

FACULTAD
DE CIENCIAS
JURÍDICAS



ZIENTZIA
JURIDIKOEN
FAKULTATEA

TRABAJO FIN DE MASTER / MASTER AMAIERAKO LANA

**MASTER DE ACCESO A LA ABOGACÍA / MASTERRA
ABOKATUTZARAKO SARBIDEAN**

.....

**EL CASTIGO DE LA INDUCCIÓN Y LA COOPERACIÓN AL SUICIDIO.
HACIA LA REGULACIÓN DE LA EUTANASIA**

Saioa Manterola Puy

DIRECTORA / ZUZENDARIA

Soledad Barber Burusco

Pamplona / Iruña

21 de enero de 2021 / 2021eko urtarrilaren 21a

RESUMEN:

En el presente trabajo, dada la controversia que suscita hoy en día el debate sobre la disponibilidad de la propia vida, se aborda el estudio del art. 143 CP vigente, de manera que se expone el tratamiento penal que reciben hoy en día las diferentes conductas de participación en el suicidio, se incide de manera especial en el castigo de las conductas eutanásicas y finalmente se analiza el texto de la novedosa Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia aprobada por el Congreso en diciembre del 2020. Esta nueva ley, no exenta de polémica, por un lado, introduciría en el ordenamiento jurídico español el reconocimiento de un nuevo derecho, por lo que se tratan aquellas cuestiones más relevantes y polémicas, y por otro, modificaría el anteriormente analizado art. 143 CP, de manera que se dejará de penalizar la eutanasia activa directa.

Palabras clave: Inducción al suicidio, Cooperación al suicidio, Eutanasia, Disponibilidad de la propia vida.

LABURPENA:

Ondorengo ikerlanean, gaur egun norberaren bizitzaren gaineko disponibilitatearen inguruko eztabaida kontuan hartuta, indarrean dagoen Kode Penalaren 143. artikulua analizatu da. Hala, suizidioan parte hartzeko jokabideek jasotzen duten tratamendu penala ikertzen da, modu berezi batez jokabide eutanasiaren zigorra lantzen da eta azkenik, 2020ko abenduan Kongresuak onetsitako Eutanasia Erregulatzeko Lege Organikoaren analisia egiten da. Eztabaidaz beteriko lege berri honek, alde batetik, Espainiako ordenamendu juridikoan eskubide berri bat aitortuko zuen, hortaz auzi garrantzitsu eta polemikoenak aztertzen dira, eta bestetik aurretik aztertutako Kode Penalaren 143. artikulua aldatuko zuen eutanasia aktibo zuzena zigortzeari utziz.

Hitz gakoak: Suizidiora indutzea, Suizidioan laguntzea, Eutanasia, Norberaren bizitzaren gaineko disponibilitatea.

ABSTRACT:

In the present work, given the controversy that nowadays raises the debate on the availability of one's life, the article 143 of the current Criminal Code is tackled in a way that exposes the criminal treatment that the different ways of participation in suicide receive today, stressing on the punishment of euthanasia practices. Finally, the

new Euthanasia Regulatory Organic Law, approved by the Congress in December 2020, is analyzed. This new and controversial law, on the one hand, would introduce in the Spanish legal system the recognition of a new right, so those most relevant and controversial issues are discussed, and on the other hand, would modify the previously analyzed 143 article of the Criminal Code, so that direct active euthanasia will be punished no more.

Key words: Inducement to suicide, Cooperation to suicide, Euthanasia, Availability of one's own life.

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

| | |
|--------------|--|
| AP | Audiencia Provincial |
| Art. / arts. | Artículo / artículos |
| BOE | Boletín Oficial del Estado |
| Cap. | Capítulo |
| CC | Código Civil |
| CE | Constitución Española |
| CGPJ | Consejo General del Poder Judicial |
| CIS | Centro de Investigaciones Sociológicas |
| CP | Código Penal |
| EAJ-PNV | Euzko Alderdi Jeltzalea-Partido Nacionalista Vasco |
| ERC | Esquerra Republicana de Catalunya |
| FGE | Fiscalía General del Estado |
| GEPC | Grupo de Estudios de Política Criminal |
| GP | Grupo Parlamentario |
| IU | Izquierda Unida |
| LET | Limitación del Esfuerzo Terapéutico |
| LF | Ley Foral |
| LO | Ley Orgánica |
| Núm. / núms. | Número / números |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| Pág. / págs. | Página / páginas |
| PP | Partido Popular |

| | |
|----------|--|
| PSOE | Partido Socialista Obrero Español |
| RAE | Real Academia Española |
| SAP | Sentencia de la Audiencia Provincial |
| SNS | Sistema Nacional de Salud |
| STC/SSTC | Sentencia del Tribunal Constitucional/Sentencias del Tribunal Constitucional |
| STS/SSTS | Sentencia del Tribunal Supremo/Sentencias del Tribunal Supremo |
| TC | Tribunal Constitucional |
| TS | Tribunal Supremo |
| UCI | Unidad de Cuidados Intensivos |
| UPN | Unión del Pueblo Navarro |
| Vol. | Volumen |

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| I. INTRODUCCIÓN..... | 8 |
| II. EVOLUCIÓN DE LA REGULACIÓN DE LAS CONDUCTAS DE PARTICIPACIÓN EN EL SUICIDIO..... | 9 |
| III. EL CASTIGO DE LA INDUCCIÓN Y LA COOPERACIÓN AL SUICIDIO EN EL CP..... | 14 |
| 1. Definiciones previas..... | 14 |
| <i>1.1 Sobre el concepto de suicidio.....</i> | <i>14</i> |
| <i>1.2 Sobre el concepto eutanasia.....</i> | <i>16</i> |
| 2. La conducta típica de inducción al suicidio..... | 17 |
| 3. La conducta típica de cooperación al suicidio..... | 22 |
| 4. La conducta típica de cooperación ejecutiva al suicidio..... | 29 |
| IV. EL CASTIGO DE LA EUTANASIA EN EL CP..... | 33 |
| 1. Las distintas clases de eutanasia..... | 33 |
| <i>1.1 Eutanasia activa.....</i> | <i>34</i> |
| <i>1.2 Eutanasia pasiva.....</i> | <i>35</i> |
| <i>1.3 Conductas no eutanásicas.....</i> | <i>38</i> |
| 2. Redacción y requisitos exigidos por el art. 143.4 CP..... | 39 |
| <i>2.1 Sobre el comportamiento del sujeto activo.....</i> | <i>39</i> |
| <i>2.2 Sobre la petición de la muerte.....</i> | <i>42</i> |
| <i>2.3 Sobre el estado del enfermo.....</i> | <i>46</i> |
| <i>2.4 Sobre el elemento subjetivo.....</i> | <i>49</i> |
| <i>2.5 La pena.....</i> | <i>49</i> |
| V. ALCANCE E INTERPRETACIÓN DEL DERECHO A LA VIDA. EXPOSICIÓN DE ALGUNAS DE LAS DIFERENTES POSICIONES DOCTRINALES EN RELACIÓN A LA DISPONIBILIDAD DE LA PROPIA VIDA..... | 50 |

| | |
|---|----|
| 1. Introducción. Relevancia de la interpretación de la disponibilidad de la propia vida..... | 50 |
| 2. El paternalismo estatal como fundamento de la prohibición de la disponibilidad de la propia vida..... | 50 |
| 3. La santidad de la vida como argumento para defender la indisponibilidad de la propia vida..... | 56 |
| 4. El interés estatal en la protección de la vida..... | 58 |
| 5. La teoría de la pendiente resbaladiza..... | 59 |
| 6. Breves conclusiones: ¿reconoce la CE un verdadero derecho a disponer sobre la propia vida?..... | 61 |
| VI. ANÁLISIS DE LA PROPOSICIÓN DE LEY ORGÁNICA DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA..... | 64 |
| 1. ¿Cómo hemos llegado hasta aquí?..... | 64 |
| 2. Análisis de la propuesta..... | 66 |
| 2.1 <i>La actualidad del debate y la necesidad de la ley.....</i> | 66 |
| 2.2 <i>Objeto y ámbito de aplicación. Definiciones planteadas por la ley.....</i> | 67 |
| 2.3 <i>Requisitos para efectuar la solicitud.....</i> | 76 |
| 2.4 <i>Requisitos de la solicitud.....</i> | 80 |
| 2.5 <i>El procedimiento.....</i> | 82 |
| 2.6 <i>Garantía para el acceso a la prestación.....</i> | 87 |
| 2.7 <i>Las Comisiones de Garantía y Evaluación.....</i> | 88 |
| 2.8 <i>Modificación del CP.....</i> | 90 |
| VII. CONSIDERACIONES FINALES..... | 91 |
| VIII. BIBLIOGRAFÍA..... | 95 |

I. INTRODUCCIÓN

El día 24 de enero del 2020 el PSOE presentó su proposición de Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia. No era la primera vez que desde que comencé a tener interés por el tema escuchaba en los telediarios una noticia así, pero en ninguna ocasión traspasó la línea de la mera voluntad política de algunos, normalmente a colación de algún escándalo que se hubiese hecho público en relación a otro caso de conductas eutanásicas. Y si bien el devenir del año no parecía querer ponerlo fácil, la tramitación siguió su curso.

Al observar los diferentes temas propuestos para la realización de los trabajos de fin de máster consideré varios, pero la oportunidad de tratar una cuestión tan relevante en mi opinión y de tanta actualidad, hizo que decidiera abordar el estudio del castigo de la inducción, de la cooperación y de la cooperación ejecutiva al suicidio, y en especial de las conductas eutanásicas recogidas en el art. 143 CP para, a continuación, adentrarme en el análisis de la proposición de ley ya mencionada, que si todo continúa como hasta ahora, se aprobará a comienzos del año en el que entramos.

Así, he estructurado el trabajo de manera que abordo, en primer lugar, una aproximación al tema exponiendo la evolución de la regulación de las conductas de participación en el suicidio; en segundo lugar, tras procurar aclarar la terminología esencial para el trabajo, he continuado analizando cada una de las conductas castigadas por el art. 143 CP: la inducción, la cooperación y la cooperación ejecutiva al suicidio, y el castigo de la eutanasia. En tercer lugar, estudio la cuestión relativa al alcance y a la interpretación del derecho a la vida por la doctrina y en nuestra CE, de manera que se exponen diferentes teorías sobre la disponibilidad de la propia vida; y en cuarto y último lugar, me detengo examinar la proposición de Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia presentada por el GP Socialista, haciendo referencia a aquellos puntos que he considerado más interesantes por su importancia o problemática, cuestión esencial para saber orientar al cliente.

Debido a la tramitación que ha seguido la ley, el presente trabajo ha sido íntegramente realizado procurando seguir la actualidad de la actividad parlamentaria relacionada con la cuestión, sin embargo, dado el plazo de entrega del presente trabajo no podré incluir los cambios que podría sufrir la ley tras la tramitación en el Senado.

Tanto la vida como la muerte han sido en la historia de la humanidad ejes de importantes debates, creencias y miedos, una constante abordada por todos los científicos, artistas y pensadores en general, lo que nos ha llevado a un contexto en el que los avances médicos han conseguido prevenir enfermedades familiares aplicando diagnóstico genético en embriones, crear una vacuna en tiempo récord ante una pandemia mundial e incluso prolongar la vida de las personas más allá de lo imaginable. Sin embargo, por muy positivos que puedan resultar todos estos avances, en una sociedad en la que el libre desarrollo de la personalidad, la dignidad y la libertad son valores y derechos de importante peso, la línea de lo que ha de permitirse por el legislador y lo que no, no siempre está clara.

II. EVOLUCIÓN DE LA REGULACIÓN DE LAS CONDUCTAS DE PARTICIPACIÓN EN EL SUICIDIO

Sin ánimo de exhaustividad, he considerado imprescindible realizar una aproximación a la evolución que ha tenido la regulación de las conductas de participación en el suicidio y la eutanasia, y en este sentido FELDMANN realiza una interesante aportación a esta cuestión.

Desde las Ordenanzas Reales de 1484, pasando por la Nueva Recopilación de 1567 y hasta la novísima Recopilación de 1805 el suicidio fue una práctica sancionada con la confiscación de bienes. Esta norma estuvo en vigor hasta 1848, sin embargo, conforme las ideas ilustradas ganaban presencia, parece ser que en la práctica dejó de aplicarse¹.

Con la llegada del movimiento ilustrado, la necesidad de abandonar el arbitrio judicial al que se recurría para compensar una normativa desfasada a favor de una codificación penal, se fue haciendo cada vez más evidente² y en 1822 el primer CP español no realizó referencia alguna ni al suicidio intentado o consumado, ni a la participación en dicho acto, ni tampoco al homicidio consentido. En esta misma línea apunta NÚÑEZ PAZ que “Los Proyectos de Código Criminal de 1830 y 1831 tampoco contenían disposición alguna sobre el suicidio o la participación en el mismo”³.

¹FELDMANN, ADPCP, Tº 64, 2011, pág. 115

²FELDMANN, ADPCP, Tº 64, 2011, pág. 139.

³NÚÑEZ PAZ, *Interrupción voluntaria de la vida humana*, 2016, págs. 139-140.

Pero tras el silencio guardado a este respecto por parte del CP de 1822 y los siguientes Proyectos, el CP de 1848 recogió un tipo penal específico dedicado a la participación en la muerte no natural querida por la propia víctima⁴. Y sin perjuicio de las modificaciones que sufriría a lo largo de los años, este precepto fue el que sentó la base fundamental de todos los futuros tipos relativos a las intervenciones en el suicidio, en particular al mantenerse, en esencia y hasta la actualidad, la configuración del segundo inciso que tan insólito resulta desde el punto de vista del Derecho comparado⁵.

Tras la introducción de este precepto en el ordenamiento jurídico español, la norma ha sufrido varias modificaciones motivadas por los debates doctrinales en torno a atenuación o agravación de determinadas conductas.

Así, el extremadamente punitivo CP de 1928, era sorprendentemente benévolo en el ámbito de la cooperación en el suicidio al bajar las penas y al restablecer la atenuación de la pena prevista para el auxilio ejecutivo con respecto de la asignada para el homicidio común⁶. Además al tipo objeto de nuestro estudio le fue agregado, por primera vez en la historia del Derecho penal español, un segundo apartado que preveía la posibilidad de que el juez en determinadas circunstancias atenuara la pena si el autor actuaba por móviles de piedad y compasión⁷.

Ahora bien, la vigencia de esta regulación fue breve pues en la Segunda República de 1931 se promulgó el CP de 1932, el cual restableció una severa regulación que equiparaba la pena del auxilio ejecutivo con la del homicidio común, y fue suprimido el arbitrio judicial al que acabamos de hacer alusión.

Ya en el CP de 1944, en plena dictadura franquista, el art. 409 CP, que perduró hasta 1995, quedó redactado del siguiente modo: “El que prestare auxilio o induzca a otro para que se suicide será castigado con la pena de prisión mayor. Si se lo prestare hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte será castigado con la pena de reclusión

⁴CP Español de 1848 Libro II, Título IX (Delitos contra las personas) Cap. I. Artículo 326: “El que prestare auxilio a otro para que se suicide, será castigado con la pena de prisión mayor; si se lo prestare hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte, será castigado con la pena de reclusión temporal en su grado mínimo.”

⁵FELDMANN, ADPCP, Tº 64, 2011, pág. 141.

⁶FELDMANN, ADPCP, Tº 64, 2011, pág. 144.

⁷ Segundo apartado del art. 517 del CP de 1928: “Esto no obstante, en todos los casos del párrafo anterior, los Tribunales, apreciando las condiciones personales del culpable, los móviles de su conducta y las circunstancias del hecho, podrán a su prudente arbitrio imponer una pena inferior a la señalada al delito.”

menor.” El precepto equiparaba la pena de prisión mayor, que podía ir de los seis años y un día a los doce años, para los supuestos de inducción al suicidio y de cooperación necesaria, penando con pena de reclusión menor, que podía ser de doce años y un día a veinte años, la cooperación ejecutiva.

No se contempló ninguna previsión para los supuestos eutanásicos, como hoy en día los entendemos, pero ello no significa que no fuese objeto de interés doctrinal. En aquel entonces “mientras que predominaba la opinión de que la eutanasia activa directa, en principio, no podía sino ser objeto de una atenuación de la pena mediante la aplicación de las circunstancias genéricas de atenuación, y, sólo excepcionalmente, dar lugar a la exoneración de la culpabilidad, QUINTANO RIPOLLÉS y GIMBERNAT ORDEIG fueron los primeros en estimar, ya a principios de los años setenta, la justificación de la conducta por vía del estado de necesidad ajeno, argumentando que el interés del sujeto pasivo a no sufrir más prevalecía sobre el interés a seguir viviendo durante poco tiempo”⁸. Otros autores, sin llegar a entender que la conducta en concreto pudiese encontrar justificación en la eximente del estado de necesidad, prefirieron entender que en estos supuestos concurrían únicamente atenuantes relacionadas con haber actuado por motivos morales, altruistas o patrióticos de notoria importancia⁹.

Asimismo, fue objeto de fuertes críticas la previsión de la misma pena para la cooperación ejecutiva en el suicidio ajeno que para el delito de homicidio simple¹⁰, pues de este modo la concurrencia del consentimiento del tercero no gozaba de valor alguno a efectos de la pena.

Como ya se ha indicado, el precepto permaneció vigente hasta la entrada en vigor del CP de 1995. En la reforma de 1973 no sufrió cambio alguno a pesar de las diferentes enmiendas y críticas que se le hicieron. En este sentido, tanto en el Proyecto

⁸FELDMANN, ADPCP, Tº 64, 2011, pág. 146.

⁹ En este sentido NÚÑEZ PAZ apunta que “solo en aquellos supuestos considerados como eutanasia pasiva, la doctrina tradicional dominante optaba por la impunidad considerando que tal actitud pasiva no constituía delitos pues bajo la prohibición penal debería caer el acortamiento de la vida pero ‘no la omisión de su prolongación por medios artificiales’, debiéndose en tales casos dejar a la naturaleza seguir su curso, aunque contando siempre con el consentimiento del paciente.” NÚÑEZ PAZ, *Interrupción voluntaria de la vida humana*, 2016, pág. 163.

¹⁰ TÍTULO VIII Delitos contra las personas Cap. primero Del homicidio. Art. 407 CP de 1944: “El que matare a otro será castigado, como homicida, con la pena de reclusión menor.”

de CP de 1980 como en el Anteproyecto de 1983 propusieron una redacción¹¹ que castigaba por una parte la inducción y la cooperación con la pena de prisión de cuatro a ocho años que servía de referencia, de manera más grave la cooperación ejecutiva y más levemente la cooperación no necesaria. Si bien no llegó a ser promulgada, su redacción influyó en el actual art. 143 CP.

En 1993 el GEPC publicó su manifiesto “Una alternativa al tratamiento jurídico de disponibilidad de la propia vida”, el cual presentó una alternativa global al tratamiento jurídico de todas las conductas en las que se ejercía el derecho a disponer sobre el momento de la muerte. En él se consideraba que la vida, como objeto de protección penal, no presentaba ningún problema desde el punto de vista de su reconocimiento constitucional, pues el art. 15 CE proclamaba taxativamente que “todos tienen derecho a la vida”. Sin embargo añadían que “una interpretación integradora de vida y libertad y, por consiguiente, una interpretación del art. 15 a la luz del libre desarrollo de la personalidad obliga a considerar que la vida impuesta contra la voluntad de su titular no puede merecer en todo caso el calificativo de bien jurídico protegido. En otros términos: la vida es un derecho, no un deber.”¹²

El manifiesto, que sin duda era el claro reflejo de que la sensibilidad respecto al tema en cuestión estaba evolucionando notablemente, fue muy criticado por aquellos autores como TORIO LÓPEZ¹³ que defendían, y otros que lo siguen haciendo, la indisponibilidad de la vida y la preeminencia de ésta frente a la libertad.

¹¹ “Art. 160: El que induzca o coopere con actos necesarios al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años. Se impondrá la pena superior en grado si la cooperación llegare hasta el punto de ejecutar la muerte y la inferior en grado cuando el auxilio prestado no fuere necesario.”

¹² GEPC, *Una alternativa al tratamiento de la disponibilidad de la propia vida*, 1993, págs. 9-11. El manifiesto firmado por 65 magistrados y catedráticos de derecho penal de todo el Estado español finalizaba alegando que en ningún caso deberían ser punibles los siguientes supuestos: “1. La conducta del médico que interrumpe o deja de aplicar procedimientos terapéuticos tendentes a retrasar arbitrariamente el momento de la muerte prolongando artificialmente la agonía respecto de una persona carente de perspectivas de curación o mejora. 2. La actividad médica que aplica procedimientos analgésicos que pudieran producir el efecto de un acortamiento de la vida en un enfermo con pronóstico terminal. 3. La provocación de la muerte a petición, expresa y seria del afectado para poner fin a una situación de sufrimiento o dolor, grave e irreversible, no soportable ya por el sujeto, que no pueda ser suprimida por medios distintos.”

¹³ El autor alegaba que “la invocación de la libertad constitucional, o del derecho al libre desarrollo de la personalidad, o de la dignidad del hombre, no puede legitimar la eutanasia activa”¹³ debido a que “La preeminencia y el carácter absoluto del bien jurídico, es decir, del derecho a la vida (...) impide que ceda o capitule ante motivos excepcionales. La idea de la intangibilidad de la vida humana se eleva así sobre cualquier otra consideración”¹³ por lo que “Existente la prohibición de matar, la invocación de la dignidad del hombre (...) no posee virtualidad suficiente para erigirse en causa de justificación. Menos todavía cabrá aquí aludir al derecho al libre desarrollo de la personalidad (art. 10 de la Constitución), pues sería

Fue ya en el Anteproyecto de CP de 1992 cuando a través de su redacción¹⁴ se pasó a penar, tal y como sucede hoy, más gravemente la inducción al suicidio que la cooperación necesaria a éste; la cooperación ejecutiva también se penaba más gravemente que las dos figuras anteriores y el apartado cuarto se reservó para castigar con una pena considerablemente inferior tanto la eutanasia directa como la indirecta, cuestión que fue modificada en el Proyecto de 1994 para pasar a penar únicamente la eutanasia directa.

Sobre la rebaja de la pena prevista en el apartado cuarto, LUZÓN PEÑA se pronunciaba alegando que no le parecía objetable, ni por exceso ni por defecto, la rebaja de pena prevista para la eutanasia consentida expresa y seriamente, pues dada la importancia básica e irreparabilidad del bien jurídico vida y la peligrosidad de resquebrajar el tabú de su intangibilidad, sería altamente insatisfactoria y preocupante la solución desincriminadora de la eutanasia¹⁵. Otros muchos autores, en cambio, criticaron el proyecto por no considerarlo satisfactorio. Con o sin críticas, tras los debates doctrinales y las críticas sufridas, finalmente, el CP de 1995 recogió en su art. 143, hoy en día vigente, la siguiente redacción:

“Artículo 143.

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.

contradictorio hablar de libre desarrollo de la personalidad cuando de lo que se trata realmente es de su extinción.” (TORIO LÓPEZ, EPC, nº14, 1989-1990, págs. 240-243)

¹⁴ La redacción propuesta por el Anteproyecto de CP de 1992 era la siguiente: “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 llegare hasta el punto de ejecutar la muerte. 4. El que causare o cooperare activamente con actos necesarios a la muerte de otro, por la petición expresa y seria de este, en caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que hubiera conducido 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 nº 2 y 3 de este artículo”.

¹⁵ LUZÓN PEÑA, JD, nº14, pág. 59.

4. El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo.”

III. EL CASTIGO DE LA INDUCCIÓN Y LA COOPERACIÓN AL SUICIDIO EN EL CP

1. Definiciones previas

En primer lugar, y antes de ahondar en el análisis del art. 143 CP, considero necesario realizar una aproximación a la materia abordando en primer término el significado de los conceptos de “suicidio” y “eutanasia”, pues de lo contrario, difícilmente podría llegarse a comprender íntegramente el precepto a analizar.

1.1 Sobre el concepto de suicidio

Podríamos decir que el primer objetivo del Derecho Penal es la protección de los bienes jurídicos más elementales frente a posibles ataques que pudieran dañarlos, y entre todos la vida es el más básico y fundamental, sin el que el resto no podría llegar a disfrutarse. Es por eso que el legislador adopta una postura protectora frente a aquellas conductas que atentan contra la vida, sin embargo, no lo hace con el suicidio. Pero, ¿cuál es exactamente la conducta permitida por el legislador español? ¿A qué nos referimos con el término “suicidio”?

La complejidad del tema a abordar parte de la inexistencia de un concepto pacífico del término “suicidio”¹⁶ y prueba de ello son las numerosas nomenclaturas que se han utilizado a lo largo de la historia para referirse a esta conducta¹⁷. Para DURKHEIM el suicidio es “todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, llevado a cabo por la propia víctima que sabía que iba a producir ese resultado”¹⁸. La OMS define el suicidio como “un acto con resultado letal,

¹⁶DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO/BARBER BURUSCO, NFP, n° 79, 2012, pág. 121.

¹⁷GARCÍA HARO/GARCÍA PASCUAL/GONZÁLEZ GONZÁLEZ/BARRIO MARTÍNEZ/GARCÍA PASCUAL, AP, vol. 37, n°2, 2019, pág. 92.

¹⁸DURKHEIM, *El Suicidio: Un estudio de sociología*, 2012, pág. 14.

deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando el resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados”.

Si bien esta definición *a priori* parece clara y concisa, cuando profundizamos en el fenómeno suicida, surgen diversas dudas y preguntas de difícil respuesta y que la doctrina no logra resolver de manera unitaria. Por ejemplo, ¿se suicida la persona con diagnóstico de esquizofrenia que se tira por una ventana impulsada por voces imperativas que le ordenan precipitarse?

Las discrepancias en la doctrina se refieren a si el suicida debe controlar en todo momento el proceso o si basta con que haya manifestado su voluntad de morir¹⁹; a la posibilidad de que se lleve a cabo solo mediante conductas activas o si cabe o no suicidarse con conductas omisivas²⁰; a la capacidad que ha de requerirse al suicida²¹; y por último, a la voluntad que ha de tener el suicida, es decir, si la persecución de la muerte es motivada por una voluntad directa o si basta con que sea eventual²².

Por lo tanto, y a efectos del análisis del precepto que nos interesa, al referirme al concepto “suicidio” entenderé que se trata de la muerte que se da a sí misma una persona determinando positivamente la muerte –si se prefiere, con dominio del hecho–, o sea, con una conducta de autoría, sin ser utilizado a su vez por otra persona como instrumento, y que se realice al menos con dolo eventual²³.

A la pregunta que se lanzaba sobre si se suicida la persona con diagnóstico de esquizofrenia que se tira por una ventana impulsada por voces imperativas que le ordenan precipitarse, considero que, en lo que a los efectos de este trabajo se refiere, no

¹⁹ Admitir que sería suficiente que el suicida manifestase su voluntad de morir, sin necesidad de que haya un dominio del hecho constante por su parte, abriría la puerta a la despenalización de la cooperación necesaria y ejecutiva al suicida, que en el CP español se recoge en los apartados 2 y 3 del art. 143 CP como en los siguientes apartados podrá comprobarse.

²⁰ En el caso de no considerar “suicidio” la consecución del resultado muerte a través de conductas omisivas nos trasladaría a un estadio en el que la cooperación necesaria y ejecutiva llevada a cabo en comisión por omisión no debería estar penada.

²¹ Según si entendemos que el suicida puede llegar a ser una persona inimputable o si se considera que ha de ser una persona imputable en todo caso, las muertes provocadas a uno mismo en caso de personas incapaces o menores no emancipados. Para cierta parte de la doctrina es suficiente con que el suicida sea imputable; otro sector exige la capacidad natural de entendimiento o de juicio, en definitiva, capacidad para entender la trascendencia de su comportamiento; y otros hablan de capacidad para consentir la lesión de bienes jurídicos.

²² Parece evidente que si se entiende que la voluntad de morir ha de ser directa, aquellos supuestos en los que el resultado muerte simplemente se acepta como consecuencia inevitable del objetivo determinado que se persiga, no se encontrarán dentro del “paraguas” conceptual del término “suicidio”; de lo contrario, sí.

²³ DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO/BARBER BURUSCO, NFP, nº 79, 2012, págs. 125-126.

tiene demasiada relevancia pues la ausencia de intervención alguna por parte de terceros en el resultado lesivo hace que no interese analizar tal suicidio; de todos modos, añadiré que sin duda, no se trata de una cuestión de fácil solución.

1.2 Sobre el concepto eutanasia

NÚÑEZ PAZ expresa que la totalidad de los autores coinciden en señalar la procedencia etimológica del término eutanasia como directamente heredado por nuestro idioma de los vocablos griegos *eu* (adjetivo: bueno/a) y *thanos* (sustantivo: muerte).²⁴

Sin embargo, y a pesar del valor que ha de reconocerse al origen etimológico del término, ÁLVAREZ GÁLVEZ considera que habría que evitar hablar de la eutanasia como de la buena muerte o de la muerte sin dolor o expresiones parecidas, pues por mucho que el concepto eutanasia signifique buena muerte y aunque se haya utilizado en un sentido vago en el pasado, para este autor si bien todas las muertes eutanásicas son buenas muertes, no todas las buenas muertes son eutanásicas y finalmente la ausencia de rigor en la delimitación del concepto acaba provocando confusión²⁵.

Así, por “eutanasia” debe entenderse todo caso en el que se da muerte a, o no se evita la muerte de un sujeto que sufre una enfermedad, o un deterioro, grave e incurable (o permanente) y, conducente a la muerte o, al menos, generador de sufrimientos difíciles de soportar o una calidad de vida ínfima, existiendo consentimiento o petición libre y responsable, según diferentes posturas doctrinales, de quien va a morir²⁶.

