



Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Derecho

Máster Universitario en el Ejercicio de la Abogacía
Regulación actual de la eutanasia en España.
Un estudio constitucional y conflictos con
algunos de los Derechos Fundamentales

Trabajo fin de estudio presentado por:	Marta Romo Serrat
Tipo de trabajo:	Investigación Teórica
Área jurídica:	Derecho Constitucional
Director/a:	José Antonio Soler Martínez
Fecha:	05/01/2023

Resumen

El objetivo del presente trabajo es analizar, desde una perspectiva constitucional, la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, que introduce en el ordenamiento jurídico español la eutanasia como nuevo derecho individual. En segundo lugar, se quieren estudiar los problemas que poco a poco han ido apareciendo desde la vigencia de esta nueva ley.

Para ello, se analizarán con profundidad algunos de los valores, principios y derechos fundamentales como la libertad, la dignidad humana, la vida ... para así, poder responder con seguridad a la siguiente pregunta: ¿Es acorde con la Constitución la nueva LO 3/2021 de regulación de la eutanasia?

Palabras clave:

Eutanasia, suicidio asistido, libertad, derechos fundamentales, dignidad

Abstract

The aim of this paper is to analyze, from a constitutional perspective, the Organic Act 3/2021, dated March 24, of the regulation of euthanasia, which introduces euthanasia as a new individual right into the Spanish legal system. Secondly, the aim is to study the problems that have gradually appeared since this new law came into force.

To this end, some of the values, principles, and fundamental rights such as freedom, human dignity, life... will be analyzed in depth to be able to answer the following question with certainty: Is the new Organic Act 3/2021 regulating euthanasia, constitutional?

Keywords:

Euthanasia, assisted suicide, freedom, fundamental rights, dignity

Índice de contenidos

1. Introducción.....	7
1.1. Justificación del tema elegido	7
1.2. Problema y finalidad del trabajo	7
1.3. Objetivos	8
2. La eutanasia y la delimitación con otras figuras afines.....	9
2.1. ¿Qué se debe entender por eutanasia?	10
2.2. Tipología y otras figuras afines.....	10
3. La regulación actual de la eutanasia en España.....	12
3.1. Antecedentes legales	12
3.2. Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de la regulación de la eutanasia	14
3.2.1. Consideraciones principales	14
3.2.2. Capítulo I: Disposiciones generales	15
3.2.3. Capítulo II: Derecho a la solicitud y requisitos para su ejercicio	15
3.2.4. Capítulo III: Procedimiento para la realización de la prestación	20
3.2.5. Capítulo IV: Garantías en el acceso a la prestación.....	22
3.2.6. Capítulo V: Comisiones de Garantía y Evaluación	23
3.2.7. Disposiciones adicionales y finales.....	23
4. Derecho comparado: la eutanasia en el mundo	25
4.1. La regulación de la eutanasia más allá de nuestras fronteras.....	25
4.1.1. Países Bajos	26
4.1.2. Bélgica	27
4.1.3. Luxemburgo.....	27
4.1.4. El caso peculiar de Suiza.....	28

4.1.5.	Primeras conclusiones: más allá de nuestras fronteras	29
4.2.	Tratados y Convenios Internacionales: la opinión del TEDH y el CEDH.....	30
4.2.1.	R. c. Reino Unido (1983).....	31
4.2.2.	Sampedro Camean c. España (1995).....	31
4.2.3.	Pretty c. Reino Unido (2002)	32
4.2.4.	Haas c. Suiza (2011).....	32
4.2.5.	Koch c. Alemania (2012).....	33
4.2.6.	Gross c. Suiza (2013)	34
5.	La LO 3/2021 a la luz de la Constitución Española.....	36
5.1.	El estudio de la compatibilidad constitucional.....	37
5.1.1.	El derecho a la vida: artículo 15 de la CE.....	37
5.1.2.	La dignidad de la persona: artículo 10.1 de la CE.....	38
5.1.3.	La libertad: artículo 1.1 de la CE.....	38
5.1.4.	La igualdad ante la ley: artículo 14 CE.....	40
5.1.5.	El deber del Estado de salvaguardar la vida	40
5.1.6.	El derecho a la intimidad: artículo 18.1 de la CE	41
5.1.7.	El derecho a la objeción de conciencia: artículo 16 de la LO 3/2021	42
6.	Valoración global y primeros problemas interpretativos de la LO 3/2021	43
6.1.	La zona gris de la LO 3/2021: el contexto eutanásico	43
6.2.	El concepto de vida digna y la LO 3/2021.....	46
6.3.	La aplicación desigualitaria de la LO 3/2021 en los territorios del Estado	46
6.4.	La eutanasia a los Tribunales: el pistolero de Tarragona	47
7.	Conclusiones	51
	Referencias bibliográficas	56
	Referencias normativas y jurisprudenciales.....	60

Listado de abreviaturas	63
Anexo. Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.....	64

1. Introducción

Con la publicación en el Boletín Oficial del Estado del pasado 25 de marzo, de la nueva Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (en adelante, LO 3/2021), España se convirtió en el cuarto país de Europa y séptimo del mundo en despenalizar esta práctica. Durante su tramitación en el Congreso y el Senado, tuvo que superar los vetos presentados por el Partido Popular, VOX y UPN, aunque ya contaba con el apoyo mayoritario de los grupos parlamentarios. De hecho, estos partidos han presentado un recurso de inconstitucionalidad ante el Tribunal Constitucional.

Esta nueva ley permite a las personas mayores de edad que sufran «una enfermedad grave e incurable» o un «padecimiento grave, crónico e imposibilitante» que afecte a la autonomía y que genere un «sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable», solicitar la ayuda para morir.

1.1. Justificación del tema elegido

Son tres los principales motivos por los que me he decidido a examinar esta materia detenidamente. En primer lugar, porqué la eutanasia implica una afeción importante para los derechos y libertades de todas las personas. En segundo lugar, porqué recientemente se ha aprobado su regulación y, por ende, ha sido legalizada en España. Y finalmente, por el impacto tan mediático de algún caso que ha habido desde su aprobación y los problemas que poco a poco van aflorando.

1.2. Problema y finalidad del trabajo

La controversia sobre la legalización de la eutanasia ha cobrado protagonismo en los últimos años a nivel mundial, y concretamente en España. De hecho, ha sido la demanda social¹, a raíz de los casos polémicos², lo que ha llevado al gobierno a plantearse la despenalización de estas prácticas.

¹ De hecho, ya en 1988, en una encuesta del CIS, un 53% de los entrevistados pensaba que un enfermo incurable debía tener derecho a que los médicos le proporcionaran algún producto para poner fin a su vida sin dolor (el 27% estaba en contra, y el 20% restante tenía dudas o no contestaba) (ARROYO 2019, p. 615).

² Asuntos como el de Ramón Sampederro (1998), que se explicará con detalle más adelante.

El propósito de este trabajo es analizar, desde una perspectiva constitucional, la LO 3/2021, aprobada el pasado mes de marzo por el legislador; y los problemas que poco a poco se van asomando desde su vigencia.

1.3. Objetivos

El estudio de esta cuestión implica una reflexión sobre el derecho a la vida y otros derechos fundamentales protegidos por la Constitución Española (en lo sucesivo, CE). Pues en general, en la mayoría de los países dónde se ha aprobado la eutanasia se ha querido dar respuesta a la siguiente pregunta: ¿Qué valores priman en el Derecho, la vida o la libertad?

En primer lugar, se analizará el concepto de eutanasia y se delimitará con otras figuras afines que podrían dar a confusión. En segundo lugar, y antes de pasar a analizar el contenido de la LO 3/2021, se expondrán los antecedentes legales que había en España antes su aprobación.

Seguidamente se realizará el análisis del articulado completo de la LO 3/2021 vigente, el cuarto apartado se reserva para el estudio del derecho comparado y en el siguiente apartado se verá, des del punto de vista constitucional, la viabilidad y la compatibilidad de la nueva ley con la CE.

Finalmente, se analizarán los primeros problemas que se han manifestado, tras los primeros meses de su vigencia. Además, el más mediático: el caso de Marin Eugen Sabau, más conocido como el pistolero de Tarragona.

2. La eutanasia y la delimitación con otras figuras afines

El debate sobre la eutanasia se ha abierto paso en nuestro país y en los países de nuestro entorno durante las últimas décadas. Son múltiples los motivos por los que no hay un claro consenso; el incremento de la esperanza de vida, con el consiguiente retraso en la edad de morir o el aumento de los recursos técnicos capaces de estabilizar durante un tiempo prolongado la vida de las personas, entre otros factores.

Ante esta situación, el legislador está obligado a buscar una solución a la demanda de la sociedad, garantizando la preservación y respeto de los derechos de todos. De forma acertada, la Exposición de motivos de la LO 3/2021 advierte que, para poder legalizar y regular la eutanasia es necesario hacer un balance de la compatibilidad de algunos de los principios esenciales recogidos en la Constitución Española. Por un lado, «los derechos fundamentales a la vida y a la integridad física y moral, y por otro, a los bienes constitucionalmente protegidos como son la dignidad, la libertad o la autonomía de la voluntad»³.

Como se desprende del propio Preámbulo de la Ley, encontrar una legislación compatible con estos principios es posible, aunque para ello se requiere que además sea respetuosa con los mismos. En este sentido, por ejemplo, de nada serviría despenalizar las acciones que impliquen de alguna forma la ayuda a la muerte de otra persona – aun cuando se produzca con expreso deseo de esta – pues dejaría a las personas desprotegidas respecto de su derecho a la vida, que la Constitución exige amparar. Se busca custodiar la autonomía y voluntad de poner fin a la vida de quien está en una situación de padecimiento grave, crónico e incapacitante o de enfermedad grave e incurable, padeciendo un sufrimiento insoportable que no puede ser aliviado en condiciones que considere aceptables - lo que se conoce como, contexto eutanásico.

³ Vid. Anexo legislativo, preámbulo de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (en adelante, LO 3/2021), p. 3

2.1. ¿Qué se debe entender por eutanasia?

Resulta indispensable antes de empezar un trabajo de investigación, profundizar en la idea en base a la que se irán definiendo conceptos y elaborando argumentos, en estas próximas páginas.

El término *eutanasia* puede presentar matices en su definición, en función del campo en el que nos encontremos - médico, jurídico, ético o bioético, etc. - pero en general, todas las definiciones nos abocan a una práctica mundialmente conocida (que no mundialmente aceptada): el acto deliberado y consentido de dar fin a la vida de un paciente que sufre una enfermedad incurable, con el objetivo de aminorar su sufrimiento.

Un buen punto de partida sería estudiar los orígenes etimológicos de la palabra. El término eutanasia, proviene del griego «eutanasia», formado por el prefijo «eu», que significa bueno, y «*thanatos*», que significa muerte (LÓPEZ 2021). En su sentido literal, se traduce en “buena muerte”, aunque éste ha ido variando con el paso del tiempo.

Otra definición nos la da el Diccionario de la Real Academia Española (en lo sucesivo, RAE), que señala dos definiciones para el mismo concepto. Por un lado, lo define como «intervención deliberada para poner fin a la vida de un paciente sin perspectiva de cura», y, por otro lado, la aceptación médica del término (med.), «muerte sin sufrimiento físico».

Por último, otra posible definición es la del propio Preámbulo de la LO 3/2021. En éste expone que «se puede definir como el acto deliberado de dar fin a la vida de una persona, producido por voluntad expresa de la propia persona y con el objeto de evitar un sufrimiento».

2.2. Tipología y otras figuras afines

La eutanasia es un concepto que engloba varios posibles modelos de interpretación jurídica. En el preámbulo de la nueva Ley Orgánica, se mencionan varios tipos de eutanasia, aunque, en cualquier caso, la misma quiere dejar claro que «en nuestras doctrinas bioética y penalista existe un acuerdo en limitar el empleo del término a aquella que se produce de manera activa y directa».

Con esta afirmación, la LO 3/2021 está excluyendo del concepto bioético y jurídico-penal de eutanasia, tanto las actuaciones por omisión que se conocen como eutanasia pasiva⁴, o las que pueden considerarse como eutanasia activa indirecta⁵. En consecuencia, cuando a lo largo del texto se haga alusión al término ‘eutanasia’ será en referencia a la activa directa.

Asimismo, existen otros conceptos relacionados con la muerte digna – aunque distintos – como son los cuidados paliativos, la sedación paliativa o bien el suicidio asistido. Se expondrán brevemente a continuación, porque a lo largo de estas páginas se les hace alusión.

En primer lugar, los *cuidados paliativos*, como el conjunto de intervenciones que tienen por objeto controlar los síntomas de la enfermedad y ofrecer apoyo para vivir de la mejor manera posible hasta la muerte. Su finalidad no es curar al enfermo, más bien reducir el dolor.

En segundo lugar, la *sedación paliativa*. En este caso, se busca la disminución deliberada de la conciencia del paciente, con el objetivo de liberarle de un gran sufrimiento. A diferencia de la eutanasia, esta no provoca la muerte del paciente.

Finalmente, el *suicidio asistido* se delimita como la acción de una persona que sufre una enfermedad irreversible, y que para acabar con su vida cuenta con la ayuda de alguien, que le propina los conocimientos e instrumentos para hacerlo (desde la prescripción de medicamentos hasta el asesoramiento sobre dosis letales). Es importante matizar que, aunque tanto la eutanasia como el suicidio asistido conduzcan directamente a la muerte, son dos conceptos muy distintos. La principal divergencia se halla en que mientras en la eutanasia la intervención de una persona provoca la muerte a quien la ha pedido, en el suicidio asistido es el propio enfermo, con la ayuda de un tercero que le facilita la decisión, el que provoca su muerte.

⁴ En términos de la LO 3/2021, la eutanasia pasiva consiste en la «No adopción de tratamientos tendentes a prolongar la vida y la interrupción de los ya instaurados conforme a la *lex artis*» (*Vid.* Anexo legislativo, preámbulo de la LO 3/2021, p.3).

⁵ Según la LO 3/2021, la eutanasia activa indirecta consiste en la «Utilización de fármacos o medios terapéuticos que alivian el sufrimiento físico o psíquico, aunque aceleren la muerte del paciente» (*Vid.* Anexo legislativo, preámbulo de la LO 3/2021, p.3).

3. La regulación actual de la eutanasia en España

Con la aprobación de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, España se convierte en el cuarto país europeo (tras los Países Bajos, Bélgica y Luxemburgo) en contar con una norma jurídica expresa en la materia (no es así, por contrario, el caso de Suiza ni el de Alemania). También en la línea de países no europeos como Canadá, Nueva Zelanda, Colombia y algunos estados estadounidenses (California (2016), Colorado (2016), Hawái (2018), Maine (2019), Montana (2009), Nueva Jersey (2019), Oregón (1994), Vermont (2013), Washington (2008) y Washington D.C. (2016)).

El objetivo de este apartado es ofrecer una valoración global del conjunto de elementos más fundamentales de la LO 3/2021 y abordar las primeras dudas interpretativas sobre algunos extremos.

3.1. Antecedentes legales

En primer lugar, es necesario mencionar que, una de las consecuencias⁶ más directas de la aprobación de esta nueva ley es la modificación de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal (en lo sucesivo, LO 10/1995), con el fin de modificar la redacción del apartado 4 y añadir un apartado 5 del artículo 143 LO 10/1995.

Concretamente, este artículo – en su redacción anterior – asignaba una responsabilidad penal a todas aquellas acciones dirigidas a inducir (art. 143.1 LO 10/1995), cooperar (art. 143.2 LO 10/1995) o ejecutar (art. 143.3 LO 10/1995) al suicidio de las personas, con independencia de que estas tuvieran o no enfermedades o padecimientos graves. Actualmente, aunque el legislador no ha querido eliminar por completo la punibilidad de la cooperación al suicidio, sí que entiende que los actos llevados a cabo bajo un contexto eutanásico⁷ no son semejantes a los actos realizados sin las mismas circunstancias (TOMÁS-VALIENTE 2000). Consecuentemente, se despenaliza la conducta del que la realice, siempre que se cumplan las condiciones que exige la Ley (apartado 5, art. 143 LO 10/1995). Así, de forma general, lo que antes era considerado delito ha pasado a constituirse en derecho individual.

⁶ *Vid.* Anexo legislativo, disposición final primera de la LO 3/2021.

⁷ Como más adelante se verá, «la clave de la LORE se encuentra en la definición del llamado contexto eutanásico, que es que, dado el caso, permitiría al paciente activar la aplicación de este derecho» (ARROYO 2018).

Es por ello por lo que, el legislador adapta el apartado 4 del artículo 143 LO 10/1995 (operando como tipo atenuado) – en idénticos términos penológicos que la redacción anterior y sólo adaptando el texto para adaptar la formulación de las situaciones de enfermedad a las previstas por la propia LO 3/2021, quedando redactado de la siguiente forma: «4. El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo».

Aquí, como apunta ARROYO GIL (2019, p. 626) de forma acertada, «lo significativo de este apartado cuarto es que el legislador, con esta atenuación de la pena, está asumiendo que dichas acciones, pese a ser consideradas igualmente merecedoras de castigo, tienen un desvalor menor cuando se producen en un determinado contexto eutanásico».

Asimismo, añade el apartado 5 artículo 143 LO 10/1995, cuyo tenor literal es el siguiente: «No obstante lo dispuesto en el apartado anterior, no incurrirá en responsabilidad penal quien causare o cooperare activamente a la muerte de otra persona cumpliendo lo establecido en la ley orgánica reguladora de la eutanasia».

En definitiva, el legislador ha querido salvaguardar las garantías y controles que la LO 3/2021 brinda. Para hacerlo, ha decidido eliminar la responsabilidad penal del que coopera activa y necesariamente en el suicidio de otro, amparado por la ley (bajo el contexto eutanásico). Por ende, toda actuación que no quede amparada por la LO 3/2021, incurrirá en los tipos penales de los apartados 3 o 4 del artículo 143 LO 10/1995, siendo aplicable este último cuando el sujeto pasivo sufra determinadas dolencias.

No es de extrañar que, junto con la aprobación de la LO 3/2021, se desencadenara un movimiento en contra de esta, liderado por los partidos de la oposición, el Partido Popular y Vox. De este modo, interpusieron un recurso de inconstitucionalidad ante el Tribunal Constitucional, en contra de la nueva Ley Orgánica que regula la eutanasia. Es sabido que el Pleno del TC ha admitido ya a trámite este recurso, y a través de una nota informativa ha advertido que va a trasladar la demanda y los documentos presentados al Congreso de los

Diputados, al Senado y al Gobierno para que puedan oponerse en el proceso y puedan realizar todas las alegaciones que crean oportunas.

Según los partidos de la oposición, la LO 3/2021 vulnera varios preceptos de la Constitución Española, entre ellos, el derecho a la vida y el derecho a la dignidad de la persona. Asimismo, mantienen que también vulnera el artículo 14 de la CE, por el que se establece la igualdad de todos los españoles ante la ley, y el artículo 16 CE, que garantiza la libertad ideológica, religiosa y de culto de todos los individuos.

Por un lado, el presidente del PP apuntó que había una falta de consenso político y social en la aprobación de la nueva legislación «considerando que genera gran inseguridad jurídica y seguiremos defendiendo nuestra alternativa médica, social, humanitaria: nuestra ley de cuidados paliativos». Por otro lado, el presidente de VOX, Santiago Abascal, convencido de la inconstitucionalidad de la ley, declaró que «el derecho a la vida es un derecho fundamental, del que penden el resto de los derechos de los que disfrutamos. No hay una obligación del estado para procurar la muerte. Hay una clarísima colisión de la ley de eutanasia con el derecho fundamental de la vida».

Habrà que ver cuál es la resolución del TC, aunque por el momento, el Tribunal denegó la medida cautelar que tenía por objetivo suspender la entrada en vigor de la nueva ley.

[3.2. Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de la regulación de la eutanasia](#)

Según expresa el preámbulo de la LO 3/2021, el objetivo de esta es «dar una respuesta jurídica, sistemática, equilibrada y garantista, a una demanda de la sociedad actual como es la eutanasia».

3.2.1. Consideraciones principales

Esta ley cuenta con cinco capítulos, siete disposiciones adicionales, una única disposición transitoria, otra derogatoria y cuatro disposiciones finales. Así, iremos exponiendo de forma ordenada los extremos más relevantes de este articulado legal.

3.2.2. Capítulo I: Disposiciones generales

Por lo que al objeto y ámbito de aplicación interesa, esta ley regula el «derecho a recibir la ayuda necesaria para morir de cualquier persona física o jurídica⁸, pública o privada, que se encuentre en territorio español, las condiciones, el procedimiento y las garantías que han de observarse» (art. 1 LO 3/2021).

