

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y JURÍDICAS DE ELCHE
TRABAJO FIN DE GRADO EN DERECHO



LA DIGNIDAD Y LA AUTONOMÍA DE LAS
PERSONAS EN EL PROCESO DE MUERTE.
UN ANÁLISIS JURÍDICO DE SU
REGULACIÓN EN ESPAÑA Y DE SU
DESARROLLO A NIVEL AUTONÓMICO

Autor: Asunción Quirant, Juan Luis

Tutor: Sanjuán Andrés, Francisco Javier

Departamento y Área: Ciencia Jurídica. Derecho Constitucional

Curso académico: 2016 - 2017

Convocatoria de septiembre

ÍNDICE

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE	3
INTRODUCCIÓN	4
I. SOBRE LA EUTANASIA Y LA MUERTE DIGNA.....	5
A) Concepto y diferencias entre ambas figuras y cómo lo entendemos en nuestro Estado	5
B) Evolución de la percepción de la eutanasia en la sociedad española.....	6
II. REGULACIÓN DE LA EUTANASIA Y EL DERECHO A LA MUERTE DIGNA EN ESPAÑA	7
A) Eutanasia	7
B) El derecho a la muerte digna.....	8
1. Regulación a nivel estatal.....	9
2. Regulación a nivel autonómico.....	10
3. ¿Pueden los Estatutos de Autonomía declarar derecho?.....	11
C) La dignidad.....	14
D) La autonomía y el consentimiento informado	15
E) Derechos regulados	20
F) Deberes del personal sanitario.....	24
III. DERECHO COMPARADO.....	26
IV. CONCLUSIONES	28
V. FUENTES CONSULTADAS.....	30
A) Bibliografía.....	30
B) Legislación o normativa consultada	32
C) Sentencias y jurisprudencia.....	35
D) Webs o URLs consultadas.....	35

RESUMEN

La dignidad acompaña a la persona durante toda su vida, y cuando la salud de las personas empeora, el ordenamiento jurídico debe garantizar que no se menoscabe, y esto incluye el proceso de muerte, que pertenece a la última fase de la vida de una persona. La dignidad de la persona y la autonomía de la voluntad constituyen el fundamento de toda la normativa autonómica. Se analiza la regulación estatal de la muerte digna, sus fundamentos, los derechos del paciente, como son el consentimiento informado, el acompañamiento, o la posibilidad de establecer su voluntad al final de la vida, dirigidos a las personas que sufren una enfermedad terminal, y se regulan también los deberes del personal sanitario respecto de las personas que se encuentran en el proceso de muerte. Además, se estudia la diferente regulación que tienen algunos estados de nuestro entorno como Holanda o Bélgica, que han avanzado en dicha materia.

Palabras Clave: *Muerte digna; eutanasia; regulación autonómica; consentimiento informado.*

ABSTRACT

Dignity accompanies the person throughout his life, and when the people's health gets worse, the legal system must ensure that it is not undermined, and this includes the process of death, which belongs to the last phase of a person's life. The dignity of the person and the autonomy of the will constitute the basis of all the regional regulations. It analyzes the state regulation of dignified death, its foundations, the patient's rights, such as informed consent, accompaniment, or the possibility of establishing their will at the end of life, aimed at people suffering from terminal illness, and also regulates the duties of the health personnel with respect to the people who are in the process of death. In addition, we study the different regulations that have some states of our environment like Holland or Belgium, which have advanced in this matter.

Keywords: *Dignified death; euthanasia; autonomic regulation; informed consent.*

INTRODUCCIÓN

El objetivo de este trabajo es estudiar la situación en nuestro Estado en la actualidad con respecto a la dignidad de las personas en el proceso de muerte. Analizar la evolución de la sociedad española en relación a este tema, reflexionar sobre la problemática de los conceptos entrelazados de eutanasia y muerte digna, estudiar a fondo cómo se regula en nuestro Estado, y también examinar cómo han avanzado otros estados de nuestro entorno en la materia.

Cabe señalar, que el Trabajo Fin de Grado pretende mediante la implementación de la metodología jurídica responder a las preguntas de investigación que plantean los objetivos del TFG, a través de una revisión bibliográfica, legislativa y jurisprudencial. Teniendo en consideración las directrices formales y materiales de la asignatura TFG con una carga docente de 6 ECTS, según plan de estudios del Grado en Derecho de la Universidad Miguel Hernández de Elche.



I. SOBRE LA EUTANASIA Y LA MUERTE DIGNA

A) Concepto y diferencias entre ambas figuras y cómo lo entendemos en nuestro Estado

Si atendemos al significado lingüístico de la palabra, *eutanasia* se nos presenta en una primera acepción como “*la intervención deliberada para poner fin a la vida de un paciente sin perspectiva de cura*”¹, y en su segunda acepción, como “*la muerte sin sufrimiento físico*”². Este concepto que a priori parece simple y sencillo, se vuelve complejo al ser tratado desde disciplinas como la bioética y el derecho donde, en un intento para ser más precisos se añaden una serie de adjetivos para definir distintas clases. Así, podemos hablar de eutanasia directa, que puede ser activa o pasiva o también eutanasia indirecta. La eutanasia directa activa, que es la que plantea más problemas y mayor debate para su futura posible legislación, se trata de suministrar al paciente una sustancia que por sí misma o en sobredosis le causaría la muerte. La eutanasia directa pasiva consistiría en la renuncia por parte del paciente a los tratamientos o mecanismos dirigidos a prolongar la vida artificialmente y que no van a suponer la recuperación, solo van a retrasar la muerte³. En cuanto a la eutanasia indirecta hace referencia a cuando se opta por los tratamientos que pueden acortar la vida y que tienen como finalidad disminuir o evitar el dolor⁴.

La eutanasia directa activa está considerada un delito en nuestro ordenamiento jurídico, en el artículo 143 del Código Penal.

Sobre el concepto de muerte digna, la propia Constitución Española en el artículo 10, reconoce la dignidad de la persona y la establece como un fundamento de orden político y de paz social. Esta dignidad ha de permanecer durante toda la vida de la persona, y esto incluye también que no se vulnere o se menoscabe en el último capítulo de la vida de esa persona, la muerte.

La muerte digna es una muerte deseada por la persona y asistida por los alivios y cuidados paliativos médicos, que desembocaría en la muerte sin sufrimiento del paciente asistido cuando se trata de una enfermedad que va a provocar su muerte sin posibilidad de cura.

¹ Definición de "eutanasia" según la Real Academia de la Lengua Española (R.A.E). <http://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=eutanasia> (10 de julio de 2017).

² *Idem.*

³ Sánchez Moreno, María de los Reyes. “La eutanasia en Europa: ¿Qué hay detrás del tabú?”, *El notario del siglo XXI, revista del colegio notarial de Madrid*, núm. 73, página 1.

⁴ *Idem.*

Una vez visto los conceptos parece que se confunden, podría pensarse que el concepto de muerte digna engloba todos los tipos de eutanasia; ese pensamiento que sería correcto en otros estados como Suiza, Países Bajos o Bélgica, pero en España solo sería correcto de forma ideológica, no de forma legal. Actualmente en España el concepto de muerte digna solo puede incluir la eutanasia directa pasiva y la indirecta.

Como se ha expuesto, nuestra situación jurídica puede provocar confusión entre los dos conceptos.

B) Evolución de la percepción de la eutanasia en la sociedad española

En España la muerte sigue siendo un tabú, mientras en otros estados de nuestro entorno se ve como algo normal, que está superado y se debate. En nuestro Estado tenemos pendiente esta materia, y las causas de no haber avanzado en la misma seguramente son la estrecha relación histórica entre la religión y el Estado (Iglesia-Estado), y también los años de dictadura. Actualmente parte de la población entiende la vida como un regalo de Dios y solo corresponde a él arrebatársela, algunos creen que independientemente de la situación siempre puede ocurrir un milagro y recuperarse de una enfermedad. Otra parte de la población cree que se ha de respetar la dignidad en el proceso de muerte, y que no se ha de obligar a seguir sufriendo a una persona que padece una enfermedad que va a terminar en su muerte sin posibilidad científica de cura. Hay personas que creen que se vulneraría el código deontológico médico si se regulara la eutanasia activa directa, mientras que otras personas piensan que no.

En nuestro Estado todas estas ideologías tienen cabida. El artículo 16 de la Constitución lo establece⁵, y si se quiere se podría regular la materia de tal forma que respetara todas estas ideologías, siendo obligatorio el consentimiento del paciente para practicarle la eutanasia, y el médico pudiera rechazar realizarla él mismo si piensa que va en contra de sus creencias y lo realizara otro facultativo que esté de acuerdo según sus convicciones.

En los últimos años el tema ha ido cogiendo fuerza y la mayoría de la sociedad está a favor de la eutanasia⁶, los partidos políticos han visto la necesidad de regular esta materia y

⁵Art. 16 de la Constitución Española: *“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. Nadie podrá ser obligado a declarar sobre su ideología, religión o creencias”.*

⁶ Véase la encuesta del CIS http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=9982 páginas 10 y ss. Y Pérez Oliva Moreno, Milagros. “La hora de la eutanasia”, *El País*, 2 de abril de 2017, (https://politica.elpais.com/politica/2017/03/31/actualidad/1490960180_147265.html).

llevarla al Congreso y depende del partido político se quiere proponer regular unos tipos u otros de eutanasia⁷.

