

LA REGULACIÓN DE LA EUTANASIA Y EL SUICIDIO ASISTIDO EN EL MUNDO. PANORAMA GENERAL Y COMPARADO

GREGORIO CÁMARA VILLAR
Universidad de Granada

Resumen: Se estudia en este trabajo el desarrollo normativo y jurisprudencial de la eutanasia y del suicidio asistido en el mundo con una visión panorámica y comparada. Si la mayoría de los países penalizan la eutanasia y el suicidio asistido conforme a una prohibición general e inmatizada de la ayuda para morir, se advierte una cada vez más intensa y abierta tendencia hacia la regulación de la muerte eutanásica asistida y libremente decidida en determinados casos y circunstancias justificadas, o bien hacia un reconocimiento jurisprudencial de su posibilidad en determinados supuestos.

A estos efectos se exponen y analizan los elementos esenciales de las regulaciones que son manifestaciones directas de muerte voluntaria médicamente asistida, pero no se consideran aquellos otros supuestos y prácticas calificables de eutanasia pasiva en el proceso final de la muerte (limitaciones e interrupción, en su caso, del esfuerzo terapéutico, conforme a la *lex artis*) ni aquellas otras actuaciones que pudieran catalogarse como eutanasia activa indirecta en ese mismo marco (adopción de medidas que pueden tener el doble efecto de aliviar el sufrimiento físico y/o psíquico y acelerar la muerte del paciente, en particular la sedación terminal). Esto no quiere decir que no haya manifestaciones de eutanasia y suicidio asistido en las situaciones terminales. De hecho, muchas regulaciones legales solo reconocen estas posibilidades eutanásicas activas y directas para el caso de aquellos pacientes que estén en situación terminal.

En general, en la actualidad son 23 países (de los cuales 12 son Estados y 11 estados miembros integrados en una federación) los que reconocen legal o jurisprudencialmente alguna forma de asistencia a la muerte libremente decidida por una persona (eutanasia y/o suicidio asistido), sea siempre que exista un contexto eutanásico (enfermedad o padecimiento grave, intenso e insoponible sin posibilidades de mejora), sea solo para aquellos casos en que tales procesos se produzcan en situaciones terminales de la vida de un paciente.

Para cubrir este objetivo comparativo se clasifican los países según permitan la eutanasia, el suicidio asistido o ambos modos de muerte médicamente asistida conjuntamente. Partiendo de unas referencias generales de cada país sobre el inicio, origen y proceso de su regulación (o determinación de la doctrina aplicable si se trata de prácticas solo amparadas por jurisprudencia de los tribunales), se consideran determinados elementos sustanciales: los supuestos y modos en los que procede la ayuda para morir previa petición del paciente; los sujetos que pueden solicitarla; los requisitos esenciales que establece cada regulación legal o que, en su caso, identifica la doctrina jurisprudencial aplicable; y los elementos principales de garantía y control. El estudio finaliza con unas conclusiones generales.

Palabras clave: Eutanasia, suicidio asistido, derecho a la vida, muerte con dignidad, derecho comparado.

Abstract: The normative and jurisprudential development of euthanasia and assisted suicide in the world is studied in this paper with a panoramic and comparative vision. If the majority of countries criminalize euthanasia and assisted suicide according to a general and immatized prohibition of all forms of aid to die, there is an increasingly, intense and open trend towards the regulation of assisted and freely decided euthanasic death in certain cases and justified circumstances, or towards a jurisprudential recognition of its possibility.

For these purposes, the essential elements of the regulations that are direct manifestations of medically assisted voluntary death are exposed and analyzed, but those other assumptions and practices that qualify as passive euthanasia in the final process of death are not considered (limitations and interruption, where appropriate, of the therapeutic effort, in accordance with the *lex artis*) or those other actions that could be classified as indirect active euthanasia in that same framework (adoption of measures that can have the twofold effect of alleviating physical and / or mental suffering and accelerating death of the patient, in particular terminal sedation). This is not to say that there are no manifestations of euthanasia and assisted suicide in terminal situations. In fact, many legal regulations only recognize these possibilities of active and direct euthanasia for patients who are in a terminal situation. In general, there are currently twenty three countries (twelve of which are states and eleven of them member states of a federation) that legally or jurisprudentially recognize some form of assistance to death that has been freely decided by a person (euthanasia and / or assisted suicide), whenever there is a euthanasic context (serious, intense and unbearable illness or disease with no possibility of improvement), or

only for those cases in which such processes occur in terminal situations in the life of a patient.