Por lo tanto y como conclusión de este apartado, añadiré que ÁLVAREZ GÁLVEZ apunta, acertadamente según mi opinión, que el “suicidio” y la “eutanasia” han de ser dos conceptos completamente diferenciados pues el primero de ellos se refiere a los casos en los que una persona se da muerte, mientras que con el segundo término se hace referencia a la ayuda prestada a otra persona para morir²⁷, y a lo que personalmente considero que debería añadirse la expresión de “enferma o con padecimientos

²⁴NÚÑEZ PAZ, *Interrupción voluntaria de la vida humana*, 2016, pág. 239. El mismo autor señala asimismo que si bien en la práctica la eutanasia es antiquísima, el término ostenta poco más de cuatro siglos ya que Sir Francis Bacon fue quien introdujo el neologismo en el año 1623 en su obra *Historia Vitae et Mortis*, y su contenido etimológico se ha ido diversificando en relación a las épocas, considerándose dentro del término el facilitar la muerte a los enfermos terminales o desahuciados e incluido la supresión de “vidas desprovistas de valor vital”, “irrecuperables” o “socialmente inútiles”.

²⁵ÁLVAREZ GÁLVEZ, *La eutanasia voluntaria autónoma*, 2002, págs. 31-32.

²⁶DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO/BARBER BURUSCO, NFP, n° 79, 2012, págs. 122.

²⁷ÁLVAREZ GÁLVEZ, *La eutanasia voluntaria autónoma*, 2002, págs. 46.

incurables o bien con sufrimientos difíciles de soportar” respecto de la “otra persona” a la que se le presta ayuda.

2. La conducta típica de inducción al suicidio

Recoge el art. 143 del CP en su apartado primero que será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años el que induzca al suicidio de otro. Es decir, la conducta típica consiste en persuadir anímicamente a otro, que no había tomado tal decisión, para que se suicide²⁸. En palabras de CORCOY BIDASOLO²⁹ supone la causación directa en una persona determinada o en un círculo de personas determinado mediante influjo psíquico de la resolución suicida.

La inducción ejercida, además, debe ser suficientemente eficaz para hacer surgir en el suicida la idea y la voluntad de quitarse la vida. OLMEDO CARDENETE apunta en este mismo sentido que son rechazables las hipótesis en las que tiene lugar un simple favorecimiento objetivo del suicidio³⁰. Así, en aquellos casos en los que no fuese el influjo psíquico el que llevara al suicida a realizar tal hecho porque la decisión la hubiese tomado con anterioridad, no estaríamos ante una conducta punible; a excepción de aquellos casos en los que la persuasión ejercida fuese de tal entidad que pudiese considerarse un delito de cooperación necesaria al suicidio recogido en el art. 143.2 CP. Precisan DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO/BARBER BURUSCO que este salto al tipo solo se dará en los casos en que concurra el requisito de ser necesaria, cosa que no tiene por qué suceder siempre³¹.

De la lectura del precepto no puede concluirse si el legislador exige que la inducción al suicidio sea directa o si cabe la posibilidad de una inducción indirecta.

Por un lado, una interpretación literal del texto legal nos haría pensar que efectivamente cabe castigar la inducción indirecta a través de este precepto; y es que el legislador en el art. 28 a) CP al regular la inducción al delito exige expresamente que ésta se lleve a cabo “directamente”, en cambio, la redacción del delito de inducción al suicidio no recoge el término “directamente”, por lo que podría estar dejándose la puerta abierta al castigo de tales conductas a través de este precepto.

²⁸SUAREZ-MIRA RODRÍGUEZ, C.; JUDEL PRIETO, A.; PINOL RODRÍGUEZ, J.R, en *Manual de Derecho Penal, Tomo II, Parte Especial*, 2011, pág. 2.

²⁹CORCOY BIDASOLO, PE, Tº 1, 2015, pág. 61.

³⁰OLMEDO CARDENETE, en *Eutanasia y suicidio*, 2001, pág. 132.

³¹DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO/BARBER BURUSCO, NFP, nº 79, 2012, pág. 129.

Sin embargo, la mayoría de la doctrina se posiciona a favor de la interpretación de que la inducción al suicidio solo puede darse a través inducción directa. Entre otros, autores como SUÁREZ-MIRA RODRÍGUEZ, JUDEL PRIETO, y PIÑOL RODRÍGUEZ³² o BARQUÍN SANZ³³ consideran que la incitación al suicidio debe ser abierta y directa a que la víctima acabe con su vida motivando con ello la ejecución de actos directamente encaminados a tal fin.

Asimismo, el argumento teleológico no nos lleva sino a pensar en que si para castigar al partícipe de un hecho típico se exige tal requisito, no tendría sentido no exigirlo cuando se plantea el castigo del partícipe de un hecho atípico. En otras palabras, “resulta muy discutible establecer menores requisitos para la inducción a un hecho atípico (el suicidio) que para la inducción a un delito”³⁴.

Por otro lado, solo es posible “la comisión con dolo directo pues se requiere el ánimo de que el inducido lleve a cabo la conducta letal”³⁵ y además, no cabe la comisión por omisión del delito de inducción al suicidio pues solo positivamente se puede determinar a otro a poner fin a su vida³⁶.

Observamos, por tanto, como el legislador ha tomado la decisión de castigar determinadas formas de participación en una conducta atípica. El principio de accesoriadad de la participación significa que es indispensable que haya un hecho principal llevado a cabo por parte del autor para que pueda llegar a haber participación. Sin embargo, tanto la doctrina mayoritaria como la jurisprudencia se decantan por una accesoriadad limitada, lo que implica que solo podrá castigarse la conducta del partícipe cuando el hecho principal realizado por el autor sea típico. En cambio, en lo que a este delito se refiere, el legislador opta por alejarse del principio de accesoriadad limitada de la participación para castigar intervenciones en un suicidio que resulten de especial importancia para la producción de éste³⁷.

³²SUAREZ-MIRA RODRÍGUEZ, C.; JUDEL PRIETO, A.; PINOL RODRÍGUEZ, J.R, en *Manual de Derecho Penal, Tomo II, Parte Especial*, 2011, pág. 2.

³³OLMEDO CARDENETE, en *Eutanasia y suicidio*, 2001, pág. 132.

³⁴DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO/BARBER BURUSCO, NFP, nº 79, 2012, pág. 128.

³⁵SUAREZ-MIRA RODRÍGUEZ, C.; JUDEL PRIETO, A.; PINOL RODRÍGUEZ, J.R, en *Manual de Derecho Penal, Tomo II, Parte Especial*, 2011, pág. 2.

³⁶ La mayoría de los autores coincide en que debe rechazarse la hipótesis de admitir la posibilidad de una inducción en comisión por omisión; en este sentido OLMEDO CARDENETE, en *Eutanasia y suicidio*, 2001, pág. 132.; o SUAREZ-MIRA RODRÍGUEZ, C.; JUDEL PRIETO, A.; PINOL RODRÍGUEZ, J.R, en *Manual de Derecho Penal, Tomo II, Parte Especial*, 2011, pág. 2.

³⁷DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO/BARBER BURUSCO, NFP, nº 79, 2012, pág. 127.

En lo referido a la pena prevista, el art. 143.1 CP se aleja de lo recogido en el art. 28 CP³⁸, puesto que evidentemente, la pena no puede ser la prevista para el autor del hecho al que se induce, debido a la atipicidad del suicidio. Es por ello por lo que se tipifican expresamente la inducción al suicidio, así como la cooperación necesaria y ejecutiva al mismo, que serían conductas atípicas según las reglas generales de la participación de no ser recogidas expresamente tal y como sostienen DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO/ BARBER BURUSCO³⁹.

Asimismo, el legislador tampoco ha seguido la norma general del art. 28 CP que prevé las mismas penas tanto para el inductor como para el cooperador necesario y, como veremos en el siguiente apartado, ha optado por castigar más severamente el delito de inducción al suicidio (el precepto prevé una pena de cuatro a ocho años) en comparación con la cooperación necesaria (el art. 143.2 CP establece una pena de dos a cinco años para el cooperador necesario en el suicidio). Podemos suponer que la decisión responde al grado implicación e influencia de cada partícipe en la conducta concreta, puesto que en el caso del inducción la idea misma surge con la acción de éste partícipe y, en cambio, en el caso de la cooperación necesaria el partícipe actúa y colabora con el autor una vez la idea y la voluntad de acabar con su vida ya está en la mente del suicida.

A pesar de ello, y entendiendo que una y otra forma de participación en la práctica pueden ser de distintas gravedades, establece un marco penal solapado entre una y otra figura, permitiendo de este modo al juzgador llegar a castigar así con idéntica pena tanto al inductor como al cooperador necesario en un suicidio.

Si bien al comienzo del apartado ya se ha abordado la diferenciación entre esta figura típica y el delito de cooperación necesaria al suicidio, es preciso aclarar la distinción entre la inducción al suicidio y el delito de asesinato u homicidio en autoría mediata.

En palabras de MÁRQUEZ CÁRDENAS, se considera autor mediato, entre otros supuestos, a quien utiliza como instrumento a una persona que se encuentra en error

³⁸Art. 28 CP: Son autores quienes realizan el hecho por sí solos, conjuntamente o por medio de otro del que se sirven como instrumento. También serán considerados autores: a) Los que inducen directamente a otro u otros a ejecutarlo. b) Los que cooperan a su ejecución con un acto sin el cual no se habría efectuado.

³⁹DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO/BARBER BURUSCO, NFP, nº 79, 2012, pág. 128.

sobre la acción que realiza y que no actúa ni dolosa ni culposamente⁴⁰. A estos efectos, aclara el autor que es irrelevante que el error lo produzca el mismo autor mediato o que el error ya se encuentre en el autor inmediato y se aproveche de éste el autor mediato.

Por lo tanto, nos encontraremos ante un autor mediato de homicidio o asesinato cuando un tercero induciendo a error al suicida o aprovechándose del error en el que se encuentra el mismo, consiguiera que éste se quitara la vida. Se trata, en definitiva, de una efectiva instrumentalización del suicida que pasa a ejecutar su propio homicidio o asesinato, “la provocación al suicidio mediante engaño en los que se hace creer a alguien la existencia de circunstancias realmente inexistentes y que motivan la aparición de las tendencias suicidas”⁴¹. En este sentido, el error o engaño en el que se encuentra el suicida puede ser de dos tipos, el primero de ellos, un error en el móvil⁴², y el segundo, un error sobre el sentido de la acción⁴³.

En lo que a la autoría mediata respecta es relevante realizar una especial consideración de los casos en los que la víctima que es instrumentalizada para causar su propia muerte es inimputable. En estos casos parece evidente que, por mucho que nos encontremos ante un claro supuesto de inducción, al no poderse considerar la muerte como un suicidio propiamente, pues la doctrina exige que el suicida sea capaz de dominarse, y por tanto imputable, estaremos ante un nuevo supuesto de autoría mediata del delito de homicidio o asesinato⁴⁴.

Se reserva para el siguiente apartado⁴⁵ el tratamiento de la cuestión de si cabe castigar formas de participación tanto en el delito de inducción como en el de cooperación necesaria.

Para concluir el apartado, considero interesante hacer una breve alusión a ciertos supuestos conflictivos sobre el delito de inducción al suicidio.

El primero de los supuestos conflictivos es aquel relacionado con casos directamente relacionados con el acoso escolar. En este tipo de supuestos, la FGE en la

⁴⁰MÁRQUEZ CÁRDENAS, RDS, nº 25, 2006, pág. 109.

⁴¹OLMEDO CARDENETE, en *Eutanasia y suicidio*, 2001, pág. 133.

⁴²Nos encontraremos ante un error en el móvil en casos como el suicidio de una persona en la creencia y el error de que su pareja ha muerto.

⁴³Estaríamos ante un error en el sentido de la acción cuando la víctima se produce la propia muerte tras la ingesta de una sustancia venenosa ignorando que lo fuese.

⁴⁴OLMEDO CARDENETE, en *Eutanasia y suicidio*, 2001, pág. 133.

⁴⁵La cuestión en concreto se aborda en la pág. 26 dentro del apartado dedicado a la conducta típica de cooperación al suicidio.

Instrucción 10/2005, de 6 de octubre sobre el tratamiento del acoso escolar desde el sistema de justicia juvenil, aclara que para mantener y fundamentar una acusación por el delito de inducción al suicidio no es suficiente con que se demuestre la relación de causalidad entre los actos de acoso y el resultado del suicidio. “Como refiere la STS de 5 de mayo de 1988 la influencia del inductor ha de incidir sobre alguien que previamente no está decidido a cometer la infracción y por lo que ahora nos interesa que el inductor haya actuado *con la doble intención de provocar la decisión (...) y de que el crimen* (el suicidio en este caso) *efectivamente se ejecute.*”⁴⁶ Continúa la Instrucción añadiendo que “No será desde luego subsumible en el tipo la conducta consistente en “forzar” al suicidio, por cuanto el suicida ha de decidir libremente su muerte, por lo que la conducta del que fuerza sería constitutiva de homicidio o asesinato.”

Por lo tanto, y en consonancia con la FGE, para que el acosador pudiese ser castigado por el delito de inducción al suicidio, debería actuar con la intención de ejercer la influencia psíquica en concreto y de que el suicidio se ejecutara; requisitos que, como a continuación comprobaremos, no siempre se darán.

En la práctica nos podemos encontrar casos en los que el acoso al menor que termina suicidándose no ha sido castigado como inducción al suicidio, por falta precisamente de la voluntad directa con la que ha de actuar el tercero, sino como un delito de torturas⁴⁷.

En otro caso, el juez condenó a varios menores compañeros del menor suicida por un delito contra la integridad moral (algunos fueron condenados también por una falta de lesiones) a causa del *bullying* que ejercieron sobre su compañero. Se descartó en este supuesto la condena por el delito de inducción al suicidio por la ausencia de los mismos requisitos ya mencionados; en concreto dice así la resolución: “Bajo ningún concepto ni elemento de prueba de los analizados en la vista podemos concluir que ninguno de los ocho menores, tan siquiera en su actuación grupal que es la que les hacía más fuertes y despiadados, ha sido inductor a la muerte de Jokin, no ha pasado por su cabeza en ningún momento que esto iba a ocurrir. Que le causaban daño sí, como

⁴⁶En el mismo sentido, SSTS de 25 de Junio de 1985, 16 de diciembre de 1989, 12 de noviembre de 1991 y 11 de junio de 1992.

⁴⁷ STS 718/2013, del 1 de octubre de 2013.

analizaremos en el tipo imputado por el Ministerio Fiscal, pero que su actividad lesiva y vejatoria iba encaminada a buscar un suicidio no”⁴⁸.

Otro de los supuestos prácticos conflictivos sería el caso en el que se realiza un pacto suicida en el que dos o más personas deciden suicidarse al mismo tiempo. El problema se plantearía en los casos en los que uno de los pactantes no consiga su objetivo y sobreviva al resto. En estos casos, la jurisprudencia ha venido solucionando la situación castigando al supérstite como inductor del otro u otros. Asimismo, en los supuestos en los que todos los pactantes lo intentan pero no consiguen la muerte, se podría llegar a plantear si todos ellos serían castigados como inductores. En mi opinión, castigar la tentativa del partícipe de un acto atípico como es el suicidio en estos supuestos concretos de suicidios en pareja o grupales, supondría una extralimitación del derecho penal, por lo que entiendo que no debería quedar penada y en consecuencia, considero que ninguno de los pactantes debiera ser castigado.

3. La conducta típica de cooperación al suicidio

Dice el art. 143.2 CP que “Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona.”

El tipo en cuestión, a pesar de las diferencias en lo que a la redacción respecta, es perfectamente asimilable a la figura del cooperador necesario recogida en el art. 28 CP⁴⁹, y por ello debe entenderse en los mismos términos que se utilizan en la teoría general de la participación en el delito para determinar cuáles son los actos que pueden ser considerados “necesarios”⁵⁰.

Para aclarar cuál es la conducta castigada por el artículo, OLMEDO CARDENETE, en consonancia con la jurisprudencia consolidada, sugiere realizar una delimitación de la conducta enmarcándola según el límite mínimo y máximo de la acción descrita.

Por un lado, y en lo que al límite mínimo se refiere, debe distinguirse la cooperación necesaria de conductas que implicaran la atipicidad por tratarse de una mera complicidad con el suicidio. Es útil a estos efectos la aplicación de la teoría de los bienes escasos; para el TS, según lo declarado en la STS 1159/2004, 28 de octubre de

⁴⁸ Sentencia del Juzgado de Menores núm. 1 de San Sebastián 86/2005, de 15 de mayo de 2005.

⁴⁹ Salvo por el hecho de que en el tipo recogido en el art. 143.2 CP se estaría cooperando con actos necesarios a un acto atípico.

⁵⁰ OLMEDO CARDENETE, en *Eutanasia y suicidio*, 2001, pág. 137.

2004, estaremos ante un cooperador según la teoría de los bienes escasos “cuando se colabora mediante la aportación de algo que no es fácil obtener de otro modo”.

La sencilla distinción de una y otra figura en el ámbito teórico no es tal en la práctica que implica la necesidad de analizar cada caso en concreto siendo imprescindible “tener en cuenta las peculiaridades del caso concreto, las condiciones del suicida, las relación con el cooperador, el nivel de conocimientos que éste tenga, etc. Dar una pistola o un veneno será generalmente una cooperación necesaria, pero indicar meramente dónde puede conseguirse, complicidad”⁵¹.

Por otro lado, delimita la conducta con el límite máximo diferenciando la figura de la cooperación necesaria con la cooperación considerada ejecutiva que se halla regulada en el art. 143.3 CP. Así, en aquellos casos en los que el cooperador llegue al punto de ejecutar por sí mismo la muerte de la víctima, cuando estemos ante el dominio del hecho por parte del cooperador, entonces no estaremos ante un delito de cooperación necesaria sino ante una cooperación ejecutiva, por lo que se daría un salto al tipo recogido en el art. 143.3 CP. Se tendrá en cuenta la concurrencia o no de un elemento adicional para considerar la conducta del tercero como una mera cooperación necesaria y no ejecutiva: la intervención definitiva y decisiva del suicida; en aquellos casos en los que la última acción y la decisiva para determinar la muerte no fuese la del propio suicida sino la del tercero, se estará ante una cooperación ejecutiva y por el contrario, si la última de las acciones, la concluyente, la hubiese ejecutado el suicida, posiblemente estaremos ante una cooperación necesaria del tercero.

Por lo tanto, podemos considerar que son típicas por este precepto única y exclusivamente aquellas conductas de cooperación en el suicidio sin las que éste no se habría llegado a producir, pero que no lleguen a constituir *per se* una cooperación ejecutiva por el dominio del hecho. En este mismo sentido la STS de 23 de noviembre de 1994, establecía lo siguiente: “El auxilio⁵² al suicidio supone una colaboración, una prestación coadyuvante que ofrezca una cierta significación y eficacia en la realización del proyecto que preside a un sujeto de acabar con su propia existencia. Tiene como

⁵¹MUÑOZ CONDE, citado por OLMEDO CARDENETE, en *Eutanasia y suicidio*, 2001, pág. 138.

⁵²Entiéndase auxilio como colaboración necesaria al suicidio. Debido al momento en el que fue dictada la sentencia ha de tenerse presente que el CP vigente en aquella época se refería con tal expresión al tipo delictivo que hoy se identifica con el término “cooperación necesaria al suicidio”. El CP vigente en aquel momento en su art. 409 establecía lo que “El que prestare auxilio o induzca a otro para que se suicide será castigado con la pena de prisión mayor; si se lo prestare hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte será castigado con la pena de reclusión menor.”

límite inferior de la tipicidad la existencia de una mínima aptitud o eficiencia de la conducta desplegada por el sujeto activo en orden a la efectividad de los actos desplegados respecto del suicidio ajeno, y como límite máximo la propia ejecución material de la muerte del suicida, lo que llevaría a la aplicación del último inciso del referido artículo⁵³, auxilio ejecutivo al suicidio o ejecución material de la muerte consentida.”

Sobre el elemento subjetivo del tipo penal en cuestión, la doctrina coincide en que debe cometerse con dolo y que nunca podrá ser punible la comisión de una cooperación negligente. Se entiende que el cooperador necesario del suicidio de otro debe conocer, sin excepción alguna, la intención de éste de acabar con su propia vida y actuar conforme a este conocimiento.

Sin embargo, no es tan pacífica la cuestión de si es absolutamente necesario que la comisión sea con actos activos o si es posible cooperar con actos necesarios a través de una comisión en forma de omisión impropia⁵⁴ y en consonancia con lo recogido en el art. 11 CP⁵⁵.

Parte de la doctrina y de la jurisprudencia⁵⁶, entiende que no cabe la comisión por omisión en la cooperación necesaria al suicidio por entender que en todo el precepto

⁵³El CP vigente en aquel momento en su art. 409 establecía lo que “El que prestare auxilio o induzca a otro para que se suicide será castigado con la pena de prisión mayor; si se lo prestare hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte será castigado con la pena de reclusión menor.”

⁵⁴SUAREZ-MIRA RODRÍGUEZ, C.; JUDEL PRIETO, A.; PINOL RODRÍGUEZ, J.R, en *Manual de Derecho Penal, Tomo II, Parte Especial*, 2011, pág. 3.

⁵⁵Art. 11 CP: Los delitos que consistan en la producción de un resultado sólo se entenderán cometidos por omisión cuando la no evitación del mismo, al infringir un especial deber jurídico del autor, equivalga, según el sentido del texto de la ley, a su causación. A tal efecto se equiparará la omisión a la acción: a) Cuando exista una específica obligación legal o contractual de actuar. b) Cuando el omitente haya creado una ocasión de riesgo para el bien jurídicamente protegido mediante una acción u omisión precedente.

⁵⁶ La Sentencia de la AP de Girona 184/2001, de 23 de Marzo de 2001 absolvió al marido que, tras ver que su mujer trataba de quitarse la vida colocándose una bolsa de plástico de basura en la cabeza y un tubo de goma conectado a una bombona de butano que iba hacia la citada bolsa, que tenía atada a la cabeza con cinta adhesiva. El acusado apagó la bombona para que no saliera más gas pero no le retiró la bolsa que la víctima tenía puesta en la cabeza, que vio que aún respiraba pero con dificultad. Al cabo de unos 10 minutos volvió y vio que su compañera ya no se movía. Se absolvió al acusado por entender que no era punible la cooperación necesaria en comisión por omisión.

Transcripción de parte del fundamento tercero de la sentencia: “Luego, como la cooperación es precisamente la intervención en el plan que ha sido determinado por la autora 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.”

late la idea de que únicamente han de ser castigadas las actuaciones de cooperación activa al suicidio de otro y “con un argumento de orden gramatical, atendiendo a que el precepto tipifica expresamente tan solo la conducta del tercero que coopere a través de “actos” necesarios al suicidio de una persona (art 143.2 CP)”⁵⁷.

En cambio, la mayor parte de la doctrina, entre ellos DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO/BARBER BURUSCO, CORCOY BIDASOLO, SUÁREZ-MIRA RODRÍGUEZ, JUDEL PRIETO, PIÑOL RODRÍGUEZ U OLMEDO CARDENETE, coincide en que es completamente admisible la comisión por omisión impropia en lo que a este tipo se refiere. Los argumentos a favor de esta postura serían en primer lugar, que “en el art. 143.2 el legislador no ha incluido la expresión “cooperare *activamente*” que sí aparece en el apartado cuarto⁵⁸ de dicho precepto.”⁵⁹; en segundo lugar, el entendimiento de que la voluntad de morir no tiene por qué anular la vigencia del deber de intervención de un tercero que se encuentre en una posición de garante dirigido a evitar el suicidio; en tercer lugar, la consideración de que “la solución no debe diferir de la general que se mantenga para determinar cuándo existe participación por omisión”⁶⁰. Para DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO/BARBER BURUSCO, la omisión equivaldrá a la acción positiva cuando la propia omisión sea la que cree o aumente (o haga que un riesgo controlado deje de estarlo) de forma decisiva o determinante el riesgo para el bien jurídico, por lo que tanto para la autoría como para la participación, lo que tiene que suceder es que la omisión equivalga materialmente desde un punto de vista normativo a la comisión positiva⁶¹.

Así, para algunos autores cuando el omitente coopere necesariamente al suicidio de otro pero no se halle en posición de garante se estará ante la figura del delito de omisión de socorro del art. 195 CP⁶², por no evitar el suicidio pudiendo hacerlo sin

⁵⁷DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO/BARBER BURUSCO, NFP, nº 79, 2012, pág. 131.

⁵⁸ Recoge el apartado cuarto del art. 143 CP que “El que causare o cooperare *activamente* con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo.”

⁵⁹OLMEDO CARDENETE, en *Eutanasia y suicidio*, 2001, pág. 140.

⁶⁰DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO/BARBER BURUSCO, NFP, nº 79, 2012, pág. 131.

⁶¹DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO/BARBER BURUSCO, NFP, nº 79, 2012, pág. 131.

⁶²Art. 195 CP 1. El que no socorriere a una persona que se halle desamparada y en peligro manifiesto y grave, cuando pudiese hacerlo sin riesgo propio ni de terceros, será castigado con la pena de multa de tres a doce meses. 2. En las mismas penas incurrirá el que, impedido de prestar socorro, no demande con urgencia auxilio ajeno. 3. Si la víctima lo fuere por accidente ocasionado fortuitamente por el que omitió

riesgo propio ni ajeno. Ahora, para DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO/BARBER BURUSCO, en consonancia con la doctrina mayoritaria, el que no impide el suicidio de otro no puede ser castigado por un delito de omisión de socorro puesto que en este caso va a faltar el requisito de que el suicida sea una persona desamparada.⁶³

A sensu contrario, OLMEDO CARDENETE razona que “Negar el deber genérico de auxilio a toda persona en estos casos supone presumir que el suicidio está siendo ejercitado con plena capacidad psíquica, libremente y sin estar sometido a engaño alguno. Por el contrario, si, como aquí hemos hecho, se concibe al suicidio como un acto que por regla general puede considerarse como un comportamiento psíquicamente patológico y producto de un grave conflicto emocional interno, entonces cabrá defender también para estos casos la presencia de un deber genérico de auxilio⁶⁴ y la correlativa responsabilidad por el art. 195 CP si se infringe el mismo.” Continúa añadiendo que “Por regla general, el espectador del hecho no estará en condiciones de conocer las circunstancias y motivaciones concretas del caso, por lo que en estos supuestos resulta difícil fundamentar la justificación de por qué su omisión de socorro debe quedar impune.”⁶⁵

Igual de controvertida es la discusión sobre la posibilidad de castigar formas de participación tanto en el delito de inducción como en el de cooperación necesaria al suicidio. El debate surge desde la consideración de que tanto el apartado primero como el segundo del art. 143 CP son, materialmente, formas de participación en un hecho atípico que por su especial gravedad o trascendencia el legislador ha decidido convertirlas en un tipo autónomo, de manera que el participe en el suicidio, formalmente pasa a ser el autor del delito de inducción o de cooperación necesaria al suicidio.

El entendimiento de que efectivamente, por constituir un tipo autónomo, cabe castigar la participación en estos delitos, nos llevaría a considerar punible incluso la complicidad con el inductor o el cooperador necesario. Para DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO/BARBER BURUSCO la finalidad de la ley sería castigar ciertas formas especialmente graves (y dependiendo además de su influencia en la decisión del suicida)

el auxilio, la pena será de prisión de seis meses a 18 meses, y si el accidente se debiere a imprudencia, la de prisión de seis meses a cuatro años.

⁶³DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO/BARBER BURUSCO, NFP, n° 79, 2012, pág. 134.

⁶⁴ Por entender que efectivamente el suicida es una persona desamparada.

⁶⁵ OLMEDO CARDENETE, en *Eutanasia y suicidio*, 2001, págs. 145-146.

de fomento de un hecho atípico como es el suicidio, y el castigo de la participación en esas formas de fomento no debería suponer la ampliación de la punición a supuestos que no suponen el mismo grado de fomento del suicidio que las primeras⁶⁶. Es decir, para el caso de que efectivamente se entendiera que cabe la punición de la participación en estos delitos, dichos autores entienden que debe realizarse a través de una interpretación restrictiva que solo castigara participaciones especialmente graves, dejando fuera, por ende, la complicidad⁶⁷.

Esta postura no es compartida por un amplio sector de la doctrina que entiende que debido a la naturaleza excepcional del castigo autónomo de formas de participación, unida a que tales participaciones acaban en una contribución a un hecho vinculado al ejercicio por la persona del derecho a la disponibilidad de la propia vida, como es el suicidio, aconsejan hacer una interpretación restrictiva que dejara impunes la participación en estos delitos⁶⁸.

Por lo que respecta al valor que tiene el resultado muerte y la tentativa, la doctrina minoritaria cree que la muerte no es un elemento decisivo y por tanto, considera que tanto la inducción como la cooperación necesaria son cometidas en el momento en el que el tercero induce o coopera, debiendo ser castigadas con independencia de que el suicido se llegue siquiera a intentar por parte del suicida; personalmente no comparto esta postura dado que de entenderlo así, se estaría castigando una conducta que, tal y como se demuestra posteriormente al no intentarse el suicidio, acaba no teniendo repercusión alguna por carecer de entidad suficiente. En el caso de la inducción verdaderamente no se estaría persuadiendo anímicamente al otro pues el influjo psíquico no llega a producirse verdaderamente en el sujeto pasivo y en el caso de la cooperación necesaria no puede decirse que fuese cooperación alguna si no ha habido conducta posterior del suicida, y mucho menos “necesaria” pues nada se ha intentado y, por lo tanto, tampoco podría saberse si llegaría a tener tal condición de “necesaria”.

⁶⁶DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO/BARBER BURUSCO, NFP, n° 79, 2012, pág. 134.

