



TRABAJO FIN DE GRADO

MONOGRÁFICO

**EL RECORRIDO DE LA CONTROVERTIDA FIGURA DE LA EUTANASIA
HASTA LA ACTUALIDAD**

AUTOR: María García Campos

TUTOR: Elena Goñi Huarte

CONVOCATORIA: Ordinaria

GRADO EN DERECHO

Curso académico 2020/2021

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA COMUNICACIÓN

UNIVERSIDAD EUROPEA DE MADRID

“ A mi madre, mi mayor animadora, confidente y apoyo durante 21 años. Este último año pese a tu partida has seguido siendo mi referente y el impulso necesario para poder seguir adelante. Por todo ello, gracias.”

ABREVIATURAS

Sigla	Español	Inglés
ART	Artículo	Article
BOE	Boletín Oficial del Estado	Official State Gazette
CCAA	Comunidades Autónomas	Autonomous regios
CE	Constitución Española	Spanish Constitution
CP	Código Penal	Criminal Code
DDFF	Derechos Fundamentales	Fundamental Rights
LO	Ley Orgánica	Organic Law
SAP	Sentencia de la Audiencia Provincial	Provincial appellate Court judgment
STC	Sentencia del Tribunal Constitucional	Constitutional Court Ruling
TC	Tribunal Constitucional	Constitutional Court
TS	Tribunal Supremo	Supreme Court
v.	Contra	Versus

ÍNDICE GENERAL

ABREVIATURAS	3
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
1. INTRODUCCIÓN	7
1.1 Objetivo.....	7
1.2 Justificación.....	8
1.3 Estructura.....	8
2. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN	10
2.1 Definición.....	10
2.2 Tipos de Eutanasia.....	11
3. LA PENALIZACIÓN DE LA EUTANASIA EN EL CÓDIGO PENAL	13
4. DERECHOS FUNDAMENTALES CONSTITUCIONALES EN RELACIÓN CON LA EUTANASIA	16
5. REGULACIÓN DE LA MUERTE DIGNA A NIVEL DE AUTONOMÍAS	19
6. DERECHO COMPARADO	23
6.1 El modelo de despenalización parcial de la eutanasia activa.....	23
6.1.1 Jurisprudencia de los Países Bajos (Caso Postma y Caso Chabot).....	24
6.2 El modelo de suicidio asistido por médico.....	26
6.2.1 Jurisprudencia de Oregon (Sentencia Lee v. Oregon y Sentencia Gonzales v. Oregon).....	27
7. JURISPRUDENCIA EN EL ÁMBITO NACIONAL	30
7.1 STC 120/1990, de 27 de junio.....	30
7.2 SAP Z 85/2016, de 19 de abril.....	31
8. ANÁLISIS DE LA LEY ORGÁNICA 3/2021, DE 24 DE MARZO	33
9. CONCLUSIONES	38
10. FUENTES NORMATIVAS	42
11. BIBLIOGRAFÍA	43
11.1 Jurisprudencial.....	43
11.2 Doctrinal.....	43

RESUMEN

La controversia suscitada en la sociedad a consecuencia de la eutanasia, así como los avances científicos y el aumento de la esperanza de vida han sido factores desencadenantes para abogar por su regulación en España. Sin embargo ha sido un largo proceso, debiendo hacer mención al papel de las Comunidades Autónomas, las cuales han regulado hasta la actualidad la muerte digna a nivel autonómico, así como señalar el artículo 143.4 del Código Penal, el cual tipificaba esta conducta como delito. Igualmente estudiaremos dentro del derecho comparado dos modelos que servirán de referentes para finalmente comentar tanto los requisitos formales de la reciente ley que regula la eutanasia en España, unido a unas conclusiones finales donde matizaré las reformas que incorporaría a la misma y observaremos si los Derechos Fundamentales constitucionales entran en conflicto con la práctica de la eutanasia.

Palabras clave:

Eutanasia, derecho a la vida, dignidad, suicidio asistido, propuesta legislativa.

ABSTRACT

The controversy raised in society as a result of euthanasia, as well as scientific advances and the increase in life expectancy have been triggers to advocate for its regulation in Spain. However, it has been a long process, having to mention the role of the Autonomous Communities, which until now have regulated dignified death at the regional level, as well as pointing out article 143.4 of the Penal Code, which classified this conduct as a crime. Likewise, we will study two models within comparative law that will serve as references to finally comment on both the formal requirements of the recent law that regulates euthanasia in Spain, together with some final conclusions where I will clarify the reforms that would be incorporated into it and we will observe if the Fundamental Rights Constitutional laws conflict with the practice of euthanasia.

Keywords:

Euthanasia, right to life, dignity, assisted suicide, legislative proposal.

1.- INTRODUCCIÓN

Uno de los supuestos que genera una mayor polémica en materia de actos de disposición de nuestro cuerpo, unido a delitos tales como la maternidad subrogada es el asociado a la eutanasia (ATIENZA, 2017, p. 35).

Los avances científicos, materializados en el desarrollo del campo de la medicina representan un factor desencadenante para abogar por la regulación y legislación de la práctica de la eutanasia, en aras de otorgar y garantizar una respuesta que permita satisfacer y proteger las necesidades de los individuos a través de una serie de derechos que pretenden salvaguardar la dignidad de los sujetos en el proceso de la muerte, así como la protección del derecho fundamental a la vida en una sociedad donde la esperanza de vida se ha visto incrementada en los últimos años.

Sin embargo, el tema objeto del presente trabajo ha suscitado el debate entre la población, convirtiéndose en uno de los temas más polémicos de los últimos tiempos, discerniendo entre dos posturas:

Por una parte, ciertos sectores de la población han mostrado su simpatía hacia la práctica de la eutanasia, postulando por una regulación eficaz en aras de vislumbrar con claridad su aplicación.

Por otra parte, el resto de la población se ha mostrado contraria, manifestado a través de un rechazo hacia la práctica, abogando por el endurecimiento de las penas establecidas en el artículo 143.4 del Código Penal, en adelante CP.

Derivado de ello, cuestiones ideológicas, políticas o sociales aparte, se genera un interesante debate desde el punto de vista jurídico en relación a la delicada práctica objeto de estudio, la cual era únicamente reconocida legalmente en cinco países, hasta el momento actual en el que vivimos, por el cual España recientemente se ha convertido en el sexto país del mundo en regular la práctica objeto de estudio.

1.1 Objetivo

El presente trabajo tiene como objetivo desempeñar el estudio de una de las prácticas más controvertidas en la sociedad, como es la práctica de la eutanasia, a través de la investigación de numerosos aspectos de carácter jurídico, como el conflicto de tal práctica con derechos fundamentales, en adelante DDFD de nuestra Carta Magna o la regulación

de la figura de la eutanasia que ha sido tipificada hasta el momento actual como delito en el artículo 143.4 del CP.

Asimismo se procederá a ejemplificar tal compleja práctica mediante resoluciones jurisprudenciales tanto a nivel nacional como internacional, unido a la presentación de los característicos modelos adoptados por Holanda, siendo la despenalización parcial de la eutanasia y el modelo de suicidio médicamente asistido característico del Estado de Oregon en Estados Unidos. Todo ello, con el objetivo principal de otorgar una respuesta argumentada de las carencias y aspectos innovadores de la nueva ley de la eutanasia en España.

1.2 Justificación

La elección del presente tema se ha justificado principalmente por los siguientes motivos:

En primer lugar llamo mi atención la repercusión de casos tan mediáticos a nivel nacional como el de Ramón Sampedro o María José Carrasco. Ambos sujetos deseaban acabar con sus vidas pero no podían recurrir a la justicia para cumplimentar su deseo. Es decir, el conflicto jurídico-ético que se ha planteado en la sociedad y que siempre ha suscitado un controvertido debate fue el desencadenante para elegir el presente tema.

A ello se une el hecho de que ha sido aprobada en nuestro país una Ley que regulará la eutanasia, materializándose como una respuesta para salvaguardar DDDFF como la dignidad en el proceso de la muerte, suscitando gran curiosidad la posibilidad de analizar y trabajar sobre una Ley de suma actualidad, la cual entrará en vigor el 25 de junio de 2021, convirtiéndose España en el sexto país del mundo en regular dicha práctica.

Finalmente, suscito una gran curiosidad en mi persona la posibilidad de poder estudiar las distintas respuestas que ofrecen los escasos países que regulan dicha práctica ante un conflicto que tiene una repercusión mundial, afectando no únicamente al enfermo terminal, sino también a sus familiares.

1.3 Estructura

El presente trabajo es estructurado a través de siete apartados a través de los cuales podremos observar:

La definición y los diversos tipos de eutanasia que encontramos, aunque será de especial atención la “eutanasia activa y directa”.

Seguidamente procederemos al análisis del controvertido artículo 143 del CP, especialmente el cuarto apartado, el cual tipifica la práctica de la eutanasia activa directa.

En referencia al estudio legislativo en España observaremos si los preceptos constitucionales tales como el derecho a la vida, la dignidad y la libertad entran en conflicto con la práctica de la eutanasia, así como la remisión al papel esencial que han desempeñado las Comunidades Autónomas, en adelante CCAA en torno a la muerte digna en ausencia de una norma nacional hasta la actualidad.

