



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

FACULTAD DE DERECHO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

PROGRAMA ÚNICO DE ESPECIALIZACIONES EN DERECHO

**ESPECIALIZACIÓN EN DERECHO SANITARIO**

**TÍTULO:**

“Los Procesos de Despenalización de la Eutanasia en el Contexto Europeo y su Relación con la Ley Española de Eutanasia de 2021, un Estudio de Derecho Comparado”

TESINA

QUE PARA OBTENER EL

TÍTULO DE ESPECIALISTA

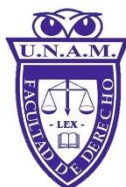
EN

"DERECHO SANITARIO"

PRESENTA:

Lic. Antonio Montero Balderas

**ASESORA:** Mtra. Aída del Carmen San Vicente Parada



Ciudad Universitaria, CDMX, octubre 2021



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## Agradecimientos:

A mi amada esposa: la Dra. Dania Nimbe Lima Sánchez, catedrática de esta universidad, formadora de recursos científicos de excelencia y un faro de inspiración en el campo de la investigación.

A mi estimada asesora de tesis: la Mrta. Aida del Carmen San Vicente Parada, catedrática de esta facultad, maestra comprometida con la enseñanza del Derecho y mi guía en el campo de la bioética.

A la Unidad de Posgrado de la Facultad de Derecho de la Universidad Nacional Autónoma de México, por permitirme el privilegio de pertenecer a la primera generación de especialistas de este fascinante campo de estudio.

Descargo de responsabilidad: La información presentada en este trabajo incluye menciones al uso y dosificación de medicamentos controlados para procesos de eutanasia; la información expuesta es retomada de fuente documentales de acceso público y se hace de buena fe, únicamente con propósitos de discusión científica y divulgación. En ninguna circunstancia el autor del presente trabajo asume responsabilidad legal alguna (penal, civil, administrativa o cuales fueran) por el mal uso que particulares pudiesen dar a cualquier información presentada en el contenido de este trabajo.

## Índice

Introducción.....	I
Capítulo I El Devenir Histórico del Concepto de Eutanasia.....	1
1.1. Autonomía Vital.....	6
1.2. Dignidad Humana .....	7
1.3. Muerte Digna.....	8
Capítulo II Eutanasia y el Derecho Internacional Público Europeo. ....	10
2.1. La Recomendación 1418 .....	10
2.2. Convención de Oviedo.....	12
2.3. Tribunal Europeo de Derechos Humanos y Eutanasia.....	13
Capítulo III Los Pioneros Europeos en Materia de Eutanasia .....	18
3.1. La Discusión Jurisprudencial en Países Bajos.....	18
3.2. Ley de Comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio .....	21
3.3. Discusión Legislativa de la Ley Belga .....	23
3.4. Ley Relativa a la Eutanasia de 2002.....	24
3.5. La Eutanasia en Números: el Caso de Bélgica. ....	27
Capítulo IV El Activismo Español por el Derecho a la Eutanasia. ....	29
4.1. Caso de Ramón Sampeder.....	29
4.1.1. La Judicialización del Caso Sampeder .....	30
4.1.2. Suicidio de Ramón Sampeder .....	32
4.2. Caso de Inmaculada Echevarría.....	35
4.2.1. Primera petición de eutanasia de Inmaculada Echevarría.....	36
4.2.2. El Procedimiento Administrativo del Caso Inmaculada Echevarría. ...	37

4.3. La radicalización de la discusión española sobre eutanasia posterior a 2005.....	39
4.3.1. Caso Madeleine Z.....	40
4.3.2. Caso Leganés.....	40
Capítulo V. El camino a una Ley de Eutanasia en España: Autonomía del Paciente, Voluntad Anticipada y Muerte Digna. ....	43
5.1. Armonización con el Convenio de Oviedo, la Ley 41/2002 .....	43
5.2. Las Leyes de Voluntad Anticipada de las Comunidades Autónomas ....	44
4.6. Leyes de Muerte Digna de las Comunidades Autónomas .....	47
Capítulo VI. La Ley Española de Eutanasia. ....	50
5.1. Exposición de Motivos.....	50
5.2. La ley española de eutanasia, sus similitudes y diferencias con la ley belga.....	52
Capítulo VII Manual de buenas prácticas en eutanasia del Ministerio de Salud de España .....	58
6.1. Anexo I del Manual de buenas prácticas en materia de eutanasia. ....	62
6.2. Anexo II del Manual de buenas prácticas en materia de eutanasia. ....	63
6.2.1.La complicada relación entre medicamentos y eutanasia.....	65
6.3. Anexo III del Manual de buenas prácticas en materia de eutanasia .....	71
6.4. Anexo IV. Protocolo de actuación para la valoración de la situación de incapacidad de hecho .....	77
Capítulo VIII. ¿Qué argumentan quienes se oponen a la eutanasia? .....	78
7.1. La falsa dicotomía entre cuidados paliativos y eutanasia.....	78
7.2. La tergiversación del marco conceptual como oposición a la eutanasia..	79
7.3. La falacia de la pendiente resbaladiza y la eutanasia. ....	81

7.4. Argumento de sacralidad de la vida y respeto a la dignidad humana .....	82
Capítulo IX. Situación en México de la Eutanasia .....	84
8.1. Ley de Voluntad Anticipada Para el Distrito Federal .....	84
8.2. Leyes Estatales de Voluntad Anticipada .....	86
8.3. Ley General de Salud y Código Penal Federal. ....	87
8.4. Propuestas Legislativas en Materia de Eutanasia.....	89
Conclusiones.....	90
Fuentes de Consulta .....	94
Bibliografía.....	94
Artículos Arbitrados.....	95
Legisgrafía.....	98
Hemerografía .....	100
Anexo I: Representación esquemática de la aplicación de la prestación de ayuda para morir de acuerdo con la legislación española .....	102

## Introducción

Esta investigación tiene por objetivo analizar desde una perspectiva de Derecho comparado la recientemente aprobada Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia de España. Para ello, se parte de un marco teórico en el que se identifican conceptos relevantes en el debate bioético relacionado a la eutanasia (autonomía de la voluntad, dignidad humana y muerte digna), para posteriormente estudiar el contexto europeo con relación a legislación y jurisprudencia sobre eutanasia; que es relevante para España por ser un país comunitario. Dos capítulos se dedican al contexto jurídico europeo: en el capítulo II se abordan algunas decisiones relevantes del Tribunal Europeo de Derechos Humanos y en el capítulo III se efectúa un estudio de las legislaciones de eutanasia de dos de los países del Benelux (Países Bajos y Bélgica), que son los pioneros mundiales en legislación sobre el tema; deteniéndome en las estadísticas generadas a partir del cumplimiento normativo en Bélgica. Los capítulos IV y V están directamente relacionados, pues en el primero se exponen sucintamente los antecedentes sociales de la eutanasia en España y en el segundo se exponen sus antecedentes legislativos, que se relacionan con los conceptos de autonomía vital y muerte digna que ya se definieron en el marco teórico. El capítulo VI se enfoca en un estudio de Derecho Comparado entre las leyes belga y española, recalcando sus similitudes. El capítulo VII, que es uno de los más extensos; se dedica al Manual de Buenas Prácticas en Materia de Eutanasia, en el cual se explican los medios para dotar de operatividad a la legislación comentada. En el capítulo VIII se retoman algunos argumentos críticos en contra de la eutanasia, los cuales anteriormente sólo habían sido esbozados. En el capítulo IX se comenta la actual situación jurídica de la eutanasia en México para finalmente exponer mis conclusiones.



## Capítulo I

### El Devenir Histórico del Concepto de Eutanasia.

A lo largo del presente trabajo se mencionará muchas veces a la eutanasia, por lo que antes de entrar de lleno a la discusión jurídica sobre este concepto, considero necesario el detenerse a abordar su evolución. La palabra eutanasia deriva de las voces griega "eu", que significa dulce, suave; y de "tanatos", muerte, definiéndose etimológicamente como una "muerte dulce"<sup>1</sup>. El concepto de eutanasia se ha resignificado sustancialmente a lo largo del tiempo desde su definición original hasta el término que actualmente se encuentra plasmado en diversas legislaciones y que es objeto de discusión en el marco del bioderecho. Núñez Carpizo, hace una docta disertación sobre la evolución de esta definición; atribuyendo su primer uso al historiador romano Suetonio; que en la obra "Los doce Césares" dedica un pasaje a la muerte del emperador Augusto, la cual fue dulce, por ser rápida e indolora<sup>2</sup>. La misma autora señala como el concepto es retomado por Francis Bacon en 1623 como parte de la obra "De la Dignidad y del Progreso de las Ciencias", en donde este último autor retoma el concepto de la buena muerte como aquella "que otra procura a una persona que padece una enfermedad incurable o muy penosa y la que tiende a truncar la agonía demasiado cruel o prolongada<sup>3</sup>".

La forma en la que Bacon retoma el concepto de eutanasia aún está lejos de la concepción moderna del término; faltarían varios siglos para llegar al concepto como lo entendemos ahora. Durante el siglo XVIII, multitud de adjetivos fueron añadidos al término eutanasia, habiendo médicos que hablaban de "*euthanasia naturalis*", "*euthanasia palliativa*", "*euthanasia physica*", "*euthanasia medicinalis*" y

---

<sup>1</sup> Padovani Cantón, Antonio Manuel, y Clemente Rodríguez, María Elisa, 2008, "Eutanasia y legislación", Cuba, *Revista Ciencias Médicas de Pinar del Río*, vol. 12, núm 2, p., 142

<sup>2</sup> Núñez Carpizo, Elssié, 2015, "Dilemas Sociobioéticos Relacionados con la Eutanasia", *Revista de la Facultad de Derecho de México*, México, Vol. 65, núm. 263, p., 259-274

<sup>3</sup> Ídem.

"*euthanasia medica*" (en 1735). El último término (y parcialmente, los otros mencionados) recogen un sentimiento generalizado en el que la gente temía una muerte terrible y dolorosa y deseaba una muerte dulce y apacible. Los procedimientos a los que estos médicos se referían no eran medios que produjeran deliberadamente la muerte del paciente, sino que eran más cercanos a lo que actualmente referimos como cuidados paliativos, cuyo objetivo era aliviar el sufrimiento en la medida de lo posible, privando una concepción moral cristiana, en la cual el suicidio (o la asistencia para este) resulta inaceptable<sup>4</sup>.

Para llegar a la actual concepción de eutanasia tuvieron que coincidir varios fenómenos: el racionalismo científico, la secularización de los valores sociales y la invención de los anestésicos. Todos estos componentes se reunieron a mediados del XIX; donde en el contexto de la Guerra Civil americana, los médicos usaron con éxito morfina, éter y cloroformo, tanto para aliviar el dolor de los pacientes como para anestesiar durante procedimientos quirúrgicos<sup>5</sup>. En dicho contexto histórico y durante una reunión organizada por la Sociedad de Especulación de Birmingham, un hombre de nombre Samuel Williams pronunció en 1870 el siguiente posicionamiento respecto a la eutanasia:

"El objetivo principal del presente ensayo es establecer la racionalidad de la siguiente propuesta: Que en todos los casos de enfermedad desesperada y dolorosa, debe ser el deber reconocido del asistente médico, siempre que así lo desee el paciente, administrar cloroformo, o cualquier otro anestésico que pueda reemplazar a este, de forma gradual para destruir la conciencia al primer intento, y disponga al paciente a una muerte rápida e indolora. Se deben tomar todas las precauciones necesarias para prevenir cualquier posible abuso de tal deber; lo que implica que debe ser establecido, más allá

---

<sup>4</sup> Stolberg, Michael, 2017, *A History of Palliative Care, 1500-1970: Concepts, Practices, and Ethical challenges, Caring for Terminally Ill Patients*, Estados Unidos, Springer International Publishing, p. 15-46.

<sup>5</sup> Emmanuel, Ezekiel J., 1994, "The History of Euthanasia Debates in the United States and Britain", *Estados Unidos, Annals of Internal Medicine*, vol., 121, núm., 10, p., 799.

de la posibilidad de duda o cuestionamiento, que el remedio fue aplicado por el deseo expreso del paciente".

Dicha disertación, pese a no provenir de alguien relevante para la comunidad médica, fue retomada por publicaciones de la época (como *Popular Science Monthly*) ganando notoriedad<sup>6</sup>. El debate, lejos de apagarse, se acrecentó con el devenir de los meses. Diversas asociaciones de médicos tomaron esa propuesta como un cuestionamiento a su autoridad y mostraron rechazo por una práctica, que -en la perspectiva de algunos- los convertiría en verdugos. Para 1890 lejos de extinguirse, el debate por la eutanasia se expandió del campo filosófico y médico, al de los juristas y científicos sociales. Este debate desembocó en una propuesta legislativa en 1906 para legalizar la eutanasia en el estado de Ohio, que eventualmente fue rechazada por la legislatura estatal por una amplia mayoría (79 contra 23)<sup>7</sup>. Respecto al procedimiento, la propuesta de ley decía lo siguiente<sup>8</sup>:

“Cuando una persona mayor de edad y en gozo de sus facultades mentales se encuentre fatalmente herida, o tan enferma que su recuperación sea imposible, o padezca de un sufrimiento físico sin posibilidad de alivio, su médico o si no, un familiar o interesado en el estado de la persona, puede preguntarle a él o a ella, frente a tres testigos, si él o ella desean ser asesinados. Si la respuesta es afirmativa, tendrá que llamarse a tres médicos y si estos coinciden en que el paciente está desahuciado, deberán efectuar el procedimiento de una forma ordenada y conveniente... [traducción propia al español<sup>9</sup>]”.

---

<sup>6</sup> Ibidem, p., 794.

<sup>7</sup> Ibidem, p., 796.

<sup>8</sup> Bill Concerning administration of drugs, etc., to mortally injured or diseased person, *Journal of the House of Representatives: Seventy-Seventh General Assembly of Ohio*, 1906, p., 99-100, 23 de enero.

<sup>9</sup> When a person of legal age and sound mind is fatally hurt, or so ill that recovery is impossible, or is suffering great physical pain without hope of relief, his physician, if not a relative or interested in the person's estate, may ask him or her, in the presence of three witnesses, if he or she wants to be killed. If the answer is affirmative three other physicians are to be called in, and if they agree that the case is hopeless, they are to proceed to do the job in a neat and convenient way...

Como puede apreciarse, dicha propuesta se acerca a lo que será la regulación de la práctica de la eutanasia en el siglo XXI: requiere la aprobación de un paciente con capacidad jurídica, que el padecimiento por el que se efectúa no tenga posibilidad de alivio y propone que sea una decisión evaluada por más de un médico, el cual es un elemento que está presente en las leyes belga, neerlandesa y española que comento más adelante. Al respecto de dicha propuesta legislativa, Lavi<sup>10</sup> acota que la misma se adapta a diversos supuestos (enfermedad, dolor crónico, accidente) que comparte en común ser irreversibles, fatales y causar sufrimiento.

Eventualmente el interés por el tema se extinguió en los Estados Unidos, pero años más tarde, ya entrado el siglo XX las propuestas para legalizar la eutanasia fueron retomadas en Inglaterra, creándose la "Sociedad para la Legalización de la Eutanasia Voluntaria", desembocando en una propuesta para su legislación que fue presentada a la Cámara de los Lores en 1936, siendo rechazada por 35 contra 14 votos<sup>11</sup>. Al respecto de esta propuesta, Helme<sup>12</sup> señala que "el objetivo de la ley era permitir la eutanasia activa voluntaria para los pacientes que la solicitaran, que se encontraran en uso de sus facultades mentales, fueran mayores de 21 años y sufrieran de un padecimiento fatal e incurable, acompañado de dolor severo". De acuerdo con la propuesta legislativa, "el paciente que solicitara la eutanasia debería firmar una forma ante la presencia de dos testigos. Dicha forma se acompañaría de dos certificados médicos que después serían enviados a un árbitro oficial de eutanasia autorizado por el Ministerio de Salud que estaría obligado a entrevistar al paciente en persona y cerciorarse de que cumple con los criterios planeados por la ley y que efectivamente desea morir. Si dichos requisitos eran cumplidos, se entregaría una licencia para eutanasia que sólo podría ser

---

<sup>10</sup> Lavi, Shai, 2003, "Euthanasia and the Changing Ethics of the Deathbed", Estados Unidos, *Theoretical Inquiries in Law*, vol. 4, núm. 2, octubre, p., 757.

<sup>11</sup> "The History of Euthanasia Debates in the United States and Britain", op. cit., p. 797

<sup>12</sup> Helme, Tim, 1991, "The Voluntary Euthanasia (Legalization) Bill (1936) revisited.", Inglaterra, *Journal of medical ethics*, vol. 17, núm. 1, marzo, p., 25-29

administrada ante la presencia de un testigo oficial<sup>13</sup>". Como puede observarse, la propuesta inglesa (al igual que la americana) preveía la necesidad de implementar un aparato burocrático en relación con la eutanasia que verificara la voluntad del paciente y la gravedad de su padecimiento, estableciendo múltiples candados que aseguraran que el procedimiento no se aplicara con ligereza, aparato burocrático que se encuentra ya operando en las legislaciones europeas del siglo XXI.

No quiero concluir este apartado, sin dejar de mencionar como se utiliza *ad nauseam* por parte de ciertos autores de tendencia reaccionaria al programa de exterminio nazi como un "antecedente histórico" respecto a la eutanasia; lo cual no podría calificarse más que como un ejercicio perverso de tergiversación (abordo otros ejemplos de tergiversación del concepto en capítulos posteriores en esta tesina). Como quedó perfectamente establecido en los antecedentes históricos expuestos, eutanasia es un término polisémico cuyos significados a lo largo de la historia aluden a un ejercicio que parte de la experiencia y necesidad personal: la eutanasia es un acto que se produce a petición expresa e informada del paciente, cuando éste se encuentra en una condición para la cual no hay cura, que le produce sufrimiento y que requiere intervención médica para terminar con su vida y esto, por ser una cuestión que atañe a la comunidad médica, a la comunidad jurídica, al paciente y a sus familiares es una cuestión que requiere legislarse de forma clara y transparente.

El programa de exterminio de la dictadura nazi tuvo su fundamento en una operación secreta denominada *Aktion T4*. Dicho programa tenía por directrices el asesinato sistemático de todo paciente con enfermedades mentales, deformaciones físicas, minusvalías o cualquier discapacidad que los hiciera inaptos para el servicio militar<sup>14</sup>. De la anterior descripción del programa nazi, es fácil observar como la mal llamada "eutanasia" nazi contradice letra por letra y palabra por palabra a cualquier

---

<sup>13</sup> Ídem.

<sup>14</sup> Grodin, Michael A., Erin L. Miller, y Johnathan I. Kelly, 2018, "The Nazi physicians as leaders in eugenics and "euthanasia": Lessons for today", Estados Unidos, *American journal of public health*, vol. 108, núm. 1, p. 53-57.

definición legal de eutanasia actual y a todas las definiciones que hasta ahora mencioné en este capítulo: la eutanasia es absolutamente individual, el holocausto nazi fue una política de corte eugenésico; la eutanasia es absolutamente voluntaria e informada, el holocausto nazi, no; la eutanasia sólo es aplicable para pacientes que sufren y cuya condición no mejorará, el holocausto nazi tenía por objetivo asesinar a cualquiera que el régimen considerara un estorbo o una amenaza. El admitir cualquier comparación entre lo que el régimen nazi mal llamaba "eutanasia" y el derecho humano que se discute en esta tesina solo abona a falacias argumentativas, sin cabida en un debate serio y objetivo.

### **1.1. Autonomía Vital**

Como pudo apreciarse en las definiciones históricas que se citaron previamente, para que la eutanasia se produzca, tiene que partir de un acto de voluntad expresado por el paciente en el que afirma el deseo de dar por terminada la propia vida, por ser esta insoportable. En el contexto de la bioética, al ejercicio de estos actos de voluntad se le conoce como autonomía vital. Valadés define a la autonomía vital como:

"la libertad que tiene toda persona para conocer y decidir acerca de las implicaciones de un tratamiento médico y para determinar en qué condiciones y hasta cuándo está dispuesta a soportar un padecimiento irremediable, en ocasiones con dolores extremos y que desde su perspectiva afecte su dignidad personal<sup>15</sup>".

Según el autor, de dicha definición podría provenir "la supresión de un tratamiento y la terminación voluntaria e incluso asistida de la vida". La definición citada recoge uno de los principios más importantes de la deontología médica, que es el respeto a la voluntad del paciente para tomar decisiones respecto a sus

---

<sup>15</sup> Valadés, Diego, 2012, *Eutanasia. Régimen jurídico de la autonomía vital*, México, Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM, p., 81 a 152

opciones terapéuticas. El concepto hace énfasis en la dimensión subjetiva del padecimiento, recalcando que ésta parte desde la perspectiva personal.

## 1.2. Dignidad Humana

Un componente relevante de la definición de autonomía de la persona y que está sujeto a debate en la doctrina jurídica y bioética es el de la dignidad personal y la afectación que un padecimiento puede ejercer en esta, por lo cual, es importante detenerse para definirla. En su obra “¿Qué es la dignidad humana?” Torralba hace un extenso ensayo sobre la evolución de dicho concepto a lo largo del tiempo. En palabras del autor<sup>16</sup> “la idea de dignidad se relaciona con la de autonomía, autodeterminación o libertad (*lato sensu*)”. El referido autor, citando a Verspieren ofrece la siguiente definición: “Dignidad viene de designar las capacidades de decidir y obrar por sí mismo, lo que podemos llamar autonomía e independencia, y la calidad de la imagen que se ofrece de sí a los demás”<sup>17</sup>.

Para intentar acotar el concepto de dignidad, Torralba cita un ejercicio propuesto por Andorno<sup>18</sup> en el que se propone definir a la indignidad, a la cual identifica con “la instrumentalización, la tortura, la privación de libertad, la vulneración de la intimidad, la cosificación, la injusticia, la explotación mecánica de seres humanos, la crueldad, la guerra, el hambre, la humillación o la vejación”. Si bien Torralba descarta este ejercicio y continúa su obra con ponderaciones teológicas y metafísicas, para concretar el objetivo de esta tesina el ejercicio propuesto por Andorno resulta particularmente relevante y acerca a la importancia de reconocer el derecho legal a la eutanasia. Si la indignidad incluye la “privación de la libertad”, ¿no sería acaso indigno obligar a un paciente contra su voluntad a perpetuar su vida con tetraplejía? ¿no constituye una vejación estar sujeto a un cuerpo cuyos miembros no pueden moverse? ¿no es la libertad deambulatoria un Derecho Humano fundamental? Continuando con esta lógica, uno de los objetivos

---

<sup>16</sup> Torralba, Francesc, 2005, *¿Qué es la Dignidad Humana?*, España, Herder, p., 47.

<sup>17</sup> Verspieren, Patrick, 1991, *Face à celui qui meurt: euthanasie, acharnement thérapeutique, accompagnement*, Francia, Desclée de Brouwer, p., 196-197.

<sup>18</sup> Andorno, Roberto, 1998, *Bioética y dignidad de la persona.*, España, Editorial Tecnos, p., 73.

de la tortura, es producir dolor ¿no es un acto de crueldad, incompatible con la dignidad humana, el prolongar el dolor de un paciente que padece, cuándo éste preferiría morir en paz? La respuesta a las anteriores preguntas es inequívoca y vulnerar la autonomía vital de las personas, amparándose de rebuscados argumentos mitológicos (o también llamados “teológicos”) es un ejercicio de cosificación, consistente en sacrificar la dignidad, en aras de explotación comercial (mantener vivo al paciente-consumidor para generar un lucro) o de mecanismos de sometimiento al control social y biopoder (la imposición de una idea única de moral a costa de la autonomía personal).

### **1.3. Muerte Digna**

En su obra previamente citada, Torralba<sup>19</sup> retoma un artículo de Elizari en el que se proponen seis formas de entender que significa morir dignamente<sup>20</sup>:

- i. Morir dignamente significa la no prolongación artificial de la vida cuando ese hecho carece de sentido, es decir, el rechazo al encarnizamiento terapéutico.
- ii. Morir dignamente puede indicar el acceder a terapias del dolor para el tratamiento de los síntomas más molestos (cuidados paliativos)
- iii. Morir dignamente puede entenderse como el alivio de los sufrimientos cuyos orígenes pueden ser muy distintos, como también lo son sus vías de solución.
- iv. Morir dignamente puede comprenderse como la exigencia de ser acompañado, de la presencia cercana de personas amadas.
- v. Morir dignamente puede significar que el paciente asuma con la mayor conciencia posible su fallecimiento, lejos del sistemático ocultamiento.

---

<sup>19</sup> ¿Qué es la Dignidad Humana?, Op. Cit, p., 49 y 50.

<sup>20</sup> Elizari, F. Javier, 2002, "Dignidad en el morir.", *Moralia*, vol. 25, núm. 96 p., 397-422.



- vi. Morir dignamente puede significar exigir al profesional médico y a sus familiares ayudar al paciente a tener la vivencia religiosa de la muerte, en el caso de que éste la deseara.

