevancia como es la vida, su regulación se concibe como necesaria, para que pueda llevarse a cabo con todas las garantías legales. En primer lugar, la eutanasia ha de plantearse como derecho y no como deber, por lo que quien no la desee para sí mismo no debe sentirse coaccionado a solicitarla ni le debe ser impuesta. Asimismo, en cuanto a los profesionales médicos que deban practicarla, la ley ha de garantizar el derecho a la objeción de conciencia, para que quien se posicione en contra de esta no se vea compelido a practicarla y, por tanto, se salvaguarde su libertad ideológica, consagrada en el art. 16 CE.

Por último, en relación con el sistema de cuidados paliativos como alternativa a la eutanasia, cabe señalar que para quienes defienden la despenalización de esta figura este argumento es insostenible. Si bien los cuidados paliativos son útiles y necesarios para determinados casos y momentos de una enfermedad, lo cierto es que para muchas personas solicitantes de eutanasia esta práctica no tendría eficacia alguna. Así, puede pensarse en un supuesto de enfermedad grave que no condujera necesariamente a la muerte pero que causara un sufrimiento permanente e insoportable para quien la padeciera. Ofrecer a esta persona unos cuidados paliativos que están enfocados a pacientes que se encuentran en la fase terminal de una enfermedad no tendría ningún sentido, en primer lugar porque se trataría de una asistencia *sine die*, ya que la enfermedad podría durar incluso años y, en segundo lugar, porque se estaría atentando contra su dignidad y libertad personal, al imponerle el seguir viviendo contra su voluntad como un deber irrefutable.

## **V. TIPIFICACIÓN ACTUAL: EL ART. 143 CP**

### **1. Evolución histórica**

En nuestro ordenamiento jurídico, el desarrollo de los valores contenidos en la normativa se ha visto plasmado en la tipificación de la eutanasia como delito en el actual art. 143.4 CP, optando así el legislador por castigar esta conducta. Sin embargo, la evolución del Derecho Penal en España refleja que no siempre fue así.

El primer CP de 1822 recogía en su Parte Segunda, Título I, Capítulo I los delitos contra las personas, contemplando únicamente “el homicidio, envenenamiento, castración y aborto y de los que incendian para matar”, no haciendo referencia alguna a

la eutanasia, puesto que todas estas conductas se concebían sin mediar el consentimiento de la víctima. Posteriormente, el CP de 1848 fue el que por primera vez “estableció un tipo penal específico relativo a las intervenciones en la muerte no natural querida por la propia víctima”<sup>71</sup>, recogido en su Libro II, Título IX, Capítulo I del siguiente modo:

Art. 326 CP: El que prestare auxilio a otro para que se suicide, será castigado con la pena de prisión mayor; si le prestare hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte, será castigado con la pena de reclusión temporal en su grado mínimo.

Con las posteriores reformas de 1850 y 1870 este tipo penal mantuvo idéntica redacción (art. 336 y art. 421, respectivamente), a excepción de un endurecimiento de la pena en el CP de 1870 para el caso en que el auxilio al suicidio se prestara hasta el punto de ejecutar la muerte, conllevando una pena de reclusión temporal (ya no en su grado mínimo).

No fue hasta la entrada en vigor del CP de 1928 cuando se introdujeron cambios significativos. Así, en el Libro II, Título VII, Capítulo I del CP de 1928 se estableció lo siguiente:

Art. 517 CP: El que prestare auxilio o indujere a otro para que se suicide, será castigado con la pena de cuatro a ocho años de prisión; si se lo prestare hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte, la prisión será de seis a quince años.

Esto, no obstante, en todos los casos del párrafo anterior, lo 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.

Como puede apreciarse, además de la atenuación de la pena respecto a la legislación anterior, con esta reforma se introdujo la tipificación de la inducción al suicidio, figura que fue equiparada a la del auxilio al suicidio en términos penológicos. Por otro lado, es importante destacar que a través del segundo párrafo del art. 517, se introdujo un tipo atenuado del auxilio al suicidio que, como apunta FELDMANN, destaca por hacer gala “de una sorprendente humanidad en el ámbito de la cooperación en el

---

<sup>71</sup> FELDMANN, M. “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*, Vol. LXIV, 2011, pág. 140.

suicidio”, al permitir a los Tribunales atender a “móviles de piedad y compasión” para rebajar la pena a su prudente arbitrio<sup>72</sup>.

Posteriormente, el CP de 1932 en su art. 415 volvió a recoger el auxilio y la inducción al suicidio, imponiendo unas penas para ambas figuras similares a las previstas para el auxilio al suicidio en el CP de 1870 (prisión mayor o reclusión temporal) y suprimiendo el tipo atenuado contemplado en el CP de 1928.

Más adelante, con el CP de 1944 el art. 409 de este texto mantuvo prácticamente idéntica tipificación, a la del CP de 1932, con la excepción de rebajar la pena prevista para el caso en que el auxilio o la inducción se prestaran hasta el punto de ejecutar la muerte, imponiendo una pena de reclusión menor en vez de la reclusión temporal prevista para el mismo supuesto en el CP anterior.

Finalmente, esta tipificación se mantuvo intacta hasta la entrada en vigor del CP de 1995, vigente en la actualidad, donde, a pesar de las numerosas reformas sufridas hasta la fecha, mantiene idéntica la redacción de su art. 143, donde se establece lo siguiente:

Art. 143 CP:

1. El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años.
2. Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona.
3. Será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte.
4. El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que condujera necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo.

Así, el actual CP castiga tanto la inducción como la cooperación (no ejecutiva y ejecutiva) al suicidio, rescatando además el tipo atenuado previsto en el CP de 1928 para desarrollarlo más y tipificarlo como eutanasia. Esta será, por tanto, la norma que servirá de base el presente trabajo y sobre la cual se realizará un análisis más exhaustivo a lo

---

<sup>72</sup> FELDMANN, M. “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*, Vol. LXIV, 2011, pág. 144.



largo de los siguientes apartados, ya que hoy en día las conductas de participación en el suicidio punibles están perfectamente diferenciadas en los subtipos del art. 143 CP.

## 2. Diferencias entre el suicidio asistido y participación en el suicidio

Como veremos más adelante, las conductas tipificadas en el art. 143 CP se corresponden con varias formas de participación en el suicidio de otra persona. La tipificación del atentado contra la propia vida ha sido objeto de una evolución a lo largo de la historia, por lo que es importante realizar un análisis de las diferencias existentes entre cometer un suicidio de forma autónoma o con la intervención de un tercero en el mismo.

En relación con esto, es preciso realizar una distinción entre dos conceptos de gran relevancia en este contexto, como son la autopuesta en peligro (suicidio) y la heteropuesta en peligro consentida o puesta en peligro por tercero consentida (conductas de participación en el suicidio). ROXIN profundizó en estas dos nociones estableciendo que, mientras que en la autopuesta en peligro la propia persona se pone en peligro a sí misma y asume un riesgo ya existente, en la heteropuesta en peligro consentida la víctima queda “a merced de un curso de desarrollo imprevisible”, siendo esta obra exclusiva del tercero, quien es a su vez pleno conocedor de este riesgo<sup>73</sup>. Por lo tanto, esa pérdida de control o “poder de evitación” (generalmente menor) del sujeto que se expone a una heteropuesta en peligro deja la puerta abierta a una punición de la conducta del tercero causante del daño<sup>74</sup>.

En primer lugar, el término suicidio (*suicidium*) proviene de dos términos del latín: *sui* (de sí o a sí mismo) y *cidium* (del verbo *caedere*, traducido como “acto de matar”). Por tanto, este concepto podría definirse como “la muerte que una persona se provoca voluntariamente a sí misma”<sup>75</sup>. Como señala ROLDAN BARBERO, hasta el proceso

---

<sup>73</sup> Visto en GARCÍA ÁLVAREZ, P. *La Puesta en Peligro de la Vida y/o Integridad Física Asumida Voluntariamente por su Titular*. Tirant Lo Blanch, 1999, pág. 52.

<sup>74</sup> ROXIN, C. “La polémica en torno a la heteropuesta en peligro consentida. Sobre el alcance del principio de autorresponsabilidad en Derecho Penal”, en *Revista para el Análisis del Derecho*, núm. 1, Barcelona, 2013, pág. 8, disponible en: <https://www.raco.cat/index.php/InDret/article/view/262223/349407>.

<sup>75</sup> MENDES DE CARVALHO, G. *Suicidio, eutanasia y Derecho Penal. Estudio del art. 143 del Código Penal español y propuesta de lege ferenda*. Comares, Granada, 2009, pág. 225.

de codificación del siglo XIX el suicidio estaba penado en España<sup>76</sup> gracias a una ley del siglo XIV, que castigaba a todo aquel que atentara contra su propia vida con la confiscación de bienes y, además, en el caso de que dicha persona hubiera sido previamente condenada a muerte, a tal condena se le adicionaba la de colgar el cadáver públicamente<sup>77</sup>. Con la entrada en vigor del CP de 1848, se despenalizó esta conducta, estableciendo el propio cuerpo legal que la pena prevista para el suicidio había quedado en desuso por absurda, puesto que existen otros medios más eficaces que el Derecho Penal para prevenir y disminuir el número de suicidios<sup>78</sup>.

Por lo tanto, en nuestro ordenamiento jurídico el suicidio es impune, es decir, no se castiga la autopuesta en peligro de uno mismo, ni siquiera en grado de tentativa. Los argumentos que reflexionan sobre esta atipicidad son diversos y están divididos en nuestra doctrina. Así, de acuerdo con MUÑOZ CONDE la razón de ello es que, por un lado, en caso de consumarse el suicidio, no tiene sentido castigar a quien ha muerto y, por otro lado, si no se consuma “carece de sentido, desde el punto de vista preventivo general y especial, imponer una sanción a quien ha demostrado con su intento el escaso interés que tiene en los asuntos terrenales”<sup>79</sup>. En este punto, es preciso destacar que esta opinión tiene cierta connotación prejuiciosa y obsoleta puesto que, como señala FELIP I SABORIT, “no debe obviarse que la mayoría de suicidios no son fríos actos de reafirmación de la autonomía

---

<sup>76</sup> Cabe destacar que la pena prevista para este delito se entendía exclusivamente aplicable para los casos en los que se hubiera consumado, puesto que nunca se ha previsto pena alguna para el grado de tentativa, cuya impunidad ha permanecido hasta nuestros días.

<sup>77</sup> ROLDAN BARBERO, H. “Prevención del suicidio y sanción interna”, en *Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales*, Vol. 40, núm. 3, 1987, págs. 625 y 626.

<sup>78</sup> En una nota a pie de página en relación con el art. 326 de este CP relativo al auxilio al suicidio, se recoge lo siguiente: “nuestra antigua legislación castigaba el suicidio con la confiscación de bienes (leyes 24, tit. 1 y 1, tit. 27, Part. 7ª; ley 15, tit. 21, lib 12, Nov. Rec), cuya pena por absurda cayó en desuso. En Inglaterra el suicidio es considerado todavía como un crimen, bien que se procede contra el culpable por mera forma, pues se pide al jurado una declaración negativa que los jueces fundan siempre en que nadie puede darse la muerte sin hallarse atacado de una enajenación mental. Penábase antiguamente en Francia, declarando infame al suicida, arrastrando su cadáver y privándole de la sepultura común; mas ahora el suicidio no es crimen ni delito a los ojos de la ley. <<El legislador, dice un jurisconsulto de aquella nación, ha creído sabiamente que el suicidio era siempre el triste resultado de una enajenación mental o de una grande injusticia sufrida (...) No aprobamos nosotros ese acto, muy al contrario; pero creemos que para disminuir el número de los suicidios hay otros medios, sin disputa mejores que el condenar la memoria del suicidio. Suprímense las casas de juego, las loterías y tantas otras instituciones que la moral pública reprueba, sea inexorable, la justicia cualquiera que sea el rango del delincuente: protéjase al débil contra las demasías del poderoso, y podremos asegurar que los suicidios serán tan raros, como frecuentes son ahora>>. -Si el código en el artículo que comentamos, ha creído conveniente conformarse con estas ideas no podía prescindir de penar a que cooperare con su auxilio a la consumación del suicidio, imponiéndole la pena del homicidio en su grado mínimo, si él mismo ejecutare la muerte”.

<sup>79</sup> MUÑOZ CONDE, F. *Derecho Penal Parte Especial*. Tirant lo Blanch, Valencia, 2017, pág. 61.

individual, sino el dramático colofón de una fase depresiva dominada por la idea obsesiva de que la muerte es la única liberación posible”<sup>80</sup>.

Por lo tanto, puede decirse que la verdadera razón por la que el Derecho Penal no entra a regular el suicidio es por el principio de intervención mínima y *ultima ratio*, además de carecer de sentido toda función preventiva tanto general como especial del Derecho Penal frente a la persona que decide poner fin a su propia vida, debiendo ser otras disciplinas las encargadas de tratar este acto desde una perspectiva socio-preventiva. Asimismo, como señala PIÑA CABEZAS, nuestro actual CP no tipifica el suicidio sea cual sea su grado de ejecución puesto que, en primer lugar, carece de toda lógica castigar su consumación por no existir entonces sujeto sobre el cual imponer la pena y, en segundo lugar, castigar su tentativa tampoco tendría ningún sentido, ya que en estos casos “podría aplicarse la eximente de responsabilidad criminal del art. 20.1 CP (anomalía o alteración psíquica al tiempo de cometer la infracción penal)” sobre el sujeto que intenta poner fin a su vida. Todo ello, además, “sin perjuicio de que una pena de prisión para un supuesto de este tipo sería más inductiva (al suicidio) que reeducativa, quedando, en consecuencia, sin contenido la finalidad de las penas privativas de reeducación y reinserción social que establece el art. 25.2 CE”<sup>81</sup>.

En cualquier caso, como apunta GARCÍA HERNÁNDEZ, la atipicidad del suicidio conduce a entenderlo como una acción “implícitamente permitida”, al no estar penalmente prohibida, viéndose reflejado en las consecuencias que del propio acto pudieran derivarse. Así, esto implicaría que, por ejemplo, en caso de producirse una serie de daños derivados del suicidio de un sujeto, serían “civilmente irrelevantes al no haber sido causados por un acto antijurídico”<sup>82</sup> (no existiría una responsabilidad civil *ex delicto*).

Sin embargo, esta atipicidad es una cuestión no exenta de represión y reproche moral, lo cual puede, en parte, explicar y ayudar a entender la punibilidad de las conductas de participación en el mismo, a pesar de tratarse de un acto penalmente impune pese a su

---

<sup>80</sup> FELIP I SABORIT, D. “Tema 1. El homicidio y sus formas” en SILVA SÁNCHEZ, J.M. Y OTROS, *Lecciones de Derecho Penal Parte Especial*. Atelier Libros Jurídicos, Barcelona, 2015, págs. 47 y 48.

<sup>81</sup> PIÑA CABEZAS, F.A. “La eutanasia: derecho a la muerte pero no a la vida (digna)”, en *Revista La Toga*, núm. 180, 2010, pág. 54.

<sup>82</sup> GARCÍA HERNÁNDEZ, J. “El derecho a la vida frente al suicidio de su titular”, en *Revista Bioderecho.es*, núm. 5, 2017, pág. 4.

gravedad hoy en día<sup>83</sup>. Así, el contexto que ha envuelto tradicionalmente al suicidio está impregnado de una fuerte herencia de la religión cristiana que perdura hasta nuestros días, lo cual convierte a esta figura en un tema tabú y de repulsa difícil de superar, a pesar de la evolución de la sociedad<sup>84</sup>.

La no desaprobación penal del suicidio y la consiguiente libre disponibilidad por su titular no puede derivarse de la expresión “todos tienen derecho a la vida” contenida en el art. 15 CE, sino que se fundamenta desde una interpretación integradora del mencionado derecho con la dignidad y el libre desarrollo de la personalidad que como fundamentos de la paz social dan contenido al derecho a la vida<sup>85</sup>.

En segundo lugar, el proceso de codificación del siglo XIX trajo consigo la tipificación de las conductas de participación en el suicidio, llegando hasta la tipificación de la inducción, la cooperación al suicidio y la eutanasia en el art. 143 CP de hoy en día. Por lo tanto, sí que se castiga la participación de un tercero en el suicidio de otro, bien sea induciéndolo o cooperando necesariamente, de forma ejecutiva o no, en la comisión de este. En estos casos, el concepto jurídico-penal de suicidio exige que el resultado muerte “sea querido por una persona responsable, esto es, capaz de comprender la naturaleza y sentido de su decisión”<sup>86</sup> pues, de lo contrario, la participación de un tercero en su suicidio no encajaría en los subtipos penales del art. 143 CP, sino que se trataría de un homicidio o un asesinato en autoría mediata, en atención a las circunstancias<sup>87</sup>.

---

<sup>83</sup> Según las últimas estadísticas del INE, en España se producen 10 suicidios diarios (1 suicidio cada 2,5 horas), lo que significa que por cada suicidio fallece el doble de personas que por accidentes de tráfico, 11 veces más que por homicidios y 80 veces más que por violencia de género. Datos recogidos en EFE 09/09/2019, “Una muerte cada dos horas y media, diez al día: los datos del suicidio en España”, *El Confidencial*, disponible en: [https://www.elconfidencial.com/espana/2019-09-09/muerte-cada-dos-horas-diez-al-dia-suicidio\\_2217067/](https://www.elconfidencial.com/espana/2019-09-09/muerte-cada-dos-horas-diez-al-dia-suicidio_2217067/) y en SÁNCHEZ MOLINA, S.M. “El suicidio: una realidad desconocida”, en *Revista hispanoamericana de Historia de las Ideas*, núm. 42, 2019, pág. 132.

<sup>84</sup> Como señala SÁNCHEZ MOLINA, todavía cuesta hablar públicamente de este tema (no existen campañas preventivas desde las instituciones ni desde el gobierno, como se da con otras causas de muerte como los accidentes de tráfico, por ejemplo) y aun perdura la idea de que la publicación de los suicidios en los medios de comunicación puede tener un efecto llamada o imitativo (“Efecto Werther”) sobre el resto de la población; en SÁNCHEZ MOLINA, S.M. “El suicidio: una realidad desconocida”, en *Revista hispanoamericana de Historia de las Ideas*, núm. 42, 2019, pág. 133.

<sup>85</sup> MUÑAGORRI LAGUIA, I. “La regulación de la eutanasia en el nuevo Código Penal”, en *Jueces para la democracia*, núm. 25, 1996, pág. 71.

<sup>86</sup> FELIP I SABORIT, D. “Tema 1. El homicidio y sus formas” en SILVA SÁNCHEZ, J.M. Y OTROS, *Lecciones de Derecho Penal Parte Especial*. Atelier Libros Jurídicos, Barcelona, 2015, pág. 48.

<sup>87</sup> FELIP I SABORIT, D. “Tema 1. El homicidio y sus formas” en SILVA SÁNCHEZ, J.M. Y OTROS, *Lecciones de Derecho Penal Parte Especial*. Atelier Libros Jurídicos, Barcelona, 2015, pág. 50.

En este sentido, si el suicidio es impune, ¿cuál es el motivo para castigar las conductas de participación en el mismo? *A priori* parece carecer de sentido castigar la participación en un acto atípico, dada la accesoriedad de la participación. Como señala PIVA TORRES, esta figura implica que “debe existir un comportamiento principal punible al cual se accede”, siendo ajena al objeto del Derecho Penal la sanción de las conductas de participación en la ejecución una acción legítima o conforme a Derecho<sup>88</sup>. Sin embargo, la justificación de esta punibilidad puede hallarse, principalmente, en dos razones fundamentales.

Por un lado, los casos en los que un tercero participa en el suicidio de otro constituyen una heteropuesta en peligro consentida, lo cual supone “una pérdida del control del acto de disposición de la propia vida por el interesado” que deja “en manos de un tercero la decisión final acerca de la producción final de la muerte”<sup>89</sup>. Es decir, en estos casos, el dominio del hecho no lo tiene la persona que desea acabar con su propia vida, sino que lo ostenta el tercero. Esta puede ser la primera razón por la que se ha decidido tener a la persona que desea acabar con su vida como víctima y protegerla frente a agresiones de terceros aunque, como veremos, es un tanto discutible.

Por otro lado, la tipificación de las conductas de participación en el suicidio ajeno guarda una relación con la disponibilidad de la propia vida. Como ya hemos visto, en el art. 15 CE la protección constitucional prevista para el derecho a la vida únicamente incumbiría a la participación de un tercero en el suicidio de otra persona, puesto que nada se contempla respecto al atentado contra la vida de uno mismo. Esta omisión no es fortuita, sino que se trata de una “vertiente discrecional” que faculta una libre disposición de la vida por parte de su titular, no siendo extensible dicha facultad a terceros, ya que este derecho de libre disposición “no debe identificarse con la libre transmisión del derecho como si la vida fuera una propiedad (no se puede vender el derecho a la vida), sino que consiste en que se tiene derecho a vivir o a morir”<sup>90</sup>.

---

<sup>88</sup> PIVA TORRES, G.E. *Teoría del Delito y el Estado Social y Democrático de Derecho*, Bosch Editor, Barcelona, 2019, pág. 265.

<sup>89</sup> GARCÍA ÁLVAREZ, P. *La Puesta en Peligro de la Vida y/o Integridad Física Asumida Voluntariamente por su Titular*. Tirant Lo Blanch, 1999, pág. 52.

<sup>90</sup> MORENO ANTÓN, M. “Elección de la propia muerte y derecho: hacia el reconocimiento jurídico del derecho a morir”, en *Revista Derecho y Salud*, Vol. 12, núm. 1, pág. 69.

Por todo ello, el acto del suicidio llevado a cabo por el propio interesado y la intervención de un tercero en el mismo son conductas diferenciadas en el Derecho Penal, que no se rigen por las reglas de la accesoriadad de la participación. Así, hoy en día el suicidio se mantiene impune, mereciendo únicamente castigo penal aquellas conductas de participación, concretamente de inducción, de cooperación necesaria no ejecutiva y cooperación necesaria ejecutiva al suicidio, siendo estas dos últimas atenuadas por el art. 143.4 CP en caso de llevarse a cabo en un contexto eutanásico.

### **3. Inducción al suicidio (art. 143.1 CP)**

El primer apartado de este precepto castiga con el marco penal de cuatro a ocho años de prisión a aquella persona que induzca al suicidio de otra. La inducción consiste en “provocar la resolución y realización de un suicidio mediante un influjo psíquico directo”<sup>91</sup>, mediante la creación *ex novo* de la decisión de suicidarse por parte de un tercero en otro sujeto, y “poniendo en marcha una cadena causal cuyo control se deja en manos de otro (el suicida)”<sup>92</sup>. Esto quiere decir que la idea de suicidio no es contemplada, en un principio, de forma individual y personal por el sujeto que finalmente termina quitándose la vida, sino que su aparición se debe a la intervención de un tercero, llevándose a cabo toda la sucesión de actos ejecutivos para la obtención del resultado muerte por el sujeto que pone fin a su propia vida.

Por tanto, como señala MUÑOZ CONDE, la acción de este tipo penal consiste en crear la idea y convencer a otra persona para que se suicide, debiendo ser la inducción “directa y eficaz, siendo indiferente el medio empleado para hacer surgir la determinación de quitarse la vida en el otro”. Asimismo, las conductas tipificadas en este precepto penal se constituyen como “meras conductas de participación en un hecho ajeno, el del suicida, que sigue teniendo el dominio del hecho y que es, en definitiva, el que decide si muere o no”<sup>93</sup>. Del mismo modo, se precisa de la concurrencia de capacidad en la persona que decide poner fin a su vida, pues de lo contrario estaríamos ante un supuesto de autoría

---

<sup>91</sup> FELIP I SABORIT, D. “Tema 1. El homicidio y sus formas” en SILVA SÁNCHEZ, J.M. Y OTROS, *Lecciones de Derecho Penal Parte Especial*. Atelier Libros Jurídicos, Barcelona, 2015, pág. 50.