To meet this comparative objective, countries are classified according to whether they allow euthanasia, assisted suicide, or both modes of medically assisted death together. Starting from some general references about each country's beginning, origin and regulatory process (or determination of the applicable doctrine if it is about practices only protected by jurisprudence of the courts), certain substantial elements are considered: the assumptions and ways in which aid to die proceeds upon request of the patient; the subjects who can request it; the essential requirements established by each legal regulation or which, where appropriate, identifies the applicable jurisprudential doctrine; and the main elements of guarantee and control. The study ends with some general conclusions.

Keywords: Euthanasia, assisted suicide, right to life, death with dignity, comparative law.

SUMARIO: I. Introducción. II. Países que regulan o contemplan conjuntamente la eutanasia y el suicidio asistido. 1. Holanda. 2. Luxemburgo. 3. Canadá. 4. Estado de Victoria (Australia). 5. Nueva Zelanda. 6. Portugal. 7. España. III. Países que regulan la eutanasia, pero no el suicidio asistido. 1. Bélgica. 2. Colombia. IV. Países que regulan o solo contemplan el suicidio asistido. 1. Estados miembros de los Estados Unidos de América. 2. Suiza. V. Países en los que por vía jurisprudencial se ha reconocido recientemente el suicidio asistido en determinados supuestos, o con carácter general, abriendo –y marcando– el camino a su eventual regulación legislativa. 1. Italia. 2. Alemania. 3. Austria. VI. Breve referencia a la doctrina del Tribunal Europeo de Derechos Humanos. VII. Análisis comparativo y conclusivo de los elementos sustanciales de la regulación de la muerte médicamente asistida.

I. INTRODUCCIÓN

Desde finales del pasado siglo, el debate sobre la eutanasia y el suicidio asistido, ambos supuestos de «muerte eutanásica médicamente asistida», viene siendo intenso y profundo en determinados países y está instaurado no solo en

la sociedad y en el ámbito deontológico médico, sino también en la política y en las jurisdicciones constitucionales. No es extraño que así sea, pues se trata de una cuestión de la mayor importancia social y de fundamental trascendencia jurídico-constitucional en tanto que afecta directamente a la concepción acerca del valor de la vida y del derecho que la protege en su relación con otros bienes jurídico-constitucionales y derechos fundamentales de los que las personas son también portadoras. De ahí que se conciten profundas emociones y sentimientos humanos inevitablemente relacionados con creencias religiosas y convicciones ideológicas, éticas y morales, produciéndose una intensa polémica social, jurídica y política sobre la regulación legal de esta materia.

Nuestro análisis, sin embargo, debe apartarse de cualquier condicionamiento que no sea el que impone su tratamiento científico y jurídico en el marco de los estados constitucionales de Derecho; y ha de ceñirse a dar cuenta del desarrollo normativo y jurisprudencial de la eutanasia y del suicidio asistido en el mundo con una visión panorámica y comparada *de iure*, aunque no *de facto*, lo que requeriría de otra investigación complementaria con distinto enfoque y metodología, así como de mucho más espacio del que aquí disponemos. Acerca de las cuestiones de fondo de carácter conceptual –y, si se quiere decir así, dogmático– a propósito de la regulación de la eutanasia en España me he ocupado, con perspectiva comparada, en un trabajo que se ha realizado paralelamente al que aquí se presenta¹.

La mayoría de los países penalizan sin más la eutanasia y la asistencia al suicidio conforme a una prohibición general e inmatizada de la ayuda para morir (*blanket prohibition*), sustentada en un entendimiento de la vida como valor absoluto que se sobrepone en todo caso a cualesquiera otros bienes o derechos fundamentales que asisten al propio sujeto, conforme a una tesis implícita y radical de la «santidad» de la vida que añade al derecho que la protege la obligación para sus titulares de seguir existiendo incluso contra su propia voluntad y cualquiera sea su circunstancia. Pero puede decirse que la tendencia a la apertura hacia la regulación de la muerte eutanásica asistida y libremente decidida en determinados casos y circunstancias justificadas –observando los requisitos necesarios– viene apuntando cada vez con más fuerza, como se refleja en la evolución normativa y doctrinal de los países que han llegado a concluir una regulación específica o han reconocido por vía jurisprudencial

