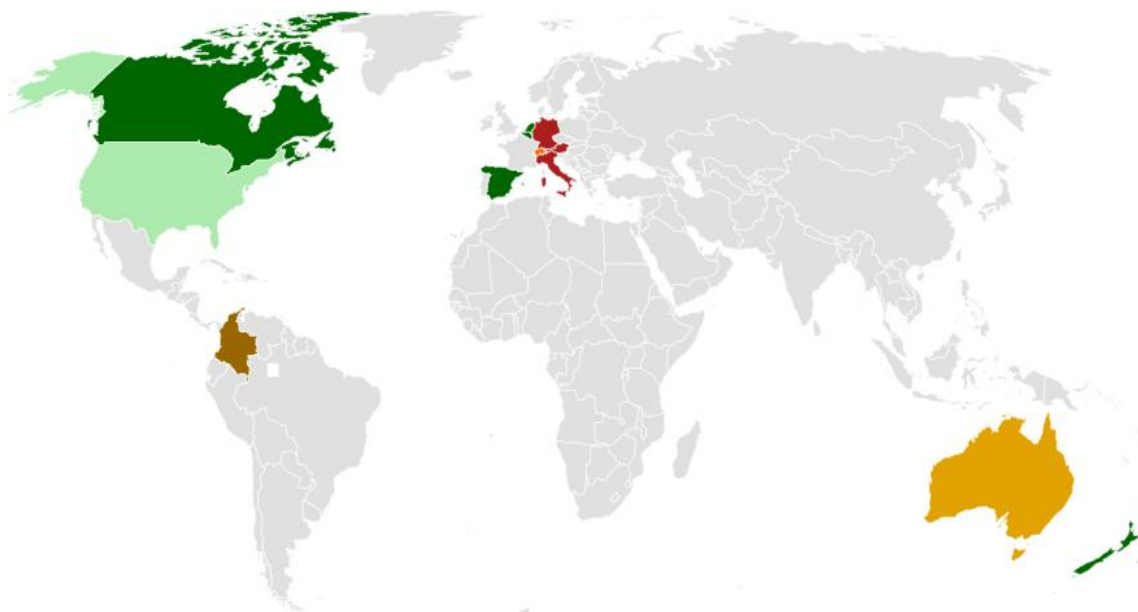


es “el propio paciente la persona que termina con su vida, para lo que precisa de la colaboración de un profesional sanitario que, de forma intencionada y con conocimiento, facilita los medios necesarios, incluido el asesoramiento sobre la sustancia y dosis necesarias de medicamentos, su prescripción o, incluso, su suministro con el fin de que el paciente se lo administre”.

El siguiente mapa¹⁴ ha sido elaborado a partir de los datos que recoge la Asociación Derecho a Morir Dignamente¹⁵ donde se puede observar los países que han regulado la eutanasia o el suicidio asistido o ambos. Además, actualizaremos los recientes cambios producidos en algunos países.

Eutanasia y suicidio asistido en el mundo

- Países que regulan o contemplan la eutanasia y el suicidio asistido
- Estados que regulan o contemplan el suicidio asistido
- País que regula la eutanasia por sentencia y ha despenalizado recientemente el suicidio asistido
- Estados que regulan o contemplan la eutanasia y el suicidio asistido
- País que solo regula o contempla el suicidio asistido
- Países en los que por vía jurisprudencial se ha reconocido recientemente el suicidio asistido en determinados supuestos



¹⁴ Fuente: elaboración propia

¹⁵ Recuperado de: <https://derechoamorir.org/eutanasia-mundo/>

País	Legalización
Países Bajos (Holanda)	Países Bajos se convirtió en el primer país europeo en aprobar una ley sobre la eutanasia y el suicidio asistido en 2001. Aunque, esta entró en vigor en abril de 2002.
Bélgica	En Bélgica la eutanasia es legal, ya que esta fue aprobada en 2002 y entró en vigor en el mismo año. No obstante, esta ley no regula como tal el suicidio asistido, pero los casos denunciados ante la Comisión Federal de Control y Evaluación de la eutanasia se tratan igual que la eutanasia. ¹⁶
Luxemburgo	Luxemburgo reguló tanto la eutanasia como la asistencia al suicidio, mediante la Ley de 16 de marzo de 2009.
Canadá	La eutanasia y el suicidio médicamente asistido son legales desde 2016. Sin embargo, en Quebec es legal solo la eutanasia.
Colombia	En Colombia la eutanasia es legal por la Sentencia C-237 de despenalización de la muerte asistida (1997). No obstante, el suicidio asistido ha sido despenalizado el 11 de mayo de este año con una votación de seis votos a favor y tres en contra. ¹⁷
España	En España, tanto la eutanasia como el suicidio asistido son legales. Si bien, la

¹⁶ Marcos, A. M. & Torre, J. D. L. (2019). *Y de nuevo, la eutanasia: una mirada nacional e internacional*. Dykinson. <https://elibro.net/es/ereader/bibliotecaumh/113326?page=99>

¹⁷ FRANCO, L (12 de mayo). La Corte Constitucional de Colombia legaliza el suicidio médicamente asistido. *EL PAÍS*. <https://elpais.com/america-colombia/2022-05-12/la-corte-constitucional-de-colombia-legaliza-el-suicidio-medicamente-asistido.html>

	<p>Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia fue aprobada en marzo de 2021, pero no entro en vigor hasta el 25 de junio.</p>
Nueva Zelanda	<p>Nueva Zelanda, en el año 2020, se convirtió en el primer país en legalizar la eutanasia a través de un referéndum. De esta forma, entra a formar parte del grupo de países que han despenalizado la eutanasia y la muerte asistida. No obstante, cabe destacar que entró en vigor un año más tarde, esto es, el 6 de noviembre de 2021.</p>
Estados Unidos (algunos Estados)	<p>En EE. UU, no está legalizada la eutanasia, pero si el suicidio asistido en algunos países como Oregón (1994), Washington (2008), Montana (2009, por decisión judicial), Vermont (2013), California (2015), Colorado (2016), Washington D.C. (2016), Hawái (2018), Nueva Jersey (2019), Maine (2019) y Nuevo México (2021). Si bien, será aplicado cuando se cumplan los requisitos que recoge cada uno de ellos.</p>
Australia (algunos Estados)	<p>En el Estado de Victoria la eutanasia y el suicidio médicamente asistido son legales, tras aprobar una ley en 2017. Años después se han sumado más Estados como el de Australia Occidental, que aprobó una Ley en el año 2019 que entró en vigor en julio de 2021. En el caso, del Estado de Tasmania, la eutanasia y el suicidio asistido serán legales a finales de 2022, tras aprobar una Ley en marzo de 2021. En</p>

	<p>el Estado de Australia del Sur, la eutanasia y el suicidio asistido serán permitidas a inicio del año 2023, ya que aprobaron una Ley en junio de 2021, aunque entrará en vigor 18 meses después. En el Estado de Queensland serán legales el 1 de enero de 2023, tras aprobar una Ley en septiembre de 2021. Y en este último año Nueva Gales del Sur aprobó una ley que permite poner en práctica la eutanasia, aunque la nueva normativa tardará unos 18 meses en entrar en vigor.¹⁸</p>
Suiza	<p>En Suiza no está permitida la eutanasia, pero si el suicidio asistido, salvo que se haga con motivos egoístas. Ambas cuestiones están recogidas en los arts. 114 y 115 de su CP.</p>
Alemania	<p>En Alemania la eutanasia no es legal. No obstante, sí que se permite el suicidio asistido tras la Sentencia del Tribunal Constitucional de febrero de 2020 que ratificó la legalidad del mismo.</p>
Austria	<p>En Austria, tras una sentencia de su Tribunal Constitucional, aprobó una ley de suicidio asistido el 16 de diciembre de 2021. Esta entró en vigor el 1 de enero de 2022.</p>
Italia	<p>En Italia no está legalizada la eutanasia. Sin embargo, en este país sí que se permite el suicidio asistido en determinadas</p>

¹⁸ El estado australiano de Nueva Gales de Sur legaliza la eutanasia tras un debate maratoniano (19 de mayo de 2022). Europa Press. <https://www.europapress.es/internacional/noticia-estado-australiano-nueva-gales-sur-legaliza-eutanasia-debate-maratoniano-20220519122811.html>

ocasiones tras la sentencia 242/2019. Si bien, el pasado jueves 16 de junio de este año, Italia ha practicado su primer suicidio asistido a un hombre de 44 años (tetrapléjico) tras obtener la autorización del Tribunal Constitucional italiano, ya que llevaba 12 años en ese estado tras sufrir un accidente de coche.¹⁹

Siguiendo con la clasificación, la eutanasia activa indirecta es aquella que consiste en la aplicación de un tratamiento a una persona próxima a la muerte, con el objetivo de eliminar o paliar graves sufrimientos físicos o psíquicos difíciles de soportar, aunque debido a los fármacos que se utilizan pueden provocar de modo indirecto una anticipación de la muerte del paciente²⁰. Un ejemplo de eutanasia activa indirecta es la administración de analgésicos o lenitivos que sirven para aliviar o mitigar los graves padecimientos. Por tanto, el propósito principal de la eutanasia indirecta es tratar de que el paciente no sufra o sufra lo menos posible, aliviando tales dolores, pero a sabiendas de que como efecto secundario supondrá un acortamiento de las funciones vitales.

Resumiendo, y a modo de conclusión, observamos una clara diferencia entre eutanasia activa directa e indirecta, pues la primera tiene como objetivo causar la muerte a través de una única acción donde se garantiza una muerte rápida, mientras que la eutanasia activa indirecta no tiene la misma finalidad que la anterior. En otras palabras, no tiene como fin producir la muerte, sino que trata de calmar los dolores, pero debido a los métodos utilizados existe un pronóstico de que la muerte acontecerá con total seguridad.

3.1.2. Eutanasia pasiva

La eutanasia pasiva es aquella en la que se suprimen los tratamientos necesarios que permiten preservar la vida del paciente.²¹ En este proceso, a diferencia del anterior, el profesional sanitario no realiza ninguna acción de modo directo, sino que será la

¹⁹ GÓMEZ FUENTES, A. (17 de junio de 2022). Primer caso de suicidio asistido en Italia: Federico Carboni: tetrapléjico desde hace 12 años. *ABC*. https://www.abc.es/sociedad/abci-primer-caso-suicidio-asistido-italia-federico-carboni-tetraplejico-desde-hace-12-anos-202206171009_noticia.html

²⁰ NÚÑEZ PAZ, M.A. *La buena muerte...*, op., cit. p.139.