<sup>92</sup> DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO, M. Y BARBER BURUSCO, S. “Participación en el suicidio y eutanasia. Esbozo del tratamiento penal en España” en *Revista Nuevo Foro Penal Vol. 8*, núm. 79, julio-diciembre 2012, pág. 128.

<sup>93</sup> MUÑOZ CONDE, F. *Derecho Penal Parte Especial*. Tirant lo Blanch, Valencia, 2017, pág. 63.

mediata de homicidio o asesinato, ya que es discutible la consideración de la toma de la decisión de suicidarse como libre y válida<sup>94</sup>.

En relación con el influjo psíquico directo, es interesante mencionar el caso de Jokin Ceberio, menor de catorce años que en 2004 se suicidó arrojándose al vacío en las murallas de Hondarribia, tras el acoso sufrido por parte de sus compañeros de instituto. Así, la sentencia de primera instancia del JM de Donostia/San Sebastián absolvió a los ocho menores acusados de un delito de inducción al suicidio por considerar que no concurrían los requisitos necesarios para la apreciación de este tipo penal. Así, la sentencia establece que esta figura requiere de “una conducta por parte del sujeto activo de colaboración prestada a la muerte querida por otra persona, en relación de causalidad con su producción y con pleno conocimiento y voluntad de cooperar a la misma, de tal modo que sea el propio suicida el que tenga en todo momento el dominio del hecho, o sea, el sujeto activo no haga otra cosa que cumplir la voluntad libre y espontáneamente conformada y expresamente formulada por quien en todo momento decide la finalización o desiste”. En el caso concreto, el JM de Donostia/San Sebastián consideró que no concurrió la inducción al suicidio por carecer los acusados del dolo directo necesario para la apreciación de esta figura, estimando que los ocho menores, en su comportamiento hacia Jokin “basado en insultos, agresiones y vejaciones, no pensaron que su compañero iba a tomar esta trágica decisión” y que, además, a pesar de la “gran crueldad” de la actitud de los agresores, no se puede afirmar que este sea “el único factor desencadenante del trastorno disociativo que padeció Jokin”. Así, “el hecho de poner fin a su vida el 21 de septiembre no cabe situarlo exclusivamente en la conducta que los ocho menores imputados tuvieron frente a su compañero, pues aunque influyera existen otras causas (...) que unidas a aquellas formaron el pilar base para que su estado psíquico adoptara el fatal desenlace”. De esta forma, los acusados fueron absueltos por el delito de inducción al suicidio y condenados algunos de ellos como autores de un delito contra la integridad moral con una medida de 18 meses de libertad vigilada y otros, además, por una falta de lesiones con una medida de 3 fines de semana de permanencia en centro educativo<sup>95</sup>. La petición sostenida por la acusación particular en relación con la inducción al suicidio no

---

<sup>94</sup> CORCOY BIDASOLO, M. *Manual de Derecho Penal Parte Especial*. Tirant lo Blanch, Valencia, 2015, pág. 61.

<sup>95</sup> SJM de Donostia/San Sebastián 86/2005, de 12 de mayo (núm. rec. 310/2004).

se reiteró en sede de recurso, por lo que en segunda instancia se ratificó el pronunciamiento absolutorio por este delito<sup>96</sup>.

#### 4. Cooperación necesaria no ejecutiva al suicidio (art. 143.2 CP)

El art. 143.2 CP castiga con la pena de dos a cinco años de prisión a aquella persona que coopere con toda serie de actos necesarios para provocar el suicidio de otra persona. Por tanto, el tipo objetivo de este delito requiere de la realización de actos necesarios no ejecutivos, entendiendo como tal todo acto “sin el cual el suicidio no se hubiera llevado a cabo”<sup>97</sup>. Esto implica que únicamente se persigue el castigo de la cooperación necesaria, figura que conforme al art. 28 CP conlleva la misma consideración a efectos penales que la autoría, dejando al margen de tipificación la complicidad en el suicidio, que sería en cualquier caso impune<sup>98</sup>.

A diferencia de la figura anterior, en este caso la idea de acabar con la vida ya está *ex ante* decidida o asumida por el sujeto que va a poner fin a su vida, y es el tercero interviniente quien coopera para que, finalmente, pueda consumarse dicha voluntad<sup>99</sup>. No obstante, el hecho de que sea no ejecutiva implica que esta modalidad típica se vea reducida a supuestos de hecho muy concretos, como son la no evitación de suicidio (cuando no sea entendida como cooperación necesaria al suicidio en comisión por -omisión<sup>100</sup> o como omisión del deber de socorro<sup>101</sup>), la negativa al tratamiento

---

<sup>96</sup> SAP de Donostia/San Sebastián 178/2005, de 15 de julio (núm. rec. 1009/2005).

<sup>97</sup> MUÑOZ CONDE, F. *Derecho Penal Parte Especial*. Tirant lo Blanch, Valencia, 2017, pág. 65.

<sup>98</sup> FELIP I SABORIT, D. “Tema 1. El homicidio y sus formas” en SILVA SÁNCHEZ, J.M. Y OTROS, *Lecciones de Derecho Penal Parte Especial*. Atelier Libros Jurídicos, Barcelona, 2015, pág. 51.

<sup>99</sup> DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO, M. Y BARBER BURUSCO, S. “Participación en el suicidio y eutanasia. Esbozo del tratamiento penal en España” en *Revista Nuevo Foro Penal Vol. 8*, núm. 79, julio-diciembre 2012, pág. 128.

<sup>100</sup> Cabe señalar que “sólo en los casos en que la misma omisión crea, desencadena o aumenta el peligro de lesión hay comisión por omisión del delito de resultado. En los restantes casos en que la omisión se limita a la no intervención ante un peligro ya existente, sin crearlo ni aumentarlo, dejando que siga su curso por sí solo, no hay comisión por omisión aunque el omitente sea garante de acuerdo con alguna de las letras del art. 11 CP, sino omisión pura de garante”, así en FARALDO CABANA, P. “Omisión del deber de socorro. Especial referencia a la negativa al tratamiento médico”, en *Lecciones de Derecho Sanitario*, 1999, pág. 526.

Sin embargo, como recoge la SAP de Girona 289/2016, de 18 de mayo (núm. rec. 39/2015), “el propio tenor literal del art. 143.2 CP excluye la posibilidad de la comisión por omisión del delito de cooperación al suicidio. En efecto, debe tenerse presente que este precepto castiga al “que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona”. Claramente el CP manifiesta que la cooperación ha de ser mediante acciones. Podría argumentarse que en el CP y más concretamente en dicho precepto se recoge un concepto amplio de acción que comprendería también la omisión. Sin embargo, en el estado actual de la doctrina resulta difícil sostenerlo, más aún cuando el propio CP distingue claramente entre acción y omisión en los arts. 10, 11 y 12, por ejemplo”.

<sup>101</sup> En principio, “no existe un deber de intervenir en socorro de un suicida, siempre que se trate de un suicidio libre”, esto es, que el sujeto que tome la decisión de poner fin a la propia vida sea responsable y



médico por huelga de hambre penitenciaria o la negativa a tratamiento médico por razones ideológicas o religiosas<sup>102</sup>.

Como se recoge en la SAP de Girona 184/2001, de 23 de marzo, “la cooperación para el suicidio es una conducta accesoria a un hecho principal que es el suicidio, conducta esta última, que como es impune, obligó al legislador, por exigencia del principio de legalidad ya que de otra manera el comportamiento hubiera quedado impune, a tipificar expresamente la conducta de cooperación, pues de otro modo, si hubiera dejado que para el castigo del cooperador se aplicaran simplemente las reglas generales de la participación (arts. 27 y 29 CP) esta vez por exigencia del principio de accesoriadad ya que no habría hecho principal (no hay hecho típico y antijurídico), esta conducta hubiera quedado sin castigo. No obstante, que el suicidio sea impune no significa que tenga un autor que es precisamente el propio suicida, pues este es quien funcionalmente lo domina toda vez que puede interrumpir su acción de muerte en cualquier momento”. Es decir, el autor (en este caso el suicida) “realiza la ejecución de su propia muerte que obviamente es dolosa, su propio plan”. Por otra parte, “como la cooperación es precisamente la intervención en el plan que ha sido determinado por el autor ha de ser necesariamente una intervención activa y dolosa, pues implica por parte del que interviene configurar de una determinada manera el hecho de otro y evidentemente dicha intervención no es posible por la omisión de una acción determinada ya que precisamente la omisión es un no hacer, esto es, todo lo contrario de una acción. De ahí que, para no ser posible la intervención por omisión en un hecho ajeno, no pueda tampoco ser posible la cooperación por omisión en una acción. El que omite precisamente no hace nada, sino que deja que transcurra el curso causal, no interviene en el hecho ajeno”<sup>103</sup>.

---

actúe libremente, ya que “ante un suicida en el sentido jurídico-penal del término, no existe posición de garante”. Sin embargo, en caso de que se trate de suicidios no libres donde no exista “verdadera voluntad de matarse, surge en toda su plenitud el deber de intervenir, cuyo incumplimiento puede dar lugar, según un sector doctrinal, a un delito de homicidio en comisión por omisión, si concurren la posición de garante y la equivalencia estructural entre la omisión y la causación activa del resultado, o a un delito de omisión del deber de socorro, en caso de no garantes o de garantes sin posibilidad de equivalencia”. Es decir, “si la no evitación del suicidio o la omisión de socorro se produce en un momento en que el suicida ha perdido el dominio del hecho, por caer en la inconsciencia, por ej., se produce un cambio de dominio que convierte al omitente en la figura central del proceso lesivo y, por tanto en autor”, y “lo mismo sucede si el sujeto cambia de opinión y pide auxilio, pues en tal caso sí es una persona desamparada, de forma que quien omitiera el socorro podría ser responsable de un delito de omisión de socorro” del art. 195 CP. Así en FARALDO CABANA, P. “Omisión del deber de socorro. Especial referencia a la negativa al tratamiento médico”, en *Lecciones de Derecho Sanitario*, 1999, págs. 546 y 547.

<sup>102</sup> CORCOY BIDASOLO, M. *Manual de Derecho Penal Parte Especial*. Tirant Lo Blanch, Valencia, 2015, págs. 61 y 62.

<sup>103</sup> SAP de Girona 184/2001, de 23 de marzo.

## 5. Cooperación necesaria ejecutiva al suicidio (art. 143.3 CP)

La figura prevista en el art. 143.3 CP es la más gravemente penada de este precepto penal, conllevando una pena privativa de libertad de seis a diez años. Esta figura se caracteriza por la intensidad de la cooperación al suicidio, puesto que la misma conlleva la ejecución de la muerte del sujeto activo<sup>104</sup>. Al igual que en la figura anterior, la voluntad de acabar con la vida ya está *ex ante* en el sujeto que va a suicidarse.

En cuanto a la aplicación preferente de esta figura sobre el homicidio del art. 138 CP, un sector doctrinal entiende que para ello “se precisa la concurrencia de un verdadero suicidio, de modo que, al margen de la intervención del tercero, pueda considerarse a la víctima todavía autora de su propia muerte”. Otro sector doctrinal, por el contrario, “considera indiferente el grado de intervención del sujeto pasivo en su propia muerte, la cual, se considera ejecutada materialmente por el tercero”<sup>105</sup>. Esta última postura estaría equiparando la cooperación ejecutiva al suicidio con el homicidio consentido, y no se trata de un hecho inusual, puesto que a menudo ambas figuras se emplean como sinónimos a pesar de no referirse a un mismo concepto.

En este sentido, si bien son muy parecidas, la diferencia entre ambas figuras reside en el dominio del hecho, puesto que mientras que en la cooperación ejecutiva al suicidio este es compartido entre el cooperador ejecutivo (el tercero) y el suicida (que a su vez es víctima), en el homicidio consentido lo ostenta exclusivamente el autor (el tercero), teniendo la persona que pone fin a su vida la condición exclusiva de víctima. Por lo tanto, existen opiniones que no están de acuerdo con emplear estos términos indistintamente, ya que ello puede inducir a error en cuanto a que, en el homicidio, quien tiene el dominio del hecho, es quien ejecuta materialmente los actos<sup>106</sup>. Por lo tanto, como señala FELIP I SABORIT, “si la situación está controlada por la persona que va a morir, ésta es coautora de su muerte y, por tanto, podemos hablar de auxilio (cooperación) ejecutivo al suicidio”,

---

<sup>104</sup> OLMEDO CARDENETE, M. “Responsabilidad penal por la intervención en el suicidio ajeno y en el homicidio consentido”, en ROXIN, C. Y OTROS, *Eutanasia y suicidio. Cuestiones dogmáticas y de política criminal*. Comares, Granada, 2001, pág. 147.

<sup>105</sup> SAP de Madrid, Sección 4ª, núm. 403/2016, 15 de noviembre.

<sup>106</sup> DIAZ ARANDA, E. *Dogmática del suicidio y homicidio consentido*. Centro de estudios judiciales, Ministerio de Justicia, Madrid, 1995, pág. 155.

puesto que, en caso de perder el dominio del hecho al momento de la ejecución, hablaríamos de homicidios solicitados<sup>107</sup>.

De este modo, la cooperación ejecutiva al suicidio se entendería comprendida en el art. 143.3 CP, mientras que el homicidio consentido encajaría en el art. 138 CP, “teniendo el consentimiento probablemente la virtualidad fundamental de excluir la aplicación del tipo más grave de asesinato”<sup>108</sup>. No obstante, a pesar de ello, dadas las dudas interpretativas que suscita el art. 143.3 CP, se ha optado por una interpretación favorable que entiende comprendidos dentro este precepto la cooperación ejecutiva al suicidio y el homicidio consentido, de manera conjunta e indistinta a efectos penológicos<sup>109</sup>.

Un ejemplo jurisprudencial de cooperación ejecutiva al suicidio es el de la SAP de Zaragoza 85/2016, de 19 de abril (núm. rec. 40/2015), relativa a un caso en el que se condena a un sujeto por ayudar a su madre enferma a quitarse la vida. En concreto, “la madre padecía una enfermedad que le provocaba una paranoia con ideaciones persecutorias, considerando que era constantemente vigilada y perseguida por personas no determinadas (...)” y además “presentaba fuertes dolores óseos en la espalda, así como una úlcera de gran tamaño en una pierna”. Un día, la madre le manifestó al hijo su decisión irrevocable de suicidarse, “solicitando de su hijo que le ayudara a cumplir su propósito y le asistiese para que, si ella no podía culminar tal suicidio, lograra él la finalidad de quitarle la vida”, a lo que el sujeto condenado asintió al entender “que la decisión de su madre era irrevocable”. El método elegido por la madre para suicidarse fue la colocación de unas bolsas de plástico con autocierre en la cabeza para provocarse así la asfixia, lo cual comenzó a llevarla a cabo por sí misma pero, enseguida, tuvo que ser auxiliada por su hijo “al verse ella limitada en sus movimientos”. El Tribunal consideró que estos hechos fueron constitutivos de un delito de cooperación o auxilio al suicidio del art. 143.3 CP ya que, constanding plenamente probado el deseo de suicidarse de la madre, fue el propio acusado quien “ayudando a su madre, le colocó la primera de las bolsas para

---

<sup>107</sup> FELIP I SABORIT, D. “Tema 1. El homicidio y sus formas” en SILVA SÁNCHEZ, J.M. Y OTROS, *Lecciones de Derecho Penal Parte Especial*. Atelier Libros Jurídicos, Barcelona, 2015, pág. 52.

<sup>108</sup> DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO, M. Y BARBER BURUSCO, S. “Participación en el suicidio y eutanasia Esbozo del tratamiento penal en España”, en *Revista Nuevo Foro Penal*, Vol. 8, núm. 79, Medellín, julio-diciembre 2012, pág. 136.

<sup>109</sup> Sobre esto más en DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO, M. Y BARBER BURUSCO, S. “Participación en el suicidio y eutanasia Esbozo del tratamiento penal en España”, en *Revista Nuevo Foro Penal*, Vol. 8, núm. 79, Medellín, julio-diciembre 2012, págs. 135-138.

provocar su asfixia y quien, cuando iniciado el proceso de suicidio y ver que no se producía de forma rápida el fallecimiento, colocó la segunda bolsa en la cabeza de la madre para culminar la acción mortal, cumpliendo de esa forma la voluntad suicida de la madre pero ejecutándola él en su fase decisiva y letal”<sup>110</sup>.

Como puede observarse, la cooperación al suicidio ejecutiva del art. 143.3 CP se diferencia de la modalidad no ejecutiva del art. 143.2 CP reside en el grado de intervención del tercero cooperador. Así, mientras en la modalidad no ejecutiva el dominio del hecho lo tiene todo el rato el sujeto suicida, pudiendo parar la ejecución de su propia muerte en el momento que él desee, en la modalidad ejecutiva la intervención del tercero es mayor, siendo este quien controla finalmente la ejecución de la muerte deseada por el suicida.

## **6. La regulación de la eutanasia (art. 143.4 CP): Análisis de la conducta típica**

### *6.1. La delimitación de las conductas típicas y la autoría*

La acción típica hace referencia a la concreta conducta, activa u omisiva, descrita por el tipo<sup>111</sup> que, en este caso, consiste en causar o cooperar activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro. Por lo tanto, *a priori* podemos distinguir dos conductas típicas: “el que causare” y “el que cooperare activamente”.

En primer lugar, la expresión “el que causare activamente la muerte de otro” puede interpretarse como una ejecución material, directa y activa de la muerte de otra persona. Así, en el contexto del artículo, esta aportación del tercero concordaría con una coautoría, puesto que es equivalente a una cooperación ejecutiva al suicidio<sup>112</sup>. Otras opiniones,

---

<sup>110</sup> SAP de Zaragoza 85/2016, de 19 de abril (núm. rec. 40/2015). En cuanto a la aplicación del art. 143.3 CP y no del art. 143.4 CP en este caso, la propia sentencia señala que “no es de aplicación el subtipo atenuado del art. 143.4 CP, que se basa en la concepción de la llamada muerte digna y entra de lleno en la controversia sobre la eutanasia (...) ya que precisa que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, lo que de ninguna manera concurre en el presente caso, ya que como han declarado los Médicos Forenses con toda contundencia, las úlceras padecidas por la madre eran tratables médicamente para llevarlas a una clara mejoría, pues tenían la apariencia de ser fruto de una diabetes, y los dolores de espalda no consta que fueran insufribles y también eran tributarios de un tratamiento paliativo. Además, la madre era capaz de llevar una vida normal en su domicilio haciendo las labores de una ama de casa, lo que viene a ser incompatible objetivamente con ese estado exigido por el art. 143.4 CP, que no es de aplicación”.

<sup>111</sup> LUZÓN PEÑA, D.M. Lecciones de Derecho Penal Parte General. Tirant lo Blanch, Valencia, 2ª Ed. 2012, pág. 190.

<sup>112</sup> CORCOY BIDASOLO, M. *Manual de Derecho Penal Parte Especial*. Tirant Lo Blanch, Valencia, 2015, pág. 66.

como la de MUÑAGORRI LAGUÍA, señalan que no se puede hablar de un coautor “que forma parte directa en la ejecución del hecho dominándolo junto con el otro coautor”, porque faltaría la condición esencial de la autoría del peticionario sujeto pasivo, a quien no se le puede castigar, puesto que el resultado del delito (su propia muerte, su suicidio) constituye un acto atípico. Así, de acuerdo con este autor, en realidad nos encontraríamos “ante quien interviene en la ejecución del hecho con el acto necesario en la ejecución, sin el cual no se hubiera efectuado el resultado”, debiendo entender por tanto que nos encontramos ante un auxilio ejecutivo o cooperación necesaria y ejecutiva al suicidio<sup>113</sup>.

Por otra parte, otros autores como DIAZ Y GARCÍA CONLLEDO Y BARBER BURUSCO señalan que esta conducta parece hacer referencia al homicidio a petición o consentido, aunque si la cooperación ejecutiva en el suicidio (como algo distinto al homicidio consentido) se entiende incluida en el art. 143.3 CP, también alcanzaría a esta, cuando se realice a petición de la víctima y en las condiciones requeridas por el resto del tipo penal<sup>114</sup>.

En cualquier caso, a pesar de la ambigüedad y poca claridad en la redacción del precepto, a mi entender esta conducta parece tratarse más bien de una cooperación ejecutiva al suicidio del art. 143.3 CP que se desarrolla en un contexto eutanásico, entendiéndose como tal aquellas situaciones de enfermedad grave del sujeto pasivo que conduciría necesariamente a su muerte o que le produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, y siempre y cuando se cuente con la petición expresa, seria e inequívoca de la víctima. De esta forma, el dominio del hecho lo ostenta el sujeto pasivo del delito que, como veremos más adelante, la participación en su propia muerte se consigue gracias al requisito de la petición.

---

<sup>113</sup> MUÑAGORRI LAGUÍA, I. “La regulación de la eutanasia en el nuevo Código Penal”, en *Jueces para la democracia*, núm. 25, 1996, pág. 67; este autor destaca que no nos encontramos ante “un autor directo que realiza el hecho por sí mismo dominándolo totalmente, ni ante un autor mediato que realiza el hecho por medio de otro del que se sirve como instrumento, ni ante un coautor que toma parte directa en la ejecución del hecho dominándolo junto con el otro coautor, porque le falta la condición esencial de la autoría del peticionario, sino ante quien interviene en la ejecución del hecho con el acto necesario en la ejecución, sin el cual no se hubiera efectuado el resultado, e interviene por la petición expresa, seria e inequívoca de la víctima en una situación de especial gravedad, supuesto que parece acomodarse mejor a la cooperación necesaria ejecutiva”.

<sup>114</sup> DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO, M. Y BARBER BURUSCO, S. “Participación en el suicidio y eutanasia Esbozo del tratamiento penal en España”, en *Revista Nuevo Foro Penal*, Vol. 8, núm. 79, Medellín, julio-diciembre 2012, pág. 140.

En segundo lugar, el tipo castiga al que “cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro”, haciendo referencia a una contribución que, como mínimo, ha de ser la propia de una cooperación necesaria no ejecutiva al suicidio del art. 143.2 CP<sup>115</sup>. Como señala MUÑAGORRI LAGUÍA, se trata de una “ayuda necesaria, activa y directa a morir, no ejecutiva, realizada por la solicitud expresa, seria e inequívoca del paciente”, debiendo ser tal auxilio “activo y directamente eficaz para que el solicitante o el cooperador ejecutivo produzcan la muerte y sin el cual no podrían realizarla”<sup>116</sup>. Por lo tanto, esta segunda conducta hace referencia a una cooperación necesaria a petición del suicida y en un contexto eutanásico (situación de grave enfermedad o padecimientos permanentes y difíciles de soportar)<sup>117</sup>.

De esta forma, el apartado 4 del art. 143 CP básicamente está tipificando la cooperación necesaria al suicidio de forma atenuada, dado el contexto en el que tiene lugar, tratándose de un tipo privilegiado de los arts. 143.3 y 143.2 CP, respectivamente. Como puede observarse, esta atenuación no alcanzaría a los supuestos de inducción al suicidio en contexto eutanásico, que se castigarían indistintamente por el tipo básico del art. 143.1 CP. Esto se debe a que “la inducción al suicidio es incompatible con la petición del que quiere morir”<sup>118</sup>, siendo mereciendo un mayor reproche penal la creación *ex novo* de la idea de suicidio en una persona que la cooperación necesaria en el suicidio de alguien que ya tenía *ex ante* la voluntad de poner fin a su propia vida.