Como se apreciará en posteriores capítulos, varias de estas definiciones tienen influencia jurídica en las legislaciones sobre decisiones al final de la vida (en particular, en las leyes de muerte digna españolas).

## **Capítulo II**

### **Eutanasia y el Derecho Internacional Público Europeo.**

En este capítulo se comentará brevemente la Recomendación 1415 de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, la Convención de Oviedo y algunos fallos del Tribunal de Estrasburgo en relación con conceptos como la muerte digna, autonomía de la voluntad del paciente y suicidio asistido. Como podrá observarse, dentro del Derecho de los Tratados europeos y sus órganos jurisdiccionales supranacionales priva una visión opuesta a reconocer la eutanasia como un derecho, ya sea basando su razonamiento en la protección a la vida como bien jurídico tutelado por el Estado o bien por considerarse que la libre disposición de la vida como una facultad que altera el orden social; dejando en manos de la soberanía de cada uno de los Estados la decisión última sobre la pertinencia o no de penalizar la eutanasia.

#### **2.1. La Recomendación 1418**

Dentro del contexto jurídico europeo una de las primeras menciones relevantes al concepto de muerte digna se dio en la Recomendación 1418 de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa<sup>21</sup>. En dicho documento la asamblea instaba a los Estados miembros a incorporar dentro de su Derecho interno protección legal y social sobre los siguientes puntos:

- I. El morir sometido a síntomas insoportables (por ejemplo, dolor, ahogo, etc.).
- II. La prolongación del proceso de la muerte contra la voluntad del enfermo terminal.
- III. El morir en el aislamiento social y la degeneración.

---

<sup>21</sup> Asamblea Parlamentara del Consejo de Europa, Recomendación 1418, 1999, Protección de los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos, texto de esta Recomendación fue adoptado por la Asamblea el 25 de junio de 1999 (24ª Sesión).

- IV. El morir bajo el temor de ser una carga social.
- V. Las restricciones a los medios de soporte vital por razones económicas.
- VI. La falta de fondos y recursos materiales para la asistencia adecuada del enfermo terminal o moribundo.

En general, el enfoque de este documento versa sobre favorecer el acceso a cuidados paliativos como un derecho subjetivo y una prestación más de asistencia sanitaria y su postura es declaradamente contraria a la eutanasia afirmando que "Reconocer que el deseo de morir no genera el derecho a morir a manos de un tercero" y que "Reconocer que el deseo de morir de un enfermo terminal o una persona moribunda no puede, por sí mismo, constituir una justificación legal para acciones dirigidas a poner fin a su vida.<sup>22</sup>" No obstante lo anterior, el documento es relevante en cuanto al reconocimiento que hace al respeto a la voluntad y autonomía del paciente, estableciendo por ejemplo, que ningún enfermo terminal o persona moribunda deberá ser tratada contra su voluntad y sugiriendo que se debe "Asegurar que se respetará el rechazo a un tratamiento específico recogido en las directivas avanzadas o testamento vital de un enfermo terminal o persona moribunda<sup>23</sup>".

Otro punto para destacar dentro del texto de esta recomendación es que abre la puerta a la sedación terminal, recomendando que se adopten las medidas necesarias para "Asegurar que la persona en fase terminal o moribunda recibirá un adecuado tratamiento del dolor (a menos que el interesado se niegue) y cuidados paliativos, incluso si tal tratamiento tiene como efecto secundario el acortamiento de la vida<sup>24</sup>". Estas recomendaciones, resultan particularmente importantes conforme el debate sobre la eutanasia avanzó en distintos países de Europa.

---

<sup>22</sup> Recomendación 1418, punto C, XVI, C, II y III

<sup>23</sup> Ibidem, punto C, XV

<sup>24</sup> Ibidem, punto A, VII

## 2.2. Convención de Oviedo

El Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con Respecto a las Aplicaciones de la Biología y la Medicina de 1997 (Convención de Oviedo) es uno de los documentos más importantes para el estudio de la bioética en el contexto jurídico europeo, pues fue el primer tratado multilateral enfocado a la relación entre Derechos Humanos, biología y medicina. El primer antecedente de este documento se produce en junio de 1990, cuando Catherine Lalumière, entonces secretaria general del Consejo Europeo propuso en la 17ª Conferencia de Ministros de Europa la elaboración de una convención marco centrada en bioética. Para esto, se creó un comité Ad Hoc: el Comité de Expertos en Bioética, cuya labor sería elaborar un texto al cual los países pertenecientes al parlamento europeo pudiesen adherirse. El primer borrador del documento fue presentado a la Asamblea Parlamentaria en 1992, para ser sometido a consulta pública, publicándose la versión final el 7 de junio de 1996. Por recomendación de la Asamblea Parlamentaria, se efectuaron enmiendas al documento, que fue finalmente adoptado por el comité de ministros el 19 de noviembre de 1996 y fue presentado para su firma el 4 de abril de 1997 en Oviedo, España; entrando en vigor en diciembre de 1999<sup>25</sup>. Al ser un documento que desde su inicio se planteó como un marco común mínimo, contiene declaraciones muy generales sobre los grandes dilemas bioéticos, como eutanasia, aborto e investigación en embriones, dejando a los Estados soberanos la última palabra respecto a la legislación en dichos temas.

El convenio consta de un preámbulo y catorce capítulos que abarcan gran cantidad de materias relevantes en la legislación sanitaria como son: el consentimiento informado, genoma humano, donación de órganos, prohibición de patrimonialización del cuerpo humano, entre otras<sup>26</sup>. Como ya mencioné, el

---

<sup>25</sup> Andorno, Roberto, 2005, "The Oviedo Convention: A European legal framework at the intersection of human rights and health law", Alemania, *Journal of international biotechnology law*, vol. 2, núm. 4, Agosto, p., 13-23

<sup>26</sup> Nicolás Jiménez, Pilar, 1997, "El Convenio de Oviedo de Derechos Humanos y Biomedicina: la génesis parlamentaria de un ambicioso proyecto del Consejo de Europa", España, *Revista De Las Cortes Generales*, núm 40, abril, p., 129-154

documento no aborda la eutanasia; pero dos puntos de su contenido son relevantes para la futura legislación española en materia de eutanasia, voluntad anticipada y muerte digna; que son los relacionados al libre consentimiento y a la voluntad previa, los cuales se abarcan en el Capítulo II de la Convención y cito textualmente a continuación:

Artículo 5 (Regla general) Una intervención en el ámbito de la sanidad sólo podrá efectuarse después de que la persona afectada haya dado su libre e inequívoco consentimiento. Dicha persona deberá recibir previamente una información adecuada acerca de la finalidad la naturaleza de la intervención, así como sobre sus riesgos y consecuencias. En cualquier momento la persona afectada podrá retirar libremente su consentimiento<sup>27</sup>.

Artículo 9 (Deseos expresados anteriormente) Serán tomados en consideración los deseos expresados anteriormente con respecto a una intervención médica por un paciente que, en el momento de la intervención, no se encuentre en situación de expresar su voluntad.

### **2.3. Tribunal Europeo de Derechos Humanos y Eutanasia**

El Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH), con sede en Estrasburgo, es una jurisdicción internacional que aplica el Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y Libertades Fundamentales (CEDH). El Consejo de Europa, el CEDH y el TEDH son independientes de la Unión Europea. El Tribunal Europeo de Derechos Humanos no debe confundirse con el Tribunal de Justicia de la Unión Europea, que aborda cuestiones de derecho comunitario y tiene su sede en Luxemburgo, ni con la Corte o Tribunal Internacional de Justicia, órgano judicial de Naciones Unidas con sede en La Haya. Al TEDH se le reconoce competencia contenciosa en 47 Estados miembros del Consejo de Europa<sup>28</sup>, siendo sus

---

<sup>27</sup>Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine, Oviedo, 4 April 1997, European Treaty Series - No. 164.

<sup>28</sup> Mediavilla, Manu, 2017, "Tribunal Europeo de Derechos Humanos, una 'joya' para las libertades fundamentales", Amnistía Internacional, recuperado de: <https://www.es.amnesty.org/en-que->

sentencias de cumplimiento obligatorio para el Estado condenado; por lo que sus fallos son importantes fuentes de estudio a nivel doctrinal.

Un punto de partida común en los asuntos relativos a la muerte digna, eutanasia, limitación de esfuerzo terapéutico y suicidio asistido en los que se ha pedido la intervención del TEDH es el artículo 2.1 del CEDH, en el cual se establece lo siguiente en relación con el Derecho a la vida:

“El derecho de toda persona a la vida está protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de su vida intencionadamente, salvo en ejecución de una condena que imponga la pena capital dictada por un Tribunal al reo de un delito para el que la ley establece esa pena.”

Dicho artículo agrega además que no se considera una infracción a este derecho las muertes que resultan de la legítima defensa ante una agresión (art. 2.2 inciso a), las resultantes por detener evasión de reos (art. 2.2 inciso b) o las resultantes de reprimir una revuelta o insurrección (art. 2.2 inciso c). Si partimos de este marco jurídico, la protección a la vida no es un bien cuya defensa sea absoluta, ya que se reconocen claramente tres supuestos en los que el Estado puede disponer de ésta. El problema, para el TEDH entonces, resulta cuando el propio ciudadano en ejercicio de su autonomía de la voluntad, pide que se apliquen medios médicos para poner fin a su vida; es decir, estamos frente a un problema en el que los órganos del Estado pueden interpretar como una amenaza a su autoridad política el ejercicio de la libertad individual. Sanz Caballero<sup>29</sup> hace un recuento de algunas decisiones relevantes tanto de la Comisión como de Tribunal Europeo de Derechos Humanos en relación con la eutanasia y la asistencia al suicidio que resumo a continuación:

- i. El caso Widmer, en el que la hija de un anciano, enfermo terminal de Parkinson, reclama la desconexión de su padre de las máquinas que le mantenían con vida, alegando que nunca presentó su voluntad en ese

---

[estamos/blog/historia/articulo/tribunal-europeo-de-derechos-humanos-una-joya-para-las-libertades-fundamentales/](#) el 5 de septiembre de 2021 a las 4:00 hrs.

<sup>29</sup> Sanz Caballero, Susana, 2004, “El comienzo y el fin de la vida humana ante el TEDH: el aborto y la eutanasia a debate”, España, *Cuadernos Europeos de Deusto*, núm. 31, julio, p., 157-181

sentido. La Comisión Europea de Derechos Humanos estimó que la demanda no era admisible puesto que en Suiza ya se contaba con una legislación que prohibía el homicidio por negligencia.

- ii. El caso Glass, en el que un niño un enfermo desahuciado por órdenes médicas recibió sedación paliativa (con diamorfina) cuyo posible efecto secundario era acortar su vida, además de una instrucción de no resucitar; ambas indicaciones opuestas a lo expresado por la madre del menor. El caso fue resuelto por el TEDH alegando violación al derecho a la vida privada y familiar (artículo 8 de la CEDH).
- iii. El caso de Sampedro, en el que en dos ocasiones el Tribunal evitó pronunciarse (y abordó a fondo en otro capítulo).

De los casos en relación con eutanasia abordados por el TEDH, uno en el que deseo detenerme por considerarlo más similar con otros que se comentarán más adelante (los de Sampedro e Inmaculada, en España) es el caso de Pretty vs. Reino Unido.

"Sólo quiero tener una muerte rápida y sin sufrimiento, en casa y rodeada por mi familia, para poder despedirme de ellos"

Diane Pretty, 2002<sup>30</sup>

Diane Pretty sufría esclerosis lateral amiotrófica, la cual gradualmente la privó de función muscular, comenzando por su capacidad para caminar. El curso natural de la enfermedad la llevaría a la parálisis total y eventualmente a la muerte por sofocación, cuando los músculos de su caja torácica dejaran de funcionar. Debido al avance de su enfermedad, la Sra. Pretty ya no contaba con la capacidad motora para suicidarse y temiendo la muerte agónica que su enfermedad le causaría, solicitó al equivalente del jefe de los ministerios públicos que garantizara que su esposo, quien le ayudaría a suicidarse, no sufriera de persecución judicial, alegando que actuaba cumpliendo una petición formulada partiendo de su voluntad.

---

<sup>30</sup> Redacción BBC, publicado el 13 de mayo de 2002, recuperado de: <http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/1983941.stm> el 6 de septiembre de 2021 a las 23:00 hrs.

Localmente su petición fue denegada en todas las instancias, incluida la cámara de los Lores; hasta recurrir al TEDH; en el que fundamentó su caso en tres ejes principales<sup>31</sup>:

- a) El ejercicio de la facultad punitiva estatal, que le dificultaba la asistencia al suicidio atentaba contra la titularidad que como persona le correspondía respecto al Derecho a la Vida del artículo 2 de la CEDH.
- b) El sufrimiento que le causaría su enfermedad es equivalente a la tortura, tratos inhumanos y degradantes que prohíbe el artículo 3 de la CEDH.
- c) El suicidio asistido que solicitaba era un acto privado, que ocurriría en el seno familiar y dentro de su hogar, por lo que estaba amparado por el derecho a la privacidad y vida familiar del artículo 8 de la CEDH.

El TEDH rechazó cada uno de estos argumentos de la siguiente forma:

- a) Respecto al Derecho a la vida se pronunció diciendo que el contenido de ese derecho no podría ser interpretado, sin grave distorsión del lenguaje, como comprensivo de un derecho diametralmente opuesto: el derecho a morir.
- b) Respecto al artículo 3 de la CEDH, se expresó que éste debe interpretarse bajo el amparo del artículo 2 el sentido de que no puede obligarse al Estado a proteger los actos que tienen por objeto interrumpir la vida humana.
- c) Respecto al artículo 8, la Corte razona que el Estado tiene derecho de controlar, a través de la aplicación del derecho penal general, las actividades perjudiciales para la vida y la seguridad de terceros, razón por la cual entiende que la disposición de la legislación penal inglesa que condena la ayuda al suicidio no es una medida desproporcionada<sup>32</sup>.

---

<sup>31</sup> Vivanco Martínez, Ángela, 2002, "La autonomía de la persona frente al derecho a la vida no incluye el derecho a ser muerto por un tercero: La solicitud de asistencia al suicidio y el caso de Diane Pretty", Chile, *Acta bioethica*, vol 8, núm., 2, p., 299-313

<sup>32</sup> Ídem



Diane Pretty falleció el 11 de mayo de 2002, en un hospicio cercano a su casa, tras experimentar graves dificultades respiratorias, poco después del fallo negativo del TEDH.

## **Capítulo III**

### **Los Pioneros Europeos en Materia de Eutanasia**

Bélgica y Países Bajos no solo son países colindantes, sino que poseen una historia común: durante la Segunda Guerra Mundial, junto con Luxemburgo firmaron un acuerdo económico y comercial que los integró en el denominado Benelux<sup>33</sup>, que fue un precursor directo del Tratado de Roma de 1957, que a su vez fue un directo precedente de la Unión Europea<sup>34</sup>. Bélgica es un país políglota, en el que se reconocen como lenguas oficiales el francés y el neerlandés, este último idioma en común con Países Bajos. Ambos países comparten factores sociodemográficos que hicieron posible la discusión de la eutanasia: una elevada expectativa de vida, con acceso a los servicios de salud, una población educada, y secularizada y una clara separación entre las instituciones del Estado y la religión; factor que se acentuó en ambos países cuando ocurrió una transición política de la derecha a la centro izquierda a finales del siglo XX. Por todos estos factores, dichos países marcaron una clara tendencia aparte del resto de los países europeos y son los pioneros en la discusión jurídica en materia de eutanasia.

#### **3.1. La Discusión Jurisprudencial en Países Bajos**

El Reino de los Países Bajos (a veces referido equívocamente como Holanda) es un punto de entrada indispensable para el estudio de la legalización de la eutanasia, ya que su ley en la materia fue precedida por un largo proceso jurisprudencial. Trasladar la discusión sobre eutanasia a los juzgados en lugar de a los legisladores permitió que en ésta privaran los argumentos científicos y jurídicos y no los argumentos viscerales, superficiales y maniqueos que caracterizan a la arena política. Los precedentes legales en Países Bajos comienzan desde 1973 con

---

<sup>33</sup> Acrónimo formado por la primera sílaba del nombre de cada país: Belgium (BE), Netherlands (NE), Luxembourg (LUX)

<sup>34</sup> Simón-Lorda, Pablo y Barrio Cantalejo, Inés M., 2012, "La Eutanasia en Bélgica", España, *Revista Española de Salud Pública*, núm. 86, p., 5-19

el caso Postma del Juzgado de Distrito de Leeuwarden. Países Bajos, al igual que otros países que comento en este trabajo, tipifica la asistencia al suicidio en su código penal. Andries Postma fue procesada por poner fin a la vida de su madre a petición de ésta. La madre; de edad avanzada, decía padecer un sufrimiento insoportable. Por sus acciones, Postma recibió una pena apenas simbólica, consistente en una semana de prisión (que fue suspendida) y un año de libertad condicional<sup>35</sup>. La resolución del caso sentó un importante precedente en los juzgados neerlandeses, puesto que en su fallo el juez ponderó sobre el estado de necesidad como excluyente de responsabilidad penal y formuló tres condiciones que de concurrir, justifican la actuación del médico<sup>36</sup>:

- a) Que médicamente, el paciente se considere enfermo incurable.
- b) Que esté sufriendo, física o psicológicamente, de modo insoportable o de modo grave.
- c) Que el paciente haya expresado previamente, de modo oral o escrito, su voluntad explícita de que se interrumpa su vida y que se le libere del sufrimiento.

El siguiente caso importante fue el de Wertheim en 1981. Una activista en favor de la eutanasia coadyuvó al suicidio de una mujer de 67 años que decía tener gran sufrimiento físico y mental provocado por el cáncer. Para esto mezcló 30 pastillas de Vesparax en un postre que fue ingerido por la paciente. Tras realizarse una autopsia, se mostró que la paciente no padecía cáncer. La jurisdicción razonó que la acción de la acusada se encuadraba en la conducta tipificada, pero reconoció que la asistencia al suicidio podría ser justificable si se cumplen los siguientes criterios y requisitos<sup>37</sup>:

- la persona debe experimentar un sufrimiento físico o mental insoportable

---

<sup>35</sup> Sheldon, Tony, 2007, "Obituary: Andries Postma", Inglaterra, *British Medical Journal*, vol 334, núm. 7588, p. 320.

<sup>36</sup> Tak, Peter, J.P., Pifarré de Moner (trad.), 2003, "La nueva Ley sobre Eutanasia en Holanda y sus precedentes", España, *Revista Penal*, núm. 12, p. 111.

<sup>37</sup> Griffiths, John et al., 1998, *Euthanasia & Law in the Netherlands*, Países Bajos, Amsterdam University Press, p. 58 y 59.

- tanto el sufrimiento como la petición de muerte deben ser duraderas
- la decisión debe ser voluntaria
- la persona debe estar informada sobre todas sus opciones terapéuticas
- la muerte de la persona no causa en otros un sufrimiento innecesario.
- la decisión de asistir al suicidio no puede ser tomada por una sola persona.
- un médico debe ser quien debe prestar esa asistencia y determinar el método que debe usarse.
- la decisión debe ponderarse con máxima precaución, lo cual incluye discutir el caso con otro médico si el paciente no se encuentra en etapa terminal.

Debido a que Wertheim era una mujer de 76 años, su sentencia se redujo a un año de libertad condicional, pasando las dos primeras semanas en arresto domiciliario. Como puede observarse, el razonamiento del juzgador establece características que serán incorporadas en la legislación sobre eutanasia por venir, no sólo en Países Bajos, sino en Bélgica.

En noviembre de 1990 Ministerio de Justicia en conjunto con la Real Asociación Médica Holandesa acordaron crear un procedimiento unificado de notificación, con el objetivo de armonizar criterios y proporcionar certeza y transparencia sobre los actos médicos de eutanasia, asegurando que los médicos que se ajustaran a dichos criterios no sufrirían persecución judicial<sup>38</sup>. En 1989 una transición gubernamental de centro derecha a centro izquierda llevó a que se formara una comisión que investigara respecto al verdadero alcance de la eutanasia en el país; la Comisión Rimmelink (conocida así por el nombre de quien la presidía) presentó su reporte en septiembre de 1991<sup>39</sup>. Su conclusión fue que 1.7% de las muertes por año eran a causa de la eutanasia y 0.2% por suicidio asistido<sup>40</sup>. La década del 90 transcurrió sin una legislación en la materia, con la ocasional judicialización de diversos casos, la revisión de los procedimientos de notificación y subsecuentes informes al respecto de esta actividad, hasta que el 6 de agosto de 1999 llegó al Parlamento el

---

<sup>38</sup> Euthanasia & Law in the Netherlands, op.cit., p. 77.

<sup>39</sup> Ibidem, p. 76.

<sup>40</sup> Ibidem, p. 78.

Proyecto de Ley Sobre Interrupción de la Vida a Petición. Tras quince meses de discusión parlamentaria, la Segunda Cámara aprobó la ley por 104 votos contra 40. La Primera Cámara la aprobó por 46 votos a 28. La Ley entró en vigor a principios del año 2002<sup>41</sup>.

### **3.2. Ley de Comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio**

El 1º de abril de 2002 entró en vigor la *Wet toetsing levensbeeindiging en hulp bij zelfdoding* neerlandesa, la ley en su primera publicación consta de 24 artículos divididos en 5 capítulos, que son:

- i. Capítulo 1 Definiciones<sup>42</sup>
- ii. Capítulo 2 Requisitos de cuidado y esmero profesional,
- iii. Capítulo 3 Comisiones regionales de comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio.
- iv. Capítulo 4 Modificaciones de otras leyes
- v. Capítulo 5 Disposiciones finales

Entre los conceptos más relevantes a mi criterio en esta ley se encuentra la definición de auxilio al suicidio en su artículo 1 inciso b, el cual es "ayudar deliberadamente a una persona a suicidarse o facilitarle los medios necesarios a tal fin<sup>43</sup>". Los requisitos que el médico debe cumplir para efectuar el procedimiento de eutanasia se definen en el artículo 2, inciso 1) y son los siguientes:

- 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 insoportable y sin esperanzas de mejora,

---

<sup>41</sup> La nueva Ley sobre Eutanasia en Holanda y sus precedentes, op. cit., p. 123.

<sup>42</sup> En todas las referencias a esta ley tomo como base la traducción al español de Andruet, Armando S, 2001, "Ley holandesa de 'terminación de la vida a petición propia' nuestra consideración acerca de la eutanasia", Derecho y Salud vol. 9, núm. 2, p., 169-199

<sup>43</sup> Ley de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio, 2001, Países Bajos, 26691, núm. 137

- 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 a los que se refieren los apartados a) al d) y
- f) ha llevado a cabo la terminación de la vida o el auxilio al suicidio con el máximo cuidado y esmero profesional posibles.

El inciso 2) se aplica a los supuestos de peticiones de pacientes de 16 años en adelante que ya no esté en condiciones de expresar su voluntad pero que estuvo en condiciones de realizar una valoración razonable de sus intereses al respecto antes de encontrarse en estado de incapacidad y pacientes que redactaron una declaración previa por escrito. El inciso 3) del mismo artículo prevé el procedimiento para pacientes menores de edad, en los rangos entre 16 y 18 años y el inciso 4) para los pacientes entre los 12 y 16 años.

Las comisiones referidas en el capítulo 3 deberán estar compuestas por un número impar de miembros, contar con un miembro que sea jurista (y que a la vez la presida), un médico y un experto en cuestiones éticas. La Comisión se encarga de realizar informes y recabar los reportes de médicos, así como de verificar dichos reportes.

Por su redacción, la ley neerlandesa opera en conjunto con el código penal, estableciendo al procedimiento eutanásico como una excluyente de responsabilidad del artículo 293 del código penal en los siguientes términos:

Artículo 293<sup>44</sup>

---

<sup>44</sup> Ley de la Terminación de la Vida... art. 20

1. El que quita 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.

Las leyes belga y española que se comentan más adelante optaron por la ruta de la despenalización modificando el código penal. En el caso de Países Bajos, se legisló de esta manera para armonizar la ley con la robusta jurisprudencia que la precedía e iba en el sentido de admitir excluyentes de responsabilidad penal. La ley también modifica a la Ley Reguladora de los Funerales, que previamente había sido la disposición legal usada en relación con los procedimientos de eutanasia.

### **3.3. Discusión Legislativa de la Ley Belga**

Una particularidad que comparte Bélgica con Países Bajos es que la eutanasia era una práctica difundida a pesar de ser ilegal; un botón de muestra de lo anterior fue un estudio publicado en *The Lancet*<sup>45</sup> en el que partiendo de una muestra de 1925 actas de defunción, se extrapolaron un resultado en el que se estimaba que 1.3% de los fallecimientos se debían a Asistencia Médica al Suicidio, 3.2% se debía a suministrar cantidades letales de drogas sin la autorización expresa del paciente, 5.8% de las muertes se debían a desistimiento del tratamiento con la intención expresa de apresurar la muerte y 18.5% a sedaciones con opioides en dosis con un efecto potencial de acortar la vida.

---

45 Deliens, Luc, et. al, 2000, "End-of-life decisions in medical practice in Flanders, Belgium: A nationwide survey", Estados Unidos, *The Lancet*, vol 356, núm. 9244, noviembre, p.1806.