II. REGULACIÓN DE LA EUTANASIA Y EL DERECHO A LA MUERTE DIGNA EN ESPAÑA

A) Eutanasia

El derecho a la vida es el pilar básico de nuestro ordenamiento jurídico, el cual trata de protegerlo en casi todas las circunstancias⁸, llegando incluso a obligar a las personas a vivir. En principio parece perfecto y correcto, pero analizándolo a fondo encontramos supuestos que plantean problemas, como si es digno obligar a vivir a una persona con una enfermedad terminal, incurable, que está sufriendo y que tiene una previsión cercana de muerte.

La eutanasia directa activa se encuentra regulada en nuestro ordenamiento jurídico en el artículo 143.4 del Código Penal y 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, 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”*. La pena de los apartados anteriores son de dos a cinco años, y de seis a diez años respectivamente.

Ese fue el caso del doctor Marcos Ariel Hourmann⁹. Atendió a una mujer de 82 años que llegó al hospital Comarcal Móra d'Ebre en Tarragona, el 28 de marzo de 2005 con cáncer de colon, hipertensión arterial, infarto de miocardio y diabetes descompensada, entre otras afectaciones. Los médicos que la trataron llegaron a la conclusión de que era prácticamente

⁷ En la proposición de ley del grupo parlamentario Unidos Podemos se proponía regular la eutanasia activa, mientras que en la del grupo parlamentario Ciudadanos, no se menciona la eutanasia activa directa, y solo se regula la eutanasia directa pasiva y la indirecta.

⁸ Un ejemplo posible en el que terminar con la vida de otra persona está regulado y protegido lo encontramos en el artículo 20.4 del Código Penal: *“El que obre en defensa de la persona o derechos propios o ajenos, siempre que concurren los requisitos siguientes:*

Primero. Agresión ilegítima. En caso de defensa de los bienes se reputará agresión ilegítima el ataque a los mismos que constituya delito y los ponga en grave peligro de deterioro o pérdida inminentes. En caso de defensa de la morada o sus dependencias, se reputará agresión ilegítima la entrada indebida en aquella o éstas.

Segundo. Necesidad racional del medio empleado para impedirlo o repelerlo.

Tercero. Falta de provocación suficiente por parte del defensor”.

⁹Balsells, Ferran. “Sólo hizo lo que le pedimos: que mi madre no sufriera”, *El País*, 4 de noviembre de 2009, (https://elpais.com/diario/2009/11/04/sociedad/1257289206_850215.html).

intratable e incurable. En este caso la paciente se aquejaba de dolores insoportables, lo que le provocaba un gran sufrimiento constante, tanto para ella como para sus familiares. La propia paciente pidió al doctor que pusiera fin a su sufrimiento y él, además del procedimiento ordinario de calmantes y sedación, le inyectó cloruro potásico, lo que provocó la muerte de la paciente al día siguiente. Hourmann recogió todo lo que realizó en el informe médico, incluida la inyección de cloruro potásico, lo que provocó que el hospital lo despidiera y denunciara. Así, comenzó un proceso penal por homicidio, que la fiscalía debido a la investigación acordó rebajar la calificación a homicidio imprudente. Al final este caso acabó con un acuerdo entre el Fiscal y la defensa de un año de prisión e inhabilitación. La familia de la paciente apoyó tal doctor desde el primer momento que se pronunciaron, al que daban las gracias por hacer lo que su madre y ellos le pidieron. Hay que reflexionar en que esto solo salió a la luz porque el médico decidió reflejar en su informe de forma sincera todo lo que realizó, pero somos incapaces de saber qué ocurre en la práctica habitual, y cuántos casos se producen de forma ilegal. Desde la asociación Derecho a Morir Dignamente afirman que la eutanasia activa es una práctica habitual entre los doctores, lo que ocurre es que la mayoría no la incluyen en el informe.

Por lo expuesto a día de hoy, el personal sanitario no puede realizar una eutanasia directa activa, sin importar el sufrimiento del paciente o su voluntad de querer cesar con su dolor y con su vida. El personal médico se encuentra con las manos atadas y tiene que acudir a otras vías, aunque eso signifique no cumplir la voluntad del paciente o prolongar su agonía.

B) El derecho a la muerte digna

La regulación del derecho a la muerte digna en España es un tema complejo principalmente porque carece de una legislación a nivel nacional. La falta de atención o prioridad por parte del legislador estatal, además del aumento del debate sobre la materia y algunos casos clínicos¹⁰ en distintas regiones del Estado propició que algunas comunidades autónomas legislaran sobre la materia.

¹⁰Casos como los de Ramón Sampederro, Jorge León, Madeleine Zeffa e Inmaculada Echevarría.

1. Regulación a nivel estatal

Es este año cuando a nivel nacional se está intentando establecer una normativa de aplicación en todo el Estado que regule la muerte digna. Ahora parece que es un tema urgente y los distintos partidos políticos quieren "apuntarse el tanto" y ser los que desean sacar adelante la normativa en la materia. A este nivel hay que destacar dos proposiciones: la que presentó el grupo de Unidos Podemos y la de Ciudadanos.

Sobre la proposición de Unidos Podemos¹¹ destacaríamos su exposición de motivos, que se hace eco de la problemática en la sociedad relacionada con esta materia y de la evolución de la misma desde 1989 hasta hoy. Se trata de un texto breve de apenas 17 artículos, que no solo pretendía regular la muerte digna, sino que quería ir más allá y regular la eutanasia (activa), incluyéndola dentro del concepto de muerte digna en España y dejando de tratarse como un delito, y de esta forma acercarnos más a la posición de otros estados de nuestro entorno como Holanda o Suiza. A lo largo de su articulado regulaba el derecho a la eutanasia, su solicitud, la obligaciones del médico responsable y se creaba una comisión de evaluación que recibiría toda la información para decidir si el paciente cumple con los requisitos que se establecen para solicitar el derecho. En su disposición final primera modificaba el Código Penal, para que el tipo de eutanasia con las respectivas garantías regulada en la norma no fuera un delito. Esta proposición que sí que innovaba y suponía avanzar un sentido que ya han tomado otros estados de nuestro entorno fue rechazada por el Congreso, al no poder conseguir los apoyos necesarios¹².

Sobre la proposición de Ciudadanos¹³ podemos destacar que carece de innovación. No se ha aprovechado esta oportunidad para avanzar en la materia, lo que se pretende es homogeneizar la normativa sobre la muerte digna, hasta ahora se encuentra dispersa y con diferencias en las distintas comunidades autónomas. Trata de dar un marco normativo mínimo de validez estatal respetando los desarrollos legislativos de las comunidades autónomas. Se trata de un texto normativo corto compuesto de 27 artículos. En esta proposición de ley se regulan una serie de derechos que ya se observan en las legislaciones autonómicas como el derecho a la información

¹¹ Proposición de Ley Orgánica sobre la eutanasia. Presentada por el Grupo Parlamentario Unidos Podemos, el 18 de enero de 2017.

¹² Resultados de la votación de la proposición de ley de Unidos Podemos el día 21/03/2017 con: 86 diputados a favor, 132 en contra y 122 abstenciones.

¹³ Proposición de Ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida. Presentada por el Grupo Parlamentario Ciudadanos el 16 de diciembre de 2016.

asistencial, toma de decisiones y consentimiento informado, las instrucciones previas, el rechazo a la intervención, los cuidados paliativos, el acompañamiento y la intimidad. Regula también la toma de decisiones en caso de personas incapacitadas y menores, y los deberes del personal sanitario, además de una serie de infracciones y sanciones por el incumplimiento de la Ley. No trata la cuestión de la eutanasia activa, por lo que seguiría siendo un ilícito. Como hemos mencionado anteriormente se trata de una ley que recoge los desarrollos autonómicos y los traslada al Congreso, lo que ha provocado las críticas de otros grupos parlamentarios que lo consideran una copia. No obstante, el Congreso aprobó la tramitación de esta Ley¹⁴ y parece que va a ser la que sentará las bases a nivel estatal de la muerte digna en España.

2. Regulación a nivel autonómico

Ante la pasividad del Estado, fueron los parlamentos autonómicos los que comenzaron a regular los derechos de las personas en su proceso de muerte, no obstante, no todas las comunidades lo han hecho. Entre las que han regulado esta materia se encuentran: Andalucía, Navarra, Aragón, Madrid, Canarias, Baleares, Galicia y Euskadi. Todos los desarrollos normativos de estas comunidades autónomas han acabado siendo textos legales más o menos similares, breves, entre los veinte y cuarenta artículos con unas estructuras similares.

La primera comunidad en regular esta materia fue Andalucía en 2010 y la última Madrid este mismo año (2017). Estamos ante una materia compleja que relaciona el derecho con la sanidad y el derecho a la vida o la dignidad humana, por lo que en todas estas leyes podemos encontrar definiciones de distintos conceptos como la calidad de vida, cuidados paliativos, medidas de soporte vital, obstinación terapéutica, y sedación paliativa, entre otros¹⁵. Son conceptos que nos ayudan a entender la materia que se regula.

Analizando en concreto el caso andaluz podemos ver que en el propio Estatuto de Autonomía recoge el derecho sobre el testamento vital y dignidad en el proceso de muerte en el artículo 20¹⁶. Este artículo se vio desarrollado por la, Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte,

¹⁴ Resultados de la votación de la proposición de ley de Ciudadanos el día 28/03/2017 con:315 votos a favor, 5 en contra y 17 abstenciones.

¹⁵ Véase por ejemplo el artículo 3 de la Ley 5/2015 de derechos y garantías de las personas enfermas terminales de Galicia, donde se encuentran todas las definiciones.