En cualquier caso, con esta redacción se está dejando al margen de tipificación penal toda cooperación no necesaria o complicidad, como ocurre en el resto de las conductas de participación al suicidio. Del mismo modo, la expresión de “actos directos a la muerte de otro” deja claro que la única clase de eutanasia que se está tipificando es la eutanasia activa directa, siendo atípicas tanto la eutanasia activa indirecta como la eutanasia pasiva, analizadas en apartados anteriores.

---

<sup>115</sup> CORCOY BIDASOLO, M. *Manual de Derecho Penal Parte Especial*. Tirant Lo Blanch, 2015, pág. 66.

<sup>116</sup> MUÑAGORRI LAGUÍA, I. “La regulación de la eutanasia en el nuevo Código Penal”, en *Jueces para la democracia*, núm. 25, 1996, pág. 69.

<sup>117</sup> DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO, M. Y BARBER BURUSCO, S. “Participación en el suicidio y eutanasia Esbozo del tratamiento penal en España”, en *Revista Nuevo Foro Penal*, Vol. 8, núm. 79, julio-diciembre 2012, pág. 140.

<sup>118</sup> DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO, M. Y BARBER BURUSCO, S. “Participación en el suicidio y eutanasia Esbozo del tratamiento penal en España”, en *Revista Nuevo Foro Penal*, Vol. 8, núm. 79, julio-diciembre 2012, pág. 141.

Por otro lado, en relación con las consecuencias de la acción típica, cabe señalar que se trata de un delito de resultado, puesto que el tipo requiere expresamente la producción de “la muerte de otro” y, por tanto, para apreciar su consumación se requiere la realización de este último acto. No obstante, podría ocurrir que, a pesar de la puesta en marcha de la ejecución del delito el “resultado muerte” no llegara a alcanzarse, por lo que cabría la posibilidad de apreciar un grado de tentativa en el *iter criminis* de la conducta típica de este precepto.

Por último, en relación con el sujeto activo, cabe señalar que se trata de un delito común, al no exigir la norma la concurrencia de ninguna característica específica, “pudiendo realizar la acción típica cualquiera, trátase o no de personal sanitario”<sup>119</sup>. En cuanto al sujeto pasivo, este se refiere a la persona que pone fin a su vida, que es el titular del bien jurídico vida y sobre el que recae la conducta típica, teniendo además una participación en su propia muerte.

## 6.2. La exigencia de sufrimiento de una enfermedad grave por parte de la víctima

El art. 143.4 CP contiene un requisito típico objetivo<sup>120</sup> de la conducta eutanásica que nos hace entender esta figura como un contexto<sup>121</sup>, puesto que en realidad se alude a una participación de tercero en un suicidio ajeno en forma de cooperación necesaria, tanto ejecutiva como no ejecutiva, siempre y cuando el suicida padezca una enfermedad grave en las condiciones que, a continuación, procederemos a analizar.

### a. Enfermedad que conduciría necesariamente a su muerte

A pesar de que la doctrina mayoritaria considere que “es necesaria la proximidad temporal de la muerte” para poder apreciar este requisito<sup>122</sup>, autores como QUINTERO OLIVARES señalan que “la mayor proximidad de la muerte es un aspecto del problema de

---

<sup>119</sup> LORENZO SALGADO, J.M. Algunas consideraciones sobre el art. 143.4 del Código Penal, en *Estudios Penales y Criminológicos*, Vol. XXV, Servizo de Publicacións da Universidade de Santiago de Compostela, 2005, pág. 161, disponible en: [https://minerva.usc.es/xmlui/bitstream/handle/10347/4074/pg\\_151-218\\_penales25.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://minerva.usc.es/xmlui/bitstream/handle/10347/4074/pg_151-218_penales25.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

<sup>120</sup> CORCOY BIDASOLO, M. *Manual de Derecho Penal Parte Especial*. Tirant Lo Blanch, Valencia, 2015, pág. 65.

<sup>121</sup> MENDES DE CARVALHO, G. *Suicidio, eutanasia y Derecho Penal. Estudio del art. 143 del Código Penal español y propuesta de lege ferenda*. Comares, Granada, 2009, págs. 267 y ss.

<sup>122</sup> CORCOY BIDASOLO, M. *Manual de Derecho Penal Parte Especial*. Tirant Lo Blanch, Valencia, 2015, pág. 65.

menor entidad que su inexorabilidad”<sup>123</sup>. Así, como apunta LORENZO SALGADO, cabe interpretar que la verdadera exigencia de este requisito es “estar ante una enfermedad incurable (...) abarcándose, básicamente, bajo esta modalidad a los enfermos terminales y casos inmediatamente previos a los de éstos, en los que lo que se quiere es eludir llegar, precisamente, a tal situación terminal”. De esta forma, bastaría “con un mero diagnóstico de enfermedad grave que conduzca necesariamente a la muerte, aunque no esté próxima sino diferida en el tiempo” para apreciar este requisito, quedando al margen de la aplicación del tipo privilegiado aquellos supuestos de enfermedad grave con posibilidades de mejora, como por ejemplo, un tumor cancerígeno en fase inicial<sup>124</sup>.

Por lo tanto, nada se recoge en este sentido en cuanto al sufrimiento o dolor que a nivel subjetivo dicha enfermedad pueda conllevar, bastando únicamente con un diagnóstico que determine que es incurable. Esto pone de relieve la alternatividad e independencia de ambos supuestos, ya que, como veremos a continuación, los padecimientos permanentes o difíciles de soportar tampoco precisan de la incurabilidad de la enfermedad que los ocasiona.

b. Enfermedad que produjera graves padecimientos permanentes o difíciles de soportar

Como señala QUINTERO OLIVARES, cabe la eutanasia “sin necesidad de que se trate de un padecimiento que haya de llevar a la muerte”, puesto que tal requisito únicamente se exige para la enfermedad en sí y de manera alternativa, por lo que basta con que dicho padecimiento sea “permanente e insoportable”<sup>125</sup>. Así, la característica de “permanentes” no obsta para que quepan dentro de esta definición aquellos dolores o padecimientos intermitentes (no esporádicos), resultando suficiente para cumplir con el requisito típico su permanencia en el tiempo<sup>126</sup>.

---

<sup>123</sup> QUINTERO OLIVARES, G. *Comentarios al Código Penal español*. Thomson Reuters Aranzadi, Cizur Menor, 2016, pág. 79.

<sup>124</sup> LORENZO SALGADO, J.M. Algunas consideraciones sobre el art. 143.4 del Código Penal, en *Estudios Penales y Criminológicos*, Vol. XXV, Servicio de Publicacións da Universidade de Santiago de Compostela, 2005, págs. 200 y 201, disponible en: [https://minerva.usc.es/xmlui/bitstream/handle/10347/4074/pg\\_151-218\\_penales25.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://minerva.usc.es/xmlui/bitstream/handle/10347/4074/pg_151-218_penales25.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

<sup>125</sup> QUINTERO OLIVARES, G. *Comentarios al Código Penal español*. Thomson Reuters Aranzadi, Cizur Menor, 2016, págs. 78 y 79.

<sup>126</sup> LORENZO SALGADO, J.M. Algunas consideraciones sobre el art. 143.4 del Código Penal, en *Estudios Penales y Criminológicos*, Vol. XXV, Servicio de Publicacións da Universidade de Santiago de Compostela, 2005, pág. 203, disponible en: [https://minerva.usc.es/xmlui/bitstream/handle/10347/4074/pg\\_151-218\\_penales25.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://minerva.usc.es/xmlui/bitstream/handle/10347/4074/pg_151-218_penales25.pdf?sequence=1&isAllowed=y).



Por otro lado, el tipo penal del art. 143.4 CP exige que se de la circunstancia de que el sujeto pasivo padezca una serie de sufrimientos permanentes o insoportables que, dada la ausencia de especificación, podrían ser tanto de naturaleza física como psicológica. Sin embargo, para TOMÁS-VALIENTE LANUZA han de excluirse aquellos padecimientos que procedan de una enfermedad psicológica o mental<sup>127</sup>, puesto que, aunque no venga expresamente recogido en el precepto, el fin de este precepto es incluir en la tipología atenuada supuestos de enfermedades físicas graves que no puedan ser abarcadas por la primera modalidad de enfermedad grave incurable<sup>128</sup>.

En cuanto al criterio clave para determinar si se está ante un padecimiento propio del art. 143.4 CP, es preciso remitirse a la ausencia de las condiciones mínimas de calidad de vida del sujeto que solicita la eutanasia, debiendo comprobar “si el afectado siente que está teniendo una vida digna o si, por el contrario, su situación la padece como degradante o insufrible”<sup>129</sup>. En este sentido, resultan especialmente dudosos aquellos casos en los que “a pesar de una disminución de la calidad de vida, el enfermo no es consciente de su situación”<sup>130</sup>, para lo cual se dispone de mecanismos o herramientas como los documentos de instrucciones previas, regulado en el art. 11 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, y desarrollado por la normativa interna de cada Comunidad Autónoma<sup>131</sup>.

### 6.3. La petición expresa, seria e inequívoca por parte del sujeto pasivo

---

<sup>127</sup> En este sentido, la ley de eutanasia holandesa abarca situaciones menos extremas que la del enfermo terminal, al exigir “un sufrimiento insoportable sin perspectiva de mejora alguna”, presupuesto donde los padecimientos psíquicos también tienen cabida; así en GARCÍA RIVAS, N. “Hacia una justificación más objetiva de la eutanasia”, en *Homenaje al Dr. Marino Barbero Santos in memoriam*, Ediciones de la Universidad Castilla-La Mancha, 2001, pág. 167.

<sup>128</sup> TOMÁS-VALIENTE LANUZA, C. *La cooperación al suicidio y la eutanasia en el nuevo Código Penal*. Tirant lo Blanch, Valencia, 2000, pág. 127.

<sup>129</sup> LORENZO SALGADO, J.M. Algunas consideraciones sobre el art. 143.4 del Código Penal, en *Estudios Penales y Criminológicos*, Vol. XXV, Servicio de Publicaciones da Universidade de Santiago de Compostela, 2005, pág. 202, disponible en: [https://minerva.usc.es/xmlui/bitstream/handle/10347/4074/pg\\_151-218\\_penales25.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://minerva.usc.es/xmlui/bitstream/handle/10347/4074/pg_151-218_penales25.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

<sup>130</sup> FELIP I SABORIT, D. “Tema 1. El homicidio y sus formas” en SILVA SÁNCHEZ, J.M. Y OTROS, *Lecciones de Derecho Penal Parte Especial*. Atelier Libros Jurídicos, Barcelona, 2015, pág. 53.

<sup>131</sup> En el caso de la Comunidad Foral de Navarra, este documento se denomina “documento de voluntades anticipadas” y se encuentra regulado en la Ley Foral 17/2010, de 8 de noviembre, sobre los derechos y deberes de las personas en materia de salud y 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.

Otro de los elementos requeridos por este tipo atenuado tiene que ver con la voluntad del sujeto pasivo. Se trata de un requisito típico de carácter subjetivo<sup>132</sup>, que hace necesario que la persona afectada haya decidido interrumpir su vida antes de que tenga lugar la “muerte natural”<sup>133</sup>. Además, es preciso que dicha decisión la haya puesto de manifiesto a través de un consentimiento, puesto que la eutanasia activa directa no consentida sin duda alguna constituiría un delito de homicidio o de asesinato, en función de las circunstancias concurrentes en el caso en concreto<sup>134</sup>.

Por tanto, se exige que medie una petición, no bastando el mero consentimiento o aquiescencia de la víctima<sup>135</sup>. Como apunta MUÑAGORRI LAGUIA “la petición se presenta como la expresión normativa que toma el consentimiento de la víctima en la causación activa o en la cooperación activa necesaria de la muerte por terceros”, revelando “unas singularidades con trascendencia constitucional”, puesto que con ella “no sólo consiente, sino que contribuye al hecho”. Esta contribución “se produce manteniendo el titular del bien jurídico el eje conductor en el hecho de su propia muerte (...), de manera que el comportamiento se realiza por un tercero a quien el titular solicita, reflexivamente, la realización de la acción ejecutiva”. Por lo tanto, gracias a la petición, el sujeto pasivo participa en el resultado típico, manteniendo así un cierto dominio sobre su propia muerte<sup>136</sup>.

Asimismo, en este precepto se recogen las características que la petición ha de reunir, debiendo ser esta “expresa, seria e inequívoca”, lo cual persigue “despejar cualquier duda sobre el verdadero sentido de la voluntad del enfermo”<sup>137</sup>. En primer lugar, el requisito de que esta haya de ser “expresa” excluye las peticiones tácitas o presuntas y

---

<sup>132</sup> CORCOY BIDASOLO, M. *Manual de Derecho Penal Parte Especial*. Tirant Lo Blanch, Valencia, 2015, pág. 65.

<sup>133</sup> BARQUÍN SANZ, J. “La eutanasia como forma de intervención en la muerte de otro”, en ROXIN, C. Y OTROS, *Eutanasia y suicidio. Cuestiones dogmáticas y de política criminal*. Comares, Granada, 2001, pág. 160.

<sup>134</sup> ZUGALDÍA ESPINAR, J.M. “El homicidio y sus formas”, en ZUGALDÍA ESPINAR, J.M. Y MARÍN DE ESPINOSA CEBALLOS, E.B., *Derecho Penal Parte Especial. Un estudio a través del sistema de casos resueltos. Tomo I. Delitos contra las personas*. Tirant lo Blanch, Valencia, 2011, pág. 64.

<sup>135</sup> TOMÁS-VALIENTE LANUZA, C. “Posibilidades de regulación de la eutanasia solicitada”, en *Fundación Alternativas*, 2005, pág. 14.

<sup>136</sup> MUÑAGORRI LAGUIA, I. “La regulación de la eutanasia en el nuevo Código Penal”, en *Jueces para la democracia*, núm. 25, 1996, págs. 67 y 69.

<sup>137</sup> TOMÁS-VALIENTE LANUZA, C. “Posibilidades de regulación de la eutanasia solicitada”, en *Fundación Alternativas*, 2005, pág. 14.

por representación<sup>138</sup>. En cuanto a la forma, se entiende que esta puede ser tanto por escrito como verbal, puesto que nada se recoge al respecto en el precepto<sup>139</sup>. Asimismo, cabría incluso admitir una petición gestual, para aquellos casos en los que el peticionario no pueda expresarse de otra forma, y siempre y cuando la voluntad de este sea inequívoca<sup>140</sup>.

En segundo lugar, el calificativo de “seria” ha sido interpretado como “suficiente para eliminar cualquier tipo de duda sobre el carácter definitivo de la decisión”<sup>141</sup>. En relación con esto, como señala ALONSO ÁLAMO, no es preciso que la petición sea actual exclusivamente. De esta forma, puede ser tanto actual, en aquellos casos en los que el sujeto pasivo se encuentra consciente, como diferida en el tiempo, en caso de que el sujeto pasivo se encuentre en algún caso de inconsciencia o incapacidad actual<sup>142</sup>. En este sentido, son objeto de controversia los casos en los que la persona enferma puso de manifiesto con anterioridad su voluntad y deseo de morir en caso de que se dieran determinadas circunstancias y, cuando estas efectivamente se dan, no se encuentra en condiciones de reiterar tal deseo o voluntad. En estos supuestos, de acuerdo con FELIP I SABORIT, “esta petición podría ser tenida en cuenta siempre que el sujeto haya podido valorar, con la máxima actualidad posible, las circunstancias concretas del caso (así, por ejemplo, cuando el sujeto se manifiesta, en previsión de una falta de capacidad próxima, una vez se ha iniciado la fase aguda de una enfermedad o poco antes de una intervención quirúrgica)”<sup>143</sup>. Dicha previsión es la que se recoge en el denominado documento de instrucciones previas, al cual ya nos hemos remitido anteriormente.

---

<sup>138</sup> ALONSO ÁLAMO, M. “La eutanasia hoy: perspectivas teológicas, bioética constitucional y jurídico-penal (a la vez, una contribución sobre el acto médico), en *Revista Penal*, núm. 20, 2007, pág. 22, disponible en: <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/12127/Eutanasia.pdf?sequence=2>.

<sup>139</sup> MUÑAGORRI LAGÚA, I. “La regulación de la eutanasia en el nuevo Código Penal”, en *Jueces para la democracia*, núm. 25, 1996, pág. 70.

<sup>140</sup> ZAPATERO MÉNDEZ, D. “Problemática jurídico-penal sobre la eutanasia con especial referencia al derecho comparado (legislación holandesa y belga)”, en *Diario La Ley*, núm. 9032, Sección Tribuna, Ed. Wolters Kluwer, 2017, disponible en:

[https://diariolaley.laleynext.es/Content/Documento.aspx?params=H4sIAAAAAAAAAEAMtMSbF1CTEAAiNTQ3MTA7Wy1KLizPw827DM9NS8klQABmtY7yAAAAA=WKE#nDT0000251740\\_NOTA40](https://diariolaley.laleynext.es/Content/Documento.aspx?params=H4sIAAAAAAAAAEAMtMSbF1CTEAAiNTQ3MTA7Wy1KLizPw827DM9NS8klQABmtY7yAAAAA=WKE#nDT0000251740_NOTA40).

<sup>141</sup> G.E.P.C. *Una alternativa al tratamiento de la disponibilidad de la propia vida*. Grupo de Estudios de Política Criminal, 1993, pág. 23, disponible en: <http://www.politicacriminal.es/images/pdf/Una%20alternativa%20al%20tratamiento%20jur%C3%ADdico%20de%20la%20disponibilidad%20de%20la%20propia%20vida.pdf>.

<sup>142</sup> ALONSO ÁLAMO, M. “La eutanasia hoy: perspectivas teológicas, bioética constitucional y jurídico-penal (a la vez, una contribución sobre el acto médico), en *Revista Penal*, núm. 23, 2007, págs. 21 y 23, disponible en: <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/12127/Eutanasia.pdf?sequence=2>.

<sup>143</sup> FELIP I SABORIT, D. “Tema 1. El homicidio y sus formas” en SILVA SÁNCHEZ, J.M. Y OTROS, *Lecciones de Derecho Penal Parte Especial*. Atelier Libros Jurídicos, Barcelona, 2015, pág. 53.

En tercer lugar, la petición ha de ser “inequívoca”, lo que implica que la voluntad del afectado no debe estar viciada por intimidación, violencia o engaño, debe ser indubitada (por lo tanto, no deben existir otros datos que permitan ponerla en cuestión) y ha de ser expresada en términos claros y exentos de ambigüedades<sup>144</sup>. En este sentido, pueden ser un tanto discutidas las voluntades contenidas en los documentos de instrucciones previas. Así, pueden darse casos en los que, en la fecha de redacción del documento, el sujeto firmante hubiera tomado una decisión en virtud de una representación hipotética de la vivencia de la grave enfermedad, pudiendo no ser idéntica a la vivencia sentida al momento de padecerla efectivamente con carácter posterior (podría existir un arrepentimiento o un cambio de opinión sin tener certeza de ello, en casos en los que el sujeto no pudiera comunicarse, por situación de inconsciencia, por ejemplo)<sup>145</sup>.

#### 6.4. La punición exclusiva de la modalidad dolosa

Para la realización de la conducta típica, el sujeto activo ha de perseguir la muerte de la víctima, dada la expresión “con actos directos a la muerte de otro” recogida en el precepto. Se trata, por tanto, de un dolo directo de primer grado, ya que el propósito del sujeto activo es la realización de los elementos típicos, incluido el resultado. Este *animus necandi* impide que sea apreciable un dolo eventual o una imprudencia en esta conducta típica, ya que en el primer caso no se persigue la muerte, pero se contempla como posible resultado (como puede ocurrir en la eutanasia activa indirecta) y en el segundo caso, simplemente se desconoce que dicho resultado pueda llegar a producirse<sup>146</sup>. Por tanto, la persecución del resultado muerte es clara en este tipo y, en relación con la imprudencia, otra razón que justifica su atipicidad es la falta de mención expresa en todo el art. 143 CP (no se castiga la imprudencia en ninguna de estas conductas) y la ubicación sistemática de este precepto en el CP<sup>147</sup>.

---

<sup>144</sup> BRANDANIZ GARCÍA, J.A. Y FARALDO CABANA, P. (COORDS.). *Responsabilidad penal del Personal Sanitario*. Netbiblo, S.L., A Coruña, 2002, pág. 48.

<sup>145</sup> BRANDANIZ GARCÍA, J.A. Y FARALDO CABANA, P. (COORDS.). *Responsabilidad penal del Personal Sanitario*. Netbiblo, S.L., A Coruña, 2002, pág. 49.

<sup>146</sup> GONZALO PRIETO, M. “El nuevo delito de eutanasia”, en *Boletín Jurídico Derecho.com*, mayo 2001, disponible en: <https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/04/prieto.pdf>.

<sup>147</sup> En este sentido, DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO Y BARBER BURUSCO señalan que la propia ubicación del art. 142 CP (el homicidio imprudente) en el Título I del Libro II CP, detrás de la regulación del homicidio doloso y el asesinato y antes del art. 143 CP, “indica a las claras que la comisión imprudente (si es posible) de las conductas descritas en el art. 143 CP cae fuera del alcance del art. 142 y resulta atípica”; en DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO, M. Y BARBER BURUSCO, S. “Participación en el suicidio y eutanasia Esbozo del

Respecto a elementos adicionales, anteriormente la eutanasia solía emplearse como sinónimo de “homicidio piadoso”, pues se caracterizaba “porque su móvil se presumía inspirado en el sentimiento humanitario de evitar la prolongación de un sufrimiento producido por una enfermedad reputada incurable y a condición de que fuera el propio paciente quien pidiera que se le diera muerte”<sup>148</sup>. Sin embargo, hoy en día, como señala LORENZO SALGADO, “basta con el dolo para que se satisfaga la vertiente subjetiva del delito, sin que sea exigible, además, que quien cause la muerte o coopere a ella con actos necesarios obre con la finalidad de eliminar el sufrimiento del que la solicita”<sup>149</sup>. Esto quiere decir que el actual art. 143.4 CP no exige la concurrencia de una motivación del sujeto activo por móviles de compasión por el sufrimiento ajeno, a pesar de que implícitamente haya podido tenerse en cuenta a la hora de la tipificación de esta conducta<sup>150</sup>.

#### 6.5. El marco penal previsto: la doble disminución del injusto y de la culpabilidad

Según lo expuesto hasta ahora, con los requisitos que exige el art. 143.4 CP únicamente castiga la eutanasia individual, consentida, activa y directa<sup>151</sup>. La razón de la atenuación de la pena, en comparación con los marcos penales de los tipos básicos de la cooperación necesaria y la cooperación ejecutiva, es el contexto circunstancial en el que estas conductas se llevan a cabo, otorgando así una “solución intermedia” entre la punición y la despenalización total de estas conductas<sup>152</sup>.

---

tratamiento penal en España”, en *Revista Nuevo Foro Penal*, Vol. 8, núm. 79, Medellín, julio-diciembre 2012, pág. 126.

<sup>148</sup> PUY, F. “La eutanasia, hoy”, en *Revista Persona y Derecho*, núm. 26, 1992, pág. 287, disponible en: [https://dadun.unav.edu/bitstream/10171/12779/1/PD\\_26-3\\_11.pdf](https://dadun.unav.edu/bitstream/10171/12779/1/PD_26-3_11.pdf).