Además, determina los deberes del personal sanitario y define su marco de actuación; al igual que las obligaciones de las administraciones para asegurar su correcto ejercicio (art. 1 LO 3/2021).

El artículo 3 expone una serie de definiciones imprescindibles para entender el alcance de esta ley. Concretamente, define *consentimiento informado*; *padecimiento grave, crónico e incapacitante*; *enfermedad grave e incurable*; *médico responsable*; *médico consultor*; *objeción de conciencia sanitaria*; *prestación de ayuda para morir* y finalmente, *situación de incapacidad de hecho*. Se irán exponiendo una a una en cuanto sean necesarias para la comprensión del texto, a lo largo de la redacción.

3.2.3. Capítulo II: Derecho a la solicitud y requisitos para su ejercicio

Como premisa para tener en cuenta, y según el artículo 4, la LO 3/2021 garantiza el derecho de toda persona que cumpla los requisitos a recibir la prestación de ayuda para morir⁹.

Tanto la eutanasia cómo su solicitud debe estar basados en una decisión autónoma¹⁰; «fundamentada en el conocimiento sobre todo el proceso médico y después de estar informada y asesorada por un equipo sanitario» (art. 4 LO 3/2021). No obstante, y además de los requisitos anteriores, la LO 3/2021 especifica que en la historia clínica de la persona deberá quedar constancia de que el paciente ha recibido y comprendido toda la información.

Por lo que se refiere a la titularidad del derecho, según el artículo 5, es necesario cumplir con los requisitos mencionados a continuación, para poder recibir la eutanasia:

⁸ A los efectos de la LO 3/2021, «se entenderá que una persona jurídica se encuentra en territorio español cuando tenga domicilio social, sede de dirección efectiva, sucursal, delegación o establecimiento de cualquier naturaleza en territorio español» (Vid. Anexo legislativo, art. 2 LO 3/2021).

⁹ Vid. Anexo legislativo, artículo 3.g) LO 3/2021.

¹⁰ A los efectos de la LO 3/2021 (Vid. Anexo legislativo, art. 4.3 LO 3/2021), una decisión autónoma se describe cómo «individual, madura y genuina, sin intromisiones, injerencias o influencias indebidas».

El primero de ellos, el apartado (a), exige «tener la nacionalidad española o residencia legal en España o certificado de empadronamiento que acredite un tiempo de permanencia en territorio español superior a doce meses, tener mayoría de edad y ser capaz y consciente en el momento de la solicitud».

Me gustaría subrayar, por un lado, la cuestionable exclusión absoluta del ejercicio del derecho a las personas menores de edad y también, a los menores emancipados.

En este sentido, considero mucho más compatible el sistema belga o la legislación holandesa con el ejercicio de los derechos fundamentales que asisten también a los menores de edad. La legislación holandesa, en el artículo 2¹¹, admite solicitar la eutanasia a partir de los 16 años e incluso entre los 12 y los 16 si quienes ejercen la patria potestad o la tutela están de acuerdo; y el sistema belga, en el artículo 3¹², que autoriza al menor emancipado a formular la solicitud, si en el momento de formularla lo hace de forma capaz y conscientemente.

Del mismo modo que la ley requiere, en todo caso y como ya se ha apuntado, «ser capaz y consciente en el momento de la solicitud». Este requisito tendría que ser bastante para desarrollar con suficientes garantías el ejercicio de este derecho por las personas menores de edad.

Por otro lado, como correctamente afirma REY MARTÍNEZ (2021), estas condiciones están dirigidas a evitar el “turismo eutanásico”, esto es, el traslado de sujetos potencialmente suicidas a Estados en los que la eutanasia es legal, con el único fin de acabar con su vida.

En segundo lugar, el apartado (b) exige que el paciente debe «disponer por escrito de la información que exista sobre su proceso médico, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, incluida la de acceder a cuidados paliativos integrales (...)». Así, es vital que se descarte cualquier cuidado paliativo que pueda aminorar su sufrimiento. Subrayar aquí también, la complementariedad de ambas figuras, pues se desprende de este artículo que no son excluyentes una con la otra.

En tercer lugar, el apartado (c) expone que, para poder solicitar la eutanasia es necesario haber formulado dos solicitudes voluntariamente, transcurriendo entre una y otra un plazo

¹¹ Ley Holandesa 26691/2001, de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al suicidio.

¹² Ley Belga del 28 de mayo de 2002, relativa a la eutanasia completada por la Ley del 10 de noviembre de 2005.

de al menos quince días naturales¹³. Como se puede advertir, el acceso a la eutanasia está muy burocratizada, debido a que se trata de un proceso garantista para los derechos de los solicitantes.

Esta solicitud deberá de hacerse por escrito¹⁴, y podrá ser revocada o aplazada por el solicitante de esta en cualquier momento (art. 6 LO 3/2021).

La denegación de la solicitud también deberá hacerse por escrito y de forma motivada por el médico responsable¹⁵, salvo que dicha decisión derive del ejercicio de la objeción de conciencia¹⁶. Contra esta denegación, que deberá realizarse en el plazo máximo de diez días naturales desde la primera solicitud, la persona que hubiera presentado la misma podrá presentar en el plazo máximo de quince días naturales una reclamación ante la Comisión de Garantía y Evaluación competente (art. 7 LO 3/2021).

Además, y según el apartado (d) el paciente debe sufrir «una enfermedad grave e incurable»¹⁷ o «un padecimiento grave, crónico e imposibilitante»¹⁸, siempre certificada por el médico responsable. Dicho en otras palabras y como ya se ha introducido, el conocido contexto eutanásico.

Interesa precisar aquí, qué situaciones se comprenden realmente en este contexto eutanásico dado que alguna de las interpretaciones tempranas de la LO 3/2021 ha creado ciertas dudas y confusión. Uno de los supuestos más debatidos son la demencia/Alzheimer, aunque lo que sigue podría aplicarse a cualquier otra patología que merme las facultades mentales.

Lo que está claro es que esta enfermedad no se subsume dentro del «padecimiento grave, crónico e imposibilitante» descrito en el artículo 3.b) LO 3/2021, ya que requiere también de un «sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable». Se intenta poner en relieve en este trabajo que, por mucho que se dé esta situación tan horrible para cualquier persona, de perder todas las facultades mentales, más aún, no poder reconocer a los seres queridos queda en una zona gris, por el momento, no contemplada por esta Ley. Así, sólo será válido un

¹³ Vid. Anexo legislativo, artículo 5.c) LO 3/2021.

¹⁴ Vid. Anexo legislativo, artículo 6.1 LO 3/2021.

¹⁵ Vid. Anexo legislativo, artículo 3.d) LO 3/2021.

¹⁶ Vid. Anexo legislativo, artículo 3.f) LO 3/2021.

¹⁷ Vid. Anexo legislativo, artículo 3.c) LO 3/2021.

¹⁸ Vid. Anexo legislativo, artículo 3.b) LO 3/2021

documento previo que establezca que llegada esta situación se ayude al paciente a morir si está acompañada de un gran sufrimiento psíquico o físico.

La LO 3/2021 también exige, que el padecimiento no tenga posibilidades de curación o mejoría apreciable, valorado por un profesional según los parámetros de la *lex artis*. Llegados a este punto se plantea la duda siguiente: si pudiera existir un tratamiento con posibilidades de mejoría (por ejemplo, un tratamiento experimental), pero que es rechazado por el paciente porque considera que los costes o riesgos son excesivos con relación a los eventuales beneficios, ¿quedaría amparado por la LO 3/2021? A mi entender, el derecho del paciente a decidir sobre su tratamiento no debería de constituir un impedimento en el ejercicio del derecho que garantiza la LO 3/2021, aunque de momento no hay constancia de ninguna de que esto sea así.

Y finalmente, el apartado (e) exige que el paciente debe haber prestado el consentimiento informado¹⁹ previo a recibir la prestación de ayuda para morir, que debe quedar incorporado en su historia clínica.

Asimismo, en el segundo apartado del artículo 5 LO 3/2021, se ofrece la posibilidad de que no se aplique lo previsto en las letras b), c) y e), si el médico responsable certifica que el paciente se encuentra en una situación de incapacidad de hecho²⁰. Bajo estas circunstancias, si el paciente en cuestión hubiese suscrito «con anterioridad un documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documentos *equivalentes* legalmente reconocidos, se le podría facilitar la prestación de ayuda para morir conforme a lo que se establezca en dicho documento».

Me gustaría centrar la atención en el término “equivalentes” utilizado, pues el legislador lo utiliza para hablar de medios que recogen y expresan la última voluntad de una persona, y, bajo mi punto de vista, es inaceptable que pueda dar lugar a dudas, confusiones o ambigüedades. Concretamente, esta expresión – tal como está incorporada en la ley – puede ser fuente de una gran inseguridad jurídica en lo que tiene que ver con el consentimiento.

¹⁹ Vid. Anexo legislativo, artículo 3.a) LO 3/2021.

²⁰ Vid. Anexo legislativo, artículo 3.h) LO 3/2021.

El ordenamiento jurídico estatal menciona en el artículo 11 de la Ley 41/2002²¹, el documento de instrucciones previas o voluntades anticipadas²². Consecuentemente, habrá que remitirse a las leyes autonómicas²³ para encontrar este “equivalente”.

Así, por ejemplo, en Cataluña, la Ley 21/2000, de 29 de diciembre²⁴, sobre los derechos de información concerniente a la salud y la autonomía del paciente, y a la documentación clínica establece en su artículo 8²⁵ que este instrumento puede formalizarse o bien ante notario, o bien ante tres testigos mayores de edad con plena capacidad.

²¹ 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.

²² Según el art. 11.1 Ley 41/2002 «1. No serán aplicadas las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico, a la lex artis, ni las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto en el momento de manifestarlas. En estos supuestos se dejará constancia razonada en la historia clínica mediante las anotaciones correspondientes. Así como se informará por escrito al paciente o a sus familiares si así lo solicitaran».

²³ El art. 11.2 Ley 41/2002 establece que «2. Tampoco serán aplicables, y en consecuencia se tendrán por no puestas, las instrucciones relativas a las intervenciones médicas que la persona otorgante haya manifestado que desee recibir cuando resulten contraindicadas para su patología, debiendo figurar anotadas y motivadas dichas contraindicaciones en la historia clínica del paciente. Así como se informará por escrito al paciente o a sus familiares si así lo solicitaran».

²⁴ 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.

²⁵ El art. 8 de la Ley 21/2000 sigue así «1. El documento de voluntades anticipadas es el documento, dirigido al médico responsable, en el cual una persona mayor de edad, con capacidad suficiente y libremente, expresa las instrucciones a tener en cuenta cuando se encuentre en una situación en que las circunstancias que concurren no le permitan expresar personalmente su voluntad. En este documento, la persona puede también designar un representante, que es el interlocutor válido y necesario con el médico o el equipo sanitario, para que la sustituya en el caso de que no pueda expresar su voluntad por sí misma.

2. Debe haber constancia fehaciente de que este documento ha sido otorgado en las condiciones citadas en el apartado 1. A dicho efecto, la declaración de voluntades anticipadas debe formalizarse mediante uno de los siguientes procedimientos:

a) Ante notario. En este supuesto, no es precisa la presencia de testigos.

b) Ante tres testigos mayores de edad y con plena capacidad de obrar, de los cuales dos, como mínimo, no deben tener relación de parentesco hasta el segundo grado ni estar vinculados por relación patrimonial con el otorgante.

3. No se pueden tener en cuenta voluntades anticipadas que incorporen previsiones contrarias al ordenamiento jurídico o a la buena práctica clínica, o que no se correspondan exactamente con el supuesto de hecho que el sujeto ha previsto en el momento de emitirlos. En estos casos, debe hacerse la anotación razonada pertinente en la historia clínica del paciente.

4. Si existen voluntades anticipadas, la persona que las ha otorgado, sus familiares o su representante debe entregar el documento que las contiene al centro sanitario donde la persona sea atendida. Este documento de voluntades anticipadas debe incorporarse a la historia clínica del paciente».

Sin embargo, en la Comunidad de Madrid, la Ley 3/2005, de 23 de mayo²⁶, establece tres procedimientos para otorgar el documento de instrucciones previas²⁷.

Se puede observar que esta disparidad de opciones para expresar la última voluntad de una persona debería estar mucho más tasada y regulada por la normativa estatal, sin dejar este margen a las normativas de las CC. AA y evitar así problemas futuros con el consentimiento de la persona afectada.

3.2.4. Capítulo III: Procedimiento para la realización de la prestación

Hay que destacar, por un lado, la existencia de la Comisión de Garantía y Evaluación (en lo sucesivo, CGE) que ha de controlar el respeto de la LO 3/2021, tanto *a priori* como *a posteriori*. Esta exigencia difiere de forma importante respecto las legislaciones holandesa o belga, en las que únicamente se requiere un control *a posteriori*.

Una vez el médico responsable recibe la solicitud de prestación de ayuda para morir, debe verificar que se cumplen todos los requisitos previstos en la ley – dentro del plazo máximo de dos días naturales. A partir de ahí, se da comienzo a «un proceso deliberativo con el paciente solicitante», dividido en dos fases (art. 8 LO 3/2021).

En la primera de ellas, se valora su diagnóstico, las posibilidades terapéuticas y los resultados esperables, al igual que los posibles cuidados paliativos. El médico responsable debe asegurarse que el paciente comprende toda la información que se le facilita. Asimismo, se le habrá de entregar una copia por escrito de toda la información en cuestión.

Una vez se recibe la segunda solicitud, se da por iniciada la siguiente fase. El médico responsable, en el plazo de dos días naturales, tendrá que retomar con el paciente solicitante el mismo proceso deliberativo, para atender a cualquier duda o necesidad de ampliación de la información.

²⁶ 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.

²⁷ El art. 2 Ley 3/2005 prevé que «Por el documento de instrucciones previas, una persona manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que esta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarla personalmente, sobre el cuidado y el tratamiento de su salud o, llegado el momento del fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo».

Deberán transcurrir veinticuatro horas tras la finalización de este proceso deliberativo, para que el médico pueda recabar del paciente solicitante su decisión. Podrá continuar o desistir de la solicitud de prestación de ayuda para morir. En el primer caso, se le requerirá la firma del documento del consentimiento informado.

Una vez firmado, el médico responsable consultará al médico consultor. Este, tras estudiar su historia clínica y examinar al paciente solicitante, corroborará el cumplimiento de la LO 3/2021, en el plazo máximo de diez días naturales a contar desde la fecha de la segunda solicitud. Se redactará un informe que pasará a formar parte de la historia clínica del paciente; y se le comunicarán las conclusiones en el plazo de veinticuatro horas²⁸ (art. 8.3 LO 3/2021).

Antes de proceder a la prestación de ayuda para morir, el médico responsable pondrá el caso en conocimiento a la CGE competente, en el plazo de máximo tres días hábiles, con el fin que se realice el control previo (art. 8.5 LO 3/2021).

Para proceder con este control previo, desarrollado en el artículo 10 LO 3/2021, primeramente, se designarán a un profesional médico y a un jurista, que verificarán si, a su juicio, concurren los requisitos y condiciones para el correcto ejercicio del derecho a solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir. En el plazo máximo de siete días naturales, emitirán un informe que podrá ser o favorable, o, por el contrario, opuesto a la realización de la prestación. Si fuese desfavorable, quedará abierta la posibilidad de reclamar según prevé el artículo 18 LO 3/2021. Por el contrario, en caso de recibir una resolución positiva, se podrá dar comienzo a la realización de la prestación de ayuda para morir.

La realización de la prestación de ayuda para morir deberá hacerse con el máximo cuidado y profesionalidad por parte de los profesionales sanitarios. Tendrán que aplicar los correspondientes protocolos y asegurar los criterios de forma y tiempo para la realización de la prestación. Si el paciente solicitante se encontrara consciente, este podrá comunicar al médico responsable la modalidad en la que quiere recibir la prestación de ayuda para morir (art. 11 LO 3/2021).

²⁸ Si, por el contrario, el informe resulta ser desfavorable, el paciente podrá recurrir a la Comisión de Garantía y Evaluación (*Vid.* Anexo legislativo, art. 10.3 LO 3/2021).

En los casos en que la prestación sea la eutanasia directa (descrita en el art. 3. g.1ª) el médico responsable y el resto de personal sanitario asistirán al paciente hasta el momento de su muerte. Por otro lado, en el supuesto que contempla suicidio asistido (art. 3. g.2ª) el médico responsable y el resto de los profesionales sanitarios apoyarán y observarán al paciente hasta el momento de su fallecimiento (art. 11.3 LO 3/2021).

Finalmente, una vez realizada la prestación de ayuda para morir, el médico responsable en el plazo máximo de cinco días deberá remitir a la CGE de su CC. AA. los documentos que se exigen en el artículo 12 LO 3/2021.

3.2.5. Capítulo IV: Garantías en el acceso a la prestación

Este capítulo tiene por objeto establecer y regular todos los elementos que asegurarán a la ciudadanía el acceso a dicha prestación de ayuda para morir, en condiciones de igualdad. Así, se garantiza su financiación pública incluyéndola en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud (art. 13.1 LO 3/2021).

Consecuentemente, serán los servicios públicos de salud, en el ámbito de sus competencias, las que aplicarán todas las medidas precisas para garantizar el derecho a tal prestación en los supuestos y requisitos que establece (art. 13.2 LO 3/2021).

El artículo 14 LO 3/2021 establece que esta prestación se podrá realizar en los centros sanitarios públicos, privados o concertados, y también da la opción que se realice en el domicilio, sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación resulten menoscabados por el ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria o por el lugar dónde se realiza. Si el médico/a o su equipo profesional incurre en conflicto de intereses, o resulten beneficiados de dicha práctica, no podrán intervenir.

La LO 3/2021 exige, en el artículo 15, que todos los centros sanitarios en los que se realice la prestación de ayuda para morir tendrán que adoptar «las medidas necesarias para asegurar la intimidad de las personas solicitantes y la confidencialidad en el tratamiento de sus datos personales». Asimismo, los centros tendrán que contar con sistemas de custodia activa de

historias clínicas de los pacientes e implementar en el tratamiento de los datos de las medidas de seguridad de nivel alto, teniendo en cuenta la normativa vigente²⁹.

3.2.6. Capítulo V: Comisiones de Garantía y Evaluación

Por último y antes de pasar a analizar las disposiciones adicionales y finales, el capítulo V regula las CGE que deberán crearse en cada una de las CC. AA. y en las ciudades de Ceuta y Melilla. La LO 3/2021, en el artículo 17.1, exige que estas tendrán un carácter multidisciplinar y deberán contar con un número mínimo de siete miembros (personal médico, de enfermería y juristas).

Estas comisiones serán creadas de acuerdo con sus respectivos gobiernos autonómicos, y para el caso de las Ciudades de Ceuta y Melilla, por el Ministerio de Sanidad. Cada una de ellas contará con un reglamento de orden interno elaborado por la propia Comisión y autorizada por el órgano competente de la administración autonómica (art. 17.2 y 17.4 LO 3/2021).

Las funciones de estas comisiones están reguladas en el artículo 18 LO 3/2021. A destacar, como se ha avanzado, el control *a posteriori* de la comisión – en el plazo máximo de dos meses – si la prestación de ayuda para morir se ha realizado correctamente y de acuerdo con la ley.

El artículo 19 LO 3/2021 establece el deber de secreto de las CGE, tanto respecto al contenido de sus deliberaciones como a la confidencialidad de los datos personales (profesionales sanitarios, pacientes, familiares, personas allegadas, etc.).

3.2.7. Disposiciones adicionales y finales

Las disposiciones adicionales, por su parte, velarán conseguir el correcto funcionamiento de la prestación (estableciendo un régimen sancionador, el informe anual, la protección a personas con discapacidad, los recursos judiciales, las garantías de los servicios de salud y el funcionamiento de las Comisiones de Garantía y Evaluación, la formación al personal, la difusión de dicha ley y modificaciones legislativas, entre otros).

A destacar, por un lado, la tramitación de los recursos judiciales. En este sentido, se establece que los recursos a los que la LO 3/2021– en sus arts. 10.5 y 18.a) se refiere – se tramitarán por

²⁹ Normativa vigente en materia de protección de datos de carácter personal, teniendo en cuenta que los tratamientos afectan a categorías especiales de datos previstas en el artículo 9 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016.

el procedimiento previsto para la protección de derechos fundamentales de la persona en la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-administrativa – caracterizado por su especialidad, preferencia y sumariedad. En todo caso, se trata de «recursos que se interponen contra las resoluciones de la Comisión, cuando informen desfavorablemente la solicitud de la prestación de ayuda para morir» (art. 10.5 LO 3/2021).