¹ CÁMARA VILLAR, G., «La tríada “bien constitucional vida humana/derecho a la vida/inexistencia de un derecho a la propia muerte” (Acerca de la constitucionalidad de la regulación de la eutanasia en España en perspectiva comparada)», en Tomás-Valiente, Carmen (Coord.), *La eutanasia a debate. Primeras reflexiones sobre la Ley Orgánica de regulación de la eutanasia*. Marcial Pons, 2021.

determinados supuestos de muerte asistida. También así se apunta su legitimidad en la jurisprudencia más reciente del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, de acuerdo con una interpretación abierta del derecho al respeto de la vida privada (art. 8 del Convenio Europeo de Derechos Humanos) en el marco de la doctrina de la deferencia debida al margen de apreciación estatal. Por otro lado, es apreciable el alto nivel de debate existente en otros países en los que recientemente se han impulsado o se están impulsando iniciativas legislativas para conseguir el objetivo de su regulación legal, algunas de las cuales, como ha sucedido en Portugal y en España² acaban de concluir su tramitación. En España se ha aprobado la LORE (Ley Orgánica Reguladora de la Eutanasia) y en Portugal la ley por la que se regulan las condiciones en las que no es punible la muerte asistida médicamente y se modifica el Código Penal, que se encuentra en proceso de fiscalización por el Tribunal Constitucional³.

Se trata de una tendencia que corre pareja con acelerados cambios sociales, culturales, económicos y científico-tecnológicos, particularmente en las sociedades avanzadas, que acrecientan la importancia que se dispensa tanto a la decisión personalísima de los pacientes en estos procesos de su vida como a los dictámenes de un personal médico cada vez más especializado sobre tales contextos y decisiones desde perspectivas interdisciplinarias. Esta evolución es expresión de la creciente esperanza de vida que permiten las condiciones socioeconómicas actuales; también de la existencia de más y mejores medios médicos

² Cuando se termina de escribir este texto (19 de marzo de 2021), la «Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia» (*BOCG, Congreso de los Diputados*, Serie B, núm. 46-1, 31 de enero de 2020) ha superado su tramitación en el Congreso y en el Senado, y ha recibido la aprobación final en el Congreso del texto con enmiendas remitido por el Senado con fecha 18 de marzo de 2021. Presentada el 24 de enero de 2020 en el Congreso, fue admitida a trámite el 28 y tomada en consideración por el Pleno el 11 de febrero de 2020 por 203 votos a favor, 140 en contra y 2 abstenciones. Con fecha 10 de septiembre de 2020 se produjo el debate de totalidad y fueron rechazadas dos enmiendas a la totalidad de texto alternativo, presentadas una por el Grupo Parlamentario Popular y otra por el Grupo Parlamentario VOX. Tras su debate en la Comisión de Justicia, con fecha 10 de diciembre de 2020, se publicó el Informe de la Ponencia (*BOCG, Congreso de los Diputados*, Serie B, núm. 46-5) y recibió la aprobación del Pleno el día 17 de diciembre por 198 votos a favor, 138 en contra y 2 abstenciones. El Senado, con fecha 10 de marzo de 2021, aprobó el texto con enmiendas por 155 votos a favor, 100 en contra y 3 abstenciones. Tras la aprobación definitiva por el Congreso en la votación final de conjunto (202 votos a favor, 141 en contra y 2 abstenciones) se promulgará como Ley Orgánica de regulación de la eutanasia (LORE).

³ El 29 de enero de 2021 se produjo en la Asamblea de la República de Portugal la votación final global en la reunión plenaria del texto final presentado por la Comisión de Asuntos Constitucionales, Derechos, Libertades y Garantías, relativo a los Proyectos de Ley nos. 4/XIV/1.^a (BE); 67/XIV/1.^a (PAN); 104/XIV/1.^a (PS); 168/XIV/1.^a (PEV); y 195/XIV/1.^a (IL), con el resultado de su aprobación. La ley regula las condiciones en las que no es punible la muerte asistida médicamente y modifica el Código Penal. Ahora se encuentra en proceso de fiscalización por el Tribunal Constitucional.