<sup>149</sup> Como señala ALONSO ÁLAMO, “si, en la situación concreta, el sujeto obrara por motivos espurios, no por ello dejaría de venir en aplicación el tipo atenuado del art. 143.4”, por lo que este elemento es irrelevante a efectos de cumplimiento de los elementos típicos; así en ALONSO ÁLAMO, M. “La eutanasia hoy: perspectivas teológicas, bioética constitucional y jurídico-penal (a la vez, una contribución sobre el acto médico), en *Revista Penal*, núm. 23, 2007, pág. 24, disponible en: <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/12127/Eutanasia.pdf?sequence=2>.

<sup>150</sup> LORENZO SALGADO, J.M. Algunas consideraciones sobre el art. 143.4 del Código Penal, en *Estudios Penales y Criminológicos*, Vol. XXV, Servicio de Publicaciones da Universidade de Santiago de Compostela, 2005, pág. 205, disponible en: [https://minerva.usc.es/xmlui/bitstream/handle/10347/4074/pg\\_151-218\\_penales25.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://minerva.usc.es/xmlui/bitstream/handle/10347/4074/pg_151-218_penales25.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

<sup>151</sup> BARQUÍN SANZ, J. “La eutanasia como forma de intervención en la muerte de otro”, en ROXIN, C. Y OTROS, *Eutanasia y suicidio. Cuestiones dogmáticas y de política criminal*. Comares, Granada, 2001, pág. 160.

<sup>152</sup> FELIP I SABORIT, D. “Tema 1. El homicidio y sus formas” en SILVA SÁNCHEZ, J.M. Y OTROS, *Lecciones de Derecho Penal Parte Especial*. Atelier Libros Jurídicos, Barcelona, 2015, pág. 52.

En este sentido, si bien el consentimiento del sujeto pasivo puede actuar en determinadas conductas como causa de exclusión de la tipicidad, en el caso de la eutanasia este requisito no es eficaz como eximente, al ser la vida un bien jurídico indisponible, básico y esencial, además de irreparable<sup>153</sup>. Asimismo, el contexto de enfermedad grave en el que se desarrolla la conducta típica tampoco sirve como causa suficiente de exclusión de la tipicidad, sino que la misma es válida para incidir en una atenuación de la culpabilidad del sujeto activo del delito y, por tanto, en una rebaja de la pena. De este modo, lo que viene a consagrar el art. 143.4 CP es una eximente incompleta<sup>154</sup>.

De esta forma, de acuerdo con ALONSO ÁLAMO, el art. 143.4 CP presenta un doble fundamento, en el que la atenuación de los apartados 3 y 2 del mismo precepto se basa en razones de injusto y razones de culpabilidad. Así, el requisito subjetivo relativo a la petición expresa, seria e inequívoca refleja la voluntad del enfermo, que “fundamenta la disminución del injusto, en atención al menor desvalor de la acción”. En este sentido, “la atenuación del injusto por la petición del enfermo se fundamenta no tanto en un genuino conflicto de intereses, entre vida y libertad” sino “en la ausencia de interés del titular”.

Por otro lado, este subtipo contiene un plus de atenuación de la culpabilidad, puesto que la conducta típica se lleva a cabo siempre y cuando exista un supuesto enfermedad grave del sujeto pasivo, lo cual se configura como un contexto objetivo que privilegia al sujeto activo que realiza la conducta típica<sup>155</sup>.

Por último, como ya hemos visto, en términos penológicos el castigo de la eutanasia previsto en el art. 143.4 CP constituye un subtipo atenuado de la cooperación necesaria no ejecutiva y la cooperación necesaria ejecutiva al suicidio, llevando aparejada una rebaja en uno o dos grados con respecto a la pena base los apartados 2 y 3 del art. 143 CP.

---

<sup>153</sup> LUZÓN PEÑA, D.M. *Lecciones de Derecho Penal Parte General*. Tirant lo Blanch, Valencia, 2ª Ed. 2012, pág. 370.

<sup>154</sup> LORENZO SALGADO, J.M. Algunas consideraciones sobre el art. 143.4 del Código Penal, en *Estudios Penales y Criminológicos*, Vol. XXV, Servizo de Publicacións da Universidade de Santiago de Compostela, 2005, pág. 208, disponible en: [https://minerva.usc.es/xmlui/bitstream/handle/10347/4074/pg\\_151-218\\_penales25.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://minerva.usc.es/xmlui/bitstream/handle/10347/4074/pg_151-218_penales25.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

<sup>155</sup> ALONSO ÁLAMO, M. “La eutanasia hoy: perspectivas teológicas, bioética constitucional y jurídico-penal (a la vez, una contribución sobre el acto médico)”, en *Revista Penal*, núm. 23, 2007, págs. 23, 24 y 29, disponible en: <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/12127/Eutanasia.pdf?sequence=2>.

De esta forma, en el contexto eutanásico, quien cause la muerte de otro (cooperación ejecutiva) será castigado con la pena de tres a seis años menos un día de prisión (inferior en grado) o de un año y seis meses a tres años menos un día de prisión (inferior en dos grados). Por otra parte, quien coopere activa y necesariamente con actos directos a la muerte de otro (cooperación no ejecutiva) será castigado con la pena de uno a dos años menos un día de prisión (inferior en grado) o de seis meses a un año menos un día de prisión (inferior en dos grados).

Asimismo, esta pena se verá nuevamente rebajada en los casos de eutanasia en grado de tentativa, puesto que el art. 16 CP en relación con el art. 62 CP prevé una reducción en uno o dos grados con respecto a la pena señalada por la ley para el delito consumado (en este caso, el art. 143.4 CP). Así, el marco penal se establecería en la pena de un año y seis meses a tres años menos un día de prisión (inferior en grado) o de nueve meses a un año y seis meses menos un día de prisión (inferior en dos grados) para casos de tentativa de causación de la muerte de otro; y de una pena de seis meses a un año menos un día de prisión (inferior en un grado) o de tres meses a seis meses menos un día de prisión (inferior en dos grados) para casos de tentativa de cooperación activa y necesaria.

De acuerdo con el art. 13.2 CP en relación con el art. 33.3 CP, nos encontramos ante un delito menos grave que, en la mayoría de los casos, la pena privativa de libertad que lleva aparejada podría llegar a no ejecutarse, de acuerdo con las reglas del art. 80 CP. De este modo, parece que la voluntad del legislador ha sido imponer un marco penal de carácter admonitorio o de prevención especial positiva, frente a la búsqueda de un fin intimidatorio o disuasorio de prevención general negativa.

#### **IV. PROPUESTAS DE REGULACIÓN**

##### **1. El debate de la eutanasia en el Congreso de los Diputados**

A lo largo de las diferentes legislaturas desde la aprobación de la CE en 1978, la eutanasia ha sido un tema recurrente a pesar de no haberse conseguido, hasta la fecha, su despenalización y consiguiente regulación. Así, la primera vez que se planteó el debate sobre esta figura en el Congreso fue en 1988, durante la III Legislatura, bajo el Gobierno del PSOE presidido por Felipe González. Sin embargo, estas primeras discusiones no

tenían un carácter legislativo, pues se trataban de simples preguntas por escrito o interpelaciones al Gobierno, instándole a que se pronunciara sobre esta cuestión.

Tras una serie de iniciativas fallidas a lo largo de los siguientes gobiernos de Felipe González, en el año 1998, durante la VI Legislatura liderada por José María Aznar y reavivado el debate con el mediático caso de Ramón Sampedro, IU presentó en el Congreso la primera iniciativa legislativa en torno a este tema: la PLODE 122/127, que finalmente fue rechazada con 288 votos en contra, 25 a favor y 6 abstenciones. Más adelante, en la VII Legislatura, nuevamente liderada por José María Aznar, otras dos proposiciones que IU volvió a presentar (la 122/82 en el año 2000 y la 122/226 en el año 2002) corrieron la misma suerte, siendo rechazadas con 175 votos en contra, 15 a favor y 110 abstenciones la primera de ellas, y con 178 votos en contra y 124 a favor la segunda.

Durante los siguientes años el debate siguió presente en esta Cámara, pero a través de preguntas escritas y proposiciones no de ley, por lo que hubo que esperar hasta la XII Legislatura para ver de nuevo una auténtica iniciativa legislativa en este tema. Así, bajo un Gobierno del PSOE, presidido por Pedro Sánchez, tras una moción de censura contra el anterior presidente Mariano Rajoy, se presentaron dos proposiciones de ley. La primera de ellas, la PLOE 122/60, fue presentada por UP en enero de 2017, y rechazada con 132 votos en contra, 86 a favor y 122 abstenciones antes de que pudiera ser tramitada. Respecto a la segunda de ellas, la PLORE 122/239, fue presentada por el PSOE en mayo de 2018, admitida a trámite, pero caducada por la disolución de la Cámara Baja tras la convocatoria de elecciones.

Más adelante en el año 2019, durante la XIII Legislatura con Pedro Sánchez como presidente en funciones, se volvieron a llevar las proposiciones caducadas y rechazadas de la anterior legislatura. Así, en julio de 2019 UP volvió a presentar el texto de 2017 en el Congreso (PLORE 122/30), y semanas más tarde lo hacía el PSOE con el suyo de 2018 (PLORE 122/33), ambos ligeramente modificados, pero prácticamente similares a los de la anterior Legislatura. Sin embargo, las dos proposiciones de ley orgánica corrieron la misma suerte y caducaron antes de su tramitación, al disolverse la Cámara Baja tras la convocatoria de elecciones generales.

Finalmente, en enero de 2020, durante la XIV Legislatura y bajo un gobierno de coalición entre PSOE y UP, el PSOE presentó en el Congreso de los Diputados la PLORE



122/20, aprobada con 201 votos a favor, 140 en contra y 2 abstenciones<sup>156</sup>. Actualmente se encuentra en fase de ampliación de enmiendas al articulado, situación que se está viendo ralentizada dada la declaración del estado de alarma como consecuencia de la crisis sanitaria del COVID-19. De este modo, a pesar de la esperanza de obtener por fin una ley de eutanasia en España, deberemos esperar un tiempo hasta ser testigos de su promulgación, por lo que, de momento, procederemos a analizar el articulado de la propuesta que, aunque seguramente no sea idéntica, algún día llegará a convertirse en una LO que despenalice y regule esta figura.

## **2. La PLORE 122/20 PSOE 2020**

La PLORE 122/20 PSOE 2020 fue presentada por el Grupo Parlamentario Socialista y publicada en el BOCG Congreso de los Diputados el 31 de enero de 2020, proclamándose como necesaria y definitiva tras una serie de intentos fallidos durante los últimos tres años. Este texto ha modificado algunos aspectos con respecto a la PLORE 122/239 presentada en 2018 por el mismo grupo, si bien guardan una estrecha similitud.

Ya en la Exposición de Motivos, el texto de esta proposición establece que su objetivo consiste en “dar una respuesta jurídica, sistemática, equilibrada y garantista a una demanda sostenida de la sociedad actual como es la eutanasia” y procede a delimitar el contenido de esta figura. Así, con la definición legal de eutanasia la proposición tiene por objeto regular exclusivamente la modalidad activa directa, pues la eutanasia activa indirecta y la pasiva se tienen como excluidas del concepto bioético y jurídico-penal de esta figura.

Seguidamente, este texto señala la necesidad de regulación de la eutanasia dado el creciente debate social “a raíz de casos personales que conmueven a la opinión pública”, cuestión que se ve avivada con otras causas como la creciente prolongación de la esperanza de vida, el retraso de la edad de morir, el deterioro físico y psíquico en las últimas etapas de la vida o el reconocimiento de la autonomía de la persona en el ámbito sanitario, entre otros factores. Por este motivo, esta proposición advierte de la necesidad de legalización y regulación de la eutanasia, haciendo compatibles los derechos

---

<sup>156</sup> Información extraída de la web del Congreso de los Diputados, disponible en: [www.congreso.es/portal/page/portal/Congreso/PopUpCGI?CMD=VERLST&BASE=pu14&DOCS=1-1&DOCORDER=LIFO&QUERY=%28BOCG-14-B-46-1.CODI.%29#\(Página1\)](http://www.congreso.es/portal/page/portal/Congreso/PopUpCGI?CMD=VERLST&BASE=pu14&DOCS=1-1&DOCORDER=LIFO&QUERY=%28BOCG-14-B-46-1.CODI.%29#(Página1)).

fundamentales a la vida y a la integridad física y moral con los principios constitucionales como la dignidad, la libertad o la autonomía de la voluntad, a través de una “legislación respetuosa con todos ellos”. Por lo tanto, el objeto primordial es legislar para respetar la autonomía y voluntad de poner fin a la vida de quien se encuentra en un contexto eutanásico, estableciéndose así una delimitación de los supuestos de hecho en los que podría practicarse una eutanasia legal.

A continuación, la Exposición de Motivos hace referencia a necesidad de adopción de un modelo de regulación que haga de la eutanasia una práctica legalmente aceptable, siempre que se observen concretos requisitos y garantías. Así, dentro de este modelo procede a distinguir dos conductas que quedarían legalmente aceptadas con la aprobación de la ley, siempre y cuando se den en un contexto eutanásico. Así, por un lado encontraríamos la eutanasia activa, entendida como toda “acción por la que un profesional sanitario pone fin a la vida de un o una paciente de manera deliberada y a petición de este o esta, cuando se produce dentro de un contexto eutanásico”; y por otro lado, aquella conducta “en la que es el propio o la propia paciente la persona que termina con su vida” con “la colaboración de un profesional sanitario que, de forma intencionada y con conocimiento, facilita los medios necesarios, incluido el asesoramiento sobre la sustancia y dosis necesarias de medicamentos, su prescripción, o incluso, su suministro con el fin de que el o la paciente se lo administre”. Por lo tanto, a pesar de la confusión terminológica que puede suscitar, lo que está persiguiendo esta delimitación es la despenalización de las conductas desarrolladas en contexto eutanásico, es decir, de la cooperación ejecutiva al suicidio eutanásico (esto es, la primera conducta del art. 143.4 CP, “el que causare la muerte de otro”) y de la cooperación no ejecutiva al suicidio eutanásico, auxilio al suicidio o suicidio médicamente asistido (esto es, la segunda conducta del art. 143.4 CP, “el que cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro”).

Finalmente, en la Exposición de Motivos se consagra la eutanasia como un nuevo derecho individual, al darse la posibilidad de ponderar los derechos y principios afectados y comprometidos en la misma por las circunstancias inherentes al contexto en el que se desarrolla su práctica. Así, se destaca “no existe un deber constitucional de imponer o tutelar la vida a toda costa y en contra de la voluntad del titular del derecho a la vida” y que, por tanto, en un contexto eutanásico pueden prevalecer la integridad física y moral

de la persona (art. 15 CE), la dignidad humana (art. 10 CE), el valor superior a la libertad (art. 1.1 CE), la libertad ideológica y de conciencia (art. 16 CE) o el derecho a la intimidad (art. 18.1 CE) frente a la propia vida (art. 15 CE).

### *2.1. Objeto y ámbito de aplicación*

La PLORE se compone de diecinueve artículos distribuidos en cinco capítulos, de dos disposiciones adicionales, una disposición transitoria, una disposición derogatoria y cuatro disposiciones finales. El Capítulo I está integrado por los tres primeros artículos del texto, dedicados a concretar el objeto de la ley, su ámbito de aplicación y algunas definiciones relativas a la misma. Así, el art. 1 dispone que el objeto de la PLORE es “regular el derecho que corresponde a toda persona que cumpla las condiciones exigidas a solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir, el procedimiento que ha de seguirse y las garantías que han de observarse”. Es interesante, en este sentido, destacar que la PLO no alude al concepto de eutanasia de una manera explícita, sino que la denomina PAM (prestación de ayuda para morir), englobando dentro de este concepto las conductas descritas en el art. 143.4 CP.

Por otro lado, en relación con el ámbito de aplicación de la ley, el art. 2 dispone textualmente lo siguiente:

Art. 2. Ámbito de aplicación. Esta ley será de aplicación a todas las personas físicas o jurídicas, públicas o privadas, que actúen o se encuentren en territorio español. A estos efectos, se entenderá que una persona jurídica se encuentra en territorio español cuando tengan domicilio social, sede de dirección efectiva, sucursal, delegación o establecimiento de cualquier naturaleza en territorio español.

Es preciso destacar que la redacción de este artículo no clarifica a qué se está refiriendo. Así, se habla de personas físicas o jurídicas, haciendo una mezcla entre sujetos activos y pasivos de la práctica eutanásica de una forma ambigua, escueta y poco clara<sup>157</sup>. El art. 14.2 de la PLORE relativo a las medidas para garantizar la PAM, viene a concretar que esta “se realizará en centro sanitarios públicos, privados o concertados, sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabadas por el

---

<sup>157</sup> Al contrario de lo que ocurre en la PLORE 122/239 PSOE de 2018 o la PLORE 122/30 UP de 2019, donde se recoge claramente que el ámbito de aplicación se circunscribe “al ámbito público y privado de todo el territorio nacional” (PLORE 122/239) o “a todos los ámbitos sanitarios o sociosanitarios, públicos o privados, en los que se preste asistencia médica a personas al final de su vida” (PLORE 122/30).

ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria o por el lugar donde se realiza”. En este sentido, es importante destacar que no se menciona que la PAM pueda llevarse a cabo en el domicilio de la persona solicitante, por lo que ha de entenderse que únicamente podrá desarrollarse en las instituciones autorizadas a tal efecto<sup>158</sup>.

Por otro lado, este art. 3 también define el concepto de PAM como “aquella acción derivada de proporcionar los medios necesarios a una persona que cumple los requisitos previstos en esta ley y que ha manifestado su deseo de morir”<sup>159</sup>, estableciendo que puede producirse en dos modalidades. Así, por un lado se contemplaría “la administración directa al o la paciente de una sustancia”, lo que equivaldría a la cooperación necesaria ejecutiva al suicidio en un contexto eutanásico; y por otro lado estaría “la prescripción o suministro al o la paciente por parte del profesional sanitario competente de una sustancia” para que se la pueda “auto administrar”, esto es, una cooperación necesaria no ejecutiva al suicidio en un contexto eutanásico, o dicho de otro modo, un suicidio médicamente asistido en contexto eutanásico.

Por último, el art. 3 de la PLORE recoge el concepto de “situación de incapacidad de hecho” como aquella situación “en la que el o la paciente carecen de entendimiento y voluntad suficiente para gobernar su vida por sí mismo de forma autónoma, sin que necesariamente haya resolución judicial de incapacitación”. La introducción de este concepto pretende agilizar de algún modo la tramitación de la PAM, puesto que, conforme a lo dispuesto en el art. 5.2, será competencia del médico o la médica responsable certificar la existencia de esta situación, ahorrando así los plazos que implicaría una incapacitación por vía judicial.

## *2.2. Elementos de nueva creación: médico o médica responsable, médico o médica consultor/a y Comisiones de Control y Evaluación*

Es interesante la introducción por parte de esta proposición de ley de nuevas figuras inherentes al contexto en el que se desarrolla, por lo que a continuación procederemos a definir las para poder entender mejor el procedimiento establecido para la realización de la PAM.

---

<sup>158</sup> Nuevamente, en la PLORE 122/239 PSOE de 2018 y en la PLORE 122/30 UP de 2019 se contempla la prestación de ayuda médica para morir “en los domicilios particulares cuando así se solicite”.

<sup>159</sup> En la anterior Proposición socialista 122/239 de 2018 se refería exclusivamente a “proporcionar una sustancia”, por lo que con esta nueva propuesta se están contemplando diferentes supuestos.

a. Médico o médica responsable

Esta figura se define en el art. 3 PLORE y ha sido extraída de la Ley 41/2002, básica de la autonomía del paciente, entendiéndose como tal a aquel facultativo o facultativa que funciona como “interlocutor principal”, al tener a su cargo la coordinación de la información y la asistencia sanitaria del paciente. Es el profesional de referencia en los casos de PAM y quien finalmente la lleva a cabo.

b. Médico o médica consultor/a

Se trata de una figura *ad hoc*, creada con el objetivo de garantizar el contexto donde la PAM se lleve a cabo, proponiendo un facultativo o facultativa ajeno/a al caso para que de una segunda opinión, presumiblemente más objetiva que la del médico o médica responsable. Esta figura puede ser entendida como una garantía del proceso, pero también como un obstáculo o traba, puesto que la opinión del médico o médica consultor/a, al no conocer el caso en profundidad puede ser superficial y obviar detalles a la hora de entrar a valorar una cuestión tan subjetiva como el sufrimiento físico o psíquico del paciente, corriendo el riesgo de obtener autorizaciones de PAM denegadas. Asimismo, puede contemplarse como una figura ralentizadora ya que, como veremos más adelante, con su intervención se aumenta en diez días el procedimiento de la PAM.

c. Comisión de Control y Evaluación

El Capítulo V de la proposición de ley contempla la creación de unos nuevos organismos autonómicos de carácter administrativo, dependientes de los respectivos gobiernos de cada CA o del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar en el caso de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla. El art. 17 concreta que estos mismos entes serán los encargados de la creación de cada Comisión en un plazo de tres meses desde la entrada en vigor de la ley. Asimismo, cada Comisión se regirá por lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público en tanto no elabore su propio reglamento interno, que igualmente deberá ser aprobado por el Gobierno autonómico en el caso de las CCAA o por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar, en el caso de Ceuta y Melilla.

Como puede apreciarse, se trata de una regulación de mínimos muy vaga y poco detallada. El art. 17 hace referencia a la “creación y composición” de estas Comisiones, pero en lo que respecta a la composición, ni siquiera establece el número de miembros de que se han de componer ni los requisitos que deban reunir<sup>160</sup>, lo cual obliga a cada CA o Ciudad Autónoma a decidirlo, dando lugar a que en cada territorio su composición sea totalmente diferente. En este sentido, como señala SOLER<sup>161</sup>, esta falta de concreción por parte de la PLORE deja “al arbitrio de los Gobiernos Autonómicos que adquieren así un poder de bloqueo real a la aplicación de la ley en su territorio”, lo cual implica abrir la puerta “a la desigualdad entre regiones y a la necesidad de emigrar a otra si en la propia se dificulta hasta impedirlo el ejercicio de un derecho ya de por sí capitidisminuido”.

Por otro lado, el art. 18 de la proposición de ley se refiere a las funciones de la Comisión. Este órgano interviene con un carácter previo a la realización de la PAM (función de control) y con un carácter posterior (función de evaluación). Asimismo, se le atribuye la función de velar por el cumplimiento de todas las obligaciones previstas por la ley, debiendo proponer mejoras concretas para su incorporación a los manuales de buenas prácticas y protocolos, así como la actuar como órgano consultivo autonómico, debiendo resolver todas las dudas o cuestiones que pudieran surgir durante la aplicación de la ley. Además, este órgano deberá elaborar y hacer público un informe anual de evaluación acerca de la aplicación de la ley en su ámbito territorial concreto, y por último, se prevé un cajón de sastre donde se le aplican todas aquellas funciones que cada Gobierno Autonómico o Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social deseen atribuirles.

### *2.3. Requisitos para solicitar la PAM*

a. “Tener nacionalidad española o residencia legal en España, mayoría de edad y ser capaz y consciente en el momento de la solicitud”

---

<sup>160</sup> A diferencia de lo que ocurría en la PLOE 122/30 UP de 2019, donde en el art. 14 se establecía que cada Comisión estaría constituida por siete personas, escogidas por cada Parlamento Autonómico atendiendo a criterios de paridad y de género”. De entre estas siete personas, al menos dos deberían ser licenciadas o graduadas en Medicina, tres en Derecho (incluyendo la persona que presidiera la Comisión), una profesional sanitaria de enfermería o medicina especializada en personas con enfermedades o padecimientos incurables, y una persona procedente de organizaciones de la sociedad civil implicadas en la atención de personas con enfermedades o padecimientos incurables.