⁶⁷ Considero que, en efecto, llegar a castigar la complicidad en la participación de un hecho atípico sería una desacertada interpretación que vulneraría el principio de intervención mínima del derecho penal que implica que las sanciones penales se han de limitar al círculo de lo indispensable, en beneficio de otras sanciones o incluso de la tolerancia de los ilícitos más leves.

⁶⁸DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO/BARBER BURUSCO, NFP, n° 79, 2012, pág. 134.

Por otro lado, la doctrina mayoritaria sí considera que la muerte, o su intento, desempeñan un elemento fundamental. Sin embargo, esta misma postura se halla dividida⁶⁹ en dos posiciones diferenciadas: los primeros consideran que la muerte es una condición objetiva de punibilidad por lo que de no darse la muerte del suicida no podría llegar a castigarse al tercero por un delito de inducción o de cooperación necesaria⁷⁰; los segundos interpretan la muerte como un elemento típico del delito, lo que implica que al haberse intentado el suicidio, a pesar de no producirse la muerte, sí debe castigarse por los delitos mencionados al responsable de ellos.

Como ya se ha mencionado anteriormente, para el delito de cooperación necesaria al suicidio del art. 143.2 CP la pena prevista es de dos a cinco años de prisión. En lo que respecta al resto de cuestiones relacionadas con este aspecto del tipo, como son el análisis de la decisión del legislador a la hora de concretar la pena o el solapamiento de las penas con otras figuras típicas, me remito a lo expuesto en el apartado anterior referido a la inducción al suicidio.

En última instancia, considero necesario analizar siquiera brevemente un caso resuelto por los tribunales en el que finalmente se castigó a la persona investigada por el delito al que nos referimos:

El TS en la sentencia de 15 de marzo de 1986⁷¹ enjuiciaba el siguiente supuesto de hecho: “Que sobre las 23 horas del día 8 de mayo de 1980, en La Lechuza, San Mateo, la procesada Clara, mayor de edad y sin antecedentes penales, casada con Carlos Francisco y con quienes convivía una sobrina carnal de aquélla, María Inés, de 18 años y soltera, habiendo tenido convencimiento de que su marido, Carlos Francisco, y la referida sobrina María Inés mantenían en secreto relaciones sexuales, así como de que ambos, ante el alcance y trascendencia producidos por el descubrimiento y difusión de estos hechos, habían tomado la firme decisión de quitarse la vida, propósito éste que le fue comunicado a la procesada por su propio marido mediante la lectura de una nota

⁶⁹DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO/BARBER BURUSCO, NFP, n° 79, 2012, pág. 134.

⁷⁰ Es decir, no consideran posible castigar al autor de un delito de inducción al suicidio o de cooperación necesaria a éste en grado de tentativa.

⁷¹ Ha de tenerse en cuenta también en esta ocasión que debido a la fecha en la que se dictó la resolución judicial el análisis que se procederá a realizar será en base a la legislación vigente en aquel momento; el CP vigente en aquel momento en el art. 409 establecía lo siguiente: “El que prestare auxilio o induzca a otro para que se suicide será castigado con la pena de prisión mayor; si se lo prestare hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte será castigado con la pena de reclusión menor.” En consecuencia, a estos efectos se asimilará el auxilio al suicidio del art. 409 del CP vigente en 1986 a la cooperación necesaria del art. 143.2 del CP actual.

expresiva de aquel deseo, que este último había confeccionado y que fue firmada ante la presencia de aquella tanto por Carlos Francisco como por María Inés, observó cómo su esposo, tras despedirse de ella y de sus hijos, cogía, con el fin de poner en práctica aquella resolución, una escopeta de caza con la correspondiente munición, marchándose del hogar en unión de María Inés, a quien tomó de la mano, viendo la procesada cómo momentos después Carlos Francisco, quien ya había disparado un tiro en la cabeza a María Inés, originándole la muerte instantánea, regresaba malherido en el rostro hacia las inmediaciones de su casa como consecuencia de los disparos que había efectuado contra sí mismo, y como le pidiera nuevos cartuchos para terminar de forma definitiva con su vida, la procesada le facilitó los mismos con ánimo de colaborar para que su marido encontrara la muerte, la cual se produjo cuando éste disparó nuevamente el arma contra sí, tras haberla cargado con la munición que le proporcionó su esposa.”⁷²

El TS confirmó el fallo declarado por la Audiencia de instancia que estimó que los indicados hechos probados constituían un delito de prestación de auxilio al suicidio del art. 409 del CP vigente en aquella época, y equivalente al actual art. 143.2 CP, condenando en concepto de autora a la procesada, sin la concurrencia de circunstancias modificativas de la responsabilidad criminal.

Los hechos enjuiciados en la sentencia escogida para su breve análisis constituyen un supuesto en el que se refleja claramente la complejidad que supone en la práctica la identificación y delimitación del delito de cooperación necesaria al suicidio. Coincido con la opinión de OLMEDO CARDENETE en que tales hechos no debieron sino ser considerados una mera complicidad impune, pues el suministro de la munición que finalmente acabó con la vida de su marido, resultaba perfectamente accesible para éste para que pudiese cargar el arma de fuego. Esto implica que, en mi opinión, la conducta de la investigada no debió llegar a ser interpretada como una aportación indispensable o escasa al suicidio⁷³, por no suponer una colaboración de una intensidad suficiente o siquiera un verdadero incremento del riesgo para el bien jurídico protegido.

4. La conducta típica de cooperación ejecutiva al suicidio

Recoge el art. 143.3 CP que “Será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte.”

⁷² Transcripción de los antecedentes de hecho de la STS de 15 de marzo de 1986.

⁷³ OLMEDO CARDENETE, en *Eutanasia y suicidio*, 2001, pág. 138.

Tal y como se venía adelantando en el apartado anterior, el precepto al que ahora nos referimos se trata de la figura delictiva más grave de las tipificadas en el art. 143 CP, al caracterizarse por el hecho de ser la cooperación tan intensa que el sujeto activo llega “hasta el punto de ejecutar la muerte.”⁷⁴ Para DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO/BARBER BURUSCO “la palabra “cooperación”, empleada en el texto legal, evoca la idea de participación y, sobre todo, parece que hay que relacionarla con la utilizada en el número 2 del mismo art. 143 CP que habla del “que coopere con actos necesarios al suicidio de otra persona”. Por lo tanto, tendría que haber suicidio, es decir, que el autor de la muerte fuera la propia persona que va a morir, siendo partícipe en ella el cooperador ejecutivo.”⁷⁵ Asimismo, consideran que podría sostenerse que el art. 143.3 CP es un subtipo más grave que el del art. 143.2 CP; éste castigaría la cooperación necesaria al suicidio y aquel –más gravemente- la cooperación necesaria al suicidio prestada mediante actos ejecutivos.

Tal y como lo expone el precepto, se pena al que coopere ejecutando la muerte con la pena de prisión de seis a diez años, pena que para ciertos autores parece estar motivada por tratarse de la figura delictiva más grave del precepto, y es que ha de tenerse en cuenta que la conducta delictiva descrita es la más próxima al delito de homicidio común por ser el cooperador quien materialmente ejecuta la muerte del suicida.⁷⁶

La aproximación es tal que en la práctica se vuelve compleja la diferenciación entre uno y otro delito al ser el consentimiento del suicida el único elemento que distingue una y otra figura, con el problema que supone, precisamente desde una perspectiva práctica, la prueba del elemento diferenciador. Así, para los casos en los que se pueda llegar a probar la concurrencia del consentimiento del suicida, el CP prevé una pena sustancialmente menor que para los reos por el delito de homicidio simple del art. 138.1 CP⁷⁷, a pesar de que ciertos autores cuestionen que las penas entre uno y otro tipo hayan de estar tan alejadas la una de la otra; ocurre que el techo de la pena del delito de cooperación ejecutiva al suicidio supone el mínimo de la pena del delito de homicidio al que nos referimos.

⁷⁴OLMEDO CARDENETE, en *Eutanasia y suicidio*, 2001, pág. 147.

⁷⁵DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO/BARBER BURUSCO, NFP, nº 79, 2012, pág. 136.

⁷⁶SUAREZ-MIRA RODRÍGUEZ, C.; JUDEL PRIETO, A.; PINOL RODRÍGUEZ, J.R, en *Manual de Derecho Penal, Tomo II, Parte Especial*, 2011, pág. 3.

⁷⁷Art. 138.1 CP: El que matare a otro será castigado, como reo de homicidio, con la pena de prisión de diez a quince años.

Precisamente en relación a la cuestión de la forma de prestar el consentimiento por parte del suicida la doctrina se halla dividida. Un sector considera que la petición del suicida debe ser una petición formal, mientras que la otra parte opina que siempre que el suicida se muestre conforme de manera inequívoca con la acción del cooperador, es decir, mientras el consentimiento sea explícito, estaremos ante este delito y no ante una conducta homicida⁷⁸.

La conducta del suicida no cabe duda que es objeto de discusión, así, debido a toda la discusión que plantea el precepto, y teniendo en cuenta la considerable diferencia existente en lo que a la pena respecta entre el delito de homicidio y el de cooperación ejecutiva al suicidio, es necesario plantear si cabe o no castigar por el segundo de los delitos los casos de homicidio consentido.

Se entiende por homicidio consentido aquel supuesto en el que el sujeto pasivo otorgue el consentimiento para ser privado de su vida; en este caso no existe una petición formal sino que, tal y como lo establece su propio nombre, únicamente se ofrece el consentimiento para que se actúe de tal forma. De llevarse a cabo una interpretación restrictiva, este tipo de conductas quedarían fuera del art. 143.3 CP, pero esta solución restringe excesivamente el espacio de juego del precepto y vendría a ser materialmente injusta en los casos en los que, a pesar de la anuencia de la víctima, se castigue por homicidio por el mero hecho de que no medie petición formal de la víctima.⁷⁹

Para OLMEDO CARDENETE, que se muestra de acuerdo con la idea de que los supuestos de homicidios consentidos sean penados por el art. 143.3 CP y no por el art. 138 CP, sirve de referencia el delito de lesiones y más concretamente, la modalidad atenuada que prevé el legislador en el art. 155 CP⁸⁰, pues en este artículo se supedita su aplicación al mero consentimiento válido, libre, espontánea y expresamente emitido por parte del lesionado, sin necesidad de que la petición sea formal.

⁷⁸OLMEDO CARDENETE, en *Eutanasia y suicidio*, 2001, págs. 148-149.

⁷⁹OLMEDO CARDENETE, en *Eutanasia y suicidio*, 2001, pág. 148.

⁸⁰Art. 155 CP: En los delitos de lesiones, si ha mediado el consentimiento válido, libre, espontáneo y expresamente emitido del ofendido, se impondrá la pena inferior en uno o dos grados. No será válido el consentimiento otorgado por un menor de edad o una persona con discapacidad necesitada de especial protección.

Para concluir el apartado procedo a exponer el supuesto enjuiciado por la SAP de Zaragoza nº 85/2016 de 19 de abril 2016, el cual condenó al procesado por unos hechos constitutivos de un delito de auxilio al suicidio del art. 143.3 CP.

El procesado, vivía en el domicilio familiar con su madre, Emilia, la cual padecía una enfermedad que le provocaba una paranoia con ideaciones persecutorias, considerando que era constantemente vigilada y perseguida, focalizando además sus temores en el colectivo médico, debido a lo cual se negaba a recibir cualquier asistencia facultativa. Asimismo, presentaba fuertes dolores óseos en la espalda, así como una úlcera de gran tamaño en una pierna, derivada de una diabetes.

La madre, que ejercía una fuerte influencia sobre su hijo, el día 7 de abril de 2016 le manifestó a éste que había tomado la irrevocable decisión de suicidarse colocándose unas bolsas de basura en la cabeza, 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 procesado asintió por entender que la decisión de su madre era irrevocable.

Llegada la madrugada del día 8 de abril, el procesado y su madre, se fueron a la cocina y Emilia comenzó a ingerir brandy para atontarse. Al poco tiempo los dos se fueron a la habitación de Emilia y una vez allí Emilia se sentó en dicho sillón y escribió de su puño y letra una nota con el siguiente contenido:

"Por culpa de no estar legalizada en España, la eutanasia, he tenido que hacérmela yo, ¡qué triste y doloroso! El motivo es que no puedo aguantar más el dolor que me producen las extrañas heridas que tengo en la pierna derecha. ¡Ojalá los que me han hecho esto, lo pasen peor que yo!".

Al terminar Emilia intentó colocarse una de las bolsas de autocierre para producirse la asfixia pero al verse limitada en sus movimientos el procesado colocó la bolsa sobre la cabeza de su madre y ajustó el cierre. La madre trató en alguna ocasión de llevarse las manos hacia la cabeza, si bien el procesado, con intención de asistir a su madre para que lograra su finalidad de quitarse la vida, le sujetó las manos para impedirsele. Emilia continuó respirando de forma entrecortada y el procesado colocó una nueva bolsa sobre la cabeza de su madre, cesando la respiración de ésta y produciéndose el fallecimiento de Emilia por sofocación.

La sentencia estableció que “Los hechos son muy claros y no admiten duda alguna, pues desde un primer momento han sido reconocidos por el procesado, que nunca ha negado su participación activa en la muerte de su madre para auxiliarla y cumplir su voluntad de suicidarse, (...) y quedan tipificados plenamente en el citado artículo 143.3 que castiga al que prestara una colaboración que llegara hasta el punto de ejecutar la muerte, pues de las propias manifestaciones del procesado se evidencia que esto fue así.”

Respecto a la voluntad de la suicida se alegó que “El deseo de suicidarse de su madre consta plenamente probado, no solo por las manifestaciones del procesado, sino también por la nota manuscrita por aquella, nota cuya autoría se ha atribuido a la misma, como ratifica el dictamen pericial caligráfico.”

Asimismo, se argumentó que “no es de aplicación el subtipo atenuado del artículo 143.4, que se basa en la concepción de la llamada "muerte digna" (...) Simplemente decir que este subtipo, (...) 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, ya que como han declarado los Médicos Forenses con toda contundencia, las úlceras padecidas por Emilia 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.”

IV. EL CASTIGO DE LA EUTANASIA EN EL CP

1. Las distintas clases de eutanasia

GIMBEL GARCÍA enuncia expresiones tales como “eutanasia pura, eutanasia larvada, ortotanasia, distanasia, eutanasia activa, eutanasia pasiva, eutanasia directa, eutanasia indirecta, eutanasia negativa, eutanasia omisiva, eutanasia eugenésica, eutanasia económica, etcétera... no se sabe si fruto de una confusión conceptual previa, o de la propia complejidad del concepto en cuestión, el caso es que la proliferación de términos a propósito de la eutanasia requiere de un cierto esfuerzo de clarificación que parece casi obligado”⁸¹.

⁸¹GIMBEL GARCÍA, J.F. “El derecho al suicidio asistido por médico en el caso de enfermos terminales y pacientes con discapacidades graves crónicas”, UNED (España), 2019 (Tesis doctoral), pág. 33.

Dado que el significado del concepto “eutanasia” ya ha sido tratado en apartados anteriores a éste, me remito a él y pasaré a abordar directamente la clasificación sobre los diferentes tipos de eutanasia, si bien se tratará superficialmente, diferenciando las conductas eutanásicas de las que no lo son, pues la profundización en la materia, debido a su complejidad, requeriría la dedicación absoluta del trabajo a tal cuestión.

Dejando al margen otras clasificaciones y tipos de eutanasia⁸², que poco o nada de luz arrojan para el entendimiento del concepto “eutanasia”, nos centraremos en la clasificación que atiende a la contribución valorativa que se realiza a la muerte. Esta clasificación distingue, en primer lugar, entre la eutanasia activa y la eutanasia pasiva, es decir, entre matar y dejar morir.

1.1 Eutanasia activa

En la eutanasia activa el sujeto activo provoca con su intervención la muerte del sujeto pasivo⁸³; para MENDES DE CARVALHO “es la que se efectúa a través de la realización de actos positivos de ayuda a morir, eliminando o aliviando el sufrimiento del enfermo”⁸⁴.

A partir de aquí, sin embargo, el concepto se complica algo más y se divide en otros dos tipos de eutanasia, por un lado, la eutanasia activa directa, y por otro lado, la eutanasia activa indirecta.

Estaremos ante un supuesto de eutanasia activa directa cuando el sujeto activo dolosamente dirija su acción a la consecución de un objetivo determinado que es acabar con la vida del sujeto pasivo. Por el contrario, la eutanasia activa indirecta se dará en aquellos casos en los que el sujeto activo no busque matar al sujeto pasivo, sino que pretenda aliviar el sufrimiento que este segundo padezca, asumiendo que el efecto

⁸² Además de la clásica clasificación de tipos de eutanasia, ÁLVAREZ GÁLVEZ en *La eutanasia voluntaria autónoma*, 2002, pág. 40 y 86, siguiendo otras clasificaciones distingue por un lado, la eutanasia económica, es decir, aquella que se practica con el exclusivo fin de provocar la muerte de un sujeto para evitar los gastos económicos presentes o futuros que el mantenimiento de esa persona exige por entender que son vidas que no son ni nunca serán rentables económicamente; por otro lado, la eutanasia eugenésica, entendida como la eutanasia practicada con el fin exclusivo de provocar la muerte a determinados sujetos para perfeccionar la especie humana; y por último la eutanasia social, a través de la cual se pretende que la sociedad no tenga que soportar vidas que representan cargas sociales para los demás y/o no contribuyan a mejorar la raza. Como podrá entenderse, ninguno de estos dos tipos de eutanasia parecen ser acordes con el exclusivo objetivo de buscar el interés del sujeto pasivo, sino más bien con la idea de mirar por el interés de otros sujetos, por lo tanto, evidentemente, de ninguna manera ninguno de estos dos comportamientos pueden ser concebidos como un tipo de eutanasia.

⁸³ ÁLVAREZ GÁLVEZ, *La eutanasia voluntaria autónoma*, 2002, pág. 67.

⁸⁴ MENDES DE CARVALHO, *Suicidio, Eutanasia y Derecho Penal*, 2009, pág. 268.

secundario inevitable de esta actuación será el aceleramiento de su muerte. A estos segundos supuestos también se les conoce como “acciones de doble efecto”, que según el CGPJ y el Ministerio de Sanidad y Consumo se trata de “la precipitación de la muerte como efecto secundario de la analgesia o la sedación, sin ser aquella el objetivo terapéutico primario”⁸⁵. Dentro de este segundo grupo de supuestos es donde clasificaríamos todos aquellos casos de sedación paliativa o terminal que se resuelven en el marco de las pautas normalizadas de actuaciones médicas que se conocen como *lex artis*⁸⁶.

1.2 Eutanasia pasiva

Se habla de eutanasia pasiva cuando nos encontramos con casos en los que no se evita la muerte del paciente mediante la interrupción del tratamiento ya iniciado o no se adoptan las medidas encaminadas a la prolongación pasiva⁸⁷, es decir, cuando el sujeto activo se limita a no hacer nada, dejando así que el sujeto pasivo muera⁸⁸. Para MENDES DE CARVALHO, se trata de la “abstención deliberada de la prestación de determinadas medidas y tratamientos médicos cuyo mantenimiento solo sirve para prolongar artificial o innecesariamente la vida, y cuya ausencia anticipa de esta forma la muerte”⁸⁹.

Sin embargo, el empleo de términos como “abstención” u “omisión” (término empleado en otras definiciones aportadas por la doctrina), hace pensar que la eutanasia pasiva se trata de una comisión por omisión y la eutanasia activa una actuación positiva, induciendo así a error. En relación a esta cuestión DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO/ BARBER BURUSCO apuntan que al entender la eutanasia pasiva como la modalidad omisiva de la conducta, no se llega a distinguir las figuras, de modo que se entiende que no suponen una diferencia sustancial una y otra modalidad eutanásica, cuando verdaderamente la diferencia coincide con la distinción general en el derecho penal entre omisión pura o propia y la comisión. Así, en los casos en los que una conducta equivalga a una mera no actuación, a dejar morir, estaremos ante un supuesto de eutanasia pasiva, y por el contrario, cuando la conducta pasiva, la no actuación equivalga material y

⁸⁵ Plan Nacional de Cuidados Paliativos. Bases para su Desarrollo, pág. 61.

⁸⁶ GIMBEL GARCÍA, J.F. “El derecho al suicidio asistido por médico en el caso de enfermos terminales y pacientes con discapacidades graves crónicas”, UNED (España), 2019 (Tesis doctoral), pág. 46.

⁸⁷ CORCOY BIDASOLO, PE, Tº 1, 2015, pág. 64.

⁸⁸ ÁLVAREZ GÁLVEZ, *La eutanasia voluntaria autónoma*, 2002, pág. 67.

⁸⁹ MENDES DE CARVALHO, *Suicidio, Eutanasia y Derecho Penal*, 2009, pág. 272.

valorativamente a ese hacer positivo, entonces estamos ante un supuesto de eutanasia activa⁹⁰.

Se ejemplifica tal razonamiento con el supuesto en el que un tercero desconecta un aparato previamente conectado para el tratamiento que no haya logrado mejorar en absoluto la situación del paciente ni lo logrará; en este caso la desconexión del aparato material y valorativamente podemos decir que equivale a la no conexión en un momento inicial, por lo que ha de entenderse como un supuesto de eutanasia pasiva⁹¹.

Argumenta CORCOY BIDASOLO, adelantando la cuestión a tratar más específicamente en el apartado segundo dedicado a la redacción y requisitos exigidos por el art. 143.4 CP, que “la irrelevancia penal de las conductas omisivas se fundamenta en que, cuando el sujeto desea morir, desaparece cualquier obligación que terceros pudieran tener de mantenerlo con vida”⁹².

Así, al analizar la eutanasia pasiva es inevitable detenerse brevemente a comentar la ortotanasia, más conocida como conductas de Limitación de Esfuerzo Terapéutico.

El desarrollo científico y técnico que se ha dado en los últimos años en el mundo de la medicina, ha permitido retrasar el final de la vida, sin embargo, en ocasiones la curación no es posible o si se consigue, parcial o totalmente, es a costa de una supervivencia con una disminución muy importante de la calidad de vida, por lo que ha de ponderarse cuidadosamente qué redunda en beneficio del paciente y qué no, considerando la retirada o no instauración de aquellas medidas cuyo objetivo es la mejoría de la vida de éste, porque éstas ya no son posibles, y aplicarse aquellas

⁹⁰DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO/BARBER BURUSCO, NFP, nº 79, 2012, págs. 123-124.

⁹¹ En el mismo sentido expone CORCOY BIDASOLO que debe entenderse como eutanasia pasiva la “desconexión del reanimador, por cuanto, desde la perspectiva del Derecho penal, esos supuestos, aun cuando requieran una conducta activa del facultativo, desde una perspectiva naturalística, no pueden calificarse como conducta comisiva del homicidio ni de auxilio ejecutivo a la muerte. Desde la perspectiva de la teoría del delito son atípicos, por cuanto, no se crea un nuevo riesgo sino que se abandona el control de un riesgo existente, es decir, omisión que solo se equipararía a la comisión cuando existiera una obligación del facultativo de controlar ese riesgo, obligación que no concurre cuando el paciente rechaza ese tratamiento, ni cuando no exista posibilidad de evitar el resultado” (CORCOY BIDASOLO, PE, Tº 1, 2015, pág. 64).

⁹² Continúa añadiendo que por el contrario, cuando el paciente desea ser tratado, la inactividad del facultativo podría ser calificada de delito de denegación o abandono de asistencia facultativa (art. 196 CP), e incluso homicidio, en comisión por omisión (art. 138 CP en relación con el art. 11 CP), siempre que el facultativo estuviera en posición de garante y la muerte pudiera ser evitada (CORCOY BIDASOLO, PE, Tº 1, 2015, pág. 64).

destinadas a conseguir su máximo bienestar, aunque a pesar de su correcto uso pudiera derivarse en un acortamiento de la vida⁹³.

Por lo tanto, y dado que prolongar la vida puede colisionar con otros valores como el respeto a las decisiones del paciente o el cuidado de la calidad de vida⁹⁴, la ortotanasia se presenta como una modalidad de eutanasia pasiva que se opone radicalmente a la distanasia; concepto que se explicará brevemente en el apartado siguiente.⁹⁵

Conforme su definición etimológica, es un vocablo de origen griego formado por *orto* (que significa correcto, recto) y *thanatos* (que significa muerte) pero la expresión es atribuida a JACQUES ROSKAM, autor que la define como “la supresión de especiales cuidados de reanimación a pacientes incurables en estado de coma profundo e irreversible, en estado terminal, a personas en estado de vida vegetativa artificial, a agonizantes”⁹⁶. En la práctica existen dos posibilidades para llevar a cabo estas prácticas LET u ortotánásicas, bien no iniciando determinadas medidas (*withholding*) o retirando un tratamiento previamente instaurado (*withdrawing*)⁹⁷.

Es relevante indicar que la LET no se trata únicamente de una medida aconsejable, o una posibilidad del facultativo, sino que tal y como lo recoge el art. 20 de la LF 8/2011, de 24 de marzo⁹⁸, se configura como un deber y una obligación a la que ha de atenderse en la práctica clínica o médica.

La importancia de que estas conductas no se encuentren castigadas es enorme pues en la actualidad más de la mitad de los fallecimientos que se producen en las UCI plantean decisiones LET; en un estudio sobre estas prácticas en UCI españolas, al 71% de los pacientes fallecidos se les aplicó algún tipo de LET.

⁹³CAMBRA LASAOSA/ IRIONDO SANZ, BDTAIBB, núm. 76, 2015, pág. 3.

⁹⁴HERREROS/PALACIOS/PACHO, RCE, vol.212, n°3, 2012, pág. 135.

⁹⁵ La cuestión se aborda en la pág. 38, dentro del apartado referido a las conductas no eutanásicas.

⁹⁶ÁLVAREZ GÁLVEZ, *La eutanasia voluntaria autónoma*, 2002, pág. 82. Por otro lado, la Ley Foral 8/2011, de 24 de marzo, en el art. 5, apartado f) define la LET como la “Retirada, o no instauración, de una medida de soporte vital porque, a juicio de los profesionales sanitarios implicados, el mal pronóstico del paciente en términos de cantidad y calidad de vida futuras lo convierte en algo fútil y solo contribuye a prolongar en el tiempo una situación clínica que carece de expectativas razonables de mejoría.”

⁹⁷HERREROS/PALACIOS/PACHO, RCE, vol.212, n°3, 2012, pág. 136.

⁹⁸Art. 20 LF 8/2011, de 24 de marzo: El médico o médica responsable de cada paciente, en el ejercicio de una buena práctica clínica, limitará el esfuerzo terapéutico, cuando la situación clínica lo aconseje, evitando la obstinación terapéutica. La justificación de la limitación deberá constar en la historia clínica.

1.3 Conductas no eutanásicas

En el lado opuesto de la moneda se encuentran las prácticas de obstinación profesional, encarnizamiento terapéutico o distanasia.

La LF 8/2011, de 24 de marzo, en el art. 5, apartado i) define la obstinación terapéutica como la “situación en la que a una persona en el proceso de la muerte se le inician o mantienen medidas carentes de utilidad clínica, que pueden mermar su calidad de vida y que únicamente prolongan su vida biológica, sin posibilidades reales de mejora o recuperación, siendo en consecuencia susceptible de limitación.” En definitiva, se trata de un intento de prolongar la vida mediante medios extraordinarios o desproporcionados para el objetivo perseguido, por ser fútiles al no proporcionar beneficio alguno al paciente, con el fin de retrasar una muerte que no podrá evitarse por no poder evitar el mal que la provoca.

Y si bien el art. 20 de la misma LF indica a los médicos y médicas que ha de evitarse que se den estas prácticas, y en este mismo sentido se pronuncia el art. 36 del Código de Deontología Médica⁹⁹ en su apartado segundo diciendo que “El médico no deberá emprender o continuar acciones diagnósticas o terapéuticas sin esperanza de beneficios para el enfermo, inútiles u obstinadas”, no hay normativa específica que prohíba y sancione específicamente este tipo de conductas¹⁰⁰ para las que, en mi opinión, no se encuentra justificación alguna, pues el esfuerzo que suponen estas prácticas chocan frontalmente con el reparto adecuado de los recursos conforme al criterio de justicia distributiva y desde una perspectiva ética-moral las considero por lo menos conflictivas.

En este punto, deben diferenciarse los casos en los que tales actuaciones de obstinación terapéutica o distanasia se realizan con consentimiento del paciente y cuando éstas se llevan a cabo en contra de su voluntad.

⁹⁹Art. 36 del Código de Deontología Médica: “1.- El médico tiene el deber de intentar la curación o mejoría del paciente siempre que sea posible. Cuando ya no lo sea, permanece la obligación de aplicar las medidas adecuadas para conseguir su bienestar, aun cuando de ello pudiera derivarse un acortamiento de la vida. 2.- El médico no deberá emprender o continuar acciones diagnósticas o terapéuticas sin esperanza de beneficios para el enfermo, inútiles u obstinadas. Ha de tener en cuenta la voluntad explícita del paciente a rechazar dicho tratamiento para prolongar su vida. Cuando su estado no le permita tomar decisiones, tendrá en consideración y valorará las indicaciones anteriormente hechas y la opinión de las personas vinculadas responsables.”

¹⁰⁰Si bien esto es así y no existe normativa que prohíba específicamente la obstinación terapéutica, el médico que tomara medidas en contra de la voluntad del paciente, supusieran o no un caso de distanasia, podría ser responsable penalmente.

Así, siempre que el médico actúe con consentimiento del paciente y mantenga los tratamientos concretos en cada caso de manera irracional e innecesaria en el tiempo, pues no conllevarán la curación del paciente, el único modo de sancionar estos supuestos sería argumentando la infracción del Código de Deontología Médica. Sin embargo, en aquellos casos en los que el profesional actúe en contra de la voluntad del paciente, considero que tales conductas podrían encuadrarse al menos, en el ámbito del delito de coacciones del art. 172.1 CP¹⁰¹ segundo párrafo. Pueden hacer surgir más dudas aquellos casos en los que no existiendo consentimiento del paciente, tampoco se conozca su voluntad porque el estado de salud en el que se encuentre no se lo permita; a pesar de ello, en estos casos también se estaría infringiendo el Código de Deontología Médica.