Sin embargo, una diferencia con Países Bajos es que, no obstante que la eutanasia fuera punible en Bélgica, no existía persecución penal a los médicos que la efectuaban y por lo tanto había escasa actividad jurisprudencial. Previa a la ley de 2002, en el periodo comprendido entre 1984 y 1996<sup>46</sup> nueve propuestas sobre el tema fueron enviadas al Parlamento Belga, demostrando que existía voluntad política para abordar el tema. La marcha hacia una discusión legislativa informada comenzó en 1996 con la formación de un Comité Asesor Federal en Bioética, el cual por encargo de Parlamento elaboró un reporte respecto a la pertinencia de una legislación de eutanasia, el cual fue publicado en mayo de 1997. Reportes subsecuentes fueron elaborados por dicho comité, pero el mayor catalizador para la ley de eutanasia belga fue el resultado de la elección general de junio de 1999, en el que el gobierno previo de formación democristiana fue sucedido por una coalición de seis partidos compuesta por partidos de corriente ecologista, liberal y socialistas encabezados por el líder liberal Guy Verhofstadt<sup>47</sup>. Dicha coalición finalmente logró presentar una propuesta de eutanasia en noviembre de 2000, la cual fue sometida a un intenso debate legislativo en el que destacaron las objeciones de los demócratacristianos. Finalmente, una versión enmendada de esa propuesta fue aprobada en mayo de 2002 (es decir, con semanas de diferencia a la entrada en vigor de la ley neerlandesa previamente comentada).

### **3.4. Ley Relativa a la Eutanasia de 2002**

La *Loi relative à l'euthanasie* del 2002<sup>48</sup> es regulatoria del artículo 78 de la Constitución belga y se compone en su publicación original por dieciséis artículos divididos en seis capítulos. Este cuerpo normativo define a la eutanasia (en su artículo 2) como "el acto, practicado por un tercero, que pone intencionalmente fin

---

<sup>46</sup> Saad, Toni. C, 2017, "Euthanasia in Belgium: Legal, historical and political review", Estados Unidos, *Issues in Law & Medicine*, vol. 32, núm. 2, otoño, p.186.

<sup>47</sup> Ibidem, p. 189.

<sup>48</sup> Ley Relativa a la Eutanasia, 2002, Gaceta Legal de Bélgica, Ministerio de Justicia de Bélgica, 22 de junio de 2002



a la vida de una persona a petición suya"<sup>49</sup>. En el capítulo segundo se definen las condiciones y procedimientos con los cuales la eutanasia es practicada. Estos son (artículo 3):

- el paciente es mayor de edad o menor emancipado, capaz o también menor con capacidad de discernimiento, y consciente en el momento de formular su petición;
- la petición es efectuada de forma voluntaria, razonada y reiterada, y que no resulte de una presión exterior;
- el paciente, mayor de edad o menor emancipado, se encuentra en una situación médica con pronóstico de no recuperación y padece un sufrimiento físico o psíquico constante e insoportable, sin alivio posible, resultado de una afección accidental o patológica grave e incurable;
- el paciente menor de edad dotado de capacidad de discernimiento se encuentra en una situación médica con pronóstico de no recuperación y padece un sufrimiento físico constante e insoportable, sin alivio posible, que causará el fallecimiento en un plazo de tiempo breve y resulta de una afección accidental o patológica grave e incurable;

Para proceder con la eutanasia, la ley belga requiere el consenso de dos médicos: un médico tratante que certificará las condiciones anteriormente mencionadas y además se encargará de informar al paciente sobre su estado de salud y su pronóstico y que deberá llegar a la convicción de que no existe otra solución razonable a su situación (art 3 § 2. 1) para posteriormente consultar con otro médico que deberá ser independiente con relación al paciente y el médico habitual de éste y redactará un informe con base a sus conclusiones. La ley prevé que se deberá consultar con especialistas en psiquiatría o psicología en los casos

---

<sup>49</sup> El articulado citado se toma de la traducción al castellano elaborado por la página de la organización "Derecho a Morir", Recuperado de: <https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/01/BE-ley-eutanasia-ESP.pdf> el 15 de septiembre de 2021 a la 1:30 hrs.

de que el paciente sea un menor no emancipado y también en el caso de que el médico opine que el fallecimiento no sucederá en un corto plazo de tiempo.

En el capítulo III de esta ley se estipula la posibilidad de la declaración anticipada para que el paciente pueda manifestar su voluntad de que se le practique la eutanasia en casos de inconsciencia irreversible, designando para ello a una o varias personas de confianza.

La aplicación de la ley belga de eutanasia es supervisada por una Comisión Federal de Control y Evaluación cuya integración y función es definida en el capítulo V. Resulta llamativo acotar que dicha comisión tiene una integración multidisciplinaria. De sus dieciséis miembros, ocho son doctores en medicina (la mitad de estos, catedráticos o profesores), cuatro miembros tienen que ser catedráticos en derecho y los últimos cuatro miembros deben ser especialistas en la problemática de los pacientes con enfermedad incurable. Dicha comisión vigila el cumplimiento de esta ley, pudiendo enviar informes a la fiscalía en caso de que estime que se incumplen las condiciones previstas en casos determinados. El artículo 9 establece además que dicha comisión elabora informes que son entregados cada dos años a las cámaras legislativas, los cuales no se supeditan a meras estadísticas, sino que pueden agregar recomendaciones susceptibles de desembocar en una iniciativa legislativa.

El capítulo VI en su artículo 14 establece claramente el respeto a la objeción de conciencia por parte del personal médico estableciendo claramente que ningún médico está obligado a realizar un acto de eutanasia; previendo que en dicho caso el paciente deberá ser derivado a otro profesional.

Por último, es de interés señalar que, para todos los efectos -incluidos los relativos a contratos de seguros- la eutanasia efectuada según esta ley, es registrada como una muerte por causa natural. (art 15).

La ley comentada tuvo una de sus más importantes (y polémicas) reformas en 2014, cuando se incluyó la posibilidad de que la eutanasia pueda ser solicitada y

efectuado en infantes<sup>50</sup> (reformándose el artículo 3 previamente citado en este capítulo).

### 3.5. La Eutanasia en Números: el Caso de Bélgica.

Para dimensionar la escala real de la eutanasia en Bélgica, resulta esclarecedor consultar uno de los reportes que la Comisión Federal de Control y Evaluación de la Eutanasia envía a las cámaras legislativas. Para este ejercicio en particular citaré el que abarca el periodo comprendido del primero de enero de 2018 al 31 de diciembre de 2019<sup>51</sup>.

De acuerdo con el citado reporte, en 2018 se practicaron 2359 eutanasias y 2656 en 2019, registrándose un incremento de 12.6%. La mayoría de los procedimientos se llevaron a cabo en el domicilio del paciente (en una relación de 45,3%, contra 37,3% en hospitales). En lo que se refiere a género, la preferencia por esta práctica es ligeramente superior en hombres que en mujeres (52,8% contra 47,2%) y los dos grupos etarios que más recurren a esta práctica son los pacientes de 70 a 79 años (27,3%) y de 80 a 89 años (28,8%)<sup>52</sup>. Respecto a la aplicación de eutanasia en menores de 18 años, en el periodo de 2018 a 2019 sólo se registró un caso. Un dato que encontré en particular llamativo en este informe es que en el periodo reportado sólo 1% de los casos se efectuó a partir de una declaración de voluntad anticipada<sup>53</sup>. De acuerdo con los datos del mismo reporte, 84,2% de los casos se enfocan en pacientes con una corta expectativa de vida.

Las afecciones que originan la demanda de eutanasia son el dato más contundente para desmentir los señalamientos en el sentido de que la eutanasia

---

<sup>50</sup> Reingold, Rebecca y Mora, Leticia, 2020, "Child Euthanasia in Belgium", Estados Unidos, Georgetown Law, Recuperado de: <https://oneill.law.georgetown.edu/child-euthanasia-in-belgium/> el 17 de septiembre de 2021 a las 21:05 hrs.

<sup>51</sup> Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie, 2019, *Neuvième rapport aux Chambres législatives 2018 – 2019*, Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, Bélgica, Recuperado de: [https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/9\\_rapport-euthanasie\\_2018-2019-fr\\_0.pdf](https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/9_rapport-euthanasie_2018-2019-fr_0.pdf) , el 17 de septiembre de 2021 a las 22:00 hrs.

<sup>52</sup> Ibidem, p. 2.

<sup>53</sup> Ibidem, p. 3.

sea usada como una práctica eugenésica o se use para eliminar a los enfermos mentales. Por ejemplo, solo un paciente en un periodo de dos años recibió eutanasia a causa de malformaciones congénitas o anomalías cromosómicas. Sólo 1% de todas las eutanasias practicadas fueron a pacientes con síndromes demenciales, porcentaje similar al 1.1% de los pacientes con afecciones psiquiátricas (y en el que según el reporte se incluye un universo de enfermedades tan amplio que va desde los trastornos de la personalidad hasta la esquizofrenia). En una tabla con 19 patologías, la más devastadora son los tumores cancerosos, con un 62% del total de procedimientos<sup>54</sup>.

El reporte citado efectúa una reflexión sobre el incremento de solicitudes de eutanasia a lo largo del periodo de vigencia de la ley en la materia; la cual ha reportado un crecimiento sostenido, teniendo un breve estancamiento en el periodo de 2017 a 2018, para nuevamente registrar un incremento en 2019. La proporción de decesos por eutanasias declaradas en 2019 en Bélgica equivale a un 2.5% del total de las causas de defunción<sup>55</sup>.

---

<sup>54</sup> Ibidem, p. 4

<sup>55</sup> Ibidem, p. 12

## Capítulo IV

### El Activismo Español por el Derecho a la Eutanasia.

En este capítulo hago un breve recuento de los casos con mayor repercusión social en la España de finales del siglo XX y comienzos del siglo XXI que *mediáticamente*<sup>56</sup> fueron presentados como casos de eutanasia. No está de sobra recordar que la función principal del Derecho es la regulación de la vida en sociedad y por lo tanto, en la medida que esta convivencia social muta de acuerdo con los cambios de valores y actitudes producidos por el devenir histórico, así debe hacerlo la legislación. En cada uno de los casos que comento, además de retomar brevemente la discusión jurídica que produjeron en relación con las leyes aplicables al momento de los hechos, procuro citar textualmente algunas de las cartas y discursos pronunciados por los pacientes. Esto último me parece de gran importancia para recordar que, en temas como la eutanasia; la experiencia vital del paciente debe estar al centro de la discusión; cosa que lamentablemente se minimiza o se invisibiliza en los debates de corte académico, que partiendo de una equívoca interpretación del rigor científico, privan al tratamiento de los problemas de su dimensión humana.

#### 4.1. Caso de Ramón Sampedro

“¿Por qué morir?

Porque a veces el viaje sin retorno es el mejor amor y respeto hacia la vida.

Para que la vida tenga una muerte digna.”

Ramón Sampedro, ¿Por qué morir? de Cartas Desde el Infierno.

Ramón Sampedro Cameán nació en enero de 1943 en Xuño, una aldea dentro de la provincia de La Coruña, en España. Durante su juventud trabajó como mecánico para un barco mercante noruego, experiencia que refiere como la mejor de su vida. A los 25 años (el 23 de agosto de 1968) Sampedro tuvo un accidente;

---

<sup>56</sup> Hago énfasis en *mediáticamente*, por que como se verá más adelante, muchos de estos casos realmente no eran eutanasia, de acuerdo con la definición que aquí se presenta.

un clavado en la costa de As Furnas durante la marea baja, que provocó un choque de su cabeza contra la arena, produciéndole la fractura de la séptima vértebra cervical<sup>57</sup>. A partir de ese accidente, vivió por casi 30 años postrado en una cama, sin poder mover brazos y piernas, circunstancia que lo llevó a una lucha por el derecho a la muerte digna.

El caso de Ramón Sampedro se puede calificar como paradigmático, dado que alcanzó tal relevancia mediática que provocó una discusión a nivel de sociedad y academia que llevó a contrastar puntos de vista opuestos y a cuestionar el *statu quo* jurídico. A mi criterio, este caso tiene cuatro momentos que son relevantes para el estudio del activismo por la eutanasia en España: su periplo judicial por las cortes españolas y europeas durante la década de 1990, la primera edición del libro "Cartas desde el Infierno" en 1996, en donde Sampedro expone la experiencia personal y razonamientos detrás de su lucha por el derecho a la muerte digna, su suicidio en 1998 (el cual en sí mismo fue un acto de protesta que desafió a las imposiciones jurídicas del Estado) y el estreno en 2004 de la multi premiada<sup>58</sup> película "Mar Adentro", que llevó a una nueva edición del libro de Sampedro y a que el caso ganara notoriedad internacional y se retomara el debate por el derecho a la eutanasia en España.

#### **4.1.1. La Judicialización del Caso Sampedro**

El periplo judicial de Sampedro es un caso complejo, que podría ser un tema de tesis por sí solo y abarcó desde acciones en juzgados de primera instancia del fuero común, hasta en órganos internacionales de Derechos Humanos. Por razón de claridad, divido los juicios de la siguiente forma:

- i. En los circuitos judiciales de Barcelona: la primera demanda de Sampedro es presentada el 19 de diciembre de 1993 en el juzgado de primera instancia

---

<sup>57</sup> Sampedro, Ramón, 1996, *Cartas desde el Infierno*, España, Editorial Planeta, página 2.

<sup>58</sup> Ganadora del premio Oscar en 2005 para Mejor Película en lengua Extranjera. Ganadora del premio Golden Globe en 2004 como Mejor película en lengua extranjera, y ganadora en la 14<sup>a</sup> edición de los premios Goya en las categorías de Mejor Película, Mejor director, Mejor actor protagónico, Mejor actriz protagónica, Mejor Guion original, entre otros.

número 5 de Barcelona<sup>59</sup>. El juzgador no entró en el fondo de la demanda y ésta fue desechada por incompetencia territorial, justificándose en que el demandante residía en La Coruña, Galicia. Dicha acción fue promovida en Barcelona por ser esta la sede de la asociación por el Derecho a Morir con Dignidad, que asistió jurídicamente a Sampedro.

- ii. En los circuitos judiciales de La Coruña: En 1995, Sampedro presentó una jurisdicción voluntaria ante el Juzgado de Primera Instancia de Noia, La Coruña pidiendo el derecho a morir con dignidad. Su petición consistía en que se autorizara a su médico para administrarle las sustancias necesarias para poner fin a su vida, sin que eso le acarrearra al médico responsabilidad penal. Imposibilitado para alegar incompetencia territorial, el juzgador entró al estudio del asunto y el 9 de octubre de 1995, denegó tal petición. La justificación jurídica principal fue el artículo 143 del Código Penal español, que sancionaba este hecho como delito de auxilio al suicidio, con una pena de 2 a 10 años de prisión. Dicha sentencia fue apelada ante la Audiencia Provincial de La Coruña, la cual rechazó el recurso el 19 de noviembre de 1996, confirmando la decisión del Juzgado de primera instancia.
- iii. En los Tribunales Constitucionales: El 18 de julio de 1994 el Tribunal Constitucional emitió un auto denegatorio contra la sentencia de primera instancia del juzgado en Barcelona. El 16 de diciembre de 1996, Ramón Sampedro interpuso otro recurso de amparo ante el Tribunal Constitucional; esta contra la sentencia de segunda instancia emitida por la Audiencia Provincial de La Coruña. En dicho juicio se alegaron violación a su dignidad y a sus derechos al libre desarrollo de la personalidad, a la vida y a la integridad física y moral; así como a un proceso con equidad. El recurso fue admitido a trámite el 27 de enero de 1997; el 10 de marzo de 1997 empezó el plazo de veinte días para que el Señor Sampedro formulara alegaciones finales. Este proceso fue interrumpido por el suicidio de Sampedro en 1998.

---

<sup>59</sup> Elosegui Itxasco, María, 2014, *Manual de prácticas de las asignaturas Ética y Derecho y Argumentación jurídica*, "Capítulo 11. El Tratamiento Legal Diferenciado del Suicidio y la Eutanasia. El Caso de Ramón Sampedro.", España, Prensas Universidad de Zaragoza, p. 127-155

Manuela Sanlés, heredera legal de Sampedro reclamó el derecho a ser la continuadora procesal del juicio, reclamación que fue negada por el tribunal, argumentando entre otras cosas que la acción se fundamentaba en un derecho personalísimo y que la pretensión del quejoso había caducado *mortis causa*<sup>60</sup>.

- iv. Ante órganos internacionales: En 1995 se presentó un recurso ante la Comisión Europea de Derechos Humanos, que se pronunció desfavorablemente acerca de la admisibilidad del caso, mediante resolución del 17 de mayo de 1995, en virtud de que el solicitante no había agotado los recursos internos pertinentes. Manuela Sanlés póstumamente presentó el caso ante la Corte Europea, que emitió sentencia el 26 de octubre de 2000; nuevamente se consideró que la promovente carecía de legitimación para actuar, por lo que su pretensión resultaba inadmisibile. En 2001, Sanlés presentó el caso ante el Comité de Derechos Humanos, de las Naciones Unidas; mismo que lo declaró inadmisibile mediante resolución del 28 de abril de 2004<sup>61</sup>.

#### **4.1.2. Suicidio de Ramón Sampedro**

El 12 de enero de 1998 Ramón Sampedro falleció a causa de un suicidio asistido practicado en la clandestinidad.<sup>62</sup> Este suicidio -como mencioné previamente- fue un acto de protesta político cuyo objetivo fue desafiar públicamente a las instituciones del Estado en el ámbito jurídico, mediático y político; objetivo que fue plenamente alcanzado, por las razones que expondré a continuación.

---

<sup>60</sup> García Ramírez, Sergio, 2013, "Suicidio Asistido y Homicidio Requerido ¿Derecho o Deber de Vivir?", *Intervención en el Simposio "Debate en torno a la muerte asistida", de la Academia Nacional de Medicina*, México, 30 de octubre de 2013.

<sup>61</sup> Ídem.

<sup>62</sup> Prades, Joaquina, La verdad sobre el caso Ramón Sampedro, El País, 1 de febrero de 1998. Recuperado de: [http://elpais.com/diario/1998/02/01/sociedad/886287612\\_850215.html](http://elpais.com/diario/1998/02/01/sociedad/886287612_850215.html) el 20 de septiembre de 2021 a las 23:57 hrs.



Mi breve experiencia en el derecho penal me hizo constatar que hay multitud de delitos que son fáciles de cometer, pero difíciles de probar y Ramón Sampedro derrotó jurídicamente al Estado con su suicidio asistido porque usó en contra de las instituciones los mismos razonamientos positivistas estrictos que se usaron para negarle el derecho a la eutanasia. Reduciendo al extremo, el razonamiento jurídico estatal partió del apego a la letra de la ley. Partiendo de esa interpretación, Sampedro ideó una estrategia jurídica con la cual pudo elaborar un plan con el cual obtener asistencia para su suicidio, pero impidiendo que recayera en una sola persona todos los elementos descriptivos del tipo penal de suicidio asistido, garantizando la ausencia de conducta y atipicidad. Su plan consistió en repartir once llaves entre sus amigos, asignando a cada uno una distinta labor<sup>63</sup>: uno compró el cianuro; otro lo analizó; el siguiente calculó la proporción de la mezcla; una cuarta persona lo trasladó de lugar; el quinto lo recogió; el sexto preparó el brebaje; el séptimo lo introdujo en un vaso; el octavo colocó un popote en el vaso para que Ramón pudiera beberlo; el noveno lo puso a su alcance, una décima recogió la carta de despedida que garabateó con la boca y otra finalmente se encargó de grabar en vídeo el acto íntimo de su muerte, en el cuál Sampedro asumió cualquier responsabilidad por el hecho.

El Estado no aceptó con gracia la derrota jurídica que le implicó el suicidio asistido de Sampedro y emprendió una fallida persecución judicial contra Ramona Maneiro (quien fuera en vida su última pareja sentimental) que terminó en el sobreseimiento de la causa por falta de pruebas, no sin que antes se impusiera la medida cautelar de que la imputada tuviera que presentarse mensualmente en un juzgado de Ribeira y un cateo en su domicilio. La inquisición penal que acarreó el fallecimiento de Sampedro fue aprovechada para el activismo de la asociación Derecho a Morir Dignamente, que como acto de protesta presentó firmas de muchos ciudadanos confesando colaborar con el suicidio de Sampedro<sup>64</sup>. Finalmente, en

---

<sup>63</sup> Ídem.

<sup>64</sup> Hermida, Xosé, Mil vecinos del pueblo de Sampedro piden clemencia para quienes le ayudaron a morir Más de 70 personas declaran haber colaborado en el suicidio, El País, 5 de febrero de

2005 al calor del éxito internacional de la película Mar Adentro y después de que prescribió la responsabilidad penal, Maneiro expuso en un programa de televisión en España que ella efectivamente colaboró en el suicidio de Sampedro, siendo quien le suministró el cianuro<sup>65</sup>.

Ramón Sampedro orquestó su suicidio de forma que éste pudiera constituir un reto a la postura Estatal respecto a la eutanasia también en el campo mediático. En 1998 no existían las redes sociales que caracterizan a la discusión pública de los tiempos actuales: la discusión pública era guiada e influida por medios de comunicación masiva en el que el más importante sin duda era la televisión; que era el medio por el que se hacía llegar cualquier tema a la mayor cantidad de gente posible. Sampedro se aseguró de dejar un último testimonio en forma de video y en su testamento hizo público en deseo de que este se divulgara. El video es muy simple: vistiendo pijama y postrado en su cama, Sampedro dirige la mirada a la cámara, pronunciando un discurso breve, pero que es tal vez uno de los más potentes alegatos a favor de la eutanasia que se hayan presentado en medios y por lo que me permito reproducir las partes que he podido encontrar del mismo<sup>66</sup>:

“Señores Jueces, autoridades políticas y religiosas; pienso que vivir es un derecho, no una obligación. Yo me pregunto qué significa para ustedes la libertad. Para mí, la libertad no es esto, esto no es vida, ni vivir dignamente. Como pueden ver, a mi lado tengo un vaso conteniendo agua y una dosis de cianuro de potasio. Cuando la beba, habré renunciado a la propiedad más

---

1998. Recuperado de: [https://elpais.com/diario/1998/02/06/sociedad/886719607\\_850215.html](https://elpais.com/diario/1998/02/06/sociedad/886719607_850215.html) el 21 de septiembre de 2021 a las 00:15 hrs.

<sup>65</sup> Redacción, Maneiro insiste en que dio el cianuro a Sampedro por amor mientras su familia la llama "asesina", El País, 11 de enero de 2005. Recuperado de: [https://elpais.com/sociedad/2005/01/11/actualidad/1105398003\\_850215.html](https://elpais.com/sociedad/2005/01/11/actualidad/1105398003_850215.html) el 21 de septiembre de 2021 a las 00:20 hrs.

<sup>66</sup> Por la actual censura en Internet, no puede encontrarse el testimonio completo en servidores de video, pero una parte de este puede apreciarse en: [https://www.lasexta.com/programas/donde-estabas-entonces/mejores-momentos/30-anos-de-lucha-postrado-en-una-cama-recordamos-la-batalla-de-ramon-sampedro-para-legalizar-la-eutanasia-video\\_201903145c8ad3d80cf2bc2cfec5d83.html](https://www.lasexta.com/programas/donde-estabas-entonces/mejores-momentos/30-anos-de-lucha-postrado-en-una-cama-recordamos-la-batalla-de-ramon-sampedro-para-legalizar-la-eutanasia-video_201903145c8ad3d80cf2bc2cfec5d83.html) consultado el 21 de septiembre de 2021 a las 01:35 hrs.

digna que poseo, mi cuerpo y además me habré librado de la más humillante de las esclavitudes; que para mí es ser una cabeza viva pegada a un cuerpo muerto”.

Acto seguido, Sampedro voltea a su derecha y de un solo sorbo vacía el vaso; con lo que parece la sed de un náufrago después de días sin beber. Todo lo anterior fue exhibido en el noticiero estelar de Antena 3 la noche del 14 de marzo de 1998, causando un revuelo internacional. El video se prolonga durante 20 minutos más, en los que se documenta la agonía final de Sampedro; minutos de agonía que por prudencia profesional no se mostraron en televisión<sup>67</sup>. La legalidad y bioética de mostrar un acto de suicidio en medios de acceso público es un tema que por sí mismo pudiera abarcar otra tesis, pero mediáticamente, la batalla estaba ganada y el tema estaba posicionado en el debate público.