<sup>161</sup> SOLER, F. “El Congreso estudia dos propuestas para despenalizar la eutanasia”, en *Revista DMD Asociación Derecho a Morir Dignamente*, núm 77, 2018, pág. 20, disponible en: [https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2018/10/revista\\_dmd\\_77.pdf](https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2018/10/revista_dmd_77.pdf).

En primer lugar, el hecho de exigir la nacionalidad o la residencia legal en España excluye a todas aquellas personas extranjeras que se encuentren en situación irregular en territorio español, lo cual puede perseguir el objetivo de evitar conflictos con las legislaciones de otros países que no tengan aprobada esta práctica en su respectivo ordenamiento jurídico<sup>162</sup>.

En segundo lugar, los menores de edad también están excluidos de poder solicitar esta prestación de ayuda para morir. En este sentido, el precepto nada menciona en relación con los menores emancipados legalmente, pero al no recogerse expresamente, deberá entenderse que la voluntad del legislador ha sido la de excluirles de poder solicitar esta práctica<sup>163</sup>.

En tercer lugar, se excluye igualmente a toda persona que no reúna la capacidad y la consciencia suficiente en el momento de la solicitud, con un claro motivo de salvaguarda de la seguridad jurídica. Para estos casos, se prevén los documentos de instrucciones previas, donde la persona solicitante puede expresar su voluntad en un momento anterior y de cara a evitar la imposibilidad de realizar la solicitud en el momento oportuno.

b. “Disponer por escrito de la información que exista sobre su proceso médico, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, incluida la de acceder a cuidados paliativos”

Este requisito pretende que la decisión que tome la persona que vaya a solicitar la PAM sea autónoma, seria e informada, así como que se trate de la última opción posible después de haber contemplado el resto de las alternativas. Por tanto, está haciendo referencia a un tipo de decisión muy similar al consentimiento informado recogido en 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. En este sentido, es importante la mención expresa que realiza el requisito sobre los cuidados

---

<sup>162</sup> Cabe señalar que la PLORE 122/30 de UP presentada en 2019 no contemplaba esta condición entre sus requisitos, pudiendo solicitar la práctica de la eutanasia cualquier persona mayor de edad, capaz y consciente, lo cual se asemeja más a la ley de eutanasia belga en este sentido.

<sup>163</sup> En la PLORE 122/30 de UP de 2019 sí que se recogía expresamente en el art. 4.1 al “menor emancipado legalmente” como posible solicitante de la eutanasia, así como en la ley de eutanasia holandesa en su art. 2.

paliativos, haciendo hincapié sobre esta figura como una de las alternativas que hay que ofrecer expresamente al paciente para asegurar que su decisión ha sido válidamente informada. Así, se está garantizando de algún modo que la PAM es la única solución posible a la situación que el paciente solicitante está atravesando.

c. “Haber formulado dos solicitudes de manera voluntaria y por escrito, dejando una separación de al menos quince días naturales entre ambas”

El primer párrafo de este requisito se refiere a la reiteración de la voluntad de la persona solicitante que, al exigir que se haga por escrito, se entiende que le es aplicable lo dispuesto en el art. 6.1 en relación con aquellos casos de impedimento físico. Así, si la persona no puede escribir tal voluntad, pero es capaz y consciente en el momento de manifestarla, un tercero podrá hacerlo en su nombre siempre y cuando este sea mayor de edad, plenamente capaz, feche y firme el documento en presencia del solicitante y mencione expresamente los motivos por los cuales no ha podido escribir la solicitud el propio demandante. Esta intervención de tercero en la solicitud no atentaría contra la seguridad jurídica, puesto que la persona solicitante mantiene un estado de consciencia, presentando únicamente limitaciones físicas que en nada interfieren con su plena capacidad. Cuestión distinta sería la contemplada en el art. 6.4, esto es, para casos de incapacidad de hecho del paciente. En estos casos, la PLORE prevé que la solicitud de PAM pueda ser presentada por un tercero al médico o médica responsable, siempre y cuando se le acompañe “del documento de instrucciones previas o documento equivalente suscrito previamente por el o la paciente”. Asimismo, con este requisito se está limitando la condición de “petición expresa” prevista en el art. 143.4 CP, puesto que únicamente se entenderán amparadas por esta ley aquellas peticiones que se realicen por escrito.

Por otro lado, en relación con la solicitud de PAM, el art. 4 destaca que la decisión ha de ser “autónoma”, entendida como “aquella que está fundamentada en el conocimiento sobre los hechos más relevantes de su proceso médico, después de haber sido informada adecuadamente”. Por tanto, está haciendo referencia a un tipo de decisión muy similar al consentimiento informado recogido en 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.



Por su parte, el art. 6.2 destaca la necesidad de que sea firmada “en presencia de un profesional sanitario, que lo rubricará”. En este sentido, el precepto señala que no tiene por qué tratarse del médico o médica responsable, sino que puede tratarse de cualquier profesional sanitario, entendiendo como tal a cualquier persona que desempeñe su trabajo en el campo de las ciencias de la salud en un centro sanitario, por lo que dentro de esta categoría se incluirían a los profesionales de todas las ramas de la medicina, profesionales de la enfermería e incluso auxiliares de enfermería. Así, puede entenderse que, con el objetivo de agilizar el trámite de la solicitud de la prestación de ayuda para morir, esta pueda firmarse en presencia de cualquier profesional sanitario, siempre y cuando se haga entrega de esta finalmente al médico o médica responsable.

Asimismo, en el art. 6.3 se recoge la facultad del solicitante de revocar su solicitud en cualquier momento, así como de solicitar el aplazamiento de la administración de la ayuda para morir, lo cual está directamente vinculado con la participación del paciente en el hecho de su propia muerte.

“Si el médico o la médica responsable considera que la muerte de la persona solicitante o la pérdida de su capacidad para otorgar el consentimiento informado son inminentes, podrá aceptar cualquier periodo menor que considere apropiado en función de las circunstancias clínicas concurrentes, de las que deberá dejar constancia en la historia clínica del o la paciente”.

El segundo párrafo se refiere a aquellas situaciones de extremada urgencia, bien por la pérdida de capacidad inminente de la persona solicitante o bien por la perentoria proximidad de la fecha de su muerte natural, puesto que si se cumple la primera no podría solicitarse de forma válida (salvo existencia de un documento de instrucciones previas) y si se cumple la segunda, la solicitud y el procedimiento en sí carecerían de sentido. Así, para estas situaciones se prevé que el intervalo de quince días exigido con carácter general entre las dos solicitudes obligatorias sea inferior. La introducción de esta excepción es un gran acierto, puesto que permite adaptar el procedimiento de la PAM a la diversa casuística existente en un contexto tan complicado y extremo como es el eutanásico<sup>164</sup>.

---

<sup>164</sup> Esta excepción también la incorporaba la PLORE 122/30 UP de 2019, pero se trata de una novedad respecto de la PLORE 122/239 PSOE presentada en 2018, que únicamente contemplaba el periodo genérico de quince días naturales.

d. “Sufrir una enfermedad grave e incurable o padecer una enfermedad grave, crónica e invalidante en los términos establecidos en esta ley, certificada por el médico o médica responsable”

De esta forma, para poder solicitar la PAM se exige que la persona solicitante se encuentre en una de las dos situaciones de enfermedad grave previstas en la PLORE y, además, que el médico o médica responsable corrobore la concurrencia de una u otra enfermedad. En este sentido, el art. 3 PLORE introduce una distinción entre “enfermedad grave, crónica e invalidante” y “enfermedad grave e incurable”, que vendrían a definirse del siguiente modo:

“b) Enfermedad grave, crónica e invalidante: situación que resulta de una persona afectada por limitaciones que inciden directamente sobre su autonomía física, así como sobre su capacidad de expresión y relación, y que llevan asociadas un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable, existiendo seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones vayan a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable.

c) Enfermedad grave e incurable: toda alternación del estado de la salud provocada por un accidente o enfermedad, originados independientemente de la voluntad del o la paciente, que lleva asociada sufrimiento físico o psíquico constate e intolerable y en la que existe un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva”.

Así, por “enfermedad grave, crónica e invalidante” estaríamos refiriéndonos a una situación de sufrimiento constante e intolerable derivada del padecimiento de una enfermedad, lo cual encajaría en el concepto de “enfermedad grave que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar” prevista en el actual art. 143.4 CP. Es interesante la introducción de la expresión de incidencia “sobre la capacidad de expresión y relación” en este sentido, puesto que se trata de un concepto que afecta tanto a nivel físico como psíquico, por lo que, al diferenciarlo expresamente de la “autonomía física” e introducir igualmente la expresión de “sufrimientos psíquicos”, la PLORE pretende dar cobertura a un mayor número de supuestos. En este sentido, se aproxima más a la ley holandesa, yendo más allá de lo que en el imaginario colectivo entendemos por “enfermo terminal”<sup>165</sup>.

---

<sup>165</sup> GARCÍA RIVAS, N. “Hacia una justificación más objetiva de la eutanasia”, en *Homenaje al Dr. Marino Barbero Santos in memoriam*, Ediciones de la Universidad Castilla-La Mancha, 2001, pág. 167.

Por otro lado, la “enfermedad grave e incurable” se aproximaría más a la “enfermedad grave que conduciría necesariamente a la muerte” del art. 143.4 CP, puesto que contiene el requisito de “pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva”. Asimismo, es interesante la especificación que se realiza en cuanto al origen de dicha enfermedad grave e incurable, puesto que se tendrá como tal independientemente de el accidente o la enfermedad causantes hayan sido originados por voluntad del o la paciente. Con esta expresión, parece que se está intentando restar importancia a la causa para centrarse en la enfermedad en sí, intentando así combatir los prejuicios médicos existentes hacia pacientes con enfermedades derivadas de conductas de riesgo en las que el paciente tiene cierto grado de responsabilidad sobre la misma. Así, podemos hablar de enfermedades derivadas de conductas autolíticas o parasuicidas, pacientes de VIH, casos de accidentes de tráfico provocados porque el sujeto en cuestión conducía bajo los efectos del alcohol y un largo etcétera, dada la enorme variedad casuística.

e. “Prestar consentimiento informado previamente a recibir la PAM. Dicho consentimiento se incorporará a la historia clínica del o la paciente”.

Al entender la práctica de la PAM como una actuación que afecta a la salud de la persona que la solicita, el último requisito previsto busca dar cumplimiento a lo dispuesto en 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. De esta forma, la información que el paciente deberá recibir y con la que habrá de estar de acuerdo será la relativa al procedimiento de la PAM en sí, a diferencia de la información exigida en el requisito previsto en el art. 5.1.a), que hace referencia exclusivamente a los tratamientos y medidas alternativas disponibles.

#### *2.4. Procedimiento para la realización de la PAM*

El art. 8 de la proposición de ley contiene el procedimiento que el médico o médica ha de seguir cuando exista una solicitud de PAM, el cual se desarrolla del siguiente modo:

##### a. Solicitud y proceso deliberativo

En primer lugar, el procedimiento se inicia con la solicitud de la PAM. Una vez recibida y verificado el cumplimiento de sus requisitos, el médico o médica responsable

dispone de un plazo máximo de dos días para realizar con el paciente solicitante “un proceso deliberativo sobre su diagnóstico, posibilidades terapéuticas y resultados esperables, así como cuidados paliativos”, esto es, informar al paciente, una vez más, sobre las alternativas disponibles. Como ya se ha dicho, esta información ha de ofrecerse con cada solicitud que realice el paciente, por lo que, si como mínimo han de darse dos solicitudes antes de dar inicio al procedimiento, esta sería la tercera vez que se le ofrece al paciente información sobre las alternativas existentes al margen de su decisión. No obstante, esta vez se trata de un trámite diferente, puesto que en este caso participa el médico o médica responsable, que tiene la obligación de informar debidamente al paciente y asegurarse de que ha comprendido todo bien, al margen de que la decisión de continuar o revocar el procedimiento sea finalmente personalísima e individual del paciente.

#### b. Continuación o revocación del procedimiento

Una vez concluido el proceso deliberativo, el médico o médica responsable dará al paciente solicitante un plazo de veinticuatro horas para que decida si desea continuar con el procedimiento o desistir del mismo. Así, transcurrido dicho plazo, el médico o médica responsable recabará la decisión del paciente, y podrán darse dos escenarios. En caso de que decida continuar con el procedimiento, el médico o médica responsable recabará la firma del consentimiento informado y dará traslado de la decisión al equipo asistencial, si lo hubiere y, si el paciente así lo desea, a los familiares o allegados que señale. Por otro lado, si deseara desistir de su solicitud, el médico o médica responsable dará traslado de esta decisión al equipo asistencial, si lo hubiere. Para estas comunicaciones, el art. 8.2 no prevé un plazo concreto, pero cabe entenderse que deberá llevarse a cabo a la mayor brevedad posible, sobre todo si el paciente desea continuar con el procedimiento, dada la urgencia que existe en numerosos casos.

#### c. Consulta de la petición con el médico o médica consultor/a

El médico o médica responsable deberá dar traslado de la petición de la PAM al médico o médica consultor/a, para que estudie la historia clínica, examine al paciente y corrobore el cumplimiento de todos los requisitos en un plazo máximo de diez días naturales. Para ello, elaborará un informe que se incorporará a la historia clínica del

paciente, debiendo además comunicar las conclusiones de dicho informe al paciente solicitante.

#### d. Control previo de la Comisión de Control y Evaluación

Tras el cumplimiento de lo anterior, el médico o médica responsable pondrá en conocimiento del presidente o presidenta de la Comisión de Control y Evaluación competente el caso concreto de solicitud de PAM. El presidente o presidenta de este organismo, de acuerdo con lo establecido en el art. 10 de la PLORE, dispondrá de un plazo de dos días para designar a dos miembros de la Comisión para que comprueben el cumplimiento de todos los requisitos y eleven a este organismo, en un plazo de siete días naturales, una propuesta para la aprobación o denegación de la PAM, no siendo en ningún caso vinculante para la resolución definitiva de la Comisión. Tras esto, el art. 10 dispone que la resolución definitiva de la Comisión deberá ponerse en conocimiento del médico o médica responsable “en el plazo más breve posible”, aunque el art. 18 señala que “el transcurso del plazo de veinte días naturales sin haberse dictado resolución dará derecho a los solicitantes a entender denegada su solicitud de PAM”. Por este motivo, a pesar de que dadas las circunstancias del objeto de la resolución la Comisión deberá intentar emitir la resolución definitiva cuanto antes, cabe entender que como máximo dispondrá del plazo del art. 18 para hacerlo, esto es, veinte días naturales.

Como puede apreciarse, este requisito de control presenta grandes inconvenientes y ambigüedades. Más allá de las dudas en cuanto a los componentes de la Comisión anteriormente expuestas, carece de sentido la designación de dos integrantes de este organismo para elaborar una propuesta que ni siquiera va a tener un carácter vinculante para la resolución definitiva que adoptará la Comisión finalmente. De esta forma, únicamente se está consiguiendo ralentizar el procedimiento de la PAM, ya que, como mínimo, se está imponiendo un plazo de siete días naturales para la emisión de la propuesta de los dos miembros más el “plazo más breve posible” que tiene la Comisión para emitir su propuesta definitiva, lo cual constituye un concepto jurídico indeterminado que no ofrece seguridad jurídica alguna y que, como máximo, será de veinte días conforme a los señalado en el art. 18.

#### e. Realización de la PAM

Una vez se haya conseguido la resolución definitiva positiva de la Comisión de Control y Evaluación competente, la realización de la PAM habrá de llevarse a cabo “con el máximo cuidado y profesionalidad por parte de los profesionales sanitarios”. Así, se prevé que, en los casos en los que el paciente se encuentre consciente, sea este quien decida la modalidad en la que desea recibir la PAM, descritas en el art. 3.g) como “la administración directa de una sustancia por parte del médico al paciente” o “la prescripción o suministro de una sustancia” por parte del médico al paciente para que este mismo se la administre. En cualquier caso, independientemente de la modalidad que se adopte, se impone al médico o médica responsable el deber de permanecer junto al paciente hasta el momento de su fallecimiento.

#### f. Comunicación a la Comisión de Control y Evaluación tras la realización de la PAM

Una vez haya tenido lugar la PAM, el médico o médica responsable dispondrá de un plazo máximo de cinco días hábiles para remitir a la Comisión de Control y Evaluación dos documentos. El primero de ellos (“documento primero”), contiene básicamente los datos personales de los intervinientes en la PAM, es decir, de la persona solicitante, del médico o médica responsable y del médico o médica consultor/a. Para supuestos especiales como el de incapacidad de hecho o en caso de que hubiera un documento de instrucciones previas, deberá constar el nombre completo de la persona que presentó la solicitud en nombre del paciente o el de la persona que hubiera presentado la solicitud en nombre del paciente, respectivamente. El segundo de ellos (“documento segundo”), deberá contener los datos relativos a las circunstancias de la PAM, como son el sexo y edad de la persona solicitante, fecha y lugar de la muerte, descripción de la patología padecida por el solicitante, etc.

De esta forma, el art. 18 de la PLORE atribuye a la Comisión una función de evaluación, asignándole la tarea de verificar, en el plazo de dos meses tras la realización de la PAM, si esta se ha llevado a cabo de acuerdo con los procedimientos y requisitos previstos en la ley. Este precepto prevé que dicha verificación se llevará a cabo, con carácter general, “a partir de los datos recogidos en el documento segundo”, esto es, los datos relativos a las circunstancias del caso de PAM concreto.

No obstante, se dispone que en caso de que existan dudas se podrá decidir, por mayoría simple, levantar el anonimato y acudir a la lectura del documento primero (relativo a los datos personales de los intervinientes), y si tras esto queda afectada la imparcialidad de algún miembro de la Comisión, este podrá retirarse voluntariamente o ser recusado. Además, por mayoría simple, la Comisión también podrá acordar el acceso a la información de la historia clínica del o la paciente solicitante. Estas medidas, sin duda, van encaminadas a garantizar el anonimato de los intervinientes en la PAM, el cual podrá ser levantado exclusivamente por circunstancias que impidan una comprobación por parte de la Comisión, lo cual requiere un acuerdo por mayoría simple de los miembros de este organismo.

Por otro lado, en caso de que la Comisión, por mayoría de dos tercios o más de los miembros, “considere que no se han cumplido las condiciones y procedimientos establecidos en la ley, deberá comunicarlo a la dirección del centro sanitario para que proceda a la apertura de una investigación”.

La comunicación a la Comisión tiene, por tanto, una finalidad de evaluación *a posteriori*, una vez se haya efectuado la PAM, para comprobar que se han cumplido todas las exigencias legales y poder delimitar las oportunas responsabilidades en caso contrario. Esta finalidad, por tanto, vela por el cumplimiento del procedimiento con todas las garantías, resultando de aplicación el régimen sancionador previsto en la Ley 14/1986, General de Sanidad, así como la posible responsabilidad civil o penal y profesional o estatutaria que pudiera corresponder en caso de infracciones e incumplimientos.

### *2.5. Situación de incapacidad de hecho*

Para los casos relativos a una incapacidad de hecho, la PLORE exime del cumplimiento de los requisitos y de la tramitación del procedimiento de carácter general, estableciendo unas pautas específicas.

Así, el art. 5.2 prevé una exención de cumplimiento de todos los requisitos generales el caso de que el paciente se encuentre incurso en una situación de incapacidad de hecho permanente certificada por el médico o médica responsable, sufra una enfermedad grave e incurable o enfermedad grave crónica e invalidante y, además, haya suscrito un documento de instrucciones previas o documento equivalente con

anterioridad. En estos casos, la PLORE prevé que la PAM se lleve a cabo en los términos previstos en el documento de instrucciones previas o equivalente.

Por otro lado, en relación con el procedimiento general, el art. 9 prevé una tramitación específica de la PAM para estos casos, imponiendo al médico o médica responsable la aplicación de lo previsto en el documento de instrucciones previas o equivalente.

Como puede apreciarse, esta tramitación especial para casos de incapacidad de hecho es una garantía que se condiciona a la existencia de un documento de instrucciones previas firmado por el paciente solicitante en un momento anterior al de la pérdida de consciencia o capacidad. De este modo, en caso de que no se haya suscrito documento alguno y la persona interesada se hallara en una situación de incapacidad de hecho, no cabría la aplicación de ningún procedimiento previsto en la PLORE.

#### *2.6. Denegación de la PAM y posibilidad de recurso*

En el art. 7 de la proposición de ley se prevé que toda denegación de la PAM deba ser por escrito y motivada por el médico o médica responsable, salvo que la misma derive del ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria. Asimismo, deberá remitir en el plazo de quince días después de recibida la solicitud el documento primero y el documento segundo, relativos a los datos personales de los intervinientes y a las circunstancias de la PAM, regulados en el art. 12.

Asimismo, se le concede a la propia persona solicitante o al tercero que hubiera presentado la solicitud en su nombre en casos de incapacidad de hecho, la posibilidad de recurrir dicha denegación ante la Comisión de Control y Evaluación competente, para lo cual dispondrá de un plazo máximo de cinco días hábiles desde la fecha de la denegación.

En caso de que la denegación de la PAM se de en la fase de control por parte de la Comisión de Control y Evaluación, el art. 10 PLORE prevé la posibilidad de recurrir dicha decisión denegatoria ante la jurisdicción contencioso-administrativa.

#### *2.7. Garantías en el acceso a la PAM*



La PLORE prevé una inclusión de la PAM en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, siendo costeada con financiación pública para garantizar así el acceso universal a la misma.

Asimismo, la PLORE establece un plazo de tres meses desde la entrada en vigor de la ley para la elaboración, por parte del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, de un manual de buenas prácticas y de los protocolos de actuación de los médicos o médicas responsables para la valoración de situaciones de incapacidad de hecho.

Por su parte, el art. 15 recoge la protección de la intimidad y confidencialidad de los casos de PAM que han de guardar los centros sanitarios donde se practiquen, que deberá cumplir con lo establecido en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Asimismo, el art. 19 impone a los miembros de la Comisión de Control y Evaluación el deber de guardar secreto sobre el contenido de sus deliberaciones y a proteger la confidencialidad de los datos personales a los que tengan acceso.

Por último, el art. 16 se refiere al derecho a la objeción de conciencia sanitaria por los y las profesionales sanitarios implicados en la PAM. Así, se establece que se trata de un derecho individual del profesional sanitario directamente implicado en su realización, lo cual significa que ostenta este derecho el médico o médica responsable, el médico o médica consultor/a y aquellos profesionales sanitarios diferentes al médico o médica responsable a los que el paciente les haya solicitado la PAM. Por otro lado, este precepto señala que la objeción de conciencia “deberá manifestarse anticipadamente y por escrito”, si bien no concreta un periodo exacto de antelación con el que el profesional objetor deberá ponerlo en conocimiento del resto del equipo sanitario y los pacientes. Asimismo, se establece que las administraciones sanitarias deberán crear “un Registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la ayuda para morir”, donde se contendrá la declaración de objeción de conciencia de cada profesional objetor para que la administración sanitaria pueda “garantizar una adecuada gestión de la PAM”.