¹⁶ Artículo 20 del Estatuto de Autonomía de Andalucía: “1.Se reconoce el derecho a declarar la voluntad vital anticipada que deberá respetarse, en los términos que establezca la ley y 2.Todas las personas tienen derecho a recibir un adecuado tratamiento del dolor y cuidados paliativos integrales y a la plena dignidad en el proceso de su muerte”.

que en su exposición de motivos argumenta su competencia para legislar en esta materia, conferida por la Constitución y el Estatuto de Autonomía. Explica el cambio que se da en la sociedad y el aumento de enfermedades degenerativas o irreversibles, incurables y con pronóstico de vida limitado, lo que puede conllevar a los problemas de dignidad en la muerte de las personas si no se tratan de la forma adecuada. La Ley 2/2010 de Andalucía consta de 33 artículos, repartidos en 5 títulos: el primero sobre disposiciones generales, seguido por los derechos de las personas ante el proceso de muerte, los deberes de los profesionales sanitarios que atienden a pacientes ante el proceso de muerte, las garantías que proporcionarían las instituciones sanitarias, y por último, las infracciones y sanciones.

3. ¿Pueden los Estatutos de Autonomía contener derechos y las comunidades autónomas regular sobre los procesos a una muerte digna?

Llegados a este punto observamos la falta de regulación de forma estatal de la materia, que se vio suplida por las comunidades autónomas, regulándola algunas como derechos en sus Estatutos de Autonomía. Ante esta situación podemos hacernos dos preguntas importantes: la primera es si puede un Estatuto de Autonomía contener derechos, y la segunda, en caso de ser posible la primera, ¿no provocaría desigualdades entre las comunidades autónomas?

Hubo una discusión doctrinal acerca de este posible problema y se pueden destacar numerosos argumentos tanto a favor como en contra. Para Luis María Díez-Picazo no era conforme de acuerdo a la Constitución Española. El primero de los argumentos en contra se centraba los artículos 139.1¹⁷ y 149.1.1¹⁸ que serían contrarios a los derechos establecidos en los Estatutos de Autonomía reformados desde 2006 a 2011, conocidos por la doctrina como estatutos de segunda generación. Si vamos al articulado encontramos que su interpretación debería ser la de prohibir a los legisladores autonómicos que discriminen entre españoles, pero no dice nada acerca de la posibilidad de declarar derechos. En cuanto al artículo 149.1.1 establece la posibilidad que tiene el Estado para asegurar la igualdad de todos los españoles, y esto no podría ser suprimido por un Estatuto de Autonomía. Para Luis María Díez-Picazo, este argumento no era suficientemente convincente. El segundo argumento que se puede

¹⁷ Artículo 139.1 de la CE: “Todos los españoles tienen los mismos derechos y obligaciones en cualquier parte del territorio del Estado”.

¹⁸ Artículo 149.1.1 de la CE: “El Estado tiene competencia exclusiva sobre las siguientes materias: 1.ª La regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales”.

esgrimir es que *“hacer una declaración de derechos, no está entre las posibles materias que el artículo 147.2 de la Constitución establece como propias de los Estatutos de Autonomía”*¹⁹. Díez-Picazo argumenta que *“existe una reserva de constitución en materia de derechos fundamentales, y además los Estatutos de Autonomía vinculan a los poderes públicos, por lo que supone establecer límites materiales a su actuación”*²⁰. Según Díez-Picazo, el único lugar donde se puede integrar una tabla de derechos, además de la Constitución lo encontramos en el 10.2²¹ de la misma, que remite a las fuentes internacionales. El tercer argumento hace referencia a que los Estatutos de Autonomía, en su procedimiento de aprobación y reforma intervienen tanto los parlamentos autonómicos como los estatales, por lo tanto sería como admitir *“que las Cortes Generales pueden dar unos derechos a unos españoles y otros derechos a otros españoles”*²², pudiendo provocar derechos contradictorios entre las diferentes Comunidades Autónomas. Díez-Picazo tiene claro que la Constitución deja cierto margen para que se diseñe y regule las instituciones autonómicas de maneras diferentes, pero esto no tiene porque extrapolarse al ámbito de la declaración de derechos. Díez-Picazo distingue en su exposición entre dos tipos de normas que podemos encontrar en los Estatutos, los derechos y las que regulan las instituciones. Las normas que regulan las instituciones son normas moralmente neutras, y estaría aquí el margen de maniobra a la hora de regular, pero los derechos sí que poseen un contenido moral y además establecen límites materiales a la propia regla de decisión por mayorías.

Por otro lado, Francisco Caamaño interpreta que los derechos estatutarios no son deberes o principios constitucionales ni derechos fundamentales²³. Además, esto lo aclaran los propios Estatutos, como en el caso del catalán en su artículo 37.1 y 37.4²⁴. En el primer apartado nos dice que todos los derechos vincularán a los poderes públicos de Cataluña, mientras que en el apartado cuarto establece que *“Los derechos y principios del presente Título no supondrán una alteración del régimen de distribución de competencias, ni la creación de títulos competenciales nuevos o la modificación de los ya existentes. Ninguna de las disposiciones de este Título puede ser desarrollada, aplicada o interpretada de forma que reduzca o*

¹⁹Díez-Picazo, Luis María. ¿Pueden los Estatutos de Autonomía declarar derechos, deberes y principios?. *Revista Española de Derecho Constitucional*. ISSN: 0211-5743, núm. 78, septiembre-diciembre (2006), página 64.

²⁰*Ibidem*, página 71.

²¹ Artículo 10.2 de la CE: *“Las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretarán de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por España”*.

²² Díez-Picazo, Luis María. ¿Pueden los Estatutos de Autonomía declarar derechos, deberes y principios? ... *cit.* página 72.

²³ Caamaño, Francisco. SÍ PUEDEN. (Declaraciones de derechos y Estatutos de Autonomía). *Revista Española de Derecho Constitucional*. ISSN: 0211-5743, núm. 79, enero-abril (2007), página 34.

²⁴ Véase: Artículos 37.1 y 37.4 del Estatuto de Autonomía de Cataluña.

limite los derechos fundamentales reconocidos por la Constitución y por los tratados y convenios internacionales ratificados por España". Por lo tanto, los derechos estatuarios solo vinculan a los poderes público de la Comunidad Autónoma que los proclama, y no a los poderes públicos estatales, aunque estén en esa comunidad. El apartado cuarto, nos aclara que no puede interpretarse ninguno de los derechos de tal forma que reduzca o limite los derechos fundamentales establecidos por la Constitución. Estos derechos, como dice Francisco Caamaño, *"No pueden ni desean competir con los fundamentales, ni en espacio ni en contenido"*²⁵. Los derechos estatuarios son una expresión jurídica de las preocupaciones de la ciudadanía de esa comunidad, como por ejemplo, en el caso de la Comunidad Valenciana con el problema tan conocido de falta de agua. Se establece en el artículo 17.1 del Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana *"1. Se garantiza el derecho de los valencianos y valencianas a disponer del abastecimiento suficiente de agua de calidad. Igualmente, se reconoce el derecho de redistribución de los sobrantes de aguas de cuencas excedentarias atendiendo a criterios de sostenibilidad de acuerdo con la Constitución y la legislación estatal"*.

Estos derechos estatuarios permiten a la ciudadanía de una Comunidad Autónoma elegir los valores comunes que orientan la política de sus órganos de autogobierno, lo que concluiría en diferentes derechos en las Comunidades Autónomas que solucionen las preocupaciones de cada comunidad, que como se ha explicado en el caso valenciano, a priori no es necesario en comunidades del norte de España con mejor situación hidrológica. Esta última postura es la que ganó terreno y en esta línea resuelve el Tribunal Constitucional en sentencias como la STC 247/2007, del 12 de diciembre.

Centrándonos en la materia, el impacto que tuvo el caso de Inmaculada Echevarría, junto con otros, avivando el debate de la muerte digna en España, sin duda provocó una preocupación en la ciudadanía andaluza, que se intenta resolver con la reforma del estatuto de autonomía en 2007, y posteriormente con la Ley 2/2010 de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte.

²⁵ Caamaño, Francisco. SÍ PUEDEN. (Declaraciones de derechos y Estatutos de Autonomía)...*cit.* página 43.

C) La dignidad

Toda la regulación autonómica y las propuestas de futura regulación estatal se basan en la protección de la dignidad de las personas, enfocada en las que tienen enfermedades terminales y se encuentran en el proceso final de su vida.

La dignidad se defiende desde los textos jurídicos más importantes que son de aplicación en nuestro Estado, la podemos encontrar en el preámbulo de la Carta de los Derechos Fundamentales de Unión Europea donde establece que es uno de los valores indivisibles y universales sobre los que se fundamenta la Unión, para después regular su protección en el artículo primero, que establece la inviolabilidad de la dignidad humana, y la obligación de respeto y protección²⁶.

Asimismo la encontramos regulada en el artículo 10 de la Constitución Española, donde establece que es uno de los fundamentos del orden político y la paz social.

Todas las leyes autonómicas²⁷ que regulan los derechos de la persona en el proceso de muerte, a excepción de la Gallega y la Vasca, establecen en su artículo segundo que tienen como finalidad proteger o garantizar la dignidad de la persona en el proceso de muerte. En el caso de la ley Gallega, la Ley 5/2015 de 26 de junio de derechos y garantías de las personas enfermas terminales, establece la dignidad de las personas como objeto de esa Ley en su artículo primero; y en cuanto a la ley Vasca, la Ley 11/2016 de 8 julio de garantía de los derechos y de la dignidad de las personas en el proceso final de su vida, establece la dignidad de la persona en el proceso de muerte como un principio básico de la Ley.