#### **4.2. Caso de Inmaculada Echevarría.**

Inmaculada Echevarría (nacida en 1955) fue una paciente a la que a los 40 años de edad se le diagnosticó con distrofia muscular progresiva, la cual degeneró hasta desarrollar una atrofia espinal que le produjo tetraparesia flácida e insuficiencia ventilatoria secundaria; provocando que a partir de 1997 dependiera absolutamente de la ventilación mecánica<sup>68</sup>. Inmaculada se encontraba en una situación económica precaria, sin un domicilio fijo, ni familiares que pudieran hacerse cargo de sus cuidados, razón por la cual sus tratamientos eran costeados por el presupuesto público de la Consejería de Salud de Andalucía; presupuesto que era repartido entre el Hospital San Rafael de Granada (hospital privado concertado), propiedad de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios (perteneciente religiosos católicos) y la Unidad de Ventilación Mecánica Domiciliaria del Hospital Universitario San Cecilio de Granada (hospital público)<sup>69</sup>. Este último dato, es para mí el más relevante en

---

<sup>67</sup> Jimenez, David, La muerte en directo de Ramón Sampedro, El Mundo, 5 de marzo 1998. Recuperado de: <https://www.elmundo.es/elmundo/1998/marzo/05/nacional/sampedro.html> el 21 de septiembre de 2021 a las 2:05 hrs.

<sup>68</sup> Simón-Lorda, Pablo y Barrio-Cantalejo, Inés María, 2008, "El caso de Inmaculada Echevarría: implicaciones éticas y jurídicas.", España, *Medicina intensiva*, vol. 32 núm. 9, diciembre, p. 445.

<sup>69</sup> Idem

cuanto a la intervención de la iglesia católica en relación con el caso, ya que independientemente de los supuestos valores (abstractos) que dicha religión afirma defender, se encontraba un claro conflicto de interés económico con un valor monetario (concreto).

#### **4.2.1. Primera petición de eutanasia de Inmaculada Echevarría.**

El día 18 de octubre del 2006<sup>70</sup> y tras 9 años de estar conectada al aparato respirador, Inmaculada solicitó al Hospital San Rafael permiso para efectuar una rueda de prensa, en la que leyó una carta que había hecho llegar diversos medios previamente y de la cual reproduzco textualmente algunos párrafos<sup>71</sup>:

"Vivo en una cama de hospital, año tras año, sin moverme, sin salir de la habitación... llevo una vida de gran soledad, vacío y silencio; dependo de la atención y contacto de quien se acerca a mi cama, el trato es frío y emocionalmente lejano.

...

No me comunico con nadie, nadie sabe de mi angustia o de la opresión que siento, tampoco de mis deseos o necesidades... ES INHUMANO VIVIR ASÍ, para mí la vida no tiene más sentido que el dolor y la angustia de ver que amanece un nuevo día para sufrir y esperar que alguien escuche, entienda y acabe con esta agonía.

...

Hace 9 años, cuando la musculatura de mi caja torácica deja de funcionar y ante el peligro de muerte a corto plazo, el equipo médico que en esos momentos me atendía, EN CONTRA DE MI VOLUNTAD, decide realizar una

---

<sup>70</sup> Redacción, agencia EFE, El Mundo, Inmaculada Echevarría, tetrapléjica: 'Lo único que pido es la eutanasia, no es justo vivir así', 18 de octubre de 2006, recuperado de: <https://www.elmundo.es/elmundo/2006/10/18/espana/1161194364.html> , el 21 de septiembre de 2021 a las 3:04 hrs.

<sup>71</sup> El texto íntegro de la carta se encuentra en el repositorio de archivos de Derecho a Morir Dignamente y puede consultarse en: <https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/04/carta-a-la-AFDMD.pdf> consultado el 21 de septiembre de 2021 a las 2:45 hrs.

traqueotomía y engancharme de por vida a un ventilador mecánico que respira por mí y del que dependo para vivir; Asumo mi enfermedad pero no los métodos artificiales de alargarla de manera inútil aumentando el dolor y desesperación que ya sufría y esperaba acabara con la muerte natural”.

El caso de Inmaculada, aunque fue presentado ante los medios de comunicación originalmente como una petición de eutanasia, técnicamente pudo resolverse por medio del rechazo de tratamiento; sin que tuviera que recurrirse al litigio o a un suicidio clandestino. Con los datos que acabo de presentar, saltan similitudes de forma con el caso de Sampedro:

- ambos pacientes son de mediana edad;
- ambos pacientes vivieron sus primeras dos décadas de vida gozando de movilidad; es decir, ambos son plenamente conscientes de la capacidad que perdieron;
- ambos se encontraban postrados en cama y sin posibilidad de mover sus extremidades;
- ambos pacientes recurrieron la opinión pública para ventilar su problemática y encontrar apoyo para solucionarla.

Empero, las similitudes con el caso Sampedro son meramente de forma, porque en el fondo, el caso de Echevarría contó con un dato clínico cuya diferencia permitió que este se solucionara dentro de los causes legales. A diferencia de Sampedro, cuyo cuerpo podía mantener funciones vitales por sí mismo y que requería una acción para terminar con su vida (la eutanasia previamente definida); en el caso de Inmaculada se requería de una acción omisiva, consistente en dejar que su enfermedad siguiera su cauce natural para permitirle fallecer (lo que algunos autores refieren equívocamente como “eutanasia pasiva”, pero en realidad es rechazo de tratamiento).

#### **4.2.2. El Procedimiento Administrativo del Caso Inmaculada Echevarría.**

Tras una primera solicitud pública por parte de Echevarría, comienza el devenir jurídico de su caso, asistida por la asociación Derecho a Morir Dignamente, cuya

primera comunicación con ella se produce mediante una carta fechada el 16 de octubre de 2006. En esta se formula la estrategia legal que encausaría su petición; siendo el primer punto que en lugar de pedir la eutanasia (que en ese momento seguía sin legislarse) hiciera una petición de rechazo de tratamiento, formulando además la recomendación de que firmase un testamento vital y que lo registrara en la Consejería de Sanidad de la Junta de Andalucía. El fundamento jurídico dado por la asociación se menciona en uno de los párrafos de esa carta, el cual cito a continuación<sup>72</sup>:

"Consideramos que la retirada de un respirador a un paciente con una enfermedad irreversible que manifiesta esa voluntad es una buena práctica médica (no tipificado en el Código Penal Art. 143) y un derecho reconocido por la Ley General de Sanidad (17/1986, art 9), la Ley de Autonomía del Paciente (41/2002, Art. 2) y, en Andalucía, por la ley 5/2003 sobre las Voluntades Vitales Anticipadas".

A partir de ello el caso transcurre de la siguiente forma<sup>73</sup>:

- i. El 19 de octubre del 2006, los ministerios de Justicia y Sanidad de España se abstienen de pronunciarse sobre la legalidad de retirarle el respirador.
- ii. El 24 de octubre de 2006 el presidente de la Asociación Derecho a Morir Dignamente se reúne con el abogado de Inmaculada Echevarría para presentar la propuesta de retirada del ventilador que se presentará al hospital San Rafael de Granada.
- iii. El 3 de febrero del 2007 el Comité Autonómico de Ética de la Junta de Andalucía considera que la petición de Echevarría efectivamente entra dentro de la limitación de esfuerzo terapéutico, derecho que se encuadra dentro de la Ley XXX; sin embargo, para obrar con mayor seguridad jurídica, solicitan un informe al Consejo Consultivo andaluz, máximo órgano de consulta a nivel autonómico.

---

<sup>72</sup> Rincón, Reyes, 2007, "Inmaculada: Cartas, Historia, solicitudes y Comunicados", *Boletín de la Asociación Derecho a Morir Dignamente*, España, núm. 51, p. 59.

<sup>73</sup> *Ibidem*, p., 61 y 62

- iv. El 8 de febrero del 2007 El Consejo Consultivo andaluz aprueba la desconexión del respirador a Echevarría. En su dictamen refieren el acto como eutanasia pasiva indirecta, la cual no es punible penalmente<sup>74</sup>.
- v. 14 de marzo de 2007 Inmaculada Echevarría, es desconectada del respirador tras aplicarse sedación y fallece. Para que se efectuara el procedimiento tuvo que ser trasladada esa misma mañana del Hospital San Rafael de Granada (gestionado por religiosos) al hospital San Juan de Dios, dependiente del servicio Andaluz de Salud, en donde se efectuó el procedimiento. Dicho traslado ocurrió debido a que la orden religiosa se opuso a respetar el acto de voluntad de la paciente, alegando que era un acto eutanásico.

#### **4.3. La radicalización de la discusión española sobre eutanasia posterior a 2005.**

Como puede observarse, 2005 y los años subsecuentes fueron trascendentales para el debate de la eutanasia en España. Las fechas coinciden con la nominación y premiación al Oscar de la película *Mar Adentro*, lo cual llevó nuevamente el tema a la discusión mediática y esto llevó a su vez a la politización y radicalización de posturas tanto a favor como en contra. La principal organización en favor de la eutanasia en España es Derecho a Morir Dignamente, que como ya se explicó, asistió jurídica y mediáticamente en los casos de Sampedro y Echevarría, emprendió nuevas estrategias de activismo en pro de la eutanasia. Entre sus acciones más radicales se encuentra en 2005 la elaboración de un documento llamado "Guía de Autoliberación"; el cual partía de documentos previos de acceso público en el que se explicaba como elaborar mezclas de fármacos que produjeran el fallecimiento. Dicho documento se proporcionaba a los socios de más de tres meses de antigüedad de la asociación, previo a un proceso en el que se les

---

<sup>74</sup> Para más al respecto del razonamiento jurídico del caso, consultar: Ripollés, José Luis Díez, 2009, "Deberes y responsabilidad de la administración sanitaria ante rechazos de tratamiento vital por pacientes: a propósito del caso de Inmaculada Echevarría.", España, *Revista electrónica de ciencia penal y criminología*, núm. 11.

planteaba que el suicidio era la última opción disponible<sup>75</sup> y en caso de que el solicitante eligiera efectuar este procedimiento, la asociación le ofrecía estar acompañado por voluntarios que lo asistieran en sus últimos momentos de vida.

En las antípodas del debate de la eutanasia se encuentra a la iglesia católica española, que en el caso concreto de Inmaculada Echevarría hizo todo lo que estuvo a su alcance para obstaculizar el proceso de retiro de consentimiento a tratamiento que la paciente solicitó y al lado de esta, a los partidos políticos del espectro conservador; como por ejemplo Alternativa Española; que denunció ante la Fiscalía del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía al Consejo Consultivo de Andalucía, la Consejería de Salud y un especialista en Neumología del Hospital Clínico de Granada; denuncia infundada que archivada por la fiscalía en septiembre de 2007, al considerarse que los médicos obraron en cumplimiento de un deber o en el ejercicio legítimo de un derecho<sup>76</sup>.

#### **4.3.1. Caso Madeleine Z.**

Con el modelo de auto liberación anteriormente explicado se produjo el suicidio de Madeleine Z, una mujer de 69 años que vivía en Alicante y padecía esclerosis lateral amiotrófica, una enfermedad que eventualmente la llevaría a la invalidez total. Este suicidio ocurrió el 12 de enero de 2007, fecha que la paciente eligió para coincidir con el noveno aniversario del suicidio de Ramón Sampredo<sup>77</sup>.

#### **4.3.2. Caso Leganés.**

Uno de los casos más reveladores dentro de la persecución judicial en contra actos médicos con apariencia de eutanasia (sin que propiamente lo fueran) fue el del Hospital Severo Ochoa de Leganés. Este caso comienza en marzo de 2005;

---

<sup>75</sup> Alfigeme, Ana, "Una Guía para morir con dignidad", Diario Página12, Argentina, 27 de febrero de 2006, recuperado de: <https://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-63631-2006-02-27.html> el 22 de septiembre de 2021 a las 19:33 hrs.

<sup>76</sup> Agencia EFE, "El abogado de Echevarría considera que el respaldo de su derecho a morir es un reconocimiento póstumo", España, Diario la Provincia, publicado el 27 de septiembre de 2007, recuperado de <https://www.laprovincia.es/sociedad/2007/09/27/abogado-echevarria-considera-respaldo-derecho-11040381.html> el 22 de septiembre de 2021 a las 19:40 hrs.

<sup>77</sup> El caso de Inmaculada Echevarría: implicaciones éticas y jurídicas, op. cit., p. 448.



cuando una denuncia anónima enviada a la Consejería Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid, al Ministerio de Sanidad, y a las asociaciones AVINESA y ADEPA (ambas dedicadas a la defensa de pacientes víctimas de mala praxis) acusaba la muerte dolosa de pacientes terminales, afirmado que los médicos del servicio de urgencias de dicho hospital aplicaron sedación excesiva. Por orden del Fiscal del Tribunal Superior de Justicia de Madrid 329 historias clínicas de pacientes fallecidos entre 2003 y 2005 fueron minuciosamente investigadas, concluyéndose primeramente que "no hay evidencia suficiente, pertinente y válida, tanto para poder afirmar como para descartar la existencia de mala praxis". La investigación estaba viciada de origen, pues la denuncia anónima que la inició vulneraba el derecho a la protección de datos clínicos, exponiendo datos de los pacientes fallecidos (tales como sus dolencias, fecha de defunción, entre otros). Otro aspecto que suscita suspicacias respecto al caso fue el manejo que el Juez Instructor dio a los dictámenes periciales; ya que, ignorando las indicaciones realizadas por el Fiscal, en lugar de encargar el dictamen pericial a la Clínica Médico Forense que trabaja para la Administración de Justicia, decidió asignarlo al Colegio Oficial de Médicos de Madrid, al cual se le asignaron revisar 73 expedientes. El dictamen exhibió nuevamente errores metodológicos e incongruencias, por lo que finalmente la causa fue sobreseída en junio de 2007; sobreseimiento cuya acta que fue apelada por la defensa de los médicos acusados, por considerar que el juez incurrió en incongruencia excesiva (*extra petita*) al afirmar que efectivamente hubo *mala praxis*, aunque ésta no pudiera demostrarse. Dicha apelación resultó favorable en octubre del 2008. No obstante, el resultado judicial, el caso fue una cacería de brujas mediática, en la que la prensa no se escatimó los adjetivos en contra de los médicos acusados, causándoles daño moral y actuando en contra del principio de presunción de inocencia, resultando finalmente en que, de trece médicos implicados en el caso, sólo uno conservó su plaza en el hospital<sup>78</sup>.

---

<sup>78</sup> Díaz Veiga, María Jesús, 2007, "Sobre el caso del Hospital Severo Ochoa de Leganés: una instrucción kafkiana o el uso político del procedimiento", España, Universidad Autónoma de Madrid, *Revista jurídica*, núm. 16, p., 171-183

Tampoco cabe soslayar la implicación política de este último caso, que ocurrió durante la Presidencia de la Comunidad de Madrid por parte de Esperanza Aguirre en el periodo de 2003 al 2012. Aguirre, miembro del del Partido Popular (partido de ideología claramente conservadora) designó como consejero de Sanidad y Consumo a otro miembro de su partido, el abogado Manuel Lamela; quien llevó el caso a juzgados y cuya primera acción fue destituir al jefe de Urgencias del hospital. Paralelo a este caso, Lamela firmaba concesiones a empresas privadas para la gestión de hospitales públicos, otorgando contratos hasta por 30 años para dichos particulares. En 2007 la resolución de este caso provocó su dimisión de su puesto como consejero de Sanidad; fundando años después empresas dedicadas a la sanidad privada, en lo que en estudios sociales llaman el fenómeno de "puerta giratoria"<sup>79</sup>. Actualmente Aguirre y Lamela enfrentan un proceso penal por desvío de recursos públicos<sup>80</sup>.

---

<sup>79</sup> Redacción. Manuel Lamela, el pionero de la privatización de la sanidad pública madrileña, laSexta.com, 2 de abril de 2013.

Recuperado de: [https://www.lasexta.com/programas/mas-vale-tarde/noticias/manuel-lamela-pionero-privatizacion-sanidad-publica-madrilena\\_2013040257279f366584a81fd884f512.html](https://www.lasexta.com/programas/mas-vale-tarde/noticias/manuel-lamela-pionero-privatizacion-sanidad-publica-madrilena_2013040257279f366584a81fd884f512.html) el 23 de septiembre de 2021 a las 00:11 hrs.

<sup>80</sup> Recuero, Marisa, "El juez imputa a Esperanza Aguirre por "fragar" un plan para desviar dinero público al PP de Madrid desde 2004", El Mundo, España, 2 de septiembre de 2019, recuperado de: <https://www.elmundo.es/madrid/2019/09/02/5d6d1158fc6c83c1718b45bb.html> el 23 de septiembre de 2021 a las 00:19 hrs.

## **Capítulo V.**

### **El camino a una Ley de Eutanasia en España: Autonomía del Paciente, Voluntad Anticipada y Muerte Digna.**

Como ya se mencionó, la legislación es una actividad cuyo fin es regular relaciones sociales. Los casos de alto impacto mediático que comenté anteriormente, repercutieron en la voluntad de los órganos legislativos para actualizar el abordaje jurídico de temas que, sin ser directamente eutanasia, llevan una relación conceptual con el principio de autonomía del paciente, por lo que las considero antecedentes de estudio obligatorios previo a adentrarme en la ley española de eutanasia.

#### **5.1. Armonización con el Convenio de Oviedo, la Ley 41/2002**

Como se pudo constatar en un anterior apartado una de las piedras angulares para la resolución del caso Echevarría fue la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica; la cual se creó con el objetivo de armonizar la legislación sanitaria española con el Convenio de Oviedo el cual ya abordé, que fue suscrito en por España 1997 y entró en vigor en el 2000 y que establece un marco común para la protección de los derechos humanos de los pacientes<sup>81</sup>. Dentro de este cuerpo normativo, es relevante destacar los artículos relativos al consentimiento del paciente y el documento de instrucciones previas:

Artículo 2.

2. Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que

---

<sup>81</sup> Exposición de motivos, 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, España, Jefatura del Estado.

debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley.

3. El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.

4. Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito.

La Ley 41/2002 define al documento de instrucciones previas como el medio por el cual: "una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo<sup>82</sup>" ; creándose un registro nacional de instrucciones previas y delegando a cada Comunidad Autónoma la legislación correspondiente a la formalización de dicho documento (artículo 11.5).

## **5.2. Las Leyes de Voluntad Anticipada de las Comunidades Autónomas**

Otro paso previo relevante en el reconocimiento de la autonomía de la voluntad de los pacientes en España es la codificación de los documentos de voluntad anticipada por las legislaturas locales, en concordancia por lo establecido en la Ley 41/2002. Nombro estas leyes en orden cronológico:

- i. Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del paciente, y la documentación clínica, Diario Oficial de la Generalidad de Cataluña, núm 3303
- ii. Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes, Diario Oficial de Galicia, núm. 11

---

<sup>82</sup> Ley 41/2002, artículo 11.1

- iii. Ley Foral 11/2002, de 6 de mayo, sobre los derechos del paciente a las voluntades anticipadas, a la información y a la documentación clínica. Boletín Oficial de Navarra núm 58
- iv. Ley 7/2002, de 12 de diciembre, de las voluntades anticipadas en el ámbito de la Sanidad, Boletín Oficial del País Vasco, núm. 248
- v. Ley 8/2003, de 8 de abril sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud. Junta de Castilla y León. Boletín Oficial de Castilla y León núm. 7
- vi. Decreto 100/2003, de 6 de mayo, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y el funcionamiento del Registro de Voluntades Anticipadas, Boletín Oficial de Aragón, núm. 64 28 de mayo de 2003
- vii. Ley 5/2003, de 9 de octubre, de declaración de voluntad vital anticipada, Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, núm 210
- viii. Decreto 168/2004, de 10 de septiembre, del Consell de la Generalitat por el que se regula el Documento de Voluntades Anticipadas y se crea el Registro Centralizado de Voluntades Anticipadas, Diario Oficial de la Generalitat Valenciana, núm 4966
- ix. Decreto 139/2004, de 15 de diciembre, por el que se crea y regula el Registro de Voluntades Previas de Cantabria, Boletín Oficial de Cantabria, núm. 248
- x. Ley 3/2005, de 23 de mayo, por la que se regula el ejercicio del derecho a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el registro correspondiente, Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid, núm. 140
- xi. Ley 6/2005, de 7 de julio, sobre la Declaración de Voluntades Anticipadas en materia de la propia salud, Diario Oficial Castilla - La Mancha, núm. 141
- xii. Decreto nº 80/2005, de 8 de julio, por el que se prueba el reglamento de instrucciones previas y su registro, Boletín Oficial de la Región de Murcia, núm 164.

- xiii. Ley 9/2005, de 30 de septiembre, reguladora del documento de instrucciones previas en el ámbito de la sanidad, Boletín Oficial de la Rioja, núm 132
- xiv. Decreto 13/2006, de 8 de febrero, por el que se regulan las manifestaciones anticipadas de voluntad en el ámbito sanitario y la creación de su correspondiente Registro, Boletín Oficial de Canarias, núm 43.
- xv. Ley 1/2006, de 3 de marzo, de voluntades anticipadas, Boletín Oficial de Islas Baleares, núm 36
- xvi. Decreto 311/2007, de 15 de octubre, por el que se regula el contenido, organización y funcionamiento del Registro de Expresión Anticipada de Voluntades de la Comunidad Autónoma de Extremadura y se crea el Fichero Automatizado de datos de carácter personal del citado Registro, Diario Oficial de Extremadura, núm 121
- xvii. Decreto 4/2008, de 23 de enero, de Organización y Funcionamiento del Registro del Principado de Asturias de Instrucciones Previas en el ámbito sanitario, Boletín Oficial del Principado de Asturias, núm 31

Tras ver los títulos de estas leyes, salta a la vista la discrepancia en la denominación que dicho documento recibe en las distintas comunidades autonómicas que forman España. El contenido de estos documentos parte de que el paciente enumera una serie de supuestos clínicos por los cuales se requerirá el consentimiento o rechazo a determinados tratamientos, instrucciones y límites a considerar en la atención médica en caso de que ocurran los supuestos previstos, así como el nombramiento de un representante que actuará como interlocutor ante el personal médico sustituyendo al otorgante del documento en la interpretación y cumplimiento de esas instrucciones<sup>83</sup>.

La voluntad anticipada, a diferencia de la eutanasia, tiene antecedentes históricos más cercanos; originándose en 1969, por la intervención de un abogado

---

<sup>83</sup> San Vicente Parada, Aída del Carmen, 2014, "Regulación Legal de las Voluntades Anticipadas en México", México, *Amicus Curiae*, vol. 1, núm. 2, septiembre, p. 65

de Chicago, Luis Kutner, quien concibió el modelo del documento en el que cualquier persona podría expresar su deseo o voluntad de que no se le aplicara un determinado tratamiento o cesara su aplicación en caso de una enfermedad terminal<sup>84</sup>. Kutner denominó a su documento *Living Will* (frecuentemente traducido como “testamento vital”); término técnicamente inapropiado, puesto que el testamento es un documento que incluye disposiciones patrimoniales y surte efectos *mortis causa*; situación que no ocurre con el documento que se comenta, cuya condición suspensiva es la incapacidad de una persona en una circunstancia médica determinada y que no contiene disposición patrimonial alguna<sup>85</sup>. Por esta razón, la denominación *Living Will* fue sustituida en posteriores legislaciones por términos como *Health Care Power of Attorney* (Poder para el cuidado de la salud) o *Advanced Health Care Directives* (Directivas anticipadas en cuidado de la salud) conforme avanzó su proceso de legislación en los Estados Unidos<sup>86</sup> que fue el país pionero en el tema. Como puede apreciarse, la voluntad anticipada es un punto de intersección entre los actos de voluntad civiles, el respeto a la autonomía vital del paciente y la regulación jurídica del acto médico.

#### **4.6. Leyes de Muerte Digna de las Comunidades Autónomas**

Otro desarrollo legislativo posterior a la Ley 41/2002 y a las Leyes de Voluntad Anticipada fueron las leyes autonómicas de muerte digna; las cuales aportaron nuevos e importantes conceptos en relación con las decisiones al final de la vida. Entre los derechos derivados de esas leyes se encuentra el derecho a recibir cuidados paliativos, a la elección sobre el lugar de la muerte, al tratamiento del dolor, a la sedación paliativa, al acompañamiento familiar y al auxilio espiritual<sup>87</sup>.

---

<sup>84</sup> Ibidem, p. 55.

<sup>85</sup> Ibidem, p. 57.

<sup>86</sup> Ibidem, p. 56.

<sup>87</sup> González-Serna, José, M.G. y Postigo Mota, Salvador, 2020, “Equidad versus inequidad en las distintas leyes autonómicas de muerte digna en España”, España, *Revista Iberoamericana de Bioética*, núm. 12, p. 6.