²¹ ÁLVAREZ GÁVEZ, (2004). *La eutanasia voluntaria*. Dykinson. p.36.
<https://elibro.net/es/ereader/bibliotecaumh/53660?page=36>

enfermedad la que produzca el fallecimiento de la persona en horas o días, tras dejar de emplear cualquier método que esté ayudando a la supervivencia del enfermo.

Estas prácticas pueden consistir en la abstención terapéutica y en la suspensión terapéutica²². En la primera, se trata de no dar inicio al tratamiento indicado por los profesionales de la medicina, mientras que en la última se suspende el ya iniciado, por ejemplo, al no administrar la medicación adecuada o incluso con la desconexión de máquinas de apoyo que mantienen determinadas funciones vitales del cuerpo humano (ventilación asistida, reanimadores, tubos de alimentación...).

En esta modalidad de eutanasia es interesante mencionar la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica — en adelante Ley 41/2002—. Esta norma exige que se dé al enfermo, así como a sus familiares (en la medida que la persona aquejada lo permita de manera expresa o tácita) la información sobre el procedimiento y de las actuaciones que se lleven a cabo, la cual se comunicará de forma comprensible y adecuada a sus necesidades, para que le ayude a tomar una decisión dentro del ámbito de su libertad. No obstante, tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informado, si así lo determina. Por tanto, no solo podrá decidir entre las diversas opciones planteadas por el médico, sino que también tendrá derecho a negarse a recibir cualquier tratamiento dentro de los límites establecidos por la ley. Para ir terminando este punto, es preciso señalar que la decisión tomada deberá constar por escrito en el documento de consentimiento informado en los casos que menciona el art. 8.2 (aunque el consentimiento será de forma verbal por regla general) o también puede quedar reflejado en el documento de instrucciones previas, siempre por escrito. Este último caso se produce cuando una persona mayor de edad, capaz, y libre, ha manifestado anticipadamente su voluntad, con el objetivo de que esta se cumpla cuando llegado el momento no sea capaz de expresarlo por ella misma (arts. 2.3, 2.4, 4.2, 5.1 y 11 de la Ley 41/2002).

²²*El delito de eutanasia hasta junio de 2021*. (25 de marzo de 2021). Iberley. <https://www.iberley.es/temas/delito-eutanasia-junio-2021-48301>

3.2. Sedación paliativa

3.2.1. Marco legal

En España, la atención al paciente con necesidades paliativas ha precisado importantes cambios legislativos, aunque en la actualidad se reclama una ley integral que regule unos cuidados paliativos de calidad. Y ello, porque la mayoría de las personas con enfermedades avanzadas o terminales no tienen garantizada esta prestación como consecuencia de los escasos recursos con los que contamos. Además, nuestro país destaca por tener una población envejecida que irá incrementándose con el paso de los años debido a la mejora de la calidad de vida y a los avances de la medicina. Por tanto, es muy probable que la mayoría de ellos requieran de ayuda en su última etapa.

Sin embargo, a lo largo de los años se han ido desarrollando leyes tanto a nivel estatal como en las diferentes comunidades autónomas, por lo que se ha normalizado cada vez más el uso de la sedación paliativa en la práctica médica, mejorando así la atención de los pacientes en sus últimos momentos.

En primer lugar, cabe destacar la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Esta ley tiene como finalidad promover una asistencia de calidad, equidad, así como de igualdad de condiciones para todos los ciudadanos. Además, cuenta con una cartera de servicios en la que se incluye la atención paliativa del paciente terminal, tanto en la prestación de atención primaria (art. 12) como en la prestación de atención especializada (art.13).

En esta línea, algunas comunidades autónomas aprobaron sus propias leyes sobre los derechos y garantías de las personas al final de la vida, donde se recoge a su vez el derecho de los pacientes a la sedación paliativa. A este respecto, han sido diez territorios los que han regulado sobre estas cuestiones: Andalucía, Aragón, Navarra, Madrid, Canarias, Baleares, Galicia, País Vasco, Asturias y la Comunitat Valenciana²³.

La Comunidad Autónoma de Andalucía fue la primera en legislar sobre estas materias y aprobó la Ley 2/2010 de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte. En este sentido, las comunidades autónomas antes mencionadas siguieron la iniciativa de Andalucía, incorporando normas similares. La última fue la Ley 16/2018

²³ MARTÍN SÁNCHEZ, I. (2019). Los cuidados paliativos con especial referencia a la legislación de las comunidades autónomas. 29 (2).https://www.ajs.es/sites/default/files/2020-02/vol29n2_02_01_Estudio.pdf

de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de atención al final de la vida, aprobada por la Comunitat Valenciana.

3.2.2. Concepto

La figura de la sedación paliativa se encuentra definida en las diferentes normativas autonómicas que regulan las distintas leyes de muerte digna. Tras un análisis de su articulado, observamos que son un claro reflejo de la definición que nos ofrece la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), para la que “se entiende por sedación paliativa la administración deliberada de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas, para reducir la conciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal, tanto como sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios y con su consentimiento explícito, implícito o delegado”.

En todo caso, como señala la Guía de Sedación Paliativa elaborada en 2021 por la Organización Médica Colegial (OMC) y la SECPAL²⁴, la sedación no debe instaurarse para aliviar la pena de los familiares o la carga excesiva de trabajo, ya que no sería ni ético ni profesionalmente correcto.

Por lo tanto, estamos ante un tratamiento médico indicado para aquellas personas que estén experimentando un sufrimiento intolerable causado por los síntomas refractarios, es decir, “aquel síntoma que no puede ser adecuadamente controlado, a pesar de esfuerzos intensos para instaurar un tratamiento tolerable y eficaz que no comprometa la conciencia del paciente²⁵”.

Por todo ello, podemos concluir que se trata de una medida terapéutica que no busca acelerar la muerte, sino proporcionar un alivio a través de la administración de los fármacos adecuados y en las dosis proporcionadas, atendiendo a las necesidades de cada paciente. De esta forma, se intenta mejorar la calidad de vida de la persona enferma mientras llega su fin. En consecuencia, la sedación paliativa constituye una buena práctica médica siempre que esté correctamente indicada y no exista un abuso sobre la misma.

²⁴ GÓMEZ SANCHO, M., ALISENT TROTA, R., BÁTIZ CANTERA, J., CASADO BLANCO, M., CIPRÉS BLANCO, L., GÁNDARA DEL CASTILLO, MOTA VARGAS. R, ROCAFORT GIL. J, & RODRÍGUEZ SEDÍN. J.J. (2021). *Guía de Sedación Paliativa*. CGCOM.

https://www.semg.es/images/2021/Documentos/Guia_de_Sedacion_Paliativa.pdf

²⁵ CHERNEY, N. I., PORTENOY, R. K. (1994). Sedation in the management of refractory symptoms: guidelines for evaluation and treatment. *Journal of palliative care*, 10(2), 31–38.

3.3. Diferencias entre eutanasia y sedación paliativa

Pasamos a continuación a abordar las diferencias entre eutanasia y sedación paliativa. Antes de analizar este tema es preciso señalar que tras la aprobación de la Ley Orgánica 3/2021 en España se ha generado un gran debate social sobre como debe ser el proceso final de la vida de una persona en fase terminal. Por lo tanto, hay personas que están a favor de la eutanasia y hay otras que prefieren unos cuidados paliativos de calidad. No obstante, cabe destacar que ambos procedimientos pretenden que el paciente deje de sufrir ante una situación insostenible, pero entre ellas hay una línea de separación que quizás sea difícil de entender. Por ello, haremos referencia a un estudio llevado a cabo por el Comité de Ética de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos²⁶ que aclara las diferencias entre ambas.

Lo primero que hay que destacar es que la sedación paliativa no es una forma encubierta de eutanasia. En realidad, nada tienen que ver una respecto de la otra, ya que difieren en la intencionalidad, en el procedimiento y en el resultado.

Con respecto a la intencionalidad, la sedación paliativa tiene como objetivo eliminar o aliviar los sufrimientos causados por uno o varios síntomas determinados que no pueden ser tratados con los métodos disponibles y, por ello, la única solución para inhibirlo de dichos padecimientos insoportables es a través de la sedación donde se logra disminuir el nivel de consciencia de manera proporcionada a sus necesidades. Se trata de una sedación primaria (buscada como finalidad) que puede ser, según su temporalidad: continua (sin periodos de descanso) o intermitente (permite periodos de alerta) y según la intensidad: profunda (no permite la comunicación con el paciente) o superficial (permite comunicarse con el paciente). Por tanto, el equipo médico de cuidados paliativos valorará la situación de cada paciente y aplicará la más adecuada. En cuanto a la eutanasia, tiene como propósito ayudar a morir aquellas personas que se encuentren en un estado de elevado sufrimiento mediante la administración de una sustancia que provoca el fallecimiento de la persona, de manera que la vida humana desaparece.

Por lo que se refiere al procedimiento, ambas requieren el consentimiento del paciente. En la sedación se emplearán los fármacos adecuados y las dosis se ajustarán de manera

²⁶ PORTA I SALES, J., NÚÑEZ OLARTE, J. M., ALTISENT TROTA, R., GISBERT AGUILAR, A., LONCAN VIDAL, P., MUÑOZ SÁNCHEZ, D., A. NOVELLAS AGUIRRE DE CÁRCER, J. RIVAS FLORES, RODELES DEL POZO, R., VILCHES AGUIRRE, Y, y SANZ ORTIZ, J. (2002). Aspectos éticos de la sedación en Cuidados Paliativos. *Revista Medicina Paliativa*, 9(1), 41-46. <https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/07/aspectoseticos.pdf>

proporcional a la situación de cada persona. Para ello, será necesario llevar a cabo una evaluación continuada del tratamiento empleado en el que se podrá modificar subiendo o bajando la dosis si fuera necesario. Este proceso deberá quedar registrado en la historia clínica del paciente. Sin embargo, en la eutanasia podrá aplicarse por dos vías, por un lado, mediante la administración directa de una sustancia por parte del profesional sanitario competente. O, tras la prescripción o suministro al paciente por parte del profesional sanitario de una sustancia, de manera que la pueda tomar o auto administrar, para causar su propia muerte. Por lo tanto, a diferencia de la sedación paliativa, la eutanasia precisa de fármacos a dosis y/o combinaciones letales.

Por último, podemos concluir que el resultado de la sedación es el alivio del sufrimiento, aunque como efecto secundario producirá la muerte de forma no intencionada y no querida. Por el contrario, en la eutanasia el resultado que se obtiene es la muerte querida por el paciente.

En definitiva, estamos ante dos prácticas totalmente diferentes donde el equipo médico competente deberá aclarar cualquier duda que se tenga sobre cualquiera de los dos procedimientos tanto a él como, en su caso, a los familiares.