Según la STC 53/1985 del 11 de abril, la dignidad es *“el valor espiritual y moral inherente a la persona, que se manifiesta singularmente en la autodeterminación consciente y responsable de la propia vida y que lleva consigo la pretensión al respecto por parte de los demás”*²⁸. Podemos afirmar que la dignidad humana tiene que permanecer inalterada, debe respetarse, y se prohíben los tratos que tiendan a menoscabarla. Por lo dicho anteriormente, la dignidad se debe respetar siempre, y no se ha de vulnerar en el proceso de muerte de la persona, la vida digna requiere una muerte digna.

²⁶ CARTA DE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES DE LA UNIÓN EUROPEA. Consultado el 2 de agosto de 2017 en: http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_es.pdf

²⁷ Ley 2/2010 de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte, de Andalucía; Ley Foral 8/2011 de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte, de Navarra; Ley 10/2011 de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte, de Aragón; Ley 4/2017 de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte, de Madrid; Ley 1/2015 de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida, de Canarias; Ley 4/2015 de derechos y garantías de la persona en el proceso de morir, de Baleares.

²⁸ Véase la sentencia STC 53/1985 del 11 de abril, Fundamento Jurídico núm. 8.

Hoy en día podemos encontrar en los hospitales a estas personas que sufren enfermedades terminales, que les provocan dolores de diversos tipos, algunos como consecuencia de la enfermedad, provocando un estado físico grave y de debilidad, otros incluso por la propia medicación. Encontramos pacientes que sufren enfermedades degenerativas que les han ocasionado la incapacidad de comer o de respirar y que requieren la asistencia constante de máquinas para seguir viviendo. Todas estas personas tienen un pronóstico de muerte cercana, sin posibilidad de cura. Es en este contexto donde se puede aplicar la dignidad en el proceso de muerte, pudiendo influir en muchos aspectos de esta etapa.

La dignidad en el proceso de muerte significaría dejar a esa persona decidir si quiere o no dejar de sufrir dolor, significa tratar a la persona como tal en todo momento, y no como un objeto. Significa que el paciente tenga la opción de rechazar unos tratamientos que le pueden hacer sufrir aunque puedan alargar su vida, o poder rechazar la asistencia artificial. También sería válido pensar en la posibilidad de que el paciente elija acabar con su vida porque considera que no es una vida digna y quiere dejar de sufrir, pero hoy no es posible con la regulación que tenemos en la materia. Significa tener la opción, si se quiere, de no morir solos, de estar acompañado de los seres queridos, y no morir en una cama de un hospital, que es un sitio frío, sino morir en la propia cama del paciente, en su casa.

Para Dworkin estaba legitimada la eutanasia para quienes sufrían ciertas enfermedades físicas o mentales que provocaban no poder vivir una vida “*que merece ser vivida*” es decir, una vida digna²⁹. Para Dworkin era importante la visión de la vida como un todo, y en virtud de la misma, el individuo la desarrolla según sus intereses en cierta manera y esto incluye, morir de un modo acorde a su proyecto ideal de vida. Es muy significativo que las fases finales de la existencia de una persona se desarrollen de un modo compatible con su proyecto ideal de vida.

D) La autonomía y el consentimiento informado

Antes de entrar de lleno en la explicación del derecho positivo, consideramos que es necesario un acercamiento a la bioética, para una mayor comprensión de la materia.

La medicina está íntimamente relacionada con la ética, desde el principio, y su objetivo es conseguir el bien del ser humano enfermo. La *bioética* según la definición de la Real

²⁹Dworkin, Ronald. El dominio de la vida. Una discusión acerca del aborto, la eutanasia y la libertad individual. Versión española de Ricardo Caracciolo y Víctor Ferreres (Universitat Pompeu Fabra) del original *Life's Dominion*, 1ª ed. 1993. Ed. Ariel, Barcelona, 1994, páginas 438-440.

Academia Española, es *“el estudio de los problemas éticos originados por la investigación biológica y sus aplicaciones, como en la ingeniería genética o la clonación.”*³⁰. Dicho de otro modo, la bioética estudia la relación existente entre la vida y los principios de la conducta humana. En la práctica, el objetivo de la bioética consiste en buscar soluciones concretas en casos clínicos determinados cuando se originen conflictos entre los valores morales. Entra en acción cuando surge la posibilidad de elección entre dos o más acciones, que pueden ser contradictorias.

Desde la ética médica, siempre se ha entendido que el personal sanitario solo está obligado a conseguir el máximo beneficio del enfermo, y no tenía que preocuparse por más cosas. Sin embargo, en estos últimos años ha cambiado y se han de tener en cuenta otros aspectos, como por ejemplo: las preferencias del paciente -puede que lo que crea mejor el personal sanitario no sea lo mismo que crea mejor el paciente-. Otros importantes factores son la calidad de vida subjetiva, los factores sociales y económicos y el bien de la sociedad en su conjunto.

Desde la bioética, para resolver estos conflictos se establecieron cuatro principios, formulados por Beauchamp y Childress³¹, que se encuentran recogidos en el informe Belmont, publicado en el año 1979. Los cuatro principios bioéticos son: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. Estos cuatro principios se basan en el principio bioética más importante, que lo podemos relacionar con el apartado anterior, sería la dignidad humana.

- El principio de beneficencia³² manda hacer el bien, los procedimientos y diagnósticos terapéuticos que se apliquen deben beneficiar al paciente, por lo que tienen que ser seguros y efectivos.
- El principio de no maleficencia³³ se basa en no hacer daño, ningún profesional sanitario deberá usar sus conocimientos o su situación para ocasionar perjuicios al enfermo. En la práctica, a la hora de ponderar entre beneficios y riesgos, siempre debe ser a favor de los beneficios.
- El principio de justicia³⁴ significa que todas las personas tienen la misma dignidad y son merecedoras de la misma consideración y respeto. Tiene que haber una

³⁰ Definición de "bioética" según la Real Academia de la Lengua Española (R.A.E). <http://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=bio%C3%A9tica> (10 de agosto de 2017).

³¹Beauchamp TL., Childress JF. Principios de ética biomédica. Barcelona, Masson, 1999, páginas 113-372.

³²*Ibidem* páginas 245-247.

³³*Ibidem* páginas 179-184.

³⁴*Ibidem* páginas 312-318.

distribución justa y equitativa de los recursos sanitarios para conseguir el máximo beneficio en la sociedad evitando desigualdades.

- El principio de autonomía³⁵ hace referencia a la capacidad que tiene el enfermo de decidir. Este principio siempre ha estado ausente en la tradición médica y ha ido adquiriendo importancia en los últimos años, anteriormente el paciente no participaba en la toma de decisiones, y todo lo decidía el médico. Hoy, este principio obliga a informar al enfermo, si él lo desea, acerca del diagnóstico, pronóstico y sus posibilidades terapéuticas, permite al enfermo rechazar los tratamientos o elegir otros que no son los propuestos, y por último elegir el momento lugar y forma de su muerte.

Estos principios bioéticos son importantísimos e inspiran toda nuestra normativa, desde 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, de carácter estatal, hasta las leyes autonómicas en el proceso de muerte. No obstante, hay que precisar que no se encuentran regulados en la misma amplitud, por ejemplo, en el caso del principio de autonomía se regula hasta cierto límite, pues un enfermo en el Estado Español no llega al punto de poder elegir el momento lugar y la forma de su muerte.

Ahora sí, centrándonos en lo jurídicamente relevante, la autonomía y el consentimiento informado son dos derechos íntimamente relacionados. Encontramos la autonomía personal regulada en el artículo 3 de la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea, que reconoce el derecho a la integridad física y psíquica de toda persona, y que en el marco de la medicina y la biología habrá de respetarse el consentimiento libre e informado de la persona de acuerdo con las modalidades establecidas en la Ley.

La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos aprobada por la UNESCO determina en su artículo 5 que debe respetarse la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones.

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, regula en su artículo 2.3 que el paciente tiene el derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre los diversos tratamientos disponibles. En el artículo 2.4 establece la posibilidad del paciente a negarse al tratamiento, exceptuando algunos casos determinados por la Ley.

³⁵*Ibidem* páginas 113-124.

Las leyes autonómicas también establecen el principio de autonomía, como por ejemplo la Ley 2/2010 de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte de Andalucía, en el artículo 4 establece la autonomía y al voluntad de la persona, de acuerdo con sus deseos, preferencias, creencias o valores.

El Tribunal Europeo de Derechos Humanos considera que la imposición de un tratamiento médico sin consentimiento del paciente atenta contra su integridad física, pues una persona puede decidir morir rechazando un tratamiento que podría tener como efecto prolongar su vida³⁶. En esta línea se mueve también el Tribunal Constitucional, que reconoce el derecho de las personas a rechazar un tratamiento, aunque ello pueda hacer que peligre su vida como apunta la sentencia STC 154/2002 del 18 de julio, comúnmente llamada, “Marcos el niño testigo de Jehová”, que se negó a una transfusión de sangre³⁷, y también en la STC 37/2011 del 28 de marzo.

En cuanto al consentimiento informado, podemos definirlo como la explicación a un paciente de la enfermedad que sufre, el balance entre los efectos de la misma y los riesgos y beneficios de los procedimientos terapéuticos recomendados, para que con esa información el paciente acepte o no el tratamiento. La información que se presenta tiene que ser comprensible por el paciente y no sesgada. Esto se establece en el derecho de información en el artículo 4 de la Ley 41/2002, reguladora de la autonomía del paciente.