Sin embargo, aunque la ley no contempla esta posibilidad, una vez agotada la vía jurisdiccional ordinaria, cabría interponer, en el plazo de veinte días, un recurso de amparo ante el Tribunal Constitucional.

Y, por otro lado, hay que subrayar también que, las disposiciones adicionales sexta y séptima, con el objetivo de asegurar la igualdad y calidad asistencial de la prestación de ayuda para morir, se establece que el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud elaborará en el plazo de tres meses desde la entrada en vigor de la LO 3/2021 un manual de buenas prácticas. Asimismo, las propias administraciones sanitarias competentes realizarán todo lo que esté en sus manos para difundir la LO 3/2021 entre profesionales sanitarios y la ciudadanía.

Finalmente, en las disposiciones finales se procede como también se ha avanzado, a la modificación de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Se modifica el apartado 4 del artículo 143 LO 10/1995, y se añade el apartado 5.

4. Derecho comparado: la eutanasia en el mundo

Entender lo que sucede y lo que ha ocurrido más allá de nuestras fronteras, es casi tan importante como entender el articulado de esta nueva legislación. En este sentido, al tratarse de derechos fundamentales y en particular, de la eutanasia, es fundamental saber analizar qué pasa en los países de nuestro entorno.

En principio, la idea es clara en Derecho internacional: la mayoría de los sistemas jurídicos penalizan ambas prácticas – tanto la eutanasia como el suicidio asistido. En cambio, el suicidio no es objeto de sanción penal en ningún sistema jurídico (distinto es, la inducción o cooperación al suicidio, etc.).

Si bien es cierto que cada vez más países cuentan con marcos legales que permiten una muerte asistida, continúan siendo la minoría a nivel mundial. En este sentido, se ha llegado a la conclusión de que los países que han decidido legalizar tanto la eutanasia como el suicidio asistido, pueden ser clasificados en tres bloques en función del tipo de regulación que han aprobado.

En primer lugar, la regulación que permite tanto la eutanasia como el suicidio asistido. Esta situación concretamente afecta a los Países Bajos, Bélgica y Luxemburgo desde la década del 2000, Canadá, algunos estados de Australia desde el 2015, y actualmente a Nueva Zelanda y España.

En segundo lugar, la ley que sólo admite el suicidio asistido, como es el caso de EE. UU. Y, finalmente los países en los que no hay ley específica y sólo se admite el suicidio asistido en base a sentencias judiciales, particularmente en Suiza y Alemania.

4.1. La regulación de la eutanasia más allá de nuestras fronteras

Como correctamente afirma el Preámbulo de la LO 3/2021, podemos destacar dos modelos de tratamiento normativo que engloban los países de nuestro entorno.

Por un lado, están «los países que despenalizan las conductas eutanásicas cuando se considera que quien la realiza no tiene una conducta egoísta, y por consiguiente tiene una razón

compasiva, generando espacios jurídicos indeterminados que pueden no ofrecer las garantías necesarias»³⁰ – como es el caso de, por ejemplo, Suiza.

Por otro lado, «los países que han legalizado los supuestos en que la eutanasia es aceptable, siempre que se cumplan concretos requisitos y garantías»³¹. Este último es el modelo en el que la LO 3/2021 pretende incluirse, al ofrecer una regulación ordenada, sistemática y garantista para los supuestos en que la eutanasia no es objeto de reproche penal.

A continuación, se analizarán las regulaciones que ofrecen parte de los países que forman el Consejo de Europa en la actualidad. Y en el siguiente apartado, se estudiará la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos (en lo que sigue, TEDH), en torno al Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales (en los sucesivo, CEDH).

4.1.1. Países Bajos

Los Países Bajos fue el primer país del mundo en aprobar la eutanasia activa en abril de 2002. No obstante, el proceso de despenalización de esta práctica empezó en 1973 con el caso *Postma*³², en el que ya se fijaron los criterios jurisprudenciales para que este tipo de prácticas quedasen amparadas por la ley. Básicamente en 2002 se regularizó una práctica médica que se venía aceptando por los Tribunales de Justicia de ese país, desde hacía cuarenta años (PINTO PALACIOS 2019, p. 88).

Al igual que la LO 3/2021, la ley holandesa permite tanto a la eutanasia activa como el suicidio asistido. En los Países Bajos la eutanasia debe ser solicitada por el paciente de forma voluntaria, consciente y reiterada. El médico se asegura que el sufrimiento es inaguantable y no hay posibilidad de tratamiento alternativo. Acto seguido, un médico independiente entra a revisar el caso y habla con el paciente, para corroborar la petición.

Aunque la Ley de los Países Bajos es muy similar a la LO 3/2021 española, hay ciertos matices que la hacen diferir mucho. En un aspecto, a lo que se refiere a la posibilidad de solicitar la

³⁰ *Vid.* Anexo Legislativo, preámbulo de la LO 3/2021, p. 4.

³¹ *Ibidem.*

³² En el conocido caso *Postma*, un médico fue condenado por haber facilitado la muerte de su madre, tras reiteradas solicitudes explícitas de eutanasia, pues estaba gravemente enferma y hemipléjica (MARCOS DEL CANO 2003). Este caso generó gran conmoción y, aunque se mantuvo la condena, el fallo del Tribunal estableció los precedentes en los que no se requería que un médico mantuviera vivo a un paciente en contra de su voluntad.

eutanasia siendo menor de edad³³, y en otro aspecto, en la no exigencia de que dicha solicitud sea por escrito.

4.1.2. Bélgica

Cómo ya se ha introducido, Bélgica reguló por primera vez la eutanasia en el año 2002, coincidiendo con los Países Bajos. Simultáneamente, aprobaron otras dos normas: una sobre los cuidados paliativos y otra sobre los derechos de los pacientes. Es considerada de las leyes de la eutanasia más liberales del mundo (WESEL 2020).

La ley belga tiene como requisito principal que la situación médica del paciente solicitante no tenga un buen pronóstico de recuperación. Asimismo, exige que padezca un sufrimiento constante e insoportable, siendo indiferente si lo es de forma física o psíquica. La petición debe de ser por escrito y de forma voluntaria, razonada, reiterada y sin ser resultado de presión externa. Igualmente, y con anterioridad a su decisión, el paciente debe ser informado sobre su estado y sus posibilidades terapéuticas.

La eutanasia en Bélgica es legal tanto para mayores de edad cómo para los menores sin limitación de edad, con la condición de que el infante esté dotado de “capacidad de discernimiento”³⁴. En este último caso, la decisión del menor debe ser apoyada por sus padres, a quienes se les respeta el derecho de veto; convirtiéndose en el segundo país del mundo – después de los Países Bajos – en despenalizar esta práctica para los menores de edad y el primer en hacerlo sin límites de edad.

4.1.3. Luxemburgo

La eutanasia y el suicidio asistido son legales en Luxemburgo desde el 2009. De forma muy similar a la normativa española, la Ley exige que el paciente tenga una aflicción grave, incurable e irreversible que les provoque un sufrimiento físico o mental insoportable. Desde entonces, tiene la opción de solicitar el procedimiento después de recibir la aprobación de dos médicos y un grupo de expertos.

³³ Como se ha expresado anteriormente, en los Países Bajos pueden solicitar la eutanasia los menores de edad entre 12 y 16 años, con el consentimiento de sus padres, y los menores comprendidos entre los 16 y 17 años, sin el consentimiento de estos, aunque tomando parte en la decisión final.

³⁴ Ley que modifica la de 28 de mayo de 2002, relativa a la eutanasia, para ampliar la eutanasia a menores, de 28 de febrero de 2014.

Además, se exige que el paciente sea mayor de edad, capacitado y consciente en el momento de tramitar la petición; al igual que la demanda debe estar formulada de manera voluntaria, reflexionada y por escrito.

4.1.4. El caso peculiar de Suiza

En Suiza la eutanasia activa directa está penada, no siendo lo mismo lo que pasa con el suicidio asistido, que, en este caso, está legalizado.

Se trata de un caso peculiar, pues no contempla el castigo para quienes ayudan a morir, siempre y cuando sea por razones altruistas. «La criminalidad o no del acto la determina la intencionalidad; se pena el auxilio al suicidio sólo cuando hay una motivación egoísta y se condena cuando hay razones altruistas» (GIMBEL GARCÍA 2019, p. 147).

En 2009 se presentaron dos proyectos legales alternativos con el objetivo de regular el suicidio asistido e intentar paliar el problema de la poca regulación que había en el país de este tema. Uno quería determinar los protocolos de actuaciones a organizar el suicidio asistido en el Código Penal, y, por otro lado, la otra propuesta quería prohibirlo completamente. No se pudo llegar a un claro consenso.

En 2011 el Consejo Federal decidió abstenerse de incluir ningún reglamento específico del suicidio asistido en su regulación penal. Como consecuencia de esta falta de regulación, en 2014 el estado suizo fue condenado por el TEDH, como se verá en el siguiente apartado, a raíz de la demanda de la ciudadana Alda Gross³⁵.

Otra peculiaridad es que la ley permite que la eutanasia sea ejercida por personas que no tienen la nacionalidad suiza; de aquí se deriva la existencia de organizaciones que ayudan a extranjeros procedentes de Italia, Francia y hasta hace poco, España, a gestionar sus peticiones³⁶. De hecho, este fue el caso de Fernando Cuesta, un ciudadano español que sufría ELA, que decidió ir a Suiza con el objetivo de poner fin a su vida³⁷.

³⁵ Sentencia de 14 de mayo de 2013, Gross c. Suiza, C-67810/10.

³⁶ Lo que se conoce como turismo eutanásico.

³⁷ Es conocido que el Sr. Fernando Cuesta antes de morir, dejó grabado su testimonio, afirmando que “Que quien quiera viva, pero que dejen morir a los demás dignamente”. En la entrevista, explicaba que, “cada día me levanto pensando en qué movimiento más voy a dejar de hacer”. Se fue a Suiza, para acudir a un grupo internacional de apoyo a la defensa a la muerte digna, para poder terminar con su vida (*El País*, 2019).

Para evitar el turismo con este fin, se planteó un referéndum en el año 2011 aunque la mayor parte de la población se mostró partidaria de no prohibir el suicidio asistido en Suiza.

4.1.5. Primeras conclusiones: más allá de nuestras fronteras

En general, las leyes reguladoras de la eutanasia y el suicidio asistido analizadas exigen que, el solicitante sea un adulto capaz y competente, que pueda tomar decisiones con autonomía y que padezca una enfermedad terminal o un sufrimiento intolerable sin mejora con los tratamientos previos. Y, además, debe haber varias solicitudes (de palabra y/o por escrito), contando con una separación de varios días y casi siempre incluyendo un periodo de reflexión entre ambas.

De igual modo, el médico debe informar al paciente de su diagnóstico, pronóstico y de las alternativas de tratamiento, debe estar convencido de que el sufrimiento del paciente es intolerable, de que no hay un tratamiento eficaz, de que el enfermo es competente y actúa con libertad y, por último, debe comunicarlo a las autoridades.

Sin embargo, como se ha podido observar, existen diferencias tanto en la legislación como en la práctica en los distintos países (STECK, EGGER y MAESSEN, 2013). Se expondrán brevemente a continuación:

Primeramente y como ya se ha avanzado, la principal diferencia radica en que mientras en algunos países (cómo Suiza y EE. UU.) sólo está autorizado el suicidio asistido, en los demás, permiten también la práctica de la eutanasia.

En segundo término está el tipo de pacientes que puede solicitarlo. En EE. UU., Australia y Nueva Zelanda debe ser un adulto con enfermedad terminal y con una supervivencia prevista menor de seis y ocho meses. Sin embargo, en los otros países se exige que se trate de un sufrimiento no tratable con otros recursos indiferentemente de la esperanza de vida pronosticada.

Igualmente, una tercera diferencia es la eutanasia en menores de edad, legalizada en los Países Bajos, Bélgica, Luxemburgo y Colombia. Del mismo modo para los pacientes con enfermedades mentales, autorizada en los Países Bajos, Bélgica y Luxemburgo, al igual que en Suiza si un psiquiatra certifica que la petición de suicidio no es consecuencia de la enfermedad mental.

En definitiva, las leyes de eutanasia de los Países Bajos y Bélgica son las más similares a la española, por lo que podría ser previsible que la casuística y sus cifras en España se parezcan en el futuro a las de estos dos países (VELASCO, TREJO-GABRIEL-GALAN, 2022).

4.2. Tratados y Convenios Internacionales: la opinión del TEDH y el CEDH

En general, la jurisprudencia europea e internacional considera que el derecho a la vida debe prevalecer sobre los otros derechos. Según el Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales (CEDH o también, el Convenio), es «el derecho supremo del ser humano»³⁸.

El artículo 2 del Convenio, establece que «El derecho de toda persona a la vida está protegido por la ley. Nadie será privado de su vida intencionadamente». Consecuentemente, para el Tribunal Europeo de Derechos Humanos es una de las «disposiciones más importantes del Convenio».

A lo largo de estas páginas se ha referido a la actual legislación española, al igual que se ha analizado el derecho comparado en torno a la eutanasia. Sin embargo, no puede dejarse de lado la doctrina del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, que debe ser respetada por todos los países que forman parte del Consejo de Europa y que, por ende, están regulados por el Convenio.

No obstante, la doctrina del TEDH no es rígida; está sometida a una constante evolución. A este respecto, son de particular relevancia para la materia que se trata en este trabajo, los casos *Pretty* (2002), *Haas* (2011), *Koch* (2012) y *Gross* (2013). Se expondrán a continuación.

Sin embargo, hay que subrayar que, antes de la entrada en vigor del Protocolo nº11 al Convenio, las personas no tenían acceso directo al Tribunal de Estrasburgo. Así, tenían que acudir a la Comisión Europea de Derechos Humanos (en adelante, ComEDH). Fueron varios los casos sobre eutanasia y suicidio asistido que llegaron al ComEDH, pero, contrariamente a la postura adoptada posteriormente por el TEDH, no se entendió competente para conocer de los mismos (OCHOA 2021, p. 162). Se expondrán dos de los más relevantes a continuación.

³⁸ John Khemraadi Baboeram, Andre Kamperveen, Cornelis Harold Riedewald, Gerald Leckie, Harry Sugrim Oemrawsingh, Somradj Robby Sohansingh, Lesley Paul Rahman and Edmund Alexander Hoost. v. Suriname, Communication No. 146/1983 and 148 to 154/1983, U.N. Doc. Supp. No. 40 (A/40/40) at 187 (1985).

4.2.1. R. c. Reino Unido (1983)³⁹

En 1983, la Comisión (ComEDH) declaró cómo inadmisibile la denuncia de una persona condenada por haber ayudado a otra a suicidarse. En esta ocasión, el Tribunal entendió que, si bien esta acción afectaba directamente a la vida privada de la persona que deseaba poner fin a su vida, no podía considerar que pertenecía únicamente al ámbito privado de la misma. En otras palabras, declaró que los actos de asistencia, consejo o ayuda al suicidio estaban excluidos de la noción de vida privada de esa persona, por atentar contra el interés general de la población (OCHOA 2021, p. 163).

Si bien el Tribunal estimó que con su resolución estaba produciendo una injerencia en la libertad de expresión del demandante, la entendió justificada en vista del interés legítimo del Estado para tomar las medidas necesarias y proteger la vida de los ciudadanos ante cualquier comportamiento delictivo, especialmente de los que eran particularmente vulnerables debido a su edad o enfermedad. Alegó que, en virtud del CEDH, el Estado tiene «derecho a protegerse contra los inevitables abusos criminales que ocurrirían en ausencia de legislación que castiga el suicidio asistido».

En definitiva, el hecho de que, en el presente caso, el demandante y su pareja parecían haber tenido buenas intenciones no cambiaba nada en cuanto a la justificación del interés general (OCHOA 2021, p. 162-163).

4.2.2. Sampedro Camean c. España (1995)⁴⁰

Si bien puede ser de todos conocido el caso de Ramon Sampedro, puede que se desconozca que él mismo llevó su deseo a morir ante la ComEDH el año 1994. Como ya se ha anticipado, la demanda, al igual que la anteriormente referenciada, fue inadmitida. Esta vez, por falta de agotamiento de los recursos internos.

El Sr. Sampedro había quedado tetrapléjico tras un accidente en 1968 y se suicidó con ayuda de terceros en 1998, dejando pendientes procedimientos judiciales ya iniciados.

³⁹ Sentencia de 4 de julio de 1983, *R. c. Reino Unido*, núm. 10083/82, decisión de no admisibilidad.

⁴⁰ Sentencia de 17 de mayo de 1995, *Sampedro Camean c. España*, núm. 25949/94, decisión de inadmisibilidad.

De hecho, en 1999 su cuñada presentó una demanda, esta vez ante el TEDH, en la que, invocaba el artículo 2 (derecho a la vida), 3 (prohibición de tratos inhumanos o degradantes), 5 (derecho a la libertad y a la seguridad), 6 (derecho a un juicio justo), 8 (derecho al respeto a la vida privada), 9 (libertad de conciencia) y 14 (prohibición de la discriminación) del Convenio, y solicitaba que le fuera reconocido «el derecho a una vida o una muerte dignas, o a la no injerencia en el deseo del Sr. Sampedro de poner fin a su vida, ya que la inmovilidad absoluta significaba para él un sufrimiento insoportable» (OCHOA 2019, p. 163).

No obstante, el TEDH consideró que la cuñada del Sr. Sampedro no tenía legitimación activa para recurrir, y consecuentemente, denegó la admisibilidad de la demanda⁴¹.

4.2.3. *Pretty c. Reino Unido* (2002)⁴²

Se trata de la primera sentencia del TEDH en materia de eutanasia, y como es de esperar, tuvo una gran repercusión mediática y dio lugar a un amplio debate.

Diane Pretty era una ciudadana inglesa que sufría una enfermedad neurodegenerativa incurable, en estado avanzado – aunque no terminal. La Sra. Pretty deseaba evitar el sufrimiento e indignidad de la muerte que le esperaba.

La demandante alegó, ante el TEDH la negativa de las autoridades británicas a garantizarle que su marido no sería penalmente perseguido por ayudarla a morir. En la demanda, se alegaron los artículos 2 (derecho a la vida), 3 (prohibición de tortura y de tratos y penas crueles, inhumanos y degradantes), y 8 (derecho a la vida privada) del Convenio.

El TEDH no consideró que se hubiera violado ninguno de los artículos que se alegaron, aunque en la sentencia se puede considerar un cambio de actitud frente a la adoptada en las sentencias anteriormente comentadas, resueltas por la ComEDH.

4.2.4. *Haas c. Suiza* (2011)⁴³

En este caso, el demandante sufría un trastorno bipolar severo que, bajo su punto de vista, le hacía imposible vivir dignamente. Sin embargo, no era un enfermo terminal ni tampoco se

⁴¹ Sentencia de 26 de octubre de 2000, *Sanles Sanles c. España*, C-48335/99.

⁴² Sentencia de 29 de abril de 2002, *Pretty c. Reino Unido*, C-2346/02.

⁴³ Sentencia de 20 de enero de 2011, *Haas c. Suiza*, C-31322/07.

encontraba en situación de dependencia. Básicamente solicitaba que el Estado le ayudara a morir, permitiéndole que se le administrara una sustancia letal sin prescripción médica.

El Sr. Haas acudió al TEDH denunciando que su derecho a decidir «cómo y cuando terminaba su vida» estaba amparado por el artículo 8 del Convenio y que le había sido violado por el gobierno de su estado.

El TEDH, refirió a la autonomía personal, aludiendo a la anteriormente comentada sentencia *Pretty*, añadiendo que, si bien el artículo 8 CEDH incluye «el derecho del individuo a decidir de qué forma y cuándo debe terminar con su vida», estaba sujeto a dos condiciones: (i) la voluntad libre de la persona y (ii) su capacidad para ejecutarlo (OCHOA 2019, p. 166). Con esta resolución, se amplió la noción de autonomía de la voluntad que se presentó ya en la sentencia *Pretty*.

El Tribunal entendió que, el requisito de la legislación suiza de obtener una prescripción médica para adquirir el medicamento era del todo legítima, y que tenía por objetivo proteger a las personas de tomar decisiones apresuradas y cometer ciertos abusos.

Bajo mi punto de vista, el TEDH se mostró muy inclinado hacia el reconocimiento de un presunto derecho a la eutanasia y al suicidio asistido, aunque le denegara todas sus pretensiones.