Por otra parte, para poder garantizar el pleno ejercicio del derecho a solicitar la eutanasia sin coartar los derechos y libertades de terceros, la proposición de ley prevé la objeción de conciencia, figura que actúa como límite a la libertad individual del sujeto

que desee solicitar la eutanasia. Según PRIETO SANCHÍS<sup>166</sup>, la objeción de conciencia puede ser definida como “la situación en que se halla la libertad de conciencia cuando alguna de sus modalidades de ejercicio (prima facie) encuentra frente a sí razones opuestas derivadas de una norma imperativa o de la pretensión de un particular”. Dicho de otro modo, la objeción de conciencia prevista por esta proposición de ley es el límite a la libertad individual o autonomía del sujeto que solicita la eutanasia, contemplando así la posibilidad de que terceras personas (profesionales médicos, en este caso) puedan incumplir el deber de proporcionar la eutanasia solicitada como consecuencia de un conflicto con su normatividad ética.

### *2.8. Disposiciones finales: causa de muerte, modificación del CP y vacatio legis*

Es interesante en este sentido la previsión que realiza la PLORE en su DA 1ª sobre la causa de muerte derivada de la PAM, estableciendo que tendrá en cualquier caso la consideración de muerte natural a todos los efectos. Esta delimitación es muy importante, sobre todo en lo relativo a los seguros de vida, puesto que en la normativa aseguradora actual la eutanasia se equipara con el acto voluntario de poner fin a la vida, esto es, el suicidio. Así, “en las condiciones generales del seguro de vida utilizadas en el mercado español, se puede excluir con carácter general la cobertura del suicidio o acto voluntario del asegurado que pone fin a su vida, lo que se considera un acto doloso dirigido a la obtención del capital asegurado por la vía contractual”<sup>167</sup>. Por este motivo, de no existir la aclaración prevista por la PLORE, los fallecimientos derivados de la PAM persistirían al margen de la cobertura de este tipo de seguros.

Por otra parte, la DF 1ª establece una modificación del art. 143.4 CP, quedando redactado del siguiente modo:

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

---

<sup>166</sup> PRIETO SANCHÍS, L. “Libertad y objeción de conciencia” en *Revista Persona y Derecho*, núm. 54, 2006, págs. 264 y 265, disponible en: [https://dadun.unav.edu/bitstream/10171/14621/1/PD\\_54-1\\_13.pdf](https://dadun.unav.edu/bitstream/10171/14621/1/PD_54-1_13.pdf).

<sup>167</sup> TIRADO SUÁREZ, F.J. “Eutanasia y seguros de personas”, en *Revista ICADE, Facultades de Derecho y Ciencias Económicas y Empresariales*, núm. 71, 2007, pág. 184.

Se trata, por tanto, de la introducción de una eximente completa en el último apartado del art. 143 CP. Se configuraría, por tanto, como un delito especial, al eximir de responsabilidad penal únicamente al médico o médica interviniente, no amparándole este beneficio al tercero cooperador que, en la mayoría de los casos mediáticos conocidos, es la forma más común de realización de esta práctica.

Finalmente, la PLORE introduce una *vacatio legis* de tres meses desde la publicación de la ley en el BOE, plazo que, a pesar de ser equivalente al concedido al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud para la elaboración del manual de buenas prácticas y de los protocolos de actuación para la valoración de situaciones de incapacidad de hecho o al concedido a los Gobiernos Autonómicos y al Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar para la creación de las Comisiones de Control y Evaluación, no están sincronizados. Así, los plazos señalados para la elaboración del manual de buenas prácticas, los protocolos y la creación de las Comisiones comienzan a ser efectivos una vez entre en vigor la ley tras los tres meses de *vacatio legis*. Esto, sin duda, afecta al procedimiento de solicitud de la PAM previsto en la propia ley, puesto que aquellas solicitudes que se dieran en los tres primeros meses desde su entrada en vigor, quedarían expuestas a la falta de puesta en marcha y creación de los elementos necesarios exigidos por la ley, por lo que podrían darse casos de una grave ralentización.

## **VII. CRÍTICAS A LA PLORE 122/20 PSOE 2020: ¿UNA VERDADERA INTENCIÓN DE LEGALIZAR LA EUTANASIA?**

La admisión a trámite de la PLORE 122/20 PSOE 2020 sin duda es un hecho digno de celebración, puesto que ha supuesto un pequeño avance en la larga lucha por la legalización de la eutanasia que se lleva manteniendo en España desde hace décadas. No obstante, a pesar de que el texto contenga hitos como la propuesta de despenalización de la cooperación al suicidio tanto no ejecutiva como ejecutiva en contexto eutanásico<sup>168</sup>, lo cierto es que la propuesta reguladora del procedimiento a seguir, así como el escaso margen de decisión que se le concede a la persona solicitante de la PAM en el proceso de

---

<sup>168</sup> En otros países de nuestro entorno estas prácticas están claramente diferenciadas y pueden dar lugar a tratamientos penales diferentes, como ocurre en Alemania o Suiza donde la eutanasia está penalizada pero el suicidio asistido o cooperación no ejecutiva al suicidio no; así en JIMÉNEZ GARCÍA, A., GRANADOS BOLÍVAR, M., FERNÁNDEZ MORENO, C. “Revisión legislativa de la eutanasia, suicidio asistido y muerte digna en Europa”, en *Biblioteca Lascazas*, Vol. 11, núm. 2, 2015, págs. 1-11, disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0821.pdf>.

su propia muerte ponen de manifiesto una actitud paternalista de dudosa voluntad regularizadora de estas prácticas.

Así, a continuación procederemos a analizar de forma crítica tres de los elementos clave que contiene la PLORE que deberían ser objeto de modificación para una correcta consecución de la legalización de las prácticas eutanásicas.

### **1. Obligatoriedad de la realización de la PAM en centros sanitarios**

Otro de los elementos a mejorar sería el de la imposición de la realización de la PAM exclusivamente en centros sanitarios. Si bien es un requisito diseñado para el cumplimiento del procedimiento con las mayores garantías posibles, resulta un tanto discriminatorio y atenta contra la libertad de la persona solicitante. Un proceso de buena muerte debería otorgar a la persona que lo atraviesa una capacidad para configurarlo a su medida y como él o ella desee. En este sentido, resulta chocante y discriminatoria la imposición de este procedimiento de forma taxativa si la persona solicitante está consciente, pero la omisión del mismo y el cumplimiento de lo dispuesto en el documento de instrucciones previas en supuestos de incapacidad de hecho o pérdida de consciencia de la persona solicitante.

El hecho de permitir la realización de la PAM a domicilio o incluso en centros sociosanitarios si la persona interesada así lo solicita no entraña un mayor riesgo si se garantiza el cumplimiento de los requisitos de control previos. De hecho, se le estaría concediendo un mayor protagonismo a la persona solicitante en el proceso de su propia muerte, ampliando el abanico de posibilidades para ofrecer una mayor adecuación a cada caso.

### **2. La duración del procedimiento y el control previo de la Comisión de Control y Evaluación**

Visto todo el procedimiento propuesto por la PLORE para recibir la PAM, cabe deducir que los plazos planteados no son para nada breves, a pesar de la urgencia que implica esta prestación, dado el contexto en el que se desenvuelve, sobre todo si se trata de los supuestos de enfermedad grave que conlleva unos padecimientos insoportables.

Así, en el mejor de los casos, si una persona decide solicitar la PAM de acuerdo con esta PLORE, desde el momento de la solicitud inicial hasta el momento final de su realización, mediarían un máximo de 64 días, contando con que el procedimiento transcurriera de una forma ordinaria y sin reclamaciones o denegaciones. Por el contrario, si se denegara la PAM con anterioridad a la fase de control de la Comisión y la persona solicitante decidiera presentar una reclamación, el procedimiento se alargaría en 20 días más; mientras que si la denegación se diera en fase de control de la Comisión y la persona solicitante decidiera interponer recurso, la prolongación del procedimiento se vería sometida a los plazos de la jurisdicción contencioso-administrativa.

Como puede observarse, los plazos que contempla la PLORE para este procedimiento son inviables, dada la urgencia que se precisa debido al sufrimiento del solicitante. El hecho de que la decisión autónoma del paciente deba someterse al control previo de tres filtros diferentes (médico o médica responsable, médico o médica consultor/a y Comisión de Control y Evaluación) o cuatro, en el caso de que el paciente solicitante recurra la resolución denegatoria de la PAM ante la jurisdicción contencioso-administrativa, puede configurarse como un arma de doble filo. De esta forma, puede entenderse como un sistema de afianzamiento y garantía de la seriedad de la solicitud de PAM, pero también como un mecanismo de ralentización y bloqueo del procedimiento.

En este sentido, la creación de la figura del médico o médica consultor/a es acertada y necesaria, dado que funciona como un aval de carácter médico que aporta una opinión objetiva sobre el caso concreto, demorando el procedimiento en unos 10 días, plazo que si bien podría ser reducido, es razonable. Ahora bien, el control previo de la Comisión puede resultar un tanto excesivo e innecesario, dado que se trata de un órgano externo y de carácter político, cuya creación y composición depende del Gobierno Autonómico oportuno, sin especificar la PLORE los requisitos académicos o profesionales que deban reunir sus miembros. Como ya se ha expuesto, esto supone que las solicitudes de PAM puedan verse sometidas a los vaivenes políticos y que, consecuentemente, puedan llegar a establecerse desigualdades entre CCAA contrarias a la CE, provocando que las personas solicitantes se vieran obligadas a trasladarse a otros lugares diferentes al de su propia residencia para ver cumplida su petición<sup>169</sup>. Asimismo,

---

<sup>169</sup> SOLER, F. “El Congreso estudia dos propuestas para despenalizar la eutanasia”, en *Revista DMD Asociación Derecho a Morir Dignamente*, núm 77, 2018, pág. 20, disponible en: [https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/10/revista\\_dmd\\_77.pdf](https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/10/revista_dmd_77.pdf).

la intervención de la Comisión como órgano de control previo alarga el procedimiento en unos 29 días (2 días para designar a los miembros encargados de elaborar la propuesta de aprobación o denegación de la PAM, 7 días para elevarla a la Comisión más otros 20 días como plazo máximo para emitir una resolución definitiva favorable), lo cual supone un elevado tiempo de espera que perjudica gravemente a la persona solicitante.

Así, una solución agilizadora consistiría en la supresión del control previo de la Comisión previsto en el art. 10 PLORE, dado que este control además de demorar el procedimiento en casi un mes constituye un riesgo de bloqueo de este, dado el carácter político de su composición. Propuestas de regulación anteriores como la PLORE UP 2019 no contemplaban este requisito de control previo, sino que la Comisión se limitaba a ejercer un control *a posteriori* una vez la PAM hubiera sido realizada, aproximándose así a regulación holandesa, que desde 2001 tiene legalizadas las prácticas eutanásicas, limitando el control del cumplimiento de los requisitos con carácter previo a la realización de la PAM a las figuras del médico o médica responsable y médico o médica consultor/a<sup>170</sup>. Con la omisión de este control previo, se estaría reduciendo el procedimiento de 64 días en 35 días, que, a pesar de seguir siendo un plazo todavía largo e impositivo, se adecúa más a las circunstancias que el propuesto por la PLORE<sup>171</sup>, aproximándose así al previsto en legislaciones de países vecinos como Bélgica<sup>172</sup>.

De este modo, una correcta regulación de la PAM debería ir encaminada a agilizar el procedimiento que ha de llevarse a cabo, sin obviar los controles necesarios para su correcta aplicación, pero garantizando el respeto de la voluntad del paciente solicitante y su participación en el procedimiento de su propia muerte. En este sentido, la valoración

---

<sup>170</sup> Así en ANDRUET, A.S. “Ley holandesa de terminación de la vida a petición propia. Nuestra consideración acerca de la eutanasia”, en *Derecho y Salud*, Vol. 9, núm. 2, 2001, págs. 169-199

<sup>171</sup> A diferencia de esta estricta regulación del procedimiento, la PLORE UP 2019 no contemplaba plazos fijos salvo el intervalo de 15 días entre solicitudes. El resto de las actuaciones relativas a la consulta con el resto del equipo de profesionales sanitarios o con el médico o médica consultor/a con carácter previo a la realización de la PAM, estaban formuladas de una forma abierta sin plazos fijos, señalando además que una vez finalizado el proceso de solicitud y habiendo cumplido todos los requisitos, “el médico responsable deberá garantizar el acceso a la PAM en los plazos que la persona solicitante considere”. Esta falta de concreción puede resultar un tanto peligrosa por las posibles demoras que podrían darse en algunos casos al no existir plazos obligatorios que cumplir, pero es preciso destacar su mejor adecuación con el ámbito de aplicación, puesto que solo de esta forma se respeta de forma efectiva la voluntad y la decisión autónoma del paciente solicitante.

<sup>172</sup> La legislación belga prevé que deberá mediar un mes entre la solicitud de la eutanasia y su realización, así en JIMÉNEZ GARCÍA, A., GRANADOS BOLÍVAR, M., FERNÁNDEZ MORENO, C. “Revisión legislativa de la eutanasia, suicidio asistido y muerte digna en Europa”, en *Biblioteca Lascasas*, Vol. 11, núm. 2, 2015, pág. 6, disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0821.pdf>.

de un requisito tan subjetivo como es la concurrencia de una enfermedad grave en los términos establecidos en la PLORE debe ser responsabilidad de una persona estrechamente vinculada con el caso en concreto y conocedora del mismo, como es el médico o médica responsable. Para garantizar la objetividad de su valoración, la PLORE prevé que antes de llevar a cabo la PAM lo ponga en conocimiento del resto del equipo asistencial así como del médico o médica consultor/a, debiendo este último autorizar o no su realización. Por este motivo, el procedimiento que prevé la PLORE hasta la fase de control del médico o médica consultor/a ya garantiza suficientemente una correcta PAM, puesto que se trata de profesionales suficientemente competentes, uno conocedor del caso en concreto y otro ajeno que aporta una opinión objetiva, por lo que la introducción de más controles como el de la Comisión únicamente sirven para disfrazar una intención bloqueadora del procedimiento de garantía para la ciudadanía.

### **3. Composición y características de la Comisión de Control y Evaluación**

Como ya se ha puesto de manifiesto en el análisis de la PLORE, el texto contiene unas pautas vagas y ambiguas acerca de la composición de este órgano, dejando en manos de los respectivos Gobiernos Autonómicos o del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social su configuración. Esta falta de criterios unificadores puede derivar en la creación de Comisiones con diferente número de miembros, requisitos académicos o profesionales, duración de los cargos o remuneraciones en función del Gobierno competente oportuno encargado de su creación, lo cual conlleva un trato discriminatorio hacia las personas solicitantes en el control previo previsto por la PLORE al ser esta creación de las Comisiones influenciada políticamente.

No obstante, esta ambigüedad también afecta a la función evaluadora que ostentan las Comisiones con carácter posterior a la realización de la PAM, puesto que sus miembros son los encargados de verificar que la prestación se ha llevado a cabo con el cumplimiento de todos los requisitos previstos y, siendo algunos de ellos de carácter subjetivo (la valoración de la situación de enfermedad grave e incurable o crónica e invalidante, por ejemplo), la influencia política de este órgano puede afectar en la objetividad de la comprobación de correcto cumplimiento del procedimiento. Así, una solución a este problema residiría en atribuir la responsabilidad de la creación de estas Comisiones en organismos que no estén directamente sometidos a los continuos cambios

políticos. Un ejemplo sería el propuesto por la PLORE UP 2019, que atribuía esta facultad al Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA).

Por lo tanto, a pesar de la gran importancia y repercusión que la admisión de esta PLORE ha tenido, lo cierto es que primeramente debe someterse a una serie de enmiendas sobre los aspectos anteriormente mencionados antes de su promulgación, ya que, de lo contrario, lo más probable es que entre en vigor una LO que parece buscar una despenalización de las conductas del art. 143 CP pero no un verdadero cumplimiento de la voluntad de quien las solicita.

## **VIII. CONCLUSIONES**

I. La despenalización de las conductas eutanásicas viene siendo objeto de controversia ética y social desde hace casi tres décadas en España. Si bien el escenario en el que se desarrollan se ha ido complejizando con el paso de los años a través de la introducción de neologismos que han ido concretando con más detalle cada situación posible, lo cierto es que cuando hablamos de “legalización de la eutanasia” nos estamos refiriendo a la despenalización de la cooperación no ejecutiva y de la cooperación ejecutiva al suicidio en contexto eutanásico, que son las conductas que actualmente regula el tipo atenuado del art. 143.4 CP y que comúnmente son conocidas como “eutanasia activa directa” y “suicidio asistido”.

II. Las conductas eutanásicas implican la participación de un tercero en el suicidio de otra persona. A diferencia de la cooperación no ejecutiva y ejecutiva tipificada en los apartados 2 y 3 del art. 143 CP, estas conductas requieren de la concurrencia de una enfermedad grave incurable o que produzca graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, esto es, una situación especial a la que se le denomina “contexto eutanásico”. De esta forma, la despenalización y regulación de estas conductas no busca dejar impune toda intervención de tercero en suicidio ajeno, sino exclusivamente aquellas conductas de participación en suicidios cuyo solicitante se encuentre en situación de enfermedad grave irreversible o que le genere un sufrimiento insoportable, motivos que se ven profundamente vinculados con la libertad, la dignidad humana y el libre desarrollo de la personalidad.



III. La defensa del reconocimiento de la disponibilidad de la propia vida y el derecho a morir se ha topado con la respuesta denegatoria del TC, que ha sentenciado rotundamente que no existe una libre disponibilidad de la propia vida y que el art. 15 CE no entraña una vertiente negativa, esto es, un derecho a la muerte. La despenalización de las conductas eutanásicas, por tanto, no puede ser argumentada con base en un reconocimiento de estos derechos, sino que ha de fundamentarse en la interpretación del derecho a la vida del art. 15 CE junto con el derecho a la libertad del art. 1.1 CE, los principios de dignidad humana y libre desarrollo de la personalidad del art. 10 CE y la prohibición expresa del sometimiento a tratos inhumanos o degradantes del propio art. 15 CE. Así, situándonos en el contexto eutanásico y tras realizar un juicio ponderativo, se debe defender la primacía de estos derechos y valores constitucionales sobre la vida, puesto que las circunstancias pueden permitir una interpretación en este sentido.

IV. El principal argumento de quienes se posicionan en contra de la legalización de estas conductas es el temor a que se genere una “pendiente resbaladiza” que derive en la práctica de una eutanasia eugenésica, esto es, la erradicación de individuos o grupos poblacionales que suponen una elevada carga económica y social para el sistema. Efectivamente, la despenalización de una práctica que compromete a derechos y valores constitucionales tan relevantes entraña un riesgo, pero precisamente por este motivo no se contempla una despenalización sin una consiguiente regulación que establezca detalladamente un procedimiento garantista a seguir. Asimismo, la despenalización se está enfocando en unos supuestos de hecho muy concretos, por lo que emplear el temor a la “pendiente resbaladiza” como argumento principal para criticar la legalización de las conductas eutanásicas resulta un tanto demagógico y populista.

V. El Derecho Penal va siempre un paso por detrás de la sociedad. Si bien la legalización de la eutanasia es un debate en auge desde hace décadas, ha llegado un punto en el que el legislador no ha podido seguir obviando la creciente demanda de la sociedad. Los casos más mediáticos de solicitud de eutanasia ponen de manifiesto un debilitamiento de la eficacia preventivo general negativa de la tipificación de las conductas eutanásicas, puesto que muchas personas llevan a cabo estas prácticas pese a la amenaza penal existente, cuestionando así el sentido de la persistencia de su relevancia penal.

VI. La reciente iniciativa legislativa que se ha presentado en el Congreso de los Diputados (PLORE 122/20 PSOE 2020) apuesta por una despenalización de las

conductas eutanásicas del actual art. 143.4 CP y ofrece una regulación a través de un complejo procedimiento que pone en cuestión la verdadera voluntad regularizadora de estas prácticas. Actualmente la propuesta se halla en fase de ampliación de enmiendas al articulado, por lo que posiblemente este no vaya a ser el texto que finalmente entre en vigor como LO. Aun así, cabe apuntar que una iniciativa legislativa que verdaderamente busque despenalizar y regular estas conductas ha de estar enfocada en la perspectiva del o la paciente solicitante, esto es, una persona que se encuentra en una situación irreversible de enfermedad grave incurable o que le genera un sufrimiento insoportable. Por este motivo, el procedimiento a seguir ha de ser lo más breve posible dentro del margen que el control garantista permita, y la persona solicitante debe tener un mayor grado de participación en el proceso de su propia muerte. Por supuesto que han de establecerse unos límites para que el procedimiento reúna el mayor número de garantías posible, de cara a evitar los abusos y hacer de esta práctica una prestación universal, pero esto se consigue por medio de otras herramientas. Así, a través de un sistema de controles previos y posteriores que minimice el riesgo de abusos, con el establecimiento de plazos razonables y donde el sujeto solicitante tenga un cierto margen de decisión, así como con la introducción de la objeción de conciencia sanitaria y la financiación pública de la prestación gracias a su inclusión en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.

## **IX. BIBLIOGRAFÍA**

### **1. Libros y artículos**

AGUIAR, F., SERRANO, R. Y SESMA, D. “Eutanasia y suicidio asistido: un debate necesario”, en *Fundación Centro de Estudios Andaluces. Consejería de la Presidencia. Junta de Andalucía*, núm. 3, 2009, págs. 1-12, disponible en:

<https://digital.csic.es/bitstream/10261/62854/1/Eutanasia%20y%20suicidio%20asistido.pdf>.

ALONSO ÁLAMO, M. “Eutanasia y Derechos Fundamentales. Recensión del libro de Fernando Rey Martínez”, en *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*, núm. 10, 2008, págs. 1-8.

ALONSO ÁLAMO, M. “La eutanasia hoy: perspectivas teológicas, bioética constitucional y jurídico-penal (a la vez, una contribución sobre el acto médico), en *Revista Penal*, núm. 20, 2007, págs. 3-31, disponible en:  
<http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/12127/Eutanasia.pdf?sequence=2>.

ÁLVAREZ-CIENFUEGOS FIDALGO, J. “Sobre la muerte voluntaria”, en *Revista de Pensament i Anàlisi*, núm. 4, 2004, págs. 111-123, disponible en:  
<http://www.e-revistas.uji.es/index.php/recerca/article/view/257/239>.

ÁLVAREZ GÁLVEZ, I. *La eutanasia voluntaria autónoma*. Dykinson, S.L., Madrid, 2002.

ÁLVAREZ MONTERO, S. “Eutanasia, opciones al final de la vida y médicos de familia” en *Revista de Atención Primaria*, Vol. 41, núm. 7, 2009, pág. 405-410.

ANDRUET, A.S. “Ley holandesa de terminación de la vida a petición propia. Nuestra consideración acerca de la eutanasia”, en *Derecho y Salud*, Vol. 9, núm. 2, 2001, págs. 169-199.

ASOCIACIÓN DERECHO A MORIR DIGNAMENTE. “Religión y suicidio en el mundo”, en *Revista DMD Asociación Derecho a Morir Dignamente*, núm 77, 2018, pág. 1, disponible en:  
[https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/10/revista\\_dmd\\_77.pdf](https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/10/revista_dmd_77.pdf).

AZULAY TAPIERO, A. “Las diferentes formas de morir. Reflexiones éticas”, en *Revista Anales de Medicina Interna*, Vol. 21, núm. 7, 2004, disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-71992004000700009](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992004000700009).

BAJO FERNÁNDEZ, M. “Disponibilidad de la propia vida”, en VV.AA., *Homenaje al profesor Dr. Gonzalo Rodríguez Mourullo*, Civitas, Madrid, 2005.