Continuando con el marco legislativo, realizaremos alusiones al ordenamiento jurídico de otros países pioneros, señalando Holanda y el Estado de Oregón, permitiendo mediante este *tertium comparationis* entender la respuesta que otros países otorgan a la práctica de la eutanasia, tratando de destacar algunos preceptos que puedan complementar la reciente Ley que regula la práctica de la eutanasia.

Una vez asentado el marco normativo, procederemos a realizar un recorrido jurisprudencial tanto a nivel nacional como internacional:

En el ámbito nacional efectuaremos una remisión a los pronunciamientos tanto del Tribunal Constitucional, en adelante TC y de la Audiencia Provincial en materia de eutanasia, los cuales nos permitirán vislumbrar la relevancia de los preceptos constitucionales y penales mencionados con anterioridad.

En el ámbito internacional haremos alusión tanto a la jurisprudencia de los Países Bajos como del Estado de Oregon, las cuales nos permitirán avistar dos modelos referentes y pioneros tanto en la despenalización parcial de la eutanasia como del suicidio medicamente asistido.

Finalmente, haremos especial referencia a los requisitos formales exigidos relativos a una serie de condiciones graves que deberán padecer los sujetos en aras de poder acceder a la misma. Todo ello unido a la extracción de unas conclusiones en materia de lo que será considerado como el futuro de la práctica de la eutanasia en nuestro país y si tal práctica es acorde a los DDFR recogidos en nuestra Carta Magna.

2.- DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN

2.1 Definición

Antes de iniciar el presente trabajo de investigación es esencial delimitar el término protagonista sobre el cual va a versar el mismo.

Pese a que se pueden otorgar diversas definiciones del concepto de eutanasia, el presente término proviene del griego “*eu*” que se traduce con la calificación de bueno y *thanatos* que se interpreta como muerte, así pues, etimológicamente eutanasia representa una “buena muerte,” pudiendo materializarse esta contextualización en lo que hoy en día entendemos como una “muerte dulce”.

Usando como soporte su origen etimológico, se han aportado diversas definiciones del concepto con distintos rasgos diferenciadores en función del ámbito que lo determina.

La doctrina ha trabajado en la creación de diversas definiciones con el fin de delimitar tal concepto, evitando las posibles ambigüedades. Una de las definiciones otorgadas es calificada como "la privación de la vida de otra persona realizada por razones humanitarias, a requerimiento del interesado, que sufre una enfermedad terminal incurable o una situación de invalidez irreversible en el estado actual de la ciencia médica y desea poner fin a sus sufrimientos, así como las situaciones en que aquél no puede manifestar su voluntad o no puede ser tenida en cuenta por cualquier motivo" (CASABONA, 1994, pp. 424 - 425).

Por otra parte, es esencial hacer mención a la definición dispensada por la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia en España,¹ la cual será abordada con una mayor profundidad en el octavo apartado del presente trabajo, definiendo tal práctica como “el acto deliberado de dar fin a la vida de una persona, producido por voluntad expresa de la propia persona y con el objeto de evitar un sufrimiento.”²

¹ Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. (BOE núm.72, de 25 de marzo de 2021).

² LO 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. (BOE núm.72, de 25 de marzo de 2021). p.1.

A raíz de ambas definiciones plasmadas podemos concluir que pese a la amalgama de conceptos con sus respectivos matices ofertados, todas las definiciones llegan a puntos de convergencia, que serán objeto de análisis a lo largo del presente trabajo.

2.2 Tipos de Eutanasia

Una vez señaladas las distintas definiciones que pueden ser otorgadas al concepto genérico de eutanasia, es pertinente clasificar los distintos tipos existentes:

En primer lugar, encontramos la eutanasia activa o por comisión, la cual consiste en “la provocación de la muerte mediante acciones dirigidas a acortar o suprimir el curso vital” (CARPIZO y VALADÉS, 2010, p. 87).

Dentro de este concepto de eutanasia activa encontramos dos subtipos:

Por un lado, el concepto de eutanasia por antonomasia y penado en el CP es asociado con la eutanasia activa directa, consistente en una acción que se focaliza de modo deliberado en el acortamiento de la vida del paciente ante un proceso doloroso catalogado como insoportable (DE CARVALHO, 2009, p. 268).

Por otro lado, encontramos la eutanasia activa indirecta, la cual dispone de un “doble efecto: por una parte el de acortar la vida, aun cuando su objetivo principal sea el de aliviar los sufrimientos” (GUZMÁN, 2005, pp. 398-399). Esta clase de eutanasia es representada con el acto de administrar morfina de manera intravenosa en aras de aliviar el dolor del paciente.

Una vez delimitado el término de la eutanasia activa junto a sus subtipos correspondientes, cabe señalar la eutanasia pasiva, caracterizada por la “omisión de determinadas medidas que sólo sirven para prolongar artificial o innecesariamente la vida, cuya aplicación en contra de la voluntad del paciente podría incluso constituir un delito contra su libertad o su integridad moral, sobre todo cuando se hace con fines experimentales o no exclusivamente terapéuticos” (MUÑOZ CONDE, 2013, p. 69). Este tipo de eutanasia es asociada a la suspensión de un tratamiento en aras de no prolongar el sufrimiento de enfermos terminales que se encuentran en estados vegetativos (DE CARVALHO, 2009, p. 270).

Esta figura entra en conflicto ya que pese a que el término pasivo equivaldría a la abstención de ejercer una actuación sobre el paciente, una manifestación de esta práctica

es asociada a la desconexión de un aparato que había sido enchufado con la finalidad de cumplir con un tratamiento curativo (LANUZA, 2000, pp. 113-124). La desconexión del aparato derivará en una muerte natural, pudiendo calificar esta acción como “conducta activa” al desempeñar una acción dinámica desconectando el aparato.

Esta distinción será esencial a efectos prácticos ya que un mismo caso puede derivar en dos calificaciones jurídicas completamente antagónicas:

- En el caso de que la desconexión reciba la condición de una acción activa y deriva en muerte sería tipificado como un homicidio penado en el CP.
- Por el contrario, si la desconexión se asemeja a la calificación de una acción omisiva, disfrutará de la condición de “una mera no actuación en los casos en que el aparato que se desconecta no haya logrado mejorar en absoluto la situación del paciente ni lo logrará, situación en que la desconexión del aparato equivale a la no conexión inicial; en ellos estaremos también ante omisiones puras (lo que se conoce como omisión por hacer).” (DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO y BURUSCO, 2012, p. 124).

Una vez definidos los conceptos de eutanasia activa y pasiva, así como su pertinente ejemplificación podemos ver la fina línea que separa la consideración de eutanasia activa y pasiva, contemplando que no implican “una diferencia sustancial en cuanto a gravedad” (DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO y BURUSCO, 2012, p. 123), catalogándose como una diferencia “material y valorativa (no meramente naturalística), y viene a coincidir con la distinción general en el derecho penal entre omisión pura o propia (incluyendo los supuestos de omisión por hacer), que se correspondería con la eutanasia pasiva, y la comisión (incluida la comisión por omisión), que correspondería con la activa” (DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO y BURUSCO, 2012, pp. 123-124).

3.- LA PENALIZACIÓN DE LA EUTANASIA EN EL CÓDIGO PENAL

En 1995 la figura de la eutanasia es encuadrada en nuestro país en el Título Primero del Libro segundo del CP *Del homicidio y sus formas*, considerando tal práctica como “una forma especial de homicidio que implica un modo singular de participación en el suicidio libre y voluntario de otra persona en unas circunstancias determinadas” (LORDA, 2008, p. 88).

La redacción del artículo 143 del CP³ es 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 llegara hasta el punto de ejecutar la muerte.

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

El presente artículo es desglosado en cuatro apartados, los cuales hacen referencia a las distintas premisas relacionadas con la intervención en el suicidio, siendo ellas la inducción, la cooperación necesaria, la cooperación ejecutiva y la eutanasia.

Primeramente, desde un prisma genérico, cabe señalar los tres primeros apartados, los cuales representan un tipo objetivo, fluctuando las penas privativas de libertad entre los dos a los diez años, siendo aplicada la máxima pena a aquellas personas que contribuyan

³ Art. 143 CP.

en el suicidio efectivo de un sujeto.⁴

Asimismo, las figuras asociadas a los apartados primero y segundo equivalen a “formas de participación en un hecho atípico como es el suicidio” (DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO y BURUSCO, 2012, p. 124) y la figura asociada al tercer apartado conlleva una pena privativa superior ya que el cooperador llega al punto de ejecutar la muerte, por lo que esta figura “resulta más discutible, pues puede sostenerse que se trata de un homicidio consentido o de una participación ejecutiva en el suicidio (en cuyo caso el homicidio consentido estaría castigado en el tipo general de homicidio del art. 168 CP)” (IBID).