4.2.5. Koch c. Alemania (2012)⁴⁴

Para entender esta resolución, es necesario introducir que, si bien el Derecho penal alemán no castiga la complicidad en el suicidio, sí castiga la eutanasia.

El demandante en este caso era el Sr. Koch, esposo de la Sra. Koch; que padecía una lesión modular grave. El demandante pidió autorización a los Tribunales alemanes para conseguir una dosis letal para administrarla a su mujer. Ante la negativa de las autoridades alemanas a concedérselo, interpuso la demanda al TEDH alegando la violación el artículo 8 del CEDH.

Aunque la Sra. Koch finalmente viajó a Suiza para poner fin a su vida con la ayuda de una asociación, el Sr. Koch interpuso la demanda en su propio nombre. El Tribunal examinó detenidamente la cuestión de la legitimación activa, y, aunque en el asunto *Sanles Sanles* la

⁴⁴ Sentencia de 19 de julio de 2012, *Koch c. Alemania*, C-497/09.

ComEDH había denegado la admisibilidad de la demanda por entender que la cuñada de Ramon Sampedro carecía de legitimación activa, en este caso, se la concedieron⁴⁵.

Esta resolución fue particularmente importante porque el TEDH exigió a los tribunales internos ciertos requisitos formales a la hora de examinar las reclamaciones de los interesados. Concretamente, exigía que, incluso en los casos en los que la solicitud no procediera conforme a la ley, se examinara su reclamación siguiendo un procedimiento legal.

Con razón HERMIDA DEL LLANO (2016, pp. 219-232) asegura que, con esta sentencia el TEDH entró en una nueva etapa, al considerar que un tribunal debe poder juzgar, caso por caso, la pertenencia de cada demanda individual de suicidio.

4.2.6. Gross c. Suiza (2013)⁴⁶

Este caso se origina cuando la Sra. Alda Gross, ciudadana suiza, interpone una demanda en contra la Confederación suiza, al amparo del artículo 34 del Convenio.

La Sra. Gross había expresado reiteradamente su voluntad de poner fin a su vida, pues consideraba que cada día era más frágil y que no estaba dispuesta a seguir sufriendo el declive de sus facultades, tanto mentales como físicas.

Interpuso varias demandas y recursos, todos ellos rechazados. Concretamente, el 12 de abril de 2010 el Tribunal Supremo Federal rechazó su apelación, basándose en la jurisprudencia del caso *Pretty*. Consideró que el Estado no tenía ninguna obligación (positiva) de garantizar el acceso de una persona a una sustancia particularmente peligrosa con el fin de permitirle morir sin dolor y riesgo de fracaso (GIMBEL 2019, p. 172).

El TEDH, tras un riguroso estudio, consideró que la legislación suiza, al ofrecer la posibilidad de obtener una dosis letal sujeto a prescripción médica no estaba siendo claro con las directrices y el alcance de este derecho. Así, declaró la existencia de una violación del artículo 8 del Convenio.

⁴⁵ En este caso, el Tribunal tuvo en cuenta «la excepcionalmente estrecha relación entre el demandante y su difunta esposa y su implicación directa en la realización de su deseo de terminar con su vida» (*Koch c. Alemania*, C-497/09, párs. 53-64 y 68-72).

⁴⁶ Sentencia de 14 de mayo de 2013, *Gross c. Suiza*, C-67810/10.

Esta sentencia generó mucho debate, no más allá del propio tribunal dónde varios jueces dieron su opinión parcialmente disidente, considerando en líneas generales que el Estado suizo permanecería dentro de su margen de apreciación al negarse a conceder la autorización a la demandante para obtener una dosis letal sin prescripción médica.

5. La LO 3/2021 a la luz de la Constitución Española

En este apartado se quiere analizar la eutanasia desde el punto de vista constitucional. Para ello, es necesario analizarla junto a otros valores, como el valor de la libertad (art. 1.1 CE), los principios de dignidad humana y libre desarrollo de la personalidad (art. 10.1 CE), los derechos fundamentales como la vida y la integridad física y moral (art. 15 CE), el derecho a la intimidad (art. 18 CE) y la libertad ideológica y religiosa (art. 16 CE).

Según desarrolla REY MARTÍNEZ (2009), existen cuatro modelos sobre la constitucionalidad de la eutanasia que, desde una interpretación estrictamente jurídico-constitucional, todos ellos podrían ser válidos.

El primero de ellos: la eutanasia prohibida. Bajo este concepto, la eutanasia quedaría constitucionalmente vedada por lo dispuesto en el artículo 15 CE, pues configura el derecho a la vida entendido en sentido absoluto. Según esta teoría, la despenalización de la eutanasia sería inconstitucional por vulnerar el artículo 15 CE.

El segundo de los modelos, al que se acogería la LO 3/2021, es el de la eutanasia entendida como derecho fundamental y, por ende, lo incluiría en el artículo 15 CE. Según esta teoría, penalizar esta conducta es inconstitucional.

El tercer modelo, es conocido como «eutanasia como libertad constitucional legislativamente limitable». Entre otros autores doctrinales, es defendido por TOMÁS-VALIENTE (2000). Señala que de la Constitución Española no se deduce un derecho a terminar con la vida, pero recuerda que la cláusula de libertad ampara muchas conductas y sólo sería despenalizable bajo ciertas condiciones.

Finalmente, el último modelo que expone REY MARTÍNEZ (2009), y que concretamente defiende, es el que toma la eutanasia como «excepción legítima de la prohibición constitucional de disponer de la vida». Concretamente, bajo este supuesto no se considera la eutanasia como un derecho o libertad constitucional, de manera que sancionar esta conducta es constitucional. No obstante, señala que el legislador bajo ciertas circunstancias podría llegar a despenalizarla.

5.1. El estudio de la compatibilidad constitucional

El objetivo principal de este apartado es sentar las bases para poder ofrecer una respuesta sobre la constitucionalidad (o no) de la introducción en el ordenamiento jurídico español de la eutanasia y el suicidio asistido, como derechos de configuración legal que se han incorporado para cubrir una demanda social.

5.1.1. El derecho a la vida: artículo 15 de la CE

La vida, en realidad, es previa a cualquier derecho. Es más, sin vida no existe el sujeto de derechos, la persona respecto del cual se predicen todos los derechos humanos o fundamentales que ahora se tratarán (ARROYO GIL 2019). En este sentido, el «derecho a la vida», se presenta, entonces, como el derecho fundamental esencial a partir del cual podemos reconocer los demás derechos fundamentales. En el caso que nos ocupa, este derecho fundamental viene reflejado en el artículo 15 de la Constitución Española⁴⁷.

Llegados a este punto es interesante ver el modo en el que el Tribunal Constitucional, en la sentencia núm. 120/1990, de 27 de junio (caso *GRAPO*), ha concebido la protección de este derecho y las obligaciones que les impone a los poderes públicos de adoptar las medidas necesarias para protegerlo «frente a los ataques de terceros, sin contar para ello con la voluntad de sus titulares». Ahora bien, señaló que el artículo 15 CE no podía interpretarse afirmando que éste comprenda el derecho fundamental a poner fin a la propia existencia⁴⁸.

Sin embargo, procede a recalcar que la citada sentencia no puede ser equiparada con la eutanasia, pues se trata de un caso de alimentación forzosa por parte de la Administración penitenciaria, en relación con una huelga de hambre de los presos. En este caso concreto, la finalidad de estas personas no era morir dignamente a consecuencia de una enfermedad. Así, el FJ 5º de la Sentencia advierte que ante supuestos de hechos distintos, cabrían soluciones diferentes. En definitiva, el TC no se ha pronunciado de manera directa acerca de la eutanasia.

⁴⁷ «Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes. Queda abolida la pena de muerte, salvo lo que puedan disponer las leyes penales militares para tiempos de guerra» (art. 15 CE).

⁴⁸ Sentencia del Tribunal Constitucional, núm. 120/1990, de 27 de junio, FJ 7º.

Como bien apunta ARROYO GIL (2019, p. 619) «parecería, pues, que la protección que merece la vida (o el derecho a la vida) por parte del poder público es ilimitada, hasta el punto de que ni siquiera es preciso contar con la voluntad de quien es su titular».

Con todo, se analizarán otros preceptos constitucionales que nos ofrecerán más claves interpretativas para poder dar respuesta al objeto de estudio.

5.1.2. La dignidad de la persona: artículo 10.1 de la CE

El artículo 10.1 de la CE expresa que la «la dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social».

En principio, todos los derechos fundamentales reconocidos en la Constitución están orientados a conseguir que una persona pueda vivir en las condiciones más dignas posibles. Entender que algún derecho produjera algún conflicto con este artículo de la Constitución sería inimaginable. Y, lógicamente, «aún menos concebible sería entender que el derecho a la vida que reconoce la Constitución fuese un derecho a la vida en condiciones indignas». (ARROYO GIL 2019).

Por lo que a este trabajo se interesa, una de las claves está en determinar quién dirime que una vida es o no, digna, y, consecuentemente, si merece la pena seguir adelante con ella o no, aunque esta decisión se tenga que mover dentro de unos márgenes y bajo unas circunstancias que definirá el legislador, con el objetivo de preservar este bien y evitar ejercicios abusivos de ese derecho.

Se expondrán en el siguiente apartado los posibles problemas que esta ley plantea o que surgirán en relación con el derecho a la vida y la dignidad humana, como derecho fundamental.

5.1.3. La libertad: artículo 1.1 de la CE

La Constitución Española, además de los derechos anteriormente analizados apela también, en el primero de los apartados, el valor de la libertad, cómo uno de los valores superiores del ordenamiento jurídico.

El artículo 1.1 de la CE⁴⁹ en este sentido proclama la libertad como valor superior del ordenamiento jurídico, y el libre desarrollo de la personalidad, como cláusula constitucional que fundamenta el orden político y la paz social. Así, por un lado, se genera esta obligación para el Estado de garantizar y proteger nuestros derechos fundamentales, y, por otra parte, la libertad (en el sentido de autodeterminación personal), que permite a cada individuo diseñar su propio proyecto vital – que en determinadas circunstancias supone un límite a la obligación del Estado.

Si bien es verdad que la CE, mediante la tipificación en el Código Penal, considera que las conductas tendentes a lesionar la vida humana deben ser castigadas de forma severa, no significa que el derecho a la vida deba ser protegido siempre y ante cualquier circunstancia. Sin ir más lejos, el propio Código Penal exime la legítima defensa o el estado de necesidad para así evitar la pena de ciertas conductas que ponen en peligro la vida o pueden acabar con la vida de una persona. Ni tampoco prevé ningún tipo de sanción para la persona que intenta suicidarse. No sólo porque sería una medida contraproducente o sin sentido, sino también por qué comprende que una persona no puede ser castigada por hacer uso de la libertad – entendida como derecho – que la propia Constitución le reconoce.

Bajo estas circunstancias, colisionan el valor de la libertad con el bien vida propia, y el estado hace prevalecer el primero. La razón: la dignidad humana. En efecto, para la Constitución, una persona no lleva una vida digna si no es libre para tomar decisiones, incluso, sobre su propia vida. El problema estriba cuando, estas decisiones afectan a terceras personas. Entonces, es el propio legislador el que debe establecer unas reglas para evitar abusos.

En la eutanasia el problema se plantea a otro nivel, dado que necesariamente requiere de una tercera persona para poner fin a la vida de quien lo desea. Es por este motivo que el legislador le da especial importancia al llamado contexto eutanásico.

Es necesario, en primer lugar, incluir elevados niveles de garantía a fin de evitar que se puedan cometer abusos y, en segundo lugar, la persona que realizará el acto de poner fin a la vida (o

⁴⁹ «España se constituye en un Estado social y democrático de Derecho, que propugna como valores superiores de su ordenamiento jurídico la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político» (art. 1.1 CE).

ayude), debe encontrarse en determinadas condiciones que le garanticen total libertad y seguridad.

Este contexto eutanásico, fundamental en este caso, garantiza que si se dan ciertas condiciones, se podría entender que la vida de una persona ya no es «digna» y, por lo tanto, puede ponerle fin. No obstante, no debería interpretarse erróneamente y entender que existe una vida digna *per se* y una vida indigna por definición⁵⁰.

También es importante aclarar que únicamente lo que hace la CE es tolerar que la persona ponga fin a su propia vida por sí misma, usando su autonomía de voluntad, pero en ningún caso autoriza que la persona pueda obtener ayuda de los poderes públicos para lograr tal fin.

5.1.4. La igualdad ante la ley: artículo 14 CE

El artículo 14 CE establece que «los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social».

Pues bien, en este sentido la LO 3/2021 establece que no será posible la eutanasia cuando «(...) el médico responsable certifique que el paciente no se encuentra en el pleno uso de sus facultades (...)»⁵¹, aun cuando esta persona lo haya dejado establecido anteriormente por voluntades anticipadas.

Se verá de forma más extensa en otros apartados más adelante, pero bajo mi punto de vista, la LO 3/2021 está discriminando gravemente a las personas que sufren una discapacidad física o psíquica, que ya han expresado claramente su voluntad por escrito cuando sí estaban capacitadas, al no permitirles la eutanasia si el médico responsable no lo certifica.

5.1.5. El deber del Estado de salvaguardar la vida

Según la sentencia del Tribunal Constitucional núm. 53/1985, de 11 de abril, «el Estado tiene la obligación negativa de no lesionar la esfera individual y el deber positivo de contribuir a la

⁵⁰ Entenderlo así, iría claramente en contra de la concepción de dignidad humana que ha desarrollado el Tribunal Constitucional. Para este, «la dignidad humana ha de permanecer inalterada cualquiera que sea la situación en la que la persona se encuentre» (STC 120/1990, de 27 de junio). Otra cosa es, como se desprende de la reflexión contenida en este trabajo, que la propia persona considere que su vida ha dejado de ser digna.

⁵¹ *Vid.* Anexo legislativo, artículo 5.2 LO 3/2021.

efectividad de los Derechos fundamentales, aun cuando no exista una pretensión subjetiva por parte del ciudadano».

Como correctamente afirma DÍEZ PICASO (2013, p. 213), «no hay que olvidar que la autodeterminación personal, aun no siendo un derecho fundamental, tiene cobertura constitucional en la cláusula del libre desarrollo de la personalidad del artículo 10.1 CE; lo que implica que hay un precepto constitucional idóneo para modular el alcance del deber del Estado de sancionar penalmente las agresiones a la vida humana».

De esta forma, queda claro que existe un derecho de poder disponer de la propia vida bajo ciertas circunstancias, y el Estado tiene la obligación de garantizar la decisión que haya tomado del titular del derecho (siempre que la decisión se haya tomado de forma libre y consciente). Si, por el contrario, el Estado decide no la libre decisión de la persona, estaría vulnerando un derecho que tiene la obligación de proteger.

5.1.6. El derecho a la intimidad: artículo 18.1 de la CE

El Preámbulo de la LO 3/2021 considera que la eutanasia supone una manifestación del derecho a la intimidad, al exigir el derecho a mantener un ámbito propio y reservado durante el ejercicio de tal acción.

En este sentido, la intimidad está directamente vinculada con la dignidad de la persona, de la cual dimana (DWORKIN 1997). La eutanasia implica que se realice en el entorno más reservado de las personas y debe poder exigirse que no haya intromisiones de terceros. Además, la LO 3/2021 debe procurar establecer ciertas cautelas para proteger al paciente y velar por que su decisión sea libre y efectiva.

Para ello, una primera aproximación es asegurar la plena capacidad del sujeto. La LO 3/2021 exige que el paciente sea mayor de edad, capaz y consciente en el momento de la solicitud. Además, se exige que el paciente tenga toda la información necesaria y sea conocedor de todas las alternativas a la eutanasia, al igual que de todas las garantías que se han expuesto durante este trabajo (solicitud por escrito, segunda solicitud, posibilidad de revocación, etc.).

5.1.7. El derecho a la objeción de conciencia: artículo 16 de la LO 3/2021

Una de las cuestiones más importantes, aunque a primera vista menos evidentes, es el derecho a la objeción de conciencia. Este derecho, es el que permite al personal sanitario, no atender determinadas peticiones por ser contraria a sus convicciones morales.

Este derecho viene definido, como anteriormente se ha visto, en el artículo 3.f) y regulado en el artículo 16 LO 3/2021. En la segunda parte del artículo 16 LO 3/2021⁵², se exige que se trate de una decisión individual y, por otro lado, que el sujeto de esta se encuentre directamente implicado en el proceso. Esta objeción de conciencia debe hacerse y acreditarse con anticipación y por escrito.

La Ley prevé la creación de un «Registro de profesionales santuarios objetores de conciencia» por parte de las administraciones sanitarias, con el fin de que se inscriban las declaraciones de objeción de conciencia para la realización de la misma. El objetivo principal es el de facilitar la información necesaria a la administración sanitaria para que ésta pueda garantizar una adecuada gestión de esta prestación. Este registro estará sometido al principio de estricta confidencialidad y la normativa de protección de datos de carácter personal.

Cómo así se refiere la STC 53/1985, de 11 de abril «cabe señalar, por lo que se refiere al derecho a la objeción de conciencia, que existe y puede ser ejercido con independencia de que se haya dictado o no tal regulación. La objeción de conciencia forma parte del contenido del derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa reconocido en el artículo 16.1 de la Constitución y, como ha indicado este Tribunal en diversas ocasiones, la Constitución es directamente aplicable, especialmente en materia de derechos fundamentales».

No tendría ningún sentido reconocer la eutanasia como derecho individual, pero no reconocer al personal sanitario, la posibilidad de no realizar esta práctica si les es contraria a sus convicciones morales o religiosas.

⁵² Vid. Anexo legislativo, artículo 16 LO 3/2021.

6. Valoración global y primeros problemas interpretativos de la LO 3/2021

Es evidente que la aprobación de una ley relacionada con una materia tan debatida generará pensamientos opuestos y en contra esta regulación. Más allá de los argumentos vacíos de contenido únicamente generados para negar esta realidad social, se interesa en este apartado ver cuáles son los problemas que poco a poco han ido aflorando desde que la ley entró en vigor, y, si es posible, prever otros problemas que podrían aflorar una vez realizado todo el análisis.

En general, las dificultades experimentadas tras la aprobación de la ley han sido variadas. Noticias de actualidad hay muchas sobre este tema, aunque en este trabajo se ha querido siempre buscar un respaldo con doctrina y la opinión de varios expertos juristas y médicos. A continuación, se detallarán los que se consideran, hoy en día, los más importantes.

6.1. La zona gris de la LO 3/2021: el contexto eutanásico

En primer lugar, y después de leer mucho sobre el tema, se ha llegado a la conclusión de que parte de la doctrina, juristas y expertos en medicina consideran poco desarrollado e indeterminado el llamado contexto eutanásico. De hecho, la mayoría de ellos consideran que es extremadamente difícil la determinación externa y cualificada que se exige por ley. Así, combina elementos objetivos (enfermedad grave e incurable) con otros subjetivos (sufrimiento psíquico insoportable) de muy difícil apreciación externa. Lo que lo hace aumentar la indeterminación, para muchos, es el hecho de que no esté limitado a la enfermedad terminal, sino que pueda abarcar limitaciones para la vida independiente o dificultades de relación.

En segundo lugar, existe un debate fundamental en torno a los trastornos y enfermedades mentales y la regulación de la eutanasia. En este sentido, la Ley actual es clara: excluye el trastorno mental como justificante para la eutanasia. Se entiende que el gran debate gira en torno a saber distinguir cuándo el sufrimiento que conlleva una enfermedad mental justifica la eutanasia, y cuando es sólo un síntoma tratable.

El problema estriba en que la normativa actual responsabiliza a la capacidad del solicitante, al exigir que sólo si el paciente es competente y libre para tomar la decisión (y, obviamente,

cumple con los criterios) podrá avanzar la solicitud. Si, por el contrario, el paciente no es competente, entonces el legislador le deniega dicha posibilidad. Así, es del todo inaceptable, por discriminatorio, prohibir que una persona no pueda ejercer sus derechos por no tener capacidad suficiente.

En este sentido, la Ley actual realiza un enfoque erróneo, al considerar que el problema está en la capacidad, cuándo la problemática se encuentra en la justificación. Y es que, si bien puede ser objetivamente fácil determinar en qué términos de sufrimiento (tolerable/insoportable) se en cuenta el paciente en el caso de una enfermedad física, no lo es para nada cuando sólo hay en juego una enfermedad mental. En definitiva, la pregunta a la que hay que tratar de dar respuesta es, ¿Cuándo el sufrimiento producido a raíz de una enfermedad mental es suficiente para justificar la eutanasia?