BARQUÍN SANZ, J. “La eutanasia como forma de intervención en la muerte de otro”, en ROXIN, C. Y OTROS, *Eutanasia y suicidio. Cuestiones dogmáticas y de política criminal*. Comares, Granada, 2001, págs. 155-211.

BRANDANIZ GARCÍA, J.A. Y FARALDO CABANA, P. (COORDS.). *Responsabilidad penal del Personal Sanitario*. Netbiblo, S.L., A Coruña, 2002.

CLIMENT GALLART, J.A. “La jurisprudencia del TEDH sobre el derecho a la disposición de la propia vida”, en *Actualidad Jurídica Iberoamericana*, núm. 8, 2018, págs. 124-137.

COMITÉ DE ÉTICA DE LA SECPAL. “Declaración sobre la eutanasia de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos”, en *Revista de Medicina Paliativa*, Vol. 9, núm. 1, 2002, págs. 37-40.

CORCOY BIDASOLO, M. “La regulación legal de la eutanasia en el CP español. Propuestas de reformas legislativas” en MENDOZA BUERGO, B. *Autonomía personal y decisiones médicas. Cuestiones éticas y jurídicas*. Thomson Reuters-Aranzadi, Cizur Menor, 2010.

CORCOY BIDASOLO, M. *Manual de Derecho Penal Parte Especial*. Tirant lo Blanch, Valencia, 2015.

CORCOY BIDASOLO, M. *Manual de Derecho Penal Parte Especial*. Tirant Lo Blanch, Valencia, 2019.

DE LILLO, L. “Del encarnizamiento terapéutico a una muerte digna”, en *Revista de Bioética y Socioantropología en Medicina*, Vol. VI, núm. 1, 2011, págs. 1-18.

DIAZ ARANDA, E. *Dogmática del suicidio y homicidio consentido*. Centro de estudios judiciales, Ministerio de Justicia, Madrid, 1995.

DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO, M. Y BARBER BURUSCO, S. “Participación en el suicidio y eutanasia. Esbozo del tratamiento penal en España” en *Revista Nuevo Foro Penal*, Vol. 8, núm. 79, julio-diciembre 2012, págs. 115-149.

DÍEZ RIPOLLÉS, J.L. “Eutanasia y derecho”, en *Eguzkilore, Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología*, núm. 9, 1995, págs. 124-126.

FARALDO CABANA, P. “Omisión del deber de socorro. Especial referencia a la negativa al tratamiento médico”, en *Lecciones de Derecho Sanitario*, 1999, págs. 519-554.

FELDMANN, M. “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*, Vol. LXIV, 2011, págs. 99-162.

FELIP I SABORIT, D. “Tema 1. El homicidio y sus formas” en SILVA SÁNCHEZ, J.M. Y OTROS, *Lecciones de Derecho Penal Parte Especial*. Atelier Libros Jurídicos, Barcelona, 2015, págs. 27-55.

GARCÍA ÁLVAREZ, P. *La Puesta en Peligro de la Vida y/o Integridad Física Asumida Voluntariamente por su Titular*. Tirant Lo Blanch, 1999.

GARCÍA HERNÁNDEZ, J. “El derecho a la vida frente al suicidio de su titular”, en *Revista Bioderecho.es*, núm. 5, 2017, págs. 1-14.

GARCÍA RIVAS, N. “Hacia una justificación más objetiva de la eutanasia”, en *Homenaje al Dr. Marino Barbero Santos in memoriam*, Ediciones de la Universidad Castilla-La Mancha, 2001.

GERMÁN ZURRIARÁIN, R. “Aspectos sociales de la eutanasia”, en *Cuadernos de Bioética*, Vol. XXX, núm. 98, 2019, págs. 23-34, disponible en:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87558347003>.

GÓMEZ, M. “Perfil jurídico de la lucha médica contra el dolor. Al tiempo, tratamiento de la eutanasia activa indirecta”, en *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, Vol. 13, núm. 1, 2006, disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462006000100007](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462006000100007).

GÓMEZ SANCHO, M. (Coord.) y OTROS. “Atención Médica al final de la vida: conceptos y definiciones”, en *Gaceta Médica de Bilbao*, Vol. 112, núm. 4, 2015, págs. 1-7.

GONZALO PRIETO, M. “El nuevo delito de eutanasia”, en *Boletín Jurídico Derecho.com*, mayo 2001, disponible en:

<https://derechoamorar.org/wp-content/uploads/2018/04/prieto.pdf>.

JIMÉNEZ GARCÍA, A., GRANADOS BOLÍVAR, M., FERNÁNDEZ MORENO, C. “Revisión legislativa de la eutanasia, suicidio asistido y muerte digna en Europa”, en *Biblioteca Lascasas*, Vol. 11, núm. 2, 2015, págs. 1-11, disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0821.pdf>.

LORENZO SALGADO, J.M. “Algunas consideraciones sobre el art. 143.4 del Código Penal” en *Revista Estudios Penales y Criminológicos*, Vol. XXV, núm. 25, 2004, págs. 150-215.

MENDES DE CARVALHO, G. *Suicidio, eutanasia y Derecho Penal. Estudio del art. 143 del Código Penal español y propuesta de lege ferenda*. Comares, Granada, 2009.

MIRET MAGDALENA, E. “Eutanasia, filosofía y religión” en *Revista Humanitas, Humanidades Médicas*, Vol. 1, núm. 1, enero-marzo 2003, págs. 113-120, disponible en: <https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2018/06/eutanasia-filosofia-y-religion.pdf>.

MORENO ANTÓN, M. “Elección de la propia muerte y derecho: hacia el reconocimiento jurídico del derecho a morir”, en *Revista Derecho y Salud*, Vol. 12, núm. 1, págs. 61-84.

MUÑAGORRI LAGUIA, I. “La regulación de la eutanasia en el nuevo Código Penal”, en *Jueces para la democracia*, núm. 25, 1996, págs. 67-72.

MUÑOZ CONDE, F. *Derecho Penal Parte Especial*. Tirant lo Blanch, Valencia, 2017.

OLMEDO CARDENETE, M. “Responsabilidad penal por la intervención en el suicidio ajeno y en el homicidio consentido”, en ROXIN, C. Y OTROS. *Eutanasia y suicidio. Cuestiones dogmáticas y de política criminal*. Comares, Granada, 2001, págs. 105-154.

PÉREZ SÁNCHEZ, E. “La diferencia entre matar y dejar morir y su repercusión en el debate contemporáneo sobre la eutanasia”, en *Revista de Pensament i Anàlisi*, núm. 4, 2004, págs. 125-136.

PIÑA CABEZAS, F.A. “La eutanasia: derecho a la muerte pero no a la vida (digna)”, en *Revista La Toga*, núm. 180, 2010, págs. 54-55.

PIVA TORRES, G.E. *Teoría del Delito y el Estado Social y Democrático de Derecho*, Bosch Editor, Barcelona, 2019.

PRIETO SANCHÍS, L. “Libertad y objeción de conciencia” en *Revista Persona y Derecho*, núm. 54, 2006, págs. 259-273, disponible en:  
[https://dadun.unav.edu/bitstream/10171/14621/1/PD\\_54-1\\_13.pdf](https://dadun.unav.edu/bitstream/10171/14621/1/PD_54-1_13.pdf).

PUY, F. “La eutanasia, hoy”, en *Revista Persona y Derecho*, núm. 26, 1992, págs. 279-290, disponible en: [https://dadun.unav.edu/bitstream/10171/12779/1/PD\\_26-3\\_11.pdf](https://dadun.unav.edu/bitstream/10171/12779/1/PD_26-3_11.pdf).

QUINTERO OLIVARES, G. *Comentarios a la parte especial del derecho penal*. Aranzadi, Cizur Menor, 10ª ed. 2016.

RACHELS, J. “Eutanasia activa y pasiva”, en *Decisiones de vida y muerte: eutanasia, aborto y otros temas de ética médica*, 1995, págs. 147-153.

REY MARTÍNEZ, F. “Eutanasia y derechos fundamentales” en *Revista Direito e Justiça Reflexões Sociojurídicas*, núm. 13, 2009, págs. 13-28, disponible en:  
[http://srvapp2s.santoangelo.uri.br/seer/index.php/direito\\_e\\_justica/article/viewFile/211/142](http://srvapp2s.santoangelo.uri.br/seer/index.php/direito_e_justica/article/viewFile/211/142).

RODRÍGUEZ YUNTA, E. “Comentario al artículo ‘Eutanasia y experimentación humana’, de Viktor von Weizsäcker”, en *Revista Archivos de Psiquiatría*, Vol. 70, núm. 4, 2007, págs. 291-294.

ROLDAN BARBERO, H. “Prevención del suicidio y sanción interna”, en *Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales*, Vol. 40, núm. 3, 1987, págs. 625-646.

ROXIN, C. “La polémica en torno a la heteropuesta en peligro consentida. Sobre el alcance del principio de autorresponsabilidad en Derecho Penal”, en *Revista para el Análisis del Derecho*, núm. 1, Barcelona, 2013, págs. 1-26, disponible en:  
<https://www.raco.cat/index.php/InDret/article/view/262223/349407>.

ROXIN, C. “Tratamiento jurídico-penal de la eutanasia” en *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*, núm. 1, 1999, págs. 1-38, disponible en:

<https://pdfs.semanticscholar.org/baca/6a3fab01c665a9a1724e1ad537e5f0ceadcd.pdf>.

SÁDABA, J. “Eutanasia y ética”, en *Revista de Bioética y Derecho*, núm. 8, octubre 2006, págs. 1-7.

SÁNCHEZ MOLINA, S.M. “El suicidio: una realidad desconocida”, en *Revista hispanoamericana de Historia de las Ideas*, núm. 42, 2019, págs. 131-139.

SIMÓN LORDA, P. “Muerte digna en España”, en *Revista DS Derecho y Salud*, Vol. 16, núm. 2, 2008, págs. 75-94.

SOLER, F. “El Congreso estudia dos propuestas para despenalizar la eutanasia”, en *Revista DMD Asociación Derecho a Morir Dignamente*, núm 77, 2018, págs. 1-46, disponible en:

[https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/10/revista\\_dmd\\_77.pdf](https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/10/revista_dmd_77.pdf).

SUÁREZ LLANOS, L. “La ley de la muerte. Eutanasias, éticas y derechos”, en *Anuario de Filosofía del Derecho*, núm. 28, 2012, págs. 323-371.

TOMÁS-VALIENTE LANUZA, C. *La cooperación al suicidio y la eutanasia en el nuevo Código Penal*. Tirant lo Blanch, Valencia, 2000.

TOMÁS-VALIENTE LANUZA, C. *La disponibilidad de la propia vida en el Derecho Penal*. Boletín Oficial del Estado y Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, Madrid, 1999.

TOMÁS-VALIENTE LANUZA, C. “Posibilidades de regulación de la eutanasia solicitada”, en *Fundación Alternativas*, 2005, pág. 35.

TIRADO SUÁREZ, F.J. “Eutanasia y seguros de personas”, en *Revista ICADE, Facultades de Derecho y Ciencias Económicas y Empresariales*, núm. 71, 2007, págs. 173-191.

ZAPATERO MÉNDEZ, D. “Problemática jurídico-penal sobre la eutanasia con especial referencia al derecho comparado (legislación holandesa y belga)”, en *Diario La Ley*, núm. 9032, Sección Tribuna, Ed. Wolters Kluwer, 2017, disponible en:



[https://diariolaley.laleynext.es/Content/Documento.aspx?params=H4sIAAAAAAAAAEA MtMSbF1CTEAAiNTQ3MTA7Wy1KLizPw827DM9NS8klQABmtY7yAAAAA=WK E#nDT0000251740\\_NOTA40](https://diariolaley.laleynext.es/Content/Documento.aspx?params=H4sIAAAAAAAAAEA MtMSbF1CTEAAiNTQ3MTA7Wy1KLizPw827DM9NS8klQABmtY7yAAAAA=WK E#nDT0000251740_NOTA40).

ZUGALDÍA ESPINAR, J.M. “El homicidio y sus formas”, en ZUGALDÍA ESPINAR, J.M. Y MARÍN DE ESPINOSA CEBALLOS, E.B., *Derecho Penal Parte Especial. Un estudio a través del sistema de casos resueltos. Tomo I. Delitos contra las personas*. Tirant lo Blanch, Valencia, 2011.

## **2. Otros recursos**

ASSOCIACIÓ CATALANA D’ESTUDIS BIOÈTICS. “Razones del no a la eutanasia”, 2001, págs. 1-13, disponible en:

[http://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion\\_temas/eutanasia/Razones\\_del\\_no\\_a\\_la\\_eutanasia.pdf](http://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion_temas/eutanasia/Razones_del_no_a_la_eutanasia.pdf).

EFE 09/09/2019, “Una muerte cada dos horas y media, diez al día: los datos del suicidio en España”, *El Confidencial*, disponible en:

[https://www.elconfidencial.com/espana/2019-09-09/muerte-cada-dos-horas-diez-al-dia-suicidio\\_2217067/](https://www.elconfidencial.com/espana/2019-09-09/muerte-cada-dos-horas-diez-al-dia-suicidio_2217067/).

G.E.P.C. *Una alternativa al tratamiento de la disponibilidad de la propia vida*. Grupo de Estudios de Política Criminal, 1993, págs. 5-46, disponible en:

<http://www.politicacriminal.es/images/pdf/Una%20alternativa%20al%20tratamiento%20jur%20de%20la%20disponibilidad%20de%20la%20propia%20vida.pdf>.

INFOPALIATIVOS (19/10/2018). España solo cumple dos de las nueve recomendaciones del Consejo de Europa para un adecuado desarrollo de los cuidados paliativos, en *InfoPaliativos*, disponible en: <http://infocuidadospaliativos.com/espana-solo-cumple-dos-de-las-nueve-recomendaciones-del-consejo-de-europa-para-un-adecuado-desarrollo-de-los-cuidados-paliativos/>.

PRAT, Q. *Sedación en enfermos terminales*. Centro de humanización de la salud, 2005, disponible en:

[http://www.humanizar.es/fileadmin/documentos/EscuelaFamilia/CuidadosPaliativos/Seccion\\_en\\_enfermos\\_terminales.pdf](http://www.humanizar.es/fileadmin/documentos/EscuelaFamilia/CuidadosPaliativos/Seccion_en_enfermos_terminales.pdf).

Web del Congreso de los Diputados, disponible en:

[www.congreso.es/portal/page/portal/Congreso/PopUpCGI?CMD=VERLST&BASE=pu14&DOCS=1-1&DOCORDER=LIFO&QUERY=%28BOCG-14-B-46-1.CODI.%29#\(Página1\)](http://www.congreso.es/portal/page/portal/Congreso/PopUpCGI?CMD=VERLST&BASE=pu14&DOCS=1-1&DOCORDER=LIFO&QUERY=%28BOCG-14-B-46-1.CODI.%29#(Página1)).

## **X. JURISPRUDENCIA CONSULTADA**

SAP de Donostia/San Sebastián 178/2005, de 15 de julio (núm. rec. 1009/2005).

SAP de Girona 184/2001, de 23 de marzo.

SAP de Girona 289/2016, de 18 de mayo (núm. rec. 39/2015).

SAP de Madrid, Sección 4ª, núm. 403/2016, 15 de noviembre.

SAP de Zaragoza 85/2016, de 19 de abril (núm. rec. 40/2015).

SJM de Donostia/San Sebastián 86/2005, de 12 de mayo (núm. rec. 310/2004).

STC 120/1990, de 27 de junio, FJ 7º (BOE núm. 181, de 30 de julio de 1990).

STC 53/1985, de 11 de abril (BOE núm. 119, de 18 de mayo de 1985).



BOLETÍN OFICIAL  
DE LAS CORTES GENERALES

**CONGRESO DE LOS DIPUTADOS**

XIV LEGISLATURA

Serie B:

PROPOSICIONES DE LEY

31 de enero de 2020

Núm. 46-1

Pág. 1

**PROPOSICIÓN DE LEY**

**122/000020 Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia.**

**Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista.**

La Mesa de la Cámara, en su reunión del día de hoy, ha adoptado el acuerdo que se indica respecto del asunto de referencia.

(122) Proposición de ley de Grupos Parlamentarios del Congreso.

Autor: Grupo Parlamentario Socialista.

Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia.

Acuerdo:

Admitir a trámite, trasladar al Gobierno a los efectos del artículo 126 del Reglamento, publicar en el Boletín Oficial de las Cortes Generales y notificar al autor de la iniciativa.

En ejecución de dicho acuerdo se ordena la publicación de conformidad con el artículo 97 del Reglamento de la Cámara.

Palacio del Congreso de los Diputados, 28 de enero de 2020.—P.D. El Secretario General del Congreso de los Diputados, Carlos Gutiérrez Vicén.

A la Mesa del Congreso de los Diputados

En nombre del Grupo Parlamentario Socialista me dirijo a esa Mesa para, al amparo de lo establecido en el artículo 124 y siguientes del vigente Reglamento del Congreso de los Diputados, presentar la siguiente Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia.

Palacio del Congreso de los Diputados, 24 de enero de 2020.—Rafael Simancas Simancas, Portavoz del Grupo Parlamentario Socialista.

# BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

## CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-1

31 de enero de 2020

Pág. 2

### PROPOSICIÓN DE LEY ORGÁNICA DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA

#### Exposición de motivos

La presente ley pretende dar una respuesta jurídica, sistemática, equilibrada y garantista, a una demanda sostenida de la sociedad actual como es la eutanasia.

La eutanasia significa etimológicamente «buena muerte» y se puede definir como el acto deliberado de dar fin a la vida de una persona, producido por voluntad expresa de la propia persona y con el objeto de evitar un sufrimiento. En nuestras doctrina bioética y penalista existe hoy un amplio acuerdo en limitar el empleo «eutanasia» a aquella que se produce de manera activa y directa, de manera que las actuaciones por omisión que se designaban como eutanasia pasiva (no adopción de tratamientos tendentes a prolongar la vida y la interrupción de los ya instaurados conforme a la *lex artis*), o las que pudieran considerarse como eutanasia activa indirecta (utilización de fármacos o medios terapéuticos que alivian el sufrimiento físico o psíquico aunque aceleren la muerte del paciente —cuidados paliativos—) se han excluido del concepto bioético y jurídico-penal de eutanasia.

El debate sobre la eutanasia, tanto desde el punto de vista de la bioética como del derecho, se ha abierto paso en nuestro país y en los países de nuestro entorno durante las últimas décadas, no solo en los ámbitos académicos sino también en la sociedad, debate que se aviva periódicamente a raíz de casos personales que conmueven a la opinión pública. Un debate en el que confluyen diferentes causas, como la creciente prolongación de la esperanza de vida, con el consiguiente retraso en la edad de morir, en condiciones no pocas veces de importante deterioro físico y psíquico; el incremento de los medios técnicos capaces de sostener durante un tiempo prolongado la vida de las personas, sin lograr la curación o una mejora significativa de la calidad de vida; la secularización de la vida y conciencia social y de los valores de las personas; o el reconocimiento de la autonomía de la persona también en el ámbito sanitario, entre otros factores. Y es, precisamente, obligación del legislador atender a las demandas y valores de la sociedad, preservando y respetando sus derechos y adecuando para ello las normas que ordenan y organizan nuestra convivencia.

La legalización y regulación de la eutanasia se asientan sobre la compatibilidad de unos principios esenciales que son basamento de los derechos de las personas, y que son así recogidos en la Constitución española. Son, de un lado, los derechos fundamentales a la vida y a la integridad física y moral, y de otro, bienes constitucionalmente protegidos como son la dignidad, la libertad o la autonomía de la voluntad.

Hacer compatibles estos derechos y principios constitucionales es necesario y posible, para lo que se requiere una legislación respetuosa con todos ellos. No basta simplemente con despenalizar las conductas que impliquen alguna forma de ayuda a la muerte de otra persona, aun cuando se produzca por expreso deseo de esta. Tal modificación legal dejaría a las personas desprotegidas respecto de su derecho a la vida que nuestro marco constitucional exige proteger. Se busca, en cambio, legislar para respetar la autonomía y voluntad de poner fin a la vida de quien está en una situación de enfermedad grave e incurable, o de una enfermedad grave, crónica e invalidante, padeciendo un sufrimiento insoportable que no puede ser aliviado en condiciones que considere aceptables, lo que denominamos un contexto eutanásico. Con ese fin, la presente ley regula y despenaliza la eutanasia en determinados supuestos, definidos claramente, y sujetos a garantías suficientes que salvaguarden la absoluta libertad de la decisión, descartando presión externa de cualquier índole.

En el panorama de los países de nuestro entorno se pueden reconocer, fundamentalmente, dos modelos de tratamiento normativo de la eutanasia.

Por una parte, los países que despenalizan las conductas eutanásicas cuando se considera que en quien la realiza no existe una conducta egoísta, y por consiguiente tiene una razón compasiva, dando pie a que se generen espacios jurídicos indeterminados que no ofrecen las garantías necesarias.

Por otra parte, los países que han regulado los supuestos en que la eutanasia es una práctica legalmente aceptable, siempre que sean observados concretos requisitos y garantías.

En el análisis de estas dos alternativas jurídicas, es relevante la doctrina del Tribunal Europeo de Derechos Humanos que, en su sentencia de 14 de mayo de 2013 (caso Gross vs. Suiza), consideró que no es aceptable que un país que haya despenalizado conductas eutanásicas no tenga elaborado y promulgado un régimen legal específico, precisando las modalidades de práctica de tales conductas eutanásicas. Esta ley pretende incluirse en el segundo modelo de legislación, dotando de una regulación sistemática y ordenada a los supuestos en los que la eutanasia no deba ser objeto de reproche penal. Así, la ley distingue entre dos conductas eutanásicas diferentes, la eutanasia activa y aquella en la que es el

BOCG-14-B-46-1

# BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

## CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-1

31 de enero de 2020

Pág. 3

propio o la propia paciente la persona que termina con su vida, para lo que precisa de la colaboración de un profesional sanitario que, de forma intencionada y con conocimiento, facilita los medios necesarios, incluido el asesoramiento sobre la sustancia y dosis necesarias de medicamentos, su prescripción, o, incluso, su suministro con el fin de que el o la paciente se lo administre. Por su parte, eutanasia activa es la acción por la que un profesional sanitario pone fin a la vida de un o una paciente de manera deliberada y a petición de este o esta, cuando se produce dentro de un contexto eutanásico por causa de enfermedad grave e incurable o enfermedad grave, crónica e invalidante causantes de un sufrimiento intolerable.

El contexto eutanásico, en el cual se acepta legalmente prestar ayuda para morir a otra persona, debe delimitarse con arreglo a determinadas condiciones que afectan a la situación física y mental en que se encuentra la persona, a las posibilidades de intervención para aliviar su sufrimiento, y a las convicciones morales de la persona sobre la preservación de su vida en unas condiciones que considere incompatibles con su dignidad personal. Así mismo, han de establecerse garantías para que la decisión de poner fin a la vida se produzca con absoluta libertad, autonomía y conocimiento, protegida por tanto de presiones de toda índole que pudieran provenir de entornos sociales, económicos o familiares desfavorables, o incluso decisiones apresuradas. Este contexto eutanásico, así delimitado, requiere de una valoración cualificada y externa a las personas solicitante y ejecutora, previa y posterior al acto eutanásico. Al mismo tiempo, se garantiza la seguridad jurídica y el respeto a la libertad de conciencia del personal sanitario llamado a colaborar en el acto de ayuda a morir.