El artículo 2.2 de la Ley 41/2002 reguladora de la autonomía del paciente establece que las actuaciones que se realicen en el ámbito sanitario necesitarán con carácter general y previo el consentimiento del paciente. El consentimiento debe obtenerse después de que reciba una información adecuada. Por último, en el artículo 8 de la misma Ley encontramos el consentimiento informado dictando que toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, habiendo recibido previamente la información necesaria y valorado las opciones de su caso. También establece la forma del consentimiento, que aunque dicta que el consentimiento sería verbal como norma general, en nuestro caso se establece por la especial situación que se realice por escrito. Las leyes autonómicas, remiten a la Ley 41/2002 en cuanto al consentimiento informado.

Llegados a este punto surge la problemática de qué ocurre con los pacientes incapacitados y con menores de edad:

En el caso de los incapacitados se regula de forma similar en todas las leyes autonómicas, lo encontramos en el artículo 10 de la Ley 2/2010 de Andalucía, artículo 11 de la Ley Foral

³⁶ Véase STEDH (Sección 4ª) Caso Pretty contra Reino Unido. Sentencia de 29 abril 2002. En su apartado 63.

³⁷ Véase STC154/2002 del 18 de julio. Fundamento jurídico núm.9 apartado b.

8/2011 de Navarra, y el artículo 9 de la Ley 4/2017 de Madrid, por poner algunos ejemplos. Hay que diferenciar entre personas incapacitadas de hecho, y personas incapacitadas judicialmente. En el supuesto que el paciente que está bajo atención médica esté incapacitado de hecho, se establece un orden legal para determinar qué persona recibirá la información y prestará el consentimiento. El orden legal es el siguiente: en primer lugar la persona que haya designado en la declaración de voluntad vital anticipada (que se explicará posteriormente), en segundo lugar su representante legal, en tercer lugar por el cónyuge o persona vinculada a él por análoga relación de afectividad, y por último, en cuarto lugar el familiar de grado más próximo, y dentro del mismo grado, él de mayor edad. Ahora bien, según establece la Ley en algún supuesto, el juez competente podría alterar esta regla. En el caso de incapacitados judicialmente se atenderá a lo que diga la sentencia judicial de incapacitación. Aun así, el artículo 9 de la Ley 4/2017 de Madrid establece que la situación de incapacidad no impide que los pacientes sean informados y participen en el proceso de toma de decisiones de forma adecuada a su posibilidad de discernir.

Por otra parte, en el caso de los menores de edad, sí podemos apreciar algunas diferencias entre las regulaciones de las Comunidades Autónomas. Entre la que más mima la regulación de los menores destaca la Comunidad de Madrid, que es la más reciente en sumarse a legislar esta materia, aun así podemos decir que hay una serie de notas que son comunes a todas, que serían por ejemplo: que todo paciente menor tiene derecho a recibir información sobre su enfermedad y a las intervenciones sanitarias propuestas³⁸, que el menor emancipado o con dieciséis años cumplidos prestará por él mismo el consentimiento, si bien sus representantes legales serán informados y su opinión se tendrá en cuenta³⁹.

Normalmente, también común a todas en el caso de menores de edad que no sean capaces intelectual ni emocionalmente de entender el alcance de la intervención sanitaria propuesta, otorgaran el consentimiento informado sus representantes legales⁴⁰. En este punto, nos gustaría destacar el artículo 10 de la Ley 4/2017 de la Comunidad de Madrid, que establece una serie de derechos hacia los menores como son: ser atendidos de manera individual y en lo posible siempre por el mismo equipo de profesionales, estar acompañados el máximo

³⁸ Véase la Ley 2/2010 de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte, de Andalucía, artículo 11.1.

³⁹ Véase la Ley Foral 8/2011 de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte, de Navarra, artículo 12.

⁴⁰ Véase 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, de Aragón, artículo 11.2

tiempo posible durante su permanencia en el hospital, a contactar con sus padres o con las personas que los sustituyan en momentos de tensión para lo cual se dispondrán los medios adecuados, y también, a ser hospitalizados junto a otros menores, evitando en lo posible que compartan habitación con personas adultas.

E) Derechos regulados

A lo largo del trabajo ya hemos explicado algunos derechos que tienen los pacientes que se encuentran ante el proceso de muerte, como los relacionados con la recepción de información, el consentimiento informado, o la posibilidad de rechazo por el paciente a someterse a un tratamiento, pero además de los ya expuestos, se reconocen en las leyes autonómicas los siguientes derechos:

- El derecho a recibir cuidados paliativos integrales. El concepto de cuidados paliativos se encuentra definido en las distintas leyes autonómicas de forma similar, parece que todas han acogido en mayor o menor medida la definición dictada por la OMS y la Ley 5/2015 gallega (que es la única que la cita) lo deja claro en su artículo 3.3 estableciendo que la Organización Mundial de la Salud los define como: *“el conjunto coordinado de intervenciones sanitarias dirigidas, desde un enfoque integral, a la mejora de la calidad de vida de los pacientes y de sus familias, que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, mediante la prevención y el alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y el tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicológicos y espirituales. Hoy en día se considera que deben aplicarse cuando el paciente inicia una enfermedad sintomática, activa, progresiva e incurable, y nunca debe esperarse para su aplicación a que los tratamientos específicos de base estén agotados”*. A nuestro parecer es la definición más completa y consideramos que no sobra nada de la misma, creemos que es muy importante el ámbito de protección de los cuidados paliativos, no solo en el propio paciente, sino también la extensión a sus familiares. Si atendemos a la regulación de los cuidados paliativos, podemos sorprendernos con algún detalle, como por ejemplo, que la mayoría de normas autonómicas relacionadas con la muerte digna incluía en su definición de cuidados paliativos la extensión a los familiares del paciente, pero parece ser que a muchas se les ha olvidado añadir a los familiares en el mismo artículo en que regulan los cuidados paliativos. Así ocurre en

todas las leyes autonómicas⁴¹ a excepción de la Ley 11/2016, de 8 de julio del País Vasco, donde sí que establece en el artículo 12.2 regulando los cuidados paliativos que: *“El objetivo terapéutico de estos cuidados es mitigar el posible sufrimiento, el dolor y otros síntomas frecuentes en el tiempo de morir, mejorando su calidad de vida, con respeto a su sistema de creencias, preferencias y valores. La atención será extensible, en su medida, a las personas a ellas vinculadas, y podrá abarcar incluso los momentos posteriores al fallecimiento de la persona enferma, durante el proceso de duelo”*. No solo se extiende ese derecho a los familiares en los momentos en que se producen los cuidados paliativos, sino que además se prolongan una vez fallece, durante el duelo.

Además otro detalle importante relacionado con los cuidados paliativos lo podemos observar en la Ley 5/2015, del 26 de junio de Galicia, por ejemplo, al establecer en su artículo 11.4 que: *“todos los establecimientos de internamiento asistenciales-sanitarios y socio-sanitarios, públicos o privados, deberán prestar cuidados paliativos.”* y 11.8 *“ El Sistema público de salud de Galicia realizará las adaptaciones necesarias para integrar los cuidados paliativos de manera estructurada y homogénea en todo el territorio”*. Estos dos apartados no están en las demás leyes autonómicas, y a nuestro parecer responden a una realidad de desigualdad material sanitaria, pues en España no todas las Comunidades Autónomas, y mucho menos todos los hospitales, tienen unidades de cuidados paliativos, por lo que difícilmente podemos declarar el derecho sino contamos con los bienes materiales para que sea posible.⁴²

- El derecho al tratamiento del dolor⁴³. Las personas tienen derecho a recibir la atención idónea que prevenga y alivie el dolor físico.

⁴¹Se puede apreciar como ejemplo que en Ley Foral 8/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte, de Navarra. El título II recoge los derechos, aquí observamos como el artículo 13: *“Derecho de las personas a recibir cuidados paliativos integrales y a la elección del domicilio para recibirlos. 1. Todas las personas en situación terminal o de agonía tienen derecho a recibir cuidados paliativos integrales de calidad. 2. Siempre que ello no esté contraindicado, las personas en proceso de la muerte tienen derecho a que se les proporcionen en el domicilio que designen en el territorio de la Comunidad Foral los cuidados paliativos que precisen, en las condiciones adecuadas a sus necesidades clínicas y sociales y a las características del domicilio.”* no menciona en ningún momento a los familiares. Para encontrar en esta Ley su protección tenemos que acudir al título IV, donde en el artículo 24 se establece: *“Apoyo a la familia y personas cuidadoras. 1. Los centros e instituciones sanitarias y sociosanitarias garantizarán tanto en el domicilio como en los centros sociosanitarios apoyo y asistencia a las personas cuidadoras y familias de la persona en proceso de la muerte, para facilitar su atención y cuidados, favorecer un clima de confianza que promueva la expresión de sus emociones en un ambiente de intimidad y prevenir la claudicación familiar. 2. Los centros e instituciones sanitarias y sociosanitarias garantizarán una atención integral en el duelo a la familia y personas cuidadoras y promoverán medidas”*.

⁴²Desde el SECPAL (Sociedad Española de Cuidados Paliativos) dieron un comunicado de prensa el 10 de octubre 2014, en el que se explicaba, que después de analizar el panorama estatal, solo contamos con medios suficientes para tratar a la mitad de los pacientes que los necesitan. <http://secpal.com/Cerca-de-la-mitad-de-los-pacientes-que-necesitan-cuidados-paliativos-en-Espana-mueren-con-sufrimiento-por-falta-de-cobertura>

⁴³Véase, por ejemplo, el artículo 13 de la Ley 10/2011, de 24 de marzo de Aragón, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte.