2. Redacción y requisitos exigidos por el art. 143.4 CP

El apartado cuatro del art. 143 CP recoge lo siguiente:

“El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo.”

Comprobamos tras la lectura del precepto que el artículo 143.4 CP recoge claramente una conducta eutanásica a pesar de no llamarla por su nombre, y lo hace, además, reduciendo de modo considerable la sanción en comparación con el resto de apartados. Sin embargo, la redacción del precepto ofrece una descripción de la conducta o unos requisitos algo indeterminados.

2.1 Sobre el comportamiento del sujeto activo

¹⁰¹Art.172 CP: 1. El que, sin estar legítimamente autorizado, impidiere a otro con violencia hacer lo que la ley no prohíbe, o le compeliere a efectuar lo que no quiere, sea justo o injusto, será castigado con la pena de prisión de seis meses a tres años o con multa de 12 a 24 meses, según la gravedad de la coacción o de los medios empleados. Cuando la coacción ejercida tuviera como objeto impedir el ejercicio de un derecho fundamental se le impondrán las penas en su mitad superior, salvo que el hecho tuviera señalada mayor pena en otro precepto de este Código.

El precepto en cuestión habla de “El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro”, lo que conlleva interesantes implicaciones discriminatorias¹⁰².

En primer lugar, y a pesar de la desafortunada redacción del precepto, pues no queda claro de qué manera se relacionan las disyuntiva del adverbio “o” con el adverbio “activamente” y los adjetivos “necesarios” y “directos”, lo que queda claro es que quedan incluidas en el tipo tanto la conducta mediante la cual se causa la muerte a otro como la cooperación necesaria en la muerte de otro, siempre y cuando se cumplan con el resto de requisitos exigidos por el precepto.

Sin embargo, de la lectura del precepto entendemos que no está incluida la inducción al suicidio en el contexto eutanásico del art. 143.4 CP, por lo que tal conducta de crear en otro la idea de acabar con la propia vida estaría castigada con la pena prevista para la inducción al suicidio del art. 143.1 CP en cualquier caso, con independencia de la situación de enfermedad en la que pueda encontrarse la persona inducida. La razón de ser es que, por un lado, la inducción al suicidio es incompatible con el requisito de la petición del que quiere morir¹⁰³, y por otro lado, el legislador ha pretendido restringir el tratamiento privilegiado tan solo a los casos en los que la decisión de morir responde a una reflexión exclusivamente interna, individual, para garantizar así que el enfermo no adopta la decisión de modo condicionado¹⁰⁴.

Cuestión distinta es la responsabilidad de quien induce a un tercero a matar a un enfermo de las características que exige el artículo, mediando la petición que exige el artículo. DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO/BARBER BURUSCO plantean el supuesto de hecho en el que “un enfermo de las características vistas le pide expresa, seria e inequívocamente a un amigo que le quite la vida o consiga que alguien se la quite; el amigo acude a un médico conocido suyo y le pide que practique la eutanasia, como efectivamente hace”¹⁰⁵. Ambos autores coinciden en que en este caso el inductor debería responder conforme a las reglas generales sobre participación previstas por el CP, es decir, con la misma pena prevista para el autor, que sería la del art. 143.4 CP, lo cual es completamente lógico pues la voluntad de morir en el sujeto pasivo ha sido fruto de una

¹⁰²BARQUÍN SANZ, EN *Eutanasia y suicidio*, 2001, pág. 180.

¹⁰³DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO/BARBER BURUSCO, NFP, n° 79, 2012, pág. 141.

¹⁰⁴REY MARTÍNEZ, *Eutanasia y Derechos Fundamentales*, 2008, pág. 30.

¹⁰⁵DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO/BARBER BURUSCO, NFP, n° 79, 2012, pág. 141.

consciente deliberación y no una consecuencia de la inducción, que en definitiva no se ejerce sobre el enfermo que desea morir.

En segundo lugar, y según la interpretación prácticamente unánime que hacen los penalistas del art. 143.4 CP¹⁰⁶, el precepto al incluir los términos “activamente” y “directos”, deja fuera del tipo penal tanto la eutanasia pasiva, por no estar incluida la causación o la cooperación por omisión, como la eutanasia activa indirecta, por la exigencia de que los actos fuesen directamente encaminados a buscar el resultado muerte.

Según esta interpretación el legislador español ha optado por destipificar tanto la eutanasia activa indirecta como la eutanasia pasiva tras una ponderación entre el deber de mantenimiento de la vida, el respeto a la voluntad del paciente y el cuidado de la calidad de vida; en el primero de los casos, el deber de evitar sufrimientos se prioriza ante la idea de la conservación de la vida, y en el segundo de los casos, el principio de autonomía del paciente tiene mayor relevancia que el sostenimiento de la vida, de modo que la posición de garante que ostenta el médico, así como su responsabilidad, queda desvirtuada.

Alega BARQUÍN SANZ que ambas son conductas impunes sobre la base de que, expresamente, se prevé la punición atenuada de la eutanasia activa directa y *a contrario sensu*, se excluye la punición de la eutanasia pasiva y de la eutanasia activa indirecta, pues sería absurdo e inaceptable que estos supuestos más leves o como mucho, equiparables al tipo del art. 143.4 CP, se asimilaran a los tipos más graves de los párrafos 2 y 3 del art. 143 CP¹⁰⁷. No obstante, continúa el mismo autor apuntando que algunos casos de eutanasia pasiva quizá pudieran tener suficiente gravedad como para merecer la atención del derecho penal, particularmente si se realizan de forma rutinaria y se relaja el rigor en la comprobación de los requisitos de la atenuación típica¹⁰⁸.

En tercer lugar, y para finalizar las cuestiones relativas a la conducta del sujeto activo, ha de precisarse que el delito se configura como un delito común, apartándose así del marco tradicional de la discusión sobre la eutanasia en el ámbito penal que puede

¹⁰⁶REY MARTÍNEZ, *Eutanasia y Derechos Fundamentales*, 2008, pág. 19.

¹⁰⁷BARQUÍN SANZ, en *Eutanasia y suicidio*, 2001, pág. 181. En el mismo sentido se pronuncian otros autores como ÁLVAREZ GÁLVEZ, *La eutanasia voluntaria autónoma*, 2002, pág. 252 alegando que ese supuesto es absurdo “dado que si la omisión se remite a los apartados segundo y tercero, estaríamos penando más gravemente la conducta omisiva que la conducta activa”.

¹⁰⁸BARQUÍN SANZ, en *Eutanasia y suicidio*, 2001, pág. 182.

ser cometido por cualquier persona, sin precisar que ésta deba tener la condición de profesional sanitario; lo que para cierta parte de la doctrina supone una decisión político legislativa de una enorme importancia y que no se presenta suficientemente fundamentada¹⁰⁹.

2.2 Sobre la petición de la muerte

Dice el art. 143.4 CP que ha de mediar una “petición expresa, seria e inequívoca” del sujeto pasivo.

Por lo tanto, el tipo privilegiado solo será aplicable cuando medie una petición, no bastando el simple acuerdo o conformidad, ni tampoco cualquier clase de consentimiento en sentido estricto, sino que ha de tratarse de una solicitud personal y reflexiva expresada de forma que no quepan dudas razonables sobre el sentido de la voluntad del sujeto pasivo¹¹⁰. Tampoco encuentra amparo la voluntad dada por representación, por lo que nadie podría actuar en representación de otro para emitir una voluntad de estas características.

Dada la exigencia de petición, para la aplicación del tipo atenuado del art. 143.4 CP se requiere capacidad natural de juicio en la víctima, por lo que se muestra obvio que el precepto no ampara los supuestos en los que la persona afectada por la grave enfermedad no esté en condiciones de prestar su consentimiento como puede ser el caso de un menor¹¹¹, una persona incapaz¹¹² o pacientes comatosos.

En relación a estos últimos, pueden ser útiles los documentos de voluntades anticipadas, también conocidos como testamentos vitales; por éstos debe entenderse

¹⁰⁹ALONSO ÁLAMO, RP, nº 21, 2008, pág. 17.

¹¹⁰BARQUÍN SANZ, en *Eutanasia y suicidio*, 2001, pág. 171.

¹¹¹Para LORENZO SALGADO, EPC, nº25, 2004, pág. 191 “no resulta decisivo que el afectado sea menor de edad para excluir su petición expresa del alcance de la norma, puesto que lo relevante es la verificación, conforme a lo antes indicado con carácter general, de que posee capacidad natural de juicio para comprender el alcance de su solicitud”. Es decir, para este autor, a diferencia de para la mayoría de la doctrina, en este ámbito ha de renunciarse a establecer un límite de edad, no ha de prejuzgarse su capacidad por su edad y ésta –la capacidad- ha de quedar debidamente acreditada comprobando que el consentimiento sea expresión de la libertad decisoria de la persona.

¹¹²En cuanto a las personas con deficiencias psíquicas, LORENZO SALGADO asienta que dado que de otra manera el precepto apenas sería susceptible de ser estimado, “no son suficientes para descartar sin más la capacidad de voluntad del interesado, al objeto de que entre en juego el tipo atenuado de referencia, los síntomas de alteración psíquica padecidos por un paciente con pronóstico infausto, pues la *tensión emocional* en la respuesta ordinaria ante una enfermedad incurable y ello no comporta que esté ausente el discernimiento” y aboga por que sea “la ponderación judicial la que determine, a la vista del hecho enjuiciado, si estamos ante una voluntad válida para la aplicación del art. 143.4” (LORENZO SALGADO, EPC, nº25, 2004, pág. 190).

aquel documento en el que la persona decide qué tratamientos quiere y cuáles rechaza para cuando el deterioro de su salud sea irreversible y haya perdido la capacidad de tomar sus propias decisiones y en los que pueden preverse, por ende, cuestiones relacionadas directamente con el mantenimiento o no de la vida ante determinadas situaciones de salud.

Sin embargo, la doctrina se halla dividida en relación a esta cuestión. Los autores que discuten la validez de este tipo de documentos lo hacen en base a dos cuestiones principalmente: en primer lugar, el posible estado de angustia psicológica en que se halla el enfermo cuando escribe el documento, y en segundo lugar, la supuesta falta de actualidad de la decisión.

A favor de la legitimidad de estos documentos, autores como LORENZO SALGADO hablan de que “dado que el tipo no reclama que la solicitud tenga que hacerse cuando aparece la dolencia o se está padeciendo (petición *in actu*), cabe sostener que siempre que la *declaración vital* sea clara y precisa (de suerte que se dé una plena coincidencia entre las circunstancias previstas por el sujeto en su solicitud y el estado en el que ahora realmente se encuentra) debe servir como presupuesto para aplicar la penalidad del art. 143.4 a quien causa o coopera activamente en la muerte, evitándose de este modo la estimación de delitos más graves... que sería tanto como ignorar toda virtualidad a las instrucciones anteriores dadas por el sujeto”¹¹³.

En este mismo sentido argumenta BARQUÍN SANZ, que si ambos argumentos fuesen tenidos en cuenta por entenderlos acertados, entonces desde el punto de vista lógico “nunca será válido el consentimiento prestado para la propia muerte pues, o bien se ha otorgado en una situación en la que la representación de la muerte es abstracta y lejana a la realidad, o bien en otra en la que la situación personal de dolor y miedo vicia la voluntad”¹¹⁴, argumentación que el autor rechaza¹¹⁵.

Asimismo, apoyaría la interpretación que considera legítima la voluntad recogida en un testamento vital el argumento de la ausencia de mención alguna que en

¹¹³ LORENZO SALGADO, EPC, nº25, 2004, pág. 193. En un sentido semejante ALONSO ÁLAMO, RP, nº 21, 2008, pág. 23 “Sin embargo, entendemos que no hay inconveniente en apreciar el tipo atenuado del art. 143.4 en el supuesto de que un médico atendiera a la petición expresa, seria e inequívoca formulada de forma anticipada, y concurrieran los restantes elementos del tipo, toda vez que el art. 143.4 ni siquiera requiere que la acción sea realizada por un médico”.

¹¹⁴ BARQUÍN SANZ, en *Eutanasia y suicidio*, 2001, pág. 175.

¹¹⁵ También a favor de la validez de este tipo de documentos ALONSO ÁLAMO, RP, nº 21, 2008, pág. 21.

el precepto sobre el momento en el que debe hacerse, por lo que se abriría la posibilidad de que la voluntad se prestase en un momento actual o muy anteriormente al momento de la muerte¹¹⁶.

En todo caso, y al margen del debate sobre la eficacia que ha de reconocerse a estos documentos, ha de precisarse que, en base al ordenamiento jurídico español, existen diferentes opiniones en relación al tratamiento jurídico que ha de darse y la naturaleza de una actuación como es la puesta en práctica de un tratamiento en contra de la voluntad del paciente.

Existen autores que consideran atípica la conducta descrita; en este sentido TOMÁS-VALIENTE LANUZA toma como ejemplo la conducta del médico que instala un aparato de reanimación artificial a un paciente terminal inconsciente con previo conocimiento de la existencia de un documento escrito en el que el enfermo rechazaba precisamente esa medida y alega que no puede ser penalmente sancionado, pues por mucho que los tribunales llegaran a considerar los documentos de esta clase a las que nos referimos como expresiones ciertas de la voluntad del paciente contraria al tratamiento, no existe en nuestro CP un precepto que pueda abarcar tal conducta¹¹⁷.

Personalmente no comparto tal posición y considero que atendiendo a las características concretas del caso, a las cuales deberá repararse con detenimiento, podremos encontrarnos ante un delito de coacciones o incluso un delito de lesiones.

En otro orden de cosas, el precepto exige que la petición sea expresa. Según el Diccionario de la Lengua Española “expreso” significa claro, patente, especificado, por lo que el legislador con la inclusión de esta característica deja a un lado la posibilidad de que la petición sea tácita o presunta. Por otro lado, no parece exigir que deba realizarse por escrito, por lo que, *a sensu contrario* entendemos que puede hacerse por escrito, oralmente e incluso de forma gestual si el enfermo no puede expresarse de otro modo¹¹⁸. Sin embargo, una elemental cautela debería aconsejar a las personas implicadas en

¹¹⁶ÁLVAREZ GÁLVEZ, *La eutanasia voluntaria autónoma*, 2002, pág. 256.

¹¹⁷TOMÁS-VALIENTE LANUZA, *La disponibilidad de la propia vida*, 1999, págs. 525-526.

¹¹⁸REY MARTÍNEZ, *Eutanasia y Derechos fundamentales*, 2008, pág. 31.

hechos como éstos guardar constancia de la voluntad del suicida a través de cualquiera de los muy variados medios técnicos disponibles¹¹⁹.

Añade al listado de requisitos que ha de cumplir la petición del enfermo la necesidad de que sea una petición seria. Por petición “seria” deberemos entender una petición real, verdadera y sincera¹²⁰, es decir, una petición que es conforme con lo que la mente del sujeto pasivo quiere. Para REY MARTÍNEZ por petición “seria” ha de entenderse que es una petición reflexionada, definitiva o firme y añade que su reiteración puede ser una prueba de seriedad, para lo cual será necesario que el sujeto posea una correcta información sobre la gravedad y pronóstico de la enfermedad¹²¹. No obstante, ha de precisarse que en la práctica el paciente goza de un derecho de información limitado¹²², por lo que la información que se suministra al paciente depende en gran medida de la ponderación que se realiza entre el deber de información del facultativo y la afectación psicológicamente negativa que puede tener sobre el enfermo el conocer tal información.

En relación al término “seria” varios autores han criticado su utilización pues se trata de un término ajeno a nuestro lenguaje legislativo y que, en consecuencia, no existe interpretación jurisprudencial o doctrinal sobre su significado jurídico-penal.

Por último, establece que la petición debe ser inequívoca. El adjetivo “inequívoco”, según la RAE, implica que la petición no admita duda o equivocación, es decir, que “esté concretada en términos claros y precisos, que no den lugar a duda acerca del exacto contenido del deseo de que se ponga fin a su vida”¹²³. Se trata pues de

¹¹⁹BARQUÍN SANZ, en *Eutanasia y suicidio*, 2001, pág. 173. Continúa el mismo autor recordando el conocido caso de Ramón Sampredo en el que “se conjugaron todos estos medios, dado el extenso período de tiempo a lo largo del cual este hombre estuvo luchando por el reconocimiento de la impunidad de quienes le ayudasen a morir: además de la grabación del proceso de ingestión del veneno y de acaecimiento de la muerte, previamente había dejado a lo largo de años pruebas incontestables del carácter expreso, serio e inequívoco de su voluntad de acabar con su existencia”.

¹²⁰ Diccionario de la Lengua Española R.A.E.

¹²¹REY MARTÍNEZ, *Eutanasia y Derechos Fundamentales*, 2008, pág. 33.

¹²²En el ámbito del deber médico de informar al paciente sobre el diagnóstico de su enfermedad y los aspectos esenciales de las alternativas de tratamiento se localiza una práctica común a la que se suele aludir mediante la expresión “privilegio terapéutico”, consistente en la posibilidad de que el facultativo oculte al enfermo información cuyo conocimiento podría, en opinión de aquél, afectar negativamente al estado psíquico de éste, de lo que eventualmente podría derivarse, asimismo, un perjuicio para el propio éxito de la terapia propuesta; esta práctica es frecuente en el ámbito de la comunicación del diagnóstico de cáncer e implica una actitud indubitablemente paternalista (TOMÁS-VALIENTE LANUZA, *La disponibilidad de la propia vida*, 1999, pág. 85).

¹²³LORENZO SALGADO, EPC, nº25, 2004, pág. 197. Continúa añadiendo que “si la solicitud consta en el documento de voluntades anticipadas formalizado por el afectado, ésta revestirá el carácter de inequívoca cuando la voluntad de morir esté igualmente explicitada de modo que se deduzca, sin el menor asomo de

una exigencia restrictiva que añade una especial cautela a la exigencia del consentimiento por parte del enfermo que va a morir.

Sobre la redacción de este artículo y de los requisitos que ha de cumplir la petición de la persona enferma DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO/BARBER BURUSCO apuntan que “quizá hubiera sido suficiente con exigir lo segundo (además de que sea seria y emitida por persona capaz), pues si una petición es inequívoca no se ve qué importancia tiene que sea expresa; en cualquier caso, se muestra aquí el celo –para algunos “recelo”– del legislador por evitar el privilegio en situaciones de duda en una cuestión muy delicada y que puede prestarse a abusos.”¹²⁴; el legislador ha debido realizar la necesaria ponderación entre evitar abusos y la exigencia de las máximas garantías en lo que a la petición se refiere, teniendo en cuenta que de precisar más requisitos de los estipulados por el precepto, se impediría una atenuación de muchas conductas que no respondería a su voluntad y que no es adecuado defender¹²⁵.

En último lugar, y dado que en la redacción del precepto se establece que “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...”, debe entenderse que la preposición “por” denota que la causa del comportamiento del sujeto activo ha de ser la petición del sujeto pasivo con las características ya mencionadas. En definitiva, “no parece que se exija que la petición sea hecha al sujeto activo, pero sí que éste practique la eutanasia a causa de esa petición, esto es, conociendo esa petición y haciendo de ella el motivo de su comportamiento”¹²⁶.

2.3 Sobre el estado del enfermo

Para que puedan llegar a aplicarse las penas atenuadas que se prevén en el art. 143.4 CP el precepto exige “que la víctima¹²⁷ sufriera una enfermedad grave que condujera necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar”.

incertidumbre, su voluntad de morir (...) El carácter inequívoco de la petición hace referencia estricta,, pues, a que la muerte debe ser solicitada sin imprecisiones o ambigüedades que permitan cuestionar la voluntad de morir del sujeto pasivo”.

¹²⁴DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO/BARBER BURUSCO, NFP, n°79, 2012, pág. 139.

¹²⁵ÁLVAREZ GÁLVEZ, *La eutanasia voluntaria autónoma*, 2002, pág. 256.

¹²⁶ÁLVAREZ GÁLVEZ, *La eutanasia voluntaria autónoma*, 2002, pág. 254.

¹²⁷Se ha criticado con razón el empleo de la expresión víctima en este contexto, dado que se trata de un sujeto que pide y recibe ayuda y por lo tanto solo parece aceptable su empleo en el sentido de víctima de la enfermedad (BARQUÍN SANZ, en *Eutanasia y suicidio*, 2001, pág. 192).

En primer lugar, ha de destacarse que el precepto se expresa empleando la conjunción “o”, por lo que se expresa en términos optativos. Ello implica que no se exige que la enfermedad grave sea al mismo tiempo mortal y dolorosa, sino que la concurrencia de cualquiera de las dos sería suficiente¹²⁸. En cualquier caso, el precepto deja claro que queda fuera de la atenuación prevista en el art. 143.4 CP cualquier otra situación que no pueda ser conceptuada como enfermedad grave, ya provoque padecimientos insufribles, ya conduzca inexorablemente a la muerte¹²⁹.

En referencia al primero de los supuestos -que el sujeto padeciera una enfermedad grave que lo condujera necesariamente a su muerte, es decir, mortal-, no solo abarca los supuestos referidos a enfermos terminales sino que también quedan incluidos en este apartado los supuestos en los que el sujeto padezca una enfermedad grave a consecuencia de la cual morirá, sin que exista posibilidad alguna de que no sea así. Nada se concreta al respecto de la proximidad que ha de encontrarse el momento de la muerte ni sobre los documentos en base a los que el juez deberá valorar la concurrencia de las circunstancias descritas por el legislador.

En relación a la expresión “enfermedad grave” ÁLVAREZ GÁLVEZ expone que se trata de una expresión que “peca de cierta vaguedad. La ley no dice que basta cualquier enfermedad que conduzca necesariamente a la muerte, sino que dicha enfermedad debe ser una enfermedad grave. Pero no nos dice tampoco qué se entiende por enfermedad grave. No dice si debe existir un previo dictamen médico que certifique la gravedad de la enfermedad, ni ofrece un listado de enfermedades graves a las que remitirse. No dice si esto deben apreciarlo los Tribunales o si se trata de una característica vacía de significado. Puede entenderse que cualquier enfermedad que conduce necesariamente a la muerte es una enfermedad grave, pero entonces la referencia a la gravedad está de más, pues bastaría con hablar de una enfermedad que conduce necesariamente a la muerte para que se entendiera que se trata de una enfermedad grave”¹³⁰.

Y lo mismo añade respecto a la segunda de las situaciones -que debido a la grave enfermedad el sujeto padeciera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar-. “Si la enfermedad que produce esos padecimientos debe ser grave, es porque se supone que existen enfermedades que producen los mismos padecimientos y que no

¹²⁸BARQUÍN SANZ, en *Eutanasia y suicidio*, 2001, pág. 192.

¹²⁹ÁLVAREZ GÁLVEZ, *La eutanasia voluntaria autónoma*, 2002, pág. 257.

¹³⁰ÁLVAREZ GÁLVEZ, *La eutanasia voluntaria autónoma*, 2002, pág. 257.

son graves. Pero entonces hay que preguntarse cómo distinguiremos unas de otras, quién deberá hacerlo, y qué ocurrirá con esos casos de enfermedades no graves. Y por otro lado, si se entiende que todas las enfermedades que producen esos padecimientos son graves, ¿qué sentido tiene hablar de ‘una enfermedad grave’?”¹³¹

Por otro lado, varios son los autores que critican la redacción del precepto, ya no por el empleo del término grave sino por el hecho de que el precepto al hablar en términos de dolor y de capacidad de soportar éste, se vuelve significativamente subjetivo lo que hace que el artículo produzca inseguridad sobre la situación de hecho que describe¹³².

En contraposición a esta postura, autores como BARQUÍN SANZ entre otros, argumentan que el abanico de posibilidades que ofrece tal imprecisión normativa resulta un acierto legislativo, puesto que la variedad de supuestos en los que el sufrimiento de una persona impedida puede resultar insoportable para ella misma es incompatible con el empleo de una fórmula cerrada en su regulación¹³³; a esto añade que su alcance y límites resultan razonablemente claros una vez aplicados los criterios hermenéuticos básicos habituales.

Al margen de cuestiones terminológicas, por “enfermedad grave que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar” debe entenderse una disminución grave de la salud, y no únicamente supuestos derivados de una patología, siempre y cuando concurren las circunstancias que se exigen. Además, la hipótesis abarca tanto los padecimientos físicos como psíquicos no remediabiles, como lo sería el caso Sampedro en el que la desesperación y desconsuelo que puede suponer para un enfermo movilizado el tener que depender por completo de la familia hasta para las cosas más elementales¹³⁴. Asimismo, dado que los padecimientos han de ser permanentes y difíciles de soportar, se puede pensar que estos no pueden ser aliviados, puesto que de poder ser aliviados, éstos no podrían ser considerados permanentes ni difíciles de soportar.

¹³¹ÁLVAREZ GÁLVEZ, *La eutanasia voluntaria autónoma*, 2002, pág. 257.

¹³²DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO/BARBER BURUSCO, NFP, n° 79, 2012, pág. 139.

¹³³BARQUÍN SANZ, en *Eutanasia y suicidio*, 2001, págs. 178-179.

¹³⁴REY MARTÍNEZ, *Eutanasia y Derechos fundamentales*, 2008, pág. 33.

2.4 Sobre el elemento subjetivo

Existen diferentes autores que consideran que pese a los riesgos que la relajación de la prohibición de matar, en una sociedad de valores y derechos fundamentales orientados a la persona como ente individual e irrepentible, no resulta razonable ignorar el sufrimiento de los enfermos o moribundos que no pueden recuperarse y hacer caso omiso a sus reclamaciones de solidarias y que por ello, ha de entenderse que las nociones de piedad, de compasión, están integradas indisolublemente en la lógica de la norma¹³⁵. En consecuencia, entienden que esta actitud subjetiva, la de actuar por motivos piadosos, compasivos o solidarios, es condición inexcusable para la atenuación de la responsabilidad penal por causar o colaborar en la muerte ajena.

Sin embargo, la mayoría de autores discrepan de esta interpretación pues el art. 143.4 CP prescinde de hacer referencia alguna a un elemento subjetivo considerado tan relevante por alguna legislaciones como la suiza, que en materia de homicidio petición de la víctima atenúa la pena de quien por un motivo honorable, en particular por compasión, produce la muerte de una persona a petición seria y persistente de ésta¹³⁶. Pero volviendo a la legislación española, y dado que nada dice la norma al respecto, la interpretación más plausible es que la ley únicamente condiciona la aplicación de este tipo atenuado a que el autor conozca los elementos objetivos relativos al estado del sujeto pasivo y la voluntad de éste, que quiera realizar la acción prohibida y efectivamente la realice; es decir, basta con la concurrencia del dolo para que se satisfaga la vertiente subjetiva del delito¹³⁷.

2.5 La pena

Por último, y sin pretender incidir en esta cuestión, en relación con la pena el precepto establece una pena por referencia a los dos números precedentes relativos a la cooperación necesaria en el suicidio (art 143.2 CP), para la cual se prevé la pena de prisión de dos a cinco años, y la cooperación ejecutiva al suicidio (art. 143.3 CP), para la que está prevista la pena de prisión de seis a diez años; sobre las penas de referencia el legislador prevé que el juez, bajo las reglas de la sana crítica, rebaje la pena en uno o dos grados.

¹³⁵BARQUÍN SANZ, en *Eutanasia y suicidio*, 2001, pág. 187.

¹³⁶BARQUÍN SANZ, en *Eutanasia y suicidio*, 2001, pág. 184.

¹³⁷REY MARTÍNEZ, *Eutanasia y Derechos Fundamentales*, 2008, pág. 34.

En consecuencia ello implica que en ambos casos, y si el juez lo estima oportuno, puede alcanzarse una pena susceptible de ser suspendida conforme a lo dispuesto en el art. 80 CP, siempre que se cumplan los requisitos del art. 81 CP¹³⁸.

V. ALCANCE E INTERPRETACIÓN DEL DERECHO A LA VIDA. EXPOSICIÓN DE ALGUNAS DE LAS DIFERENTES POSTURAS DOCTRINALES EN RELACIÓN A LA DISPONIBILIDAD DE LA PROPIA VIDA

1. Introducción. Relevancia de la interpretación de la disponibilidad de la propia vida

La CE de 1978, por primera vez a lo largo de la historia del país, recoge el derecho a la vida en su art. 15¹³⁹, en la sección dedicada a los derechos fundamentales y de las libertades públicas.

El derecho a la vida es el derecho más básico y primario de todos los reconocidos en el texto constitucional, en la medida en que la afirmación de los demás solo tiene sentido a partir del reconocimiento de éste, es decir, se trata de un supuesto ontológico sin el cual los restantes derechos, fundamentales o no, no tendrían existencia posible¹⁴⁰. Sin embargo, la comprensión y alcance de este derecho, además de dividir a la doctrina en posturas contrapuestas, también ha sido fuente de diversa jurisprudencia, pues desde la entrada en vigor de la CE ha sido objeto de debate la cuestión de si el art. 15 CE está verdaderamente reconociendo un derecho a disponer de la propia vida o no.

2. El paternalismo estatal como fundamento de la prohibición de la disponibilidad de la propia vida

De forma muy breve y sin ánimo de ser exhaustiva, me parece importante señalar cómo, desde la filosofía del derecho, se han desarrollado diversas posiciones relacionadas con la mayor o menor autonomía de las personas frente a su propia vida, que llevan a aceptar su disponibilidad o indisponibilidad.

¹³⁸BARQUÍN SANZ, en *Eutanasia y suicidio*, 2001, pág. 192. Continúa el autor exponiendo que en su opinión “Éste es otro motivo de felicitación a propósito de la norma examinada, en tanto que puede ejercer su eficacia preventiva general sin necesidad de imposición efectiva de pena al sujeto eventualmente condenado”.