4. ANÁLISIS DE LA LEY ORGÁNICA 3/2021, DE 24 DE MARZO, DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA

4.1. Introducción

Tras un largo periodo con diversos intentos para regular la eutanasia, no fue hasta el 18 de marzo de 2021 cuando el pleno del Congreso de los Diputados aprobó con 202 votos a favor, 141 en contra y 2 abstenciones la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. Con esta regulación se pretende “dar una respuesta jurídica, sistemática, equilibrada y garantista, a una demanda sostenida de la sociedad actual como es la eutanasia” (Preámbulo I).

No obstante, en nuestro país han existido diversos casos que han visibilizado la necesidad de este nuevo derecho, por lo que supone un gran reconocimiento para aquellos que lucharon por una muerte digna. A este respecto, uno de los casos más mediáticos en la sociedad española fue el de Ramón Sampredo. Se trataba de un ciudadano gallego, que a la edad de los 25 años sufrió un accidente que le dejó tetraplégico y postrado en una cama durante 30 años. Fue destacado, por ser el primer español en iniciar un proceso legal para solicitar la eutanasia. Pues bien, lo cierto es que su lucha ante los tribunales no obtuvo

éxito alguno, por lo que pidió la colaboración de varias personas para que nadie fuera imputado. Finalmente, su muerte se produjo el 12 de enero de 1998 a causa de ingerir cianuro potásico²⁷. Este tema originó un debate tanto social como político que hizo reflexionar a la población sobre esta cuestión.

En definitiva, nuestro ordenamiento jurídico les ha dado la razón aprobando esta norma compuesta por cinco capítulos, dos disposiciones adicionales, una disposición transitoria, una disposición derogatoria y cuatro disposiciones finales. Para una mejor comprensión de cada una de ellas, realizaremos a continuación un examen exhaustivo de la misma.

4.2. Sujetos que pueden solicitar la prestación de ayuda a morir y requisitos para su ejercicio

Para dar comienzo al estudio que nos ocupa sobre la prestación de ayuda para morir, lo primero que debemos preguntarnos es: ¿qué sujetos tienen derecho a solicitar la eutanasia? En realidad, nos encontramos ante una pregunta con cierta complejidad, ya que el legislador durante la redacción de esta norma no ha sido nada claro, incurriendo en algunas contradicciones. Por tanto, realizaremos un análisis de la Ley Orgánica 3/2021. Y además, traeremos a colación la Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica — en adelante Ley 8/2021— que fue tramitada de forma paralela a la anterior. Sin embargo, es necesario señalar que no se tuvo en cuenta esta modificación que se estaba llevando a cabo sobre los nuevos derechos de las personas con discapacidad, por ello, en este punto abordaremos la problemática que surge con respecto al citado colectivo.

Por tanto, para dar respuesta a la pregunta formulada, debemos hacer referencia al capítulo II (art. 4 a 7) donde recoge los requisitos que deben cumplir las personas que quieran acogerse a esta prestación, así como para su ejercicio.

En primer lugar, el art. 4 regula el derecho a solicitar la prestación de ayuda para morir. Este artículo reconoce el derecho a solicitar y recibir esta prestación a toda persona que cumpla las condiciones recogidas en el precepto. No obstante, señala que la decisión deberá ser autónoma e informada (quedando acreditado en la historia clínica que la persona solicitante ha recibido y comprendido la información). Por tanto, para garantizar

²⁷ DE BENITO.E (20 de diciembre de 2020). Las muertes que abrieron el camino a la eutanasia. *El país*. <https://elpais.com/sociedad/2020-12-19/seis-hitos-y-un-pionero-en-el-camino-de-la-eutanasia.html>

que se cumple lo expuesto con anterioridad, se pondrá a disposición de los pacientes las medidas y recursos necesarios con la finalidad de obtener una decisión individual, madura, genuina y sin que terceras personas influyan en ella.

En segundo lugar, el art. 5.1 recoge los requisitos para poder recibir la prestación de ayuda para morir. Y para ello, será indispensable que el paciente cumpla en su totalidad las siguientes condiciones:

- Tener nacionalidad española o residencia legal en España o certificado de empadronamiento que acredite un tiempo de permanencia en territorio español superior a doce meses. Con este primer requisito se pretende impedir que las personas extranjeras que no sean residentes puedan beneficiarse de esta práctica por no estar legalizada en su país de origen.
- Ser mayor de edad, capaz y consciente en el momento de la solicitud. Además, otro de los requisitos que conviene relacionar, es que se exige consentimiento informado (incorporado en la historia clínica) antes de recibir la prestación.

Por tanto, quedan fuera de este derecho los menores de edad, ya que si atendemos a la Ley 41/2002, aunque establece en el art. 9.4 párrafo primero, que la edad para ejercitar el consentimiento informado es a los dieciséis años, salvo en los determinados casos (en este sentido, los arts. 9.3. b, 9.3.c) y 9.4 párrafo segundo, impide que los menores de edad puedan prestar su consentimiento cuando se trate de una actuación de grave riesgo para la vida o salud del menor y en este caso deberá ser otorgado por su representante legal, una vez oída y tenida en cuenta su opinión. Sin embargo, para el caso de la eutanasia no tendría validez el consentimiento del representante del menor, ya que la norma no contempla que puedan beneficiarse.

En otro orden de cosas, la mayoría de los países que han regulado la eutanasia exigen como requisito la mayoría de edad. Sin embargo, Países Bajos (Holanda) permite solicitar la eutanasia entre menores de 12 y 16 años “con suficiente madurez, siempre que sus padres o tutores estén de acuerdo con la decisión del menor”. Y entre menores de 16 hasta los 18 años “que se encuentren conscientes, siempre que sus padres o tutores hayan participado en el proceso de toma de decisión. En caso de estar incapacitados para expresar su voluntad, el médico

practicará la eutanasia cuando el menor haya anticipado su voluntad por escrito en un testamento vital²⁸”.

Por otra parte, la Ley Belga desde su aprobación en 2002 también permite la práctica de la eutanasia a toda persona mayor de edad o menor emancipado, capaz y consciente en el momento de formular su petición y, siempre que sea efectuada de “forma voluntaria, razonada y reiterada, y que no resulte de una presión exterior” y se encuentre en una situación “con pronóstico de no recuperación y padezca un sufrimiento físico o psíquico constante e insoportable, sin alivio posible, resultado de una afección accidental o patológica grave e incurable”²⁹. No obstante, esta norma sufrió una modificación en el año 2014, que supuso que Bélgica se convirtiera en el primer país del mundo en legalizar la eutanasia infantil sin límite de edad. Si bien, se limita para a los casos de sufrimiento físico de los menores con enfermedades incurables. El médico será el encargado de evaluar al menor para ver si es capaz de adoptar la decisión, previa consulta a un psiquiatra infantil sin que existan presiones de familiares y amigos. No obstante, los padres tendrán que dar su consentimiento.³⁰

Y en Colombia tras la publicación de la sentencia T-544 de 2017, concluyó que era necesario una regulación urgente que garantizase el derecho a la muerte digna de los niños, niñas y adolescentes, por lo que el Ministerio de Sanidad respondió con la Resolución 825 de 9 de marzo de 2018, donde establece que menores de edad pueden acceder a la eutanasia. No obstante, será necesario que cumplan una serie de requisitos, dado que no todos los menores podrán acceder a ella. Pues bien, si atendemos a su art.3, establece que quedan excluidos de la solicitud del procedimiento eutanásico las siguientes personas: “1) Recién nacidos y neonatos, 2) Primera infancia, 3) Grupo poblacional de los 6 a los 12 años, salvo que se cumplan las siguientes condiciones: a) Que alcancen un desarrollo neurocognitivo y psicológico excepcional que les permita tomar una decisión libre, voluntaria, informada e inequívoca, b) Y su concepto de muerte alcance el nivel esperado de

²⁸ MARCOS, A.M. y TORRE, J.D.L. (2019). *Y de nuevo, la eutanasia: una mirada nacional e internacional*. Dykinson. p.82. <https://elibro.net/es/ereader/bibliotecaumh/113326?page=84>

²⁹ Recuperado de:

https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2021/03/ley_eutanasia_BEL_ver2020.pdf

³⁰ MARTÍNEZ, M, M. et al (2014). Análisis ético y médico legal de la eutanasia en la unión europea. *Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid*, 51:129-140.

un niño mayor de 12 años. Este concepto de muerte se refiere al entendimiento de que todo el mundo, incluso de uno mismo, sabe que va a morir tarde o temprano. 4) Niños, niñas y adolescentes que presenten estados alterados de conciencia, 5) Niños, niñas y adolescentes con discapacidades intelectuales y 6) Niños, niñas y adolescentes con trastornos psiquiátricos diagnosticados que alteren la competencia de entender, razonar y emitir un juicio reflexivo. Por otro lado, el art.10, “la concurrencia para la solicitud del procedimiento eutanásico”, establece que los padres, madres o tutores que ejerzan la patria potestad deberán regirse por el interés superior del menor, de la siguiente forma: art. 10.1) “De los 6 a los 14 años, es obligatorio contar con la concurrencia de quien ejerce la patria potestad del niño, niña o adolescente, art.10.2) De los 14 a los 17 no es obligatorio contar con la concurrencia de quien ejerza la patria potestad del adolescente. Siempre que se informara a quien la ejerza sobre la decisión adoptada por el paciente”.³¹

Por consiguiente, cabe destacar que en nuestro país, durante la tramitación de esta norma, el partido político de Esquerra Republicana presentó una enmienda con la finalidad de que se eliminara el requisito de la mayoría de edad del art. 5.1.a). Para ello, pretendía añadir dos párrafos al citado artículo, en los términos siguientes: “En el caso de menores de edad no emancipados que tengan al menos 16 años, las personas titulares de la potestad parental deberán ser escuchadas.

En el caso de menores de edad no emancipados que tengan entre 12 y 16 años, se otorgará el consentimiento por representación en concurrencia con el consentimiento informado del menor”³². Sin embargo, esta enmienda no fue admitida.

- Haber formulado dos solicitudes por escrito o por otro medio que le permita dejar constancia (por ejemplo, un video). Entre ambas solicitudes, debe transcurrir un periodo de 15 días, para que pueda tomar su decisión de acogerse a las alternativas ofrecidas o seguir con el proceso. En el caso, de que el médico responsable observara una pérdida de la capacidad de la persona que solicita la prestación podrá aceptar un plazo menor atendiendo a las circunstancias y dejará constancia de todo lo ocurrido en la historia clínica.