y tecnológicos para prolongarla y del acceso generalizado de la ciudadanía a cada vez más información clínica sobre enfermedades y procesos letales; pero, sobre todo, es manifestación de la progresiva secularización de las sociedades. Todo ello acrece y desarrolla el conocimiento y las posibilidades de ejercicio de los derechos que en esta materia tienen o pueden tener las personas que se encuentren en situaciones de enfermedad grave e irreversible o ante padecimientos igualmente graves e incapacitantes y sin posibilidades de mejora, productores de un sufrimiento que consideren insoportable; tanto, que lleguen a valorar que sus condiciones de existencia, por la penosidad y la devastación que conllevan, son inconciliables con su concepción de la calidad y dignidad de su vida y reclaman por ello, en ejercicio de sus facultades de autodeterminación personal, poder decidir libremente su cesación, de acuerdo con la ley y sin consecuencias penales para quienes les asistan. Obviamente no se trata de amparar y proporcionar asistencia a cualquier forma de muerte que pudiera ser deseada y exigida por una persona, sino de hacer posible tal asistencia, en la forma que determine el ordenamiento, cuando la finalidad sea –a partir de su libre decisión inequívocamente manifestada y concurriendo los requisitos exigidos– poner fin a su vida ante una tal enfermedad o padecimiento incurable que produzca un sufrimiento insoportable.

Tal evolución permite reconocer que también el preeminente bien constitucional de la vida humana puede ser entendido y valorado contextualmente de forma relativa, legítima y razonablemente, ante situaciones específicas y objetivas de justificada necesidad invocadas y puestas de manifiesto por el propio sujeto titular del derecho a la vida, así como constatadas y acreditadas de acuerdo con la ley. No debe perderse de vista, en este sentido, que este derecho lo que instituye es una garantía reaccional para la protección de su vida (siempre a su disposición, incluso en el proceso que él mismo abra, en su caso, con su decisión de solicitar asistencia para morir); pero no puede concebirse como un deber implícito de toda persona a tener que seguir existiendo a toda costa, incondicionalmente y en cualquier circunstancia, como si fuera un «imperativo categórico» (Rodríguez Soriano, 2015: 471). La vida no puede entenderse solo desde una perspectiva puramente existencial, física, y del derecho a la vida no se sigue para su sujeto una ineludible obligación de seguir existiendo. Este estudio no entrará a plantear tales cuestiones conceptuales y dogmáticas (lo hemos hecho en otro lugar, al que remitimos)⁴ sino que, presuponiéndolas o

⁴ Sobre estos aspectos conceptuales y dogmáticos me ocupo en mi trabajo citado en la nota 1 «La tríada “bien constitucional vida humana/derecho a la vida/inexistencia de un derecho a la propia muerte” (Acerca de la constitucionalidad de la regulación de la eutanasia en España en perspectiva comparada)».

con referencia a ellas cuando resulte necesario, está orientado más modestamente a desplegar una amplia mirada al estado de la cuestión en el panorama comparado. Consideramos que presentar en un único texto una visión de conjunto, por esquemática que inevitablemente resulte, es una tarea que puede ser de utilidad, especialmente en nuestro país, ahora que ha culminado la tramitación de la Ley reguladora de la eutanasia.

Son todavía pocos los estados que, con distinto alcance, reconocen la eutanasia y/o el suicidio asistido en determinados supuestos, que significativamente se concentran en los continentes de Europa, América y Oceanía. En Europa han establecido regulaciones específicas: Holanda (Ley de terminación de la vida a petición propia y suicidio asistido, de 1 de abril de 2002); Bélgica (Ley relativa a la eutanasia, de 28 de mayo de 2002); Luxemburgo (Ley sobre la eutanasia y el suicidio asistido, de 16 de marzo de 2009); Portugal (Ley que regula las condiciones en las que no es punible la muerte asistida médicamente y modifica el Código Penal, aprobada el 29 de enero de 2021); y España (Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia). En Suiza el auxilio al suicidio está despenalizado en determinados casos. En Italia, la sentencia de la Corte Costituzionale 242/2019 en el caso *Cappato* se ha pronunciado sobre la inconstitucionalidad de la prohibición general e inmatizada de la ayuda al suicidio y, aunque tenga un alcance ciertamente limitado, abre una vía de desarrollo en esta materia. En Alemania la sentencia de la Sala Segunda del Tribunal Constitucional Federal de 26 de febrero de 2020, 2 BvR 2347/15, reconoce, en tanto que expresión de la autonomía personal, la libertad de quitarse uno mismo la vida por voluntad propia y procurarse la asistencia al suicidio y, en correspondencia, ha declarado la inconstitucionalidad y nulidad de la prohibición general de los servicios de suicidio asistido establecida en el §217 del Código Penal. En Austria, El Tribunal Constitucional, mediante sentencia de 11 de diciembre de 2020 (G 139/2019-71), ha declarado inconstitucional (y, por ello, ha determinado que debe ser derogada) la prohibición de asistencia al suicidio contenida en el artículo 78 del Código Penal.