¹³⁹Art. 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.

¹⁴⁰<https://app.congreso.es/consti/constitucion/indice/sinopsis/sinopsis.jsp?art=15&tipo=2>

Muchas de las teorías contrarias a la disponibilidad de la vida defendidas por la doctrina se fundamentan en concepciones paternalistas, pero la cuestión es la siguiente: ¿la CE, ha optado por alguna de estas posiciones respecto de la disponibilidad de la propia vida, o es un tema abierto?

La conceptualización del término “paternalismo” no es materia pacífica entre la doctrina; para DWORKIN el término se definiría 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” y en esta misma línea GARZÓN VALDÉS lo define como “la prohibición o mandato, cuando ello es necesario para evitar un daño (físico, psíquico o económico) de la persona a quien se impone la medida”¹⁴¹.

Se deben extraer, por lo tanto, dos rasgos principales que caracterizan a la conducta paternalista: el primero, la limitación de la autonomía de una persona por parte de otra, y el segundo, que esta limitación ocurra por motivos de beneficencia hacia la persona cuya autonomía está limitada¹⁴².

Sobre el propósito benéfico o de evitación de un daño por el que ha de actuar quien limita la autonomía de otro:

Tal y como se ha señalado, una de las características fundamentales del paternalismo es el propósito benéfico que ha de motivar al sujeto activo, de uno u otro modo lo que se persigue es el bien o el interés del sujeto, aunque en contra de su voluntad o sin su consentimiento¹⁴³; este es básicamente el elemento que sirve de justificación para estas conductas.

¹⁴¹Esta definición, teniendo en cuenta la tradicional clasificación del paternalismo que diferencia el paternalismo positivo, consistente básicamente en una medida encaminada a procurar el beneficio positivo del sujeto que se coacciona, del negativo, el cual se refiere a las medidas que pretenden impedir un daño al sujeto, haría referencia única y exclusivamente al paternalismo negativo que, por otro lado, es el más común.

¹⁴²MENDES DE CARVALHO, SUICIDIO, EUTANASIA Y DERECHO PENAL, 2009, pág. 9.

¹⁴³TOMÁS-VALIENTE LANUZA, *La disponibilidad de la propia vida*, 1999, págs. 16-17. En este mismo sentido MENDES DE CARVALHO apunta que “la intervención se hace con el fin de promover el *bien* o *interés* del individuo que es objeto de la medida, incluso cuando este “bien” no coincida con aquello que el mismo individuo considera lo mejor para él” (MENDES DE CARVALHO, *Suicidio, Eutanasia y Derecho Penal*, 2009, pág. 9).

En relación con esta cuestión dos son los problemas que se pueden observar principalmente, por un lado, la discusión relativa a la concepción del bien, y por otro, el debate sobre la clase de daños que se quieren evitar.

En primer lugar, sobre la discusión relativa a la concepción del bien para la parte antipaternalista de la doctrina no existe justificación alguna para la limitación de la autonomía individual pues la creencia de que a través de esta limitación el bien que el tercero pretende para el sujeto pasivo se logrará, es errónea debido a la inexistencia de un concepto objetivo de lo que es el bien. En la práctica a través de las conductas paternalistas se infantiliza a la persona que en principio padecerá el mal, de manera que no se tienen en cuenta, pues no se consideran relevantes, su sistema de valores, creencias y vivencias, y se impone de manera coercitiva el sistema de valores del tercero.

ATIENZA RODRÍGUEZ sobre la noción del bien expone que parece claro que no puede ser suficiente una noción puramente subjetiva, es decir, que quien establezca la norma o realice la conducta quiera realmente el bien de su destinatario. Esta idea subjetiva del bien forma parte de la definición de paternalismo, pero la justificación ética del mismo exige, como condición necesaria aunque no suficiente, que se trate de un bien objetivo. Esto implica aceptar no solo que existe el bien en un sentido objetivo, sino que además puede ser conocido de manera que para poder articular una teoría justificadora del paternalismo hay que sostener un cierto objetivismo –o absolutismo-ético, al igual que una concepción cognoscitivista de la ética¹⁴⁴.

En relación a estas cuestiones parece poco probable que pueda existir una concepción objetiva de lo que es el bien, pues son precisamente las diferencias entre las personas en sus escalas de valores, moral, vivencias y creencias, y por lo tanto, la inexistencia de una concepción objetiva del bien, el motivo que lleva a un tercero a imponer lo que él considera el bien a otro. En definitiva, la inexistencia de un consenso sobre lo que es el bien es lo que lleva a que se den conductas paternalistas y por lo tanto, de tomar por cierto lo planteado por el autor ATIENZA RODRÍGUEZ –la idea de que para poder articular una teoría justificadora del paternalismo hay que sostener un cierto objetivismo ético- éstas conductas no pueden encontrar su justificación en un propósito benevolente que siempre será subjetivo.

¹⁴⁴ATIENZA RODRÍGUEZ, DCFD, 1988, págs. 209-210.

En segundo lugar, la otra de las cuestiones controvertidas tiene que ver con la clase de daños que se pretenden evitar, que pueden ser los provocados a terceros o los provocados a su misma persona.

La doctrina viene distinguiendo en relación a esta cuestión, por una parte, aquellas conductas que única y exclusivamente le afectan a uno mismo, también denominadas autorreferentes, y las que, por el contrario, afectan a terceros o no autorreferentes. Por el principio del daño a terceros¹⁴⁵, podría justificarse una intervención paternalista sobre esa segunda clase de comportamientos, pero no en relación con los primeros, sobre los cuales el individuo es absolutamente soberano¹⁴⁶.

Sin embargo, ¿cuáles serían aquellas conductas autorreferentes? ¿Qué comportamientos no afectan más que al propio sujeto? ¿Acaso no todo acto que afecta a un individuo puede afectar a otro a través de él? Estas son algunas de las cuestiones que se plantean por la doctrina y es que, efectivamente, es complicado distinguir unos actos de otros y establecer los límites que diferencian las distintas conductas. Y a pesar de ello, es preciso pues de esa distinción parte la discusión central de las intervenciones paternalistas.

En este sentido MENDES DE CARVALHO explica que “mientras los paternalistas encuentran en el principio del daño así mismo la clave para la legitimación de algunas (paternalismo débil¹⁴⁷) o de muchas (paternalismo fuerte¹⁴⁸) clases de intervenciones estatales que limitan la autonomía del individuo con el fin de promover su bien, los

¹⁴⁵Según este principio una acción no puede ser interferida por el Estado o por otros individuos si no causa daño a terceros.

¹⁴⁶MENDES DE CARVALHO, *Suicidio, Eutanasia y Derecho Penal*, 2009, pág. 13.

¹⁴⁷En palabras de MENDES DE CARVALHO “se habla de paternalismo “débil” o “blando” (soft paternalism) cuando de lo que se trata es de prevenir una conducta esencialmente involuntaria del sujeto en cuestión, es decir, de proteger a las personas contra sus propias acciones no autónomas. Si bien esta es una de las clasificaciones tradicionales del paternalismo, esta misma autora la considera cuestionable por el hecho de que en los casos en los que se da la ausencia de autonomía de los sujetos “protegidos”, no existe conflicto y por ello quizá ni siquiera sería posible hablar de auténtico paternalismo en tales casos. (MENDES DE CARVALHO, *Suicidio, Eutanasia y Derecho Penal*, 2009, págs. 17-19). Por otra parte, TOMÁS VALIENTE LANUZA apunta que la falta de competencia es el instrumento esencial para definir (a la vez que para justificar) el paternalismo llamado “débil”; estas conductas están destinadas a proteger de los eventuales daños que puedan derivarse de su comportamiento, cuando existan dudas de que esa elección sea realmente voluntaria (TOMÁS-VALIENTE LANUZA, *La disponibilidad de la propia vida*, 1999, págs. 24-25).

¹⁴⁸Estamos ante paternalismo “duro” o “fuerte” cuando las intervenciones que pretenden beneficiar o evitar el daño que una persona sufrirá se justifican incluso cuando las decisiones y acciones arriesgadas son informadas, voluntarias y autónomas. “El paternalismo fuerte no depende de razonamientos como la mayoría de edad, la salud mental o la capacidad del sujeto para consentir válidamente” (MENDES DE CARVALHO, *Suicidio, Eutanasia y Derecho Penal*, 2009, pág. 21).

antipaternalistas no admiten que la evitación de un daño a sí mismo pueda justificar ninguna medida coercitiva de esa naturaleza, ya que, según su punto de vista, tan solo el principio del daño a terceros podrá dar lugar a una limitación de la libertad individual”¹⁴⁹.

Sobre esta cuestión TOMAS VALIENTE LANUZA arroja luz añadiendo a la discusión que debe ponderarse “la importancia de ese eventual perjuicio o riesgo referido a terceros y si el mismo es de suficiente entidad como para justificar la interferencia en la libertad del sujeto”¹⁵⁰.

Sobre la limitación a la autonomía individual de otro:

Las justificaciones del paternalismo centradas en la consecución del interés o bienestar del sujeto no pueden sustraerse a la crítica que les reprocha su desprecio por la autonomía individual¹⁵¹ y es que a parte del propósito benevolente que motiva la conducta paternalista, el segundo de los elementos que caracteriza estas intervenciones, tal y como ya se ha mencionado, es la limitación de la autonomía individual que se da con estas conductas, cuestión que ya se ha adelantado pues el sujeto logra su finalidad imponiendo las medidas que él considera correctas, sin tener en cuenta la voluntad del individuo o en contra de su voluntad.

Este apartado guarda una estrecha relación con lo expuesto en el anterior pues los autores defensores de las intervenciones paternalistas han criticado la postura defendida por la doctrina contraria; para sus defensores, la idea de que solo por el principio de daño a terceros puede llegarse a limitar la autonomía del individuo es inasumible pues estiman que el bienestar o interés del sujeto¹⁵² es el principal objeto a proteger. Entienden que el concepto de individuo caracterizado como un sujeto racional, que decide reflexivamente, libre de presiones externas e internas, que identifica sus intereses y actúa en consecuencia, no se corresponde con la realidad de la psicología humana. Para éstos, incluso las personas competentes, generalmente capaces de actuar del modo antes descrito llega a actuar irracional, estúpida o irreflexivamente, o sometida

¹⁴⁹MENDES DE CARVALHO, *Suicidio, Eutanasia y Derecho Penal*, 2009, pág. 11.

¹⁵⁰TOMÁS-VALIENTE LANUZA, *La disponibilidad de la propia vida*, 1999, pág. 12.

¹⁵¹TOMÁS-VALIENTE LANUZA, *La disponibilidad de la propia vida*, 1999, pág. 54.

¹⁵²Evidentemente, cuando aquí se hace referencia al bienestar e interés del sujeto valorado única y exclusivamente desde la perspectiva del tercero, conforme a sus convicciones de lo que es el bien y el mal.

a tentaciones, influencias o caprichos momentáneos¹⁵³ y en base a ello justifican las intervenciones paternalistas, que por encima de la irracionalidad humana, abogan por el interés del sujeto “protegido”.

Considero que a pesar de las argumentaciones expuestas, las doctrinas favorables al paternalismo continúan sin justificar cómo es que entienden que una decisión o una manera de actuar es irracional, estúpida o irreflexiva, incluso en aquellos casos en los que el sentir social es diferente¹⁵⁴ al que se pretende imponer, que parece guardar más relación con concepciones morales que con el paso del tiempo han dejado de ocupar el lugar que antes tenían en la conciencia de las gentes.

Por último, otra de las cuestiones más conflictivas en relación a la limitación de la autonomía guarda relación con el cómo se da ésta, y es que el empleo de la palabra “coacción” en la definición de DWORKIN¹⁵⁵ causa división entre la doctrina¹⁵⁶. Algunos autores, los cuales consideran que la limitación de la libertad del individuo se llega a dar a través de intervenciones que no necesariamente se han de relacionar con las coacciones, optan por dejar de lado la utilización del término. Entre otros, ATIENZA RODRÍGUEZ rechaza el carácter coercitivo como uno de los rasgos caracterizadores de las intervenciones paternalistas y justifica su postura señalando casos en los que el comportamiento paternalista no se ha llevado a cabo la coacción, como por ejemplo, el supuesto en el que el médico omite cierta información al paciente para evitar preocupaciones, sufrimientos o que cambie su opinión¹⁵⁷.

TOMÁS-VALIENTE LANUZA coincide en este sentido con ATIENZA RODRÍGUEZ y, tras hablar de que ella también observa cómo el término paternalismo puede aplicarse adecuadamente a muchos supuestos que no implican el uso directo o indirecto de ese término (la coacción), se plantea cuál es la nota que convierte una actuación o norma meramente protectora en paternalista¹⁵⁸, llegando a la conclusión de que la idea

¹⁵³TOMÁS-VALIENTE LANUZA, *La disponibilidad de la propia vida*, 1999, pág. 35.

¹⁵⁴Me refiero a aquellos casos en los que el sentir social entiende que es razonable o compatible el querer morir ante determinadas circunstancias.

¹⁵⁵La definición empleada por DWORKIN es la siguiente: 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 (en ALEMANY, EUNOMÍA, 2017, pág. 200)

¹⁵⁶TOMÁS-VALIENTE LANUZA, *La disponibilidad de la propia vida*, 1999, pág. 20.

¹⁵⁷ATIENZA RODRÍGUEZ, DCFD, 1988, págs. 206-208.

¹⁵⁸La doctrina ha propuesto, además del criterio expuesto por la autora TOMÁS-VALIENTE LANUZA, el criterio de ser una medida contraria a la preferencia operativa, intención o disposición del sujeto, el implicar la violación de una regla moral, o el actuarse sin tomar en cuenta la voluntad del sujeto.

relevante es que con independencia de la forma que adopte, la medida paternalista es por definición contraria a la voluntad del sujeto cuyo beneficio se pretende y constituye siempre, por tanto, una imposición¹⁵⁹.

3. La santidad de la vida como argumento para defender la indisponibilidad de la propia vida

Ante situaciones en las que la calidad de vida de un individuo se ve mermada por los padecimientos que pueda sufrir, los criterios desde los que se suele plantear la debida intervención son dos: por un lado, se presenta el criterio más tradicional y ligado a la moral judeocristiana¹⁶⁰ según el cual la vida tiene carácter sagrado en todo caso¹⁶¹; por otro lado, surge la cuestión de la calidad de la vida¹⁶², criterio que cada vez parece tener mayor reconocimiento entre la sociedad y que plantea si acaso no son necesarias unas condiciones mínimas de calidad que garanticen una vida “digna de ser vivida”.

A pesar de la aparición de criterios diferentes ya mencionados, en este caso, el argumento de la prohibición estatal de la participación de terceros en los actos de disposición de la vida, fundamenta su prohibición en el valor intrínseco y sagrado de la vida humana.

Continuando una larga tradición anterior, los Padres de la Iglesia reafirmaron la doctrina de que, salvo muy contadas excepciones, matar a un ser humano era siempre inmoral y condenaron radicalmente el suicidio, acogándose al principio de que la vida es un don de Dios y sólo Él tiene el derecho a tomarla o dejarla¹⁶³. De acuerdo con esta

¹⁵⁹ TOMÁS-VALIENTE LANUZA, *La disponibilidad de la propia vida*, 1999, págs. 20-21.

¹⁶⁰ Estas concepciones no solo se ven presentes en la religión judía o cristiana, sino que han sido una constante en todos los mitos y dogmas de la creación divina del hombre y del mundo, y así en una gran parte de las religiones que hoy conocemos. No obstante, dada la tradición occidental de la que se impregna nuestra sociedad, hago esta referencia.

¹⁶¹ En nuestra cultura, la implantación religiosa del carácter sagrado de la vida humana tiene su origen en el Pueblo de Israel basado en la doctrina de la creación del hombre por Dios y, por consiguiente, una ética de raíz teológica (judía, cristiana, musulmana) que evoca el origen trascendente de la vida en cuanto que esta ha sido dada por Dios al hombre –quien no es su verdadero titular- sino tan solo depositario (NÚÑEZ PAZ, *Interrupción voluntaria de la vida humana*, 2016, pág. 376).

¹⁶² El principio de la calidad de vida aparece como una radical oposición al principio de santidad de la vida. Si este segundo principio se vincula a una concepción biológica de la vida humana como proceso físico-biológico, sin atender a deficiencias físicas ni a capacidades humanas, el principio de la calidad de vida parte de que ésta es un valor relativo que comprende todos los datos de la experiencia y comunicación, y no solo una visión acrítica de la vida como simple realidad biopsicológica, entiende la vida como algo graduable cualitativamente y no excluido *a priori* de toda ponderación con otros intereses, tomando en consideración las deficiencias físicas, psíquicas o su utilidad social (NÚÑEZ PAZ, *Interrupción voluntaria de la vida humana*, 2016, págs. 376-377).

¹⁶³ Esto no obstante, en la doctrina moral de la Iglesia Católica se introdujeron paulatinamente varias excepciones a ese principio general, con lo que el deber de respeto de la vida humana perdió pronto su

idea, la indisponibilidad del derecho a la vida se fundamenta en este principio moral –el de la santidad de la vida humana, que ha sido concedida al hombre directamente por Dios- y tiene, además, la función de evitar una vulneración de la protección de este bien jurídico a través de la institución de un verdadero tabú en torno a la conducta de matar¹⁶⁴.

FIGUEROA GARCÍA-HUIDOBRO añade sobre esta cuestión que “este argumento puede tener algún sentido porque la única razón por la cual un individuo no podría disponer de algo es porque no le pertenece, de modo que si pensamos en la vida y sostenemos que las personas no son dueñas de su vida, entonces al único a quien podría pertenecer es a Dios”; sin embargo, el argumento que puede convencer o dejar de hacerlo según el lector y sus propias creencias, tiene debilidades insalvables según el mismo autor:

En primer lugar, para él, no es un argumento sino una petición de principio: la vida pertenece a Dios. En palabras del autor, “esa es una petición, no una razón, y no parece haber ninguna razón para creer en esa petición, salvo –claro- la fe de algunos”. En segundo lugar, matiza que los autores clásicos que mencionaban la santidad de la vida y la indisponibilidad de ésta por tal motivo, no lo hacían con carácter absoluto, pues para ellos la vida no es absolutamente indisponible.

Entre los diferentes argumentos¹⁶⁵ que expone para sustentar su pensar, trae a colación los argumentos de HUME, quien, particularmente en relación con contrariar la voluntad divina apuntaba que “si el suicidio es de naturaleza criminal, ha de constituir una trasgresión de nuestros deberes para con Dios, para con nuestro prójimo, o para con nosotros mismos”, para continuar argumentando que no se da tal transgresión pues como señala el filósofo escocés: “Si el disponer de la vida humana fuera algo reservado

carácter absoluto. Así, se comenzaron a reconocer diferencias morales entre matar en una guerra justa y otras formas de homicidio. Más tarde también se consideró justa la muerte como castigo (<https://enciclopedia-bioderecho.com/voces/290>).

¹⁶⁴MENDES DE CARVALHO, *Suicidio, Eutanasia y Derecho Penal*, 2009, pág. 91.

¹⁶⁵ El autor en su artículo hace referencia, en primer lugar a un pasaje de “El Fedón”; en el que a continuación del pasaje donde que Platón menciona la indisponibilidad de la vida por pertenecer a los dioses, dice lo siguiente: “-Y tú, en tu caso –prosiguió- si alguno de los seres que son de tu propiedad se suicidara, sin indicarle tú que quieres que muera, ¿no te irritarías con él?; y si pudieras aplicarle algún castigo, ¿no se lo aplicarías? -Sin duda alguna –respondió Cebes. -Pues bien, quizá desde este punto de vista no sea ilógica la obligación de no darse muerte a sí mismo, hasta que la divinidad envíe un motivo imperioso, como el que ahora se me ha presentado”. Y en segundo lugar, menciona a Locke, filósofo que también utilizó el mismo argumento y reconoce que la vida sí es disponible, pues al hablar del principio de la indisponibilidad Locke agrega: “...y a menos que se trate de hacer justicia con quien haya cometido una ofensa, no podrá quitar la vida...”.

exclusivamente al Todopoderoso, y fuese una infracción del derecho divino el que los hombres dispusieran de sus propias vidas, tan criminal sería el que un hombre actuara para conservar su vida, como el que decidiese destruirla. Si yo rechazo una piedra que va a caer sobre mi cabeza, estoy alterando el curso de la naturaleza, y estoy invadiendo una región que sólo pertenece al Todopoderoso, al prolongar mi vida más allá del período que, según las leyes de la materia y el movimiento, Él le había asignado.”¹⁶⁶

Para sostener otro de sus argumentos menciona las palabras de NINO, quien afirma que quien desee justificar la pena de muerte, tal y como lo ha hecho el magisterio de la Iglesia Católica, no puede oponerse al suicidio con el argumento de la indisponibilidad de la vida, pues se caería en una incoherencia.

Finalmente, argumenta que “además de todas las consideraciones previas, no debe perderse de vista que estamos ante un tema constitucional, no solamente moral. Y en temas constitucionales no son aceptables los argumentos o principios religiosos o teológicos, dado el carácter laico, tolerante e inclusivo del Estado democrático contemporáneo”¹⁶⁷.

4. El interés estatal en la protección de la vida

En relación con el anterior de los argumentos, por contradictorio que pueda parecer *a priori*, se encuentra este otro argumento que defiende la indisponibilidad de la vida debido al interés estatal que hay en su protección; es decir, en este caso la propiedad del individuo no se atribuye ni al individuo mismo, ni a un Dios, sino al Estado. Así, de acuerdo con este argumento el individuo tiene la obligación de vivir frente al Estado y, en consecuencia, cualquier forma de acabar con la vida, incluso la propia mediante el suicidio, sería un acto ilícito pues no se estaría cumpliendo con el deber que se tiene frente a la sociedad. Se argumenta que la muerte de una persona, en tanto afecta a quienes lo rodean, es irresponsable provocarla dado el compromiso que ha de tenerse con para los demás de no dañarlos.

¹⁶⁶En este mismo sentido otros autores como NÚÑEZ PAZ también se han pronunciado: “la postura tradicional de la Iglesia con respecto a la eutanasia se fundamenta, sobre todo, en el precepto bíblico del Decálogo que propugna la defensa de la vida —el “no matarás”—. Pero, junto a ello, hay que señalar que se ha afirmado que esta intangibilidad de la vida no conduce a una idolatría y absolutización de aquella, pues el hombre sacrifica en ocasiones su vida para salvaguardar otros valores en conflicto como aquella, como la libertad, el servicio a los demás, su integridad ética o su propia fe religiosa.” (NÚÑEZ PAZ, *Interrupción voluntaria de la vida humana*, 2016, pág. 380).

¹⁶⁷FIGUEROA GARCÍA-HUIDOBRO, RIP, n°1, 2008, págs. 287-290.

En definitiva, la autonomía del individuo queda reducida a la más mínima expresión dados los inevitables lazos que lo unen con la sociedad a través de vínculos económicos, afectivos, intelectuales, etc.

En la actualidad, esta clase de argumentos tiene cada vez menos adeptos, predominando al respecto los argumentos garantistas, orientados a evitar abusivas desprotecciones de la vida, de ahí que no resulte útil que la discusión se centre en torno al carácter disponible de este bien jurídico en la crítica a los fundamentos ligados a la función social o incluso religiosa de la vida humana¹⁶⁸.

5. La teoría de la pendiente resbaladiza

Al margen de las teorías expuestas en los apartados anteriores relacionadas con el carácter sagrado de la vida o el interés estatal en la protección de la vida, encontramos la teoría de la pendiente resbaladiza; uno de los argumentos más relevantes en defensa del rechazo de la legalización de la eutanasia.

Dado que la muerte del sujeto pasivo es algo irreversible, no es baladí preguntarse por los elementos que nos permiten evaluar adecuadamente la posible permisión de ese comportamiento¹⁶⁹, y en este sentido MENDES DE CARVALHO explica que “la referencia a una pendiente resbaladiza significa que si la permisión de un comportamiento A, podría llevar a la ejecución de comportamientos B no deseados, entonces la única forma de evitar B sería prohibir por completo A, aunque este último pueda considerarse moralmente aceptable o justificable desde el punto de vista ético”¹⁷⁰

Esta argumentación, en el ámbito de la eutanasia se traduciría en el pensamiento de que la despenalización de las prácticas eutanásicas con el tiempo dará lugar a la permisión de conductas en las que ya no se cuente con los motivos que llevaron a justificar las primeras.

Las posturas a favor de la teoría de la pendiente resbaladiza se basan en argumentos por analogía con el aborto, alegando que la extensión de supuestos permitidos por la legislación con el transcurso de los años, nos muestra cómo ocurrirá lo

¹⁶⁸DÍEZ RIPOLLÉS/GARCÍA MARTÍN, *Comentarios al Código Penal: Parte Especial*, 1997, págs. 170-171.

¹⁶⁹ÁLVAREZ GÁLVEZ, *DILEMATA*, 2002, pág. 83.

¹⁷⁰MENDES DE CARVALHO, *SUICIDIO, EUTANASIA Y DERECHO PENAL*, 2009, PÁG. 97.

mismo con la eutanasia¹⁷¹; con lo sucedido en el régimen nazi, por entender que tanto entonces el régimen nazi como los defensores de la eutanasia tienen como objetivo acabar con aquellos individuos que no sean aptos espiritual y físicamente¹⁷²; o con ejemplos de otros Estados como Oregón, Bélgica y Holanda en los que se ha permitido la eutanasia y que supuestamente son claros ejemplos de la pendiente resbaladiza¹⁷³.

Todas las argumentaciones a favor de la teoría tienen como eje central el peligro del resultado negativo; se presupone que los comportamientos B no son deseados por nadie y por ello deben ser evitados. Sin embargo, no se comprende cómo llegaría a producirse el resultado B si todos o una gran mayoría estamos de acuerdo en que éste no es deseable. “¿Por qué será entonces necesario prohibir la eutanasia voluntaria para evitar que se permita la eutanasia en contra de la voluntad de los individuos si eso es algo que la mayoría rechaza?; ¿qué va a empujar a la mayoría a hacer algo que no quiere? No siendo una relación causal la que existe entre los elementos, no se ve qué motivo puede haber para afirmar que la mayoría hará algo que no quiere hacer. (...) si la fuerza de los que no consideran malo el resultado final es tanta ¿tiene sentido pensar que no dar el primer paso será el obstáculo definitivo para no llegar a aquel resultado?”¹⁷⁴ La defensa de un argumento como éste puede hacer pensar que ante cualquier riesgo la medida a adoptar debe ser la abstención, lo que conllevaría a una parálisis social ante el temor de que ocurra algo malo, y este quizás sí es un resultado negativo a evitar; en vez de abogar por abstenerse a realizar actividades que

¹⁷¹ No parece razonable realizar una analogía entre la evolución del aborto y la de la eutanasia por el simple hecho de que alguien muere. En este sentido ÁLVAREZ GÁLVEZ “Una argumentación así nos hubiera llevado a pensar, por ejemplo, que si se atenúa la pena para el caso del infanticidio acabará atenuándose la pena para otros casos de parricidio. Hemos visto, sin embargo, que eso no ha ocurrido y que somos capaces de entender que hay motivos que valen para unos supuestos y no para otros.” (ÁLVAREZ GÁLVEZ, DILEMATA, 2002, pág. 96)

¹⁷² Una cosa es que en el holocausto se acabara con la vida de millones de personas por entender que carecían de valor alguno y otra muy distinta que estos mismos motivos sean los que guíen las argumentaciones a favor de la eutanasia, que por supuesto, no lo son y ninguna evidencia se aporta por parte de los defensores de la pendiente resbaladiza para pensar de ese modo. Que en ambos casos alguien muera no es razón suficiente para considerar que la analogía tiene un peso relevante.

¹⁷³ Esta última analogía es la más fuerte pues en ambos casos se trata de conductas eutanásicas y ofrece la experiencia de otros países en los que los supuestos eutanásicos se han ido ampliando indiscriminadamente. “De los análisis realizados se puede llegar a concluir que en esos lugares las cosas han sucedido efectivamente así. Pero para afirmar que en otros lugares distintos también sucederá así hacen falta otros análisis que tomen en consideración las posibles causas concomitantes, el azar y cualesquiera otros elementos que pueden estar presentes en los casos conocidos y afectar a los resultados y no estar presentes en otros casos. Hacen falta otros análisis que nos permitan afirmar que unos pasos conducen a otros y con qué probabilidad; que nos permitan afirmar una vinculación entre los elementos que no sea meramente temporal. No hay, al parecer, ningún estudio de este tipo y, en consecuencia, la conclusión pierde su fundamento” (ÁLVAREZ GÁLVEZ, DILEMATA, 2002, pág. 100)

¹⁷⁴ ÁLVAREZ GÁLVEZ, DILEMATA, 2002, págs. 103-107.

consideremos moralmente deseables por una hipótesis poco probable de que ocurra algo malo, ¿no sería más coherente que ante determinados riesgos se previesen garantías suficientes para poder continuar con la actividades que consideremos razonables sin el miedo de que se produzca un desastre?

En todo caso, es incuestionable el impacto emocional que una afirmación semejante a las expuestas anteriormente puede producir en el debate, por ello se ha considerado relevante dedicarle este breve apartado, pues ésta será de las diferentes teorías expuestas, con gran probabilidad, la que más peso tenga actualmente en nuestra sociedad y la que más haya influido a la hora de redactar un texto de proposición de ley con tantos controles, como en próximos apartados se observará.

6. Breves conclusiones: ¿reconoce la CE un verdadero derecho a disponer sobre la propia vida?

Al margen de las diferentes interpretaciones y teorías en las que se ha basado parte la doctrina para no reconocer el derecho a disponer de la propia vida, las cuales personalmente no comparto, considero que para responder a la cuestión planteada hemos de atender al texto de una forma más literal.