Claro está que existen muy pocos instrumentos para poder valorar una situación así. La herramienta principal podría ser la empatía, aunque si bien puede ser fácil para los médicos empatizar con una enfermedad física, para tratar una enfermedad mental podría ser un método poco preciso.

Tanto en los Países Bajos, como Bélgica y Luxemburgo su normativa permite la eutanasia en casos de demencias leves y en casos graves cuando se cumplan las condiciones de voluntades anticipadas. La ley española no lo permite, pues la demencia interfiere claramente con la capacidad de decisión de la persona.

No obstante, ya se ha apuntado anteriormente que la LO 3/2021 ofrece la posibilidad de desarrollar por anticipado las voluntades, para protegerse en caso de desarrollar un cierto grado de demencia. Sin embargo, la experiencia de los Países Bajos y Bélgica habla por sí sola: es muy complicado determinar y corroborar que existe un sufrimiento insoportable ante un enfermo mental al que ya no se le puede preguntar.

A mi parecer, y como bien lo argumenta MARTÍNEZ SEMPERE (2000, p. 21-22) hay que distinguir entre las personas que tuvieron el pleno uso de sus facultades mentales y luego lo perdieron, y las que no lo tuvieron nunca.

En el primer supuesto, habría que atenerse a lo que manifestaron cuando eran capaces, antes de perder la razón. Pensar en corroborar o no su opinión, no me parece respetar la voluntad de estas personas; pues lo expresaron claramente cuando podían hacerlo.

El segundo caso es algo más controvertido. Dejarlo en las manos de los familiares podría suponer la indefensión de la persona enferma e incapaz, y para evitar muertes interesadas y proteger a la persona más vulnerable en este caso, lo mejor sería bajo mi punto de vista pedir la intervención de un juez.

Situación distinta sería cuando las voluntades anticipadas no se hubieran manifestado conforme a las normas que exige la ley, pero que el solicitante sí las hubiera manifestado ante sus familiares o amistades reiteradamente. En mi opinión, y coincidiendo con él de MARTÍNEZ SEMPERE (2000, p. 22) habría que seguir respetando su voluntad igualmente, aunque puedo llegar a entender que, bajo esta tesitura sea mucho más complicado garantizar la seguridad jurídica de la persona más vulnerable.

Al final esta situación con el tiempo puede solucionarse, y es que, bajo mi criterio, deben ser el Estado o las CC.AA. las encargadas de informar a todas las personas que existe una opción de protegerse para un futuro, y dejar por escrito sus voluntades anticipadas para garantizarse una buena muerte, en caso de que así lo consideren.

Finalmente, como se ha introducido en algunos apartados anteriores, se hablará del artículo 14 de la Constitución Española. En el mismo año en que se aprobó la LO 3/2021, se aprobó también la Ley 8/2021, de 2 de junio⁵³. Esta normativa es la que desarrolla la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecha en Nueva York en 2006. Según estas leyes, el concepto de discapacidad se aplica a cualquier tipo de enfermedad mental.

Dicho esto, y teniendo en consideración que la legislación española defiende una protección máxima de los derechos de la persona con discapacidad⁵⁴, cabría concluir que las personas con discapacidad deben tener el mismo derecho que los demás al acceso a la eutanasia y actualmente no es así.

La regulación actual en ciertos aspectos está privilegiando a algunas personas que otras según su capacidad o discapacidad física o psíquica, permitiendo que las personas capaces puedan

⁵³ Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica.

⁵⁴ *Vid.* Anexo legislativo, preámbulo de la LO 3/2021, p. 5.

elegir el momento y el modo de morir, mientras que les priva de este derecho a las no capacidades para ello. Bajo esta tesitura, se puede afirmar que parte del contenido de esta nueva ley orgánica es contrario al artículo 14 de la CE.

6.2. El concepto de vida digna y la LO 3/2021

En segundo lugar, existen varios derechos que regula la Constitución Española entre los que se contempla la vida digna. El desarrollo integral de la persona humana, es decir, el modo como se realiza personalmente nos ofrece indicios de lo que denominamos dignidad humana.

Si bien es verdad que hay muchos grados subjetivos de dignidad, no es menos cierto – y de hecho así lo expresa TOMÁS-VALIENTE (2014, p. 167-208) – que existe una dignidad intrínseca a todo ser humano, inherente a su condición de persona, que fundamenta todos los derechos humanos, que por nada se pierde ni se puede llegar a perder.

Bajo mi punto de vista, el buen morir forma parte de la dignidad de la persona, por lo que discriminar este derecho constituye una vulneración grave contra la dignidad humana. Así, quien le niega una muerte digna a una persona está atentando gravemente contra sus derechos más fundamentales.

Una vertiente importante de la doctrina considera que, «si se llega a considerar quitarse la vida, y con ella la dignidad, podría llegar a entenderse además, que hay vidas que dejan de ser dignas, lo que hace digno eliminarlas» (MARTÍNEZ LÓPEZ-MUÑIZ 2021, p. 75).

Pero es que realmente es así, hay muchas personas en el mundo, con ellas muchos criterios y consecuentemente, muchas formas de considerar su vida. Y tan respetable debe ser que la consideren digna o no. Al final, uno no puede obligar a alguien a seguir viviendo en un estado en el que para la otra persona es humillante. Si el legislador quiere ser justo, no puede prolongar el sufrimiento de todas las personas que desean morir, pues está interfiriendo en su poder de decisión, o, dicho en otras palabras, atentando contra su libertad (CALSAMIGLIA 2004, p. 160).

6.3. La aplicación desigualitaria de la LO 3/2021 en los territorios del Estado

Merece la pena hacer mención del hecho de que, dejando de lado el contenido de la ley como se ha visto anteriormente, la aplicación de la LO 3/2021 no está siendo la misma en todos los territorios del Estado.

En algunas CC.AA. como Cataluña, el País Vasco y Navarra, la Ley se aplica con normalidad, se cumplen los plazos previstos y se respeta la voluntad de las personas solicitantes. Sin embargo, en muchos otros casos, como por ejemplo la Comunidad de Madrid y Andalucía, la situación es todo lo contrario y les queda mucho para mejorar.

Concretamente, en algunas CC.AA. no se crearon la CGE encargadas de autorizar las peticiones hasta muy tarde. La LO 3/2021 establecía que, como máximo, todas las CC.AA. debían haber establecido sus CGE a finales de junio del 2021, pero no fue hasta octubre del 2021 que lo hizo Madrid, y hasta diciembre de 2021 que lo creó Andalucía.

El retraso en la creación de dichas comisiones es la causa por la que en algunas CC.AA. se hayan practicado muchas menos eutanasias en relación con otras. Un ejemplo de ello es el caso de Estrella López; que la espera por conseguir la eutanasia en Andalucía se alargó a los 10 meses mientras que la ley exige que el proceso no se prolongue más allá de los 40 días desde la solicitud⁵⁵.

No conviene atribuir toda la responsabilidad a la tardanza en nombrar a las comisiones, pues la disparidad de datos está motivada también por otros factores. Así, la difusión entre la ciudadanía y los profesionales sanitarios de todo el proceso de la eutanasia ha sido muy superior en Cataluña y Euskadi, lo que se traduce en muchas más solicitudes y menos demoras.

Además, se habrá de estudiar si otra de las causas que han motivado estas diferencias llevan aparejadas el nombramiento de referentes. Referentes en el sentido de que, son profesionales concedores de la ley, a quienes acuden los profesionales sanitarios cuando no saben bien qué hacer ante una solicitud o cómo realizar alguna parte del proceso.

6.4. La eutanasia a los Tribunales: el pistolero de Tarragona

Otros problemas han llegado a los tribunales. Un ejemplo de ello es el caso de Marin Eugen Sabau, también conocido como el Pistolero de Tarragona.

⁵⁵ MARTÍN, P., «La ley de eutanasia cumple un año con una desigual aplicación en toda España», APE. 22 junio 2022.

El pasado 14 de diciembre de 2021, Marin Eugen Sabau disparó a tres de sus antiguos compañeros de trabajo de Securitas, tras ser despedido. Guardaba rencor y odio a la compañía. Según testimonios aportados en el juicio, acusaba a sus compañeros de “racistas” y alegaba recibir de ellos un trato discriminatorio al ser rumano. Estos datos se confirmaron con el email que Sabau envió a sus víctimas tras cometer el intento de homicidio: “Felices fiestas cabrones. Ladrones y racistas”, decía el texto. Aunque durante el juicio, su única declaración fue que se acogía al derecho a no declarar⁵⁶.

A su exgerente, le hirió en pulmón y tórax, cerca del corazón. La segunda víctima recibió tres disparos (en un glúteo, en la vejiga y en una extremidad). Y la tercera, en un muslo y en la mano.

Tras el intento de homicidio, los Mossos d’Esquadra emprendieron su búsqueda. Uno de los agentes en el intento de atraparle fue abatido. Tras horas de persecución se atrincheró en una masía abandonada en Tarragona. Ahí se produjo el fuego cruzado con el Grupo Especial de Intervención de los Mossos que dejó a Eugen tetrapléjico.

Desde entonces, estaba ingresado en el hospital penitenciario de Terrassa en estado grave. Según recoge el auto, padecía “sufrimientos físicos y psíquicos constantes e insoportables sin posibilidad de alivio, con un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva”.

La Comisión de Evaluación y Garantías autorizó la eutanasia. Más aún, consideró que aplazarla por un juicio supondría “una intolerable afectación a su dignidad y a su integridad física y moral, inherentes a la persona”. Al realizar esta evaluación, la Comisión que autorizó la eutanasia tuvo en cuenta que desde entonces padecía tetraplejía, por la que precisaba de asistencia continuada⁵⁷.

En ese momento se habían realizado casi 200 prácticas de eutanasia desde que se había aprobado la Ley. Sin embargo, este caso era particular: había en juego indemnizaciones y una

⁵⁶ «Muere el 'pistolero de Tarragona', el primer preso en recibir la eutanasia en España». *El Diario Cataluña*. 23 agosto 2022.

⁵⁷ «La Audiencia avala la eutanasia del pistolero de Tarragona». *La Vanguardia*. 4 agosto 2022.

pena de prisión para Sabau. Es el primer caso que entrañaba un serio problema legal más allá de su petición.

Para las víctimas, lo que se pretendía con la eutanasia era evadir la Justicia. El pistolero, según la Audiencia Provincial de Tarragona, “sólo quería dejar de sufrir”.

Los abogados de las víctimas se oponían tajantemente a la eutanasia. Consideraban que primero debía celebrarse el juicio, y anteponer el derecho a las víctimas a un juicio justo. Sin embargo, el Juzgado de Instrucción núm. 5 de Tarragona argumentaba que “En primer lugar, el Hospital Penitenciario de Terrassa no tiene facultad alguna para dar muerte a un investigado que se encuentra en prisión por orden judicial. No puede practicar la eutanasia sobre un paciente por un acuerdo entre ellos, como tampoco podría hacer desaparecer un objeto encartado sin previa autorización judicial”⁵⁸.

Por el contrario, el abogado de los agentes heridos no dudaba en pedir que se reconsiderara la eutanasia, en defensa de los intereses de sus defendidos: “El Juzgado tiene la obligación de proteger la vida del investigado, sin más. Y ello, en última instancia, porque sobre un derecho de previsión legal prima el derecho fundamental a la tutela judicial efectiva de las víctimas, lo que pasa por que se juzguen unos hechos y poder obtener una sentencia sobre el fondo”⁵⁹.

Finalmente, Audiencia Provincial de Tarragona ratificó la concesión de la eutanasia para el asaltante y consecuentemente, rechazó los recursos de apelación de las víctimas del imputado, entre ellos los agentes heridos. “Debe ponderarse el derecho a la dignidad y a la integridad física y moral del investigado frente al derecho a la tutela Judicial efectiva de los denunciantes”, concluye en el auto la Audiencia.

Este caso se elevó al Tribunal Constitucional. No obstante, tampoco admitió los últimos recursos de las víctimas por lo que se puso en marcha otra vez el proceso de eutanasia. Después, el procedimiento fue archivado pues con la muerte del investigado, se extinguió la responsabilidad penal. Así, lo que les quedaba a las víctimas entonces era la posibilidad de iniciar una reclamación civil para recibir indemnización por las heridas sufridas, en contra a sus herederos, que deberán de responder – si es que los hay.

⁵⁸ MUCHA, M. «Eutanasia para el 'pistolero de Tarragona'». *El Mundo*. 30 junio 2022.

⁵⁹ *Ibídem*

El desenlace del caso del Pistolero de Tarragona supone para muchos un importante disgusto y puede que parte de la sociedad no llegue a entenderse la decisión de los Tribunales. De hecho, a mí personalmente me genera mucho rechazo. Es por eso por lo que se ha querido añadir este último apartado en el presente estudio.

Como se ha podido comprobar, la nueva legislación no comprende una suspensión del proceso de la eutanasia en caso de que el solicitante esté siendo investigado por un delito. Este factor, unido a la inexistencia de un auténtico derecho de los denunciantes y víctimas a lograr el castigo del culpable, conlleva necesariamente a este terrible resultado (FIERRO RODRÍGUEZ, 2022).

En Europa, el caso más polémico hasta ahora es el del belga Frank Van Den Bleeken, violador y asesino en serie, que pidió la eutanasia en 2014, porque se veía “a sí mismo como un peligro para la sociedad” y “ya no podía vivir así”. De hecho, lo que él pedía era un tratamiento psiquiátrico y subsidiariamente la eutanasia. Sin embargo, sus víctimas pidieron que pasara todo lo que restaba de vida en la cárcel. Los tribunales le dieron la razón, y cuando estaba todo preparado para recibir la inyección letal, no sucedió. A última hora, el gobierno de su país decidió que iba a trasladarle a un pabellón psiquiátrico. Este es el precedente más parecido al caso español⁶⁰, y en la que la resolución tampoco fue, bajo mi punto de vista, la más acertada.

⁶⁰ *Ibidem*

7. Conclusiones

El objetivo principal perseguido a lo largo de estas páginas era analizar desde una perspectiva constitucional, la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. Y, en segundo lugar, analizar los problemas que poco a poco se han ido asomando desde la vigencia de esta nueva ley, para ofrecer – si era posible – ciertas modificaciones del articulado legal para adaptarlo a la nueva realidad social.

Para poder dar respuesta a la siguiente pregunta ¿La redacción de la nueva regulación de la eutanasia y el suicidio asistido en España, respeta la Constitución y, por ende, puede considerarse constitucional? ha sido necesario analizar ciertos valores y principios cómo: la libertad, la dignidad humana, la vida, la integridad moral y la intimidad, la igualdad, entre otros.

En primer lugar, se sintetizará el análisis de la perspectiva constitucional. En efecto, el derecho fundamental que prima por encima de todos los demás debe ser siempre la libertad. Cuando colisionan algunos derechos con la libertad, debe prevalecer siempre el segundo, y la razón de ello es la dignidad humana. En efecto, una persona no llevará una vida digna si no es libre para tomar decisiones, incluso las que afectan sobre su propia vida.

Sin ir más lejos, la redacción de la LO 3/2021 ya se revela como reflejo de la libertad, pues crea ciertas condiciones en que la persona, con las garantías y cautelas necesarias, pueda decidir, sin interferencias de terceros ni del Estado, sobre su propia vida y cómo terminarla. Por otro lado, el Estado tiene la obligación de proteger la vida de todas las personas, pero protegerla supone respetar la decisión que tome su titular libremente sobre la misma. No hacerlo supondría estar vulnerando un derecho que tiene la obligación de proteger.

Otro de los derechos manifestados en la nueva regulación es el derecho a la intimidad, regulado por la CE en el artículo 18. El derecho a la intimidad implica poder mantener un ámbito reservado y privado, y cómo no podría ser de otra manera, también está vinculado a la dignidad.

La norma procura y, de hecho, obliga, a que el derecho a la intimidad este siempre garantizado y sea respetado por todos los intervinientes en el proceso. Según el TEDH, la norma debe garantizar unos estándares mínimos cómo, asegurar el libre consentimiento del solicitante, la

fijación de un procedimiento claro para recibir la prestación y la delimitación concreta y clara de los requisitos que ha de cumplir la persona para poder recibirla.

De manera similar, para que la nueva normativa sea acorde con la Constitución Española, debe respetar también el derecho a la igualdad ante la ley que proclama el artículo 14 CE. A lo largo de estas páginas, se han destacado algunos preceptos de la LO 3/2021 en los que se pone en riesgo la igualdad ante la ley de todas las personas. A mi modo de verlo, puede que este sea el punto en el que más flojea la nueva regulación, y para que pueda afirmarse que la Ley es acorde a la CE sería necesario que ciertos puntos se desarrollen de nuevo. En definitiva, aunque si bien es verdad que la actual normativa se acoge a todos los principios que exige el TEDH, bajo mi punto de vista, la claridad y la seguridad jurídica pueden verse afectados en algunos de los preceptos.

En segundo y último lugar, se resumirán los problemas principales que se han ido destacando durante estas páginas y cuando proceda, se darán las recomendaciones o los motivos por los que personalmente disiento de la regulación actual.

Por un lado, como se ha podido observar, el contenido del que parte esta nueva legislación ofrece un acceso a la eutanasia muy burocratizado, con el objetivo de garantizar la protección de los derechos de los solicitantes y también el de todo el personal sanitario. Sin embargo, algunos de los preceptos legales, bajo mi punto de vista, no son los más adecuados. En ciertas situaciones puede generarse un clima de inseguridad jurídica para el solicitante o sus familiares, a raíz de la poca concreción que presentan algunos de los artículos, o bien directamente, por la desregulación de ciertas situaciones: las zonas grises de la ley.

En definitiva, que la ley reguladora del proceso de la eutanasia en España tienda a ser garantista, y con ello altamente burocratizada, me parece necesario. Sin embargo, no necesariamente debe suponer una carrera de obstáculos para los que la persiguen.

En este sentido, la exclusión absoluta del ejercicio del derecho a la eutanasia a las personas menores de edad, bajo mi punto de vista, es uno de ellos. La Ley exige «ser capaz y consciente en el momento de la solicitud», por lo que con esta condición tendría que ser suficiente para poder desarrollar con garantías este ejercicio. Una regulación más tolerante con este requisito ayudaría a muchas familias en las que los más pequeños sufren, por desgracia, enfermedades terminales o padecen de un dolor tan insoportable que ni un adulto tendría que aguantar.

Tener que esperar a que el menor tenga la edad para empezar con el proceso, únicamente obstaculiza el sistema y prolonga el sufrimiento tanto de la familia como del infante. El estudio caso por caso – incluso con la presencia de un juez, como tercero imparcial –, junto con la solicitud y consentimiento de los tutores legales, tendrían que ser suficientes para poner en marcha el proceso.

Una segunda precisión que se quiere realizar, pese a no ser un obstáculo como tal en la aplicación de la ley, supone bajo mi punto de vista, la principal omisión en la redacción de esta normativa. En efecto, se trata de los casos de los trastornos mentales y especialmente, de los trastornos orgánicos del cerebro o también conocido como demencia/Alzheimer, que, a mi parecer, es una situación que debe estar regulada en ella de forma imprescindible.

Este tema se ha expuesto de forma amplia en su correspondiente apartado, por lo que ahora se concretaran las conclusiones más resumidamente.

Se desprende de la LO 3/2021 que, para poder acceder a la eutanasia, el requisito indispensable e ineludible es padecer «una enfermedad grave e incurable» o un «padecimiento grave, crónico e imposibilitante» que afecte a la autonomía y que genere un «sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable».

Teniendo en consideración que las enfermedades mentales y los suicidios van en aumento desde la pandemia, y que la mayoría están desencadenados por enfermedades mentales, no cabe ninguna duda que este tipo de patologías deberían estar presentes en la normativa actual.

Siguiendo la lógica que se desprende de la normativa, que los casos de demencia avanzada no tengan esta previsión legal por el hecho de que en el momento de la solicitud el paciente no se encuentra en el pleno uso de sus facultades, me parece del todo razonable. Aun así, creo que el papel que debería tomar el legislador es tratar de buscar una solución a este planteamiento, pues para muchos vivir con esta enfermedad mental (o cualquier otra) es del todo indignante y como se ha expresado en el correspondiente apartado, el problema no está en la capacidad del solicitante si no en la justificación. En este sentido, al entrar a valorar cuando una persona es o no competente para tomar decisiones, habría que preguntarse ¿para qué? y, de allí, analizar su capacidad mental para la decisión concreta.