La creación de estas leyes fue un proceso que prácticamente abarcó una década (de 2010 a 2018) siendo su orden cronológico el siguiente:

- i. Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, núm. 88 de 7 de mayo de 2010.
- ii. 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. Boletín Oficial de Aragón, núm. 70 de 7 de abril de 2011.
- iii. Ley Foral 8/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte. Boletín Oficial de Navarra de 4 de abril de 2011; Boletín Oficial del Estado de 26 de abril de 2011.
- iv. Ley 1/2015, de 9 de febrero, de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida. Boletín Oficial del Estado, núm. 54 de 4 de marzo de 2015.
- v. Ley 4/2015, de 23 de marzo, de derechos y garantías de la persona en el proceso de morir. Boletín Oficial del Estado, núm. 96 de 22 de abril de 2015.
- vi. Ley 5/2015, de 26 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de las personas enfermas terminales. Diario Oficial de Galicia, núm. 133 de 16 de julio de 2015.
- vii. Ley 11/2016, de 8 de julio, de garantía de los derechos y de la dignidad de las personas en el proceso final de su vida. Boletín Oficial del Estado, núm. 175 de 21 de julio de 2016.
- viii. Ley 4/2017, de 9 de marzo, de derechos y garantías de las personas en el proceso de morir Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid, núm. 69 de 22 de marzo de 2017.
- ix. Ley 5/2018, de 22 de junio, sobre derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso del final de la vida.
- x. Ley 16/2018, de 28 de junio, de la Generalitat, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de atención al final de la vida. Comunitat Valenciana



La diferencia de contexto geográfico y cronológico en estas diversas legislaciones resultó en distintas formas de abordar las decisiones del paciente respecto al tratamiento. En las leyes de Andalucía, Galicia y Navarra el marco conceptual parte de la limitación de esfuerzo terapéutico, mientras que en Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Madrid y País Vasco se habla de adecuación de esfuerzo terapéutico. Como señala González-Serna<sup>88</sup>, esas diferencias conceptuales generan inequidad en la atención al final de la vida en el contexto de los cuidados paliativos.

---

<sup>88</sup> Ibidem, p. 8.

## **Capítulo VI.**

### **La Ley Española de Eutanasia.**

Tras un amplio recorrido de activismo social , actividad jurisprudencial y diversas leyes de voluntad anticipada y muerte digna, se dieron las condiciones políticas para la aprobación de una ley de eutanasia española que como ya se comprobó en los casos de Países Bajos y Bélgica, se dio gracias a una transición política en la cual el gobierno del filo derechista Partido Popular, presidido por Mariano Rajoy, dio paso a la centro izquierda en 2018 con un gobierno presidido por Pedro Sánchez, del Partido Socialista Obrero Español. En este capítulo, tras un breve comentario de la exposición de motivos, se hace un ejercicio de Derecho comparado entre las leyes de eutanasia de Bélgica y España.

#### **5.1. Exposición de Motivos.**

En su exposición de motivos la iniciativa del grupo socialista recoge como definición de eutanasia "el acto deliberado de dar fin a la vida de una persona, producido por voluntad expresa de la propia persona y con el objeto de evitar un sufrimiento<sup>89</sup>". Dicha propuesta es clara al aludir que no consideran dentro de su marco conceptual como eutanasia al abandono de tratamiento o a los cuidados paliativos. En su exposición de motivos señala diversos factores por los cuales es importante legislar respecto al tema y a los cuales dividiría de la siguiente forma:

- factores sociales: "casos personales que conmueven a la opinión pública<sup>90</sup>" (como los de Ramón Sampredo e Inmaculada Echevarría, que documenté en el respectivo apartado), "la secularización de la vida y conciencia social y

---

<sup>89</sup> Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (LORE), 2021, España, Boletín Oficial del Estado, núm. 72, p. 34037

<sup>90</sup> Ídem.

de los valores de las personas<sup>91</sup>" y "el reconocimiento de la autonomía de la persona también en el ámbito sanitario".

- factores médicos: "la creciente prolongación de la esperanza de vida, con el consiguiente retraso en la edad de morir, en condiciones no pocas veces de importante deterioro físico y psíquico<sup>92</sup>", "el incremento de los medios técnicos capaces de sostener durante un tiempo prolongado la vida de las personas, sin lograr la curación o una mejora significativa de la calidad de vida".

Partiendo de dichas premisas, la regulación de la eutanasia dentro del marco Constitucional español correspondería como un medio de retomar derechos protegidos como son la dignidad, la libertad y la autonomía de la voluntad.

En el marco de esta propuesta, se considera que la eutanasia es pertinente cuando el paciente está sometido a "una situación de enfermedad grave e incurable, o de una enfermedad grave, crónica e invalidante, padeciendo un sufrimiento insoportable que no puede ser aliviado en condiciones que considere aceptables" a lo cual la propuesta denomina un "contexto eutanásico<sup>93</sup>". A la exposición de motivos no escapa el aclarar que la eutanasia produce una colisión de derechos entre el derecho a la vida y el derecho a la dignidad y la libertad. La forma en la que se resuelve dicha colisión de derechos en el marco teórico de la propuesta legislativa es resolviendo que el derecho a la vida "puede decaer en favor de los demás bienes y derechos con los que debe ser ponderado, toda vez que no existe un deber constitucional de imponer o tutelar la vida a toda costa y en contra de la voluntad del titular del derecho a la vida<sup>94</sup>". En mi particular opinión, esta solución es óptima doctrinalmente hablando, ya que parte de que vivir es un derecho, más

---

<sup>91</sup> Ídem.

<sup>92</sup> Ídem.

<sup>93</sup> Ibidem, p. 34038

<sup>94</sup> Ibidem, p. 34039

no una obligación o en el peor de los casos (cuando se vive bajo una agonía constante) un castigo.

## **5.2. La ley española de eutanasia, sus similitudes y diferencias con la ley belga.**

La ley aprobada consta de 19 artículos, divididos en cinco capítulos, dos disposiciones adicionales, una disposición transitoria, una disposición derogatoria y cuatro disposiciones finales. Por su extensión, estructura y redacción, las comparaciones con la ley belga de eutanasia son a mi criterio un ejercicio de derecho comparado que resulta pertinente.

El capítulo I está destinado a delimitar su objeto y ámbito de aplicación, así como a definir los conceptos necesarios su aplicación. Entre las definiciones expuestas, encuentro como más relevantes las de «Padecimiento grave, crónico e imposibilitante», «Enfermedad grave e incurable» y la de «Prestación de ayuda para morir». El ejercicio de la eutanasia tanto en la ley belga como la española queda supeditado a la comprobación de determinadas condiciones médicas cuyas definiciones son más extensas en la ley española. La base que ambas leyes comparten es "el pronóstico de no recuperación", así como la existencia de sufrimiento físico o psíquico constante e insoportable (en la ley belga) o intolerable (en la ley española). Vale detenerse en la redacción de «Padecimiento grave, crónico e imposibilitante», cuya redacción refiere "limitaciones que inciden directamente sobre la autonomía física y actividades de la vida diaria, de manera que no permite valerse por sí mismo, así como sobre la capacidad de expresión y relación" y que "En ocasiones puede suponer la dependencia absoluta de apoyo tecnológico"; redacción que parece referir a casos de postración como el de Ramón San Juan. La «Prestación de ayuda para morir» es definida como "la acción derivada de proporcionar los medios necesarios a una persona que cumple los requisitos previstos en esta Ley y que ha manifestado su deseo de morir"; siendo similar a la definición de eutanasia en la ley belga. Dicha prestación se puede producir en dos modalidades: 1.<sup>a</sup>) La administración directa al paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario competente o la prescripción o

suministro al paciente por parte del profesional sanitario de una sustancia, de manera que esta se la pueda auto administrar, para causar su propia muerte.

El capítulo II establece los requisitos para que las personas puedan solicitar la prestación de ayuda para morir y las condiciones para su ejercicio. La diferencia más notable con la ley belga se debe a una reciente reforma de la primera, permitiendo acceso al procedimiento a menores emancipados y pacientes menores de edad dotados de capacidad de discernimiento; mientras que la ley española supedita esta únicamente a mayores de edad en plena capacidad o aquellos que lo hayan expresado previamente mediante un documento de voluntad anticipada (lo cual comentaré con mayor detalle). Ambas leyes comparten que la petición debe ser autónoma e informada y en ambas existe una etapa de información que incluye que el paciente tenga acceso a lo consignado en su expediente médico, así como la obligación por parte del personal médico de explicar en que consisten las opciones de cuidados paliativos. Todo esto es referido más adelante en la ley española como el "proceso deliberativo". El paciente en España deberá formular por escrito dos solicitudes de manera voluntaria, separadas por quince días naturales, de forma que se deje una clara constancia del acto de voluntad, además de prestar consentimiento informado previo a la prestación de la ayuda para morir. En la ley belga se explicita que se debe "dejar pasar por lo menos un mes entre la petición escrita del paciente y la eutanasia" y se hace mayor énfasis en el acompañamiento médico de la decisión eutanásica "(el médico) tiene que llegar junto con el paciente a la convicción que no existe otra solución razonable en su situación, y asegurarse de que la solicitud del paciente es totalmente voluntaria".

Tanto la ley española como la ley belga confieren la posibilidad de que se aplique la eutanasia a pacientes que no se encuentren en pleno uso de sus facultades o puedan prestar su conformidad, supeditando lo anterior a suscribir con anterioridad un documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntad anticipada o documentos equivalentes legalmente reconocidos (artículo 5.2 ley española y artículo 5 en la ley belga).

Las leyes belga y española coinciden en que la solicitud de eutanasia es un acto revocable en cualquier momento, sin embargo, existe una notoria discrepancia respecto al manejo en el expediente clínico de dicha revocación. En la ley belga (§ 4) una vez presentada la solicitud de revocación, se elimina del historial médico el documento mediante el cual el paciente solicitó la eutanasia, mismo que le es devuelto. En el caso de España, la solicitud de revocación se incorpora a su historia clínica. Otra novedad en la ley española consiste en que el paciente puede solicitar el aplazamiento de la administración de la ayuda para morir; la ley belga, al no contemplar dicha opción, obliga al paciente a revocar y reiniciar el proceso en caso de cambiar de opinión.

Respecto a la denegación de la prestación de ayuda para morir el artículo 7 establece que el médico deberá dejar constancia por escrito en el que fundamente su motivación; otorgando al paciente la posibilidad de presentar una reclamación ante la Comisión de Garantía y Evaluación (derecho que el médico responsable está obligado a comunicar). El artículo 14 de la ley belga de igual forma establece que la denegación justificada por razones médicas debe comunicarse al paciente y registrarse en el historial médico del paciente, ofreciendo como opción ante la inconformidad del paciente que a este se le proporcionen "los datos de un centro o de una asociación especializados en materia de derecho a la eutanasia" además de remitir la historia clínica del paciente a otro médico, designado por el paciente o su representante.

El capítulo III regula el procedimiento a seguir para la realización de la prestación de ayuda para morir y las garantías que han de observarse en la aplicación de dicha prestación. El artículo 8.3 obliga al médico responsable que recibe la solicitud de la prestación de ayuda para morir a remitir el expediente a un médico que fungirá como consultor y que está facultado para autorizar o declinar la prestación solicitada. El artículo 3 de la ley belga también contempla la figura del médico consultor en su §2 y en el §3 se menciona explícitamente que en el caso de que el fallecimiento no ocurrirá en un corto plazo de tiempo dicho médico consultor deberá ser psiquiatra o especialista en la patología del paciente. La misma figura

también es mencionada en la ley belga en los casos en los que el médico tratante ejecuta el procedimiento de conformidad con una declaración anticipada, de forma que el médico consultado confirme la irreversibilidad de la situación médica del paciente (artículo 4. §2.1).

El artículo 10 del capítulo III de la ley española de Eutanasia establece un procedimiento de verificación previa por parte de la Comisión de Garantía y Evaluación para la aplicación de la prestación de ayuda para morir. Dicho procedimiento no se encuentra presente en la ley belga, la cual también contempla un organismo análogo, al cual se refiere como a Comisión federal de control y evaluación. Comentaré más al respecto de esta "burocracia eutanásica" más adelante en este capítulo.

El artículo 12 de la LORE coincide con el artículo 7 de la ley belga en contemplar en ambas que el médico debe remitir documentación *ex post facto* a la prestación de ayuda para morir a la comisión. Dicha documentación se compone de dos partes notablemente similares en ambas legislaciones; quedando conformada por una primera parte en la que se remiten los datos de identificación de médico y paciente, así como la existencia o no del documento de voluntad anticipada y un segundo documento en el que se ahonda en los datos del paciente, la descripción de su patología, la aplicación del procedimiento y la justificación médica para la aplicación de éste.

El capítulo IV de la ley española abarca de los artículos 13 al 16 y versa sobre la garantía de acceso a la prestación de ayuda para morir, la cual "estará incluida en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud y será de financiación pública"; la protección de datos personales de los pacientes y la objeción de conciencia por parte de los profesionales sanitarios. La ley belga no es explícita en mencionar la garantía de acceso, pero sí es explícita respecto a la protección de datos personales (artículo 12) y la objeción de conciencia (artículo 14).

Finalmente, el capítulo V de la ley española abarca de los artículos 17 al 19 y versa sobre las Comisiones de Garantía y Evaluación; a las cuales referiré

anteriormente como la "burocracia eutanásica". La primera diferencia que resalta con la ley belga es que mientras ésta contempla una única comisión de carácter federal, la ley española establece que habrá una comisión por cada una de las comunidades autónomas, así como en las ciudades de Ceuta y Melilla; dichas comisiones se formaran por un equipo inter disciplinario que deberá incluir médicos, juristas y personal de enfermería y tendrán un mínimo de siete integrantes, dejando su régimen jurídico a los gobiernos autonómicos (exceptuando a Ceuta y Melilla, que quedan supeditadas al Ministerio de Sanidad). La ley belga en su artículo 6§2 coincide con una formación interdisciplinaria para la comisión, en la que de igual forma se incluyen médicos y abogados (en una proporción de 8 a 4) y se integran también a especialistas en la problemática de los pacientes con enfermedad incurable (4).

El artículo 18 describe las múltiples funciones que tienen las comisiones de garantía y evaluación; entre las que destaca el resolver las reclamaciones por parte de los pacientes a los que les fue denegada la prestación de ayuda para morir. El inciso b de este mismo artículo impone a las comisiones la obligación de verificar si la prestación de ayuda para morir se realizó de acuerdo a los procedimientos previstos por la ley; otorgando amplias facultades para verificar todo los documentos entregados por el médico; en caso de que se requiera acceder a información que rompa el anonimato del paciente, la ley española contempla que la comisión deberá efectuar una votación entre sus miembros en el que la decisión se toma por mayoría simple; proceso igual al establecido en el artículo 8 de la ley belga.

Tanto la ley española como belga atribuyen a estas comisiones la resolución de cuestiones relativas a la aplicación de la ley, facultándolas como órgano consultivo y también establece la obligación de elaborar informes de evaluación (anual en la ley española y cada dos años según la ley belga).

Tras su capitulado, la ley española tiene siete disposiciones adicionales, una disposición transitoria, una disposición derogatoria y cuatro disposiciones finales. De entre estas disposiciones, hay dos que encuentro de mayor interés: la disposición adicional primera, que establece que la muerte como consecuencia de



la ayuda para morir tendrá consideración legal como muerte natural, tal como lo hace la ley belga en su artículo 15 y la disposición adicional sexta; que establece un plazo de tres meses a partir de la publicación de la ley, para la elaboración de un manual de buenas prácticas, el cual comentaré con más detalle en el siguiente capítulo de esta tesina.

## Capítulo VII

### Manual de buenas prácticas en eutanasia del Ministerio de Salud de España

Como se mencionó en el anterior capítulo, este manual surge de la necesidad de orientar la correcta puesta en práctica de la ley de eutanasia española, fue publicado el julio del 2021, con una extensión de 93 páginas se divide en seis capítulos y cuatro anexos.

La guía comienza con un resumen ejecutivo en el que se califica a la eutanasia como un nuevo derecho individual. También a partir de dicho capítulo y en el transcurso del texto se refiere a la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia como LORE (Ley Orgánica Relativa a la Eutanasia).

El capítulo 2 de la guía se refiere al marco normativo de la LORE, en el que se incluye tanto a la propia guía de buenas prácticas como a el protocolo de actuación para la valoración de la situación de incapacidad de hecho; al respecto del ámbito de aplicación, todas estas disposiciones son aplicables para todas las personas físicas o jurídicas, públicas o privadas que se encuentren en territorio español.

El capítulo 3 profundiza en las definiciones mencionadas previamente en la LORE, siendo la primera de estas especificar las funciones del médico/a responsable, que es el profesional de salud que cargará con la mayor responsabilidad durante el proceso eutanásico y al cual se le asignan las siguientes funciones<sup>95</sup>:

- 1.- Facilitar al paciente por escrito la información sobre su proceso médico, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación. Entre estas últimas,

---

<sup>95</sup> Aparicio Azcárraga, Pilar et al., 2021, Manual de buenas prácticas en eutanasia Ley Orgánica 3/2021 de 24 de marzo de regulación de eutanasia, España, Gobierno de España, Ministerio de Sanidad, pág. 6.

la posibilidad de acceder a cuidados paliativos integrales y a las prestaciones de atención y ayuda a la dependencia a las que tuviera derecho.

2.- Certificar que el paciente cumple los requisitos previstos por la Ley.

3.- Estar presente cuando el paciente firme la solicitud o recoger dicha solicitud de otro profesional sanitario que sí haya estado presente. Incorporar dicho documento a la Historia Clínica.

4.- Informar al paciente de la posibilidad de revocar su solicitud en cualquier momento durante el proceso.

5.- Realizar la valoración de la situación de incapacidad de hecho, cuando proceda.

6.- En caso de denegación de la solicitud de prestación, será el responsable de comunicárselo de forma motivada por escrito al paciente, debiendo remitir a la Comisión de Garantía y Evaluación, los documentos correspondientes.

7.- Realizar con el paciente solicitante el proceso deliberativo.

8.- Consultar con el médico/a consultor/a, para que realice una valoración del paciente y corrobore el cumplimiento de los criterios.

9.- Realizar todos los trámites de cumplimentación de los documentos establecidos en la LORE, cuando le correspondan. (Recogidos en el Anexo III).

10.- Coordinar la realización de la prestación con el equipo asistencial.

11.- Llevar a cabo, junto con el equipo asistencial, la prestación de ayuda para morir.

12.- Acompañar y dar apoyo al paciente y a su familia a lo largo del proceso.

13.- Estar presente y acompañar al paciente en la realización de la prestación de ayuda para morir.

14.- Certificar el fallecimiento del paciente.

Vista la carga burocrática que el proceso implica, el manual recomienda a la administración sanitaria competente el facilitar acceso al médico a consultores y a otros profesionales médicos con el fin de llevar a cabo los trámites necesarios en el proceso. Una previsión que no aborda la LORE es que el médico responsable que inició el proceso no pudiese terminarlo, por cualquier circunstancia, para lo cual el manual prevé que la administración sanitaria deberá facilitar al paciente otro médico, para continuar el procedimiento en el plazo establecido.

Otra figura sumamente importante para el proceso eutanásico, que comenté previamente es la del médico consultor, cuya función principal es estudiar la historia clínica y examinar al paciente, a fin de garantizar una valoración cualificada y externa, la cual deberá plasmar en un informe escrito.

Respecto a la Comisión de Garantía y Evaluación (a la que abrevian como CyGE) el manual menciona que esta debe de contar con un presidente y un secretario entre sus miembros, dejando a cada comunidad la elaboración de su respectivo reglamento interno.

El capítulo 4 se avoca a la prestación de la ayuda para morir, recomendando la creación de una aplicación ad hoc que de soporte al proceso eutanásico y que se integre a la historia clínica electrónica. Respecto al consentimiento informado, el manual de buenas prácticas indica que debe existir una copia digital del mismo con plena validez legal, recomendando que este sea digital en origen y la firma se realice de forma electrónica, salvo en los casos en los que esto no sea posible, se acepta un escaneo de un certificado firmado en papel. Otro apartado importante en este capítulo es el relativo al documento de instrucciones previas. Debido a la entrada en vigor de la LORE; el Ministerio de Sanidad de España se obliga a modificar el Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, el cual regula el Registro Nacional de Instrucciones Previas (RNIP). Dicha modificación deberá actualizar la información mínima que se deberá trasladar a las Comunidades Autónomas, creándose un

nuevo anexo en el apartado "Materia de la declaración" en la que se incorporará la voluntad del paciente respecto a la prestación de la ayuda para morir<sup>96</sup>.

En el capítulo 5 se delinear las recomendaciones pertinentes al respecto de la prestación de la ayuda para morir. A este respecto el manual dice: "El momento adecuado en el que se debe prestar la ayuda para morir debe estar presidido por la delicadeza, circunspección y trascendencia del acto. Por tanto, se aplicará la flexibilidad necesaria de acuerdo con el paciente". Dentro de esta flexibilidad, se menciona que el paciente puede pedir que la prestación coincida con una determinada fecha, sin que ello se entienda como un aplazamiento. Respecto al aplazamiento, el siguiente apartado (5.2) especifica que el plazo máximo de aplazamiento es de entre 1 y 2 meses, lo anterior a fin de garantizar que el paciente continúa cumpliendo con todos los requisitos exigidos en la LORE. Si la prestación no se lleva a cabo dentro de dicho plazo máximo, se entenderá que el paciente desistió del procedimiento. El último apartado del capítulo, indica la forma en la que deberá expresarse la prestación de ayuda para morir en el certificado médico de defunción, anotándose como causa inmediata "Prestación de ayuda para morir (LO 3/2021)" y como causa inicial o fundamental la patología base que justificó esa prestación.

El capítulo 6 del manual recoge recomendaciones respecto a la objeción de conciencia por parte de los profesionales sanitarios. Dichas recomendaciones buscan que el ejercicio de la objeción de conciencia no sea un impedimento para el acceso a la prestación de ayuda para morir. Una acotación importante es que se refiere que la objeción de conciencia es un derecho individual, por lo cual no podrá ejercerse por parte de una institución, un centro de salud o servicio<sup>97</sup>. Otra aclaración pertinente respecto a la LORE es que esta objeción de conciencia no solo puede ser ejercida por médicos y enfermeras, sino por otros profesionales sanitarios; como son los farmacéuticos o los psicólogos clínicos. Una precaución

---

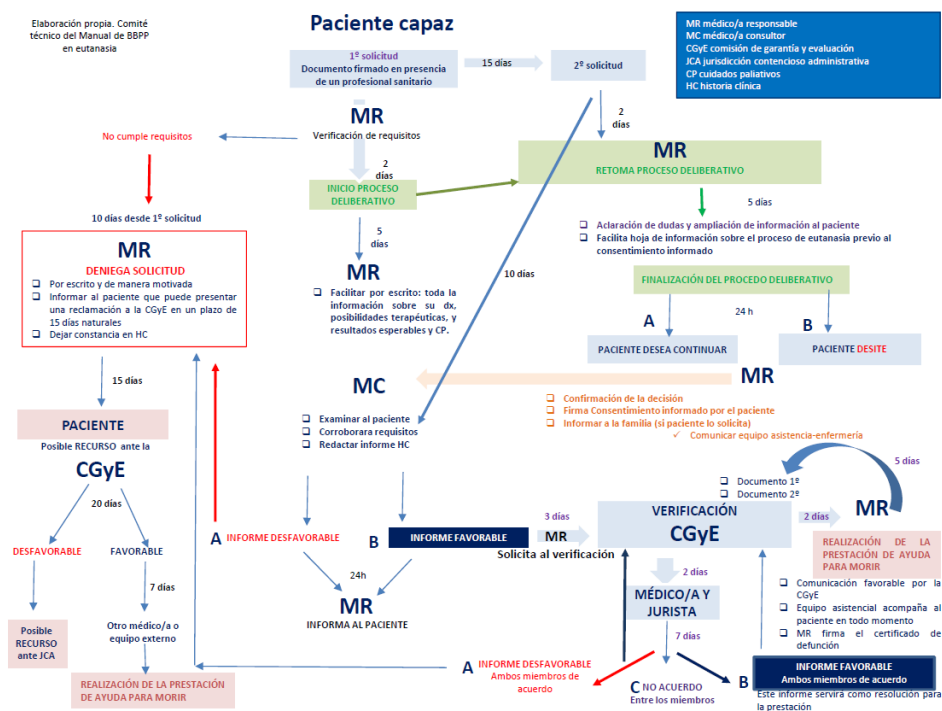
<sup>96</sup> Ibidem, p.20.

<sup>97</sup> Ibidem, p. 24

necesaria abordada por el manual de buenas prácticas es que ninguno de los miembros de la CyGE podrán estar registrados como profesionales objetores a la LORE. Respecto a la objeción de conciencia se señala que esta debe estar regida por un principio de coherencia en la actuación profesional; es decir, un médico no podrá registrarse en el censo de objetores de conciencia para instituciones públicas y practicar la eutanasia en instituciones privadas, puesto que esta debe partir de la conciencia moral y no de motivaciones o razonamientos laborales<sup>98</sup>.

## 6.1. Anexo I del Manual de buenas prácticas en materia de eutanasia.

Tras su capitulado el manual incluye cuatro anexos que también considero pertinente comentar. El primero de estos es una representación esquemática del proceso de prestación de la ayuda para morir, que reproduzco a continuación<sup>99</sup>:



<sup>98</sup> Ibidem, p. 26.