- El derecho a la sedación paliativa y a la sedación en la agonía.⁴⁴ El primero consiste en administrar medicamentos en la dosis necesaria para reducir la conciencia de un paciente en el proceso de muerte, para aliviar uno o más síntomas refractarios⁴⁵, previo consentimiento informado. El segundo, es la sedación en un grado necesario como para aliviar un sufrimiento calificado de intenso, que puede ser físico, psicológico o espiritual en un paciente en situación de agonía. También requiere consentimiento informado. Este segundo tipo de sedación es la que se aplica al enfermo que se encuentra en sus últimos días u horas de vida.
- Derecho a la intimidad personal y familiar y a la confidencialidad.⁴⁶
- Derecho al acompañamiento, que se establece de dos tipos: primero tendríamos el acompañamiento familiar, en el que los centros sanitarios facilitarían a las personas en fase terminal de su vida el acompañamiento, siempre que no sea incompatible con el caso concreto y los tratamientos. La Ley 4/2017, de 9 de marzo de la Comunidad de Madrid, que ya la nombramos anteriormente por su buena atención con los menores, establece, visto ahora desde una perspectiva inversa, *“que los hijos menores del paciente ingresado tienen pleno derecho de visita sin que pueda ser limitada, salvo circunstancias extraordinarias que lo desaconsejen”*⁴⁷. El segundo tipo sería el acompañamiento religioso, en este sentido los centros sanitarios deben facilitar a petición del paciente o de su familia que tengan a su disposición auxilio espiritual, conforme a sus convicciones y creencias, siempre y cuando no interfiera en las actuaciones del equipo sanitario. La Ley 5/2015, de 26 de junio de Galicia también regula muy bien este derecho añadiendo cosas como que *“el paciente podrá llevar su ropa personal y que los familiares podrán traerle alimentos y todo aquello que contribuya potencialmente al bienestar del paciente y evite los efectos negativos de la institucionalización de su cuidado”*⁴⁸.

⁴⁴Art. 14 de la Ley 2/2010 de Andalucía de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte: *“Derecho de los pacientes a la administración de sedación paliativa. Los pacientes en situación terminal o de agonía tienen derecho a recibir sedación paliativa, cuando lo precisen”*.

⁴⁵Art. 5 de la Ley 1/2015, de 9 de febrero de las Islas Canarias, de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida, en el apartado m: *“Síntoma refractario: Aquel que no responde al tratamiento adecuado y precisa, para ser controlado, reducir la conciencia del paciente.”*

⁴⁶Art.15 de la Ley 4/2015, de 23 de marzo de las Islas Baleares, de derechos y garantías de la persona en el proceso de morir.

⁴⁷Art. 17 de la Ley 4/2017, de 9 de marzo de Madrid, de Derechos y Garantías de las Personas en el Proceso de Morir.

⁴⁸Art. 14 de la Ley 5/2015, de 26 de junio de Galicia, de derechos y garantías de la dignidad de las personas enfermas terminales.

- El derecho a realizar la declaración de voluntades anticipadas o documento de instrucciones previas.⁴⁹ Para analizar este derecho tendremos que relacionar diversas normas. Las instrucciones previas ya se contemplaban por primera vez en la Ley 41/2002, de autonomía del paciente.⁵⁰ Esta norma estableció un mínimo de regulación acerca de las instrucciones previas a nivel estatal, que años más tarde se completó con el Real Decreto 124/2007 de 2 de febrero, que creó el Registro Nacional de Instrucciones Previas. Pero en ese intervalo de tiempo, todas las Comunidades Autónomas que hoy tienen Ley sobre muerte digna⁵¹ y alguna más⁵² crearon su propia ley de voluntades anticipadas.

Podemos definir las voluntades anticipadas o las instrucciones previas como *“la manifestación escrita, hecha para ser incorporada al Registro de Voluntades Vitales Anticipadas por una persona capaz que, consciente y libremente, expresa las opciones e instrucciones que deben respetarse en la asistencia sanitaria que reciba en el caso de que concurran circunstancias clínicas en las cuales no pueda expresar personalmente su voluntad”*⁵³. Dicho de otro modo, las voluntades vitales anticipadas, son unas pautas o directrices que una persona realiza en el presente en función de sus intereses, para que en un futuro si es necesario, conocer su voluntad, tener su consentimiento, o nombrar a una persona que lo represente. En estas instrucciones podrá establecer qué tratamientos médicos o medidas terapéuticas pueden o no utilizarse en el momento en que no pueda decidir, y elegir si desea donar los órganos en caso de que se produzca el fallecimiento. Una vez realizada la declaración de voluntades anticipada y cumplidos todos los requisitos formales⁵⁴ establecidos por la Ley, se incorporarán al historial clínico de la persona.

⁴⁹Art. 9 de la Ley 11/2016, de 8 de julio del País Vasco, de garantía de los derechos y de la dignidad de las personas en el proceso final de su vida.

⁵⁰Art. 11 de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

⁵¹Son comunidades con Ley de muerte digna y voluntades anticipadas: Andalucía, Navarra, Aragón, Madrid, Islas Canarias, Islas Baleares, Galicia y País Vasco.

⁵²No tienen Ley de muerte digna, pero sí de instrucciones previas: Comunidad Valenciana, establecidas por el Decreto 168/2004 que regula el Documento de Voluntades Anticipadas y se crea el registro de la Comunidad Valenciana. Y la Comunidad de Extremadura por la Ley 6/2005 de Voluntades Anticipadas.

⁵³Art. 2 de la Ley 5/2003 de declaración de voluntad vital anticipada.

⁵⁴En el caso de Andalucía la Ley 5/2003, de 9 de octubre, de declaración de voluntad vital anticipada en dos artículos se regulan los requisitos de forma necesarios:

Artículo 5. *“Requisitos de la declaración. 1. Para que la declaración de voluntad vital anticipada sea considerada válidamente emitida, además de la capacidad exigida al autor, se requiere que conste por escrito, con la identificación del autor, su firma, así como fecha y lugar del otorgamiento, y que se inscriba en el Registro, previsto en el artículo 9 de esta Ley. Si no supiere o no pudiere firmar, firmará por él un testigo a su ruego, debiendo constar la identificación del mismo, expresándose el motivo que impide la firma por el autor. 2. En el supuesto previsto en el artículo 3, apartado 2, se requiere que el representante esté plenamente identificado y que, además, haya expresado su aceptación a serlo. En todo caso, esta persona deberá ser mayor de edad y tener plena capacidad”*.

Simplemente a título ejemplificativo, serían posibles opciones como estas en las voluntades anticipadas: la voluntad contraria a recibir tratamiento de soporte vital, la voluntad contraria a que se prolongue artificialmente la vida, y el deseo que se utilice sedación para aliviar el dolor o el sufrimiento.⁵⁵ En cuanto al representante, la Ley⁵⁶ establece que tiene que actuar buscando el mayor beneficio y respeto de la dignidad de la persona a la que represente, y velar por que se cumplan las instrucciones fijadas por el representado. En el supuesto que un representante tenga que decidir sobre una opción o tratamiento no incluido en las instrucciones previas, optará en función de los valores u opciones vitales establecidas en la declaración.

F) Deberes del personal sanitario

Durante el proceso de muerte sin duda destacan dos protagonistas en esta relación, tanto el paciente como el médico juegan un papel significativo a lo largo de todo el proceso, por ello, no es de extrañar que las distintas leyes autonómicas dediquen todo un Título⁵⁷ para regular los deberes del personal sanitario.

Primero, encontraríamos una serie de deberes relacionados con la elección por parte del médico de la proposición del tratamiento, como son: que el médico se asegure de que la intervención o el tratamiento a proponer esté clínicamente indicado (los parámetros a seguir para cumplir esta máxima están regulados en la Ley⁵⁸), el deber de someter ese tratamiento o intervención al consentimiento informado del paciente, y de respetar los valores y creencias del paciente en la toma de decisiones clínicas, por lo que el personal médico tiene que abstenerse de imponer sus propias creencias o convicciones personales.

En segundo lugar, deberes relacionados con la voluntad vital anticipada: que van desde la obligación por parte del profesional sanitario a facilitar información sobre el derecho a

Artículo 6. *“Verificación de la capacidad y requisitos formales de la declaración. Por funcionarios dependientes de la Consejería de Salud responsables del Registro, se procederá a la constatación de la personalidad y capacidad del autor, así como a la verificación de los requisitos formales determinantes de la validez de la declaración”.*

⁵⁵Véase el artículo 5 de la ley 9/2005 de 30 de septiembre de La Rioja.

⁵⁶Véase el artículo 9.4 y 9.5 de la Ley 2/2010 de Andalucía, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte.

⁵⁷Véase el Título III de la Ley 2/2010 de Andalucía, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte, que regula los *“Deberes de los profesionales sanitarios que atienden a pacientes ante el proceso de muerte”.*

⁵⁸Art.18.1 de la Ley 2/2010 de Andalucía, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte: *“(…) basándose en el estado de la ciencia, en la evidencia científica disponible, en su saber profesional, en su experiencia y en el estado clínico, gravedad y pronóstico de la persona afecta”.*

declarar voluntades anticipadas, hasta el respeto de los valores e instrucciones establecidas por los pacientes en los mismos⁵⁹.

En tercer lugar, relacionado con personas que puedan estar en situación de incapacidad temporal, es el personal médico quién ha de valorarlo de acuerdo a unos criterios⁶⁰ establecidos en la Ley, y posteriormente hacerlo constar en el historial clínico.

Por último, en cuarto lugar, se establecen dos deberes específicos relacionados con las medidas terapéuticas: el primero es adecuar el esfuerzo terapéutico⁶¹, que consiste en la retirada o no instalación de una medida de soporte vital u otra intervención, cuando observando el mal pronóstico de una persona, se considere que es algo fútil y que solo prolonga el tiempo de una situación en la que no hay expectativas de mejora. El segundo, es evitar la obstinación terapéutica⁶², que consiste en una situación en la que el paciente se encuentra en estado terminal o de agonía, y se pretende tratar o mantener con tratamientos o medidas carentes de utilidad clínica, que solo prolongaran su vida sin posibilidad de recuperación.