En ese contexto, lo que más me preocupa es que se haya previsto legalmente que, el médico responsable pueda interferir y más concretamente, rechazar el proceso de la eutanasia si considera que el paciente no está en pleno uso de sus facultades. Incluso para la persona que, estando en pleno uso de sus facultades y habiendo establecido por voluntades anticipadas su expresa voluntad de solicitar la eutanasia si llegado el momento padece esta enfermedad.

En otras palabras, la ley está otorgando la responsabilidad al médico responsable de la decisión tan personal e íntima de mantener o no con vida a una persona, incluso cuando en su momento declaró expresamente su voluntad. Entiendo que a lo largo de estas páginas ha quedado claro que, el valor máspreciado del ordenamiento jurídico debe de ser la libertad, con la que la persona puede decidir sobre su proyecto vital e incluso sobre su propia vida. No respetar la voluntad de una persona, en un momento de tanta debilidad, me parece del todo reprochable.

Más aún, la Ley está siendo contradictoria. Lo que no se puede pretender es, que por un lado el artículo 5 de la LO 3/2021 ofrezca la posibilidad de que no se apliquen ciertas restricciones que exige la normativa, si se hubiesen circunscrito con anterioridad las voluntades anticipadas, pero luego no darles el valor que realmente tienen al permitir que se rechacen ciertos casos aun cuando estas existan.

Siguiendo con lo que al principio del trabajo se exponía, la declaración de la voluntad de una persona (y más de forma anticipada) no puede dar lugar a ni un tipo de dudas. Precisamente, por el hecho de que debe ser el sustituto de la voluntad en el momento de máxima debilidad de la persona, y debe ser respetado con todas las garantías posibles. Es por ello por lo que creo que la redacción del artículo 5 no es la más adecuada, al dar la opción de otro documento 'equivalente', ya que puede llegar a ser fuente de una gran inseguridad jurídica.

Otra de las cuestiones que considero necesario remarcar es el hecho de que es del todo inadmisibile que el Estado permita una aplicación tan desigualitaria de la Ley en función del territorio en el que se encuentra la persona solicitante. No debería de permitirse la existencia de ninguna ley que vulnere los derechos de las personas, y menos aún de los derechos fundamentales.

La forma más sencilla de solucionar esta situación es encomendar una gestión estatal de la eutanasia y no permitir que sean las CC.AA. las encargadas de hacerlo. Al unificarlo y

centralizarlo, no serían las Comisiones de cada comunidad autónoma las encargadas de desarrollar, bajo su propia filosofía, sus directrices y se conseguiría una única interpretación para todas. Más que nada porque ya se ha podido observar que existen unas Comisiones más abiertas a la interpretación radical de la convención, y otras que son más restrictivas y conservadoras.

Al final, esto conlleva una aplicación desigualitaria de la misma ley en los diferentes territorios del Estado y una alta inseguridad jurídica para los ciudadanos, lo que se traduce en la vulneración del artículo 14 CE, al no poder garantizar una misma respuesta en dos casos similares, por el sólo hecho de pertenecer a un territorio y no a otro.

En síntesis, la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, introduce en el ordenamiento jurídico español un nuevo derecho individual: la eutanasia. Este derecho conecta con otros muchos derechos fundamentales más, como son la vida, la integridad física y moral de la persona, la dignidad humana, la libertad ideológica y de consciencia, la intimidad y el más fundamental, la libertad de la persona.

Como de forma acertada expresa el Preámbulo de la Ley en cuestión, cuando una persona plenamente capaz y libre se enfrenta a una situación vital que a su juicio vulnera su dignidad, intimidad e integridad, como es la situación que define el contexto eutanásico de la propia ley, el bien de la vida puede decaer en favor de los demás bienes y derechos. Debe prevalecer ante todo la libertad individual de cada persona de decidir cómo vivir – y, por lo tanto, de elegir cómo y cuándo morir, de acuerdo con sus ideas o creencias. Por esta razón, el Estado está obligado a proveer un régimen jurídico que establezca las garantías necesarias y de seguridad jurídica para llevarlo a cabo.

Referencias bibliográficas

Bibliografía básica

- AGUILERA PORTALES, R.E., GONZÁLEZ CRUZ, J., «Derechos humanos y la dignidad humana como presupuesto de la eutanasia», *Revista de la Facultad de Derecho de la PUCP*. N.º. 69, 2012, 151-168. Disponible en: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r31734.pdf>
- ARROYO GIL, A., «El derecho a una muerte digna en el ordenamiento constitucional español», 613-634. En Aragón Reyes, M. (dir.), Jiménez Campo, J. (dir.), Aguado Renedo, C. (dir.), López Castillo, J. (dir.). *La Constitución de los españoles: estudios en homenaje a Juan José Solozabal Echavarría*. Madrid. 2019.
- CALSAMIGLIA, A., «Sobre la eutanasia». *Bioética y derecho. Fundamentos y problemas actuales*. México D.F. 2004.
Disponible en: <https://es.scribd.com/document/380452924/Bioetica-y-Derecho-Fundamentos-y-Problemas-Actuales-1>
- DWORKIN, R., NAGEL, T., NOZICK, R., RAWLS, J., SCANLON TL, JARVIS THMONSON, J., «Assisted Suicide: The Philosophers Brief». *The New York Review of Books*, vol. XLIV, núm. 5, 1997.
- GIMBEL GARCÍA, J.F. El derecho al suicidio asistido por médico en el caso de enfermos terminales y pacientes con discapacidades graves crónicas. Director: Jorge Alguacil González-Aurioles. UNED (Universidad Nacional de Educación a Distancia). Departamento de Derecho. Madrid. 2019.
- HERMIDA DEL LLANO, C., «Vida privada y eutanasia: el caso Koch contra Alemania», 209-218. En SANTOS ARNAIZ, J.A., (ed.), ALBERT MÁRQUEZ, M.M., (ed.), HERMIDA DEL LLANO, C., (ed.). *Bioética y nuevos derechos*. Granada: Ed. Comares, 2016 [consulta: noviembre 2022].
- MARTÍNEZ LÓPEZ-MUÑIZ, J.L., «El deber de proteger la vida, y especialmente de los más debilitados, frente a un inexistente derecho a quitarse la vida por sí o por otros.» *Revista Española de Derecho Constitucional*. Núm. 122, 2021, 47-83 [consulta: noviembre 2022].
Disponible en: <https://doi.org/10.18042/cepc/redc.122.02>
- MARTÍNEZ SEMPERE, E., «El derecho a una vida digna hasta el final: suicidio y eutanasia». *Araucaria*, 2 (3). 2000.
Disponible en: <https://revistascientificas.us.es/index.php/araucaria/article/view/884>
- OCHOA RUIZ, N., «La proposición española de la ley orgánica reguladora de la eutanasia a la luz de la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos (1ª parte)». *Revista de derecho y genoma humano, genética, biotecnología y medicina avanzada*. Núm. 53, 2020, 127-174 [consulta: noviembre 2022]. ISSN 1134-7198.

- REY MARTÍNEZ, F., «Eutanasia y derechos fundamentales». *Revista DIREITO E JUSTIÇA – Reflexões Sociojurídica* [en línea]. 2009, núm. 13, 13- 28 [consulta: octubre de 2022]. DOI 10.31512. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/322641387.pdf>
- STECK, N., EGGER, M., MAESSEN, M., REISH, T., ZWAHLEN, M., «Euthanasia and Assisted Suicide in Selected European Countries and US States». *Systematic Literature Review. Medical Care*. Vol. 51. N.º. 10, 2013. Disponible en: https://journals.lww.com/lww-medicalcare/Abstract/2013/10000/Euthanasia_and_Assisted_Suicide_in_Selected.12.aspx
- TOMÁS-VALIENTE LANUZA, C., «La cooperación al suicidio y la eutanasia en el nuevo CP (art. 143)». *Tirant lo Blanch*. 2000. [consulta: septiembre 2022].
- TOMÁS-VALIENTE LANUZA, C., «La dignidad humana y sus consecuencias normativas en la argumentación jurídica: ¿Un concepto útil?». *Revista española de derecho constitucional*. Núm. 102, 2014, 167-208 [consulta: noviembre 2022].
Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/24887293>
- VELASCO BERNAL, C., TREJO-GABRIEL-GALAN, J.M., «Leyes de eutanasia en España y en el mundo aspectos médicos». *Atención Primaria*. Vol. 54, 2022. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0212656721002043?token=9CE05A195C169F6B2D718A3D12069AA3BCA77C441B56D460F9BD1A81392419293FC0077BBC8513E7364D7F482407C3BA&originRegion=eu-west-1&originCreation=20221124163913>

Bibliografía complementaria

- ALVAREZ ROYO-VILLANOVA, S., «La Ley de Eutanasia (IV): problemas que plantea y posibles soluciones», *Hay Derecho*. 12 enero 2021.
Disponible en: <https://www.hayderecho.com/2021/01/12/ley-de-eutanasia-problemas-que-plantea-y-posibles-soluciones/>
- ARROYO GIL, A., «La eutanasia como un auténtico derecho individual». *El País*. 10 noviembre 2018. Disponible en: <https://agendapublica.elpais.com/noticia/14601/eutanasia-autentico-derecho-individual>
- ESEVERRI HUALDE, C., «Diccionario Etimológico de Helenismos Españoles». *Ediciones Aldecoa*, 4ª edición, Burgos, s.d.
- FIERRO RODRÍGUEZ, D., «Entre el derecho a la eutanasia y el derecho a juzgar al que la pide». *Legal today, artículos de opinión*. 15 julio 2022 [en línea]. Disponible en: <https://www.legaltoday.com/opinion/articulos-de-opinion/entre-el-derecho-a-la-eutanasia-y-el-derecho-a-juzgar-al-que-la-pide-2022-07-15/>
- LÓPEZ, A., «¿Cuál es el origen etimológico del término ‘eutanasia’?», *20 minutos* [en línea]. 2021 [consulta: septiembre 2022].

Disponible en: <https://blogs.20minutos.es/yaestaellistoquetodolosabe/cual-es-el-origen-etimologico-del-termino-eutanasia/>

MARÍA BRUNET, J., «El PP recurre ante el Constitucional la ley de eutanasia por entender que ataca el derecho fundamental a la vida», *El País*. 24 junio 2021. Disponible en: <https://elpais.com/sociedad/2021-06-24/el-pp-recurre-ante-el-constitucional-la-ley-de-eutanasia-por-entender-que-ataca-el-derecho-fundamental-a-la-vida.html>

MARTÍN, P., «La ley de eutanasia cumple un año con una desigual aplicación en toda España», *APE*. 22 junio 2022. Disponible en: <https://www.epe.es/es/sanidad/20220622/ley-eutanasia-aplicacion-comunidades-autonomas-13914467>

MORALEJA MELLADO, Mónica, 2020. *La futura regulación de la Eutanasia en España. Análisis de la Proposición de la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia de 2020* [en línea]. Rosa Milà Rafel (dir.). Trabajo de Fin de Grado. Universidad Pompeu Fabra, Facultad de Derecho, Barcelona [consulta: octubre 2022].

Disponible en: <https://repositori.upf.edu/handle/10230/45476>

MUCHA, M. «Eutanasia para el 'pistolero de Tarragona'». *El Mundo*. 30 junio 2022. Disponible en: <https://www.elmundo.es/cataluna/2022/08/23/6303ba47fc6c83084b8b4607.html>

PASQUALI, M., «¿Qué países permiten el suicidio asistido y/o la eutanasia?». *Statista* [en línea]. 2022. [consulta: septiembre 2022].

Disponible en: <https://es.statista.com/grafico/28150/legalidad-del-suicidio-asistido-en-el-mundo/>

RAGA I VIVES, Ana V, 2021. *Sobre la constitucionalidad de la proposición de Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia* [en línea]. Dr. Ignacio García de Vitoria (dir.). Trabajo de Fin de Máster. Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Derecho, Madrid [consulta: octubre 2022]. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/64083/>

SUÁREZ, B., «Portugal, condenado a esperar por su ley de la eutanasia», *La Voz de Galicia*. 27 octubre 2022.

Disponible en: <https://www.lavozdegalicia.es/noticia/sociedad/2022/10/27/portugal-condenado-esperar-ley-eutanasia/00031666883136405218544.htm>

WESEL, B., «Bélgica: pionera en la eutanasia», *DW*. 26 febrero 2020.

Disponible en: <https://p.dw.com/p/3YQ9f>

Webgrafía

«Diccionario de la lengua española». *Real Academia Española*.

Disponible en: <https://www.rae.es>

«El Constitucional italiano ve “inadmisibles” el referéndum sobre la eutanasia», *DW*. 15 febrero 2022. Disponible en: <https://p.dw.com/p/474mH>

- «El TC de Italia tumba un referéndum sobre la eutanasia: “No protege la vida”», *El Confidencial*. 16 febrero 2022. [en línea].
Disponible en: https://www.elconfidencial.com/mundo/europa/2022-02-16/constitucional-italia-tumba-referendum-eutanasia_3376408/
- «Enfermedades mentales: qué son, clasificación y tipos». *El blog de AEGÓN*. 22 diciembre 2021. Disponible en: <https://blog.aegon.es/salud-mental/enfermedades-mentales/>
- «Eutanasia». *Salud informa* [en línea]. 14 septiembre 2022.
Disponible en: <https://www.saludinforma.es/portalsi/derechos-deberes/eutanasia>
- «Eutanasia: los 7 países del mundo donde es una práctica legal (y cuál es la situación en América Latina)», *BBC NEWS MUNDO*. 11 octubre 2021.
Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-56423589>
- «¿Es inconstitucional la Ley de Eutanasia española? El Tribunal Constitucional admite el recurso», *Religión en Libertad*. 17 septiembre 2021 [en línea]. Disponible en: <https://www.religionenlibertad.com/espana/199135586/inconstitucional-ley-eutanasia-espanola-tribunal-admite-recurso.html>
- «La Audiencia avala la eutanasia del pistolero de Tarragona». *La Vanguardia*. 4 agosto 2022.
Disponible en:
<https://www.lavanguardia.com/local/tarragona/20220804/8450190/pistolero-eutanasia-audiencia-tarragona.html>
- «La ley de la eutanasia entra en vigor: estos son los cambios con la nueva ley», *Ondacero.es*. 25 junio 2021. Disponible en: https://www.ondacero.es/noticias/espana/ley-eutanasia-entra-vigor-estos-son-cambios-nueva-ley_2021062460d55596aa5b310001cde912.html
- «Muere el 'pistolero de Tarragona', el primer preso en recibir la eutanasia en España». *El Diario Cataluña*. 23 agosto 2022. Disponible en:
https://www.eldiario.es/catalunya/muere-pistolero-tarragona-primer-preso-recibir-eutanasia-espana_1_9261618.html
- «“Que quien quiera viva, pero que nos dejen a los demás morir dignamente”». *El País*. 29 septiembre 2019. [en línea].
Disponible en:
https://elpais.com/sociedad/2019/09/28/actualidad/1569691703_672033.html
- «VOX, Nota de Prensa», *VOX*. 16 junio 2021 [En línea].
Disponible en: https://www.voxespana.es/grupo_parlamentario/notas-de-prensa-grupo-parlamentario/recurso-inconstitucionalidad-vox-ley-eutanasia-texto-integro-20210616

Referencias normativas y jurisprudenciales

Legislación citada

▪ Internacional

Ley Holandesa 26691/2001, de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al suicidio. *Boletín Oficial del Estado de los Países Bajos*. Año 2000-20001, núm. 137.

Ley Belga del 28 de mayo de 2002, relativa a la eutanasia completada por la Ley del 10 de noviembre de 2005.

Protocolo núm. 11 al Convenio Para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales relativo a la reestructuración del mecanismo de control estatal por el Convenio. *Boletín Oficial del Estado*. 26 junio 1998, núm. 152.

Disponible en: [https://www.boe.es/eli/es/ai/1994/05/11/\(1\)](https://www.boe.es/eli/es/ai/1994/05/11/(1))

Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos). *Diario Oficial de la Unión Europea*, 4 de mayo del 2016, núm. L 119 (ISSN 1977-0685).

Disponible en: <http://data.europa.eu/eli/reg/2016/679/oj>

▪ Nacional

Constitución Española. *Boletín Oficial del Estado*, 29 diciembre 1978, núm. 311.

Disponible en: [https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/\(1\)/con](https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/(1)/con)

Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. *Boletín Oficial del Estado*, 25 marzo 2021, núm. 72. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/03/24/3/con>

Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. *Boletín Oficial del Estado*, 24 noviembre 1995, núm. 281.

Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/1995/11/23/10/con>

Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-administrativa. *Boletín Oficial del Estado*, 14 julio 1998, núm. 167.

Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/1998/07/13/29/con>

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. *Boletín Oficial del Estado*, 11 de enero de 2001, núm. 3303.

Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es-ct/l/2000/12/29/21/con>

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. *Boletín Oficial del Estado*, 15 noviembre 2002, núm. 274.

Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41/con>

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 del Estado*, 14 de junio de 2005, núm. 140.

Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es-md/l/2005/05/23/3/con>

Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica. *Boletín Oficial del Estado*, 3 de junio de 2021, núm. 132.

Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2021/06/02/8/con>

Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006. *Boletín Oficial del Estado*, 21 de abril de 2008, núm. 96.

Disponible en: [https://www.boe.es/eli/es/ai/2006/12/13/\(1\)/con](https://www.boe.es/eli/es/ai/2006/12/13/(1)/con)

Jurisprudencia referenciada

- **Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH)**

ComEDH, Sentencia de 4 de julio de 1983, *R. c. Reino Unido*, núm. 10083/82.

ComEDH, Sentencia de 17 de mayo de 1995, *Sampedro Camean c. España*, núm. 25949/94.

STEDH, Sentencia de 26 de octubre de 2000, *Sanles Sanles c. España*, núm. 48335/99.

STEDH, Sentencia de 29 de abril de 2002, *Pretty c. Reino Unido*, C-2346/02, EU:C:2002:0429.

STEDH, Sentencia de 20 de enero de 2011, *Haas c. Suiza*, C-31322/07, EU:C:2011:0120.

STEDH, Sentencia de 19 de julio de 2012, *Koch c. Alemania*, C-497/09, EU:C:2012:0719.

STEDH, Sentencia de 14 de mayo de 2013, *Gross c. Suiza*, C-67810/10, EU:C:2011:0930.

- **Tribunal Constitucional (TC)**

Autos

Auto de 18 de julio de 1994, A-234/1994, (BOE núm. 931), ES:TC:1994:234A.

Sentencias

Sentencia de 27 de junio de 1990, STC-120/1990, (BOE núm. 181), ES:TC:1990:120.

Sentencia de 11 de abril de 1985, STC-53/1985, (BOE núm. 119), ES:TC:1985:53

Otras sentencias

John Khemraadi Baboeram, Andre Kamperveen, Cornelis Harold Riedewald, Gerald Leckie, Harry Sugrim Oemrawsingh, Somradj Robby Sohansingh, Lesley Paul Rahman and Edmund Alexander Hoost. v. Suriname, Communication No. 146/1983 and 148 to 154/1983, U.N. Doc. Supp. No. 40 (A/40/40) at 187 (1985).

Listado de abreviaturas

- ART.** Artículo.
- CIS.** Centro de Investigaciones Sociológicas.
- CE.** Constitución Española.
- CP.** Código Penal.
- CC.AA.** Comunidades Autónomas.
- CGE.** Comisión de Garantía y Evaluación.
- COMEDH.** Comisión Europea de Derechos Humanos.
- CEDH.** Convenio Europeo de Derechos Humanos.
- ELA.** Esclerosis lateral amiotrófica.
- LO.** Ley Orgánica.
- LORE.** Ley Orgánica de la Regulación de la Eutanasia.
- PP.** Partido Popular.
- RAE.** Real Academia Española.
- SSTC.** Sentencias del Tribunal Constitucional.
- STC.** Sentencia del Tribunal Constitucional.
- STS.** Sentencia del Tribunal Supremo.
- TC.** Tribunal Constitucional
- TEDH.** Tribunal Europeo de Derechos Humanos.
- UPN.** Unión del Pueblo Navarro.