Finalmente, el cuarto apartado, posee un tipo subjetivo en el caso de que un sujeto solicite a otro la muerte. Aunque no haga mención alguna de manera explícita al término objeto del presente estudio, se caracteriza por la aplicación en el caso de las conductas relacionadas con la eutanasia activa de atenuantes a los sujetos, respecto de las penas estipuladas en los apartados mencionados con anterioridad, pudiendo aplicar la pena inferior en uno o dos grados siempre que concurren tres requisitos: que la persona que padeciera la enfermedad grave realizara una petición “expresa, seria e inequívoca:” (LANUZA, 2000, pp. 128-134)

- **Expresa:** debiendo ser la petición exteriorizada bien de manera verbal o escrita y por consiguiente no pudiendo ser tácita.
- **Seria:** entrando en consideración la capacidad del sujeto cuando realiza la petición, sin padecer de vicio o engaño.
- **Inequívoca:** mostrando que no puede generar incertidumbre la petición de la persona que solicite la muerte.

Una vez sometido el artículo 143 del CP a análisis, cabe mencionar que parte de la doctrina, entre ellos MUÑOZ CONDE recalca que el artículo 143.4 CP “resulta

⁴ A día de hoy, el Dr. Marcos Ariel Hourmann es el único médico condenado en España por motivos de eutanasia al suministrar en el año 2005 una inyección de cloruro de potasio por vía intravenosa a una mujer de 82 años que había rogado en dos ocasiones que el médico acabara con su vida.

insuficiente”, no existiendo un criterio definitivo y unificador del cual los tribunales se puedan valer para juzgar las conductas recogidas en el presente artículo. A su criterio, considera innecesario el hecho de “hacer recaer el acento en una cuestión accesorio (carácter activo-punible u omisivo-impune de la conducta eutanásica), cuando lo que realmente importa es que se den los requisitos señalados anterioridad (el objetivo de la enfermedad con pronóstico de muerte inmediata o de los graves padecimientos, y el subjetivo de la petición expresa, seria e inequívoca)” (MÉNDEZ, 2017).

Finalmente, podemos concluir que la conducta tipificada como delito en el CP es la eutanasia activa, directa y voluntaria ya que el propio artículo no hace mención del resto de figuras atípicas como “la eutanasia pasiva (limitación del esfuerzo terapéutico) ni a la indirecta (sedación paliativa).” (LORDA, 2008, p. 89) o lo que es lo mismo, “quedan excluidos del tipo y son por ello impunes los supuestos de cooperación no necesaria, los omisivos y los activos que indirectamente pudieran producir como efecto el acortamiento de la vida o la aceleración del proceso de la muerte.” (CASABONA, 2004, p. 127).

4.- DERECHOS FUNDAMENTALES CONSTITUCIONALES EN RELACIÓN CON LA EUTANASIA

La Constitución Española, en adelante CE es “el telón de fondo sobre el que se proyecta cualquier discusión en torno a la muerte digna” (LORDA, 2008, p. 86), siendo necesaria la Carta Magna para interpretar el tema objeto de estudio desde una perspectiva jurídica, ya que debido a su polémica complejidad, la eutanasia está sujeta al estudio desde diversos criterios, tanto médicos, sociales, jurídicos o éticos entre otros.

El régimen jurídico de la eutanasia no ha resultado ser una disputa de índole pacífica, siendo necesario hacer mención a los DDFP inherentes a las personas afectados que se encuentran recogidos en la CE, siendo el derecho a la vida y a la integridad física y moral (art. 15 CE), los principios relativos a la dignidad humana (art. 10 CE) y el valor de la libertad (art. 1.1 CE).

El primero de ellos, reconoce el derecho a la vida, así como a la integridad física y moral, siendo derechos catalogados como fundamentales de acuerdo a nuestra Constitución ya que sin la existencia del derecho a la vida el resto de derechos carecerían de sentido. Por ello, se trata de un derecho que no debe ser vulnerado, siendo necesaria la obligación por parte del Estado de actuar como un guardián y “proveer un régimen jurídico que establezca las garantías necesarias y de seguridad jurídica” (TENREIRO, 2020).

Todo ello, con la finalidad de proteger el valor y derecho a la vida, no siendo sometidos a tortura, ni a penas o tratos inhumanos o degradantes, buscando con ello la armonización y coherencia de estos DDFP.

Por una parte, cabe señalar que la CE hace referencia exclusiva al ejercicio del derecho a la vida en su vertiente positiva, y no en la negativa que hace mención a la muerte, por lo que primeramente, “prescindir de la propia vida no forma parte, al menos en un primer análisis, del contenido del derecho fundamental recogido en el artículo 15” (RIPOLLÉS, 1995, p. 91).

Sin embargo, la prohibición de tratos humanos o degradantes representan la necesidad de que “las obligaciones de no hacer y hacer deban ser moduladas en el sentido de que en ningún caso su cumplimiento conlleve mantener la vida humana con

procedimientos o en condiciones inhumanas o degradantes” (DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO y BURUSCO, 2012, p. 120).

A continuación, el artículo 10 de la CE reconoce los principios de la dignidad humana y el libre desarrollo de la personalidad, haciendo referencia a la forma de vivir de la persona, y a la manera por la que quiere morir ya que “la dignidad humana es inviolable. Será respetada y protegida”,⁵ por lo que este principio de dignidad al ser inherente al ser humano por su propia naturaleza, deberá conservarse en el momento de su muerte.

Ambos artículos en el ámbito constitucional “son considerados como el punto de arranque, como el prius lógico y ontológico para la existencia y especificación de los demás derechos.”⁶

Finalmente, MARTÍNEZ aclara que la CE no otorga una única observación al conflicto que suscita la eutanasia, planteando cuatro modelos de interpretación de la eutanasia⁷ en aras de comprender las respuestas otorgadas por el ámbito penal:

La “*eutanasia constitucionalmente prohibida*” es un modelo de índole tradicional que funda sus principios en el ejercicio del derecho a la vida en su vertiente positiva, tal y como estipula el artículo 15 de la CE, tratándose de un bien sobre el cual un sujeto no puede ser su propio titular, ni el suicidio puede ser catalogado como un derecho fundamental amparado por la CE, no teniendo en consideración la autonomía y la libertad fáctica, las cuales “conforman los elementos legitimadores de las decisiones sobre el propio cuerpo” (JARA, 2014, p. 120).

La “*eutanasia como derecho fundamental*” es el modelo antagónico al primero expuesto, por el cual el artículo 15 de la CE reconoce el derecho a la vida como un bien sobre el cual se puede poseer titularidad y refleja la incompatibilidad de “la existencia simultánea del reconocimiento de un derecho, nada menos que por la Constitución, y su

⁵ Artículo 1 de la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea, Capítulo I “Dignidad.”

⁶ STC 53/1985, de 11 de abril.

⁷ Martínez, F. R. (2008). *Eutanasia y derechos fundamentales*. p.84 y ss.

prohibición absoluta, nada menos que por el legislador penal.” (MARTÍNEZ, 2008, p. 85) haciendo remisión al artículo 143. 4 del CP.

La “*eutanasia como libertad constitucional legislativamente limitable*” es caracterizada por una serie de matices en base al artículo 1.1 de la CE relativo al derecho a la libertad, señalando que tanto la eutanasia indirecta como la pasiva podrían anexarse con el derecho fundamental de la integridad personal del artículo 15 de la CE (MARTÍNEZ, 2008, p. 86).

La eutanasia como “*excepción legítima, bajo ciertas condiciones, de la protección estatal de la vida*” es uno de los modelos más coercitivos ya que afirma que ni el suicidio ni la eutanasia activa directa pueden ser protegidos constitucionalmente, sin embargo señala que “el legislador penal, en atención a otros bienes, incluso de rango constitucional, como el derecho frente al dolor dentro de la integridad personal protegida en el art. 15 de la CE, también podría despenalizarla bajo ciertas condiciones” (MARTÍNEZ, 2008, p. 88).

A raíz de la exposición de los cuatro modelos se aprecia que ni siquiera el derecho a la vida, el cual es reconocido como el derecho más sustancial del que dependen el resto de derechos, otorga una respuesta certera acerca de los límites que no se deben sobrepasar para poder seguir disfrutando de su pertinente protección penal, materializándose este marco teórico en la ardua realidad práctica a la que numerosos sujetos se deben enfrentar en el día a día.

5.- REGULACIÓN DE LA MUERTE DIGNA A NIVEL DE AUTONOMÍAS

Hasta el momento no había sido implantada una regulación a nivel nacional en materia de eutanasia, sin embargo si ha existido una legislación específica a nivel autonómico en torno a la muerte digna, teniendo por ello las CCAA la competencia cedida previamente por el Estado para regular este aspecto. Sin embargo, ha desembocado en una amalgama de leyes abordando el tema desde diversas perspectivas:

El parlamento andaluz fue pionero en instaurar la normativa en torno a la muerte digna. La Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte ⁸ se caracteriza por fomentar el respeto de las voluntades y últimos deseos de los pacientes, viéndose potenciado y reforzado tal aspecto a través del Registro de Voluntades Vitales Anticipadas ⁹ el cual permite de manera anticipada otorgar el consentimiento en los supuestos en los que el paciente no pueda manifestarse a causa de por ejemplo sufrir una muerte cerebral.