En el continente americano, algunos estados miembros de los Estados Unidos de América han venido estableciendo progresivamente regulaciones legales sobre el suicidio asistido y, en un caso, ha sido reconocido por vía jurisprudencial. Tienen regulaciones específicas: Oregón (*Death with Dignity Act*, 1997); Washington (*Death with Dignity Act*, 2008); Vermont (*Patient Choice and Control at End-of-Life Act*, 2013); Colorado (*End of Life Options Act*, 2016); California (*End of Life Options Act*, 2016); Distrito de Columbia (*Death with Dignity Act*, 2016); Hawaii (*Our Care, Our Choice Act*, 2019); New Jersey (*Aid in Dying for the Terminally Ill Act*, 2019); Maine (*Death with Dignity Act*, 2019).

En Montana se considera legal por vía jurisprudencial desde la sentencia de su Tribunal Supremo en el caso *Baxter v. Montana* (2009). La cuestión sigue debatiéndose en otros estados, por lo que cabe presumir que es altamente probable que siga creciendo el número de los estados de Estados Unidos que regulen el suicidio asistido en el marco del modelo que se ha venido consolidando, con algunos matices, a partir de la primigenia regulación realizada por el estado de Oregón. En Canadá, tras la doctrina sentada por el Tribunal Supremo en la Sentencia *Carter v. Canadá* (2015), se aprobó en 2016 la Ley que modifica el Código Penal y se permite tanto la eutanasia como el suicidio asistido en los casos y con los requisitos que se determinan. En Colombia la eutanasia se considera legal como consecuencia de una decisión de la Corte Constitucional, bajo determinadas condiciones, desde 1997 (Sentencia del Tribunal Constitucional C-239/97, de 20 de mayo de 1997).

En Oceanía, finalmente, cabe anotar y valorar las regulaciones realizadas por el estado australiano de Victoria (*Voluntary Assisted Dying Bill*, de 19 de junio de 2017) y Nueva Zelanda (*End of Life Choice Act*, de 13 de noviembre de 2019).

Conviene aclarar que el objeto de este estudio consiste en exponer y analizar comparativamente, de manera sucinta, los elementos esenciales de las regulaciones que entendemos manifestaciones de eutanasia activa y directa y de suicidio asistido (supuestos ambos de muerte voluntaria médicamente asistida), pero no se considerarán aquellos otros supuestos y prácticas calificables de eutanasia pasiva (limitaciones e interrupción, en su caso, del esfuerzo terapéutico en el proceso final de la muerte, conforme a la *lex artis*) ni aquellas otras actuaciones que pudieran catalogarse como eutanasia activa indirecta (adopción de medidas que pueden tener el doble efecto de aliviar el sufrimiento físico y/o psíquico y acelerar la muerte del paciente, en particular la sedación terminal). Estas dos dimensiones no constituyen regulación propiamente eutanásica, sino que integran los contenidos del considerado, según denominaciones diversas, «derecho a la muerte digna» en el proceso final de la vida, hoy un derecho consolidado sin discusión relevante, con independencia de las problemáticas específicas que puedan generarse por prácticas médicas en casos concretos. Esto es, aquí no nos referiremos a aquellas actuaciones u omisiones médicas que se producen en situaciones terminales de la vida de una persona para evitar la llamada «obstinación terapéutica», aliviar, no interferir o, en su caso, acelerar, el inevitable camino conducente a la muerte del paciente, con respeto a las decisiones que adopte o que previamente haya adoptado sobre este proceso. Esto no quiere decir que no haya manifestaciones de eutanasia y suicidio asistido en las situaciones terminales. De hecho, muchas regulaciones

legales, como vamos a comprobar, solo reconocen estas posibilidades eutanásicas activas y directas para el caso de aquellos pacientes que estén en situación terminal.