Anexo. Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia



LEGISLACIÓN CONSOLIDADA

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

Jefatura del Estado
«BOE» núm. 72, de 25 de marzo de 2021
Referencia: BOE-A-2021-4628

ÍNDICE

<i>Preámbulo</i>	3
CAPÍTULO I. Disposiciones generales	5
Artículo 1. Objeto.	5
Artículo 2. Ámbito de aplicación.	6
Artículo 3. Definiciones.	6
CAPÍTULO II. Derecho de las personas a solicitar la prestación de ayuda para morir y requisitos para su ejercicio	6
Artículo 4. Derecho a solicitar la prestación de ayuda para morir.	6
Artículo 5. Requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir.	7
Artículo 6. Requisitos de la solicitud de prestación de ayuda para morir.	7
Artículo 7. Denegación de la prestación de ayuda para morir.	8
CAPÍTULO III. Procedimiento para la realización de la prestación de ayuda para morir.	8
Artículo 8. Procedimiento a seguir por el médico responsable cuando exista una solicitud de prestación de ayuda para morir.	8
Artículo 9. Procedimiento a seguir cuando se aprecie que existe una situación de incapacidad de hecho.	9
Artículo 10. Verificación previa por parte de la Comisión de Garantía y Evaluación.	9
Artículo 11. Realización de la prestación de ayuda para morir.	10
Artículo 12. Comunicación a la Comisión de Garantía y Evaluación tras la realización de la prestación de ayuda para morir.	10
CAPÍTULO IV. Garantía en el acceso a la prestación de ayuda para morir.	11

Artículo 13. Garantía del acceso a la prestación de ayuda para morir.	11
Artículo 14. Prestación de la ayuda para morir por los servicios de salud.	11
Artículo 15. Protección de la intimidad y confidencialidad.	11
Artículo 16. Objeción de conciencia de los profesionales sanitarios.	11
CAPÍTULO V. Comisiones de Garantía y Evaluación	11
Artículo 17. Creación y composición.	11
Artículo 18. Funciones.	12
Artículo 19. Deber de secreto.	13
<i>Disposiciones adicionales</i>	13
Disposición adicional primera. Sobre la consideración legal de la muerte.	13
Disposición adicional segunda. Régimen sancionador.	13
Disposición adicional tercera. Informe anual.	13
Disposición adicional cuarta. Personas con discapacidad.	13
Disposición adicional quinta. Recurso jurisdiccional.	13
Disposición adicional sexta. Medidas para garantizar la prestación de ayuda para morir por los servicios de salud.	13
Disposición adicional séptima. Formación.	13
<i>Disposiciones transitorias</i>	14
Disposición transitoria única. Régimen jurídico de las Comisiones de Garantía y Evaluación.	14
<i>Disposiciones derogatorias</i>	14
Disposición derogatoria única. Derogación normativa.	14
<i>Disposiciones finales</i>	14
Disposición final primera. Modificación de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.	14
Disposición final segunda. Título competencial.	14
Disposición final tercera. Carácter ordinario de determinadas disposiciones.	14
Disposición final cuarta. Entrada en vigor.	14

TEXTO CONSOLIDADO
Última modificación: sin modificaciones

FELIPE VI

REY DE ESPAÑA

A todos los que la presente vieren y entendieren.

Sabed: Que las Cortes Generales han aprobado y Yo vengo en sancionar la siguiente ley orgánica:

PREÁMBULO

I

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

La eutanasia significa etimológicamente «buena muerte» y se puede definir como el acto deliberado de dar fin a la vida de una persona, producido por voluntad expresa de la propia persona y con el objeto de evitar un sufrimiento. En nuestras doctrinas bioética y penalista existe hoy un amplio acuerdo en limitar el empleo del término «eutanasia» a aquella que se produce de manera activa y directa, de manera que las actuaciones por omisión que se designaban como eutanasia pasiva (no adopción de tratamientos tendentes a prolongar la vida y la interrupción de los ya instaurados conforme a la *lex artis*), o las que pudieran considerarse como eutanasia activa indirecta (utilización de fármacos o medios terapéuticos que alivian el sufrimiento físico o psíquico aunque aceleren la muerte del paciente –cuidados paliativos–) se han excluido del concepto bioético y jurídico-penal de eutanasia.

El debate sobre la eutanasia, tanto desde el punto de vista de la bioética como del Derecho, se ha abierto paso en nuestro país y en los países de nuestro entorno durante las últimas décadas, no solo en los ámbitos académicos sino también en la sociedad, debate que se aviva periódicamente a raíz de casos personales que conmueven a la opinión pública. Un debate en el que confluyen diferentes causas, como 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; 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; la secularización de la vida y conciencia social y de los valores de las personas; o el reconocimiento de la autonomía de la persona también en el ámbito sanitario, entre otros factores. Y es, precisamente, obligación del legislador atender a las demandas y valores de la sociedad, preservando y respetando sus derechos y adecuando para ello las normas que ordenan y organizan nuestra convivencia.

La legalización y regulación de la eutanasia se asientan sobre la compatibilidad de unos principios esenciales que son basamento de los derechos de las personas, y que son así recogidos en la Constitución española. Son, de un lado, los derechos fundamentales a la vida y a la integridad física y moral, y de otro, bienes constitucionalmente protegidos como son la dignidad, la libertad o la autonomía de la voluntad.

Hacer compatibles estos derechos y principios constitucionales es necesario y posible, para lo que se requiere una legislación respetuosa con todos ellos. No basta simplemente con despenalizar las conductas que impliquen alguna forma de ayuda a la muerte de otra persona, aun cuando se produzca por expreso deseo de esta. Tal modificación legal dejaría a las personas desprotegidas respecto de su derecho a la vida que nuestro marco constitucional exige proteger. Se busca, en cambio, legislar para respetar la autonomía y voluntad de poner fin a la vida de quien está en una situación de padecimiento grave, crónico e imposibilitante o de enfermedad grave e incurable, padeciendo un sufrimiento insoportable que no puede ser aliviado en condiciones que considere aceptables, lo que denominamos un contexto eutanásico. Con ese fin, la presente Ley regula y despenaliza la eutanasia en

determinados supuestos, definidos claramente, y sujetos a garantías suficientes que salvaguarden la absoluta libertad de la decisión, descartando presión externa de cualquier índole.

En el panorama de los países de nuestro entorno se pueden reconocer, fundamentalmente, dos modelos de tratamiento normativo de la eutanasia.

Por una parte, los países que despenalizan las conductas eutanásicas cuando se considera que quien la realiza no tiene una conducta egoísta, y por consiguiente tiene una razón compasiva, dando pie a que se generen espacios jurídicos indeterminados que no ofrecen las garantías necesarias.

Por otra parte, los países que han regulado los supuestos en que la eutanasia es una práctica legalmente aceptable, siempre que sean observados concretos requisitos y garantías.

En el análisis de estas dos alternativas jurídicas, es relevante la doctrina del Tribunal Europeo de Derechos Humanos que, en su sentencia de 14 de mayo de 2013 (caso Gross vs. Suiza), consideró que no es aceptable que un país que haya despenalizado conductas eutanásicas no tenga elaborado y promulgado un régimen legal específico, precisando las modalidades de práctica de tales conductas eutanásicas. Esta Ley pretende incluirse en el segundo modelo de legislación, dotando de una regulación sistemática y ordenada a los supuestos en los que la eutanasia no deba ser objeto de reproche penal. Así, la Ley distingue entre dos conductas eutanásicas diferentes, la eutanasia activa y aquella en la que es el propio paciente la persona que termina con su vida, para lo que precisa de la colaboración de un profesional sanitario que, de forma intencionada y con conocimiento, facilita los medios necesarios, incluido el asesoramiento sobre la sustancia y dosis necesarias de medicamentos, su prescripción o, incluso, su suministro con el fin de que el paciente se lo administre. Por su parte, eutanasia activa es la acción por la que un profesional sanitario pone fin a la vida de un paciente de manera deliberada y a petición de este, cuando se produce dentro de un contexto eutanásico por causa de padecimiento grave, crónico e impositivo o enfermedad grave e incurable, causantes de un sufrimiento intolerable.

El contexto eutanásico, en el cual se acepta legalmente prestar ayuda para morir a otra persona, debe delimitarse con arreglo a determinadas condiciones que afectan a la situación física de la persona con el consiguiente sufrimiento físico o mental en que se encuentra, a las posibilidades de intervención para aliviar su sufrimiento, y a las convicciones morales de la persona sobre la preservación de su vida en unas condiciones que considere incompatibles con su dignidad personal. Así mismo, han de establecerse garantías para que la decisión de poner fin a la vida se produzca con absoluta libertad, autonomía y conocimiento, protegida por tanto de presiones de toda índole que pudieran provenir de entornos sociales, económicos o familiares desfavorables, o incluso de decisiones apresuradas. Este contexto eutanásico, así delimitado, requiere de una valoración cualificada y externa a las personas solicitante y ejecutora, previa y posterior al acto eutanásico. Al mismo tiempo, mediante la posibilidad de objeción de conciencia, se garantiza la seguridad jurídica y el respeto a la libertad de conciencia del personal sanitario llamado a colaborar en el acto de ayuda médica para morir, entendiendo el término médica implícito en la Ley cuando se habla de ayuda para morir, y entendido en un sentido genérico que comprende el conjunto de prestaciones y auxilios asistenciales que el personal sanitario debe prestar, en el ámbito de su competencia, a los pacientes que soliciten la ayuda necesaria para morir.

En definitiva, esta Ley introduce en nuestro ordenamiento jurídico un nuevo derecho individual como es la eutanasia. Se entiende por esta la actuación que produce la muerte de una persona de forma directa e intencionada mediante una relación causa-efecto única e inmediata, a petición informada, expresa y reiterada en el tiempo por dicha persona, y que se lleva a cabo en un contexto de sufrimiento debido a una enfermedad o padecimiento incurable que la persona experimenta como inaceptable y que no ha podido ser mitigado por otros medios. Así definida, la eutanasia conecta con un derecho fundamental de la persona constitucionalmente protegido como es la vida, pero que se debe cohonstar también con otros derechos y bienes, igualmente protegidos constitucionalmente, como son la integridad física y moral de la persona (art. 15 CE), la dignidad humana (art. 10 CE), el valor superior de la libertad (art. 1.1 CE), la libertad ideológica y de conciencia (art. 16 CE) o el derecho a

la intimidad (art. 18.1 CE). Cuando una persona plenamente capaz y libre se enfrenta a una situación vital que a su juicio vulnera su dignidad, intimidad e integridad, como es la que define el contexto eutanásico antes descrito, el bien de 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. Por esta misma razón, el Estado está obligado a proveer un régimen jurídico que establezca las garantías necesarias y de seguridad jurídica.

II

La presente Ley consta de cinco capítulos, siete disposiciones adicionales, una disposición transitoria, una disposición derogatoria y cuatro disposiciones finales.

El capítulo I está destinado a delimitar su objeto y ámbito de aplicación, así como a establecer las necesarias definiciones fundamentales del texto normativo.

El capítulo II establece los requisitos para que las personas puedan solicitar la prestación de ayuda para morir y las condiciones para su ejercicio. Toda persona mayor de edad y en plena capacidad de obrar y decidir puede solicitar y recibir dicha ayuda, siempre que lo haga de forma autónoma, consciente e informada, y que se encuentre en los supuestos de padecimiento grave, crónico e incapacitante o de enfermedad grave e incurable causantes de un sufrimiento físico o psíquico intolerables. Se articula también la posibilidad de solicitar esta ayuda mediante el documento de instrucciones previas o equivalente, legalmente reconocido, que existe ya en nuestro ordenamiento jurídico.

El capítulo III va dirigido a regular el procedimiento que se debe seguir para la realización de la prestación de ayuda para morir y las garantías que han de observarse en la aplicación de dicha prestación. En este ámbito cabe destacar la creación de Comisiones de Garantía y Evaluación que han de verificar de forma previa y controlar a posteriori el respeto a la Ley y los procedimientos que establece.

El capítulo IV establece los elementos que permiten garantizar a toda la ciudadanía el acceso en condiciones de igualdad a la prestación de ayuda para morir, incluyéndola en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud y garantizando así su financiación pública, pero garantizando también su prestación en centros privados o, incluso, en el domicilio. Hay que destacar que se garantiza dicha prestación sin perjuicio de la posibilidad de objeción de conciencia del personal sanitario.

Finalmente, el capítulo V regula las Comisiones de Garantía y Evaluación que deberán crearse en todas las Comunidades Autónomas y en las Ciudades de Ceuta y Melilla a los fines de esta Ley.

Las disposiciones adicionales, por su parte, se dirigen a garantizar que quienes solicitan ayuda para morir al amparo de esta Ley, se considerará que fallecen por muerte natural, a asegurar recursos y medios de apoyo destinados a las personas con discapacidad, a establecer mecanismos para dar la máxima difusión a la presente Ley entre los profesionales sanitarios y la ciudadanía y oferta de formación continua específica sobre la ayuda para morir, así como un régimen sancionador. En sus disposiciones finales, se procede, en consecuencia con el nuevo ordenamiento legal introducido por la presente Ley, a la modificación de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, con el objeto de despenalizar todas aquellas conductas eutanásicas en los supuestos y condiciones establecidos por la presente Ley.

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1. *Objeto.*

El objeto de esta Ley es regular el derecho que corresponde a toda persona que cumpla las condiciones exigidas a solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir, el procedimiento que ha de seguirse y las garantías que han de observarse.

Asimismo, determina los deberes del personal sanitario que atiende a esas personas, definiendo su marco de actuación, y regula las obligaciones de las administraciones e

instituciones concernidas para asegurar el correcto ejercicio del derecho reconocido en esta Ley.

Artículo 2. *Ámbito de aplicación.*

Esta Ley será de aplicación a todas las personas físicas o jurídicas, públicas o privadas, que actúen o se encuentren en territorio español. A estos efectos, se entenderá que una persona jurídica se encuentra en territorio español cuando tenga domicilio social, sede de dirección efectiva, sucursal, delegación o establecimiento de cualquier naturaleza en territorio español.

Artículo 3. *Definiciones.*

A los efectos de lo previsto en esta Ley, se entiende por:

a) «Consentimiento informado»: la conformidad libre, voluntaria y consciente del paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que, a petición suya, tenga lugar una de las actuaciones descritas en la letra g).

b) «Padecimiento grave, crónico e imposibilitante»: situación que hace referencia a 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 llevan asociado un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable para quien lo padece, existiendo seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones vayan a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable. En ocasiones puede suponer la dependencia absoluta de apoyo tecnológico.

c) «Enfermedad grave e incurable»: la que por su naturaleza origina sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables sin posibilidad de alivio que la persona considere tolerable, con un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva.

d) «Médico responsable»: facultativo que tiene a su cargo coordinar toda la información y la asistencia sanitaria del paciente, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, y sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales.

e) «Médico consultor»: facultativo con formación en el ámbito de las patologías que padece el paciente y que no pertenece al mismo equipo del médico responsable.

f) «Objeción de conciencia sanitaria»: derecho individual de los profesionales sanitarios a no atender aquellas demandas de actuación sanitaria reguladas en esta Ley que resultan incompatibles con sus propias convicciones.

g) «Prestación de ayuda para morir»: acción derivada de proporcionar los medios necesarios a una persona que cumple los requisitos previstos en esta Ley y que ha manifestado su deseo de morir. Dicha prestación se puede producir en dos modalidades:

1.ª) La administración directa al paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario competente.

2.ª) 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.

h) «Situación de incapacidad de hecho»: 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.

CAPÍTULO II

Derecho de las personas a solicitar la prestación de ayuda para morir y requisitos para su ejercicio

Artículo 4. *Derecho a solicitar la prestación de ayuda para morir.*

1. Se reconoce el derecho de toda persona que cumpla los requisitos previstos en esta Ley a solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir.

2. La decisión de solicitar la prestación de ayuda para morir ha de ser una decisión autónoma, entendiéndose por tal aquella que está fundamentada en el conocimiento sobre su proceso médico, después de haber sido informada adecuadamente por el equipo sanitario responsable. En la historia clínica deberá quedar constancia de que la información ha sido recibida y comprendida por el paciente.

3. En los procedimientos regulados en esta Ley, se garantizarán los medios y recursos de apoyo, materiales y humanos, incluidas las medidas de accesibilidad y diseño universales y los ajustes razonables que resulten precisos para que las personas solicitantes de la prestación de ayuda para morir reciban la información, formen y expresen su voluntad, otorguen su consentimiento y se comuniquen e interactúen con el entorno, de modo libre, a fin de que su decisión sea individual, madura y genuina, sin intromisiones, injerencias o influencias indebidas.

En especial, se adoptarán las medidas pertinentes para proporcionar acceso a las personas con discapacidad al apoyo que pueden necesitar en el ejercicio de los derechos que tienen reconocidos en el ordenamiento jurídico.

Artículo 5. *Requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir.*

1. Para poder recibir la prestación de ayuda para morir será necesario que la persona cumpla todos los siguientes requisitos:

a) Tener la nacionalidad española o residencia legal en España o certificado de empadronamiento que acredite un tiempo de permanencia en territorio español superior a doce meses, tener mayoría de edad y ser capaz y consciente en el momento de la solicitud.

b) Disponer por escrito de la información que exista sobre su proceso médico, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, incluida la de acceder a cuidados paliativos integrales comprendidos en la cartera común de servicios y a las prestaciones que tuviera derecho de conformidad a la normativa de atención a la dependencia.

c) Haber formulado dos solicitudes de manera voluntaria y por escrito, o por otro medio que permita dejar constancia, y que no sea el resultado de ninguna presión externa, dejando una separación de al menos quince días naturales entre ambas.

Si el médico responsable considera que la pérdida de la capacidad de la persona solicitante para otorgar el consentimiento informado es inminente, podrá aceptar cualquier periodo menor que considere apropiado en función de las circunstancias clínicas concurrentes, de las que deberá dejar constancia en la historia clínica.

d) Sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante en los términos establecidos en esta Ley, certificada por el médico responsable.

e) Prestar consentimiento informado previamente a recibir la prestación de ayuda para morir. Dicho consentimiento se incorporará a la historia clínica del paciente.

2. No será de aplicación lo previsto en las letras b), c) y e) del apartado anterior en aquellos casos en los que el médico responsable certifique que el paciente no se encuentra en el pleno uso de sus facultades ni puede prestar su conformidad libre, voluntaria y consciente para realizar las solicitudes, cumpla lo previsto en el apartado 1.d), y haya suscrito con anterioridad un documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documentos equivalentes legalmente reconocidos, en cuyo caso se podrá facilitar la prestación de ayuda para morir conforme a lo dispuesto en dicho documento. En el caso de haber nombrado representante en ese documento será el interlocutor válido para el médico responsable.

La valoración de la situación de incapacidad de hecho por el médico responsable se hará conforme a los protocolos de actuación que se determinen por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Artículo 6. *Requisitos de la solicitud de prestación de ayuda para morir.*

1. La solicitud de prestación de ayuda para morir a la que se refiere el artículo 5.1.c) deberá hacerse por escrito, debiendo estar el documento fechado y firmado por el paciente solicitante, o por cualquier otro medio que permita dejar constancia de la voluntad inequívoca de quien la solicita, así como del momento en que se solicita.

En el caso de que por su situación personal o condición de salud no le fuera posible fechar y firmar el documento, podrá hacer uso de otros medios que le permitan dejar constancia, o bien otra persona mayor de edad y plenamente capaz podrá fecharlo y firmarlo en su presencia. Dicha persona ha de mencionar el hecho de que quien demanda la prestación de ayuda para morir no se encuentra en condiciones de firmar el documento e indicar las razones.

2. El documento deberá firmarse en presencia de un profesional sanitario que lo rubricará. Si no es el médico responsable, lo entregará a este. El escrito deberá incorporarse a la historia clínica del paciente.

3. El solicitante de la prestación de ayuda para morir podrá revocar su solicitud en cualquier momento, incorporándose su decisión en su historia clínica. Asimismo, podrá pedir el aplazamiento de la administración de la ayuda para morir.

4. En los casos previstos en el artículo 5.2, la solicitud de prestación de ayuda para morir podrá ser presentada al médico responsable por otra persona mayor de edad y plenamente capaz, acompañándolo del documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documentos equivalentes legalmente reconocidos, suscritos previamente por el paciente. En caso de que no exista ninguna persona que pueda presentar la solicitud en nombre del paciente, el médico que lo trata podrá presentar la solicitud de eutanasia. En tal caso, dicho médico que lo trata estará legitimado para solicitar y obtener el acceso al documento de instrucciones previas, voluntades anticipadas o documentos equivalentes a través de las personas designadas por la autoridad sanitaria de la Comunidad Autónoma correspondiente o por el Ministerio de Sanidad, de conformidad con la letra d) del punto 1 del artículo 4 del Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal.

Artículo 7. Denegación de la prestación de ayuda para morir.

1. Las denegaciones de la prestación de ayuda para morir deberán realizarse siempre por escrito y de manera motivada por el médico responsable.