A la ley Andaluza se sumaron otras comunidades, como Aragón, que en un margen de un año aprobó la ley 10/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte, ¹⁰ la cual busca igualmente garantizar la dignidad de la persona y la autonomía del paciente en sus últimos momentos de vida para evitar la denominada obstinación terapéutica, ¹¹ la cual constituiría una mala praxis.

En 2015, se suman a la propuesta las Islas Canarias con la Ley 1/2015, de 9 de febrero, de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida ¹² y las Islas Baleares con la Ley 4/2015, de 23 de marzo, de derechos y garantías de

⁸Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte.

⁹ Art. 5.d de la Ley 2/2010, de 8 de abril.

¹⁰Ley 10/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte.

¹¹ Art. 21.1 de la Ley 10/2011, de 24 de marzo.

¹²Ley 1/2015, de 9 de febrero, de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida.

la persona en el proceso de morir.¹³

Ambas normas estipulan la necesidad de garantizar la dignidad e intimidad de los pacientes, así como la existencia de testamento vital y la libertad en la toma de decisiones, pudiendo disponer los pacientes de “una facultad de autodeterminación que legitima al paciente, en el uso de su autonomía de la voluntad, para decidir libremente sobre las medidas terapéuticas y los tratamientos que pueden afectar a su integridad, escogiendo entre las diferentes posibilidades, consintiendo su práctica o rechazándolas.”¹⁴

En el mismo año, el parlamento gallego aprueba la Ley 5/2015, de 26 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de las personas enfermas terminales.¹⁵ En este caso cabe señalar el apoyo que recibe el paciente, no solo a nivel físico, sino también psicológico, donde a los sujetos menores de edad se les otorga la información relativa a su enfermedad de manera adaptada y acorde a su edad y capacidad de comprensión.¹⁶ Asimismo, se otorga un tratamiento para los problemas emocionales derivados¹⁷ y el derecho al acompañamiento familiar en el proceso de la muerte.¹⁸

En 2017, Madrid aprobó la Ley 4/2017, de 9 de marzo, de Derechos y Garantías

¹³ Ley 4/2015, de 23 de marzo, de derechos y garantías de la persona en el proceso de morir.

¹⁴ STC 37/2011, de 28 de marzo, FJ.5º. “Ésta es precisamente la manifestación más importante de los derechos fundamentales que pueden resultar afectados por una intervención médica: la de decidir libremente entre consentir el tratamiento o rehusarlo, posibilidad que ha sido admitida por el TEDH, aun cuando pudiera conducir a un resultado fatal (STEDH de 29 de abril de 2002, caso Pretty c. Reino Unido, § 63), y también por este Tribunal (STC 154/2002, de 18 de julio, FJ 9).”

¹⁵ Ley 5/2015, de 26 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de las personas enfermas terminales.

¹⁶ Art. 13.2 de la Ley 5/2015, de 26 de junio: “Cuando las personas menores de edad no sean capaces, intelectual ni emocionalmente, de comprender el alcance de la intervención, el consentimiento será prestado por los representantes legales del o de la menor, después de haber escuchado su opinión, si tiene 12 años cumplidos”.

¹⁷ Art. 4.3 de la Ley 5/2015, de 26 de junio.

¹⁸ Art. 14.2 de la Ley 5/2015, de 26 de junio: “Debido a las especiales características de estos pacientes ingresados en el área de hospitalización, parece oportuno que estos y sus familiares tengan un tratamiento específico. Así, se procurará que no exista límite de visitas por paciente ni tiempo de permanencia de ellas.”

de las personas en el Proceso de Morir,¹⁹ caracterizada por asegurar la disponibilidad de suficientes cuidados paliativos para todos los sujetos que precisen de su aplicación, incluso si esas personas se encuentran en su domicilio.²⁰

En 2018, la Comunidad Valenciana aprobó la Ley 16/2018, de 28 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de atención al final de la vida,²¹ señalando la planificación anticipada de decisiones (PAD) como un elemento esencial “ en el caso de que la persona pierda su capacidad de decidir, bien temporal o permanentemente, puedan tomarse decisiones sanitarias coherentes con sus deseos.”²²

En el mismo año, el principado de Asturias aprobó la Ley 5/2018, de 22 de junio, sobre derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso del final de la vida,²³ recalcando los matices previamente establecidos en el resto de leyes autonómicas como son los valores de la dignidad y la autonomía del paciente.

Las CCAA que no han dispuesto de su propia normativa autonómica se han guiado por la normativa nacional, sin embargo, pese a no disponer de una regulación propia, estas CCAA disponen de principios asociados con los derechos relacionados con el ámbito sanitario, ejemplo de ello es Cataluña, siendo caracterizada por ser pionera en la utilización de registros de voluntades anticipadas.

A raíz de la mención de los rasgos principales que fundamentan las leyes autonómicas en materia de muerte digna, podemos extraer como síntesis normativa, que el nexo común se basa en los siguientes principios:²⁴

¹⁹ Ley 4/2017, de 9 de marzo, de Derechos y Garantías de las Personas en el Proceso de Morir.

²⁰ Art. 11.2 de la Ley 4/2017, de 9 de marzo.

²¹ Ley 16/2018, de 28 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de atención al final de la vida.

²² Art. 5.12 de la Ley 16/2018, de 28 de junio.

²³ Ley 5/2018, de 22 de junio, sobre derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso del final de la vida.

²⁴ Normativa sobre muerte digna y derechos y garantías de las personas enfermas terminales. (2019).

La protección y la garantía de los valores de la dignidad, igualdad e intimidad de los enfermos terminales en los últimos momentos de su vida, la aseguración de la autonomía de los pacientes mediante el respeto de su voluntad gracias a instrumentos como el testamento vital, la declaración de voluntades anticipadas y el ejercicio del derecho a formular instrucciones previas, así como la garantía de disponibilidad y calidad de los cuidados paliativos.

Finalmente, cabe señalar que esta amalgama de leyes buscaba instar al Gobierno a despenalizar la práctica de la eutanasia del artículo 143.4 del CP, en el caso de Cataluña se materializó con una Proposición de Ley Orgánica en el año 2017.

Recuperado de <https://www.iberley.es/temas/normativa-sobre-muerte-digna-derechos-garantias-personas-enfermas-terminales-59514>

6.- DERECHO COMPARADO: EL MODELO DE DESPENALIZACIÓN PARCIAL DE LA EUTANASIA ACTIVA Y EL MODELO DE SUICIDIO ASISTIDO POR MÉDICO.

En relación a la eutanasia, uno de los aspectos jurídicos de mayor relevancia es la interpretación comparada a consecuencia de la carencia de ordenamientos que regulen la práctica de la misma. (CARPIZO, J. y VALADÉS, D., 2010, p. 90).

En este caso, MARTÍNEZ distingue entre dos modelos: el modelo de la despenalización parcial de la eutanasia activa directa ²⁵ adoptado por Holanda y Bélgica y el modelo de suicidio asistido por médico en Oregón, ²⁶ con la Dead With Dignity Act (Ley de Muerte con Dignidad).

Primeramente es necesario distinguir entre la figura de la eutanasia activa y la del suicidio asistido.

La eutanasia directa activa consiste en una acción que se focaliza de modo deliberado en el acortamiento de la vida del paciente ante un proceso doloroso catalogado como insoportable (DE CARVALHO, 2009, p. 268).

Por el contrario, el suicidio asistido es “la acción de una persona, que sufre una enfermedad irreversible, para acabar con su vida, y que cuenta con la ayuda de alguien más que le proporciona los conocimientos y los medios para hacerlo. Cuando la persona que ayuda es el médico, hablamos de suicidio médicamente asistido” (SANCHEZ y LÓPEZ, 2006, p. 210).

Una vez diferenciadas ambas figuras, procederemos a la distinción entre ambos modelos:

6.1 El modelo de despenalización parcial de la eutanasia activa:

Por una parte localizamos la Ley Holandesa de Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio ²⁷ cuya ratificación y posterior entrada en vigor en 2002

²⁵ Martínez, F. R. (2008). *Eutanasia y derechos fundamentales*. p.46 y ss.

²⁶ Martínez, F. R. (2008). *Eutanasia y derechos fundamentales*. p.62 y ss.

²⁷ Ley 26691/2001, “*Ley de Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio*”, Países Bajos.

fomentó que Holanda fuera pionero en regular la práctica de la Eutanasia y codificar jurisprudencia a favor de la despenalización, bajo ciertas condiciones de la misma (MARTINEZ, 2008, pp. 46 - 47) convirtiéndose en un referente a imitar por todos aquellos países que buscan regular su práctica en su propio ordenamiento jurídico.

A raíz de esta Ley extraemos el modelo de despenalización de la eutanasia activa directa, cuya cuestión no se ha focalizado en el principio de autonomía del paciente ni en sus DDF (MARTINEZ, 2008, p. 61), todo ello debido principalmente a que en Holanda no hallamos una jurisdicción constitucional que permita garantizar estos principios y derechos frente al legislador, siendo planteada la cuestión “desde el proceso político ordinario, con una aproximación pragmática gravitante sobre la *lex artis* médica” (MARTÍNEZ, 2008, p. 458).