Antes de terminar hablando de los deberes del personal sanitario, debemos mencionar que sorprende que en ninguna ley autonómica se contemple la posibilidad de alegar objeción de conciencia, cuestión que hace que al respecto nos remitamos a la regulación en la material a nivel estatal y constitucional. Realmente la especialidad de la materia puede plantear problemas éticos, porque se puede dar el caso de que un médico tenga que desconectar a una persona de un soporte vital, y con ello que se produzca la muerte del paciente. Sin duda, consideramos que es un tema que requiere un estudio a fondo para dotar de calidad afirmaciones en uno u otro sentido, pero este no es el lugar para realizar una investigación de ese tipo. A nuestro parecer, creemos que para que se dé una aplicación verdaderamente efectiva que proteja al paciente y su voluntad, sobre todo por su especial circunstancia personal en la que se encuentra, en concordancia con la objeción de conciencia que determinado personal sanitario pudiera tener con determinados tratamientos paliativos.

⁵⁹Véase el artículo 14 de la Ley 4/2017, de 9 de marzo de Madrid, de Derechos y Garantías de las Personas en el Proceso de Morir.

⁶⁰Art. 20.1 de la Ley 4/2017, de 9 de marzo de Madrid, de Derechos y Garantías de las Personas en el Proceso de Morir: "(...) Para determinar la situación de incapacidad de hecho se evaluarán, entre otros factores que se estimen clínicamente convenientes, los siguientes:

- a) Si tiene dificultades para comprender la información que se le suministra.
- b) Si retiene defectuosamente dicha información durante el proceso de toma de decisiones.
- c) Si no utiliza la información de forma lógica durante el proceso de toma de decisiones.
- d) Si falla en la apreciación de las posibles consecuencias de las diferentes alternativas.
- e) Si no logra tomar finalmente una decisión o comunicarla."

⁶¹Véase por ejemplo la definición que da el Art. 3.6, y la regulación del deber en el Art. 18 de la Ley 5/2015, de 26 de junio, de Galicia, de derechos y garantías de la dignidad de las personas enfermas terminales.

⁶²Véase por ejemplo la definición que da el Art. 5. apartado I, y la regulación del deber en el Art.21.1 de la Ley 2/2010 de Andalucía, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte.

Asimismo dada que la Sanidad es una competencia de titularidad autonómica, probablemente la evolución de la cuestión objeto del trabajo haga que en futuros desarrollos legislativos en la materia se contemple las situaciones en las que el personal sanitario puede acogerse a la objeción de coincidencia en los tratamientos conducentes a los procesos de muerte digna.

III. DERECHO COMPARADO

En la mayoría de estados del mundo, la eutanasia está considerada un delito, son pocos los estados que admiten que un enfermo terminal pueda decidir cuándo y cómo morir. Los estados que la admiten, la fundamentan en la dignidad de la persona, la autonomía y el consentimiento informado.

El primer estado europeo que permitió a un médico ayudar a morir a un paciente fue Holanda. En la misma Ley⁶³ que reguló la eutanasia también despenalizó el suicidio asistido⁶⁴, siempre y cuando se cumplieran una serie de requisitos, que aparecen recogidos en su artículo 2.1: *“Los requisitos de cuidado a los que se refiere el artículo 293, párrafo segundo, del Código Penal, implican que el médico: a. ha llegado al convencimiento de que la petición del paciente es voluntaria y bien meditada, b. ha llegado al convencimiento de que el padecimiento del paciente es insostenible y sin esperanzas de mejora, c. ha informado al paciente de la situación en que se encuentra y de sus perspectivas de futuro, d. ha llegado al convencimiento junto con el paciente de que no existe ninguna otra solución razonable para la situación en la que se encuentra este último, e. ha consultado, por lo menos, con un médico independiente que ha visto al paciente y que ha emitido su dictamen por escrito sobre el cumplimiento de los requisitos de cuidado”*. Por lo tanto, si no queda acreditado el cumplimiento de los requisitos, estaríamos ante un delito. La propia Ley establece en su artículo 3 la creación de una comisión que se encargue de comprobar los casos que se han realizado de terminación de la vida y auxilio al suicidio. Según algunos datos, se ha aplicado la eutanasia en Holanda a 6.091 personas en el año 2016.⁶⁵ Parece ser que el tema de la eutanasia ha ido

⁶³Ley holandesa Ley de Comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio.

⁶⁴Ley holandesa Ley de Comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio, en su capítulo 4: *“Modificaciones en otras leyes”* art. 20: *“El artículo 293 pasa a tener el siguiente texto: 1. El que quite la vida a otra persona, según el deseo expreso y serio de la misma, será castigado con pena de prisión de hasta doce años o con una pena de multa de la categoría quinta. 2. El supuesto al que se refiere el párrafo 1 no será punible en el caso de que haya sido cometido por un médico que haya cumplido con los requisitos de cuidado recogidos en el artículo 2 de la Ley sobre comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio, y se lo haya comunicado al forense municipal conforme al artículo 7, párrafo segundo de la Ley Reguladora de los Funerales”*.

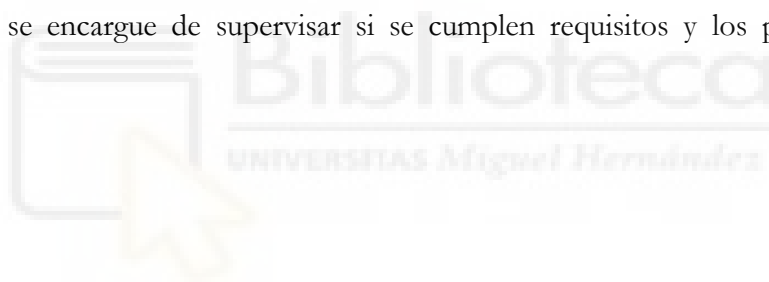
⁶⁵Ferrer, Isabel. “Las muertes por eutanasia son ya un 4% de los fallecimientos en Holanda”. *Diario El País*. 13 de abril de 2017. En: https://elpais.com/internacional/2017/04/13/actualidad/1492099046_930195.html

evolucionando, y a día de hoy, hay una demanda social por parte de la población holandesa que considera incluir, dentro de los sujetos que tienen derecho a solicitar la ayuda al suicidio, a las personas mayores que consideren que están cansadas de vivir.

En Luxemburgo, la eutanasia se regula por la Ley de 16 de marzo 2009, sobre la eutanasia y la asistencia al suicidio, en la que al igual que la holandesa, si el médico cumple una serie de requisitos⁶⁶ no será calificado como una infracción penal.

En el caso de Bélgica, se permite la eutanasia gracias a la aprobación de la Ley del 28 de mayo de 2002, relativa a la eutanasia, que se completó por la Ley del 10 de noviembre 2005. Estableciendo que el personal médico que la realice no comete infracción si cumple las condiciones y procedimientos establecidos en dicha Ley⁶⁷.

Como podemos apreciar, los tres Estados analizados que han regulado la eutanasia lo han realizado de forma similar. El método jurídico que han empleado podemos simplificarlo en la aprobación de una Ley que declare el derecho, estableciendo una serie de requisitos para su petición, la modificación del Código Penal excluyendo la infracción si se cumplen los requisitos, y por último, establecer una serie de garantías, entre ellas la creación de una comisión que se encargue de supervisar si se cumplen requisitos y los procedimientos realizados.



⁶⁶Art. 2 de la Ley de 16 de marzo 2009, de Luxemburgo sobre la eutanasia y la asistencia al suicidio: “No será sancionado penalmente y no podrá lugar a una acción civil en daños y perjuicios el hecho de que un médico responda a una petición de eutanasia o asistencia al suicidio, si se cumplen las condiciones de fondo siguientes: 1) el paciente es mayor de edad, capacitado y consciente en el momento de su demanda; 2) la demanda se formula de manera voluntaria, reflexionada y, en su caso, repetida, y que no sea el resultado de una presión exterior; 3) el paciente se encuentra en un situación médica sin solución y su estado es de un sufrimiento físico o psíquico constante e insostenible sin perspectiva de mejoría, resultante de una dolencia accidental o patológica; 4) la demanda del paciente de recurrir a una eutanasia o a la asistencia al suicidio deberá ser consignada por escrito”.

⁶⁷Véase el artículo 3 de la ley del 28 de mayo de 2002 relativa a la eutanasia

IV. CONCLUSIONES

PRIMERA.- En España nos encontramos ante una situación complicada, dónde carecemos de una ley de muerte digna de alcance estatal, y aunque la tuviéramos dentro de unos meses o unos años no sabemos si podríamos garantizar el tratamiento de cuidados paliativos a toda la cantidad de pacientes que lo necesitan al ser una materia con importantes cargas ideológicas, religiosas y culturales.

SEGUNDA.- Tenemos una serie de normativas autonómicas de bastante calidad, que al no ser homogéneas, destacan en aspectos diferentes como hemos mencionado a lo largo del trabajo, muestra de ello la Ley 5/2015, de 26 de junio de Galicia en cuanto a tratos al paciente o la Ley 4/2017 de 23 de junio de Madrid, acerca de su regulación del menor paciente. Si se lleva a cabo un desarrollo de una Ley estatal, como mínimo debería recoger lo mejor de los desarrollos autonómicos en la materia.