2. Contra dicha denegación, que deberá realizarse en el plazo máximo de diez días naturales desde la primera solicitud, la persona que hubiera presentado la misma podrá presentar en el plazo máximo de quince días naturales una reclamación ante la Comisión de Garantía y Evaluación competente. El médico responsable que deniegue la solicitud está obligado a informarle de esta posibilidad.

3. El médico responsable que deniegue la solicitud de la prestación de ayuda para morir, con independencia de que se haya formulado o no una reclamación ante la Comisión de Garantía y Evaluación competente, deberá remitir, en el plazo de cinco días contados a partir de que se le haya notificado la denegación al paciente, los dos documentos especificados en el artículo 12, adaptando el documento segundo de modo que incluya los datos clínicos relevantes para la evaluación del caso y por escrito el motivo de la denegación.

CAPÍTULO III

Procedimiento para la realización de la prestación de ayuda para morir

Artículo 8. Procedimiento a seguir por el médico responsable cuando exista una solicitud de prestación de ayuda para morir.

1. Una vez recibida la primera solicitud de prestación de ayuda para morir a la que se refiere el artículo 5.1.c), el médico responsable, en el plazo máximo de dos días naturales, una vez verificado que se cumplen los requisitos previstos en el artículo 5.1.a), c) y d), realizará con el paciente solicitante un proceso deliberativo sobre su diagnóstico, posibilidades terapéuticas y resultados esperables, así como sobre posibles cuidados paliativos, asegurándose de que comprende la información que se le facilita. Sin perjuicio de que dicha información sea explicada por el médico responsable directamente al paciente, la misma deberá facilitarse igualmente por escrito, en el plazo máximo de cinco días naturales.

Transcurrido el plazo previsto en el artículo 5.1.c), y una vez recibida la segunda solicitud, el médico responsable, en el plazo de dos días naturales, retomará con el paciente

solicitante el proceso deliberativo al objeto de atender, en el plazo máximo de cinco días naturales, cualquier duda o necesidad de ampliación de información que se le haya planteado al paciente tras la información proporcionada después de la presentación de la primera solicitud, conforme al párrafo anterior.

2. Transcurridas veinticuatro horas tras la finalización del proceso deliberativo al que se refiere el apartado anterior, el médico responsable recabará del paciente solicitante su decisión de continuar o desistir de la solicitud de prestación de ayuda para morir. En el caso de que el paciente manifestara su deseo de continuar con el procedimiento, el médico responsable deberá comunicar esta circunstancia al equipo asistencial, especialmente a los profesionales de enfermería, así como, en el caso de que así lo solicitara el paciente, a los familiares o allegados que señale. Igualmente, deberá recabar del paciente la firma del documento del consentimiento informado.

En el caso de que el paciente decidiera desistir de su solicitud, el médico responsable pondrá este hecho igualmente en conocimiento del equipo asistencial.

3. El médico responsable deberá consultar a un médico consultor, quien, tras estudiar la historia clínica y examinar al paciente, deberá corroborar el cumplimiento de las condiciones establecidas en el artículo 5.1, o en su caso en el 5.2, en el plazo máximo de diez días naturales desde la fecha de la segunda solicitud, a cuyo efecto redactará un informe que pasará a formar parte de la historia clínica del paciente. Las conclusiones de dicho informe deberán ser comunicadas al paciente solicitante en el plazo máximo de veinticuatro horas.

4. En caso de informe desfavorable del médico consultor sobre el cumplimiento de las condiciones del artículo 5.1, el paciente podrá recurrir a la Comisión de Garantía y Evaluación en los términos previstos en el artículo 7.2.

5. Una vez cumplido lo previsto en los apartados anteriores, el médico responsable, antes de la realización de la prestación de ayuda para morir, lo pondrá en conocimiento del presidente de la Comisión de Garantía y Evaluación, en el plazo máximo de tres días hábiles, al efecto de que se realice el control previo previsto en el artículo 10.

Artículo 9. *Procedimiento a seguir cuando se aprecie que existe una situación de incapacidad de hecho.*

En los casos previstos en el artículo 5.2 el médico responsable está obligado a aplicar lo previsto en las instrucciones previas o documento equivalente.

Artículo 10. *Verificación previa por parte de la Comisión de Garantía y Evaluación.*

1. Una vez recibida la comunicación médica a que se refiere el artículo 8.5, el presidente de la Comisión de Garantía y Evaluación designará, en el plazo máximo de dos días, a dos miembros de la misma, un profesional médico y un jurista, para que verifiquen si, a su juicio, concurren los requisitos y condiciones establecidos para el correcto ejercicio del derecho a solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir.

2. Para el adecuado ejercicio de sus funciones, los dos miembros citados en el apartado anterior tendrán acceso a la documentación que obre en la historia clínica y podrán entrevistarse con el profesional médico y el equipo, así como con la persona solicitante.

3. En el plazo máximo de siete días naturales, emitirán un informe con los requisitos a que se refiere el documento contemplado en la letra b) del artículo 12. Si la decisión es favorable, el informe emitido servirá de resolución a los efectos de la realización de la prestación. Si la decisión es desfavorable a la solicitud planteada, quedará abierta la posibilidad de reclamar en virtud de lo previsto en la letra a) del artículo 18. En los casos en que no haya acuerdo entre los dos miembros citados en el apartado 1 de este artículo, se elevará la verificación al pleno de la Comisión de Garantía y Evaluación, que decidirá definitivamente.

4. La resolución definitiva deberá ponerse en conocimiento del presidente para que, a su vez, la traslade al médico responsable que realizó la comunicación para proceder, en su caso, a realizar la prestación de ayuda para morir; todo ello deberá hacerse en el plazo máximo de dos días naturales.

5. Las resoluciones de la Comisión que informen desfavorablemente la solicitud de la prestación de ayuda para morir podrán ser recurridas ante la jurisdicción contencioso-administrativa.

Artículo 11. *Realización de la prestación de ayuda para morir.*

1. Una vez recibida la resolución positiva, la realización de la prestación de ayuda para morir debe hacerse con el máximo cuidado y profesionalidad por parte de los profesionales sanitarios, con aplicación de los protocolos correspondientes, que contendrán, además, criterios en cuanto a la forma y tiempo de realización de la prestación.

En el caso de que el paciente se encuentre consciente, este deberá comunicar al médico responsable la modalidad en la que quiere recibir la prestación de ayuda para morir.

2. En los casos en los que la prestación de ayuda para morir lo sea conforme a la forma descrita en el artículo 3.g.1.^a) el médico responsable, así como el resto de profesionales sanitarios, asistirán al paciente hasta el momento de su muerte.

3. En el supuesto contemplado en el artículo 3.g.2.^a) el médico responsable, así como el resto de profesionales sanitarios, tras prescribir la sustancia que el propio paciente se autoadministrará, mantendrá la debida tarea de observación y apoyo a este hasta el momento de su fallecimiento.

Artículo 12. *Comunicación a la Comisión de Garantía y Evaluación tras la realización de la prestación de ayuda para morir.*

Una vez realizada la prestación de ayuda para morir, y en el plazo máximo de cinco días hábiles después de esta, el médico responsable deberá remitir a la Comisión de Garantía y Evaluación de su Comunidad Autónoma o Ciudad Autónoma los siguientes dos documentos separados e identificados con un número de registro:

a) El primer documento, sellado por el médico responsable, referido como «documento primero», deberá recoger los siguientes datos:

1.º) Nombre completo y domicilio de la persona solicitante de la ayuda para morir y, en su caso, de la persona autorizada que lo asistiera.

2.º) Nombre completo, dirección y número de identificación profesional (número de colegiado o equivalente) del médico responsable.

3.º) Nombre completo, dirección y número de identificación profesional del médico consultor cuya opinión se ha recabado.

4.º) Si la persona solicitante disponía de un documento de instrucciones previas o documento equivalente y en él se señalaba a un representante, nombre completo del mismo. En caso contrario, nombre completo de la persona que presentó la solicitud en nombre del paciente en situación de incapacidad de hecho.

b) El segundo documento, referido como «documento segundo», deberá recoger los siguientes datos:

1.º) Sexo y edad de la persona solicitante de la ayuda para morir.

2.º) Fecha y lugar de la muerte.

3.º) Tiempo transcurrido desde la primera y la última petición hasta la muerte de la persona.

4.º) Descripción de la patología padecida por la persona solicitante (enfermedad grave e incurable o padecimiento grave, crónico e imposibilitante).

5.º) Naturaleza del sufrimiento continuo e insoportable padecido y razones por las cuales se considera que no tenía perspectivas de mejoría.

6.º) Información sobre la voluntariedad, reflexión y reiteración de la petición, así como sobre la ausencia de presión externa.

7.º) Si existía documento de instrucciones previas o documento equivalente, una copia del mismo.

8.º) Procedimiento seguido por el médico responsable y el resto del equipo de profesionales sanitarios para realizar la ayuda para morir.

9.º) Capacitación de los médicos consultores y fechas de las consultas.

CAPÍTULO IV

Garantía en el acceso a la prestación de ayuda para morir

Artículo 13. *Garantía del acceso a la prestación de ayuda para morir.*

1. La prestación de ayuda para morir estará incluida en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud y será de financiación pública.

2. Los servicios públicos de salud, en el ámbito de sus respectivas competencias, aplicarán las medidas precisas para garantizar el derecho a la prestación de ayuda para morir en los supuestos y con los requisitos establecidos en esta Ley.

Artículo 14. *Prestación de la ayuda para morir por los servicios de salud.*

La prestación de la ayuda para morir se realizará en centros sanitarios públicos, privados o concertados, y en el domicilio, sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabados por el ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria o por el lugar donde se realiza. No podrán intervenir en ninguno de los equipos profesionales quienes incurran en conflicto de intereses ni quienes resulten beneficiados de la práctica de la eutanasia.

Artículo 15. *Protección de la intimidad y confidencialidad.*

1. Los centros sanitarios que realicen la prestación de ayuda para morir adoptarán las medidas necesarias para asegurar la intimidad de las personas solicitantes de la prestación y la confidencialidad en el tratamiento de sus datos de carácter personal.

2. Asimismo, los citados centros deberán contar con sistemas de custodia activa de las historias clínicas de los pacientes e implantar en el tratamiento de los datos las medidas de seguridad de nivel alto previstas en la normativa vigente en materia de protección de datos de carácter personal, teniendo en cuenta que los tratamientos afectan a categorías especiales de datos previstas en el artículo 9 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016.

Artículo 16. *Objeción de conciencia de los profesionales sanitarios.*

1. Los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de ayuda para morir podrán ejercer su derecho a la objeción de conciencia.

El rechazo o la negativa a realizar la citada prestación por razones de conciencia es una decisión individual del profesional sanitario directamente implicado en su realización, la cual deberá manifestarse anticipadamente y por escrito.

2. Las administraciones sanitarias crearán un registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la ayuda para morir, en el que se inscribirán las declaraciones de objeción de conciencia para la realización de la misma y que tendrá por objeto facilitar la necesaria información a la administración sanitaria para que esta pueda garantizar una adecuada gestión de la prestación de ayuda para morir. El registro se someterá al principio de estricta confidencialidad y a la normativa de protección de datos de carácter personal.

CAPÍTULO V

Comisiones de Garantía y Evaluación

Artículo 17. *Creación y composición.*

1. Existirá una Comisión de Garantía y Evaluación en cada una de las Comunidades Autónomas, así como en las Ciudades de Ceuta y Melilla. La composición de cada una de ellas tendrá carácter multidisciplinar y deberá contar con un número mínimo de siete miembros entre los que se incluirán personal médico, de enfermería y juristas.

2. En el caso de las Comunidades Autónomas, dichas comisiones, que tendrán la naturaleza de órgano administrativo, serán creadas por los respectivos gobiernos autonómicos, quienes determinarán su régimen jurídico. En el caso de las Ciudades de

Ceuta y Melilla, será el Ministerio de Sanidad quien cree las comisiones para cada una de las ciudades y determine sus regímenes jurídicos.

3. Cada Comisión de Garantía y Evaluación deberá crearse y constituirse en el plazo de tres meses a contar desde la entrada en vigor de este artículo.

4. Cada Comisión de Garantía y Evaluación deberá disponer de un reglamento de orden interno, que será elaborado por la citada Comisión y autorizado por el órgano competente de la administración autonómica. En el caso de las Ciudades de Ceuta y Melilla, la citada autorización corresponderá al Ministerio de Sanidad.

5. El Ministerio de Sanidad y los presidentes de las Comisiones de Garantía y Evaluación de las Comunidades Autónomas se reunirán anualmente, bajo la coordinación del Ministerio, para homogeneizar criterios e intercambiar buenas prácticas en el desarrollo de la prestación de eutanasia en el Sistema Nacional de Salud.

Artículo 18. Funciones.

Son funciones de la Comisión de Garantía y Evaluación las siguientes:

a) Resolver en el plazo máximo de veinte días naturales las reclamaciones que formulen las personas a las que el médico responsable haya denegado su solicitud de prestación de ayuda para morir, así como dirimir los conflictos de intereses que puedan suscitarse según lo previsto en el artículo 14.

También resolverá en el plazo de veinte días naturales las reclamaciones a las que se refiere el apartado 3 del artículo 10, sin que puedan participar en la resolución de las mismas los dos miembros designados inicialmente para verificar el cumplimiento de los requisitos de la solicitud.

Asimismo resolverá en igual plazo sobre las solicitudes pendientes de verificación y elevadas al pleno por existir disparidad de criterios entre los miembros designados que impida la formulación de un informe favorable o desfavorable.

En el caso de que la resolución sea favorable a la solicitud de prestación de ayuda para morir, la Comisión de Garantía y Evaluación competente requerirá a la dirección del centro para que en el plazo máximo de siete días naturales facilite la prestación solicitada a través de otro médico del centro o de un equipo externo de profesionales sanitarios.

El transcurso del plazo de veinte días naturales sin haberse dictado resolución dará derecho a los solicitantes a entender denegada su solicitud de prestación de ayuda para morir, quedando abierta la posibilidad de recurso ante la jurisdicción contencioso-administrativa.

b) Verificar en el plazo máximo de dos meses si la prestación de ayuda para morir se ha realizado de acuerdo con los procedimientos previstos en la ley.

Dicha verificación se realizará con carácter general a partir de los datos recogidos en el documento segundo. No obstante, en caso de duda, la Comisión podrá decidir por mayoría simple levantar el anonimato y acudir a la lectura del documento primero. Si, tras el levantamiento del anonimato, la imparcialidad de algún miembro de la Comisión de Garantía y Evaluación se considerara afectada, este podrá retirarse voluntariamente o ser recusado.

Asimismo, para realizar la citada verificación la Comisión podrá decidir por mayoría simple solicitar al médico responsable la información recogida en la historia clínica del paciente que tenga relación con la realización de la prestación de ayuda para morir.

c) Detectar posibles problemas en el cumplimiento de las obligaciones previstas en esta Ley, proponiendo, en su caso, mejoras concretas para su incorporación a los manuales de buenas prácticas y protocolos.

d) Resolver dudas o cuestiones que puedan surgir durante la aplicación de la Ley, sirviendo de órgano consultivo en su ámbito territorial concreto.

e) Elaborar y hacer público un informe anual de evaluación acerca de la aplicación de la Ley en su ámbito territorial concreto. Dicho informe deberá remitirse al órgano competente en materia de salud.

f) Aquellas otras que puedan atribuirles los gobiernos autonómicos, así como, en el caso de las Ciudades de Ceuta y Melilla, el Ministerio de Sanidad.

Artículo 19. Deber de secreto.

Los miembros de las Comisiones de Garantía y Evaluación estarán obligados a guardar secreto sobre el contenido de sus deliberaciones y a proteger la confidencialidad de los datos personales que, sobre profesionales sanitarios, pacientes, familiares y personas allegadas, hayan podido conocer en su condición de miembros de la Comisión.

Disposición adicional primera. Sobre la consideración legal de la muerte.

La muerte como consecuencia de la prestación de ayuda para morir tendrá la consideración legal de muerte natural a todos los efectos, independientemente de la codificación realizada en la misma.

Disposición adicional segunda. Régimen sancionador.

Las infracciones de lo dispuesto por la presente Ley quedan sometidas al régimen sancionador previsto en el capítulo VI del título I de la Ley 14/1986, General de Sanidad, sin perjuicio de las posibles responsabilidades civil, penal y profesional o estatutaria que puedan corresponder.

Disposición adicional tercera. Informe anual.

Las Comunidades Autónomas remitirán al Ministerio de Sanidad el informe a que se refiere la letra e) del artículo 18. Para las Ciudades de Ceuta y Melilla el Ministerio de Sanidad recabará dicho informe a través del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. Los datos conjuntos de Comunidades y Ciudades Autónomas serán hechos públicos y presentados por el Ministerio de Sanidad.

Disposición adicional cuarta. Personas con discapacidad.

Las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas tendrán garantizados los derechos, recursos y medios de apoyo establecidos en la Ley 27/2007, de 23 de octubre, por la que se reconocen las lenguas de signos españolas y se regulan los medios de apoyo a la comunicación oral de las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas.

Disposición adicional quinta. Recurso jurisdiccional.

Los recursos a los que se refieren los artículos 10.5 y 18.a) se tramitarán por el procedimiento previsto para la protección de los derechos fundamentales de la persona en la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-administrativa.

Disposición adicional sexta. Medidas para garantizar la prestación de ayuda para morir por los servicios de salud.

Con el fin de asegurar la igualdad y calidad asistencial de la prestación de ayuda para morir, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud deberá elaborar en el plazo de tres meses a contar desde la entrada en vigor de la Ley un manual de buenas prácticas que sirva para orientar la correcta puesta en práctica de esta Ley.

Asimismo, en este mismo plazo deberá elaborar los protocolos a los que se refiere el artículo 5.2.

Disposición adicional séptima. Formación.

Las administraciones sanitarias competentes habilitarán los mecanismos oportunos para dar la máxima difusión a la presente Ley entre los profesionales sanitarios y la ciudadanía en general, así como para promover entre la misma la realización del documento de instrucciones previas.

Asimismo, difundirán entre el personal sanitario los supuestos contemplados en la misma a los efectos de su correcto y general conocimiento y de facilitar en su caso el ejercicio por los profesionales del derecho a la objeción de conciencia.

La Comisión de formación continuada de las profesiones sanitarias, adscrita a la Comisión de recursos humanos del Sistema Nacional de Salud, abordará, en el plazo de un

año desde la entrada en vigor de esta Ley, la coordinación de la oferta de formación continua específica sobre la ayuda para morir, que deberá considerar tanto los aspectos técnicos como los legales, formación sobre comunicación difícil y apoyo emocional.

Disposición transitoria única. *Régimen jurídico de las Comisiones de Garantía y Evaluación.*

En tanto no dispongan de su propio reglamento de orden interno, el funcionamiento de las Comisiones de Garantía y Evaluación se ajustará a las reglas establecidas en la sección 3.ª del capítulo II del título preliminar de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.

Disposición derogatoria única. *Derogación normativa.*

Quedan derogadas todas las disposiciones de igual o inferior rango que contradigan o se opongan a lo establecido en esta Ley.

Disposición final primera. *Modificación de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.*

Se modifica el apartado 4 y se añade un apartado 5 al artículo 143 de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, en los términos siguientes:

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

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

Disposición final segunda. *Título competencial.*

Esta Ley se dicta al amparo del artículo 149.1.1.ª y 16.ª de la Constitución Española, que atribuyen al Estado la competencia para la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales, y sobre las bases y coordinación general de la sanidad, respectivamente, salvo la disposición final primera que se ampara en la competencia que el artículo 149.1.6.ª atribuye al Estado sobre legislación penal.

Disposición final tercera. *Carácter ordinario de determinadas disposiciones.*

La presente Ley tiene carácter de ley orgánica a excepción de los artículos 12, 16.1, 17 y 18, de las disposiciones adicionales primera, segunda, tercera, cuarta, quinta, sexta y séptima, y de la disposición transitoria única, que revisten el carácter de ley ordinaria.

Disposición final cuarta. *Entrada en vigor.*

La presente Ley entrará en vigor a los tres meses de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado», salvo el artículo 17, que entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

Por tanto,

Mando a todos los españoles, particulares y autoridades, que guarden y hagan guardar esta ley orgánica.

Madrid, 24 de marzo de 2021.

FELIPE R.

El Presidente del Gobierno,
PEDRO SÁNCHEZ PÉREZ-CASTEJÓN

Este texto consolidado no tiene valor jurídico.