6.1.1 Jurisprudencia de los Países Bajos:

CASO POSTMA

El primer caso juzgado en base a la eutanasia en los Países Bajos es fechado en 1952, donde un médico finaliza con la vida de su hermano tras la manifestación expresa por parte del último debido al padecimiento de sufrimientos insoportables (DEL CANO, 1996, p. 324).

Sin embargo, este debate surge de nuevo con un mayor ímpetu a raíz del caso Postma en 1973 en el cual una médico acabó con la vida de su madre mediante una inyección de una dosis mortal de morfina a petición expresa de ésta última, siendo la doctora acusada de homicidio y condenada a prisión por una semana.²⁸

Este proceso “pasó a los anales de la jurisprudencia neerlandesa como Leeuwarder Euthanasieproces” (MORA MOLINA, 2002, p. 554) fomentando el debate en la sociedad acerca de la práctica de la eutanasia ya que en el procedimiento de 1952 mencionado con anterioridad no concurrían las condiciones sociales idóneas para fomentar tal discusión (LEENEN, 1989, p. 517).

²⁸ La mujer sufrió una hemorragia cerebral, quedando prácticamente paralizada, unido a dificultades de

Asimismo cabe destacar el impacto de la presente sentencia desde el punto de vista de los facultativos, los cuales desde este preciso momento conocen los criterios a los que podían ampararse en aras de “evitar no la condena pero sí la punibilidad para sus actos de eutanasia” (MORA MOLINA, 2002, p. 554) ya que el Tribunal esclareció los sucesos que deberían haber acontecido en aras de haber aceptado la práctica de la eutanasia, constando de tres condiciones:

- I. Que el paciente fuera categorizado con la condición de enfermo incurable, unido a un sufrimiento insoportable y que la muerte del mismo sea inmediata.
- II. Que el paciente hubiera solicitado la eutanasia en aras de finalizar su vida.
- III. Que el facultativo del paciente desempeñara la práctica de la eutanasia bajo consulta de otro facultativo.

CASO CHABOT

El Tribunal Supremo, en adelante, TS observó en este caso una causa de justificación en la muerte de una mujer a causa de la medicación letal que le fue suministrada por su psiquiatra, ²⁹ alegando el estado de necesidad justificado sin necesidad de existir un sufrimiento físico, así como el pleno uso de sus facultades, pudiendo ser capaces los pacientes con problemas psiquiátricos de tomar decisiones autónomas. ³⁰

habla y sordera, habiendo reiterado continuamente su voluntad de morir. Tras su intento fallido de suicidio, le remitió tal deseo a su hija suplicando por su ayuda. La acusada, médico de cabecera reconoció que tomó la vida de su madre a través de una inyección letal de morfina, reconociendo que creía haber actuado de manera correcta, admitiendo que su mayor error fue no haberlo hecho antes. (MORA MOLINA, 2002, p. 554).

²⁹ La señora Netty Boomsma, de 50 años de edad en un breve periodo de tiempo había hecho frente a traumáticas experiencias tales como el suicidio de su hijo, un divorcio y la muerte de su otro hijo a raíz de un cáncer. Todo ello fomentó que la señora Boomsma se intentara suicidar ya que tales vivencias habían arrebatado de sus manos el afán de continuar viviendo. (MORA MOLINA, 2002, p. 563).

³⁰ Una vez la señora Boomsma solicitó una entrevista en el hospital donde había fallecido su segundo hijo para obtener las píldoras necesarias para suicidarse fue remitida al Dr. Chabot. (MORA MOLINA, 2002, p. 564).

Sin embargo antes de desempeñar la práctica del suicidio asistido, el Dr. Chabot remitió su informe a siete expertos, llegando por unanimidad a la conclusión de que el sufrimiento psíquico de esa mujer era considerado como insoportable, no observando ninguno de ellos mejora alguna mediante la aplicación de un futuro tratamiento.

“Esta causa terminó por convertirse en uno de los casos paradigmáticos en relación al cual el TS ha pronunciado veredicto”, (MORA MOLINA, 2002, p.563) viéndose respaldado este caso mediante dos hechos determinantes:

De una parte, la práctica del suicidio asistido ejecutada por un facultativo con un enfermo psiquiátrico pero sin padecimientos insoportables a nivel físico.

Y por otra parte, el nexos causal de suicidio asistido y un paciente psiquiátrico (IBID).

6.2 El modelo de suicidio asistido por médico

En el modelo del suicidio asistido característico de Oregón encontramos una serie de singularidades que lo convierte en un peculiar modelo sobre el cual establecer un tertium comparationis respecto de otras prácticas:

Primeramente, la Dead With Dignity Act fue aprobada mediante iniciativa popular, práctica permitida y articulada en base al artículo IV, sección I, de la Constitución de Oregón, sin necesidad de la intervención y participación del legislador estatal (REY MARTÍNEZ, 2008, p. 459).

A continuación cabe señalar el elemento clave diferenciador respecto de la práctica de la eutanasia, el cual radica en el hecho de que será el mismo paciente el que propiamente ingerirá la medicación letal, es decir, no intervendrá en ningún momento una inyección con una dosis letal.

Finalmente, a raíz de esta característica se otorga un papel esencial al principio de autonomía personal del paciente, por lo cual, “parece garantizar mejor la defensa contra cualquier tipo de abuso, error o presión sobre el paciente que decide suicidarse” (REY MARTÍNEZ, 2008, p. 76) y asimismo constituirá una respuesta “más respetuosa con el texto constitucional ” (REY MARTÍNEZ, 2008, p. 192).

6.2.1 Jurisprudencia de Oregon:

El principal detonante que fomentó la iniciativa de legalizar el suicidio asistido en el Estado norteamericano de Oregón derivó del caso Elvin Sinnard, el cual acabó con la vida de su mujer, la cual sufría de una enfermedad cardíaca que le ocasionaba dolores insoportables, recurriendo a la Hemlock Society, de la cual recibió asesoramiento en aras de llevar a cabo la práctica del suicidio asistido y tras un año de tal acontecimiento, en 1990 tanto Elvin como un grupo de médicos y abogados realizaron una propuesta de lo que sería conocida más adelante como la Dead With Dignity Act (Ley de Muerte con Dignidad) (REY MARTÍNEZ, 2008, p. 460).

SENTENCIA LEE v. OREGON

A los quince días de que la Dead With Dignity Act entrara en vigor, surge lo que es conocido como el caso Lee v. Oregon ³¹, convirtiéndose en el primer reto a nivel legal al que se tuvo que enfrentar la Ley de Muerte con Dignidad de Oregon.

En este caso, los demandantes que integran este proceso son tanto médicos como abogados que postulan que la Ley de Muerte con Dignidad de Oregon era contraria a la decimocuarta enmienda de la Constitución de los Estados Unidos y a diversos estatutos a nivel federal.

Sus demandas eran sustentadas en la violación del principio de igualdad de protección, materializándose en el trato distinto que reciben los pacientes a los que se les asigna la condición de terminales frente a los que no reciben tal calificación.

Este criterio de acuerdo al propio criterio del juez constituía una violación de la decimocuarta enmienda de la Constitución de los Estados Unidos, por la cual, “Ningún Estado podrá dictar ni imponer ley alguna que limite los privilegios o inmunidades de los ciudadanos de los Estados Unidos; ni podrá Estado alguno privar a cualquier persona de la vida, libertad o propiedad sin el debido proceso legal; ni negar a cualquier persona que

³¹ Lee v. State of Oregon (891 F. Supp. 1439 (D. Or. 1995).

se encuentre bajo su jurisdicción igual protección de las leyes. (Enmienda Const. De EE.UU. XIV, sec. 1).

Por todo ello, el principal argumento de este recurso de inconstitucionalidad se fundamentaba en el factor de que a los enfermos terminales se les garantiza una menor protección a nivel constitucional contra la propia figura del suicidio, pues se mostraban dos deficiencias principales en la aseguración correcta de la actuación del suicidio médico asistido: (REY MARTÍNEZ, 2008, p. 460)

Por una parte, no era obligatoria la realización previa de un examen psiquiatra ni que el médico que lo ejecutara fuera especialista en psicología o psiquiatría, no siendo por ello posible la correcta detección de signos que impliquen depresión.

Por otra parte, se recalca la ausencia de garantía del principio de autonomía del paciente y el principio de voluntariedad ya que únicamente se especifica la necesidad de ser plenamente competente en el momento de solicitar tal práctica.

Finalmente, en 1997 se volvió a someter a referéndum la Ley de Muerte con Dignidad por lo que “esta Ley ha pasado dos veces por el cuerpo electoral, en 1994, cuando se aprobó directamente por él y tres años después rechazando derogarla, y con mayor apoyo popular que la primera, por cierto (del 51 al 60%)” (IBID).

SENTENCIA GONZALES v. OREGON

Este caso surge en base a una propuesta de la Interpretative Rule de la Ley Federal de Sustancias Controladas, por la que se impide a los médicos tener la capacidad de recetar tales sustancias para usar en suicidios asistidos por médicos, ya que tal acto no constituiría una “práctica médica legítima” (IBID).