Para cubrir este objetivo comparativo agruparemos los países según regulen la eutanasia, el suicidio asistido o ambos conjuntamente. También consideraremos determinados elementos sustanciales para identificar el modelo que se sigue. Utilizaremos los siguientes ítems, si bien necesariamente de manera flexible, según permita la regulación de cada país: a) referencias generales sobre el inicio, origen y proceso de su regulación, o determinación de la doctrina aplicable si se trata de prácticas solo amparadas por jurisprudencia de los tribunales; b) supuestos y modos en los que procede la ayuda para morir previa petición del paciente; c) sujetos que pueden solicitarla; d) requisitos esenciales que establece cada regulación legal o que, en su caso, identifica la doctrina jurisprudencial aplicable; e) elementos principales de garantía y control, así como otras cuestiones que puedan tener especial relevancia. Finalizaremos el estudio con unas conclusiones generales.

II. PAÍSES QUE REGULAN O CONTEMPLAN CONJUNTAMENTE LA EUTANASIA Y EL SUICIDIO ASISTIDO

En este grupo pueden incluirse Holanda, Luxemburgo, Canadá, el estado australiano de Victoria, Nueva Zelanda, Portugal y España.

1. **Holanda**

Constituye este país la referencia originaria, en tanto que fue el primero que llegó a concretar normativamente un modelo paradigmático de eutanasia y suicidio asistido tras un previo proceso evolutivo en el ámbito jurisprudencial, iniciado en el último tercio del siglo xx a partir del caso *Postma* (1973). A lo largo de este proceso, acompañado por un intenso debate social y médico, se fueron aquilatando las condiciones y criterios que podían determinar la exclusión de punibilidad de la práctica de la eutanasia y se realizaron algunas reformas legislativas y reglamentarias que, sin llegar a una regulación acabada, sistemática y específica, fueron sin embargo concretando normativamente los requisitos desarrollados por la jurisprudencia y estableciendo determinados controles y procedimientos sobre su práctica (véase una breve descripción de este proceso en Pinto Palacios, 2019: 78-81). La regulación configuradora del

modelo holandés se produjo con la «Ley de terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio», de 28 de noviembre de 2000 (con entrada en vigor el 1 de abril de 2002), que modificó los artículos 293 y 294 del Código Penal y estableció los requisitos excluyentes de punibilidad de la actuación del profesional médico que lleve a cabo el acto conducente a la terminación de la vida a petición del paciente o preste ayuda al suicidio, de acuerdo con los estándares previamente aquilatados por la jurisprudencia. Los elementos centrales de este modelo son los siguientes:

1.1 *Supuestos y modos en los que procede la ayuda para morir*

No se limita a las situaciones terminales, sino que puede aplicarse a todos aquellos supuestos en los que exista un «padecimiento insoportable y sin esperanza de mejora». Se contempla la posibilidad de terminación de la vida a petición del paciente mediante actuación directa del médico o prestación médica de auxilio al suicidio.

1.2 *Ámbito subjetivo*

Pueden solicitar la asistencia aquellas personas mayores de edad que sean conscientes o, en caso de que no lo estuvieran, que hubieren manifestado su voluntad anticipada mediante una declaración por escrito con una petición de terminación de su vida. Si se tratara de un menor de edad entre los 16 y los 18 años que se encuentre consciente, el médico puede atender la petición de terminación de su vida siempre que se le pueda considerar en condiciones de realizar una valoración razonable de sus intereses en este asunto, sin que sea exigida autorización de los padres o, en su caso, del padre o de la madre que ejerza la patria potestad, o de la persona que tenga su tutela, pero sí la participación en la toma de decisiones. En caso de incapacidad de hecho para expresar su voluntad, el médico practicará la eutanasia cuando el menor hubiere anticipado su voluntad por escrito en un testamento vital. También los menores entre 12 y 16 años pueden realizar la solicitud y ser atendida por el médico, siempre que pueda considerarse que el menor está en condiciones de madurez suficiente para realizar una valoración razonable de sus intereses en esta cuestión y que manifiesten expresamente su acuerdo los padres, o el padre o la madre que ejerza la patria potestad, o quien tenga su tutela.

1.3 *Requisitos*

Las condiciones y requisitos de «cuidado y esmero profesional» que han de observarse por el médico para poder determinar la realización de la eutanasia o el suicidio asistido son: a) haber llegado al convencimiento de que el paciente ha realizado la petición de manera voluntaria y bien meditada; b) haber llegado al convencimiento de que su padecimiento es insoportable y que no hay esperanzas de mejora; c) haber informado al paciente de la situación en que se encuentra y de sus perspectivas de futuro; d) haber llegado al convencimiento, junto con el paciente, acerca de la inexistencia de otra solución razonable; e) haber consultado, al menos, con un médico independiente que haya visto al paciente y emitido su dictamen por escrito sobre el cumplimiento de los requisitos de cuidado a los que se refieren los apartados anteriores; f) llevar a cabo la terminación de la vida o el auxilio al suicidio con el «máximo cuidado y esmero profesional posibles».