TERCERA.- Pero aun así, ¿que tengamos una ley estatal que regule la muerte digna en todo el territorio español es suficiente?. La respuesta es no. A nuestro parecer, y es más fácil de ver en el caso de enfermedades degenerativas, esperar a que a una persona le falle el aparato respiratorio o el aparato digestivo para fallecer, no lo podemos considerar una muerte digna.

CUARTA.- La solución debería ser lo que han realizado otros estados de nuestro entorno como los mencionados: despenalizar la eutanasia, con todas las condiciones y garantías necesarias, a nivel estatal.

QUINTA.- Entendemos que genera miedo el hecho de pensar que un médico ponga fin a la vida de su paciente, y aún más, cuál sería la evolución de este derecho en nuestra sociedad. Eso es un temor abstracto. Lo que no nos podemos permitir es basarnos en el miedo de un futuro incierto para justificar el sufrimiento que soportan en nuestro Estado muchas personas, a las que se les está obligando a vivir hasta que su cuerpo no aguante más y se produzca una muerte natural.

Por último señalar, que la realización del Trabajo Fin de Grado cumple con los objetivos previstos para la actividad, alcanzando las competencias y habilidades establecidas por el Plan de Estudios del Grado en Derecho, de la Universidad Miguel Hernández de Elche. Asimismo la elaboración del TFG permite al alumnado la implementación de las competencias, habilidades y conocimientos adquiridos a lo largo del proceso de aprendizaje en una manera integral, teniendo en consideración aspectos formales y materiales de la disciplina jurídica.



V. FUENTES CONSULTADAS

A) BIBLIOGRAFIA

1. Álvarez Conde, Enrique; Tur Ausina, Rosario. *Derecho Constitucional*. Ed. Tecnos. Madrid. 2015.
2. Álvarez Conde, Enrique; García-Moncó Martínez, Alfonso; Tur Ausina, Rosario. *Derecho Autonómico*. Ed. Tecnos. Madrid. 2013.
3. Balsells, Ferran. “Sólo hizo lo que le pedimos: que mi madre no sufriera”, *El País*, 4 de noviembre de 2009, (https://elpais.com/diario/2009/11/04/sociedad/1257289206_850215.html).
4. Beauchamp TL; Childress JF. *Principios de ética biomédica*. Masson. Barcelona. 1999.
5. Borraz, Marta. “El Congreso rechaza la propuesta de despenalizar la eutanasia con la abstención del PSOE y Ciudadanos”. *eldiario.es*, 21 de marzo de 2017. (http://www.eldiario.es/sociedad/Congreso-propuesta-Unidos-Podemos-eutanasia_0_624687864.html)
6. Caamaño, Francisco. “SÍ PUEDEN. (Declaraciones de derechos y Estatutos de Autonomía)”. *Revista Española de Derecho Constitucional*, nº 79, enero-abril 2007, pp. 33-46.
7. Craviotto Valle, Patricia. “Consecuencias de la quiebra del derecho a la salud. Regulación de la eutanasia: un derecho sin respaldo jurídico”. *Ius et scientia*, Vol. 2, nº 2, pp. 145-155. 2016.
8. De Benito, Emilio. “El Congreso aprueba debatir una ley de muerte digna sin incluir la eutanasia”. *El País*, 28 mar 2017. (https://politica.elpais.com/politica/2017/03/28/actualidad/1490716259_715873.html)

9. De Lorenzo y Montero, Ricardo. “El Proyecto de Ley nacional reguladora de los derechos de la persona ante el final de la vida”
10. Díez-Picazo, Luis María. “¿Pueden los Estatutos de Autonomía declarar derechos, deberes y principios?” *Revista Española de Derecho Constitucional*, nº 78, septiembre-diciembre 2006, pp. 63-75.
11. Dworkin, Ronald. “El dominio de la vida. Una discusión acerca del aborto, la eutanasia y la libertad individual.” Versión española de Ricardo Caracciolo y Víctor Ferreres (Universitat Pompeu Fabra) del original *Life's Dominion*”, Ed. Ariel. 1993. Barcelona.
12. Ferrer, Isabel. “Las muertes por eutanasia son ya un 4% de los fallecimientos en Holanda”. *El País*, 14 de abril de 2017. (https://elpais.com/internacional/2017/04/13/actualidad/1492099046_930195.html)
13. Labaca Zabala, M^a L. “Modelos europeos de eutanasia y suicidio asistido en Holanda, Bélgica, Suiza, Luxemburgo y Francia”. *Quaestio Iuris*.
14. Maciá Gómez, Ramón. “El concepto legal de muerte digna”, octubre de 2008.
15. Marín, Fernando. "Las leyes de muerte digna: un brindis al sol", *ENSXXI*, nº 74, julio - agosto 2017.
16. Marín Gámez, José Ángel. “Reflexiones sobre la eutanasia: una cuestión pendiente del derecho constitucional a la vida”, *Revista Española de Derecho Constitucional*, Año 18, nº 54. Septiembre-Diciembre 1998.
17. Montón, Carmen. “El derecho a morir con dignidad”. *El Mundo*, 8 de mayo de 2016. (<http://www.elmundo.es/comunidad-valenciana/2016/05/08/572efb78268e3eba0d8b45d3.html>)

18. Moreno Antón, María. “Elección de la propia muerte y Derecho. Hacia el reconocimiento jurídico del derecho a morir”, *Revista General de Derecho Canónico y Derecho Eclesiástico del Estado*, nº 3. 2003.
19. Navarro, Pedro Antonio “Dignidad al final de la vida”. *El siglo de Europa*, nº 1127, 19–25 de octubre de 2015, pp. 32.
20. Oliva Moreno, Milagros. “La hora de la eutanasia”, *El País*, 2 de abril de 2017, (https://politica.elpais.com/politica/2017/03/31/actualidad/1490960180_147265.html).
21. 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”. *Revista de Derecho Político*, nº 71-72, enero-agosto 2008, pp. 439-477.
22. Sánchez Moreno, María de los Reyes. “La eutanasia en Europa: ¿Qué hay detrás del tabú?”, *El notario del siglo XXI, revista del colegio notarial de Madrid*, nº73.
23. Sanz Ortiz J. *Bioética y Medicina Paliativa*. En: Gómez Sancho M. *Medicina Paliativa en la Cultura Latina*. Madrid: Aran Ed. S.A. pp. 1161-76. 1999.

B) LEGISLACIÓN O NORMATIVA CONSULTADA

1. Legislación española:

- Constitución Española de 1978.
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.
- 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.
- Real Decreto 124/2007 de regulación del Registro nacional de Instrucciones Previas y fichero automatizado de datos.

a) Andalucía:

- Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, de reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía.
- Ley 2/2010, de 8 de abril de Andalucía, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte.
- Ley 5/2003, de 9 de octubre de Andalucía, de Declaración de Voluntad Vital Anticipada.
- Decreto 238/2004 por el que se regula el Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía.

b) Aragón

- Ley 10/2011, de 24 de marzo de Aragón, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de Morir y de la Muerte.

c) Cataluña:

- Ley Orgánica 6/2006, de 19 de julio, de reforma del Estatuto de Autonomía de Cataluña.

d) Comunidad Valenciana:

- Ley Orgánica 1/2006, de 10 de abril, de Reforma de Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana.

e) Galicia:

- Ley 5/2015, de 26 de junio de Galicia, de Derechos y Garantías de la Dignidad de las Personas Enfermas Terminales.

f) Islas Canarias:

- Ley 1/2015, de 9 de febrero de las Islas Canarias, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona ante el Proceso Final de su Vida.

g) Islas Baleares:

- Ley 4/2015, de 23 de marzo de las Islas Baleares, de Derechos y Garantías de la Persona en el Proceso de Morir.

h) Madrid:

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

i) Navarra:

- Ley Foral 8/2011, de 24 de marzo de Navarra, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte.

j) País Vasco:

- Ley 11/2016, de 8 de julio del País Vasco, de Garantía de los Derechos y de la Dignidad de las Personas en el Proceso Final de su Vida.

2. Legislación Europea y de la ONU

- Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, de Estrasburgo de 12 de diciembre de 2007.
- Declaración universal sobre bioética y derechos humanos aprobada por la UNESCO el 19 de octubre de 2005.

3. Legislación Extranjera

a) Bélgica:

- Ley del 28 de mayo 2002 relativa a la Eutanasia, de Bélgica.

b) Holanda:

- Ley de Comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio y modificación del Código Penal.
- Ley reguladora de los funerales, de Holanda.

c) Luxemburgo:

- Ley de 16 de marzo de 2009, sobre la Eutanasia y Asistencia al Suicidio, de Luxemburgo.

C) SENTENCIAS Y JURISPRUDENCIA

1. STC 53/1985 del 11 de abril
2. STC154/2002 del 18 de julio
3. STC 247/2007, del 12 de diciembre
4. STC 37/2011 del 28 de marzo
5. STEDH Caso Pretty contra Reino Unido. Sentencia de 29 abril 2002

D) WEBS O URLS CONSULTADAS

- www.aranzadigital.es
Base de datos jurídicos, recolecta: jurisprudencia, legislación, publicaciones, monografías, códigos, y revistas.
- www.noticias.juridicas.com
Visualizar legislación, convenios y artículos doctrinales.
- <http://www.elnotario.es/>
Todo tipo de artículos jurídicos sobre cuestiones de actualidad.
- <https://www.eutanasia.ws/politica.html>
Web de la asociación DMD, proporciona información relacionada con la muerte digna.
- <http://www.secpal.com/>
Portal que facilita información acerca de los cuidados paliativos.
- <https://dialnet.unirioja.es/>
Repositorio institucional de recopilación de documentación y recursos científicos. Principal buscador para la investigación jurídica en España.