El art. 15 CE predica que “Todos tienen derecho a la vida...”. Esta fórmula protege el bien jurídico vida frente a agresiones externas, por lo que el individuo se coloca en una situación de absoluto poder frente al Estado que está obligado a garantizarlo. Sin embargo, no considero que del art. 15 CE en concreto pueda deducirse que la CE reconoce un derecho a la vida tanto en su vertiente positiva como negativa, es decir, un derecho total y sin excepciones a disponer de la propia vida.

Considero que es evidente que del texto constitucional no puede extraerse el reconocimiento expreso de un derecho a la muerte, y en este mismo sentido se ha pronunciado el TC en diferentes sentencias muy citadas.

Así, la STC 53/1985 de 11 de abril al referirse al derecho a la vida se pronunciaba de la siguiente manera “Dicho derecho a la vida, reconocido y garantizado en su doble significación física y moral por el art. 15 de la Constitución, es la proyección de un valor superior del ordenamiento jurídico constitucional -la vida humana- y constituye el derecho fundamental esencial y troncal en cuanto es el supuesto ontológico sin el que los restantes derechos no tendrían existencia posible.” Continúa

diciendo que “además, los derechos fundamentales son los componentes estructurales básicos (...) son, en fin, como dice el art. 10 de la Constitución, el ‘fundamento del orden jurídico y de la paz social’. De la significación y finalidades de estos derechos dentro del orden constitucional se desprende que la garantía de su vigencia no puede limitarse a la posibilidad del ejercicio de pretensiones por parte de los individuos, sino que ha de ser asumida también por el Estado. Por consiguiente, de la obligación del sometimiento de todos los poderes a la Constitución no solamente se deduce la obligación negativa del Estado de no lesionar la esfera individual o institucional protegida por los derechos fundamentales, sino también la obligación positiva de contribuir a la efectividad de tales derechos, y de los valores que representan, aun cuando no exista una pretensión subjetiva por parte del ciudadano. Ello obliga especialmente al legislador, quien recibe de los derechos fundamentales ‘los impulsos y líneas directivas’, obligación que adquiere especial relevancia allí donde un derecho o valor fundamental quedaría vacío de no establecerse los supuestos para su defensa.”

Por otra parte, en la STC 120/1990 de 27 de junio el tribunal sentenció que “Tiene, por consiguiente, el derecho a la vida un contenido de protección positiva que impide configurarlo como un derecho de libertad que incluya el derecho a la propia muerte. Ello no impide, sin embargo, reconocer que, siendo la vida un bien de la persona que se integra en el círculo de su libertad, pueda aquélla fácticamente disponer sobre su propia muerte, pero esa disposición constituye 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 y no, en ningún modo, 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. En virtud de ello, no es posible admitir que la Constitución garantice en su art. 15 el derecho a la propia muerte y, por consiguiente, carece de apoyo constitucional la pretensión de que la asistencia médica coactiva es contraria a ese derecho constitucionalmente inexistente.”

Así, del mismo modo que considero evidente que de la literalidad de la CE no puede extraerse un derecho a la muerte, también lo es el hecho de que no puede sostenerse que exista un deber de seguir viviendo. Esta situación, en aquellos casos en

los que la persona no puede valerse por sí misma para acabar con su vida, crea una coyuntura de difícil solución.

El derecho a la vida no tiene un carácter exclusivamente público ni privado, e incorpora, por tanto, una dimensión subjetivo-individual así como una objetivo-institucional¹⁷⁵. Y en este sentido, teniendo en cuenta, por una parte, que está permitido que las personas físicamente capaces de acabar con su vida autónomamente, es decir, sin la asistencia de un tercero, se suiciden, y que por otra parte, el Estado no tiene por qué facilitar el suicidio de nadie por considerarlo objetivamente negativo, los individuos que por su condición física no sean capaces de acabar con su propia vida quedan completamente desamparados y condenados a seguir viviendo, a pesar de los sufrimientos que puedan estar padeciendo, pues no pueden hacer uso de esta “permisión” del suicidio. Esto podría resultar contrario al principio de igualdad del art. 14 CE según GARCÍA HERNÁNDEZ¹⁷⁶, sin embargo, personalmente considero que este conflicto de intereses se resuelve a favor de la afirmación de que los individuos no tienen un derecho absoluto a disponer de la propia vida, pues si así fuera, podrían exigir al Estado que garantizara esta disposición cuando no pudiesen realizarlo por ellos mismos, cosa que no ocurre.

Es decir, al hablar de un acto de disposición de la vida como es el suicidio, debe tenerse en cuenta que se trata de una libertad y no de un derecho. Las libertades no solo se proyectan sobre todo lo regulado, sino sobre todo aquello que no esté prohibido, y en este sentido, el ordenamiento jurídico español no prohíbe ni sanciona tal disponibilidad y el mismo TC ha reconocido que es una manifestación de la libertad del sujeto¹⁷⁷. Pero ello no implica que el suicidio esté dotado de las garantías propias de un derecho, y por mucho que pueda llevarse a cabo, el Estado no está obligado a proteger tal acto de disposición.

Es por esto que a continuación abordaremos uno de los apartados más relevantes del trabajo que es el análisis de la proposición de ley de eutanasia, mediante la cual se dejará de penalizar la eutanasia activa directa, lo que supone, sin duda alguna, un avance en el reconocimiento del derecho a la igualdad, a la dignidad, a la libertad y, por supuesto, a la propia disponibilidad de la vida.

¹⁷⁵GARCÍA HERNÁNDEZ, RIIIB, nº 5, 2017, pág. 3.

¹⁷⁶GARCÍA HERNÁNDEZ, RIIIB, nº 5, 2017, págs. 8-9.

¹⁷⁷ La ya mencionada STC 120/1990 de 27 de junio.

Por lo que a la pregunta planteada, considero que sí debe existir un derecho a disponer de la propia vida pero limitado al contexto eutanásico.

VI. ANÁLISIS SOBRE LA PROPOSICIÓN DE LEY ORGÁNICA DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA

1. ¿Cómo hemos llegado hasta aquí?

Son varias las proposiciones de ley que se han presentado durante el periodo constitucional y sobre todo tras la entrada en vigor del vigente CP que trataban la regulación de la eutanasia.

Ramón Sampedro puso sobre la mesa el debate de la eutanasia en la España de los principios de los años noventa. Por primera vez un hombre solicitó ante los tribunales españoles que se autorizara a su médico a suministrarle los medicamentos necesarios para evitar el dolor y la angustia "y poder así, llegado el caso, morir dignamente".

Tras la impactante historia de Ramón Sampedro, Pilar Rahola, diputada de ERC y quien entonces formaba parte del GP mixto, fue la primera en promover una proposición no de ley en torno a la eutanasia, apelando al caso Sampedro. En ella pedía la creación de una ponencia que estudiara dar solución a un asunto sobre el que había "un vacío legal". Esta propuesta, la cual vio la luz en el año 1994 a través del partido ERC, fue rechazada con 282 votos en contra, 14 votos a favor y 6 abstenciones.

De nuevo en el año 1997 una proposición de ley presentada por este mismo partido caducó pues ésta no se llegó a votar y a continuación, en el año 1998 más concretamente, el partido político IU presentó otra proposición de ley que se rechazó con 288 votos en contra, 25 a favor y 6 abstenciones. IU de nuevo en el año 2002 presentó otra proposición de ley rechazada con 175 votos en contra, 15 votos a favor y 110 abstenciones.

Durante la novena legislatura de la democracia, con el gobierno del PSOE, hubo tres proposiciones de ley presentadas por IU y ERC en los años 2009 y 2011, pero las tres caducaron y su tramitación no fue más allá pues la legislatura concluyó antes de que se pudieran someter a votación. Lo mismo ocurrió con las proposiciones de 2012 presentadas por IU y Chunta Aragonesista.

Hasta este momento, aquellas proposiciones de ley que pretendían tramitarse en el Congreso no tuvieron gran acogida entre los parlamentarios, como puede observarse en los resultados obtenidos de las votaciones, pero ya en 2017 una vez la sensibilidad social con el tema en cuestión había cambiado notablemente con respecto al año 2002, último año en el que se votó en torno a esta cuestión, la proposición de ley presentada por Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea, si bien no se aprobó, fue rechazada con 132 votos en contra, 86 a favor y 122 abstenciones, resultados que muestran un evidente cambio; por primera vez la mayoría de los votos sobre una proposición de ley de eutanasia no fueron en contra.

Tras tres proposiciones de ley presentadas en 2017 y 2018 por ERC, Parlamento de Cataluña y PSOE, las cuales no llegaron a votarse, el caso de María José Carrasco y Ángel Hernández avivó el debate¹⁷⁸. Este matrimonio madrileño, tras hacer público y dejar documentada la voluntad de ella, de acabar con su vida debido a la esclerosis múltiple que padecía y la cual la llevó a la fase terminal en la que se encontraba, tuvo que grabar un video en el que se veía cómo él ayudaba a su mujer a conseguir su fin, sosteniendo un vaso que contenía la sustancia letal, con un pajita, de la que ella succionó para acabar con su vida.

Ángel Hernández había prometido a su esposa “ser sus manos” para acabar con su vida si antes de que llegara el momento en el que ya no aguantara más la situación el Congreso no había aprobado la ley que regulara la eutanasia¹⁷⁹, por lo que, tras los hechos relatados, él se convirtió en la primera persona detenida en España por ayudar a alguien incapacitado a morir. En este sentido, él mismo declaraba que “Podría haberlo hecho clandestinamente. Discutí con mi esposa por esto, ella era secretaria judicial y sabía lo que podía pasarme. Pero la convencí de que era importante que esto trascendiera, ya no por ella, sino por la gente que se quedaba”¹⁸⁰.

El caso conmovió a la sociedad que cada vez de manera más amplia se muestra a favor de la regulación de la eutanasia. Incluso Pedro Sánchez, actual presidente de España, declaró en una entrevista televisada el 4 de abril de 2019 que la situación “podría haberse evitado antes, reconociendo el derecho a la eutanasia”.

¹⁷⁸ Todos los datos relativos a las diferentes proposiciones de ley de eutanasia que ha habido han sido obtenidos del siguiente artículo:
https://verne.elpais.com/verne/2019/04/05/articulo/1554456116_061335.html.

¹⁷⁹ <https://www.youtube.com/watch?v=UgkaRtQK1Kc>.

¹⁸⁰ https://elpais.com/sociedad/2019/04/05/actualidad/1554461402_394602.html.

El contexto político-social actual según datos publicados por IPSOS, la multinacional de investigación de mercados y consultoría, es el siguiente: “El 85% de los españoles está a favor de regularizar la eutanasia. Las mujeres (87%) muestran un mayor apoyo que los hombres (82%) con porcentajes de convencimiento también superiores (53% frente al 45%). Por edades, la “Generación X” (adultos entre 30 y 50 años) son los más proclives a la regularización y los que más convencidos se muestran.”¹⁸¹

Y es en este contexto, el día 21 de enero de 2020, cuando el Congreso admite a trámite la Proposición de LO reguladora de la Eutanasia con 201 votos a favor, 140 en contra y dos abstenciones; todos los grupos parlamentarios votaron a favor de tramitar la ley sobre una muerte digna, tal y como es conocida más popularmente, a excepción del PP, Vox, UPN y Foro Asturias.

2. Análisis de la propuesta

El Congreso de los Diputados aprobó el pasado 17 de diciembre del 2020 el Proyecto de LO reguladora de la Eutanasia, por lo que partiré del análisis del texto aprobado por Diputados, ya que dada la fecha de entrega de este trabajo no podré incluir los avatares de su tratamiento en el Senado. Daré cuenta, además, de las modificaciones más importantes, producto de las enmiendas presentadas en su tramitación.

Dedicaré las siguientes páginas a realizar un resumen sobre los aspectos que he considerado más relevantes del texto aprobado por el Congreso de los Diputados.

2.1. La actualidad del debate y la necesidad de la ley

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

¹⁸¹ Según los datos recogidos por IPSOS, la multinacional de investigación de mercados y consultoría, “El 85% de los españoles a favor de regularizar la eutanasia. Las mujeres (87%) muestran un mayor apoyo que los hombres (82%) con porcentajes de convencimiento también superiores (53% frente al 45%). Por edades, la “Generación X” (adultos entre 30 y 50 años) son los más proclives a la regularización y los que se muestran más convencidos se muestran.”(<https://www.ipsos.com/es-es/el-85-de-los-espanoles-favor-de-regularizar-la-eutanasia>).

En virtud de los datos publicados por Metroscopia en 2019 los sondeos indicaban que el 87% de los españoles cree que un enfermo incurable tiene derecho a asistencia para poner fin a su vida sin dolor. Esta opinión es compartida por el 97% de los potenciales votantes de Unidas Podemos, el 93% del PSOE, el 91% de Ciudadanos, el 73% de VOX y el 65% del PP. Y, significativamente, incluso por el 59% de quienes se definen como católicos practicantes. (<https://metroscopia.org/8865-2/>).

definida por el texto legal 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 su sufrimiento.”

El de la eutanasia es un debate actual tanto en España como en países del entorno, debido a la confluencia de diversas causas como son la creciente prolongación de la esperanza de vida, el retraso en la edad de morir, en condiciones no pocas veces de deterioro físico y psíquico, el incremento de medios técnicos capaces de sostener durante un tiempo prolongado la vida de las personas, la nueva conciencia social y sus valores o el reconocimiento de la autonomía personal en el ámbito sanitario. Por lo que es obligación del legislador atender a esta necesidad de regulación para poder adecuar las normas a todas estas circunstancias que hoy confluyen en el contexto social.

Por lo tanto, reparando que son derechos fundamentales tanto la vida y la integridad física y moral, como la dignidad, la libertad o la autonomía de la voluntad, y que todos ellos deben estar conectados, la ley pretende regular y despenalizar la eutanasia en determinados supuestos definidos claramente y sujetos a garantías que salvaguarden la absoluta libertad de la decisión descartando presión externa de cualquier índole. En definitiva, introduce un nuevo derecho individual como es la eutanasia.

2.2. Objeto y ámbito de aplicación. Definiciones planteadas por la ley

El primer capítulo dedicado a las disposiciones generales delimita el ámbito de aplicación de la ley y el objeto de ésta, que es “regular el derecho que corresponde a toda persona que cumpla las condiciones exigidas a solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir”, así como determinar los deberes del personal sanitario que atiende a los pacientes en la prestación de la ayuda, establece necesarias definiciones fundamentales del texto normativo, lo que en mi opinión es un acierto de la ley. Tras la lectura de lo que hasta ahora se ha expuesto sobre el tema a tratar en el presente trabajo, considero que ha quedado suficientemente patente su complejidad, dado que relaciona las cuestiones jurídicas con otras de índole sanitaria y bioética. Por lo tanto, considero imprescindible que una proposición de ley de regulación de la eutanasia como ésta que analizamos realice el esfuerzo de concretar el significado de diversos términos y expresiones, pues de lo contrario difícilmente se entendería el texto, que carecería de

contenido, y por ello me detendré a analizar cada una de las definiciones que prevé la ley en el art. 3.

En primer lugar, la letra a) define el “consentimiento informado” como “la conformidad libre, voluntaria y consciente del 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 g).”

La definición planteada recibió enmiendas por varios partidos políticos entre las que se presenta la crítica de que la ley no debería plantear la eutanasia como un tratamiento médico indicado por el personal médico que haya que consentir, sino como una petición, una solicitud personal de ayuda a morir expresa e inequívoca¹⁸². La diferencia es obvia pues en un caso el planteamiento vendría por parte del médico que el paciente consentiría y en el segundo planteamiento es el mismo paciente que pide expresa e inequívocamente morir y el médico es quien respetando esta voluntad se compromete a prestar la ayuda. Además, parece que el empleo de la expresión “solicitud de la prestación” y similares a lo largo de la ley no hacen sino reforzar la teoría de que, a diferencia de la actitud pasiva y simplemente permisiva que sugiere el término “consentimiento”, en el caso que se nos presenta nos encontramos ante una verdadera petición expresa e inequívoca, realizada en un momento anterior a través del documento de instrucciones previas, de recibir la prestación de la ayuda para morir que requiere del paciente la voluntad activa de desearla y solicitarla¹⁸³, por lo que hablar de “petición expresa e inequívoca” considero que sería más afortunado.

¹⁸² Tanto el GP Euskal Herria Bildu (enmienda núm. 5), como el GP Plural (enmienda núm. 31) plantean directamente la supresión de este artículo en base a los siguientes justificaciones: Para el GP Euskal Herria Bildu “Para situarse dentro del marco general de la ley de autonomía del paciente, la propuesta trata la eutanasia como un tipo de Consentimiento Informado, pero no lo es, porque una cosa es dar permiso para un acto que el médico desea hacer y otra es hacer una petición expresa e inequívoca de morir, que el médico se compromete a respetar. Tal y como se define en la ley, dar la conformidad a una petición propia es un concepto absurdo, que se puede retirar de la ley.” Para el GP Plural “Dada la regulación general establecida por la Ley de autonomía del paciente, y el espíritu que debe regir la regulación de la eutanasia, consideramos que no es correcto que se trate la decisión del paciente de acogerse a la Ley de Eutanasia como un tipo de consentimiento informado. No lo es, el tratamiento debe ser distinto. Una cosa es dar permiso para un acto que el médico desea hacer y otra es hacer una petición expresa e inequívoca de morir, que el médico se compromete a respetar. Consideramos redundante dar la conformidad a una petición propia.”

Los Grupos Parlamentarios Popular y VOX en sus enmiendas a la totalidad con textos alternativos si bien plantean un artículo dedicado a las definiciones de ciertos términos, no definen la expresión de “consentimiento informado”

¹⁸³ Este planteamiento es más acorde con la teoría que viene desarrollándose desde los requisitos exigidos para la atenuación del art. 143.4 CP vigente en este momento, cuestión que ya ha sido tratada en el apartado relativo a la redacción y requisitos exigidos por el art. 143.4 CP y aunque en la práctica la

Por último, una de las enmiendas planteadas¹⁸⁴ señaló una errata que efectivamente se corrigió pues se hablaba de las “actuaciones descritas en el párrafo f)”, cuando debía señalar las actuaciones descritas en el párrafo g).

En segundo lugar, en la letra b) del texto de la Proposición de LO de regulación de la eutanasia se definía qué es una “Enfermedad grave, crónica e invalidante” de la siguiente manera: “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.”

Ocurre con esta definición que condiciona el reconocimiento del padecimiento de la enfermedad grave, crónica e invalidante a que en el momento de la solicitud ya esté incidiendo sobre su autonomía física, capacidad de expresión y relación o que lleven asociado un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable.

Una de las enmiendas a esta definición se basa en que la expresión “enfermedad grave, crónica e invalidante” no supone una mejora respecto de la expresión “graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar” del art. 143.4 CP que ya cuenta con un soporte interpretativo¹⁸⁵. Otras enmiendas consideran que la definición debería contemplar que la incidencia en la autonomía o el sufrimiento debe apreciarse bien en el momento de la solicitud o bien en un futuro próximo¹⁸⁶; en relación a esta enmienda considero que es posible que sea abrir demasiado el abanico de situaciones ante las cuales ofrecer la ayuda a morir, pues si bien los avances en la ciencia cada día son mayores, hoy en día no son pocos los casos en los que un pronóstico de empeoramiento de la calidad de vida de un paciente no se cumple, llegando a superar todas las expectativas médicas. Considero que englobar bajo un mismo término y reconocer por lo tanto el mismo derecho a un perfil de paciente y a otro sería un error.

trascendencia de esta diferencia no creo que sea sustancial, considero que sobre el papel, al menos, es más garantista.

¹⁸⁴Enmienda núm. 170 planteada por el GP Socialista y Confederal de Unidas Podemos-En Comú Podem-Galicia en Común.

¹⁸⁵Enmienda núm. 32 realizada por el GP Plural.

¹⁸⁶ Enmienda núm. 6 presentada por el GP Euskal Herria Bildu. En el mismo sentido el GP Republicano en la enmienda núm. 234; este grupo plantea asimismo que la expresión suprima el término “grave”, por lo que pasaría a ser “enfermedad crónica e invalidante”.

Como aspecto positivo de esta definición destacaría el expreso reconocimiento del sufrimiento psíquico, con la condición de que exista seguridad o gran probabilidad de que éste vaya a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable, como circunstancia para entender que un paciente padece una enfermedad grave, crónica e invalidante; se trata, en definitiva, de reconocer entidad y gravedad a enfermedades que en algún momento o algunos autores, en mi opinión desacertadamente, han preferido ignorar o minimizar.

Sin embargo, el texto aprobado por el Congreso recoge la definición del concepto de “padecimiento grave, crónico e imposibilitante” del siguiente modo: “situación que hace referencia a una persona afectada por limitaciones que inciden directamente sobre su autonomía física y actividades de la vida diaria, de manera que no pueda valerse por sí misma, así como sobre su capacidad de expresión y relación, y que llevan asociado un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable para la misma, existiendo seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones vayan a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable. En ocasiones puede suponer la dependencia absoluta de apoyo tecnológico.”

Considero que ante la ausencia del soporte interpretativo con el que contaba la expresión de “graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar” que enmiendas ya mencionadas sugerían mantener, esta nueva definición, con la inclusión de las expresiones “actividades de la vida diaria, de manera que no pueda valerse por sí misma” y “En ocasiones puede suponer la dependencia absoluta de apoyo tecnológico”, no pretende sino dotar de alguna manera de referencias interpretativas para el término más novedoso que en mi opinión es “imposibilitante”.

Asimismo, la inclusión de la expresión “para la misma” en referencia al sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable considero que es acertada pues parece querer reconocer mayor legitimidad a la vivencia y versión del paciente.

En tercer lugar, la letra c) de la proposición de ley definía la “Enfermedad grave e incurable” como “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.”

Sorprende de esta definición que se quisiera puntualizar que solo la alteración del estado de salud “originada independientemente de la voluntad del paciente” tendrá la consideración de enfermedad grave e incurable. Por este mismo motivo la enmienda núm. 7, así como la núm. 235 planteaban la supresión de dicha expresión.¹⁸⁷ Sinceramente, considero poco probable que un individuo por propia voluntad quisiera alterar su estado de salud provocándose a sí mismo un accidente, lo cual es una paradoja en sí misma pues no sería un accidente si es voluntario.

Entiendo que la proposición de ley con la inclusión de la expresión a la que me refiero pretendía disipar dudas frente a aquellos sectores que observan la práctica de la eutanasia como una violación del derecho a la vida o incluso como algo inmoral; de este modo parece querer vedar el acceso a la prestación de la ayuda a aquellas personas que con una especie de dolo, buscaran llegar a las situaciones que la ley reconoce como justificativas. Como ya he expresado, considero poco probable que estas situaciones se diesen, pero aunque así ocurriera, no encuentro ningún motivo por el cual no debería prestarse la ayuda a la persona que por uno u otro motivo ha llegado a padecer condiciones en las que entendemos que ha de reconocerse el derecho.

El texto aprobado por el Pleno en cambio, recoge una definición completamente diferente del concepto de enfermedad grave e incurable: “la que por su naturaleza origina sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables sin posibilidad de alivio que la persona considere tolerable, con un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva. “Con buen criterio el nuevo texto atiende a las enmiendas planteadas y ofrece una definición mucho más clara en mi opinión.

En cuarto lugar, la letra d) definía el término “Médico responsable” como el facultativo 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.¹⁸⁸ El texto definitivo añade a la definición el detalle de que el médico responsable es quien coordinará “toda la información”.

¹⁸⁷ Enmienda núm. 7 presentada por el GP Euskal Herria Bildu. En el mismo sentido el GP Republicano en la enmienda núm. 235.

¹⁸⁸ Ninguno de los Grupos Parlamentarios realizó enmienda alguna a esta definición.

En quinto lugar, la letra e) definía la expresión “Médico consultor” o “Médica consultora” como el “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.”¹⁸⁹

Llama la atención que en las definiciones recogidas en el texto de la proposición se empleaban expresiones más inclusivas, de modo que se hacía referencia también al género femenino al referirse, como es el caso, al médico o la médica; siguiendo esta misma línea a lo largo de toda la ley al referirse al paciente lo hacía refiriéndose al paciente o la paciente. Sin embargo, no era una regla que se siguiese en todo caso y a lo largo de todo el texto pues precisamente en la siguiente definición nos encontrábamos con que al referirse a “los profesionales sanitarios”, se utilizaba el masculino genérico y lo mismo ocurría en todas aquellas expresiones en las que al referirse a un grupo de personas lo hacía en plural; éste siempre aparecía empleando el masculino genérico. Asimismo, se volvía a abandonar esta regla, por ejemplo, al referirse en el apartado g) del mismo artículo al “profesional sanitario”, sin mencionar a “la profesional sanitaria”.

Este ha sido, en cambio, una novedad que se ha dejado completamente de lado en el texto legal que finalmente se votó en el Pleno; todas aquellas expresiones en las que se hacía referencia tanto al género femenino como al masculino han sido abandonadas para volver al masculino genérico.

Reflejo de una sociedad que cada día reconoce más ampliamente la legitimidad de la lucha feminista y sus diferentes reivindicaciones, la ley con la novedad que pretendía introducir, si bien era un detalle algo anecdótico, no dejaba de suponer un avance en el empleo de un lenguaje más inclusivo, que representara también a nada más y nada menos que el cincuenta por ciento de nuestra sociedad.

En sexto lugar, la letra f) define qué es la “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.”

¹⁸⁹ Ninguno de los Grupos Parlamentarios realizó enmienda alguna a esta definición.

A esta definición se realizó una enmienda que sugiere su supresión¹⁹⁰. Tal y como lo exponía el GP Plural “En una actividad lícita, legalmente regulada y prestada desde la sanidad pública no debería admitirse la posibilidad de sustraerse de sus obligaciones en función de sus creencias personales, lo que supondría el riesgo de que en determinados centros existiera riesgo de prestarse.” A este respecto es de interés aportar los datos que ofrece una encuesta sobre la eutanasia realizada en el año 2019 por parte del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid a sus colegiados. En el dossier de prensa¹⁹¹ se mostraban los resultados¹⁹² obtenidos en diferentes Colegios de Médicos respondiendo a la pregunta “En caso de aprobación de la Ley ¿solicitarías la objeción de conciencia?”.

La situación que resulta de los datos publicados es que, de media y según la ligera aproximación a la realidad que nos ofrecen los datos del dossier ya mencionado, únicamente el 35,25% de los médicos estaría dispuesto a prestar la ayuda al paciente que solicite la eutanasia; en el mejor de los supuestos, para el caso de que los que contestaron con la opción “Creo que no pero no estoy totalmente seguro/a” a la solicitud de la objeción de conciencia, se reafirmaran en el no, entonces el porcentaje de médicos dispuestos a prestar la ayuda sería de 58,75%. Si bien este segundo porcentaje garantizaría en mayor medida que la prestación de la ayuda se ofreciese, no deja de ser algo preocupante que el 41,25% no estuviese dispuesto a colaborar en dicha práctica.

¹⁹⁰ Enmienda núm. 34 planteada por el GP Plural.

¹⁹¹ <https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2019/12/2019-encuesta-CMMadrid.pdf> págs. 5-7.

¹⁹²

| | |
|---|--|
| - No, con toda seguridad: Madrid: 32% de los participantes. Bizkaia: 41% de los participantes. Tarragona: 28% de los participantes. Las Palmas: 40% de los participantes. | - Creo que no pero no estoy totalmente seguro/a: Madrid: 16% de los participantes. Bizkaia: 20% de los participantes. Tarragona: 40% de los participantes. Las Palmas: 18% de los participantes. |
| - Sí, con toda seguridad: Madrid: 25% de los participantes. Bizkaia: 19% de los participantes. Tarragona: 15% de los participantes. Las Palmas: 21% de los participantes. | - Creo que sí pero no estoy totalmente seguro/a: Madrid: 13% de los participantes. Bizkaia: 9% de los participantes. Tarragona: 16% de los participantes. Las Palmas: 7% de los participantes. |
| - No sé, ni sí ni no: Madrid: 8% de los participantes. Bizkaia: 6% de los participantes. Tarragona: 1% de los participantes. Las Palmas: 7% de los participantes. | - Prefiero no contestar: Madrid: 6% de los participantes. Bizkaia: 6% de los participantes. Tarragona: 0% de los participantes. Las Palmas: 6% de los participantes. |

Sin duda el debate sobre la legitimidad de las objeciones de conciencia entre los profesionales de la salud es una constante no solo en el ámbito de la eutanasia sino también en otro tipo de asistencias como es en la práctica del aborto. En todo caso, lo cierto es que la gran mayoría de la doctrina y jurisprudencia entiende que el derecho a la objeción se reconoce en el marco del art. 16 CE.¹⁹³

En séptimo lugar, la letra g) define la “Prestación de ayuda para morir” como la “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 paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario competente; ii) La prescripción o suministro al paciente por parte del profesional sanitario de una

¹⁹³Art. 16 CE 1. Se garantiza la libertad ideológica, religiosa y de culto de los individuos y las comunidades sin más limitación, en sus manifestaciones, que la necesaria para el mantenimiento del orden público protegido por la ley.

Sobre esta cuestión SÁNCHEZ-CARO en su artículo “La objeción de conciencia sanitaria” al tratar la posición del TC al respecto se pronuncia del siguiente modo: “Como ya venimos exponiendo no hay una posición clara de nuestro Tribunal Constitucional en relación con la objeción de conciencia. En un primer momento (1985), a propósito del aborto, afirmó que el citado derecho de objeción de conciencia existe y puede ser ejercido con independencia de que se haya dictado o no una ley reguladora de esta materia, añadiendo que la objeción forma parte del contenido del derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa reconocido en el art. 16.1. de la Constitución, de manera que es directamente aplicable en materia de derechos fundamentales. Sin embargo, posteriormente (1987), a propósito de la objeción de conciencia al servicio militar, declaró que la objeción de conciencia con carácter general, es decir el derecho a ser eximido del cumplimiento de los deberes constitucionales o legales por resultar ese cumplimiento contrario a las convicciones personales, no está reconocido ni cabe imaginar que lo estuviera en nuestro Derecho o en Derecho alguno, pues significaría la negación misma del Estado y que lo que puede ocurrir es que se admita excepcionalmente respecto a un deber concreto, para lo cual es necesario la interposición de una ley que así lo reconozca.”