³¹ Resolución 825 que reglamenta el procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad de niños, niñas y adolescentes (2018). Fuente: <https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2018/09/2018-resolucion-825-menores.pdf>

³² CERDEIRA, G., & GARCÍA, M. (. (2021). *Un nuevo orden jurídico para las personas con discapacidad*. Barcelona, Bosch. p.250.

- Sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante (art.3.b y c), que deberá ser certificada por el médico responsable.

Una vez expuesto los requisitos que deben cumplir las personas solicitantes, conviene que nos detengamos en dos aspectos que han generado gran controversia, estos son, la discapacidad y la capacidad jurídica.

En primer lugar, en el Preámbulo II de la Ley Orgánica 3/2021 expresa que las disposiciones adicionales se dirigen “a asegurar recursos y medidas de apoyo destinados a las personas con discapacidad”. Y el art. 4.3 párrafo segundo, señala que “En especial, se adoptarán las medidas pertinentes para proporcionar acceso a las personas con discapacidad al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de los derechos que tienen reconocidos en el ordenamiento jurídico”. En principio, el legislador no entra a valorar que tipo de discapacidades pueden acogerse a esta prestación, por tanto, habla de forma genérica.

No obstante, si acudimos a la disposición final cuarta titulada “personas con discapacidad” alude solamente a las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas que “tendrán garantizados los derechos, recursos y medios de apoyo establecidos en la Ley 27/2007, de 23 de octubre, por las que se reconocen las lenguas de signos españolas y se regulan los medios de apoyo a la comunicación oral de las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas”.

Por tanto, cabe plantear: ¿pueden las personas con otro tipo de discapacidad presentar una solicitud de eutanasia?

En este sentido, debemos recordar que tras la reforma de la Ley 8/2021, se modifica gran parte de nuestro CC. En concreto desaparece el título IX llamado “de la incapacitación” y se introduce el título XI en el libro I, que se dedica a “Las medidas de apoyo a las personas con discapacidad para el ejercicio de su capacidad jurídica”. Estas medidas tienen como objetivo eliminar las barreras que sufren estas personas. Por tanto, con esta reforma desaparece la incapacitación judicial y sienta las bases de un nuevo sistema basado en el respeto de sus voluntades y preferencias.

En este sentido, si la persona con discapacidad (con apoyos, en caso de ser necesarios) comprendiera el resultado que supone solicitar la eutanasia y sufriera los padecimientos que recoge el art. 3.b, la respuesta a la pregunta formulada sería afirmativa. Y como señala

la profesora GÓMEZ ABEJA³³, si se tratase de una discapacidad intelectual leve, “la persona podrá decidir autónomamente sobre algo tan definitivo como solicitar la eutanasia, con asistencia, si lo necesita del guardador de hecho, del curador, o del defensor judicial, sin mayores particularidades durante el procedimiento, si a juicio del médico responsable y las distintas personas intervinientes (médico consultor, miembros del comité de evaluación) la persona comprende y quiere lo que está diciendo”.

En conclusión, el legislador ha sido poco preciso con la utilización de la terminología. En concreto, con la definición del art. 3.b) “padecimiento grave”, así como los supuestos a los que es de aplicación, pues el art. 3.c) “enfermedad grave e incurable” alude a las enfermedades físicas, pero no indica si se incluyen las de tipo mental. Por tanto, no existe una respuesta concreta y única, por lo que solo podemos realizar una interpretación, ya que deberá estudiarse cada caso y será el equipo de profesionales de la comisión de garantías y evaluación quienes tomen la última decisión.

4.3. Procedimiento para la realización de la prestación de ayuda para morir

El procedimiento para la realización de la prestación de ayuda para morir se recoge en el Capítulo III (arts. 8 a 12). Para una mejor comprensión del proceso relacionaremos este punto con los requisitos que deben cumplir ambas solicitudes, así como, en caso de ser denegada, el plazo que dispone la persona solicitante para interponer una reclamación (art. 6 y 7).

En primer lugar, podemos observar dos procedimientos diferentes en función del estado del paciente. Por un lado, si es mayor de edad (capaz y consciente) el proceso empieza con una primera solicitud (Anexo I) que ira fechada y firmada por el solicitante en presencia de un profesional sanitario que también lo rubricará e incorporará a la historia clínica. En el caso de que no fuera posible fechar y firmar el documento por su situación personal o condición de salud, otra persona mayor de edad y plenamente capaz podrá presentar la solicitud en presencia del afectado, alegando los motivos por los que no puede realizarlo (art. 6.1).

Por otro lado, cabe destacar que el médico responsable normalmente será aquel que decida el paciente por haber entablado una relación de confianza durante el proceso de su enfermedad. No obstante, puede ocurrir que su médico sea objetor de conciencia. En este

³³ CERDEIRA, G., & GARCÍA, M. (. (2021). *Un nuevo orden jurídico...*, op. cit. p.234.

caso, informará de ello al paciente y le pondrá en contacto con otro médico no objetor o bien el que indique la administración sanitaria, según establezca cada comunidad autónoma.

En esta primera solicitud el médico responsable examinará que se cumplen los requisitos que menciona el art. 5.1.a), c) y d), una vez realizada la verificación el médico tomará una decisión, esto es, si tiene derecho a acceder o no a la eutanasia.

En el caso de que el médico responsable rechace la petición de la eutanasia por no cumplir con los requisitos que recoge la norma, tendrá que emitir un informe en el plazo máximo de 10 días naturales desde esta primera solicitud, siempre por escrito y de manera motivada. El paciente tendrá 15 días naturales desde la denegación para recurrir a la Comisión de Garantía y Evaluación Competente. Por su parte, el médico que deniegue la solicitud, con independencia de que se haya formulado o no una reclamación, deberá remitir un informe con los motivos a la Comisión de Garantía y Evaluación Competente.

Por el contrario, si cumple con los requisitos en el plazo de 2 días naturales, llevará a cabo con el paciente un primer proceso deliberativo sobre su diagnóstico y donde le explicará las diferentes alternativas terapéuticas para su enfermedad, así como la posibilidad de acceder a los cuidados paliativos. En consecuencia, deberá reflexionar sobre las diferentes opciones planteadas y tomar una decisión. No obstante, el médico responsable le facilitará por escrito toda la información necesaria en un plazo máximo de 5 días naturales.

Transcurrido el plazo de 15 días naturales entre ambas solicitudes, el paciente tendrá que realizar una segunda solicitud (Anexo II) tras tomar la decisión de no acogerse a las alternativas ofrecidas por el médico. Esta solicitud da paso a un segundo proceso deliberativo donde una vez recibida, el médico responsable, en el plazo de 2 días naturales, retomará el proceso con el objetivo de atender, en el plazo máximo de 5 días naturales, cualquier duda que al paciente le haya podido surgir o si el paciente necesita ampliar la información siempre que fuera necesario. En el plazo de 24 horas, le preguntará si sigue adelante con su petición o no. En el caso de no seguir con el proceso, el médico responsable tendrá que comunicarlo al equipo asistencial de que el paciente ha tomado la decisión de no continuar. Por el contrario, si decide seguir con el procedimiento, informará igualmente al equipo asistencial, así como a los familiares que el paciente solicite en su caso y deberá firmar un consentimiento informado.

Una vez realizado este proceso, el médico responsable tiene obligación de ponerse en contacto con un médico consultor, es decir, aquel médico experto en la enfermedad del paciente, pero que no pertenece al mismo equipo asistencial. Este último, se encargará de estudiar la historia clínica del paciente y corroborará de nuevo que se cumplen los requisitos. Una vez estudiado el caso debe emitir un informe favorable o desfavorable en un plazo máximo de 10 días naturales que incorporará a la historia clínica. Si el informe es desfavorable, el paciente podrá recurrir a la Comisión de Garantía y Evaluación. Pero, si se trata de un informe favorable, donde la petición de la eutanasia se ajusta a los criterios, el médico responsable remitirá un informe con todos los datos al presidente de la Comisión de Garantía y Evaluación en el plazo máximo de 3 días naturales.

Una vez que reciba la información necesaria, el presidente de la Comisión de Garantía y Evaluación designará, en el plazo de 2 días naturales, a dos miembros, un profesional médico y un jurista, para que evalúen el caso. Estos dos profesionales tendrán acceso a la documentación que conste en la historia clínica y podrán entrevistarse con el profesional médico y el equipo, así como con el paciente. En el plazo máximo de 7 días naturales, emitirán un informe con los requisitos que se refiere el art.12.b). Si es favorable quiere decir que se ha concedido la prestación. Pero si es desfavorable, la prestación habrá sido denegada y podrá presentar una reclamación donde se resolverá en el plazo de máximo de 20 días naturales (art. 18. a). Y en los casos que no haya acuerdo entre el profesional médico y el jurista, se elevará al pleno de la Comisión de Garantía y Evaluación que tomarán la última decisión. En el caso de ser desfavorable se puede recurrir ante la jurisdicción contencioso-administrativa.

Por consiguiente, una vez recibida la resolución positiva, el paciente comunicará a su médico responsable la modalidad en la que quiere recibir la prestación de ayuda para morir (arts. 11.2 y 11.3). En ambos casos le acompañará al paciente hasta el momento de su muerte. Si bien, dicho fallecimiento se considerará de forma natural a todos los efectos (Disposición adicional primera).

El médico responsable remitirá a la Comisión de Garantía y Evaluación de su Comunidad Autónoma o Ciudad dos documentos. El primer documento, deberá recoger los datos del solicitante y, en su caso, de la persona autorizada, médico responsable y médico consultor, así como si la persona solicitante disponía de documento de instrucciones previas o documento equivalente y si en él se señalaba a un representante (deberá constar su nombre

completo o en defecto de la persona que presentó la solicitud). Y un documento segundo, que deberá recoger los datos que menciona (el art. 12.b).

El solicitante podrá revocar la solicitud en cualquier momento, dejando constancia en su historia clínica. O en el caso de que el paciente quiera retrasar la eutanasia, podrá pedir un aplazamiento (art. 6.3).

Por último, el segundo procedimiento es aquel en el que una persona se encuentra en una situación de incapacidad de hecho. En este caso no se podrá llevar a cabo el proceso mencionado más arriba. Aunque tendrá derecho a esta prestación si el paciente ha suscrito un documento de instrucciones previas, testamento vital o documento equivalente. El médico responsable certificará que el paciente no se encuentra en pleno uso de sus facultades, ni puede prestar su conformidad, libre, voluntariamente y consciente para realizar ambas solicitudes. En el caso de que el paciente haya nombrado un representante, este será un interlocutor válido para el médico responsable (art. 5.2).