Sin embargo el TS falló en la Sentencia Gonzales v. Oregon³² que el fiscal general no tiene la competencia para declarar la prohibición de los médicos de recetar las sustancias reguladas en la Ley de Sustancias Controladas para emplearse en la práctica del suicidio asistido, ya que pese a que un medicamento se incluya en la presente Ley, el

³² Gonzales v. Oregon (546 U.S. 243 (2006)).

médico podrá prescribirla a un paciente si la ley estatal lo permite.

Por todo ello, la relevancia de esta sentencia radica en que la decisión sobre la permisión o no del amparo al suicidio asistido radica en la competencia de las instituciones estatales y no de las federales, por lo que cada Estado individualmente tendría la competencia para autorizar o denegar tal práctica.

³² *Gonzales v. Oregon* (546 U.S. 243 (2006)).

7.- JURISPRUDENCIA EN EL ÁMBITO NACIONAL

Pese a la escasa variedad de sentencias relativas a la eutanasia en España, cabe señalar dos resoluciones de las que se pueden extraer una serie de conclusiones relevantes respecto de esta práctica.

7.1 STC 120/1990, de 27 de junio

La Sentencia del Tribunal Constitucional, en adelante STC 120/90 versa sobre la alimentación forzosa por parte de la Administración penitenciaria a los presos de la organización terrorista GRAPO, los cuales deciden practicar una huelga de hambre.

En un primer lugar esta alimentación forzosa es justificada en base a que la vida de los sujetos comenzaba a peligrar, primando el deber de la Administración de la prisión de velar por la vida de los presos.

A raíz de ello, entra en cuestión otra alternativa, la posibilidad de que la Administración actúe pasivamente frente a la voluntad de los presos de no ingerir los alimentos, convirtiéndose estos últimos por tanto en titulares de su derecho a la vida.

El TC, se pronuncia afirmando que no puede ampararse en el artículo 15 de la CE, ya que el derecho a la vida disfruta de “un contenido de protección positiva que impide configurarlo como un derecho de libertad que incluya el derecho a la propia muerte.”³³

No obstante, igualmente el TC “reconoce 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.”³⁴

³³ STC 120/1990, de 27 de junio, FJ. 7º.

³⁴ Ibid.

Finalmente el TC señala que no se puede aplicar el precepto de que “la decisión de quien asume el riesgo de morir en un acto de voluntad que sólo a él afecta”³⁵ ya que en este caso los presos se encuentran en una “relación especial de sujeción”³⁶ con respecto a la institución penitenciaria y, por extensión al Estado.

Y es que además, continúa argumentando el TC, las reivindicaciones de los presos no son legítimas, puesto que ponen en riesgo su vida “con el fin de conseguir que la Administración deje de ejercer o ejerza de distinta forma potestades que le confiere el ordenamiento jurídico.”³⁷ Por todo ello, concluye, es legítima su alimentación forzosa conforme a los principios constitucionales.

De esta forma, el TC sentaba una de las principales bases a la hora de analizar el derecho a la vida, reconocido en el artículo 15 de la CE.

7.2 SAP de Zaragoza 85/2016, de 19 de abril

La Sentencia de la Audiencia Provincial de Zaragoza, en adelante SAP es una ejemplificación perfecta de la importancia del cumplimiento de los requisitos mencionados a lo largo del presente trabajo en aras de coincidir con la aplicación del tipo del artículo 143.4 del CP, pues en este caso se muestra un ejemplo de cooperación ejecutiva al suicidio del artículo 143.3 del CP.

Este caso muestra como Emilia, junto con su hijo Teodosio llevan a la práctica el suicidio de la primera a raíz del dolor insoportable que Emilia sufre a consecuencia de las úlceras ubicadas en su pierna derecha, así como los continuos dolores de espalda que padece.

La relevancia de la presente Sentencia radica en el hecho de que pese a que Emilia manifestó su voluntad de morir de manera expresa y escrita a través de una carta no le es de aplicación a su hijo el artículo 143.4 del CP al no concurrir todos los requisitos de

³⁵ Ibid.

³⁶ STC 120/1990, de 27 de junio, FJ. 6º.

³⁷ STC 120/1990, de 27 de junio, FJ. 7º.

obligado cumplimiento para su pertinente aplicación.

Esta decisión es justificada al localizar la ausencia de uno de los requisitos esenciales en esta práctica, ya que el padecimiento que sufre Emilia no es ni insoportable, ni permanente ni incurable, tal y como estipularon los médicos forenses al afirmar que “ 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”.³⁸

Asimismo, cabe señalar la actuación relevante del hijo para que se produjera tal desenlace, quien colocó a su madre una segunda bolsa en la cabeza ya que la limitación de los movimientos de su madre con la primera bolsa provocaba una asfixia agonizante.

³⁸ SAP 85/2016, de 19 de abril, FJ. 2°.

8.- ANÁLISIS DE LA LEY ORGÁNICA 3/2021, DE 24 DE MARZO.

El pasado mes de marzo se aprobaba en España la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia,³⁹ convirtiéndose la eutanasia en un derecho individual que coexistirá con el derecho a la vida regulado en el artículo 15 de la CE así como otros DDFF amparados en la Carta Magna como son la integridad física y moral y la dignidad humana. Asimismo, esta Ley ha representado la despenalización de la práctica de la eutanasia en España, la cual anteriormente se regulaba en el artículo 143.4 del CP.

Esta Ley constituye un acontecimiento histórico en nuestro país, convirtiéndose España en el cuarto país europeo y sexto en el mundo en legalizar la presente práctica tras su entrada en vigor y posterior publicación en el Boletín Oficial del Estado, en adelante BOE, representando esta ley un reflejo de la sociedad actual abogando por la legislación de tal práctica en aras de garantizar la seguridad jurídica pertinente.

Una vez contextualizado el impacto de la presente Ley, entraremos a analizar y comentar los requisitos formales de la misma.⁴⁰

En esta Ley se discuten y regulan una serie de conceptos, englobados a lo largo de “cinco capítulos, siete disposiciones adicionales, una disposición transitoria única, una disposición derogatoria única y cuatro disposiciones finales.”⁴¹

El primer capítulo, el cual engloba los tres primeros artículos, hace mención a las disposiciones generales, delimitando el objeto estudio de la materia, su pertinente ámbito de aplicación, así como un glosario con la definición de los conceptos más reiterados y esenciales de delimitar abordados en el presente proyecto de ley en aras de no sobrepasar los criterios y límites de la legalidad. Ejemplo de algunos conceptos delicados de delimitar son el “padecimiento grave, crónico e imposibilitante, así como “prestación de

³⁹ Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. (BOE núm.72, de 25 de marzo de 2021).

⁴⁰ Disposición final tercera de la LO 3/2021, de 24 de marzo de regulación de la eutanasia: La presente Ley disfruta de la condición de Ley Orgánica salvo los arts. 12, 16.1, 17 y 18, disposiciones adicionales de la primera a la séptima, y la disposición transitoria única, las cuales poseen el carácter de ley ordinaria.

⁴¹ LO 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. (BOE núm.72, de 25 de marzo de 2021). p.5.

ayuda para morir”.

Los supuestos en los que se aplica la presente norma son delimitados desde un primer momento, buscando “legislar para respetar la autonomía y la voluntad de poner fin a la vida de quien está en una situación de padecimiento grave, crónico e imposibilitante o de enfermedad grave e incurable.”⁴²

El segundo capítulo aborda los artículos cuatro a siete, en los cuales se estipulan los requisitos que las personas deberán cumplimentar a la hora de solicitar la prestación de ayuda para morir, así como los requisitos para finalmente percibirla o por el contrario, serles denegada.

En este caso, los sujetos que pueden solicitarla serán los nacionales, los que posean una residencia legal en España o dispongan de un certificado de empadronamiento reflejando la permanencia en España durante un periodo superior a doce meses en aras de evadir lo que es conocido como la práctica de “turismo eutanásico.”⁴³

Igualmente, otros factores a tener en cuenta son la mayoría de edad y la plena capacidad de obrar ya que en el momento de la solicitud debe realizarse de manera “autónoma, consciente e informada.”⁴⁴

El tercer capítulo comprendido entre los artículos ocho a doce recoge el procedimiento a realizar para la prestación de ayuda a morir, así como el requisito de constituir unos mecanismos de control como es la Comisión de Garantía y Evaluación⁴⁵

⁴² LO 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. (BOE núm.72, de 25 de marzo de 2021). p.3.

⁴³ “El turismo de Eutanasia se asocia con el mayor fenómeno de turismo médico, definido como la práctica de una persona que viaja a otro país donde la eutanasia o el suicidio asistido es una práctica regulada y permitida justificado este desplazamiento porque tal práctica está prohibida o los criterios de acceso son más restrictivos en el país de origen”. RODRÍGUEZ, 2019, *Turismo de Eutanasia: el viaje eterno*. Recuperado de <https://www.portafolio.co/tendencias/cecilia-rodriguez-turismo-de-eutanasia-el-viaje-eterno-527739>

⁴⁴ LO 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. (BOE núm.72, de 25 de marzo de 2021). p.3.