En definitiva, esta ley introduce en nuestro ordenamiento jurídico un nuevo derecho individual como es la eutanasia. Se entiende por esta la actuación que produce la muerte de una persona de forma directa e intencionada mediante una relación causa-efecto única e inmediata, a petición informada, expresa y reiterada en el tiempo por dicha persona, y que se lleva a cabo en un contexto de sufrimiento debido a una enfermedad o padecimiento incurable que la persona experimenta como inaceptable y que no ha podido ser mitigado por otros medios. Así definida, la eutanasia conecta con un derecho fundamental de la persona constitucionalmente protegido como es la vida, pero que se debe cohonestar también con otros derechos y bienes, igualmente protegidos constitucionalmente, como son la integridad física y moral de la persona (art. 15 CE), la dignidad humana (art. 10 CE), el valor superior de la libertad (art. 1.1 CE), la libertad ideológica y de conciencia (art. 16 CE) o el derecho a la intimidad (art. 18.1 CE). Cuando una persona plenamente capaz y libre se enfrenta a una situación vital que a su juicio vulnera su dignidad e integridad, como es la que define el contexto eutanásico antes descrito, el bien de la vida puede decaer en favor de los demás bienes y derechos con los que debe ser ponderado, toda vez que no existe un deber constitucional de imponer o tutelar la vida a toda costa y en contra de la voluntad del titular del derecho a la vida. Por esta misma razón, el Estado está obligado a proveer un régimen jurídico que establezca las garantías necesarias y de seguridad jurídica.

## II

La presente ley consta de cinco capítulos, dos disposiciones adicionales, una disposición transitoria, una disposición derogatoria y cuatro disposiciones finales.

El capítulo I está destinado a delimitar su objeto y ámbito de aplicación, así como a establecer las necesarias definiciones fundamentales del texto normativo.

El capítulo II establece los requisitos para que las personas puedan solicitar la prestación de ayuda para morir y las condiciones para su ejercicio. Toda persona mayor de edad y en plena capacidad de obrar y decidir puede solicitar y recibir dicha ayuda, siempre que lo haga de forma autónoma, consciente e informada, y que se encuentre en los supuestos de enfermedad grave e incurable o de enfermedad grave, crónica e invalidante causantes de un sufrimiento físico o psíquico intolerables. Se articula también la posibilidad de solicitar esta ayuda mediante el documento de instrucciones previas o equivalente que existe ya en nuestro ordenamiento jurídico.

El capítulo III va dirigido a regular el procedimiento que se debe seguir para la realización de la prestación de ayuda para morir y las garantías que han de observarse en la aplicación de dicha prestación. En este ámbito cabe destacar la existencia de una Comisión de Control y Evaluación que ha de controlar de forma tanto previa como posterior el respeto a la ley.

El capítulo IV establece los elementos que permiten garantizar a toda la ciudadanía el acceso en condiciones de igualdad a la prestación de ayuda para morir, incluyéndola en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y garantizando así su financiación pública, pero garantizando

o/e: BOCG-14-B-46-1

# BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

## CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-1

31 de enero de 2020

Pág. 4

también su prestación en centros privados o, incluso, en el domicilio de la persona solicitante. Hay que destacar que se garantiza dicha prestación sin perjuicio de la posibilidad de objeción de conciencia del personal sanitario.

Finalmente, el capítulo V regula las comisiones de control y evaluación que deberán crearse en todas las Comunidades Autónomas y en las Ciudades de Ceuta y Melilla a los fines de esta ley.

Las disposiciones adicionales, por su parte, se dirigen a garantizar que quienes solicitan ayuda para morir al amparo de esta ley, se considerará que fallecen por muerte natural, y a establecer un régimen sancionador. En sus disposiciones finales, se procede, en consecuencia con el nuevo ordenamiento legal introducido por la presente ley, a la modificación de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, con el objeto de despenalizar todas aquellas conductas eutanasias en los supuestos y condiciones establecidos por la presente ley.

### CAPÍTULO I

#### Disposiciones generales

##### Artículo 1. Objeto.

El objeto de esta ley es regular el derecho que corresponde a toda persona que cumpla las condiciones exigidas a solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir, el procedimiento que ha de seguirse y las garantías que han de observarse.

##### Artículo 2. Ámbito de aplicación.

Esta ley será de aplicación a todas las personas físicas o jurídicas, públicas o privadas, que actúen o se encuentren en territorio español. A estos efectos, se entenderá que una persona jurídica se encuentra en territorio español cuando tengan domicilio social, sede de dirección efectiva, sucursal, delegación o establecimiento de cualquier naturaleza en territorio español.

##### Artículo 3. Definiciones.

A los efectos de lo previsto en esta ley, se entiende por:

a) «Consentimiento informado»: la conformidad libre, voluntaria y consciente del o la paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que, a petición suya, tenga lugar una de las actuaciones descritas en el párrafo f).

b) «Enfermedad grave, crónica e invalidante»: situación que resulta de una persona afectada por limitaciones que inciden directamente sobre su autonomía física, así como sobre su capacidad de expresión y relación, y que llevan asociadas un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable, existiendo seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones vaya a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable.

c) «Enfermedad grave e incurable»: toda alteración del estado de la salud provocada por un accidente o enfermedad, originados independientemente de la voluntad del o la paciente, que lleva asociada sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable y en la que existe un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva.

d) «Médico responsable» o «Médica responsable»: facultativo o facultativa que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del o la paciente, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, y sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales.

e) «Médico consultor» o «Médica consultora»: facultativo o facultativa con formación en el ámbito de las patologías que padece el o la paciente y que no pertenece al mismo equipo del médico o médica responsable.

f) «Objeción de conciencia sanitaria»: derecho individual de los profesionales sanitarios a no atender aquellas demandas de actuación sanitaria reguladas en esta ley que resultan incompatibles con sus propias convicciones.

cre: BOCG-14-B-46-1

# BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

## CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-1

31 de enero de 2020

Pág. 5

g) «Prestación de ayuda para morir»: acción derivada de proporcionar los medios necesarios a una persona que cumple los requisitos previstos en esta ley y que ha manifestado su deseo de morir. Dicha prestación se puede producir en dos modalidades:

i) La administración directa al o la paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario competente.

ii) La prescripción o suministro al o la paciente por parte del profesional sanitario competente de una sustancia, de manera que esta se la pueda auto administrar, ya sea en el propio centro sanitario o en su domicilio, para causar su propia muerte.

h) «Situación de incapacidad de hecho»: situación en la que el o la paciente carecen de entendimiento y voluntad suficiente para gobernar su vida por sí mismo de forma autónoma, sin que necesariamente haya resolución judicial de incapacitación.

### CAPÍTULO II

Derecho de las personas a solicitar la prestación de ayuda para morir y requisitos para su ejercicio

Artículo 4. Derecho a solicitar la prestación de ayuda para morir.

1. Se reconoce el derecho de toda persona que cumpla los requisitos previstos en esta ley a solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir.

2. La decisión de solicitar la prestación de ayuda para morir ha de ser una decisión autónoma, entendiéndose por tal aquella que está fundamentada en el conocimiento sobre los hechos más relevantes de su proceso médico, después de haber sido informada adecuadamente por el médico o médica responsable. Debe quedar constancia de esa información en la historia clínica del o la paciente.

Artículo 5. Requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir.

1. Para poder recibir la prestación de ayuda para morir será necesario que la persona cumpla todos los siguientes requisitos:

a) Tener la nacionalidad española o residencia legal en España, mayoría de edad y ser capaz y consciente en el momento de la solicitud.

b) Disponer por escrito de la información que exista sobre su proceso médico, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, incluida la de acceder a cuidados paliativos.

c) Haber formulado dos solicitudes de manera voluntaria y por escrito, dejando una separación de al menos quince días naturales entre ambas.

Si el médico o la médica responsable considera que la muerte de la persona solicitante o la pérdida de su capacidad para otorgar el consentimiento informado son inminentes, podrá aceptar cualquier periodo menor que considere apropiado en función de las circunstancias clínicas concurrentes, de las que deberá dejar constancia en la historia clínica del o la paciente.

d) Sufrir una enfermedad grave e incurable o padecer una enfermedad grave, crónica e invalidante en los términos establecidos en esta ley, certificada por el médico o médica responsable.

e) Prestar consentimiento informado previamente a recibir la prestación de ayuda para morir. Dicho consentimiento se incorporará a la historia clínica del o la paciente.

2. No será de aplicación lo previsto en el apartado anterior en aquellos casos en los que el médico o médica responsable certifique que el o la paciente está incurso en situación de incapacidad de hecho permanente, cumpla lo previsto en el apartado 1.d) anterior y haya suscrito con anterioridad un documento de instrucciones previas o documento equivalente, en cuyo caso, se podrá facilitar la prestación de ayuda para morir conforme a lo dispuesto en dicho documento.

La valoración de la situación de incapacidad de hecho por el médico o la médica responsable se hará conforme a los protocolos de actuación que se determinen por el Consejo Interterritorial del sistema Nacional de Salud.

ov: BCCG-14-B-46-1

# BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

## CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-1

31 de enero de 2020

Pág. 6

Artículo 6. Requisitos de la solicitud de prestación de ayuda para morir.

1. La solicitud de prestación de ayuda para morir a la que se refiere el artículo 5.1.c) deberá hacerse por escrito, debiendo estar el documento fechado y firmado por el o la paciente solicitante.

En caso de encontrarse este impedido físicamente para fechar y firmar el documento, otra persona mayor de edad y plenamente capaz podrá fecharlo y firmarlo en su presencia. Dicha persona ha de mencionar el hecho de que quien demanda la prestación de ayuda para morir no se encuentra en condiciones de firmar el documento e indicar las razones.

2. El documento deberá firmarse en presencia de un profesional sanitario que lo rubricará. Si no es el médico o la médica responsable, lo entregará a este o esta. El escrito deberá incorporarse a la historia clínica del o la paciente.

3. El solicitante de la prestación de ayuda para morir podrá revocar su solicitud en cualquier momento, incorporándose su decisión en su historia clínica. Asimismo, podrá pedir el aplazamiento de la administración de la ayuda para morir.

4. En los casos previstos en el artículo 5.2, la solicitud de prestación de ayuda para morir podrá ser presentada al médico o médica responsable por otra persona mayor de edad y plenamente capaz, acompañándolo del documento de instrucciones previas o documento equivalente suscrito previamente por el o la paciente.

Artículo 7. Denegación de la prestación de ayuda para morir.

1. Las denegaciones de la prestación de ayuda para morir deberán realizarse siempre por escrito y de manera motivada por el médico o médica responsable, salvo que la misma derive del ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria prevista en el artículo 16.

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

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

### CAPÍTULO III

#### Procedimiento para la realización de la prestación de ayuda para morir

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

1. Una vez recibida la solicitud de prestación de ayuda para morir a la que se refiere el artículo 5.1.c), el médico o la médica responsable en el plazo máximo de dos días, una vez verificados que se cumplen los requisitos previstos en el artículo 5.1, a), c) y d), realizará con el o la paciente solicitante un proceso deliberativo sobre su diagnóstico, posibilidades terapéuticas y resultados esperables, así como sobre posibles cuidados paliativos, asegurándose de que comprende la información que se le facilita. Sin perjuicio de que dicha información sea explicada por el médico o médica responsable directamente al paciente, la misma deberá facilitarse igualmente por escrito.

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

ov: BOCG-14-B-46-1



# BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

## CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-1

31 de enero de 2020

Pág. 7

En el caso de que el o la paciente decidiera decaer de su solicitud, el médico o médica responsable pondrá este hecho igualmente en conocimiento del equipo asistencial, si lo hubiere.

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

4. Una vez cumplido lo previsto en los apartados anteriores, el médico o la médica responsable, antes de la realización de la prestación de ayuda a morir, lo pondrá en conocimiento del presidente o presidenta de la Comisión de Evaluación y Control competente al efecto de que se realice el control previo previsto en el artículo 10.

No obstante, se podrá llevar a cabo dicha prestación de ayuda a morir sin el citado control previo en los casos excepcionales de muerte o pérdida de capacidad inminentes apreciados por el médico o médica responsable, en cuyo caso se procederá de la forma prevista en el artículo 12.

Artículo 9. Procedimiento a seguir cuando se aprecie que existe una incapacidad de hecho.

En los casos previstos en el artículo 5.2 el médico o la médica responsable está obligado a aplicar lo previsto en las instrucciones previas o documento equivalente.

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

1. Una vez recibida la comunicación médica a que se refiere el artículo 8.4, párrafo primero, el presidente o la presidenta de la Comisión de Evaluación y Control designará en los dos días siguientes a dos miembros de la misma, para que, con carácter previo al pronunciamiento definitivo posterior del órgano colegiado, comprueben si, a su juicio, concurren los requisitos y condiciones establecidos para el correcto ejercicio del derecho a solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir.

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

3. En el plazo máximo de siete días naturales, y una vez evaluado el cumplimiento de lo previsto en esta ley, los miembros designados elevarán a la Comisión una propuesta para la aprobación o, en su caso, denegación de la solicitud de prestación de ayuda para morir. El contenido de la citada propuesta no vinculará el sentido de la resolución definitiva de la Comisión.

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

5. Las resoluciones de la Comisión que informen desfavorablemente la solicitud de la prestación de ayuda para morir podrán ser recurridos ante la jurisdicción contencioso administrativa.

Artículo 11. Realización de la prestación de ayuda a morir.

1. Una vez recabada la resolución positiva por parte de la Comisión de Evaluación y Control competente, la realización de la prestación de ayuda para morir debe hacerse con el máximo cuidado y profesionalidad por parte de los profesionales sanitarios.

En el caso de que el o la paciente se encuentre consciente, este deberá comunicar al médico o médica responsable la modalidad en la que quiere recibir la prestación de ayuda para morir.

2. En los casos en los que la prestación de ayuda para morir lo sea conforme a la forma descrita en el artículo 3.g.i) el médico o médica responsable, así como el resto de profesionales sanitarios, asistirán al paciente hasta el momento de su muerte.

3. En el supuesto contemplado en el artículo 3.g.ii) el médico o médica responsable, así como el resto de profesionales sanitarios, tras prescribir la sustancia que el propio paciente se autoadministrará, mantendrá la debida tarea de observación y apoyo a este hasta el momento de su fallecimiento.

09: BOCG-14-B-46-1

# BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

## CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-1

31 de enero de 2020

Pág. 8

Artículo 12. Comunicación a la Comisión de Control y Evaluación tras la realización de la prestación de ayuda a morir.

Una vez realizada la prestación de ayuda para morir, y en el plazo máximo de cinco días hábiles después de esta, el médico o la médica responsable deberá remitir a la Comisión de Control y Evaluación de su comunidad autónoma o ciudad autónoma los siguientes dos documentos separados e identificados con un número de registro:

a) El primer documento, sellado por el médico o la médica responsable, referido como «documento primero», deberá recoger los siguientes datos:

i) Nombre completo y domicilio de la persona solicitante de la ayuda para morir y, en su caso, de la persona autorizada que lo asistiera.

ii) Nombre completo, dirección y número de identificación profesional (número de colegiado o equivalente) del médico o médica responsable.

iii) Nombre completo, dirección y número de identificación profesional del médico o médica consultor cuya opinión se ha recabado.

iv) Si la persona solicitante disponía de un documento de instrucciones previas o documento equivalente y en él se señalaba a un o una representante, nombre completo del mismo. En caso contrario, nombre completo de la persona que presentó la solicitud en nombre del o la paciente incapacitado de hecho.

b) El segundo documento, referido como «documento segundo», deberá recoger los siguientes datos:

i) Sexo y edad de la persona solicitante de la ayuda para morir.

ii) Fecha y lugar de la muerte.

iii) Tiempo transcurrido desde la primera y la última petición hasta la muerte de la persona.

iv) Descripción de la patología padecida por la persona solicitante (enfermedad grave e incurable o enfermedad grave, crónica e invalidante).

v) Naturaleza del sufrimiento continuo e insoportable padecido y razones por las cuales se considera que no tenía perspectivas de mejoría.

vi) Información sobre la voluntariedad, reflexión y reiteración de la petición, así como sobre la ausencia de presión externa.

vii) Si existía documento de instrucciones previas o documento equivalente, una copia del mismo.

viii) Procedimiento seguido por el médico o la médica responsable y el resto del equipo de profesionales sanitarios para realizar la ayuda para morir.

ix) Capacitación de las y los médicos consultores y fechas de las consultas.

### CAPÍTULO IV

#### Garantía en el acceso a la prestación de ayuda para morir

Artículo 13. Garantía del acceso a la prestación de ayuda para morir.

1. La prestación de ayuda para morir estará incluida en la Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y será de financiación pública.

2. Los servicios públicos de salud, en el ámbito de sus respectivas competencias, aplicarán las medidas precisas para garantizar el derecho a la prestación de ayuda para morir en los supuestos y con los requisitos establecidos en esta ley.

Artículo 14. Medidas para garantizar la prestación de ayuda para morir por los servicios de salud.

1. Con el fin de asegurar la igualdad y calidad asistencial de la prestación de ayuda para morir, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud deberá elaborar en el plazo de tres meses a contar desde la entrada en vigor de la ley un manual de buenas prácticas con los que sirva para orientar la correcta puesta en práctica de esta ley.

Asimismo, en este mismo plazo deberá elaborar los protocolos a los que se refiere el artículo 5.2.

ovr:BOCG-14-B-46-1

# BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

## CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-1

31 de enero de 2020

Pág. 9

2. La prestación de la ayuda para morir se realizará en centros sanitarios públicos, privados, o concertados, sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabadas por el ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria o por el lugar donde se realiza.

Artículo 15. Protección de la intimidad y confidencialidad.

1. Los centros sanitarios que realicen la prestación de ayuda para morir adoptarán las medidas necesarias para asegurar la intimidad de las personas solicitantes de la prestación y la confidencialidad en el tratamiento de sus datos de carácter personal.

2. Asimismo, los citados centros deberán contar con sistemas de custodia activa de las historias clínicas de los y las pacientes e implantar en el tratamiento de los datos las medidas de seguridad de nivel alto previstas en la normativa vigente en materia de protección de datos de carácter personal.

Artículo 16. Ejercicio del derecho a la objeción de conciencia sanitaria por las y los profesionales sanitarios implicados en la prestación de ayuda para morir.

1. Las y los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de ayuda para morir tendrán el derecho de ejercer su objeción de conciencia sanitaria.

El rechazo o la negativa a realizar la citada prestación por razones de conciencia es una decisión individual del profesional sanitario directamente implicado en su realización, la cual deberá manifestarse anticipadamente y por escrito.

2. Las administraciones sanitarias crearán un Registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la ayuda para morir, en el que se inscribirán las declaraciones de objeción de conciencia para la realización de la misma y que tendrá por objeto facilitar la necesaria información a la administración sanitaria para que esta pueda garantizar una adecuada gestión de la prestación de ayuda para morir.

### CAPÍTULO V

#### Comisiones de Control y Evaluación

Artículo 17. Creación y composición.

1. Existirá una Comisión de Control y Evaluación en cada una de las comunidades autónomas, así como en las Ciudades de Ceuta y Melilla.

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

3. Cada Comisión de Control y Evaluación deberá crearse y constituirse antes del término del plazo de los tres meses siguientes a la entrada en vigor de esta ley.

4. Cada Comisión de Control y Evaluación deberá disponer de un reglamento de orden interno, que será elaborado por la citada Comisión y autorizado por el órgano competente de la administración autonómica. En el caso de las Ciudades de Ceuta y Melilla, la citada autorización corresponderá al Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

Artículo 18. Funciones.

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

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

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

BOCCG-14-B-46-1

# BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

## CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-1

31 de enero de 2020

Pág. 10

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

b) Verificar en el plazo máximo de dos meses si la prestación de ayuda para morir se ha realizado de acuerdo con los procedimientos y requisitos previstos en la ley.

Dicha verificación se realizará con carácter general a partir de los datos recogidos en el documento segundo. No obstante, en caso de duda, la Comisión podrá decidir por mayoría simple levantar el anonimato y acudir a la lectura del documento primero. Si tras el levantamiento del anonimato, la imparcialidad de algún miembro de la Comisión de Control y Evaluación se considerara afectada, este o esta podrá retirarse voluntariamente o ser recusado o recusada.

Asimismo, para realizar la citada verificación la Comisión podrá decidir por mayoría simple solicitar al médico o médica responsable la información recogida en la historia clínica del o la paciente que tenga relación con la realización de la prestación de ayuda para morir.

En el caso de que dos tercios o más de los miembros de la Comisión de Control y Evaluación consideren que no se han cumplido las condiciones y procedimientos establecidos en esta ley, deberá comunicarlo a la dirección del centro sanitario para que proceda a la apertura de una investigación. El centro sanitario deberá poner en conocimiento de la Comisión las conclusiones de la investigación y adoptar las medidas necesarias para asegurar la correcta aplicación de la ley.

c) Detectar posibles problemas en el cumplimiento de las obligaciones previstas en ley, proponiendo, en su caso, mejoras concretas para su incorporación a los manuales de buenas prácticas y protocolos.

d) Resolver dudas o cuestiones que puedan surgir durante la aplicación de la ley, sirviendo de órgano consultivo en su ámbito territorial concreto.

e) Elaborar y hacer público un informe anual de evaluación acerca de la aplicación de la ley en su ámbito territorial concreto.

f) Aquellas otras que puedan atribuirles los Gobiernos autonómicos, así como, en el caso de las Ciudades de Ceuta y Melilla, el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

### Artículo 19. Deber de secreto.

Los miembros de las Comisiones de Control y Evaluación estarán obligados a guardar secreto sobre el contenido de sus deliberaciones y a proteger la confidencialidad de los datos personales que, sobre profesionales sanitarios, pacientes, familiares y personas allegadas, hayan podido conocer en su condición de miembros de la Comisión.

### Disposición adicional primera. Sobre la causa de muerte.

La muerte producida derivada de la prestación de ayuda para morir tendrá la consideración de muerte natural a todos los efectos.

### Disposición adicional segunda. Régimen sancionador.

Las infracciones de lo dispuesto por la presente ley quedan sometidas al régimen sancionador previsto en el capítulo VI del título I de la Ley 14/1986, General de Sanidad, sin perjuicio de la posible responsabilidad civil o penal y de la responsabilidad profesional o estatutaria que pueda corresponder.

### Disposición transitoria única. Régimen jurídico de las Comisiones de Control y Evaluación.

En tanto no dispongan de su propio reglamento de orden interno, el funcionamiento de las Comisiones de Control y Evaluación se ajustará a las reglas establecidas en la sección 3.ª, del capítulo II, del título preliminar de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.

### Disposición derogatoria única. Derogación normativa.

Quedan derogadas todas las disposiciones de igual o inferior rango que contradigan o se opongan a lo establecido en esta ley.

ovt:BOCG-14-B-46-1

**BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES**  
**CONGRESO DE LOS DIPUTADOS**

Serie B Núm. 46-1

31 de enero de 2020

Pág. 11

Disposición final primera. Modificación de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.

Se modifica el apartado 4 del artículo 143 de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, que tendrá la siguiente redacción:

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

Disposición final segunda. Título competencial.

Esta ley se dicta al amparo del artículo 149.1.16.ª de la Constitución española que atribuye al Estado I a competencia en materia de bases y coordinación general de la sanidad.

Disposición final tercera. Carácter ordinario de determinadas disposiciones.

La presente ley tiene carácter de ley orgánica a excepción de los artículos 12, 14, 15, 16.2, 17, 18, disposiciones adicionales primera y segunda, disposición transitoria única y disposición derogatoria única, que revisten el carácter de ley ordinaria.

Disposición final cuarta. Entrada en vigor.

La presente ley entrará en vigor a los tres meses de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

cve: BOCG-14-B-46-1