En definitiva, la solicitud en este caso podrá ser presentada por otra persona mayor de edad y plenamente capaz que irá acompañada del documento de instrucciones previas (Anexo III) o en el caso de que el paciente no haya nombrado representante en dicho documento, será el médico que lo trata el que podrá presentar la solicitud de prestación de ayuda para morir (Anexo IV), ya que tendrá acceso y estará obligado a aplicar lo previsto en el documento de instrucciones previas o documento equivalente dejando constancia de todo el proceso en la historia clínica del paciente.

4.4. Garantía en el acceso a la prestación de ayuda para morir

En este punto, debemos referirnos a la garantía en el acceso a la prestación de ayuda para morir, capítulo IV (arts. 13 a 16). En este sentido, el art. 13.1 señala que esta prestación estará incluida en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud. Además, destaca por ser de financiación pública, por lo que nadie estará obligado al pago de la misma. De esta manera, garantiza que todos los ciudadanos puedan acogerse a esta prestación en igualdad de condiciones.

Por otra parte, el art. 14 recoge los centros donde podrá realizarse. Si bien, no solo se limita a los centros sanitarios públicos, sino que también ha añadido los centros privados, y el domicilio del paciente. Así, nos encontramos con una amplia cobertura de recursos con el objetivo de ofrecer al paciente distintos accesos y una misma calidad asistencial,

sin que su prestación pueda verse afectada por el ejercicio de la objeción de conciencia o por el lugar donde se efectúe.

Por último, no podrán intervenir quienes incurran en conflicto de intereses ni aquellos que tengan como objetivo obtener un beneficio de dicha práctica.

4.5. Objeción de conciencia de los profesionales sanitarios

Siguiendo con el capítulo IV, reconoce en su (art. 16) el derecho de objeción de conciencia de los profesionales sanitarios.

A estos efectos, podemos entender, por objeción de conciencia sanitaria, “un derecho individual de los profesionales sanitarios a no atender aquellas demandas de actuación sanitaria reguladas en esta Ley que resultan incompatibles con sus propias convicciones” (art. 3. f).

Asimismo, no podemos olvidarnos que la praxis de la eutanasia supone una contradicción con respecto al ámbito de la medicina, en lo relacionado con su juramento hipocrático, su *lex artis* y su código deontológico. Este último hace referencia en su art. 36.3 que “el médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de éste”. Aun así, establece en su disposición final que “el médico que actuara amparado por las Leyes del Estado no podrá ser sancionado deontológicamente”. De ahí que, aquellos médicos que estén de acuerdo en la realización de la eutanasia no podrán ser castigados, ya que estarán amparados por la Ley Orgánica 3/2021.

No obstante, aquellos profesionales sanitarios implicados directamente y que estén en desacuerdo en llevar a cabo esta práctica tendrán derecho a acogerse a la objeción de conciencia. Por tanto, podrán rechazar o negarse a la realización de la misma, donde deberán comunicarlo con anticipación y por escrito.

Para garantizar este derecho, establece en su (art. 16.2), la creación por parte de las administraciones sanitarias de un registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia, en el que puedan inscribir sus declaraciones. El objetivo de este registro es facilitar a cada administración la información necesaria para que puedan garantizar una adecuada gestión de la prestación de ayuda para morir.

Sin embargo, este registro ha sido objeto de crítica por parte del Consejo General de Colegios Médicos (CGCOM), ya que no están de acuerdo en la creación del mismo. Para

ello, se basan en que podría vulnerar (el art. 16.2 CE) que se refiere a “que nadie podrá ser obligado a declarar sobre su ideología, religión o creencias” y, por tanto, piensan que dicho registro podría ir “en contra del derecho de confidencialidad y no discriminación”³⁴. Aunque no tiene cabida este pensamiento, ya que la Ley Orgánica 3/2021, aclara en su (art.16.2) que “(...) el registro se someterá al principio de estricta confidencialidad y a la normativa de protección de datos de carácter personal”.

No obstante, este debate sobre la creación de registros de profesionales objetores de conciencia no es nada nuevo, ya que existe una sentencia sobre un caso similar, esta es, la STC 151/2014, de 25 de septiembre de 2014³⁵, donde el Grupo Parlamentario Popular interpuso un recurso de inconstitucionalidad contra la Ley Foral de Navarra 16/2010, de 8 de noviembre, por la que se crea el registro de profesionales en relación con la interrupción voluntaria del embarazo.

En ella, el Tribunal Constitucional declaró, con la discrepancia del voto del magistrado Andrés Ollero Tassara, que la creación de este registro no vulneraba los derechos fundamentales de libertad ideológica y a la intimidad de los profesionales sanitarios. Además, destacó que la finalidad era meramente organizativa por parte de los servicios sanitarios autonómicos para garantizar una adecuada prestación. Sin embargo, el Tribunal sí que limitó el acceso a los datos personales.

Por tanto, la sentencia falló en contra de los recurrentes, dictaminando que solamente era inconstitucional un inciso del art. 5 de la Ley Foral de Navarra 16/2010, que decía lo siguiente “podrán acceder aquellas personas que autorice expresamente la persona titular de la Gerencia del Servicio de Navarra de Salud- Osasunbidea, en el ejercicio legítimo de sus funciones”. Y ello dio lugar a desestimar el recurso en todo lo demás. Por tanto, podemos concluir que el Tribunal Constitucional dictó sentencia a favor de la creación de este registro.

De esta manera, podemos decir que la Ley Orgánica 3/2021, no está vulnerando ningún derecho fundamental, pues los datos que contiene cada registro estarán sometidos a una estricta confidencialidad y, por lo tanto, estarán protegidos como establece la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los

³⁴ DANIELE, L. (3 de marzo de 2021). Los médicos se oponen al registro de objetores a la ley de eutanasia. *ABC.es*. https://www.abc.es/sociedad/abci-consejo-general-colegios-medicos-opone-registro-objetores-ley-eutanasia-202103031436_noticia.html

³⁵ RTC 2014\151

derechos digitales, así como por el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos).

En definitiva, la utilización de ellos es para llevar un adecuado control de las personas objetoras de conciencia y así agilizar el proceso con la finalidad de garantizar una adecuada prestación para todos los ciudadanos.

4.6. Comisión de garantías y evaluación

A continuación, pondremos fin a este punto haciendo referencia al capítulo V (arts. 17 a 19). No obstante, con carácter previo a adentrarnos a esta última parte, conviene resaltar que, a diferencia del resto de articulado, el art. 17 entro en vigor el día siguiente al de su publicación en el BOE, esto es, el 26 de marzo de 2021 (Disposición final cuarta).

En otro orden de cosas, el art. 17.1 señala que existirá en cada Comunidad Autónoma, así como, en las Ciudades de Ceuta y Melilla, una Comisión de Garantía y Evaluación, por lo que serán un total de 19 comisiones distintas con sus propios reglamentos internos.

En cuanto a la composición de cada una de ellas, destaca que tendrá carácter multidisciplinar y deberá contar con un mínimo de siete miembros entre los que se incluirán personal médico, de enfermería y juristas. Respecto a esta cuestión, “se ha considerado un error no regular de forma común sobre la composición, los requisitos exigibles y el procedimiento para ser nombrado³⁶”.

Y como señala la profesora JUANETHEY DORADO³⁷, “a fin de garantizar la igualdad de la prestación en una materia tan sensible y novedosa como esta, habría sido más adecuado que la LORE previera que una sola comisión de ámbito estatal ejerciese el control y garantizase la unidad de criterio a la hora de resolver problemas que se puedan producirse en la práctica”.

Por otro lado, las comunidades autónomas tendrán naturaleza de órgano administrativo, de manera que serán creados por sus respectivos gobiernos autonómicos, quienes

³⁶ CERDEIRA, G., & GARCÍA, M. (. (2021). *Un nuevo orden jurídico...*, op. cit. p.227.

³⁷ VIVES ANTÓN.T. (2021). La Ley Orgánica 3/2021 de regulación de la eutanasia, a debate. *Teoría y derecho. Revista de pensamiento jurídico*. N°29. p.86. <https://biblioteca-tirant-com.publicaciones.umh.es/cloudLibrary/ebook/show/E000020005535?showPage=1>

determinarán su régimen jurídico. Sin embargo, en las ciudades de Ceuta y Melilla, será el Ministerio de sanidad.

Siguiendo con el art. 18 recoge las funciones de la Comisión de Garantía y Evaluación. Primeramente, cabe destacar que les corresponde realizar un control *ex ante* y *ex post* de cada solicitud de prestación, así como resolver las reclamaciones que formulen las personas a las que el médico responsable haya denegado su solicitud, verificar que se cumplen los procedimientos establecidos, detectar posibles problemas en el cumplimiento de las obligaciones, resolver cualquier duda que pueda surgir durante la aplicación de la norma, así como, elaborar y hacer público un informe anual de evaluación acerca de la aplicación de la Ley Orgánica 3/2021 en su ámbito territorial concreto y por último, aquellas funciones que puedan atribuirles los gobiernos autonómicos o en el caso de las Ciudades de Ceuta y Melilla, el Ministerio de Sanidad.

En el art. 19 se regula el deber de secreto, donde indica que los miembros de estas Comisiones estarán obligados a guardar secreto de todos los datos y deliberaciones que hayan conocido.

Por último, en el caso de que las comisiones no dispongan de su propio reglamento de orden interno, la Disposición transitoria única, establece que “el funcionamiento de las Comisiones de Garantía y de Evaluación se ajustará a las reglas establecidas en la sección 3.ª del capítulo II del título preliminar de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público”.

5. REFLEXIONES SOBRE LA NATURALEZA JURÍDICA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO Y, EN PARTICULAR, SOBRE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

5.1. El reconocimiento del consentimiento y de la autonomía del paciente en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre

En este punto, retomaremos lo expuesto en la eutanasia pasiva sobre el tema del consentimiento informado de la Ley 41/2002.

En primer lugar, hemos de poner de manifiesto que el consentimiento informado se fue introduciendo en nuestro ordenamiento jurídico a través de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, aunque de manera insuficiente. No obstante, años más tarde se aprobó una norma más completa y detallada, esta es, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre,

básica reguladora del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, cuya entrada en vigor se produjo el 16 de mayo de 2003. Esta última contempla las precisiones que la Ley General de Sanidad enunció como principios generales. No obstante, el legislador de la Ley 41/2002 aclara en la disposición derogatoria única que “quedan derogadas las disposiciones de igual o inferior rango que se opongan a lo dispuesto en la presente Ley, así como, los apartados 5, 6, 8, 9 y 11 del art. 10, el apartado 4 del art. 11 y el art. 61 de la Ley 14/1986, General de Sanidad”.