1.4 *Elementos de garantía y control*

No existe en Holanda un procedimiento de control previo por una institución que sea diferenciado del resultante de la actuación de los médicos. Existe, eso sí, un control posterior para la comprobación de las notificaciones de cada caso, que se lleva a efecto por comisiones regionales compuestas por médicos, juristas y expertos en cuestiones éticas.

El médico responsable no emitirá certificado de defunción, pero sí hará comunicación inmediata al forense sobre las causas del fallecimiento y remitirá un informe motivado sobre el cumplimiento de los requisitos legalmente exigidos. A partir del informe detallado del médico y de la comunicación de comprobación efectuada por el forense evaluando la actuación del médico, la Comisión Regional correspondiente valorará si su actuación ha sido o no conforme con los requisitos antes mencionados, a cuyos efectos podrá solicitar del médico que complemente su informe por escrito u oralmente, si se considerara necesario. El dictamen motivado de la Comisión será comunicado al médico en el plazo de dos semanas desde la recepción de su informe, pudiendo existir una explicación oral sobre el mismo, bien a petición del médico o bien por iniciativa de la Comisión. También lo comunicará a la Fiscalía General del Estado y al Inspector Regional para la Asistencia Sanitaria en caso de que se estimara existencia de actuación no adecuada a los requisitos que establece la ley. En su caso, facilitará al fiscal toda la información que solicite y sea necesaria para

poder valorar la actuación del médico o para una investigación criminal (con comunicación al médico del traslado efectuado de esta información al fiscal).

Cada Comisión Regional ha de llevar un registro de los casos de terminación de la vida a petición propia o de auxilio al suicidio que le hayan sido notificados y sometidos a su juicio. La ley prevé finalmente un sistema de seguimiento coordinado con dos reuniones anuales, al menos, entre las presidencias de las comisiones regionales (a cuyas convocatorias podrán asistir sendos representantes de la Fiscalía General del Estado y de la Inspección del Estado de la Sanidad Pública), desembocando en un informe común anual de las comisiones que se presentará ante los Ministros de Justicia y de Sanidad; estos, a su vez, han de presentar un informe al Parlamento sobre el funcionamiento de las comisiones.

2. Luxemburgo

Este país reguló la eutanasia y la asistencia al suicidio, a demanda expresa y voluntaria de una persona, mediante la Ley de 16 de marzo de 2009 sobre la eutanasia y la asistencia al suicidio, modificando a estos efectos el artículo 397-I del Código Penal. Los elementos sustanciales de esta normativa son los siguientes:

2.1 *Supuestos y modos en los que procede la ayuda para morir*

Para el caso de que una persona se encuentre en una situación sin salida, con un sufrimiento físico o psicológico constante e insoportable como resultado de una condición accidental o patológica, sin perspectivas de mejora, se contemplan estas dos posibilidades: a) la eutanasia, definida como acto practicado por un médico que pone fin intencionadamente a la vida de una persona, previa demanda expresa y voluntaria de esta; y b) el suicidio asistido, definido como el hecho de que un médico ayude intencionalmente a otra persona a suicidarse o le procure los medios para ello, siempre con su previa demanda expresa y voluntaria. Estos supuestos tampoco quedan acotados a las situaciones terminales de los pacientes, sino que pueden aplicarse en todos aquellos casos en los que existan las circunstancias que los habilitan y se cumplan las condiciones que se exponen a continuación.

2.2 *Ámbito subjetivo*

Solo pueden solicitar la ayuda para morir las personas mayores de edad que estén capacitadas y sean conscientes en el momento de su demanda; o aquellas que, encontrándose en situación de incapacitación de hecho, hubieran consignado previamente por escrito, en sus disposiciones para el final de la vida, las condiciones y circunstancias en las que se desea recibir la eutanasia si el médico constatará que está inconsciente, que padece una dolencia accidental o patológica grave e incurable y que esta situación es irreversible según el estado actual de la ciencia.