<sup>99</sup> Diagrama del procedimiento de solicitud de la prestación Grupo de Trabajo. Comité Técnico elaboración MBBPP. Aparicio Azcárraga, Pilar et al. *Manual de buenas prácticas en eutanasia Ley Orgánica 3/2021 de 24 de marzo de regulación de eutanasia*, España, Gobierno de España, Ministerio de Sanidad, 2021, p 27

## **6.2. Anexo II del Manual de buenas prácticas en materia de eutanasia.**

El anexo II se enfoca en los medicamentos que deben administrarse para la realización de la prestación de ayuda para morir, es el más extenso en la guía y cuenta con una bibliografía propia. En el anexo se señala que para la selección de dichos medicamentos se recurrió a la experiencia de otros países, entre los que se encuentran Bélgica, Canadá, Países Bajos e incluso del Ministerio de Sanidad de Colombia. El anexo comienza retomando las dos modalidades para la prestación de la ayuda para morir de la LORE, que son la administración directa al paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario competente (modalidad 1) y la prescripción por parte del profesional sanitario de una sustancia, de manera que la pueda tomar o auto administrar, para causar su propia muerte (modalidad 2). La guía es enfática en señalar que "Durante la realización de la prestación de ayuda para morir, los profesionales sanitarios del equipo asistencial deben permanecer presentes en todo el proceso". Para la realización de la eutanasia por la modalidad 1 la vía indicada es la intravenosa. Las dosis para inducir la muerte se recomiendan sobre la base de 5 a 10 veces la ED95 de cada fármaco. Para esta modalidad se recomiendan cuatro medicamentos: propofol, rocuronio, atracurio y cisatracurio. La guía especifica que dichos medicamentos se usan en condiciones diferentes a las autorizadas en su ficha técnica y en base al Real Decreto 1015/2009, los citados medicamentos no requieren autorización por parte de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

El procedimiento de eutanasia en la modalidad 1 consta de cuatro etapas:

- a) premedicación: tiene por objetivo disminuir el nivel de conciencia previo a la inducción del coma y el medicamento recomendado es midazolam.
- b) adyuvante: para evitar el dolor que se asocia a los medicamentos inductores del coma, se recomienda la administración de lidocaína IV; la cual puede ser previa a la administración de propofol como mezclada con éste.
- c) inducción del coma: para esta etapa el medicamento de elección es propofol y como alternativa se recomienda tiopental. El objetivo del coma inducido médicamente es que el paciente no sea consciente de los efectos del

bloqueante neuromuscular y no responda a los estímulos dolorosos, además de producir una depresión grave en la función cardiovascular y respiratoria.

- d) aplicación de medicamentos bloqueantes neuromusculares: tras comprobar que el paciente se encuentra en un coma profundo se administra el medicamento bloqueante neuromuscular. Los medicamentos de elección son atracurio, cisatracurio o rocuronio.

Para todo el proceso se recomienda el uso preferente de la inyección intravenosa. Para facilitar la administración de los medicamentos y prevenir errores, el manual recomienda la elaboración de kits de medicación, los cuales se deberán preparar para cada paciente por parte de los servicios de farmacia hospitalaria apegados a las normas de buenas prácticas de preparación de medicamentos y de forma que se garantice su trazabilidad e identificación. Los apartados 2.5 y 2.6 ofrecen recomendaciones para llevar a cabo el procedimiento eficientemente y anticipan complicaciones de forma que el proceso pueda llevarse a término.

Respecto a la modalidad 2 de la prestación de ayuda para morir, ésta se aborda en el apartado 3 del anexo y para esta se contemplan dos vías de administración:

- Administración oral. Es el paciente quien toma, él mismo, los medicamentos suministrados por el equipo asistencial.
- Administración intravenosa. En este caso es el paciente el que abre la llave de la bomba de infusión del medicamento inductor del coma, siendo así el propio paciente el que inicia el proceso.

En el caso de la autoadministración por vía oral el procedimiento consta de las siguientes etapas:

- a) Premedicación. Es un paso preparatorio que implica tomar un antiemético para minimizar el riesgo de vomitar el medicamento inductor del coma. Los medicamentos recomendados son metoclopramida y ondansetrón, los cuales se administran una hora antes del inductor del coma. Opcionalmente 30 a 45 minutos antes de la administración del medicamento inductor del coma se



podría administrar un ansiolítico, entre los que se recomiendan lorazepam, diazepam o midazolam.

- b) Medicamento inductor del coma. Es el segundo paso en el procedimiento y como medicamento inductor del coma se recomienda una solución oral de pentobarbital (15g en 100ml). La misma guía señala que "En España no hay comercializado ningún medicamento de uso humano que contenga pentobarbital o secobarbital, ni es posible conseguir un medicamento registrado en otro país en una presentación oral adecuada que contenga alguno de estos principios activos por lo que será necesario preparar una solución oral.<sup>100</sup>" Por lo que en la tabla III del anexo se presentan instrucciones de preparación para una fórmula magistral que deberá ser elaborada por los servicios de farmacia hospitalaria. Como solución a la falta de disponibilidad de dichos fármacos se recomienda usar la vía intravenosa.

En el apartado 3.1.2 se señala que en esta modalidad la prestación de ayuda para morir llevará más tiempo (2 a 3 horas) por lo que en previsión a esta demora se debe evaluar la posibilidad de disponer de un acceso venoso antes de iniciar el proceso por vía oral. Las recomendaciones prácticas presentan también otros escenarios que dificulten el proceso, como que el paciente vomite tras ingerir los medicamentos; lo cual a mi criterio hacen que este procedimiento sea sumamente impráctico, tanto para el médico como para el paciente.

### **6.2.1. La complicada relación entre medicamentos y eutanasia.**

En mi particular apreciación, el Anexo II del manual de buenas prácticas en materia de eutanasia es la parte más importante de dicho documento, pues de su aplicación depende la instrumentación de la prestación de ayuda para morir. Debido a lo anterior, no ha escapado al escrutinio de la prensa. Por citar dos ejemplos: en un titular publicado en el diario El Mundo se lee en el encabezado "El manual de buenas prácticas de la eutanasia incluye fármacos que no están autorizados en

---

<sup>100</sup> Manual de buenas prácticas en eutanasia, op. cit., p 40.

España", dicho texto ahonda "El pentobarbital y el secobarbital -dos fármacos de la familia de los barbitúricos- no están autorizados en España como medicamentos"<sup>101</sup>; otro artículo, publicado en el diario ABC<sup>102</sup> y cuyo encabezado es similar comienza citando a "algunos farmacéuticos hospitalarios que prefieren guardar el anonimato" y que califican de "barbaridad" que el manual pida la elaboración de fórmulas magistrales a base de pentobarbital o secobarbital; el artículo continúa, afirmando que dichos fármacos "solo se pueden conseguir a través de laboratorios de veterinaria". Sin embargo, en el transcurso del artículo se explica que el propio manual hace explícito que los medicamentos se usan fuera de norma y se amparan en el Real Decreto 1015/2009, por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales. Lo planteado por estas notas periodísticas y por el propio manual, llevan a un ejercicio crítico que considero pertinente plantear partiendo de la lectura de este anexo y que es la relación entre la definición legal de medicamento y la aplicación de estos para un procedimiento de eutanasia; situación que plantea importantes cuestiones de técnica jurídica y cumplimiento normativo.

Para elaborar esta reflexión, debemos de partir de como se define legalmente al medicamento. A este respecto en México, la LGS lo define como "Toda sustancia o mezcla de sustancias de origen natural o sintético que tenga efecto terapéutico, preventivo o rehabilitatorio, que se presente en forma farmacéutica y se identifique como tal por su actividad farmacológica, características físicas, químicas y biológicas."<sup>103</sup> Atendiendo estrictamente a lo expuesto en la definición mexicana, el utilizar un medicamento para un procedimiento de eutanasia, podría significar una directa contradicción al objetivo de éste, de acuerdo a su definición legal; puesto

---

<sup>101</sup> Valle, Soledad, "El manual de buenas prácticas de la eutanasia incluye fármacos que no están autorizados en España", Periódico El Mundo, Sección Salud, 7 de julio de 2021, recuperado de: <https://www.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/2021/07/07/60e5fe9afc6c834c268b45b1.html> el 2 de octubre de 2021 a las 20:51 hrs.

<sup>102</sup> Daniele, Laura, "Sanidad permitirá el uso de fármacos que no se comercializan en España para aplicar la eutanasia", Periódico ABC, Nacional, Sociedad, 29 de julio de 2021, recuperado de: [https://www.abc.es/sociedad/abci-sanidad-permitira-farmacos-no-comercializan-espana-para-aplicar-eutanasia-202107260148\\_noticia.html](https://www.abc.es/sociedad/abci-sanidad-permitira-farmacos-no-comercializan-espana-para-aplicar-eutanasia-202107260148_noticia.html) el 2 de octubre de 2021 a las 21:00 hrs.

<sup>103</sup> Ley General de Salud, 1984, México, artículo 221

que provocar la muerte, es lo opuesto a la función terapéutica, que se enfoca en el tratamiento de las enfermedades. En el derecho español, se define como medicamento de uso humano a "Toda sustancia o combinación de sustancias que se presente como poseedora de propiedades para el tratamiento o prevención de enfermedades en seres humanos o que pueda usarse en seres humanos o administrarse a seres humanos con el fin de restaurar, corregir o modificar las funciones fisiológicas ejerciendo una acción farmacológica, inmunológica o metabólica, o de establecer un diagnóstico médico"<sup>104</sup>. Como puede apreciarse, dicha definición es más extensa (y también de más reciente publicación); pero comparte con la definición de la LGS el presentar al medicamento como un producto cuyo fin es mejorar la salud del paciente, más no provocar o acelerar su fallecimiento.

Una lectura parcial de la definición de medicamento presente en la Ley de Garantías y uso Racional de los Medicamentos española podría llevar a pensar que no hay lugar para la aplicación de éstos en un procedimiento eutanásico, sin embargo, dicha ley ofrece posibilidades más extensas a dicha definición en su artículo 24, que aborda las garantías de disponibilidad de medicamentos en situaciones específicas y autorizaciones especiales. El artículo es particularmente extenso, constando de 7 incisos; siendo importantes para la instrumentación de la LORE el 3, 4 y 7. los cuales cito textualmente a continuación:

3. La prescripción y la aplicación de medicamentos no autorizados a pacientes no incluidos en un ensayo clínico con el fin de atender como uso compasivo necesidades especiales de tratamiento de situaciones clínicas de pacientes concretos se regulará reglamentariamente, con pleno respeto a lo establecido en la legislación vigente en materia de autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica

---

<sup>104</sup> Real Decreto Legislativo 1/2015, Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, 2015, España, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Boletín Oficial del Estado núm. 177, artículo 2. a)

4. La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios podrá autorizar la importación de medicamentos no autorizados en España siempre que estén legalmente comercializados en otros Estados, cuando esta importación resulte imprescindible para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de patologías concretas por no existir en España alternativa adecuada autorizada para esa indicación concreta o por situaciones de desabastecimiento que lo justifiquen

7. La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios podrá establecer modalidades de autorización especiales para medicamentos que, de acuerdo con una resolución expresa de la misma, se consideren necesarios para atender requerimientos especiales, siempre y cuando sean destinados para uso de un paciente individual bajo prescripción de un facultativo acreditado y bajo su responsabilidad directa.<sup>105</sup>

Como puede observarse en el artículo citado, se hace mención tanto a la compasión como a el respeto a la autonomía del paciente; ambos conceptos importantes en materia de eutanasia y que ya se han mencionado en capítulos anteriores de este trabajo. De este artículo 24, se deriva el Real Decreto 1015/2009, de 19 de junio, por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales, al cual se hace mención tanto en la LORE como en su manual, no obstante, dicho decreto podría no ser un fundamento legal suficientemente sólido para justificar el uso eutanásico de medicamentos. Para esto, hay que detenerse respecto a lo que esta disposición define como uso compasivo de medicamentos en su artículo 2<sup>106</sup>:

"A los efectos de este real decreto se entenderá por

---

<sup>105</sup> Real Decreto Legislativo 1/2015, Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, 2015, España, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Boletín Oficial del Estado núm. 177, artículos 24.3, 24.4 y 24.7.

<sup>106</sup> Real Decreto 1015/2009, por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales, 2009, España, Ministerio de Sanidad y Política Social, Boletín Oficial del Estado núm. 174, artículo 2.

1. Uso compasivo de medicamentos en investigación: utilización de un medicamento antes de su autorización en España en pacientes que padecen una enfermedad crónica o gravemente debilitante o que se considera pone en peligro su vida y que no pueden ser tratados satisfactoriamente con un medicamento autorizado. El medicamento de que se trate deberá estar sujeto a una solicitud de autorización de comercialización, o bien deberá estar siendo sometido a ensayos clínicos.
2. Uso de medicamentos en condiciones diferentes de las autorizadas: el uso de medicamentos en condiciones distintas de las incluidas en la ficha técnica autorizada.
3. Acceso a medicamentos no autorizados en España: utilización de medicamentos autorizados en otros países, pero no autorizados en España, cuando no cumplan con la definición de uso compasivo de medicamentos en investigación."

Como puede apreciarse en esta definición, el uso compasivo se prevé para enfermedades que se considera ponen en peligro la vida del paciente y se relaciona éste a ensayos clínicos. Interpretando estrictamente el real decreto, ninguno de estos supuestos coincide con lo expresado por la LORE, que habla de una ayuda para morir cuando el sufrimiento es insoportable, razón por la que como expuse, no es un fundamento legal lo suficientemente sólido para defender al uso de medicamentos para lograr la eutanasia.

No obstante que la eutanasia se ha integrado al derecho positivo en el transcurso del siglo XXI, la relación de los grandes consorcios farmacéuticos (*Big Pharma*) y dicha práctica es un tema que dista de estar resuelto y podría tornarse complicado. *Big Pharma* cuenta con la capacidad económica para tener un lobby político con el cual imponer sus intereses y tampoco es ajena a recurrir a la jurisdicción para defenderlos. Respecto a esto, Riley<sup>107</sup> plantea el paralelismo entre

---

<sup>107</sup> Riley, Sean, 2017, "Navigating the new era of assisted suicide and execution drugs", Estados Unidos, *Journal of Law and the Biosciences*, vol. 4, núm 2, agosto, p., 424 a 434

los protocolos de uso de fármacos para la aplicación de la pena capital en los Estados Unidos y la eutanasia (a la que el autor refiere como "suicidio medicamente asistido/*physician-assisted suicide/PAS*"). En el ensayo se menciona que el protocolo de tres pasos para ejecutar la pena de muerte (inducir pérdida de la conciencia, paro respiratorio y después paro cardíaco) no es sustancialmente distinto del usado para provocar la eutanasia; usándose en algunos casos medicamentos en común, lo que ha provocado problemas en la cadena de distribución, de los cuales las grandes farmacéuticas se han beneficiado económicamente. El primer caso que se cita en el artículo ocurre en 2009, con la compañía Hospira; que era el único fabricante autorizado por la FDA para el tiopental sódico discontinuó la producción de este (la referencia citada alude una posible presión de gobiernos europeos que se oponen a la pena capital) tras lo cual, gobiernos estatales en Estados Unidos buscaron a otros fabricantes, que a su vez implementaron restricciones a la distribución de sus productos para que no pudieran ser comprados por el sistema penitenciario americano; estrategia de boicot que redujo la aplicación de la pena capital en los Estados Unidos. Riley continúa explicando que la solución para ese problema de distribución fue recurrir a intermediarios que triangulaban la compra, evadiendo las restricciones de los fabricantes europeos. Estas prácticas, cuyo supuesto objetivo era sabotear la aplicación de la pena de muerte en los EEUU, llevaron también a una escalada de precios para quienes requerían esos mismos medicamentos, pero para practicar la eutanasia; llevando a que medicamentos como el secobarbital o el pentobarbital, cuya dosis letal tenía un costo de aproximadamente \$500 dólares en 2012, elevara su precio a cifras de hasta \$25,000 dólares en 2016. Esta escalada de precios no sólo afectó al mercado americano, en Canadá, la empresa Valeant Pharmaceuticals aprovechó la escasez de pentobarbital para acorralar al mercado e incrementar los precios, lo cual llevó al congreso canadiense a iniciar una investigación por fraude y prácticas comerciales desleales<sup>108</sup>. Como puede apreciarse, la regulación del

---

<sup>108</sup> Katie Thomas, *Valeant Chief, at Senate Hearing, Concedes Mistakes on Steep Drug Prices*, New York Times, 28 de abril de 2016

sector farmacéutico debe ser un factor complementario para garantizar que la característica avaricia de las grandes empresas farmacéuticas no sea un obstáculo para el acceso efectivo a la eutanasia.

### **6.3. Anexo III del Manual de buenas prácticas en materia de eutanasia**

En el capítulo anterior, al momento de comentar la LORE refería una “burocracia eutanásica” como la encargada de instrumentar la ejecución de esta ley. Por supuesto, no puede existir una burocracia sin trámites y no pueden existir trámites sin documentos y el anexo III del manual de buenas prácticas se enfoca en presentar los modelos de documentos requeridos para la prestación de la ayuda para morir. En total se presentan 19 formatos, que se sustentan en el articulado de la LORE. Para su estudio, dividiría estos documentos en relación con su momento en el proceso de eutanasia de la siguiente forma:

- a) documentos de solicitud, que inician la prestación de ayuda para morir.
- b) documentos que se requieren para dar cauce a la solicitud o rencausarla en caso de negativa
- c) documentos para revocar, aplazar, desistir o denegar la prestación de la ayuda para morir.
- d) documentos posteriores a la aplicación de la ayuda para morir.

En el grupo a) se encuentran:

- La SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR: 1ª Solicitud (modelo 1), cuyo fundamento es el artículo 6 de la LORE;
- al anterior formato le acompaña una variante (modelo 2.2) que corresponde a los pacientes que no se encuentran en condiciones para firmar la solicitud y requieren que otro la forme en su nombre;
- la PRESENTACIÓN DE SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR EN NOMBRE DEL PACIENTE (modelo 2.1) también puede dar inicio al proceso y corresponde con el supuesto presentado en el artículo 5.2 de la LORE, el cual es aplicable para el caso del paciente que no se encuentra en pleno uso de sus facultades, pero cuenta con un documento de instrucciones previas.

En el grupo b) se encuentran:

- EI DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE QUE HA SOLICITADO SU DERECHO A LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR (modelo 3), este formato consta de 5 páginas que describen de forma sucinta el procedimiento y los derechos que la asisten a paciente durante este;
- el documento de INFORMACIÓN PROCESO MÉDICO/A REPOSABLE PARA LA SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR (modelo 4), en el que se resume la historia clínica del paciente, el diagnóstico principal, las alternativas de cuidados paliativos y el fundamento médico que sustente la prestación de la ayuda para morir;
- Como se explicó anteriormente, previo a aprobar o denegar la prestación de la ayuda para morir, el médico responsable debe acudir a un médico consultor, mismo que certifica si el paciente cumple o no con los requisitos establecidos en los artículos 5.1 o 5.2 de la LORE utilizando el modelo 13, CONCLUSIONES INFORME MÉDICO/A CONSULTOR/A
- acompañando a estos documentos de la etapa deliberativa también se encuentra la INFORMACIÓN PROCESO DELIBERATIVO 1º (modelo 10) el cual debe ser firmado por el médico responsable y en el que certifica que el paciente cumple con los requisitos establecidos en el artículo 5.1.a), c) y d) de la LORE para solicitar la Prestación de ayuda para morir y que en conjunto con el paciente se realizó un proceso deliberativo en el que se le informó de su diagnóstico, posibilidades terapéuticas y resultados esperables, posibles cuidados paliativos, la información sobre ausencia de presión externa y voluntariedad, así como las conclusiones destacables del proceso deliberativo (es decir, que el paciente ya firmó y aceptó el contenido del documento del modelo 3);
- La LORE expone que la solicitud de eutanasia debe ser una petición reiterada, por lo que el paciente debe firmar también una SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR: 2ª Solicitud (modelo 11), en este documento, además de lo declarado en el modelo 1, el paciente debe declarar que dispone por escrito de la información sobre su proceso médico, las diferentes alternativas y



posibilidades de actuación, incluida la de acceder a cuidados paliativos integrales (es decir, la información que el médico le presenta y de la cual hace acuse firmando el modelo 3) y además que han transcurrido 15 días desde que presentó la solicitud correspondiente al modelo 1.

- el documento más importante en mi apreciación dentro de esta categoría corresponde al modelo 12.1, que es el CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR. (FINALIZACIÓN DEL PROCESO DELIBERATIVO MÉDICO/A RESPONSABLE-PACIENTE) como su título lo establece, la firma de este documento por parte del paciente pone fin al proceso deliberativo, dando certeza sobre la voluntad informada del paciente para llevar hasta su último término el proceso de eutanasia. El formato propuesto consta de cuatro apartados, el primero en el que se incluyen los datos del paciente, el segundo apartado del formato es más extenso y en este se hace la correspondiente manifestación de voluntad informada y además se hace la elección entre las dos modalidades posibles de prestación de la ayuda para morir (administración directa o prescripción o suministro de una sustancia para autoadministrar), en el tercer apartado se manifiesta la voluntad de continuar con la efectiva realización de la prestación, dando opción a que esto sea informado a terceras personas señaladas por el paciente, además de al equipo asistencial que ayudará a llevar a cabo el procedimiento y en el apartado cuarto el paciente puede expresar su voluntad de revocar su solicitud. La inclusión de este último apartado me parece confusa, puesto que hay un formato de revocación independiente (modelo 5.1) y si el paciente no quiere continuar con el procedimiento bastaría con no firmar el consentimiento informado;
- el anterior documento es reemplazado por el modelo 12.2 DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA EL REPRESENTANTE INTERLOCUTOR DEL PACIENTE EN LA SITUACIÓN CLÍNICA DE INCAPACIDAD DE HECHO (SUPUESTO DE VOLUNTAD EXPRESA EN INSTRUCCIONES PREVIAS, VOLUNTADES ANTICIPADAS O DOCUMENTOS EQUIVALENTES) en los casos en los que la prestación se funda en una voluntad anticipada; este

documento es firmado por el representante interlocutor que el paciente designó en su voluntad anticipada y por el médico responsable.

- el modelo 14, COMUNICACIÓN MÉDICA A LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN es firmado por el médico responsable una vez que este formó un expediente compuesto por: la 1ª Solicitud (modelo 1), 2ª Solicitud (modelo 11), documento previo de Voluntades anticipadas o similar (si es el caso), información de proceso deliberativo (modelo 10), consentimiento informado (modelo 12.1) y las conclusiones del médico consultor (modelo 13).
- Dentro de los documentos que incluyo como necesarios para reencausar el proceso en caso de negativa está la RECLAMACIÓN CONTRA LA DENEGACIÓN DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR (modelo 9). En este documento, el paciente declara la fecha en la que solicitó la prestación de ayuda para morir, así como la fecha con la que recibió el escrito de denegación (el modelo 7 que ya comenté) para posteriormente exponer los motivos en los que fundamenta su reclamación ante a la Comisión de Garantía y Evaluación. En mi particular apreciación, resulta poco factible que un paciente que no sea versado en medicina pueda refutar por su cuenta de forma efectiva ante una comisión formada por especialistas médicos y legales una denegación de prestación de ayuda para morir, la cual precisamente debe partir de una opinión con fundamento científico y legal; lo cual podría hacer nugatorio el derecho a la reclamación.

En el grupo c) se encuentran:

- el documento de REVOCACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR (modelo 5.1) en el que el paciente sin requerir justificación alguna puede revocar su solicitud de Prestación de ayuda para morir;
- la SOLICITUD APLAZAMIENTO DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA AYUDA PARA MORIR (modelo 5.2), en la que el paciente puede solicitar el aplazamiento de dicha prestación (una vez que ya fue aprobada por la Comisión de Garantía y Evaluación);

- la SOLICITUD DE DESISTIR DE LA SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR (modelo 6) el cual se presenta por parte del paciente posteriormente al proceso deliberativo con el médico y tiene por objetivo que el expediente no se remita a la Comisión de Garantía y Evaluación.
- Entre los documentos que interrumpen la eutanasia por denegación se encuentran la DENEGACIÓN PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR (modelo 7) la cual es presentada por el médico tanto al paciente como a la Comisión y en el que expone que dicha prestación es negada, ya sea porque no se cumplen con los requisitos administrativos (nacionalidad o residencia legal en España) o médicos que justifiquen la eutanasia;
- al modelo 7 le acompaña otro formato (modelo 8.2 adaptado) llamado DOCUMENTO SEGUNDO ADAPTADO COMUNICACIÓN A LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN EN CASO DE DENEGACIÓN POR EL/LA MÉDICO/A RESPONSABLE DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR, en el que el médico responsable debe enviar a la comisión la fecha de la 1ª y 2ª solicitud, la descripción de la patología padecida y naturaleza del sufrimiento, la información sobre voluntariedad y deliberación y explicar el motivo de la denegación.

En el grupo d) se encuentran:

- el DOCUMENTO PRIMERO COMUNICACIÓN A LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN TRAS LA REALIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR (modelo 8.1) que es firmado por el médico responsable y en el que se incluye la información de identificación del solicitante de la prestación, el médico responsable y el médico consultor;
- el DOCUMENTO SEGUNDO COMUNICACIÓN A LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN TRAS LA REALIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR (modelo 8.2) en el que se explica detalladamente la justificación médica por la cual se aplicó la prestación de ayuda para morir y entre la que se incluye la descripción de la patología padecida, naturaleza del

sufrimiento y la información relativa al proceso deliberativo entre médico y paciente.