En segundo lugar, hemos de poner de relieve que la introducción de la Ley 41/2002 supuso un gran avance en los derechos del paciente y en las relaciones entre este último y el profesional sanitario.

Para comenzar a adentrarnos en el consentimiento informado, es necesario ofrecer una definición para una mejor comprensión de este tema. El art. 3 de la norma anteriormente citada lo detalla como “la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades, después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud”.

Por tanto, una vez expuesto dicho concepto, podemos extraer que el consentimiento informado está compuesto por dos facultades, la de informar y el posterior consentimiento. En cuanto, a la primera de ellas, el art. 4.1 de la norma establece que la información deberá proporcionarse de forma verbal (como regla general), dejando constancia en la historia clínica y además, señala que la información deberá comprender “como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias”, contenido que será ampliado conforme a lo previsto en el art. 10 para los casos en los que el consentimiento informado deberá ser prestado por escrito, estos son: “las intervenciones quirúrgicas, procedimientos de diagnósticos y terapéuticos invasores y, en concreto, para la aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud” (art. 8.2). Si bien, esta información deberá ser veraz y comunicarse al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades para que pueda tomar una decisión libre y voluntaria sobre su cuerpo, su salud y su vida.

Así, nos encontramos ante dos facultades relacionadas, ya que sin una de ellas no sería posible llevar a cabo la otra. En otras palabras, sin información no podría emitirse un consentimiento válido.

En otro orden de cosas, también debemos referirnos al rechazo al tratamiento al ser una parte importante del consentimiento informado. Dado que el paciente, una vez haya recibido la información adecuada, podrá decidir no someterse a la intervención. Por tanto, podemos concluir que el rechazo al tratamiento no es más que el ejercicio negativo del consentimiento informado. No obstante, el art. 21 de la norma establece que “el hecho de no aceptar el tratamiento prescrito no dará lugar al alta forzosa cuando existan tratamientos alternativos, aunque tengan carácter paliativo, siempre que los preste el centro sanitario y el paciente acepte recibirlos. Estas circunstancias quedarán debidamente documentadas”.

Por último, debemos señalar que el consentimiento informado no representa un derecho fundamental, ya que no se recoge en nuestra Constitución Española. No obstante, sí se encuentra íntimamente ligado al derecho de la integridad física y moral (art. 15 CE), pues esta norma trata de proteger los derechos del paciente, donde a través de su propia autonomía puede decidir sobre las intervenciones que se realicen sobre su cuerpo y, por tanto, se deberá respetar dentro de su ámbito de libertad y capacidad.

En definitiva, el consentimiento informado implica, que en todas las intervenciones sanitarias, el profesional médico deberá informar adecuadamente al paciente para que este último pueda tomar una decisión sobre su estado de salud. Así, en el caso de que no se ponga a disposición de la persona enferma o, en su defecto, del representante legal la información suficiente y además, ninguno de ellos preste su consentimiento, estaríamos ante una vulneración del derecho mencionado más arriba, sino está justificada dicha omisión. No obstante, veremos esta cuestión cuando analicemos a continuación la STC 37/2011, de 28 de marzo³⁸.

5.2. Análisis de las implicaciones de la STC 37/2011, de 28 de marzo: el consentimiento informado como garantía de ciertos derechos fundamentales

5.2.1. Supuesto de hecho

En este punto, analizaremos los hechos ocurridos en la STC 37/2011. Todo comenzó el día 4 de septiembre de 2005, a las 14:16 horas, cuando el paciente ingresó en el servicio de urgencias de una clínica sanitaria por presentar dolor precordial. Al día siguiente fue sometido a un cateterismo cardíaco, siendo la vía de abordaje el brazo derecho,

³⁸ RTC 2011\37

encontrándose una lesión severa. Tras la intervención, la mano derecha evolucionó de forma negativa, quedando aquejada, finalmente, de incapacidad funcional total.

El 8 de septiembre de 2006, presentó una demanda de juicio ordinario en reclamación de los daños y perjuicios causados, puesto que, a juicio del paciente, los daños que sufría se derivaban de una mala praxis en la intervención, así como de la falta de información sobre las consecuencias y riesgos que podría conllevar esta práctica donde además no hubo autorización del mismo. Si bien, esta demanda fue desestimada bajo sentencia, ya que el Juzgado entendió que la prueba practicada no se llevó a cabo de manera negligente. En todo caso, en la sentencia quedó probado que no informaron al paciente, ni los médicos que realizaron la intervención, ni los que lo atendieron en la UVI. Sin embargo, el Juzgado no entró a valorar en profundidad esta cuestión, dejándola a un lado y finalmente desestimó la demanda, basándose en que “el padecimiento que llevó a urgencias al demandante, el hecho de haber tenido años antes una intervención del mismo tipo y la urgencia relativa de la intervención, sin dejar de lado su edad, llevan a considerar que realmente no se ha privado al demandante de una información esclarecedora previa al consentimiento que dé lugar a la procedencia de ser indemnizado”.

El paciente interpuso un recurso de apelación tras ser desestimada la sentencia. Sin embargo, la Sección Quinta de la Audiencia Provincial de Bizkaia desestimó el recurso dictando otra sentencia con argumentos parecidos a los empleados en la anterior.

Finalmente, el paciente interpuso en último lugar un recurso de amparo frente a las anteriores resoluciones que fueron desestimadas, ya que consideró que se estaba vulnerando su derecho a la tutela judicial efectiva (24.1 CE), en relación con los derechos a la integridad física y a la libertad (arts. 15 y 17.1 CE).

5.2.2. Análisis y resolución del Tribunal Constitucional

A continuación, abordaremos la cuestión sometida a juicio, donde el Tribunal Constitucional resuelve si se ha producido una vulneración de los derechos fundamentales de los arts. 15 y 17.1 CE en relación con el art. 24.1 CE. No obstante, antes de entrar en los fundamentos que le llevan a tomar la decisión debemos señalar que al Tribunal no le corresponde pronunciarse si procedía o no reconocerle la indemnización reclamada, ya que es una cuestión de legalidad ordinaria que deben resolver los órganos de la jurisdicción ordinaria.

En primer lugar, el Tribunal Constitucional descarta que en este caso se esté produciendo una vulneración del derecho a la libertad, ya que “según reiterada doctrina de este la libertad personal protegida por este precepto es la libertad física”, y no una libertad general de actuación o autodeterminación. Dado que el Tribunal expresa que esta clase de libertad está consagrada en el art. 1.1 de la Constitución como un valor superior del ordenamiento jurídico y, por tanto, solo es susceptible de recurso de amparo en aquellas concretas manifestaciones a las que nuestra Constitución recoge como derechos fundamentales.

Siguiendo con el análisis de esta Sentencia, el Tribunal se plantea si puede suponer una vulneración del derecho a la integridad física y moral. En primer lugar, la sentencia recuerda que “el art. 15 CE no contiene una referencia expresa al consentimiento informado, lo que no implica que este instituto quede al margen de la previsión constitucional de protección de la integridad física y moral” y avanza en su fundamento quinto que el “consentimiento del paciente a cualquier intervención sobre su persona es algo inherente, entre otros, a su derecho fundamental a la integridad física, a la facultad que éste supone de impedir toda intervención no consentida sobre el propio cuerpo, que no puede verse limitada de manera injustificada como consecuencia de una situación de enfermedad. Se trata de una facultad de autodeterminación que legitima al paciente, en uso de su autonomía de la voluntad, para decidir libremente sobre las medidas terapéuticas y tratamientos que puedan afectar a su integridad, escogiendo entre las distintas posibilidades, consintiendo su práctica o rechazándolas”.

Y continúa señalando que el consentimiento implica tanto recibir la información como poder decidir con plena libertad si autoriza o no los tratamientos o intervenciones. De manera que, como hemos expuesto anteriormente, el consentimiento informado está integrado por dos facultades la de información y la del consentimiento y, por tanto, uno depende del otro, por lo cual “la privación de información no justificada equivale a la limitación o privación del propio derecho a decidir y consentir la actuación médica, afectando así al derecho a la integridad física del que ese consentimiento es manifestación”.

Por otra parte, también ha basado su fundamento en la Ley 41/2002. A este respecto, debemos destacar que esta ley exige en su art. 2.6 que el profesional está obligado no solo a realizar “una correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes

de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente”. En definitiva, como podemos observar, el consentimiento informado forma parte de la *lex artis*, de modo que si se produce una omisión, como estamos viendo en este caso, estamos ante una mala praxis por parte de los profesionales sanitarios, ya que ninguno de ellos le proporcionó información de las consecuencias, ni de los riesgos que conllevaría dicha intervención.

Por consiguiente, también conviene señalar que la intervención de este paciente consistía en un cateterismo cardíaco “un procedimiento diagnóstico y/o terapéutico invasivo que consiste en la introducción, a través de la punción de la arteria femoral o radial, de unos catéteres que se llevan hasta el corazón para valorar la anatomía del mismo y de las arterias coronarias, así como para ver la función del corazón, obtener muestras de tejido cardíaco (biopsia) para el diagnóstico de ciertas enfermedades³⁹”. De manera que si atendemos al art. 8.2 de la norma citada, el consentimiento en este caso debía haber sido prestado por escrito, ya que nos encontramos ante uno de los casos que señala este artículo, este es, un procedimiento diagnóstico, así como, la información básica que el facultativo debía haberle proporcionado antes de recabar su consentimiento por escrito (art.10).

El Tribunal llega a la conclusión de que “la asistencia recibida por el demandante de amparo no satisfizo su derecho a prestar un consentimiento debidamente informado”. Puesto que la omisión de la información de la primera sentencia la justifica en base a la “urgencia relativa de la intervención”, mientras que la segunda sentencia que desestimó el recurso de apelación lo justifica expresando que “existía un riesgo vital”. Pues bien, el Tribunal Constitucional apunta que “no basta con que exista una situación de riesgo para omitir el consentimiento informado, sino que aquél ha de encontrarse cualificado por las notas de inmediatez y de gravedad”. Por esta razón, observamos en este caso que el tiempo transcurrido desde que el paciente ingresó en la clínica a las 14:16 horas hasta el día siguiente que se le realizó la intervención, podemos concluir que hubo tiempo suficiente para informarle así como, de recabar su consentimiento por escrito, ya que si la situación del paciente hubiera conllevado un riesgo para su salud, la intervención no se hubiera realizado al día siguiente.