Sobre la postura del TS expone lo siguiente: “El Tribunal Supremo, en la senda del Tribunal Constitucional, rechaza que tenga cabida en nuestro ordenamiento constitucional un derecho general a la objeción de conciencia susceptible de hacerse valer pese a no contar con un reconocimiento formal en el texto fundamental o en la ley y que pueda sustentarse en el artículo 16 de la Constitución (derecho a la libertad ideológica o religiosa), señalando como argumentos los que a continuación se mencionan. En primer lugar, el único supuesto en el que la Constitución contempla la objeción de conciencia frente a la exigencia del cumplimiento de un deber público es el de la objeción de conciencia al servicio militar. 30 En segundo lugar, el Tribunal Constitucional solamente ha admitido, fuera de ese caso, el derecho a objetar por motivos de conciencia del personal sanitario que ha de intervenir en la práctica del aborto en las modalidades en que fue despenalizado. En tercer lugar, nada impide al legislador ordinario, siempre que respete las exigencias derivadas del principio de igualdad ante la ley, reconocer la posibilidad de dispensa por razones de conciencia de determinados deberes jurídicos, aunque en tal caso se trataría de un derecho a la objeción de conciencia de rango puramente legislativo y no constitucional. En cuarto lugar, la libertad religiosa e ideológica no solo encuentra un límite en la necesaria compatibilidad con los demás derechos y bienes constitucionalmente garantizados, sino que topa con un límite específico y expresamente establecido, cual es “el mantenimiento del orden público protegido por la ley”. En quinto y último lugar, ha de tenerse en cuenta el mandato inequívoco constitucional que determina que “los ciudadanos y los poderes públicos están sujetos a la Constitución y al resto del ordenamiento jurídico”, por lo que el reconocimiento de un derecho de objeción de conciencia de carácter general no es posible, ya que equivaldría en la práctica a que la eficacia de las normas jurídicas dependiera de su conformidad con cada conciencia individual.” (SÁNCHEZ-CARO, DS:DyS, vol. 20, n°2, 2010, pág. 55-56)

sustancia, de manera que esta se la pueda auto administrar, para causar su propia muerte.”

En un principio la proposición de ley recogía que en el supuesto de la prestación de ayuda a morir realizada conforme a la segunda de las modalidades, el paciente podría elegir entre auto administrarse la sustancia prescrita por el médico en el centro sanitario o en su propio domicilio. El silencio en el primero de los apartados abría las puertas al debate sobre si esta elección, la administración de la sustancia en el centro sanitario o en el domicilio del paciente, cabía o no para la primera modalidad descrita en el apartado.

Al precepto se le plantearon diferentes enmiendas¹⁹⁴, y entre otras fueron varias las que solicitaban la modificación de la letra de la ley para que el paciente pudiese optar por recibir la ayuda en el centro sanitario o en su domicilio en ambas modalidades¹⁹⁵; adelantaré que éstas han sido atendidas pues el art. 14 de ley, referido a la prestación de la ayuda para morir por los servicios de salud se especifica que la prestación podrá realizarse también en el domicilio.

Considero que es una decisión acertada pues según una encuesta del CIS de 2009 el 45% de los españoles desea que sus últimos momentos transcurran en su casa, un 31,9% prefiere un centro especializado y solo un 17,8% elegiría un hospital.¹⁹⁶ Por lo tanto, si con la ley se pretendía legislar para respetar la autonomía y voluntad para que se pudiera, siempre y cuando se cumpliesen los requisitos, decidir cuándo y cómo poner fin a la propia vida, sin duda el respeto de esta voluntad de recibir la ayuda para morir en el domicilio del paciente es mucho más coherente.

¹⁹⁴ Una de las enmiendas que se realizó a este art y que no ha sido atendida, más concretamente la núm. 87 planteada por el GP Vasco (EAJ-PNV), proponía la modificación del texto de manera que la primera de las modalidades pase a llamarse “Eutanasia” y la segunda modalidad “Ayuda médica para morir”. La justificación es que “se trata de reconocer expresamente las dos diferentes modalidades que permitirían en los términos de esta ley la asistencia médica para morir dignamente.”

¹⁹⁵ Enmienda núm. 8 planteada por el GP Euskal Herria Bildu; enmienda núm. 25 planteada por el GP Plural; enmienda núm. 189 planteada por el GP Plural; enmienda núm. 236 planteada por el GP Republicano. Entre las diferentes enmiendas realizadas al texto, la núm. 8 planteada por el GP Euskal Herria Bildu proponía que la redacción del apartado g) del art. 3 se recogiera del siguiente modo: “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 el propio centro sanitario, sociosanitario o en su domicilio en dos modalidades: i) [...] 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, para causar su propia muerte.”

¹⁹⁶ (https://elpais.com/diario/2010/12/03/sociedad/1291330801_850215.html.) En este mismo sentido, según un estudio sobre “Voluntades de la población sobre los cuidados y decisiones al final de la vida” entre la población consultada un 63,8% prefiere morir en casa, el 27% en un hospital y el 9,2% no tenía preferencias en este sentido.

En octavo y último lugar, la letra h) en el texto de la proposición definía la expresión “Situación de incapacidad de hecho” como la “situación en la que él 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.” En este sentido, tal y como lo señalaban las enmiendas núm. 9 y 237¹⁹⁷ la expresión “gobernar su vida” debería sustituirse por la de “gobernar su persona”, pues sería más correcta conforme a la definición de incapaz aportada por el art. 200 CC¹⁹⁸.

El texto definitivo aprobado por el Congreso, en cambio, define el concepto de la siguiente manera: “situación en la que el paciente carece de entendimiento y voluntad suficiente para regirse de forma autónoma, plena y efectiva por sí mismo, con independencia de que existan o se hayan adoptado medidas de apoyo para el ejercicio de su capacidad jurídica.” Así, el texto atiende en cierto sentido a las enmiendas presentadas, de manera que deja de emplear la expresión “gobernar su vida” sustituyéndola por “regirse de forma autónoma, plena y efectiva por sí mismo”.

No se procederá al análisis pero ha de mencionarse que otros Grupos Parlamentarios realizaron enmiendas proponiendo la inclusión de más términos a definir en la proposición de ley con sus correspondientes definiciones.

2.3. Requisitos para efectuar la solicitud

El segundo capítulo comienza con el reconocimiento del derecho de toda persona a solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir, y especifica que la decisión ha de ser autónoma, fundamentada en el conocimiento sobre los hechos más relevantes del proceso; sin embargo, el reconocimiento de este derecho queda supeditado al cumplimiento de los requisitos exigidos por la ley en su art. 5.

En primer lugar, el texto de la proposición exigía “Tener la nacionalidad española o residencia legal en España, mayoría de edad y ser capaz y consciente en el momento de la solicitud”. Por lo tanto, se excluía este derecho, entre otros, a los menores de edad, independientemente de su madurez y capacidad para gobernar su

¹⁹⁷ Enmienda núm. 9 planteada por el GP Euskal Herria Bildu y enmienda núm. 237 presentada por el GP Republicano.

La enmienda núm. 86 presentada por el GP Vasco (EAJ-PNV) también realiza una enmienda al mismo apartado señalando que la expresión “gobernar su vida” debería modificarse pues se trata de una expresión demasiado absoluta.

¹⁹⁸ Art. 200 CC: Son causas de incapacitación las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que impidan a la persona gobernarse por sí misma.

persona, y los incapaces. En relación con la exigencia de ostentar nacionalidad española o residencia legal en España, se realizaron varias enmiendas que proponían su modificación en el siguiente sentido: “Al tratarse de un derecho recogido en el SNS, el requisito de nacionalidad española o residencia legal en España debería sustituirse por ‘titulares del derecho a recibir asistencia sanitaria’, de manera que no se prive del derecho a los migrantes en situación irregular, a los pensionistas residentes en otros países, ni a las trabajadoras que trabajen en territorios transfronterizos. Asimismo consideramos oportuno contemplar la posibilidad de que, sin disponer de sus plenas facultades, haya manifestado previamente su voluntad en un testamento vital.”¹⁹⁹

En el texto definitivo de la ley no se votó un texto que recogiera tal modificación pero sí se equipara a efectos de la ley la nacionalidad española, la residencia legal en España y el certificado de empadronamiento que acredite un tiempo de permanencia en territorio español superior a doce meses. Considero que esta modificación es apropiada en aras de seguir dando pasos hacia la efectiva universalidad de la asistencia sanitaria, sin favorecer el fenómeno del turismo eutanásico que puede llegar a preocupar en cierto sentido.

En segundo lugar, en la letra b) del artículo se exige disponer por escrito de la información sobre el proceso médico, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación incluida la de acceder a cuidados paliativos. Diferentes enmiendas han querido remarcar que la información también podría darse verbalmente o en presencia de testigos o personas designadas por el mismo paciente para que la trasmisión de la información tan personalizada que es no suponga una tarea demasiado tediosa que ralentizase demasiado el proceso.²⁰⁰ Considero en este sentido que el ofrecimiento de la información escrita no debería sustituir la explicación verbal pertinente y que ésta también debería darse, pero a su vez dejar constancia por escrito de toda la información transmitida al paciente ofrece una seguridad que difícilmente puede sustituirse por otros medios, por lo que no prescindiría de este requisito procurando que no supusiera un freno en el proceso.

¹⁹⁹ Enmienda núm. 37 presentada por el GP Plural. En el mismo sentido la enmienda núm. 190 presentada por el GP Plural y la enmienda núm. 11 presentada por el GP Euskal Herria Bildu.

²⁰⁰ En este sentido la enmienda núm. 12 presentada por el GP Euskal Herria Bildu, la núm. 38 presentada por el GP Plural, la núm. 142 presentada por el GP Ciudadanos y la núm. 240 presentada por el GP Republicano.

A este requisito, en el mismo apartado b) se ha añadido una especificación que es que entre la información a ofrecer se debe incluir la del “acceso a los cuidados paliativos integrales comprendidos en la cartera de servicios comunes y a las prestaciones que tuviera derecho de conformidad a la normativa de atención a la dependencia.” Parte del debate que suscitó la proposición de ley tuvo mucho que ver con el papel de los cuidados paliativos, pues parte de la comunidad médica planteaba que con la aprobación de la ley de eutanasia, los cuidados paliativos iban a sufrir un retroceso; de este modo el texto recoge expresamente la necesidad de que esta información sea transmitida al paciente, lo que considero positivo.

Considero necesario remarcar que la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, colaboradora del Atlas de los Cuidados Paliativos en Europa 2019, asegura que la radiografía europea sitúa a España a la cola en la atención de los pacientes al final de la vida por falta de voluntad política respecto a la regulación de los cuidados paliativos. La realidad es que en toda la región europea existen 6.388 servicios especializados en cuidados paliativos, y concretamente, España cuenta con 260 recursos específicos, siendo superada por Alemania (914), Reino Unido (860), Francia (653), Polonia (587), Italia (570) y Rusia (321), países que concentran el 47 por ciento del total. Asimismo, en España, de las 228.000 personas que fallecen anualmente con necesidad de cuidados paliativos, alrededor de 80.000 lo hacen sin acceder a ellos.²⁰¹ Por ello sería conveniente que se aprobara una ley de cuidados paliativos con una dotación presupuestaria suficiente que garantizara estos servicios a los pacientes que los necesitaran.

En tercer lugar, se exigía la formulación de dos solicitudes de manera voluntaria y por escrito, dejando una separación de al menos quince días naturales entre ambas. A este apartado vuelve a sugerirse por medio de diferentes enmiendas²⁰² que no se exija que sea por escrito sino por cualquier medio que permita dejar constancia de la solicitud. Personalmente me surge la duda de si quizás la separación de al menos quince días naturales entre ambas solicitudes acaso no será en ciertos casos un periodo demasiado largo, pero corrige en cierta manera esta exigencia el segundo párrafo que establece que “Si el médico responsable considera que la pérdida de la capacidad de la persona solicitante para otorgar el consentimiento informado es inminente, podrá

²⁰¹ https://www.consalud.es/pacientes/espana-esta-a-la-cola-en-cuidados-paliativos-y-los-expertos-piden-soluciones_64191_102.html

²⁰² Enmienda núm. 39 planteada por el GP Plural, la núm. 142 presentada por el GP Ciudadanos y la núm. 172 planteada por el GP Socialista y Confederal de Unidas Podemos-En Comú Podem-Galicia en Común.

aceptar cualquier periodo menor que considere apropiado en función de las circunstancias clínicas concurrentes, de las que deberá dejar constancia en la historia clínica.”

En consonancia con las enmiendas realizadas al apartado c) del art. al que nos referimos, el texto votado por el Pleno, a la especificación de que las solicitudes debían realizarse por escrito incluye “o por otro medio que permita dejar constancia, y que no sea el resultado de ninguna presión externa”. Considero que esta modificación es completamente acertada pues en ciertos casos facilitará considerablemente el cumplimiento del requisito sin suponer una merma en la garantía de su veracidad.

En cuarto lugar, la letra d) del apartado en la proposición de ley exigía al paciente “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.” Entre las enmiendas presentadas²⁰³ a esta letra, la presentada por el GP Plural tiene que ver con la no inclusión de la situación de padecimiento de sufrimientos físicos o psíquicos intolerables como circunstancia suficiente para entender reconocido el derecho a la prestación de ayuda a morir, puesto que “es la persona la que tiene que determinar si su situación es o no es tolerable.”

El texto que finalmente se votó en el Pleno acabó redactando de la siguiente manera este apartado d), de manera que los padecimientos graves, crónicos e imposibilitantes, tal y como se recogen en el apartado b) del art. 3, están incluidos: “Sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante en los términos establecidos en esta Ley, certificada por el médico responsable.”

En quinto y último lugar se establece que deberá prestarse consentimiento informado²⁰⁴, el cual se incorporará a la historia clínica, con antelación a la prestación de ayuda.

²⁰³ A dicho apartado se le presentaron 3 enmiendas en total, la núm. 13, del GP Euskal Herria Bildu, la núm. 40, del GP Plural y la núm. 241, del GP Republicano.

²⁰⁴ Diferentes grupos parlamentarios plantearon enmiendas a este apartado (enmienda núm. 14 del GP Euskal Herria Bildu, enmienda núm. 41 del GP Plural y enmienda núm. 91, del GP Vasco (EAJ-PNV)) y algunas de ellas, en consonancia con lo que ya exponían sus respectivos Grupos, realizan enmiendas a este y al siguiente apartado apuntando que la prestación de ayuda para morir no debe configurarse como una prestación sanitaria que el paciente deba consentir sino como una petición expresa e inequívoca de morir que el médico se compromete a respetar. Sin embargo, con el objetivo de garantizar la seguridad

Sin embargo, en el segundo punto²⁰⁵ del precepto se matiza este requisito pues se establece una excepción a esta necesidad de prestación de consentimiento informado para aquellos casos en los que el médico responsable certifique que el paciente “no se encuentra en el pleno uso de sus facultades ni puede prestar su conformidad libre, voluntaria y consciente para realizar las solicitudes, cumpla lo previsto en el apartado 1.d) y haya suscrito con anterioridad un documento de instrucciones, testamento vital, voluntades anticipadas o documentos equivalentes legalmente reconocidos, en cuyo caso se podrá facilitar la prestación de ayuda para morir conforme a lo dispuesto en dicho documento. En el caso de haber nombrado representante en ese documento será el interlocutor válido para el médico responsable.”

Resulta llamativo que el texto recoja que lo que comúnmente se conoce como testamento vital se pueda realizar a través de un documento de instrucciones previas así como a través de documento equivalente; esta segunda opción plantea dudas sobre cuándo se estará ante un documento equivalente pues nada se especifica sobre los requisitos que éste debería cumplir para ser válido en este sentido. Por seguridad jurídica considero que la alternativa propuesta por el texto debería modificarse para evitar confusiones y dudas, estableciendo que solo podrán recogerse las voluntades sobre el final de la vida de una persona en el documento de instrucciones previas, el cual se encuentra regulado 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.

2.4. Requisitos de la solicitud

Tras la regulación de los requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir, el art. 6 regula los requisitos de la solicitud. Así, el precepto exige que la solicitud de la prestación se realice por escrito en documento fechado y firmado por el paciente solicitante, o por cualquier otro medio que permita dejar constancia de la voluntad inequívoca de quien la solicita, así como del momento en el que se solicita, tal y como lo indicaban diferentes enmiendas²⁰⁶, y en presencia de un profesional sanitario

jurídica, en las enmiendas se mantiene la exigencia de que el paciente reitere su voluntad de continuar con la ayuda solicitada.

²⁰⁵ Las enmiendas presentadas al apartado fueron la núm. 63, del GP Plural, la núm. 92, del GP Vasco (EAJ-PNV) y la núm. 242, del GP Republicano.

²⁰⁶ Enmiendas núm. 143 del GP Ciudadanos y núm. 173 del GP Socialista y Confederal de Unidas Podemos-En Comú Podem-Galicia en Común.

que lo rubrique y garantice que el solicitante en cualquier momento podrá revocar la solicitud o pedir su aplazamiento; el escrito se incorporará a la historia clínica.

Para aquellos pacientes que se encuentren impedidos físicamente para fechar y firmar el documento, se prevé que haga uso de otros medios que le permitan dejar constancia, o bien que otra persona mayor de edad y plenamente capaz lo haga mencionando que el paciente no se encuentra en condiciones de firmar e indicando las razones. Asimismo, se establece que en aquellos casos recogidos en el art. 5.2²⁰⁷, la solicitud podrá presentarla otra persona acompañando a ésta el documento de instrucciones previas suscrito previamente por el paciente.

Entre las enmiendas planteadas al art. 6 se proponían modificaciones para que fuese el médico quien tuviese que certificar las condiciones en las que se realiza la petición quien esté presente en la firma del documento y no otro profesional sanitario²⁰⁸, para que la solicitud no se tuviese que realizar por escrito, permitiendo que se hiciese por otro medio que permita reflejar la voluntad inequívoca de la persona, enmienda a la cual se ha atendido como ya se ha podido comprobar, y para que en aquellos casos en los que el paciente no tenga a ninguna persona que pueda presentar la solicitud en su nombre y exista un documento de voluntades anticipadas, sea el mismo médico quien pueda presentar la solicitud.²⁰⁹ Esta enmienda también ha sido atendida y el texto votado por el pleno recogió finalmente que “En caso de que no exista ninguna persona que pueda presentar la solicitud en nombre del paciente, el médico responsable podrá presentar la solicitud de eutanasia.”

El capítulo lo cierra el art. 7 que regula la denegación de la prestación de ayuda para morir. Según lo establecido en el precepto la denegación se deberá realizar siempre de manera motivada, por escrito y por parte del médico responsable. Contra dicha denegación, por una parte, la persona que hubiera presentado la solicitud podrá presentar reclamación ante la Comisión de Garantía y Evaluación en el plazo de quince días hábiles, y por otra parte, el médico con independencia de que se haya formulado la

²⁰⁷ Es decir, pacientes que no se encuentren en el pleno uso de sus facultades ni puedan prestar su conformidad libre, voluntaria y consciente para realizar las solicitudes, que sufran una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e incapacitante y hayan suscrito con anterioridad un documento de instrucciones, testamento vital, voluntades anticipadas o documentos equivalentes legalmente reconocidos, en cuyo caso se podrá facilitar la prestación de ayuda para morir conforme a lo dispuesto en dicho documento.

²⁰⁸ Enmienda núm. 42 del GP Plural.

²⁰⁹ Enmienda núm. 65 del GP Plural.

reclamación, deberá remitir en el plazo de cinco días contados a partir de que se le haya notificado la denegación 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 por escrito el motivo de la denegación²¹⁰.

El texto del art. 7 de la proposición de ley recibió doce enmiendas²¹¹ y casi todas ellas estaban relacionadas con los plazos que establecía el precepto, dado que en un primer momento se estableció que el plazo para presentar la reclamación era de cinco días y en cambio, el médico contaba con quince días, sin especificar si eran naturales o no o cómo habían de contarse éstos, para remitir dos documentos. Las enmiendas entendían que no era razonable que el paciente contara con un plazo de tan solo cinco días hábiles para decidir si desea presentar una reclamación cuando el objetivo de la ley es garantizar la voluntad de la persona que decide morir, y que por otro lado el médico responsable tuviese un plazo de quince días para remitir dos documentos tras la denegación de la prestación. Opino que la modificación del precepto en relación a los plazos ha sido acertada pues con el plazo con el que contaba el médico se dilataba el proceso injustificadamente y en cambio, ampliar el plazo del paciente para realizar la reclamación no supone la dilación del proceso más allá de los propios ritmos del paciente, por lo que simplemente se está respetando en mayor medida la voluntad de éste.

2.5.El procedimiento

El tercer capítulo diferencia dos trámites en función de que se aprecie la existencia de una incapacidad permanente o no.

Según los arts. 8 y 10 del texto, en aquellos casos en los que exista una solicitud previa de prestación de ayuda para morir y no se esté ante una situación de incapacidad de hecho los pasos a seguir son:

²¹⁰ Son dos documentos que como más adelante se podrá observar se refieren a datos relativos a la persona solicitante, al médico responsable y al consultor y a otros aspectos relativos a la solicitud de la prestación.

²¹¹Enmienda núm. 144, del GP Ciudadanos, la núm. 174, del GP Socialista y del GP Confederal de Unidas Podemos-En Comú Podem-Galicia en Común, la núm. 207, del GP Popular en el Congreso, la núm. 44, del GP Plural, la núm. 15, del GP Euskal Herria Bildu, la núm. 45, del GP Plural, la núm. 66, del GP Plural, la núm. 93, del GP Vasco (EAJ-PNV), la núm. 244, del GP Republicano, la núm. 191, del GP Plural, la núm. 16, del GP Euskal Herria Bildu y la núm. 46, del GP Plural.

En primer lugar, tras recibir la primera solicitud en un plazo máximo de dos días, una vez verificado el cumplimiento de los requisitos, el médico responsable realizará con el paciente un proceso deliberativo en el que se informará al paciente sobre su diagnóstico, posibilidades terapéuticas, resultados esperables y los posibles cuidados paliativos a recibir. Esta información, sin perjuicio de la explicación verbal, deberá facilitarse también por escrito, cuestión que, en consonancia con opiniones que ya he expuesto, considero muy acertada pues solo así se puede garantizar que el paciente comprende efectivamente la información, a la vez que el procedimiento se ajusta a la seguridad jurídica que precisa; el plazo para la entrega de la información por escrito es de cinco días.²¹²

El segundo paso se daría una vez transcurrido el plazo de quince días que ha de mediar entre las dos solicitudes. En este momento deberá realizarse la segunda solicitud y tras su recepción el médico responsable en dos días retomará con el paciente el proceso deliberativo a fin de esclarecer toda duda y asegurarse de que cuenta toda la información y la comprende. Si precisara más información sobre algún aspecto, ésta deberá ser proporcionada, y sin perjuicio de su explicación verbal, deberá entregarse por escrito en el plazo máximo de 5 días. En este momento terminaría el llamado proceso deliberativo.

Transcurridas las veinticuatro horas tras la finalización del proceso deliberativo el paciente comunicará al médico responsable su decisión de continuar o desistir de la solicitud de la prestación de ayuda para morir. En caso afirmativo, el médico responsable comunicará la decisión tanto al equipo asistencial como a los familiares o allegados que el paciente señale y deberá recabar de él la firma del documento del consentimiento informado. En caso contrario la decisión del paciente se comunicará igualmente al equipo asistencial.

A continuación el médico responsable deberá consultar con un médico consultor la viabilidad de la prestación de la ayuda, sin que se especifique por el texto en qué plazo ha de hacerse. El segundo deberá estudiar la historia clínica, examinar al paciente, corroborar el cumplimiento de los requisitos y elaborar un informe en el plazo de diez días con las conclusiones extraídas que deberán comunicarse al paciente. En caso de

²¹² Este plazo no estaba previsto en la proposición de ley, lo que supone un incremento en el tiempo de espera para el paciente que no considero suficientemente justificado, pues gran parte de la información a trasladar por escrito ya debería estar preparada previamente.

recibir un informe desfavorable del médico consultor sobre el cumplimiento de las condiciones del art. 5.1, el paciente podrá recurrir a la Comisión de Garantía y Evaluación.²¹³

Diferentes grupos parlamentarios realizaron enmiendas²¹⁴ al apartado que regula esta consulta al médico consultor en base a diferentes motivos. Por un lado, para algunos resulta un paso innecesario que dilata el proceso excesivamente para recibir el criterio de otro médico cuando posteriormente, como se comprobará a continuación, la solicitud debe pasar por otro control previo por parte de la Comisión de Garantía y Evaluación. Por otro lado, no se establece en qué plazo deberán comunicarse las conclusiones del informe que elabore el médico consultor al paciente y en principio tampoco se preveía en caso de que el informe fuese desfavorable, la posibilidad de que el informe se recurriera por parte del paciente; estas enmiendas referidas al recurso sí se han visto satisfechas tras el Dictamen de la Comisión ya mencionada.

Una vez cumplidos los pasos anteriores, antes de la prestación de la ayuda para morir, el médico responsable en el plazo máximo de tres días hábiles lo debe comunicar al presidente de la Comisión de Garantía y Evaluación para que realice la verificación previa prevista en el art. 10.

Esta verificación consiste, en primer lugar, en la designación por parte del presidente de la Comisión, en el plazo de dos días, de dos miembros, un profesional médico y un jurista, para que éstos verifiquen si a su juicio concurren los requisitos y condiciones para recibir la prestación de la ayuda, en base a toda la documentación, y si fuese necesario, entrevistándose con el médico responsable y el equipo, así como con el paciente.

Los miembros en un plazo máximo de siete días naturales emitirán un informe con su decisión. Si ésta fuese favorable, el informe servirá de resolución a efectos de la realización de la prestación. De lo contrario, podrá reclamarse ante la Comisión de Garantía y Evaluación, la cual, en virtud del art. 18. a), resolverá en el plazo de veinte días naturales, sin que puedan participar en la resolución los miembros que participaron en la elaboración del informe desfavorable. En los casos en que no haya acuerdo entre

²¹³ El recurso se deberá realizar en los términos previstos en el artículo 7.2 de la ley.

²¹⁴ Enmienda núm. 19, del GP Euskal Herria Bildu, la núm. 47, del GP Plural, la núm. 68, del GP Plural, la núm. 95, del GP Vasco (EAJ-PNV), la núm. 192, del GP Plural.

los dos miembros, se elevará la verificación al pleno de la Comisión de Garantía y Evaluación, que decidirá definitivamente.

Por último, la resolución definitiva deberá ponerse, en el plazo máximo de dos días, en conocimiento del presidente, quien a su vez lo pondrá en conocimiento del médico responsable para proceder, en su caso, a realizar la prestación de ayuda para morir.

Además, el precepto prevé que las resoluciones de la Comisión que informen desfavorablemente la solicitud de la prestación de ayuda para morir podrán ser recurridas ante la jurisdicción contencioso-administrativa.

El art. 10 fue uno de los preceptos de la proposición de ley que más enmiendas recibió²¹⁵ debido a la indefinición y dilación de plazos que caracterizaba el control sugerido por el texto.

En este sentido, y en consonancia con las diferentes enmiendas presentadas, considero que el plazo de dos días para la designación de dos miembros de la Comisión para que realicen la propuesta es un plazo, que si bien no es muy largo, sigue siendo excesivo, pues un trámite tan sencillo no debería tardar más de 24 horas. A continuación, se permite que los dos miembros de la Comisión se lleguen a entrevistar incluso con el paciente, lo que se puede llegar a interpretar como una distorsión de la relación entre médico y paciente y, por otro lado, dilata el proceso de manera innecesaria. El plazo para la mera observación del cumplimiento de requisitos legales es por lo tanto de siete días, y a este hay que sumarle el plazo de dos días que tendrá el presidente de la Comisión para comunicar al médico responsable la resolución definitiva²¹⁶.

²¹⁵ Enmienda núm. 21, del GP Euskal Herria Bildu, la núm. 148, del GP Ciudadanos, la núm. 177, del GP Socialista y del GP Confederal de Unidas Podemos-En Comú Podem-Galicia en Común, la núm. 212, del GP Popular en el Congreso, la núm. 246, del GP Republicano, la núm. 22, del GP Euskal Herria Bildu, la núm. 49, del GP Plural, la núm. 70, del GP Plural, la núm. 247, del GP Republicano, la núm. 193, del GP Plural, la núm. 97, del GP Vasco (EAJ-PNV), la núm. 248, del GP Republicano, la núm. 23, del GP Euskal Herria Bildu, la núm. 50, del GP Plural, la núm. 71, del GP Plural, la núm. 98, del GP Vasco (EAJ-PNV), la núm. 249, del GP Republicano, la núm. 72, del GP Plural, la núm. 99, del GP Vasco (EAJ-PNV), la núm. 24, del GP Euskal Herria Bildu, la núm. 51, del GP Plural y la núm. 250, del GP Republicano.

²¹⁶ Muchas de las enmiendas planteadas al precepto se encontraban relacionadas con este apartado de la ley, pues en un principio la proposición de ley no determinaba el plazo con el que se contaba para comunicar al médico responsable la resolución definitiva. Literalmente el texto hablaba de poner en conocimiento del médico responsable la resolución definitiva “en el plazo más breve posible”.