Tras analizar el contenido de este anexo en relación con la LORE concluyo que para llevar a cabo por voluntad del paciente la prestación de la ayuda para morir, aun en los casos en los que no haya ningún impedimento legal o médico a ello, el mínimo de documentos necesarios será:

- i. Primera Solicitud (modelo 1),
- ii. Documento de información (modelo 3)
- iii. Información Proceso Médico responsable (modelo 4)
- iv. Información de proceso deliberativo (modelo 10)
- v. Segunda Solicitud (modelo 11)
- vi. Consentimiento informado (modelo 12.1)
- vii. Conclusiones del médico consultor (modelo 13).
- viii. Comunicación a médica a la comisión de garantía y evaluación (modelo 14)
- ix. Documento primero de comunicación a la comisión tras la realización de la prestación... (modelo 8.1)
- x. Documento segundo de comunicación a la comisión tras la realización de la prestación... (modelo 8.2)

Esta suma de por lo menos diez formatos que deben ser debidamente firmados y requisitados exhibe un proceso altamente burocratizado; complicado tanto para el paciente como para el médico responsable y en el cual a fuerza de repetirse tantos datos en tantos formatos distintos, hay gran margen el error humano, el cual podría postergar o impedir el procedimiento (escribir mal un dígito en alguna de las múltiples fechas que deben repetirse varias veces como son la presentación de la primera y segunda solicitud, escribir mal el nombre del paciente en cualquiera de esos documentos, omitir o agregar un dígito al número de DNI, entre otros). Una sustancial simplificación administrativa sería deseable en posteriores ediciones del manual de buenas prácticas, si la intención es facilitar el acceso a este derecho.

#### **6.4. Anexo IV. Protocolo de actuación para la valoración de la situación de incapacidad de hecho**

En este anexo del Manual de Buenas prácticas se establecen un conjunto de recomendaciones que ayuden al médico responsable a valorar una situación de incapacidad de hecho. La incapacidad de hecho es definida en la LORE como "aquella situación en la que el paciente carece de entendimiento y voluntad suficientes para regirse de forma autónoma, plena y efectiva por sí mismo, con independencia de que existan o se hayan adoptado medidas de apoyo para el ejercicio de su capacidad jurídica<sup>109</sup>"; estableciéndose en relación a esto dos supuestos: cuando el paciente que sufre una incapacidad de hecho cuente con un documento de instrucciones previas, el médico responsable estará obligado a aplicar lo previsto en éste y cuando no se cuente con dicho documento y el paciente sufra de incapacidad de hecho, se deberá denegar la solicitud, de forma motivada. Esto es de suma importancia, puesto que uno de los puntos centrales de la LORE es el acatamiento del consentimiento informado, situación que resulta imposible si el paciente carece del suficiente discernimiento; garantizando con esto que ninguna prestación de ayuda para morir se efectuará sin consentimiento pleno del paciente.

Como herramienta para evaluar la capacidad de hecho el anexo sugiere la versión internacional de 30 puntos del *Minimal State Examination* (MMSE), complementando su aplicación con la *Aid to Capacity Evaluation* (ACE) en el caso de pacientes con puntuaciones inferiores a 24 puntos en la MMSE y en caso de persistir dudas, se recomienda la interconsulta con un profesional sanitario experto.

---

<sup>109</sup> LORE, art. 3, apartado h.

## Capítulo VIII.

### ¿Qué argumentan quienes se oponen a la eutanasia?

Durante el capítulo correspondiente al activismo español por el Derecho a la Eutanasia documenté la recepción mediática de algunos casos paradigmáticos. Durante el desarrollo de dichos casos, comenté sobre argumentaciones políticas y jurídicas en oposición a la eutanasia; argumentos que por la frecuencia con la que se repiten, considero importante abordar en un apartado separado. Entre los cuestionamientos críticos a la eutanasia hay cuatro cuestiones en las que considero pertinente detenerme y son:

- i. La falsa dicotomía entre cuidados paliativos y eutanasia.
- ii. La tergiversación del concepto de eutanasia por sus opositores.
- iii. La falacia de la pendiente resbaladiza.
- iv. El principio de sacralidad de la vida y el respeto a la dignidad humana.

#### 7.1. La falsa dicotomía entre cuidados paliativos y eutanasia.

Un argumento expresado por los opositores a la eutanasia es que existiendo ésta como opción, los médicos no tienen motivación para efectuar cuidados paliativos. Un reporte de la Asociación Europea por el Cuidado Paliativo expresó preocupación de que la legalización de la eutanasia sea el comienzo de una pendiente resbaladiza que resulte en daños a los pacientes más vulnerables, como los ancianos y los discapacitados, los cuales dejen de optar por cuidados paliativos<sup>110</sup>. En realidad, los hechos muestran justo lo contrario. En el caso de Bélgica, la legislación de eutanasia se acompañó de legislación que reforzara el derecho a la atención paliativa de calidad y tras la aprobación de la eutanasia, el gasto en cuidados paliativos se ha incrementado al grado que tanto Bélgica como Países Bajos tienen una atención en cuidados paliativos superior a la media

---

<sup>110</sup> Materstvedt, Lars Johan, et al, 2003, "Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force", Inglaterra, *Palliative Medicine*, vol. 17, núm. 2, p., 97-101

europea<sup>111</sup>. La evidencia empírica demuestra que más que una separación, lo que existe es una sinergia entre cuidados paliativos y eutanasia<sup>112</sup>.

## **7.2. La tergiversación del marco conceptual como oposición a la eutanasia.**

Si el Derecho tiene pretensiones científicas, debe partir de concepciones claras. Parte de la crítica a la eutanasia proviene de una pobre adherencia al marco conceptual de esta práctica y cuando no se muestra suficiencia científica en los argumentos de un debate, este no será racional. Para elaborar este argumento y partiendo de las leyes citadas, propongo como una definición integral de eutanasia como: “El acto médico que pone fin a la vida de una persona, a petición expresa de esta, fundamentado en un diagnóstico clínico comprobable por otros médicos, en cumplimiento de la legislación sanitaria en la materia y cuyo objetivo es evitar los sufrimientos innecesarios que produce el curso natural de un padecimiento”. Opositores de la eutanasia no parten de una definición integral de la práctica y crean confusión al tildar (y atacar) como actos eutanásicos, a prácticas que claramente, no los son. Cito dos ejemplos:

En el caso de Inmaculada Echevarría, que se comentó anteriormente; el Observatorio de Bioética del Instituto de Ciencias de la Vida de la Universidad Católica de Valencia insiste en calificar el caso como un acto de eutanasia<sup>113</sup>, afirmando que: “es opinión de este Observatorio que la retirada del respirador a Inmaculada Echevarría fue una acción médica dirigida a terminar con la vida de la paciente”<sup>114</sup>; cuando claramente atendiendo al marco conceptual, no lo es.

---

<sup>111</sup> Palliative Care Australia, 2018, Experience internationally of the legalisation of assisted dying on the palliative care sector Final Report, 28 October, pag. 20, recuperado de: [https://palliativecare.org.au/wp-content/uploads/dlm\\_uploads/2018/12/Experience-internationally-of-the-legalisation-of-assisted-dying-on-the-palliative-care-sector-APEX-FINAL.pdf](https://palliativecare.org.au/wp-content/uploads/dlm_uploads/2018/12/Experience-internationally-of-the-legalisation-of-assisted-dying-on-the-palliative-care-sector-APEX-FINAL.pdf) el 3 de octubre de 2021 a las 3:04 hrs.

<sup>112</sup> Bernheim, Jan L, et al., 2008, Development of palliative care and legalization of euthanasia: antagonism or synergy?, British Medical Journal, vol. 336, núm. 7649, p., 864-867.

<sup>113</sup> Observatorio de Bioética del Instituto de Ciencias de la Vida de la Universidad Católica de Valencia, 2010, “Inmaculada Echevarría ¿Eutanasia o Limitación Legítima del Esfuerzo Terapéutico?”, España, *Cuadernos de Bioética*, vol. XXI, p., 248.

<sup>114</sup>ibidem, p., 250.

Elaboro: en dicho caso, el acto médico; aunque resultó en el fallecimiento de la paciente, no tenía esto como fin último. El protocolo usado consistió en sedar a la paciente, para proceder al retiro del respirador artificial. La sedación para evitar el sufrimiento es una práctica fundamentada en la *lex artis* que no puede tener reproche legal. Si en el caso en particular, tras el retiro del respirador y por alguna apreciación incorrecta al respecto de la evolución de su padecimiento, resultase que la paciente conservara la capacidad de respirar por sí sola, el personal médico se habría limitado a comunicarle a ésta el resultado del procedimiento, tras que recuperara la conciencia.

El supuesto anterior se verificó en 1976 en Estados Unidos con el caso de Karen Ann Quinlan<sup>115</sup>; una paciente que terminó en estado vegetativo persistente, a causa de una posible sobredosis de barbitúricos y benzodiazepinas. La paciente fue conectada a un respirador artificial, partiendo de un diagnóstico en el que se concluía que las lesiones cerebrales dañaron su función respiratoria. Los padres de Karen, de credo católico plantearon al personal médico el rechazo al tratamiento, aludiendo que la doctrina imperante en su religión en dicho momento consideraba al uso del respirador artificial como una medida extraordinaria. El hospital negó el retiro del tratamiento, por temor a la persecución judicial; por lo que finalmente los padres litigaron y obtuvieron una sentencia favorable al retiro del respirador artificial<sup>116</sup>. El retiro del respirador artificial, contrario a los pronósticos médicos; no produjo el fallecimiento de Quinlan, quien respiró espontáneamente y no falleció sino hasta nueve años después (sus padres sólo pidieron el retiro del respirador y no de la alimentación por sonda).

---

<sup>115</sup> Barrio Cantalejo, Inés María y Simón Lorda, Pablo, 2006, "Criterios éticos para las decisiones sanitarias al final de la vida de personas incapaces", España, *Revista Española de Salud Pública*, vol. 80, núm. 4, p., 312.

<sup>116</sup> Cabe mencionar que la sentencia del juez Richard Hughes en el caso fue paradigmática, al ordenar al hospital la formación de un comité de ética que informara sobre la pertinencia de esa decisión, siendo el primer antecedente jurídico para la conformación de los comités hospitalarios de ética.



Los protocolos farmacológicos de eutanasia (que previamente se comentaron a profundidad) por otro lado, presentan un escenario distinto al mero retiro de un tratamiento de soporte vital; puesto que, si se diera el caso de que tras administrarse el tratamiento no se produce el paro respiratorio, la dosificación debe aumentarse hasta alcanzar este objetivo. Atendiendo a las claras y notables diferencias entre rechazo a tratamiento médico y eutanasia, insistir en equiparar ambos conceptos es un innegable ejercicio de tergiversación conceptual que no se sujeta a criterios bioéticos y científicos.

El segundo caso que destacaría es el del Hospital Severo Ochoa de Leganés. Como pudo apreciarse en la exposición del tema en un capítulo anterior, las actuaciones médicas en el caso eran sedaciones terminales, cuyo objetivo era evitar el sufrimiento de pacientes en una situación terminal; práctica apegada a la *lex artis* y amparada bajo el convenio de Oviedo. Los opositores a la eutanasia tergiversaron los hechos para presentar a los medios de comunicación un caso de eutanasia; a la vez que jurídicamente se persiguió como un caso de *mal praxis*; estrategia fallida en ambos frentes; ya que como consecuencia social se produjeron masivas manifestaciones de apoyo a los médicos acusados y jurídicamente se documentó un proceso de instrucción en el que privaron actuaciones que tuvieron que ser incoadas y en el que incluso el cierre de instrucción tuvo un fundamento jurídico tan poco sostenible que fue corregido mediante apelación.

### **7.3. La falacia de la pendiente resbaladiza y la eutanasia.**

La falacia del argumento exponencial, falacia de la pendiente resbaladiza o como se le conoce en inglés "*slippery slope*" es un argumento que, aplicado al debate de eutanasia, dice que una vez legalizada esta, los supuestos a los que le son aplicables poco a poco comenzaran a difuminarse, haciendo que las salvaguardas primeramente establecidas sean ineficaces, entrañando una amenaza para los valores fundamentales que forman el Estado social y democrático

de Derecho<sup>117</sup> . Para darnos una idea de que tan arraigado está este argumento, reproduzco uno similar, de comienzos del siglo pasado: "Inicialmente los enfermos terminales podrán pedir voluntariamente la eutanasia, después los ancianos podrán y después habrá eutanasia involuntaria para los idiotas absolutos, los dementes incurables y para los asesinos convictos<sup>118</sup>". Como pudo apreciarse en un capítulo anterior, efectivamente, las solicitudes de eutanasia en Bélgica muestran un crecimiento sostenido, que la propia comisión en la materia documenta; llegando en su punto más alto, a apenas un 2.5% del total de causas de defunción; escenario que dista de la catástrofe social planteada por los proponentes de la pendiente resbaladiza. Vale acotar también que la difuminación de los límites legales y el abordar al tenor de nuevas doctrinas jurídicas leyes anteriormente aprobadas es una práctica común a todo Estado de Derecho democrático que lejos de debilitarlo, lo fortalece.

#### **7.4. Argumento de sacralidad de la vida y respeto a la dignidad humana**

Este argumento es expuesto principalmente por las organizaciones religiosas y los partidos políticos que tienen conexión ideológica con estas. El pensamiento moral de la Iglesia Católica *en la actualidad*<sup>119</sup> dice desarrollarse a partir del principio que afirma la inviolable dignidad de la persona humana. Partiendo de ello, el catolicismo identifica como prácticas contrarias a esa dignidad al aborto y la eutanasia; presentando a la vida no como un medio, sino como un fin<sup>120</sup>. El respeto que la iglesia dice tener por la dignidad de la persona se supedita a que las

---

<sup>117</sup> Morla González, Marina, 2021, "Breve reflexión sobre las controversias biojurídicas que suscita la despenalización de la eutanasia", España, *Revista Jurídica de la Universidad de León*, núm. 8, p., 61-72.

<sup>118</sup> "The History of Euthanasia Debates in the United States", op. cit., p., 799

<sup>119</sup> Hago este énfasis por que históricamente es fácil identificar que durante varios siglos, diversos jerarcas de la Iglesia Católica relativizaron el bien de la vida y la dignidad humanas, participando en guerras, inquisiciones, torturas y tratos vejatorios para imponer su ideología e intereses; no obstante lo anterior, ignoraré el trasfondo histórico del catolicismo para enfocarme en los valores que sus actuales representantes afirman defender y que se expresan en la encíclica *Evangelium Vitae* correspondiente al papado de Karol Wojtyła (Juan Pablo II), cuya duración fue de 1978 a 2005.

<sup>120</sup> Correa Casanova, Mauricio, 2006, "La eutanasia y el argumento moral de la Iglesia en el debate público", Chile, *Veritas*, vol. I, núm. 15, p., 245-267.

expresiones de voluntad de esta no contradigan a su visión de la moralidad; siendo la realidad del pensamiento bioético católico la imposición de una visión paternalista. El paternalismo en su forma más cruda puede definirse como la intervención coercitiva por parte de un ente que detenta autoridad sobre el comportamiento de una persona, alegando como justificación el protegerla de que se inflija un daño<sup>121</sup>. El paternalismo, llevado a extremos, es incompatible con principios básicos de convivencia en el estado democrático, como son la tolerancia y la pluralidad de ideas. El paternalismo tiene como presupuesto el imponer una visión única e incontestable de moral, razonamiento que es contrario al relativismo moral en el que se funda la posmodernidad. El discurso paternalista es un mecanismo de control social, como también lo pueden ser el Derecho y la religión.

El presentar a la vida como un bien de valor incuestionable, fuera de toda ponderación racional, es un argumento peligroso, porque contradice al principio de indivisibilidad de los Derechos Humanos; el cual expresa que estos no pueden ser jerarquizados; por lo que obligar a la persona a vivir en contra de su voluntad, padeciendo grandes sufrimientos y sin la posibilidad de un proyecto de vida en el que despliegue su libre desarrollo de la personalidad, no es un argumento que defienda la dignidad humana, sino uno que la anula.

---

<sup>121</sup> Szerletics, Antal, 2010, "Paternalism and Euthanasia: The Case of Diane Pretty before the European Court of Human Rights", Italia, *Diritto e questioni pubbliche*, vol. 10, p., 480.

## Capítulo IX.

### Situación en México de la Eutanasia.

México se ha mantenido al margen de la discusión jurídica sobre muerte digna, decisiones al final de la vida y eutanasia. Entre las posibles motivaciones que explican esta abstención legislativa podrían encontrarse que:

- i. la demografía de la población mexicana se conforma mayoritariamente por menores de 50 años<sup>122</sup>.
- ii. La esperanza de vida del mexicano es vergonzosamente reducida, alcanzando en pleno siglo XXI apenas los 75 años<sup>123</sup>.
- iii. Los problemas principales en los que se enfoca la discusión sanitaria se relacionan con la obesidad y mala alimentación.
- iv. La discusión mediática se enfoca en la impunidad con la que opera la violencia criminal.
- v. La composición religiosa del país es mayoritariamente católica y a pesar de privar un principio de laicidad estatal, las creencias religiosas tienen un peso cultural en México.

Todos estos factores nos muestran un contexto distinto a las condiciones sanitarias y sociales de los países del Benelux pioneros en materia de eutanasia. No obstante lo anterior, hay una incipiente regulación en materia de decisiones al final de la vida.

#### 8.1. Ley de Voluntad Anticipada Para el Distrito Federal

La primera ley en materia de decisiones al final de la vida en México no ocurrió sino hasta 2008, con la publicación de la Ley de Voluntad Anticipada Para el Distrito Federal. En un principio, el proyecto de esta ley pugnaba por la legalización de la

---

<sup>122</sup> Recuperado de: <https://datosmacro.expansion.com/demografia/estructura-poblacion/mexico>, el 3 de octubre de 2021 a las 22:02 hrs.

<sup>123</sup> Recuperado de: <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/esperanza.aspx?tema=P>, el 3 de octubre de 2021 a las 22:11 hrs.

eutanasia<sup>124</sup>; cosa que excedía a la competencia legislativa local, por lo que en su lugar se optó por integrar un término distinto, al que llamaron "ortonasia". Que se definía en el artículo 3. fracción XIII como "muerte correcta", agregando que, " Distingue entre curar y cuidar, sin provocar la muerte de manera activa, directa o indirecta, evitando la aplicación de medios, tratamientos y/o procedimientos médicos obstinados, desproporcionados o inútiles, procurando no menoscabar la dignidad del enfermo en etapa terminal, otorgando los Cuidados Paliativos, las Medidas Mínimas Ordinarias y Tanatológicas, y en su caso la Sedación Controlada;".

Esta Ley, define al Documento de Voluntad Anticipada en su artículo 2 inciso III como el "Instrumento, otorgado ante Notario Público, en el que una persona con capacidad de ejercicio y en pleno uso de sus facultades mentales, manifiesta la petición libre, consciente, seria, inequívoca y reiterada de ser sometida o no a medios, tratamientos o procedimientos médicos, que propicien la Obstinación Terapéutica"; definiendo a esta última en el inciso XI del mismo artículo como "la adopción de métodos médicos desproporcionados o inútiles con el objeto de alargar la vida en situación de agonía;" En relación con la eutanasia, la ley afirma en su artículo 26 que: "El personal de salud en ningún momento y bajo ninguna circunstancia podrá suministrar medicamentos o tratamientos médicos, que provoquen de manera intencional el deceso del enfermo en etapa terminal." La Ley es acompañada de un reglamento, en el que en su artículo 4 fracción II supedita la voluntad anticipada al cumplimiento de un plan de manejo médico respecto a cuidados paliativos y en su caso, la sedo-analgesia controlada.

Esta ley, como puede concluirse por su redacción, es sumamente limitada, parte de una visión paternalista y no suficiente con ello, admite en su artículo 25 que el personal de salud puede excusarse de intervenir en su aplicación alegando objeción de conciencia. Este punto, es particularmente inadecuado, pues el respeto a la voluntad del paciente para detener determinados procedimientos es un componente

---

<sup>124</sup> "Regulación Legal de las Voluntades Anticipadas en México", op. cit., p. 60

esencial de la deontología médica moderna, por lo que una objeción de conciencia en ese sentido equivale a excusar al personal sanitario de cumplir obligaciones profesionales básicas.

Tanto la ley como su reglamento fueron reformadas en 2012, con diversas disposiciones derogatorias. Entre los artículos derogados se encontraban muchos que repetían una serie de formalidades para otorgar los documentos de voluntades anticipadas que ya están lo suficientemente reguladas en el Código Civil para el Distrito Federal y se eliminó el término ortonasia; reemplazándose también al término sedación controlada por el de sedo o analgesia controlada; el cual es semánticamente incorrecto, ya que el verbo es sedar y el uso del adjetivo "controlada" es redundante, puesto que todo proceso de sedación es por definición controlado<sup>125</sup>. Cabe mencionar que el costo notarial del documento de voluntad anticipada en la Ciudad de México es de \$1,700<sup>126</sup> cantidad onerosa que en mi opinión no resulta un desembolso justificado dadas las altas limitaciones contempladas por la ley.

## **8.2. Leyes Estatales de Voluntad Anticipada**

Como San Vicente señala<sup>127</sup>, la Ley de Voluntad anticipada del Distrito Federal, tuvo un efecto de onda expansiva, por el cual diversas entidades legislaron en materia de voluntad anticipada; siendo su orden cronológico el siguiente:

- i. Ley Protectora de la Dignidad del Enfermo Terminal para el Estado de Coahuila, julio de 2008.
- ii. Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Aguascalientes, abril de 2009.
- iii. San Luís Potosí: Ley de Derechos de las Personas en Fase Terminal, julio de 2009

---

<sup>125</sup> "Regulación Legal de las Voluntades Anticipadas en México", op. cit., p. 61.

<sup>126</sup> Recuperado de: [https://colegiodenotarios.org.mx/voluntad\\_anticipada](https://colegiodenotarios.org.mx/voluntad_anticipada), consultado el 4 de octubre de 2021 a las 12:35 hrs.

<sup>127</sup> "Regulación Legal de las Voluntades Anticipadas en México", op. cit., p. 66

- iv. Ley de Voluntad Vital Anticipada del Estado de Michoacán de Ocampo, septiembre de 2009.
- v. Tabasco: en esa entidad se reformó la Ley de Salud estatal en mayo de 2010 para incluir en su artículo 261 el otorgamiento de las voluntades anticipadas.
- vi. Hidalgo: Ley de Voluntad Anticipada febrero de 2011.
- vii. Guanajuato: Ley de Voluntad Anticipada de junio de 2011.
- viii. Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Chihuahua, junio de 2012.
- ix. Ley Número 1173 de Voluntad Anticipada para el Estado de Guerrero, julio de 2012.
- x. Ley de Derechos de los Enfermos Terminales para el Estado de Nayarit, septiembre de 2012.
- xi. Ley de Voluntad Anticipada del Estado de México, mayo de 2013.
- xii. Ley de Voluntad Anticipada para el estado de Colima, agosto de 2013.
- xiii. Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Oaxaca, octubre de 2015
- xiv. Ley de Voluntad Anticipada del Estado de Yucatán, junio de 2016
- xv. Ley de Voluntad Anticipada del Estado de Tlaxcala, diciembre de 2017

Al igual que como se observó con las leyes de voluntad anticipada y muerte digna de las autonomías españolas, las leyes estatales de voluntad anticipada mexicana no parten de un criterio unificado, teniendo distintas aproximaciones jurídicas al respecto del alcance de la voluntad anticipada, cometiénndose el desatino de asumir que esta es sólo aplicable para pacientes en situación terminal en algunas legislaciones y no estableciendo con claridad una definición sobre el posible doble efecto de la sedación paliativa, lo cual genera inequidades en la atención médica.

### **8.3. Ley General de Salud y Código Penal Federal.**

Otro cuerpo normativo de interés para el estudio jurídico de la eutanasia en México es la Ley General de Salud. El 5 de enero de 2009 se publica en el Diario Oficial de la Federación un decreto por el que esta se reforma y adiciona agregándose el Título Octavo Bis (De los Cuidados Paliativos a los Enfermos en Situación Terminal) que abarca de los artículos 166 Bis al 166 bis 21.

Entre lo más relevante de esta reforma se encuentra:

- i. Reconocer que la atención médica otorgada por el sistema de salud incluye también a los cuidados paliativos.<sup>128</sup>
- ii. Reconocer plenamente el derecho de toda persona para expresar su voluntad encaminada a rechazar o no un tratamiento médico, para el caso del tratamiento de una enfermedad terminal<sup>129</sup>.
- iii. Se contempla el fenómeno de doble efecto al facultar a los médicos tratantes para poder "suministrar fármacos paliativos al enfermo en situación terminal, aun cuando con ello se pierda estado de alerta o se acorte la vida del paciente, siempre y cuando se suministren dichos fármacos paliativos con el objeto de aliviar el dolor del paciente. Podrán hacer uso, de ser necesario, de acuerdo con lo estipulado en la presente ley de analgésicos del grupo de los opioides. En estos casos se requerirá el consentimiento del enfermo.<sup>130</sup>".
- iv. Respecto a la eutanasia, ésta reforma hace una mención expresa a ella en el artículo 166 Bis 21, que dice: "Queda prohibida, la práctica de la eutanasia, entendida como homicidio por piedad así como el suicidio asistido conforme lo señala el Código Penal Federal, bajo el amparo de esta ley. En tal caso se estará a lo que señalan las disposiciones penales aplicables".