³⁹ LUNA ALJAMA, A., LUNA ALJAMA, M.E., SERRANO CARMONA, J.L. (2016). Cuidados de enfermería en el paciente sometido a cateterismo cardíaco. *Revista Electrónica de PortalesMedicos.com*. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/enfermeria-cateterismo-cardiaco/>

Por otra parte, también se aprecia una vulneración a la tutela judicial efectiva en cuanto a que dichas resoluciones no tutelaron el derecho a la integridad física del paciente. Y además, la motivación de las sentencias fue de manera insuficiente, al no quedar justificada la omisión de la información y el posterior consentimiento.

En definitiva, el Tribunal Constitucional en esta sentencia estima el recurso de amparo del paciente, sosteniendo que se había producido una vulneración de los derechos fundamentales de la integridad física (art. 15 CE) y a la tutela judicial efectiva (art. 24.1 CE) y, por lo que declaró nulas las Sentencias de la Sección Quinta de la Audiencia Provincial de Bizkaia, de 10 de abril de 2008, y del Juzgado de Primera Instancia núm. 7 de Bilbao, de 23 de abril de 2007, debiendo este último dictar una sentencia respetuosa con los derechos fundamentales vulnerados.

5.3. La prestación de ayuda para morir como una “nueva” facultad del consentimiento informado

En este punto, terminaremos haciendo una reflexión sobre la naturaleza jurídica de la prestación de ayuda para morir, su relación con ciertos derechos fundamentales y su encuadre dentro del consentimiento informado.

En primer lugar, hemos de poner de manifiesto que “la legalización y regulación de la eutanasia se asientan sobre la compatibilidad con los derechos fundamentales a la vida, la integridad física y moral y con bienes constitucionalmente protegidos como son la dignidad, la libertad o la autonomía de la voluntad” De esta manera, el legislador expresa que “hacer compatibles estos derechos y principios constitucionales es necesario y posible, por lo que requiere una legislación respetuosa con todos ellos” y, además, busca “legislar para respetar la autonomía y voluntad de poner fin a la vida de quien está en una situación de padecimiento grave e incurable, padeciendo un sufrimiento insoportable que no puede ser aliviado en condiciones que considere aceptables” (Preámbulo I).

Por otra parte, en esta norma se refuerza el derecho a la información. Y ello, se debe a la figura del “médico responsable” dado que se trata de un “facultativo que tiene a su cargo coordinar toda la información y la asistencia sanitaria del paciente, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, y sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales” (art. 3.d).

Por tanto, como vimos en el procedimiento para la realización de la prestación de ayuda a morir, una vez el médico responsable reciba la primera solicitud verificará que se cumplen los requisitos, y realizará con el paciente un proceso deliberativo sobre su diagnóstico, así como de los tratamientos alternativos de los que dispone, asegurándose de que comprende la información. Además, no será explicada solo de forma verbal, sino que la misma deberá facilitarse por escrito. Y, una vez recibida la segunda solicitud, el médico responsable, retomará con el paciente el proceso deliberativo, con la finalidad de aclarar cualquier duda o si el paciente necesita ampliar la información. Además, deberá quedar acreditado en la historia clínica que la información ha sido recibida y comprendida por el paciente, para que posteriormente preste su consentimiento, si bien, la norma ofrecerá las garantías necesarias “a fin de que la decisión sea individual, madura y genuina, sin intromisiones, injerencias o influencias indebidas” (art. 4.3).

Pues bien, lo cierto es que de lo anteriormente expuesto podemos extraer lo siguiente: que la prestación de ayuda para morir ha supuesto un gran avance en los derechos de los pacientes, ya que esta norma garantiza que el paciente tendrá acceso a toda la información, y además quedará acreditado como prueba en su historia clínica. Por otro lado, esta norma ofrece las garantías y mecanismos necesarios con la finalidad de que el paciente tome su decisión de manera autónoma. Y, por último, como hemos venido estudiando con anterioridad en la prestación de ayuda para morir, nos encontramos con dos facultades que son la de informar y la del posterior consentimiento que conforman el consentimiento informado. Aunque, en este caso se está informando sobre un proceso que pone fin a la vida del paciente y no de una intervención o tratamiento, de modo que se atiende a las consecuencias que supone firmar el consentimiento, esto es, que la vida humana desaparece. No obstante, el paciente podrá revocar su solicitud en cualquier momento, incorporando su decisión en la historia clínica.

Por tanto, dada la evolución que ha sufrido el consentimiento informado, el cual supuso un gran avance, de modo que, con la prestación de ayuda para morir, hemos alcanzado “otro logro necesario para alcanzar el fin último: el respeto de la dignidad de las personas y de su autonomía de la voluntad y, en particular, de la tutela de los derechos de los pacientes en el ámbito sanitario”. De modo que nos lleva a pensar “si estamos ante una

nueva “edad” de la medicina, pues conlleva el reconocimiento de unos campos de actuación que, hasta este momento, se encontraban restringidos para los usuarios⁴⁰”.

6. CONCLUSIONES

I. La eutanasia ha estado presente desde las primeras sociedades humanas. No obstante, en la actualidad no coinciden los argumentos que permitieron o toleraron esta práctica, ya que solamente pueden acceder a la eutanasia aquellas personas que cumplan con una serie de requisitos que se encuentran recogidos en las normas de los diferentes países que han legalizado la eutanasia.

II. Del estudio de la sedación paliativa podemos extraer que debido al aumento notable y progresivo de las personas mayores en nuestro país es necesario una regulación sobre los cuidados paliativos. En este sentido, entendemos que es probable que estas personas requerirán de ayuda en su última etapa de vida.

Por otra parte, podemos concluir que la sedación no es una forma encubierta de eutanasia, ya que son dos prácticas que difieren en la intencionalidad, en el procedimiento y en el resultado.

III. Consideramos que algunos aspectos de la Ley Orgánica 3/2021 no se han regulado de forma correcta. Por ejemplo, el concepto de “padecimiento grave” o como se van a abordar las peticiones de personas con trastornos mentales.

Por otra parte, la norma exige que en caso de incapacidad de hecho se aplicará lo previsto en las instrucciones previas o documento equivalente. A este respecto, desde nuestra perspectiva el legislador no ha sido respetuoso con las exigencias contenidas en la Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo de las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica, puesto que se ha reconocido que todas las personas tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones, con el complemento de las medidas de apoyo cuando sean necesarias.

IV. Con respecto al procedimiento de la prestación de ayuda para morir, nos encontramos que desde la primera solicitud hasta la resolución de la prestación pueden transcurrir unos cuarenta días, de manera que se trata de un procedimiento demasiado largo y complejo.

⁴⁰ ORTIZ FERNÁNDEZ, M. La legalización de la eutanasia directa en España: la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo de regulación de la eutanasia. *Diario la Ley*, núm. 9830, sección Doctrina, de 15 de abril de 2021.

Por tanto, lo más adecuado sería un proceso más sencillo y no tan extenso, con la finalidad de que el paciente reciba un tratamiento respetuoso y acorde a sus preferencias.

V. En otro orden de cosas, queremos destacar que el registro de objetores de conciencia ha sido criticado por considerar que podría vulnerar el derecho a la intimidad de los profesionales. Si bien, entendemos que la norma es clara en este aspecto, pues en ella se detalla que los datos relativos a los profesionales sanitarios estarán protegidos de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de datos Personales y garantía de los derechos digitales, así como, por el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y Consejo, de 27 de abril del 2016.

VI. El consentimiento informado se encuentra recogido de forma completa en nuestro ordenamiento jurídico a partir de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía y del derecho y obligaciones en materia de información clínica. Así, se trata de un derecho que está integrado por dos facultades: la de información y el consentimiento. En definitiva, podemos concluir que ambas están íntimamente conectadas, ya que si el profesional sanitario no ofrece una adecuada información, el paciente no podrá prestar un consentimiento válido.

VII. Siguiendo con lo anterior, el consentimiento informado no se identifica con un derecho fundamental, pues no se encuentra recogido de forma expresa en nuestra Constitución Española. Sin embargo, podemos decir que está ligado al derecho de la integridad física y moral (art. 15 CE), ya que una actuación sobre un enfermo, sin que este o su representante legal hayan prestado el correspondiente consentimiento informado, puede vulnerar la integridad física y moral. En todo caso, debe atenderse a cada caso, pues en ocasiones la omisión de no ofrecer información puede estar justificada y, por tanto, no estaríamos ante una vulneración de este derecho. En el caso de la STC 37/2011 analizada, no estaba justificada la omisión de la información, quedando también acreditado que el paciente no prestó su consentimiento, por lo que el Tribunal Constitucional estimó el recurso de apelación declarando que se había producido una vulneración del derecho a la integridad física y moral.

VIII. La eutanasia supone una manifestación del consentimiento informado, ya que en este caso el paciente (en pleno uso de sus facultades) está decidiendo, de forma libre y voluntaria, acerca de una actuación que afecta a su salud, pero, en este caso, se trata de una decisión irreversible.

Para finalizar, la Ley Orgánica 3/2021 supone, sin duda, un gran avance para la sociedad española, ya que se reconoce un derecho a aquellas personas que quieran poner fin a sus vidas cuando se encuentren inmersas en un sufrimiento insostenible y, por tanto, no quieran vivir una vida que ellos no consideran que sea digna. Eso sí, siempre que cumplan los requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir.



7. BIBLIOGRAFIA

HUMPHRY.D, WICKETT.A. (1989). *El derecho a morir. Comprender la Eutanasia*, Barcelona (Tusquets Editores). p.47.

CHERNEY, N. I., PORTENOY, R. K. (1994). Sedation in the management of refractory symptoms: guidelines for evaluation and treatment. *Journal of palliative care*, 10(2), 31–38.

PORTA I SALES, J., NÚÑEZ OLARTE, J. M., ALTISENT TROTA, R., GISBERT AGUILAR, A., LONCAN VIDAL, P., MUÑOZ SÁNCHEZ, D., A. NOVELLAS AGUIRRE DE CÁRCER, J. RIVAS FLORES, RODELES DEL POZO.R, VILCHES AGUIRRE.Y, y SANZ ORTIZ.J (2002). Aspectos éticos de la sedación en Cuidados Paliativos. *Revista Medicina Paliativa*, 9(1), 41–46.

http://www.secpal.com///Documentos/Articulos/archivoPDF_210.pdf

PASCUCCI DE PONTE, E. (2003). Cuestiones en torno a la eutanasia. Saberes. *Revista de estudios jurídicos, económicos y sociales*, vol.1, p.7.

<https://revistas.uax.es/index.php/saberes/article/view/712/668>

ÁLVAREZ GÁVEZ, (2004). *La eutanasia voluntaria*. Dykinson. p.36.