⁴⁵ La figura de la Comisión de Garantía y Evaluación será abordado en mayor profundidad en el Capítulo V de la presente Ley.

en relación a las pertinentes verificaciones previas y la comunicación final en aras de no cometer una mala praxis y respetar la dignidad y voluntad del paciente en sus últimos momentos de vida.

El procedimiento para cumplimentar la práctica de la eutanasia estará sometido a una serie de trámites, fases y plazos, debiendo señalar que el paciente actuará libremente, debiendo formular a su médico la pertinente solicitud, realizándose dos veces con un margen de separación de 15 días naturales.

Esta petición deberá realizarse de forma escrita y expresa, resultando inequívoca, no permitiéndose un consentimiento tácito derivado de hechos que se presupongan o resultado de alguna presión externa.

El médico deberá garantizar la información pertinente en el plazo de dos días. Asimismo, será puesto en conocimiento del paciente la información relativa en base a técnicas alternativas, ya sean terapéuticas o cuidados paliativos.

El paciente deberá confirmar su intención y habrá una segunda confirmación posterior a la segunda petición escrita, es decir, se suscribe la voluntad del paciente un total de cuatro veces, pudiendo la misma interrumpirse en cualquier momento del proceso.

El cuarto capítulo, constituido por los artículos trece a dieciséis recoge las garantías del proceso, la protección de derechos como la intimidad y confidencialidad, así como la pertinente mención a la objeción de conciencia del personal sanitario que asiste al paciente debido a sus propias creencias, pues el juramento hipocrático dice textualmente: “Jamás daré a nadie medicamento mortal, por mucho que me soliciten, ni tomaré iniciativa alguna de este tipo; tampoco administraré abortivo a mujer alguna. Por el contrario, viviré y practicaré mi arte de forma santa y pura.”⁴⁶

Por lo que el personal sanitario podrá ejercer tal derecho pero de manera anticipada y por escrito, creándose un registro de sanitarios objetores que será confiden-

⁴⁶ Sánchez, F. (2020). La eutanasia y los médicos. *Hoy*. Recuperado de <https://www.hoy.es/extremadura/eutanasia-medicos-20200219090215-nt.html>

cial. Sin embargo, la Ley estipula que las Administraciones deberán garantizar que los pacientes puedan ejercer su derecho a la eutanasia.

Finalmente, el último capítulo, formado por los artículos diecisiete a diecinueve mencionan los requisitos formales relativos a la constitución, composición y funciones de la Comisión de Garantía y Evaluación citada en el tercer capítulo, siendo necesaria la constitución de una Comisión de Garantía y Evaluación de la Comunidad Autónoma, la cual será integrada por el médico del paciente, una segunda opinión de un médico facultativo y un jurista. Es decir, será un requisito obligatorio la doble consulta médica.

En lo concerniente a las disposiciones adicionales, cabe señalar que aquellos que mueran a través de la práctica de la eutanasia tendrán la consideración de fallecidos de manera natural, asimismo se instaura un régimen de carácter sancionador⁴⁷ y la necesidad de remisión por parte de las CCAA de un Informe Anual al Ministerio de Sanidad.⁴⁸

La disposición transitoria única, en relación al régimen jurídico de las Comisiones de Garantía y Evaluación señalan que en defecto de reglamento interno, su actuación se basará en el régimen contencioso administrativo, concretamente a las “reglas establecidas en la sección 3.ª del capítulo II del título preliminar de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público”.⁴⁹

Asimismo, la disposición derogatoria única es relacionada con el principio *Lex posterior derogat priori*, quedando en este caso derogadas las disposiciones de igual o inferior rango contrarias a esta ley.

⁴⁷ Disposición adicional segunda de la LO 3/2021, de 24 de marzo de regulación de la eutanasia: Las infracciones derivadas de esta ley se someten al régimen sancionador dispuesto en el capítulo VI del título I de la Ley 14/1986, General de Sanidad, sin perjuicio de que para la conducta sancionada hubiese responsabilidad civil o penal.

⁴⁸ Disposición adicional tercera de la LO 3/2021, de 24 de marzo de regulación de la eutanasia: “ Para las Ciudades de Ceuta y Melilla el Ministerio de Sanidad recabará dicho informe a través del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. Los datos conjuntos de comunidades y ciudades autónomas serán hechos públicos y presentados por el Ministerio de Sanidad.”

⁴⁹ Disposición transitoria única de la LO 3/2021, de 24 de marzo de regulación de la eutanasia.

Para concluir, las disposiciones finales abarcan una serie de preceptos como la modificación del artículo 143. 4 del CP, procediendo tanto a la modificación del epígrafe cuarto así como la adhesión de un quinto apartado.⁵⁰

Asimismo, cabe señalar en relación al título competencial que esta Ley es promulgada en base al artículo 149.1.ª y 16.ª de la CE relativo a la competencia asumida por el Estado en aras de regular las condiciones básicas en aras de salvaguardar el principio de igualdad, el cumplimiento de los valores constitucionales y la coordinación general de la sanidad.

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

9.- CONCLUSIONES

A raíz del análisis realizado sobre la controvertida práctica de la eutanasia podemos destacar ciertas valoraciones y conclusiones:

PRIMERA: La despenalización de la práctica de la eutanasia activa directa, y por ende, la eliminación del precepto que durante décadas se ha estipulado en el artículo 143.4 del CP ha supuesto el alivio de aquel que busca terminar con el sufrimiento insoportable de otro sujeto sin esperanza de mejora, pues muchos sujetos han desempeñado esta práctica pese a existir tal tipificación en el CP.

Ejemplo de casos que han tenido un gran impacto mediático a nivel nacional han sido el de Ramón Sampredo e Inmaculada Echevarría, entre otros muchos protagonistas de estos trágicos sufrimientos que les arrebataron las ganas de continuar viviendo. Asimismo cabe señalar la escasez de jurisprudencia nacional, factor que no ha permitido fijar un criterio unificador, surgiendo continuamente el debate entre los órganos jurisprudenciales ante la presente práctica y generando gran inseguridad jurídica.

Una de las sentencias analizadas a lo largo del trabajo muestra la importancia del cumplimiento de los presupuestos derivados del padecimiento grave, crónico e imposibilitante para que pueda ser de aplicación el artículo 143.4 del CP. En la SAP 85/2016 se aprecia como las úlceras que padecía la mujer no eran incurables y el dolor de espalda no era catalogado como insufrible, por ende, estos factores no imposibilitaban a la mujer a desempeñar su vida cotidiana. Es por ello que no fue de aplicación el artículo 143.4 del CP.

SEGUNDA: Pese a la creencia de que los sujetos somos titulares de nuestro derecho a la vida, cabe señalar, tal y como hemos apreciado en el apartado cuarto relativo a los DDFC constitucionales en relación con la eutanasia así como en el séptimo apartado destinado a la jurisprudencia en el ámbito nacional, concretamente la STC 120/1990, de 27 de junio, que el derecho a la vida no puede comprenderse como un derecho de libertad tal y como estipula el artículo 1.1 de la CE, el cual propugna la libertad como uno de los valores superiores del ordenamiento jurídico español.

Todo ello deriva en el hecho de que no es posible entender el artículo 15 de la CE en su vertiente negativa, es decir, como un derecho subjetivo a la muerte, sin embargo,

cabe señalar que se produce una manifestación del agere licere al ser la privación de la vida de uno mismo un acto no contrario a Ley.

TERCERA: Pese a que la LO 3/2021 de regulación de la eutanasia dispone de las garantías jurídicas necesarias para llevar a cabo la práctica tanto de la eutanasia como del suicidio médicamente asistido en nuestro país, cabe señalar algunas imprecisiones que podrían causar inseguridad jurídica tales como:

La aparición de conceptos no definidos tales como la práctica del suicidio médicamente asistido, la cual debería presentar una definición explícita, frente a la sucinta alusión a la posibilidad de que se puede ejercer. En este sentido cabe hacer referencia al Modelo de Oregon, el cual expone el procedimiento que debe llevarse a cabo para garantizar la práctica del suicidio médicamente asistido. Sin embargo, desde mi punto de vista tal modelo resulta ineficiente al no abarcar gran parte de supuestos que pueden presentarse como es el caso de las personas tetrapléjicas o aquellas que sufren una muerte cerebral. En este caso estas personas no podrían desempeñar la acción de ingerir la medicación letal, no garantizando por ello una igualdad de oportunidades, resultando en una práctica discriminatoria.

Derivado de ello, debemos continuar señalando concepto ambiguos ante la falta de precisión en la redacción del presente texto. Ejemplo de ello es el concepto del sufrimiento “intolerable” ya que tal calificación muestra un enorme grado de subjetividad, y como he mencionado con anterioridad, es preciso detallar todos los conceptos de la manera más objetiva posible, en aras de evitar la mala práctica tanto de la eutanasia como del suicidio médicamente asistido, pues esta ley está regulando un derecho a acabar con la vida, siendo este último uno de los DDFD de mayor relevancia que se regula en nuestra Carta Magna.