En relación con la punibilidad de la eutanasia, el Código Penal Federal establece:

Artículo 312.- El que prestare auxilio o indujere a otro para que se suicide, será castigado con la pena de uno a cinco años de prisión; si se lo prestare hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte, la prisión será de cuatro a doce años.

---

<sup>128</sup> LGS., art. 33 fr. IV.

<sup>129</sup> LGS., art. 166 bis 4.

<sup>130</sup> LGS., art. 166 bis 16



#### 8.4. Propuestas Legislativas en Materia de Eutanasia.

Un documento de la LXIV Legislatura recoge que hasta ahora se han presentado cinco iniciativas de despenalización de la eutanasia (dos en las LXI y LXII legislatura y una en la LXII, respectivamente), todas las propuestas legislativas comentadas en dicho documento parten de modificar el articulado de Título Octavo Bis de la Ley General de Salud y en algunos casos, modificar disposiciones en el Código Penal Federal<sup>131</sup>.

Dentro de dichas iniciativas de despenalización de la eutanasia, la única que destacaría fue la presentada por el diputado Fernando Belauzarán del PRD durante la LXII Legislatura (en julio de 2015). En su redacción se proponía agregar una fracción X al artículo 166 Bis 1 de la LGS, en el que se definía a la eutanasia como:

"El acto practicado por un profesional médico que interviene para poner fin a la vida de una persona que lo solicita debido a que padece alguna enfermedad en fase terminal o que se encuentra en una condición patológica incurable que lo mantiene en permanente sufrimiento físico o mental."

La propuesta legislativa consideraba el proceso deliberativo previo a la aplicación de la eutanasia, la figura del médico consultor y la objeción de conciencia del personal médico, pero omitía proponer una estructura administrativa que regulara el tema y que es un punto común en toda legislación de eutanasia<sup>132</sup>.

No obstante la fundamentación que dichas iniciativas legislativas llegaron a tener, estas no pasaron de ser meramente anecdóticas, presentadas por bancadas minoritarias y que a lo máximo que llegaron fue a ser dictaminadas en sentido negativo.

---

<sup>131</sup> Dirección de Servicios de Investigación, 2019, *La Eutanasia en México, Marco Teórico Conceptual, Marco Jurídico, Iniciativas presentadas, Derecho Comparado: Internacional y Local, Estadísticas y Opiniones Especializada*, México, LXIV Legislatura, p. 37.

<sup>132</sup> Ibidem, p. 46 a 49.

## **Conclusiones.**

*Primus.*- Abro las conclusiones de esta tesina estableciendo el papel de la eutanasia como una alternativa clínica que protege la dignidad de la persona. La bioética y la filosofía jurídica llevan a postulados altamente sofisticados y teóricos, que pueden extenderse indefinidamente sin llegar a conclusiones: las disertaciones sobre el valor de la vida y la definición de dignidad son un ejemplo de ello. Incluso una ciencia tan objetiva como la medicina, no posee una comprensión absoluta de un fenómeno tan común como el dolor; un proceso sensorial cuya existencia es innegable y que a su vez posee una dimensión subjetiva, que hasta el momento es inmedible. Sin hacer a un lado lo anterior, es factible relacionar todos estos conceptos no a supuestos teóricos abstractos, sino a hechos concretos que se manifiestan en los planos médico, social y jurídico. Médicamente hablando, es indiscutible que existen padecimientos incurables, que antes de llevar a la muerte al paciente, le privan de la posibilidad de ejecutar un plan de vida y prolongan su agonía. ¿Es aceptable para la deontología médica moderna optar por la indiferencia ante el dolor de un paciente? En el plano social y jurídico, el dejar sin opciones a pacientes que enfrentan enfermedades terminales, tiene consecuencias devastadoras: suicidios clandestinos, como el de Madeleine Z, familias indignadas ante la muerte agónica de un ser querido, al que no se le dio otra opción más que una muerte dolorosa, como en el caso de Pretty o casos aún peores, como el de Sampedro, en el que un suicidio clandestino, lleva a una muerte agónica, seguida de inconformidad social y procesos de persecución penal fallidos. La eutanasia debidamente legislada, por otro lado, genera un entendimiento multidisciplinario sobre el proceso de la enfermedad terminal, en el que se dan opciones para que el paciente no solo evite el sufrimiento, sino que pueda integrar a su entorno social y familiar a los últimos momentos de su vida. La adecuada regulación de la eutanasia además de proteger la dignidad del paciente y otorgarle paz a su familia, proporciona al Estado herramientas con las cuales establecer mecanismos de control, que limiten la discrecionalidad del personal médico en relación con las decisiones al final de la vida.

*Secundus.*- Es notorio como la discusión sobre eutanasia está plagada de errores conceptuales: casos de suicidio asistido (como el de Ramón Sampedro o Madeleine Z); sedaciones terminales (como en Leganés) y rechazos a tratamiento (como el de Inmaculada Echevarría) son tildadas de eutanasia y denunciadas como ésta por quienes se oponen a la codificación de dicha opción médica. Un común denominador que impide una discusión técnica y ponderada del tema (que se enfoque en el sufrimiento de los pacientes) es el dogmatismo y estridencia del discurso populista de la derecha filo religiosa; que también, como se puede apreciar en su argumentación, exagera sobre el alcance del derecho a la eutanasia y distorsiona el marco conceptual del mismo; para inflamar el debate sobre el tema, mientras que sus intereses reales no versan sobre el paciente; sino sobre grandes negocios sanitarios, como la privatización o subrogación de modelos de atención médica. Un presupuesto que por sentido común debería acompañar a cualquier implementación de la eutanasia en un sistema sanitario sería la formación y sensibilización en tanatología a la comunidad médica, cosa que no se observa en la implementación de la Ley Española y que preveo dificultará su operatividad.

*Tertius.*- Holanda y Bélgica, los pioneros mundiales en regulación de eutanasia, aunque tienen casos que rebasan la concepción original de sus leyes (eutanasia a pacientes con enfermedades psiquiátricas, por ejemplo) estos no alcanzan una proporción que sea estadísticamente relevante y pueda abonar al argumento de pendiente resbaladiza que esgrimen los más radicales opositores a la eutanasia.

*Cuartus.*- Este ejercicio de Derecho comparado llevó a constatar no solo bases epistemológicas comunes a la legislación de eutanasia, sino correspondencia en los procesos políticos que condujeron a las legislaciones comparadas en Países Bajos, Bélgica y España y que pueden resumirse al siguiente proceso:

- i. Una demanda social de acceso a la eutanasia caracterizada por activismo ciudadano y exposición mediática.
- ii. Respuesta institucional a esta demanda social por parte de los órganos del Estado; primeramente, a nivel administrativo, posteriormente jurisdiccional y finalmente en el debate parlamentario.

- iii. Una transición política en el que el poder legislativo esté a cargo de partidos o coaliciones filo izquierdistas, que no tengan impedimentos ideológicos para legislar sobre el tema.

*Quintus.*- Al momento de elaborar este trabajo, en México se colma una de las condiciones políticas más importantes para llevar el tema a la discusión parlamentaria, en un momento en el que la derecha de corte más conservador se encuentra en uno de sus mínimos históricos de votación. Pero ¿hay demanda social de eutanasia en México al grado en que la hubo en España? En la encuesta nacional sobre muerte digna realizada en 2016 por la asociación Derecho a Morir Dignamente de México, ante la pregunta “¿cree que un paciente en la fase terminal de su enfermedad debería tener la opción de adelantar su muerte?”, un 68.3% contestó que sí<sup>133</sup>. Como ya se comentó, el Poder Legislativo a elaborado reportes sobre la materia y se han presentado diversas propuestas sobre el tema, que no han prosperado por falta de voluntad política. Como se apreció en el capítulo en el que comento sobre la operatividad de la Ley Belga, el grupo etario que suma un 66% de las solicitudes de eutanasia en dicho país está compuesto por personas entre los 70 a los 89 años. Con una esperanza de vida de apenas 75 años, varios problemas de comorbilidad relacionados a la obesidad y altos índices de impunidad delictiva; no es difícil concluir que en México muchos más bien se cuestionan si tendrán la fortuna de rebasar la séptima década de vida, en lugar de ponderar sobre decisiones médicas al final de la vida.

*Sextus.*- Independientemente de la opinión que se tenga sobre la eutanasia, el estudio de la evolución de su debate en el contexto europeo, guarda interesantes paralelismos con otras discusiones en materia de bioética y derecho, que en el contexto mexicano, resultan más cercanas. En la bibliografía citada, por lo menos un artículo empareja eutanasia y aborto; relación que posee cierta lógica, ya que en un contexto jurídico y bioético, ambas cuestiones se relacionan con el derecho a la

---

<sup>133</sup> Por el Derecho a Morir con Dignidad, A.C., 2016, *Encuesta Nacional Sobre muerte digna México 2016* Recuperado de: <https://dmd.org.mx/wp-content/uploads/2017/09/dmd-encuesta3.pdf>

vida, la autonomía vital, el principio religioso de sacralidad de la vida, contra el principio utilitarista de calidad de vida o proyecto de vida y para su discusión requiere como presupuesto un gobierno secular con voluntad política para asumir los costos sociales de enfrentar a los sectores más reaccionarios del entorno social. Entre eutanasia y aborto, los últimos gobiernos mexicanos de inclinación izquierdista, se decantaron por asumir los costos políticos de la despenalización del aborto; decisión que resulta acertada dado la demanda social organizada de diversos colectivos feministas, que han ejercido su derecho a la manifestación, colocado el tema en la discusión mediática y académica y que finalmente lograron pronunciamientos tanto jurisdiccionales como legislativos (similares a los comentados respecto a los procesos de legislación de eutanasia europeos). El dibujante argentino Quino, en un cartón de Mafalda lanzó la frase: *“Como siempre: lo urgente no deja tiempo para lo importante”*. Por su composición demográfica; en el que la mayoría de la población se encuentra en edad fértil, la discusión sobre interrupción legal del embarazo es un tópico cuyo debate era urgente en México; pero con la despenalización plena hasta las 12 semanas de gestación en Ciudad de México, Oaxaca, Veracruz e Hidalgo y una histórica jurisprudencia de la SCJN en el sentido de la inconstitucionalidad de su penalización; es pertinente que México se prepare para la gran discusión bioética y jurídica en materia de eutanasia, antes de ser inevitablemente alcanzado por la inversión de su pirámide poblacional.

## Fuentes de Consulta

### Bibliografía.

- ANDORNO, Roberto, 1998, *Bioética y dignidad de la persona*, España, Editorial Tecnos.
- APARICIO AZCÁRRAGA, Pilar et al., 2021, *Manual de buenas prácticas en Eutanasia Ley Orgánica 3/2021 de 24 de marzo de regulación de eutanasia*, España, Gobierno de España, Ministerio de Sanidad, 2021
- COMMISSION FÉDÉRALE DE CONTRÔLE ET D'ÉVALUATION DE L'EUTHANASIE, 2019, *Neuvième rapport aux Chambres législatives 2018 – 2019*, Bélgica, Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.
- DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE INVESTIGACIÓN, 2019, *La Eutanasia en México, Marco Teórico Conceptual, Marco Jurídico, Iniciativas presentadas, Derecho Comparado: Internacional y Local, Estadísticas y Opiniones Especializada*, México, Cámara de Diputados LXIV Legislatura.
- ELOSEGUI ITXASCO, María, 2014, *Manual de prácticas de las asignaturas Ética y Derecho y Argumentación Jurídica*, España, Prensas Universidad de Zaragoza.
- GRIFFITHS, John, et al., 1998, *Euthanasia & Law in the Netherlands*, Países Bajos, Amsterdam University Press.
- PALLIATIVE CARE AUSTRALIA, 2018, Experience internationally of the legalization of assisted dying on the palliative care sector Final Report.
- POR EL DERECHO A MORIR CON DIGNIDAD, A.C., 2016, *Encuesta Nacional Sobre muerte digna México 2016*, México, DMD
- SAMPEDRO, Ramón, 1996, *Cartas desde el Infierno*, España, Editorial Planeta.
- STOLBERG, Michael, Et. Al., Kennedy, Logan y Unglaub Leonhard (trads.), 2017, *A History of Palliative Care, 1500-1970: Concepts, Practices, and Ethical*

*challenges, Caring for Terminally Ill Patients*, Estados Unidos, Springer International Publishing.

TORRALBA, Francesc, 2005, *¿Qué es la Dignidad Humana?*, España, Herder.

VALADÉS, Diego, 2010, *Eutanasia. Régimen jurídico de la autonomía vital*, México, Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM.

VERSPIEREN, Patrick, 1991, *Face à celui qui meurt: euthanasie, acharnement thérapeutique, accompagnement*, Francia, Desclée de Brouwer.

### **Artículos Arbitrados.**

ANDORNO, Roberto, 2005, "The Oviedo Convention: A European legal framework at the intersection of human rights and health law", *Journal of international biotechnology law*, Alemania, vol. 2, núm 4, agosto, p. 13-23.

ANDRUET, Armando S, 2001, "Ley holandesa de 'terminación de la vida a petición propia' nuestra consideración acerca de la eutanasia", *Derecho y salud*, vol. 9, núm 2, p. 169-199.

BARRIO CANTALEJO, Inés María y SIMÓN LORDA, Pablo, 2006, "*Criterios éticos para las decisiones sanitarias al final de la vida de personas incapaces*", España, Revista Española de Salud Pública, vol. 80, núm. 4, p. 303-315.

BERNHEIM, Jan L, et al., 2008, "Development of palliative care and legalization of euthanasia: antagonism or synergy?", *British Medical Journal*, vol. 336, núm. 7649, p. 864-867.

CORREA CASANOVA, Mauricio, 2006, "La eutanasia y el argumento moral de la Iglesia en el debate público", *Veritas*, vol. I, núm 15, p. 245-267.

DELIENS, Luc, et al, 2000, "End-of-life decisions in medical practice in Flanders, Belgium: A nationwide survey", *The Lancet*, Estados Unidos, vol. 356, núm. 9244, noviembre, p. 1806-1811.

- DIAZ VEIGA, María J., 2007, "Sobre el caso del Hospital Severo Ochoa de Leganés: una instrucción kafkiana o el uso político del procedimiento", España, *Revista Jurídica Universidad Autónoma de Madrid*, núm. 16, p. 171-183.
- ELIZARI, F. Javier, 2002, "Dignidad en el morir.", España, *Moralia* vol. 25 núm. 96 p. 397-422.
- EMMANUEL, Ezekiel J., 1994, "The History of Euthanasia Debates in the United States and Britain", Estados Unidos, *Annals of internal medicine*, vol. 121, núm 10, p. 793-802.
- GARCÍA RAMÍREZ, Sergio, 2013, "Suicidio Asistido y Homicidio Requerido ¿Derecho o Deber de Vivir?", México, *Intervención en el Simposio "Debate en torno a la muerte asistida", de la Academia Nacional de Medicina*, 30 de octubre.
- GONZÁLEZ-SERNA, José, M.G. y POSTIGO MOTA, Salvador, 2020, "Equidad versus inequidad en las distintas leyes autonómicas de muerte digna en España", España, *Revista Iberoamericana de Bioética*, núm. 12.
- GRODIN, Michael A., et al., 2018, "The Nazi physicians as leaders in eugenics and "euthanasia": Lessons for today", Estados Unidos, *American journal of public health*, vol. 108, núm 1, p. 53-57.
- HELME, Tim, 1991, "The Voluntary Euthanasia (Legalization) Bill (1936) revisited.", Estados Unidos, *Journal of medical ethics*, vol. 17, núm 1, marzo, p. 25-29
- LAVI, Shai, 2003, "Euthanasia and the Changing Ethics of the Deathbed", *Theoretical Inquiries in Law*, Estados Unidos, vol. 4, núm. 2, octubre.
- MATERSTVEDT, Lars Johan, et al, 2003, "Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force", Inglaterra, *Palliative Medicine*, vol. 17, núm 2, p. 97-101
- MORLA GONZÁLEZ, Marina, 2021, "Breve reflexión sobre las controversias biojurídicas que suscita la despenalización de la eutanasia", España, *Revista Jurídica de la Universidad de León*, núm 8, p. 61-72.



- NICOLÁS JIMÉNEZ, Pilar, 1997, "El Convenio de Oviedo de Derechos Humanos y Biomedicina: la génesis parlamentaria de un ambicioso proyecto del Consejo de Europa", España, *Revista De Las Cortes Generales*, núm 40, abril, p. 129-154.
- NUÑEZ CARPIZO, Elssié, 2015, "Dilemas Sociobioéticos Relacionados con la Eutanasia", *Revista de la Facultad de Derecho de México*, México, vol. 65, núm. 263, p. 259-274
- OBSERVATORIO DE BIOÉTICA DEL INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA VIDA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALENCIA, 2010, "Inmaculada Echevarría ¿Eutanasia o Limitación Legítima del Esfuerzo Terapéutico?", España, *Cuadernos de Bioética*, vol. XXI
- PADOVANI CANTÓN, Antonio Manuel, y CLEMENTE RODRÍGUEZ, María Elisa, 2008, "Eutanasia y legislación", Cuba, *Revista Ciencias Médicas de Pinar del Rio*, vol. 12, núm 2, p. 139-49.
- RILEY, Sean, 2017, "Navigating the new era of assisted suicide and execution drugs", *Journal of Law and the Biosciences*, vol. 4, núm 2, agosto, p. 424-434
- RINCÓN, Reyes, 2007, "Inmaculada: Cartas, Historia, solicitudes y Comunicados", *Boletín de la Asociación Derecho a Morir Dignamente*, España, núm. 51, p. 59
- RIPOLLÉS DÍEZ, José L., 2009, "Deberes y responsabilidad de la administración sanitaria ante rechazos de tratamiento vital por pacientes: a propósito del caso de Inmaculada Echevarría.", España, *Revista electrónica de ciencia penal y criminología*, núm 11.
- SAAD, Toni. C, 2017, "Euthanasia in Belgium: Legal, historical and political review", *Issues in Law & Medicine, Estados Unidos*, vol. 32, núm 2, otoño, p. 183-204.
- SAN VICENTE PARADA, Aída del Carmen, 2014, "Regulación Legal de las Voluntades Anticipadas en México", México, *Amicus Curiae*, vol. 1, núm. 2, septiembre, p. 53-73.

- SANZ CABALLERO, Susana, 2004, "El comienzo y el fin de la vida humana ante el TEDH: el aborto y la eutanasia a debate", Portugal, *Cuadernos Europeos de Deusto*, núm. 31, julio, p. 157-181
- SHELDON, Tony, 2007, "Obituary: Andries Postma", Inglaterra, *British Medical Journal*, vol. 334, núm. 7588, p. 320.
- SIMÓN LORDA, Pablo y BARRIO CANTALEJO, Inés M., 2012, "La Eutanasia en Bélgica", España, *Revista Española de Salud Pública*, núm. 86, p. 5-19.
- SIMÓN LORDA, Pablo Y BARRIO CANTALEJO, Inés María, 2008, "El caso de Inmaculada Echevarría: implicaciones éticas y jurídicas", *Medicina intensiva*, vol. 32 núm. 9, diciembre, p. 444-451.
- SZERLETICS, Antal, 2010, "Paternalism and Euthanasia: The Case of Diane Pretty before the European Court of Human Rights", Italia, *Diritto e questioni pubbliche*, vol. 10.
- TAK, Peter, J.P., Pifarré de Moner (trad), 2003, "La nueva Ley sobre Eutanasia en Holanda y sus precedentes", España, *Revista Penal*, núm. 12, p. 109-125
- VIVANCO MARTÍNEZ, Ángela, 2002, "La autonomía de la persona frente al derecho a la vida no incluye el derecho a ser muerto por un tercero: La solicitud de asistencia al suicidio y el caso de Diane Pretty", Chile, *Acta Bioethica*, vol. 8, núm 2, p. 299 a 313

### **Legisgrafía.**

- Jefatura de Gobierno del Distrito Federal, 2008, Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada para El Distrito Federal
- Asamblea Legislativa del Distrito Federal, 2008, Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal
- Asamblea Parlamentara del Consejo de Europa, Recomendación 1418, 1999, Protección de los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales

y moribundos, texto de esta Recomendación fue adoptado por la Asamblea el 25 de junio de 1999 (24ª Sesión).

Journal of the House of Representatives, Bill Concerning administration of drugs, etc., to mortally injured or diseased person, 1906, Seventy-Seventh General Assembly of Ohio pag. 99-100, 23 de enero.

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, Ley General de Salud, 1984, México

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, Código Penal Federal, 1931, México

Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine, Oviedo, 4 April 1997, European Treaty Series, No. 164.

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, España, Jefatura del Estado.

Ley de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio, 2001, Países Bajos, 26691, nº 137

Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, 2021, España, Boletín Oficial del Estado, núm. 72

Ley Relativa a la Eutanasia, Gaceta Legal de Bélgica, Ministerio de Justicia de Bélgica, 22 de junio de 2002

Real Decreto 1015/2009, por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales, 2009, España, Ministerio de Sanidad y Política Social, Boletín Oficial del Estado núm. 174

Real Decreto Legislativo 1/2015, Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, 2015, España, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Boletín Oficial del Estado núm. 177

## Hemerografía

AGENCIA EFE, "El abogado de Echevarría considera que el respaldo de su derecho a morir es un reconocimiento póstumo", España, Diario la Provincia, 27 de septiembre de 2007. Recuperado de <https://www.laprovincia.es/sociedad/2007/09/27/abogado-echevarria-considera-respaldo-derecho-11040381.html>

AGENCIA EFE, El Mundo, "Inmaculada Echevarría, tetrapléjica: 'Lo único que pido es la eutanasia, no es justo vivir así'", 18 de octubre de 2006

ALFAGEME, Ana, "Una Guía para morir con dignidad", Página12, Argentina, 27 de febrero de 2006, recuperado de: <https://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-63631-2006-02-27.html>

DANIELE, Laura, "Sanidad permitirá el uso de fármacos que no se comercializan en España para aplicar la eutanasia", Periódico ABC, Nacional, Sociedad, 29 de julio de 2021

HERMIDA, Xosé, "Mil vecinos del pueblo de Sampedro piden clemencia para quienes le ayudaron a morir Más de 70 personas declaran haber colaborado en el suicidio", El País, 5 de febrero 1998 Recuperado de: [https://elpais.com/diario/1998/02/06/sociedad/886719607\\_850215.html](https://elpais.com/diario/1998/02/06/sociedad/886719607_850215.html)

JIMENEZ, David, 1998, "La muerte en directo de Ramón Sampedro", El Mundo, 5 de marzo Recuperado de: <https://www.elmundo.es/elmundo/1998/marzo/05/nacional/sampedro.html>

KATIE Thomas, "Valeant Chief, at Senate Hearing, Concedes Mistakes on Steep Drug Prices", New York Times, 28 de abril de 2016

PRADES, Joaquina, "La verdad sobre el caso Ramón Sampedro", El País, 1 de febrero 1998. Recuperado de: [http://elpais.com/diario/1998/02/01/sociedad/886287612\\_850215.html](http://elpais.com/diario/1998/02/01/sociedad/886287612_850215.html)

RECUERO, Marisa, "El juez imputa a Esperanza Aguirre por "fraguar" un plan para desviar dinero público al PP de Madrid desde 2004", El Mundo, España, 2 de septiembre de 2019, Recuperado de: <https://www.elmundo.es/madrid/2019/09/02/5d6d1158fc6c83c1718b45bb.html>

REDACCIÓN, "Maneiro insiste en que dio el cianuro a Sampedro por amor mientras su familia la llama 'asesina'", El País, 11 de enero 2005, Recuperado de: [https://elpais.com/sociedad/2005/01/11/actualidad/1105398003\\_850215.html](https://elpais.com/sociedad/2005/01/11/actualidad/1105398003_850215.html)

REDACCIÓN, BBC, publicado el 13 de mayo de 2002, Recuperado de:  
<http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/1983941.stm>

REDACCIÓN, Manuel Lamela, el pionero de la privatización de la sanidad pública madrileña, laSexta.com, 2 de abril de 2013, Recuperado de:  
[https://www.lasexta.com/programas/mas-vale-tarde/noticias/manuel-lamela-pionero-privatizacion-sanidad-publica-madrilena\\_2013040257279f366584a81fd884f512.html](https://www.lasexta.com/programas/mas-vale-tarde/noticias/manuel-lamela-pionero-privatizacion-sanidad-publica-madrilena_2013040257279f366584a81fd884f512.html)

VALLE, Soledad, "El manual de buenas prácticas de la eutanasia incluye fármacos que no están autorizados en España", Periódico El Mundo, Sección Salud, 7 de julio de 2021

**Anexo I: Representación esquemática de la aplicación de la prestación de ayuda para morir de acuerdo con la legislación española.**