<https://elibro.net/es/ereader/bibliotecaumh/53660?page=36>

NÚÑEZ PAZ, M.A. (2006). *La buena muerte, el derecho a morir con dignidad*, Madrid (Tecnos). p.33.

BONT, M., DORTA, K., CEBALLOS, J., RANZADO, A., y URDANETA-CARRUYO, E. (2007). Eutanasia: una visión histórico - hermenéutica. *Comunidad y Salud*, 5(2), 36-45. Recuperado de:

http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169032932007000200005&lng=es&tlng=e

LUNA ALJAMA, A., LUNA ALJAMA, M.E., SERRANO CARMONA, J.L. (2016). Cuidados de enfermería en el paciente sometido a cateterismo cardíaco. *Revista Electrónica de PortalesMedicos.com*.

<https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/enfermeria-cateterismo-cardiaco/>

DIAZ LOPEZ. A. (2017). La eutanasia. Universidad de Oviedo. Recuperado de https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/43209/TFG_AliciaDiazLopezpdf;jsessionid=82977F0269BB5C175721C2B880CD0B9B?sequence=4

MARTÍN SÁNCHEZ, I. (2019). Los cuidados paliativos con especial referencia a la legislación de las comunidades autónomas. 29 (2).

https://www.ajs.es/sites/default/files/2020-02/vol29n2_02_01_Estudio.pdf

MARCOS, A.M. y TORRE, J.D.L. (2019). *Y de nuevo, la eutanasia: una mirada nacional e internacional*. Dykinson. P.82.

<https://elibro.net/es/ereader/bibliotecaumh/113326?page=84>

BARTOLOME CENZANO, J. C. D. (2020). *El derecho a la vida: nuevos retos jurídicos para su disfrute con dignidad y sostenibilidad en tiempos de crisis*. Madrid, Dykinson. Recuperado de:

<https://elibro.net/es/ereader/bibliotecaumh/172026?page=201>

DE BENITO.E (20 de diciembre de 2020). Las muertes que abrieron el camino a la eutanasia. *El país*.

<https://elpais.com/sociedad/2020-12-19/seis-hitos-y-un-pionero-en-el-camino-de-la-eutanasia.html>

DANIELE, L. (3 de marzo de 2021). Los médicos se oponen al registro de objetores a la ley de eutanasia. *ABC.es*.

https://www.abc.es/sociedad/abci-consejo-general-colegios-medicos-opone-registro-objetores-ley-eutanasia-202103031436_noticia.html

El mapa de la eutanasia en el mundo: legal en siete países. (18 de marzo de 2021). *RTVE.es*.

<https://www.rtve.es/noticias/20210318/espana-podria-convertirse-cuarto-pais-europeo-legalizar-eutanasia/2000490.shtml>

El delito de eutanasia hasta junio de 2021. (25 de marzo de 2021). Iberley.

<https://www.iberley.es/temas/delito-eutanasia-junio-2021-48301>

ORTIZ FERNÁNDEZ, M. La legalización de la eutanasia directa en España: la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo de regulación de la eutanasia. *Diario la Ley*, núm. 9830, sección Doctrina, de 15 de abril de 2021.

VIVES ANTÓN.T. (2021). *La Ley Orgánica 3/2021 de regulación de la eutanasia, a debate. Teoría y derecho. Revista de pensamiento jurídico*. N°29. p.86.

<https://biblioteca-tirant-com.publicaciones.umh.es/cloudLibrary/ebook/show/E000020005535?showPage=1>

GÓMEZ SANCHO, M., ALISENT TROTA, R., BÁTIZ CANTERA, J., CASADO BLANCO, M., CIPRÉS BLANCO, L., GÁNDARA DEL CASTILLO, MOTA VARGAS. R, ROCAFORT GIL. J, & RODRÍGUEZ SEDÍN. J.J. (2021). *Guía de Sedación Paliativa*. CGCOM.

https://www.semg.es/images/2021/Documentos/Guia_de_Sedacion_Paliativa.pdf

CERDEIRA, G., & GARCÍA, M. (. (2021). *Un nuevo orden jurídico para las personas con discapacidad*. Barcelona, Bosch. p.250.

MORO, T. (2022). *Utopía*. Editorial Verbum. p.87.

<https://elibro.net/es/lc/bibliotecaumh/titulos/210820>

7.1. Legislación

- 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.
- Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.
- Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica

7.2. Jurisprudencia

- Sentencia del Tribunal Constitucional 151/2014, de 25 de septiembre.
- Sentencia del Tribunal Constitucional 37/2011, de 28 de marzo.

8. ANEXOS

ANEXO I: PRIMERA SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

Exp. n° _____

SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR: 1ª Solicitud

(Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia)

Yo, _____ con DNI/NIE n°
_____ mayor de edad, con domicilio en (localidad)
_____ Calle
_____ Código postal _____
Teléfono/s _____ Correo electrónico
_____ y teniendo en cuenta que poseo (señálese lo que proceda):

- La Nacionalidad española.
- La residencia legal en España.
- Un certificado de empadronamiento que acredite, un tiempo de permanencia en el territorio español, superior a doce meses.

DECLARO

- Que soy capaz y consciente de mis actos en el momento presente de formular esta solicitud.
- Que **NO tengo ninguna presión externa** que motive esta solicitud.
- Que estimo que sufro:
 - Una enfermedad grave e incurable.
 - Padecimiento grave, crónico e incapacitante.

SOLICITO, por PRIMERA VEZ

La prestación de ayuda para morir, por lo que firmo,

En _____, a ____ de _____ de 20__

FIRMA POR OTRA PERSONA (imposibilidad de firmar el solicitante)

Yo, _____ con NIE/DNI n° _____,

DECLARO

Que _____ no se encuentra en condiciones de firmar el presente documento, por las siguientes razones:

Para lo cual, firmo yo, y en su nombre, el presente documento

En _____, a _____ de _____ de 202__

FIRMA

PROFESIONAL SANITARIO O MÉDICO/A RESPONSABLE QUE RUBRICA LA PRESENTE SOLICITUD

Nombre y apellidos _____

DNI/NIE _____

_ Profesión _____

Colegiado n° _____

Centro de trabajo _____

En _____, a _____ de _____ de 20__

FIRMA

41

⁴¹ Anexo I. Fuente: <https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/484516-Solicitud3.pdf>

ANEXO II: SEGUNDA SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

Exp. nº _____

SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR: 2ª Solicitud

(Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia)

Yo, _____ con DNI/NIE nº _____ mayor de edad, con domicilio en (localidad)

_____ en la
Calle _____ Código postal
_____ Teléfono/s _____ Correo electrónico

DECLARO

- Que soy capaz y consciente de mis actos en el momento presente de formular esta solicitud.
- Que dispongo por escrito de la información sobre mi proceso médico, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, incluida la de acceder a cuidados paliativos integrales comprendidos en la cartera común de servicios y a las prestaciones que tuviera derecho de conformidad a la normativa de atención a la dependencia.
- Que NO tengo ninguna presión externa que motive esta solicitud.
- Que, con fecha _____ solicité la Prestación de ayuda para morir, y habiendo transcurridos más de 15 días desde mi primera solicitud.

SOLICITO, POR SEGUNDA VEZ

La prestación de ayuda para morir, y la firmo,

En _____, a ____ de _____ de 202__

FIRMA

FIRMA POR OTRA PERSONA (imposibilidad de firmar el solicitante)

Yo, _____ con NIE/DNI n° _____,

DECLARO

Que _____ no se encuentra en condiciones de firmar el presente documento, por las siguientes razones:

Para lo cual, firmo yo, y en su nombre, el presente documento

En _____, a ____ de _____ de 202__

FIRMA

PROFESIONAL SANITARIO O MÉDICO/A RESPONSABLE QUE RUBRICA LA PRESENTE SOLICITUD

Nombre y apellidos

DNI/NIE

Profesión

Colegiado

n° _____

Centro de trabajo

En _____, a ____ de _____ de 20__

FIRMA

42

⁴² Anexo II. Fuente: https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/docs/Manual_BBPP_eutanasia.pdf

**ANEXO III: SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR
PRESENTADO POR OTRA PERSONA EN NOMBRE DEL PACIENTE**

Exp. nº _____

**PRESENTACIÓN DE SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA
MORIR EN NOMBRE DEL PACIENTE. Art. 5.2**

(presentado POR OTRA PERSONA)

(Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia)

Yo, _____, mayor de edad y plenamente capaz, con
DNI/NIE nº _____

Que el paciente no se encuentra en el pleno uso de sus facultades, ni puede prestar
su conformidad libre, voluntaria y consciente para realizar la solicitud de
prestación de ayuda a morir.

- Que posee:

- La Nacionalidad española
- La Residencia legal en España
- Un Certificado de empadronamiento que acredite un tiempo de
permanencia en territorio español superior a doce meses

- E incluye: en el documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades
anticipadas o documento equivalente legalmente reconocido de fecha:

_____, la prestación de ayuda a morir, siendo su representante

legal/designado: _____ con DNI

_____ y domicilio en (localidad) _____.

C/ _____ Código postal _____

SOLICITANDO SU REPRESENTANTE EN NOMBRE DEL PACIENTE

la prestación de ayuda para morir

En _____, a _____ de _____ de 20__

FIRMA

**PROFESIONAL SANITARIO O MÉDICO/A RESPONSABLE QUE
RUBRICA LA PRESENTE SOLICITUD**

Nombre y apellidos

DNI/NIE

Profesión

Colegiado

nº _____

Centro de trabajo

En _____, a ____ de _____ de 20__

FIRMA

43



⁴³ Anexo III. Fuente: <https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/484516-Solicitud3.pdf>

**ANEXO IV: SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR
PRESENTADO POR EL MÉDICO EN NOMBRE DEL PACIENTE**

Exp. nº _____

**PRESENTACIÓN DE SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA
MORIR EN NOMBRE DEL PACIENTE. Art. 5.2 LORE (presentado por
parte del médico/a que lo trata)**

Yo, _____ Colegiado nº _____
_____ Médico/a que trata
paciente _____ con DNI/NIE nº _____
_____, con domicilio en (localidad) _____ C/
_____ Código Postal

MANIFIESTO:

- Que el/la paciente no se encuentra en el pleno uso de sus facultades, ni puede prestar su conformidad libre, voluntaria y consciente para realizar la solicitud de prestación de ayuda para morir.
- E incluyo:
 - El documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documento equivalente legalmente reconocido de fecha: _____.

Presento la solicitud de ayuda para morir de Don/Doña:

En _____ a _____ de _____ de 202_

FIRMA MÉDICO/A

44

⁴⁴ Anexo IV. Fuente: https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/docs/Manual_BBPP_eutanasia.pdf