Por otro lado, el art. 9 prevé un procedimiento diferenciado al que atender para aquellos casos en los que se aprecie la existencia de una situación de incapacidad de hecho. Establece el precepto que en estos casos el médico responsable “estará obligado a aplicar lo previsto en las instrucciones previas o documento equivalente”, sin especificar nada más. Sorprende la sencillez del procedimiento al que se procede en los casos en los que el paciente esté incurso en una situación de incapacidad de hecho en comparación con la tediosa tramitación que ha de seguirse en el resto de casos.

No cabe duda de que se ha configurado un proceso de prestación de la ayuda con controles previos más que garantistas, sin embargo, la experiencia de otros países puede llegar a hacernos pensar que no son necesarios todos los controles previos que se prevén; en ninguna otra ley de eutanasia existente se imponen dichos controles previos generales. En este sentido, considero que la dilación del procedimiento que impone la ley supone aumentar de manera exacerbada la espera, provocando en el paciente una situación de angustia y total impotencia ante el transcurso de todas las instancias de control, que a mi juicio son repetitivas e innecesarias siempre que se mantenga el control posterior que, sin duda, considero necesario.

Por último, la realización de la prestación de ayuda para morir se realizará conforme a lo establecido en el art. 11 que prevé que una vez recibida la resolución positiva “la prestación de ayuda para morir debe hacerse con el máximo cuidado y profesionalidad por parte de los profesionales sanitarios, con aplicación de los protocolos correspondientes, que contendrán, además, criterios en cuanto a la forma y tiempo de realización de la prestación.”

En caso de que el paciente se encuentre consciente éste comunicará al médico responsable la modalidad en la que quiere recibir la prestación de la ayuda, bien a través de la administración directa de una sustancia por parte del profesional sanitario competente, bien a través de la prescripción o suministro por parte del profesional sanitario de una sustancia, de manera que ésta se la pueda auto administrar él mismo, para causar su propia muerte. En ambos casos los profesionales sanitarios asistirán al paciente hasta el momento de su muerte, bien sea acompañándolo, bien observando y apoyándolo y a continuación, en el plazo máximo de cinco días hábiles después de la

Afortunadamente, como ya se habrá podido comprobar, el apartado ha sido modificado, evitando así una ambigüedad de plazos que dilatava el proceso a tiempos desconocidos, dotando así una mayor seguridad jurídica al proceso.

prestación de la ayuda, el médico responsable remitirá a la Comisión de Garantía y Evaluación dos documentos con todos los datos exigidos por éstos.

2.6. Garantías para el acceso a la prestación

A fin de garantizar la prestación del servicio que regula la ley, el texto dedica cuatro de sus preceptos a reconocer que la ayuda para morir estará incluida en la cartera de servicios comunes del SNS, que será de financiación pública, que se realizará en centros sanitarios públicos, privados o concertados, y en el domicilio y que se adoptarán las medidas necesarias para asegurar la intimidad y confidencialidad de las personas y del tratamiento.

De todas las enmiendas que se presentaron a los preceptos recogidos por el capítulo referido a las garantías, aproximadamente la mitad de ellas se referían a la inclusión del domicilio como lugar en el que poder prestar la ayuda para morir, y como ya se ha adelantado, éstas fueron atendidas. Solo dos de ellas²¹⁷ se refirieron a otra cuestión que también considero relevante.

Tal y como se ha podido leer, el precepto permite que la prestación financiada públicamente se preste en centros sanitarios privados así como concertados. Las enmiendas a las que me refiero apuntaban que la prestación de la ayuda para morir debía ser realizada por la sanidad pública, con exclusión de cualquier otra modalidad de gestión u oferta de servicios privados, para poder así evitar lo que podríamos denominar la privatización de la muerte.

La salud, como garantía y pilar fundamental para el disfrute del derecho a la vida, se trata de uno de los bienes jurídicos más relevantes en la vida de un ser humano, un bien que el Estado social debe proteger a través del sistema público de salud. Por lo que, dejando de lado otros argumentos a favor de la sanidad pública, considero que externalizar un servicio como éste, con sus particularidades y especial delicadeza, incrementa riesgos que no deberían asumirse. Es indiscutible que en todo modelo privado los servicios prestados son parte del negocio, se enmarcan en una lógica empresarial en la que el principal objetivo es el ánimo de lucro; entiendo que al hablar de la prestación de la ayuda para morir esto se debe tener más presente que nunca. Por

²¹⁷ Enmiendas núm. 26 y 253 presentadas por el GP Euskal Herria Bildu y el GP Republicano respectivamente.

ello, considero que toda gestión u oferta de servicio solo debería realizarse por parte del sistema público de salud, que no pretenda hacer ni de la salud ni de la muerte un negocio.

Asimismo, también se reconoce que los profesionales sanitarios podrán ejercer su derecho a la objeción de conciencia. Dado que anteriormente ya se ha tratado la cuestión, a continuación me limitaré a apuntar que fueron nueve las enmiendas que se presentaron al precepto, algunas de ellas de supresión²¹⁸; otra de las presentadas sugería que las declaraciones de objeción de conciencia recogieran “los ámbitos a que se extiende la objeción: en cuanto a realizar los informes médicos pertinentes recogidos en esta ley, bien como médico responsable o bien como médico consultor, y en cuanto a realizar la prestación directa de la ayuda a morir”²¹⁹. Considero que hubiese sido positivo que el precepto hubiese incluido un párrafo como el propuesto por tal enmienda pues de este modo se facilitaría la participación de personal sanitario en diferentes instancias del procedimiento que no resultasen opuestas a sus convicciones éticas.

2.7. Las Comisiones de Garantía y Evaluación

Tal y como se ha venido adelantando en el apartado dedicado a la explicación del procedimiento para la prestación de la ayuda a morir, la ley prevé la creación de Comisiones de Garantía y Evaluación en cada Comunidad Autónoma. Según lo previsto por el texto de la ley tendrán carácter multidisciplinar, deberán contar con un número mínimo de siete miembros entre los que se incluirán personal médico y juristas, sometidos todos ellos al deber de secreto, y serán creadas por los respectivos gobiernos autonómicos, quienes determinarán su régimen jurídico, a excepción de la ciudades de Ceuta y Melilla, en las que el Ministerio de Sanidad será quien cumpla con dichas obligaciones²²⁰. Prácticamente todas las cuestiones mencionadas fueron incluidas en el texto legal tras la presentación de las enmiendas, pues la enmienda núm. 181 planteada por el GP Socialista y Confederal de Unidas Podemos-En Comú Podem-Galicia en Común es la que inspira por completo el art. 17 de la ley en el que se recogen todas estas cuestiones.

²¹⁸ Enmienda núm. 55 presentada por el GP Plural.

²¹⁹ Enmienda núm. 27 presentada por el GP Euskal Herria Bildu.

²²⁰ La enmienda núm. 198 planteada por el GP Popular en el Congreso planteaba que para evitar composiciones afines al Gobierno de cada momento, las Comisiones deberían ser nombradas por los respectivos Parlamentos o Asambleas Autonómicas/as, dando entrada al juego de las mayorías parlamentarias.

Tal y como lo prevé el precepto dedicado a recoger las diferentes funciones reservadas a las Comisiones de Garantía y Evaluación, este es un órgano que tiene dos principales funciones, a las que se le añaden otras tres complementarias.

Las dos principales funciones de las Comisiones guardan relación con el control y verificación del adecuado cumplimiento de los requisitos a lo largo del procedimiento, así como al finalizar éste. Por ello, en primer lugar y como ya se ha adelantado en anteriores apartados, este órgano será quien deberá resolver tanto las reclamaciones interpuestas por los solicitantes de la ayuda tras las denegaciones a la prestación del médico responsable²²¹ o de los dos miembros designados por la misma comisión, como las solicitudes pendientes de verificación por disparidad de criterios entre los miembros de la Comisión designados por ésta misma. En segundo lugar, se encargará del control posterior a la prestación, debiendo verificar en un plazo máximo de dos meses que la prestación de la ayuda se realizó conforme al procedimiento establecido por la ley y en cumplimiento de todos los requisitos.

Además de las dos funciones principales, las Comisiones serán las encargadas de detectar posibles problemas en el cumplimiento de la ley, pudiendo proponer mejoras concretas, de elaborar un informe anual de evaluación acerca de la aplicación de la ley en su ámbito territorial y de ejercer como órgano consultivo en su ámbito territorial, resolviendo dudas o cuestiones que puedan surgir durante la aplicación de la ley. Asimismo, añade por último la ley que podrán serle atribuidas otras funciones por los gobiernos autonómicos²²².

De las diferentes enmiendas planteadas a los preceptos que tratan las funciones de la Comisión, una de las más relevantes en mi opinión pero a la cual no se ha atendido

²²¹ Una de las enmiendas presentadas al art. 18 de la ley, relativo a las funciones de la comisión, fue la núm. 258 presentada por el GP Republicano; ésta consistía en la modificación del apartado referido a la resolución de las reclamaciones interpuestas tras la denegación de la solicitud de la ayuda de manera que proponía que tras el transcurso del plazo de veinte días naturales sin haberse dictado resolución, se diese derecho a los solicitantes a entender aceptada su solicitud de prestación de ayuda para morir, pues el texto de la ley preveía, y sigue previendo, un silencio negativo. La enmienda tenía por objeto establecer la aceptación de la solicitud como consecuencia jurídica del silencio administrativo, lo que redundaría en el beneficio del paciente al actuar como elemento de prevención ante la inactividad de la Comisión. Sin duda considero que hubiese sido positivo atender esta enmienda para modificar el texto legal.

²²² La enmienda núm. 259 presentada por el GP Republicano proponía la supresión de los apartados de la ley relativos a todas las funciones que no guardaran relación con la resolución de las reclamaciones interpuestas ante la negativa del médico responsable, de los dos miembros de la comisión o sobre las que hubiese disparidad de criterios; el motivo de la supresión de un listado pormenorizado consistía en permitir un adecuado desarrollo normativo por parte de las Comunidades Autónomas, de conformidad con el reparto competencial.

fue la enmienda núm. 259 presentada por el GP Republicano; ésta proponía la supresión de los apartados de la ley relativos a todas las funciones que no guardaran relación con la resolución de las reclamaciones interpuestas. El motivo de la supresión de un listado pormenorizado consistía en permitir un adecuado desarrollo normativo por parte de las Comunidades Autónomas, de conformidad con el reparto competencial.

2.8. Modificación del CP

Finalmente la ley, como es evidente, en su Disposición final primera recoge la previsión de la modificación de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Concretamente, con la entrada en vigor de la ley se modificaría el apartado 4 y se añadiría un apartado 5 al art. 143 CP en los términos siguientes:

“4. El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de una persona que sufriera un padecimiento grave, crónico e inhabilitante o una enfermedad grave e incurable, con sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables, por la petición expresa, seria e inequívoca de ésta, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los apartados 2 y 3.

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

Tras el largo camino de reivindicaciones construido por diferentes agentes políticos, población en general y gran parte de la doctrina, finalmente, con la aprobación del texto legal del que se ha procurado exponer las cuestiones más relevantes, se modificaría el estudiado art. 143 CP en lo referido a las conductas eutanásicas.

El apartado cuarto modificado y el nuevo apartado quinto son preceptos que no pueden entenderse sino en conjunto.

Como habrá podido comprobarse, la modificación del apartado cuarto es mínima, de manera que se mantiene la estructura del anterior precepto así como la pena prevista, pero recogiendo esta vez que el sujeto pasivo debe sufrir “un padecimiento grave, crónico e inhabilitante o una enfermedad grave e incurable, con sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables”, en vez de “una enfermedad grave que

conduciría necesariamente a su muerte, o que le produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar.”

La modificación del apartado cuarto se debe a que el apartado quinto prevé una eximente, de manera que en virtud de lo establecido en el punto cinco, la misma conducta no acarrearía responsabilidad penal alguna si se llevara a cabo “cumpliendo lo establecido en la ley orgánica reguladora de la eutanasia”, es decir, si el que causare o cooperare activamente en los actos fuese el profesional sanitario competente y lo hiciera en cumplimiento del procedimiento y de todos los requisitos exigidos por la ley. Así, dado que el texto de la ley orgánica se refiere a la situación en la que debe encontrarse el paciente con las expresiones concretas de “padecimiento grave, crónico e imposibilitante o una enfermedad grave e incurable, con sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables”, estas mismas debían ser también las que mencionara el apartado cuarto, y así lo hace.

VII. CONSIDERACIONES FINALES

Si bien en algún momento de la historia no fue del mismo modo, actualmente por razones evidentes de política criminal en las que no me detendré, el fenómeno suicida no es castigado, sin embargo, el debate en torno a la disponibilidad de la propia vida es de completa actualidad. Este debate filosófico se centra principalmente en el tratamiento penal que han de tener la inducción, la cooperación necesaria y la cooperación ejecutiva al suicidio y especialmente la eutanasia; estas conductas en el ordenamiento jurídico español, tal y como ya se ha expuesto, se encuentran penadas en el art. 143 CP.

Castigada en el primer apartado del precepto, nos encontramos con la inducción al suicidio, conducta para la que se prevé una pena de prisión de cuatro a ocho años, y sin duda, la que personalmente considero más lesiva desde la perspectiva del bien jurídico protegido, debido a que en estos supuestos el inductor persuade anímicamente al suicida, creando *ex novo* en ella voluntad de morir. Cosa que no ocurre en los casos de cooperación necesaria y cooperación ejecutiva en el suicidio, pues en estos supuestos la voluntad de morir ya existe y el autor participa bien mediante actos necesarios, bien ejecutando materialmente la muerte.

La normativa penal se ve completamente influenciada, como es evidente, por el debate doctrinal en torno a su tratamiento penal. Sin embargo este debate trasciende el ordenamiento jurídico penal y ha pasado a ser discutido tanto por la doctrina más próxima al derecho constitucional, en relación a la teorías sobre la disponibilidad de la propia vida, como por la comunidad científica dedicada a la bioética, en relación con la relevancia de la autonomía del paciente, la actuación médica y sus deberes deontológicos. Todas estas ramas confluyen en uno de los debates actuales que más controversia causan, como es el debate sobre la despenalización de la eutanasia.

La cuarta de las conductas de participación en el suicidio recogida en el art. 143 CP es la eutanasia. El precepto castiga a quien cause o coopere activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, a pesar de la mediación de una petición expresa, seria e inequívoca y a pesar de que el suicida sufra una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que le produzca graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar.

Es incuestionable que la conducta y la situación de hecho descrita por el precepto describe una escena de angustia inimaginable, y tal y como se observa al atender a la pena prevista para tal conducta, el legislador tiene en cuenta los factores concurrentes, pues gradúa la responsabilidad criminal y prevé una pena considerablemente inferior a las previstas en los otros tres apartados anteriores. Sin embargo, en el momento de presentación de este trabajo, todavía se sigue castigando la eutanasia a pesar de las innumerables reivindicaciones a favor de su despenalización desde sectores sociales y doctrinales, pero esto podría cambiar.

Tal y como ya se viene repitiendo, desde la aprobación del CP actual y conforme la sensibilidad respecto a la cuestión ha ido evolucionando, en gran parte debido a casos mediáticos en los que se castigaba al que por compasión acababa con el sufrimiento y la vida normalmente de un ser querido, las propuestas de *lege ferenda* han sido innumerables, y finalmente, en el año 2020 se presentó la proposición de Ley Orgánica reguladora de la Eutanasia, la cual ha sido aprobada por el Congreso; actualmente continúa su tramitación en el seno del Senado, es por ello que dada la fecha de entrega del presente trabajo no se han podido tratar las posibles modificaciones que sufrirá el texto.

En todo caso, realizar un análisis sobre el texto aprobado por el Congreso en este trabajo era una tarea imposible de obviar, pues el reconocimiento de un nuevo derecho como es la eutanasia, se trata sin duda alguna de un hito en la historia.

Considero que la ley analizada ha asumido tanto un riesgo como una gran responsabilidad, al regular una práctica que, no solo se enfrenta a la falta de experiencia en el Estado español, sino que pocos son los Estados que pueden servir de inspiración a la hora de configurar la regulación. En mi opinión, entre otros motivos, este temor ha podido ser un factor que haya contribuido a que la ley propuesta haya configurado un procedimiento, tal y como se ha podido observar en apartados anteriores, con tantas instancias de control. Esta cautela que pretende el texto legal, considero que sobrepasa los límites de lo razonable, pues se obtiene como resultado un procedimiento largo y tedioso para aquellos pacientes que se encuentran, no lo olvidemos, padeciendo una enfermedad grave, crónica o invalidante, o con sufrimientos físicos o psíquicos, constantes e intolerables. El procedimiento que exige someterse a cuatro repetitivos controles parece excesivamente burocrático y da cuenta de exigencias que infantilizan tanto al paciente como a los encargados de las instancias de control anteriores. Tal vez, dada la herencia paternalista de la medicina, no deba sorprendernos en exceso.

Ello no obstante, todos aquellos errores de la ley podrán, y entiendo que deberían, ser modificados con el transcurso del tiempo, pero la aprobación de la Ley Orgánica reguladora de la Eutanasia no deja de ser para la sociedad un avance en el reconocimiento del derecho al libre desarrollo de la personalidad, a la igualdad, a la libertad individual, a la integridad física y moral, a la libertad religiosa e ideológica y sobre todo, a la dignidad.

No puedo finalizar el trabajo sin mencionar que mientras que escribo estas líneas, día 12 de enero del 2021, se cumplen 23 años de la muerte voluntaria de Ramón Sampedro, quien inició una batalla, a pesar de todas sus limitaciones, para morir dignamente y para que la ley que pretende aprobarse existiera por fin. Veintinueve años, cuatro meses y algunos días tuvo que sufrir Sampedro, para acabar muriendo en la clandestinidad y con la siguiente nota de despedida:

“Perdón por marchar sin despedirme. A veces demostraríamos más amor por una persona si le ofreciéramos ayuda para morir antes que para vivir. Os quise lo mejor que

supe y pude. Todos me quisisteis del mismo modo. Solo puedo pagaros con la mayor muestra de gratitud: muriéndome. Y vosotros respetando mi voluntad.”

En un video homenaje a Ramón Sampedro con motivo del aniversario de su muerte y la prácticamente inminente ley de eutanasia, se dice así: “¡Gracias Ramón! Esta ley también es tuya.”²²³

²²³ <https://www.youtube.com/watch?v=6FIRFzmuc6A>

VIII. BIBLIOGRAFÍA

ALEMANY, M., “Paternalismo = Paternalism” en *Eunomia*, nº12, 2017, págs. 199-209.

ALONSO ÁLAMO, M., “Sobre “Eutanasia y derechos fundamentales” recensión del libre de Fernando Rey Martínez” en *Revista electrónica de ciencia penal y criminológica*, nº10, 2008.

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*, nº21, 2008, págs. 24-52.

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

ÁLVAREZ GÁLVEZ, I., “Sobre el argumento de la pendiente resbaladiza en la eutanasia” en *Dilemata*, nº 11, 2013, págs. 83-111.

ATIENZA RODRÍGUEZ, M., “Discutamos sobre paternalismo” en *Doxa: Cuadernos de Filosofía del Derecho*, nº 05, 1988, págs. 203-214.

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

BELTRAN AGUIRRE, J.L., “El derecho de las personas a una muerte digna” en *Revista Aranzadi Doctrinal* numº5, 2010.

BELTRAN AGUIRRE, J.L., “El Tribunal Europeo de Derechos Humanos y el suicidio asistido: cambio sustancial de postura en su sentencia de 14 de mayo de 2013” en *Revista Aranzadi Doctrinal* numº5, 2013.

BELTRAN AGUIRRE, J.L., “En torno a la constitucionalidad de una posible legalización parcial de la eutanasia” en *Revista Aranzadi Doctrinal* numº8, 2010.

CAMBRA LASAOSA, J.F.; IRIONDO SANZ, M., “Limitación del esfuerzo terapéutico en pediatría” en *Bioètica & debat: Tribuna abierta del Institut Borja de Bioètica*, núm. 76, 2015, págs. 3-7.

CAÑAMARES ARRIBAS, S., “La reciente jurisprudencia del Tribunal de Estrasburgo y del Tribunal Supremo en Canadá en relación con el derecho a la muerte digna” en *Revista española de derecho constitucional*, Año nº 36, Nº 108, 2016, págs. 337-356.

CORCOY BIDASOLO, M., “Fin de la vida. Regulación de la eutanasia y muerte digna” en *Morir en libertad*, Colección de Bioética, Ediciones de la Universitat de Barcelona, Barcelona, 2016, págs. 107-126.

CORCOY BIDASOLO, M., “Inducción y auxilio al suicidio. Eutanasia (art. 143)” en *Manual de derecho penal. Parte Especial. Doctrina y jurisprudencia con casos solucionados. Tomo 1.*, 2015, págs. 58-70.

CORRAL TALCIANI, H.F.; VIGO PACHECO A.G., “El dominio de la vida. Una discusión acerca del aborto, la eutanasia y la libertad individual (Ronald Dworkin)” en *Revista chilena de derecho*, vol. 21 n°2, 1994, págs. 431-440.

DÍAZ ARANDA, E. *Dogmática del Suicidio y Homicidio Consentido*. Servicio Publicaciones Facultad Derecho, Universidad Complutense Madrid: Centro de Estudios Jurídicos de la Administración de Justicia, Madrid, 1995.

DIAZ Y GARCÍA CONLLEDO, M.; BARBER BURUSCO, M.S., “Participación en el suicidio y eutanasia. Esbozo del tratamiento penal en España”, en *Nuevo Foro Penal*, n° 79, 2012, págs. 115-152.

DIEZ-PICAZO, L., “Derecho a la vida y a la integridad física y moral” en *Repertorio Aranzadi del Tribunal Constitucional* num.3, 2002.

DÍEZ RIPOLLÉS, J.L.; GARCÍA MARTÍN, L., *Comentarios al Código Penal: Parte Especial*. Tirant lo Blanch, Valencia, 1997.

DURKHEIM, E. *El Suicidio: un estudio de sociología / Emile Durkheim; revisión de la traducción Sara Chaparro Martínez*. Akal, Torrejón de Ardoz, 2012.

CORRAL TALCIANI, H. F.; VIGO PACHECO, A. G., “El dominio de la vida. Una discusión acerca del aborto, la eutanasia y la libertad individual (Ronald Dworkin)” en *Revista chilena de derecho*, Vol. 21, N° 2, 1994, págs. 431-440.

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*, Tomo 64, 2011, págs. 99-162.

FIGUEROA GARCÍA-HUIDOBRO, R.; “Concepto de derecho a la vida” en *Revista Ius et Praxis*, n°1, 2008, págs. 261-300.

GARCÍA HARO, J.; GARCÍA PASCUAL, H.; GONZÁLEZ GONZÁLEZ, M.; BARRIO MARTÍNEZ, S.; GARCÍA PASCUAL, R., “¿Qué es suicidio? Problemas clínicos y conceptuales, en *Apuntes de Psicología*, Vol. 37, n° 2, 2019, págs. 91-100.

GARCÍA HERNÁNDEZ, J., “El “derecho” a la vida frente al suicidio de su titular” en *Revista internacional de investigación en Bioderecho*, n° 5, 2017.

GARCÍA RAMÍREZ, S., “Suicidio asistido y homicidio requerido ¿derecho o deber de vivir?” en *Revista de la Facultad de Derecho de México*, vol. 64, nº 261, 2014, págs. 305-324.

GIMBEL GARCÍA, J.F., “El derecho al suicidio asistido por médico en el caso de enfermos terminales y pacientes con discapacidades graves crónicas” Universidad Nacional de Educación a Distancia (España), 2019 (Tesis doctoral).

GIMBERNAT ORDEIG, E “La causalidad en la omisión impropia y la llamada ‘omisión por comisión’ ” en *Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales*, Tomo 53, 2000, págs. 29-132.

GRUPO DE ESTUDIOS DE POLÍTICA CRIMINAL (GEPC) *Una alternativa al tratamiento jurídico de la disponibilidad de la propia vida*, Madrid/Valencia/Sevilla/Alicante, 1993.

HERREROS, B.; PALACIOS, G.; PACHO E., “Limitación del Esfuerzo Terapéutico” en *Revista Clínica Española*, vol. 212, nº3, 2012, págs. 134-140.

LLOVERAS I FERRER, M.R., “Suicidio y derecho de daños ¿Responsabilidad de la administración a partir del segundo intento?” en *Revista para el Análisis del Derecho*, nº1, 2000.

LORENZO SALGADO, J.M. “Algunas consideraciones sobre el art. 143.4 del Código Penal” en *Estudios Penales y Criminológicos*, nº25, 2004, págs. 149-216.

LUZÓN PEÑA, D.M., “El Anteproyecto de CP 1992. Observaciones de urgencia” en *Jueces para la democracia*, nº14, 1991, págs. 50-61.

MACÍAS JARA, M., “La eutanasia voluntaria autónoma” en *Revista de Estudios Políticos*, nº122, 2003, págs. 353-358.

MÁRQUEZ CÁRDENAS Á.E., “Dominio de la voluntad mediante error en la autoría mediata” en *Revista Diálogos de Saberes*, nº 25, 2006, págs. 109-124.

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.

MORENO ANTÓN, M., “Elección de la propia muerte y derecho hacia el reconocimiento jurídico del derecho a morir “*Derecho y Salud* Vol. 12, nº1, 2004, págs. 61-84.

MUÑAGORRI LAGUÍA, I. *Eutanasia y Derecho Penal*. Centro de Estudios Judiciales- Ministerio de Justicia e Interior, Madrid, 1994.

MUÑOZ CONDE, F., “Provocación al suicidio mediante engaño: un caso límite entre autoría mediata en asesinato e inducción y ayuda al suicidio” en *Anuario de derecho penal y ciencias penales*, Tomo 40, 1987, págs. 301-318.

NÚÑEZ PAZ, M.A. *Interrupción voluntaria de la vida humana*. Tirant Lo Blanch, Valencia, 2016.

OLMEDO CARDENETE, M., J. “Responsabilidad penal por la intervención en el suicidio ajeno y en el homicidio consentido”, en *Eutanasia y suicidio. Cuestiones dogmáticas y de política criminal*. Comares, Granada, 2001, págs. 105-147.

PRIETO DEL PINO, A.M., “La legalización de la Eutanasia. Seminario sobre su tratamiento jurídico” en *Boletín criminológico*, nº5, 1994, págs. 1-4.

REY MARTÍNEZ, F. *Eutanasia y derechos fundamentales*. Centro de Estudios Constitucionales, Madrid, 2008.

REY MARTÍNEZ, F., “El debate de la eutanasia y el suicidio asistido en perspectiva comparada. Garantías de procedimiento a tener en cuenta ante su eventual despenalización en España” en *Revista de derecho político*, nº71-72, 2008, págs. 437-477.

ROLDAN BARBERO, H., “Prevención del suicidio y sanción interna”, en *Anuario de derecho penal y ciencias penales*, Tomo 40, 1987, págs. 625-646.

ROXIN, C., “Homicidio a petición y participación en el suicidio. Derecho vigente y propuesta de reforma” en *Anuario de derecho penal y ciencias penales*, Tomo 66, 2013, págs. 13-32.

ROXIN, C., “Tratamiento jurídico-penal de la eutanasia” en *Revista electrónica de ciencia penal y criminología*, nº1, 1999.

SÁNCHEZ-CARO, J. “La objeción de conciencia sanitaria” en *DS: Derecho y Salud*, vol. 20, nº2, 2010, págs. 49-69.

SUÁREZ-MIRA RODRÍGUEZ, C.; JUDEL PRIETO, A.; PIÑOL RODRÍGUEZ, J.R., “Cooperación e inducción al suicidio. La eutanasia” en *Manual de Derecho Penal, Tomo II, Parte Especial*, Editorial Aranzadi, S.A.U., 2011.

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” *Fundación Alternativas*, Madrid, 2005.

TORÍO LÓPEZ, A., “Reflexión crítica sobre el problema de la eutanasia” en *Estudios Penales y Criminológicos*, nº14, 1989-1990, págs. 217-245.

Páginas web y otra documentación consultada

<https://app.congreso.es/consti/constitucion/indice/sinopsis/sinopsis.jsp?art=15&tipo=2>

<https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2019/12/2019-encuesta-CMMadrid.pdf>
págs. 5-7.

https://elpais.com/diario/2010/12/03/sociedad/1291330801_850215.html

https://elpais.com/sociedad/2019/04/05/actualidad/1554461402_394602.html

<https://enciclopedia-bioderecho.com/voces/290>

<https://metroscopia.org/8865-2/>

https://verne.elpais.com/verne/2019/04/05/articulo/1554456116_061335.html

https://www.consalud.es/pacientes/espana-esta-a-la-cola-en-cuidados-paliativos-y-los-expertos-piden-soluciones_64191_102.html

<https://www.ipsos.com/es-es/el-85-de-los-espanoles-favor-de-regularizar-la-eutanasia>

<https://www.youtube.com/watch?v=UgkaRtQK1Kc>

<https://www.youtube.com/watch?v=6FIRFzmuc6A>

Plan Nacional de Cuidados Paliativos. Bases para su Desarrollo

Texto de la Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia aprobado por el Congreso de los Diputados

Texto de las Enmiendas realizadas a la Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia

Jurisprudencia consultada

STC 53/1985, de 11/04/1985.

STC 120/1990, de 27/06/1990.

STC 137/1990, 19/07/1990.

STC 11/1991, de 17/01/1991, RTC 1991/11.

STS 1299/1986, de 15/03/1986.

STS, 17/1994, 23 de Noviembre de 1994

STS 1159/2004, 28/10/2004

STS 718/2013, de 01/10/2013.

SAP Girona 184/2001, de 23/03/2001.

SAP Zaragoza, 85/2016 de 19/04/2016.

SAP Madrid 403/2016, de 15/11/2016

Sentencia del Juzgado de Menores núm. 1 de San Sebastián 86/2005, de 15/05/2005.