CUARTA: Respecto al papel de la Comisión de Control y Evaluación así como de las CCAA me gustaría recalcar que primeramente considero que sería necesaria la supresión del control del proceso de manera previa, teniendo como ejemplo el modelo de Holanda mencionado con anterioridad, donde únicamente se señala la necesidad de un control posterior, siendo un proceso sin tantas demoras y que igualmente garantiza el control pertinente para la correcta ejecución, pues esta práctica se caracteriza por su urgencia debido a las condiciones médicas de los pacientes que se encuentran en una situación de sufrimiento insoportable.

Seguidamente, cabe señalar que tales comisiones se crean particularmente por las CCAA, no disponiendo por ende de un reglamento común para todo el Estado. Pese a que las CCAA han sido las responsables de legislar a nivel autonómico la muerte digna en defecto de una norma nacional, considero que sería necesario detallar con mayor pulcritud los límites de las competencias de las CCAA y por ende de las pertinentes comisiones en aras de eludir los posibles abusos o desigualdades que se puedan presentar de una Comunidad Autónoma a otra, ya que las mismas podrían suponer a nivel nacional lo que ha sido conocido como la práctica de “turismo eutanásico”, donde los sujetos irán en busca de la Comunidad Autónoma con una aplicación más beneficiosa.

Para conseguir una mayor efectividad considero que sería necesario para el correcto cumplimiento de las pertinentes competencias señalar las penas que podrían surgir en caso de que las actuaciones de las Comisiones desemboquen en una mala praxis, fomentado por motivos políticos o en general por un abuso de poder. Igualmente, sería conveniente la publicación de un Informe anual por parte del Ministerio de Sanidad de los datos concernientes a la práctica de la eutanasia y suicidio asistido con la finalidad de fomentar una política de transparencia de carácter público para que todo aquel interesado tenga libertad de acceso a tales informes.

QUINTA: Asimismo, a la redacción de la presente LO, me gustaría añadir nuevas figuras, incluyendo nuevas cláusulas tales como el requisito obligatorio de incluir una tercera consulta psiquiátrica para localizar padecimientos como la depresión que en gran parte de casos es susceptible de tratamiento, a diferencia del Caso Chabot mencionado con anterioridad, donde el comité compuesto por 7 expertos determino que la paciente sufría de un dolor psíquico insoportable sin esperanza de mejora.

Asimismo, cabe recalcar que la presente LO señala como uno de los requisitos esenciales para solicitar la práctica de la eutanasia es la mayoría de edad, sin embargo desde mi punto de vista consideraría oportuno la modificación de Ley por parte de Holanda para que los menores también tengan derecho a acudir esa práctica.

SEXTA: Por todo lo expuesto, podemos concluir que pese a las ambigüedades, falta de delimitación y la demora durante los plazos del procedimiento, la reciente entrada en escena de la Ley de regulación de la eutanasia en España permitirá a la sociedad

española a partir del 25 de junio de 2021,⁵¹ acceder a un nuevo derecho individual nunca antes reconocido en nuestro país, pudiendo recibir la ayuda pertinente para morir cuando sean reunidos los requisitos pertinentes mencionados en el presente trabajo, siempre salvaguardando los DDFE constitucionales tales como el principio de dignidad, libertad y de la autonomía de la voluntad.

Por todo ello, solo el tiempo nos permitirá observar el impacto que esta Ley tendrá en el futuro de nuestro país.

⁵¹ Salvo el artículo 17, relativo a la creación y composición de las Comisiones de Garantía y Evaluación, que entró en vigor el día siguiente a su publicación en el BOE.

10.- FUENTES NORMATIVAS

Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, DOUE núm. C. 83/389 (2010).

Constitución Española, BOE núm 311, § 31229 (1978).

Constitución de los Estados Unidos. Art. XIV. Sec.1.

LO 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, BOE, núm 281 § 25444 (1995).

LO 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, BOE núm 72 § 4628 (2021).

Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte, BOE, núm. 127 § 8326 (2010).

Ley 10/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte, BOE, núm 115 § 8403 (2011).

Ley 1/2015, de 9 de febrero, de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida, BOE, núm 54 § 2295 (2015).

Ley 4/2015, de 23 de marzo, de derechos y garantías de la persona en el proceso de morir, BOE, núm 96 § 4332 (2015).

Ley 5/2015, de 26 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de las personas enfermas terminales, BOE, núm 228 § 10200 (2015).

Ley 4/2017, de 9 de marzo, de Derechos y Garantías de las Personas en el Proceso de Morir, BOE, núm 149 § 7178 (2017).

Ley 5/2018, de 22 de junio, sobre derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso del final de la vida, BOE, núm 181 § 10580 (2018).

Ley 16/2018, de 28 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de atención al final de la vida, BOE, núm 183 § 10760 (2018).

Ley 26691/2001, “*Ley de Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio*”, Países Bajos.

11.- BIBLIOGRAFÍA

11.1. Bibliografía jurisprudencial

STC 53/1985, de 11 de abril.

STC 120/1990, de 27 de junio.

STC 37/2011, de 28 de marzo.

SAP 85/2016, de 19 de abril.

Lee v. Oregon (891 F. Supp. 1439 (D. Or. 1995)).

Gonzales v. Oregon (546 U.S. 243 (2006)).

11.2. Bibliografía doctrinal

Atienza, M. (2017). El derecho sobre el propio cuerpo y sus consecuencias. *De la solidaridad al mercado: el cuerpo humano y el comercio biotecnológico*. Barcelona: Edicions de la Universitat de Barcelona.

Carpizo, J., & Valadés, D. (2010). *Derechos humanos, aborto y eutanasia*. Madrid: Dykinson.

Casabona, C. M. R. (1994). *El derecho y la bioética ante los límites de la vida humana*. Madrid: Ramón Areces.

Casabona, C. M. R. (2004): *Los delitos contra la vida y la integridad personal y los relativos a la manipulación genética*. Granada: Comares.

De Carvalho, G. M. (2009). *Suicidio, eutanasia y Derecho penal: estudio de art. 143 del Código penal español y propuesta de lege ferenda*. Granada: Comares.

Del Cano, A. M. M. (1996). La eutanasia en el ordenamiento jurídico holandés, *Cuadernos de bioética*, 3, 319-328.

Díaz y García Conlledo, M., & Burusco, S. B. (2012). Participación en el suicidio y eutanasia. Esbozo del tratamiento penal en España. *Revista Nuevo Foro Penal*, 79, 115-152.

Guzmán, M. J. P. (2005). *La Eutanasia, ¿un derecho?*. Thomson Aranzadi.

Jara, M. M. (2014). La autonomía y la libertad fáctica como elementos definidores del derecho a la salud sexual y reproductiva ante la intervención restrictiva del Estado. *DS: Derecho y salud*, 24 (1), 120-130.

Lanuza, C. T. V. (2000). *La cooperación al suicidio y la eutanasia en el nuevo CP (art.143)*. Valencia: Tirant lo blanch.

Leenen, H. J. J. (1989). Dying With Dignity: Developments in the Field of Euthanasia in the Netherlands. *Medicine and Law*. 8, 517.

Lorda, P. S. (2008). Muerte digna en España. *DS: Derecho y salud*, 16, (2). 73-94.

Martínez, F. R. (2008). El debate de la eutanasia y el suicidio asistido en perspectiva comparada. Garantías de procedimiento a tener en cuenta ante su eventual despenalización de España. *Revista de Derecho Político*, (71-72), 439-477.

Martínez, F. R. (2008). *Eutanasia y derechos fundamentales*. Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales.

Méndez, D. Z. (2017). Problemática jurídico-penal sobre la eutanasia con especial referencia al derecho comparado (legislación holandesa y belga). *Diario La Ley*, (9032).

Mora Molina, J. J. (2002). Despenalización de la Eutanasia en los Países Bajos. El proyecto de Ley Korthals/Borst. *Derechos y libertades: Revista del Instituto Bartolomé de las Casas*, (7, 11), p. 535-581.

Muñoz Conde, F. (2013). *Derecho Penal Parte Especial* (19.ª ed.). Valencia: Tirant lo Blanch. 69.

Normativa sobre muerte digna y derechos y garantías de las personas enfermas terminales. (2019, diciembre 5). Recuperado de <https://www.iberley.es/temas/normativa-sobre-muerte-digna-derechos-garantias-personas-enfermas-terminales-59514>

Ripollés, J. L. D. (1995). Eutanasia y Derecho. *Anuario de Filosofía del Derecho*, (12), 83-114.

Rodríguez, C. (2019, marzo 21). Turismo de Eutanasia: el viaje eterno. *Portafolio*. Recuperado de <https://www.portafolio.co/tendencias/cecilia-rodriguez-turismo-de-eutanasia-el-viaje-eterno-527739>

Sánchez, F. (2020, febrero 19). La eutanasia y los médicos. *Hoy*. Recuperado de <https://www.hoy.es/extremadura/eutanasia-medicos-20200219090215-nt.html>

Sánchez, M., & López, R. A. (2006). Eutanasia y suicidio asistido: conceptos generales, situación legal en Europa, Oregón y Australia (I), *Medicina paliativa*, 13 (4), 207-215.

Tenreiro, E. (2020). Así será la futura Ley de la Eutanasia. *Revista Iberley*. Recuperado de <https://www.iberley.es/revista/futura-ley-eutanasia-409>