2.3 *Requisitos*

Además de los antes expuestos sobre el ámbito subjetivo, se exige: a) formular la solicitud de asistencia de manera voluntaria, meditada y, en su caso, repetida, además de que no sea resultado de una presión exterior; b) encontrarse en una situación médica sin solución y con un estado de sufrimiento físico o psíquico constante e insoportable sin perspectiva de mejoría, sea por dolencia accidental o patológica; d) formular la petición de eutanasia o suicidio asistido por escrito.

2.4 *Elementos fundamentales de garantía y control*

Tampoco existe en Luxemburgo un control previo diferenciado del que resulta de la actuación del médico de cabecera correspondiente y de la del médico consultor con todas las garantías previstas. El médico de cabecera deberá actuar respetando las condiciones siguientes: a) informar al paciente sobre su estado de salud y esperanza de vida, estudiar con él su demanda de eutanasia o suicidio asistido, así como evocar las posibilidades terapéuticas todavía posibles, los cuidados paliativos y sus consecuencias, y llegar al convencimiento de que la demanda del paciente es voluntaria y que, a su entender, no existe otra solución aceptable a su situación, registrándose las entrevistas en el expediente médico; b) asegurarse de la persistencia del sufrimiento y de la voluntad reiterada del paciente, realizando a estos efectos varias entrevistas espaciadas en un plazo razonable; c) consultar con otro médico la gravedad e incurabilidad de la dolencia, precisando las razones de la consulta, debiendo el médico consultado, a su vez, estudiar el expediente, examinar al paciente y asegurar el carácter constante, insoportable y sin perspectivas de mejoría de su sufrimiento, redactar un in-

forme sobre lo constatado, debiendo ser imparcial y competente en lo que se refiere a la patología que sufre el paciente; a su vez, el médico de cabecera habrá de informar al paciente sobre los resultados de esta consulta; d) asegurarse de que ha podido establecer comunicación sobre su petición de ayuda para morir con las personas con las que el paciente desee encontrarse; también prevé la ley que el médico, salvo oposición del paciente, podrá establecer interlocución sobre su solicitud de ayuda con el equipo médico que esté en contacto regular con el paciente o con miembros del mismo, así como con la persona de confianza que hubiere designado en sus disposiciones sobre el final de la vida o en el momento de solicitud de eutanasia o suicidio asistido; e) informarse, en su caso, sobre si están registradas las disposiciones sobre el final de la vida a nombre del paciente ante la Comisión Nacional de Control y Evaluación.

La demanda del paciente habrá de realizarse en un documento por escrito, redactado, fechado y firmado por él personalmente y, si se encontrara en imposibilidad física permanente, por una persona mayor de edad de su elección en presencia del médico de cabecera. La solicitud podrá ser revocada en cualquier momento, debiendo en este caso ser retirado el documento del expediente médico y restituido al paciente.

Cada vez que se practique una eutanasia o asistencia al suicidio, el médico deberá remitir a la Comisión Nacional de Evaluación y Control, dentro de los ocho días siguientes, un documento de registro con los datos que se especifican en el artículo 7 de la ley.

Se reconoce la objeción de conciencia. Ningún médico estará obligado a practicar una eutanasia o una asistencia al suicidio, si bien al rechazar la petición deberá informar al paciente y/o a la persona de su confianza, en su caso, dentro del plazo de 24 horas, precisando las razones de su rechazo, y comunicar su expediente al médico que designe el paciente o persona de su confianza.

La Comisión Nacional de Evaluación y Control está compuesta por nueve miembros con un mandato de tres años, de los que tres serán doctores en Medicina, tres juristas, uno procedente de profesiones sanitarias y dos representantes de una organización que tenga como objetivo la defensa de los derechos del paciente. Su principal función y misión consiste en realizar un control posterior, esto es, verificar si se han respetado o no las condiciones y requisitos legalmente establecidos en el plazo de un mes, pudiendo decidir si ha lugar a una medida disciplinar o procede transmitir el expediente a la Fiscalía en el caso de que no se haya respetado alguna de las condiciones del apartado 1 del artículo 2 de la ley. Por lo que se refiere al seguimiento de la aplicación de la ley, cada dos años la Comisión someterá a la consideración de la Cámara de los Diputados informes estadísticos, descriptivos y de evaluación, formulando en

su caso recomendaciones para una iniciativa legislativa o bien para la adopción de otras medidas relativas a su ejecución.

3. Canadá

En este país venía rigiendo hasta 2015 la prohibición absoluta (*blanket prohibition*) de la eutanasia activa y el suicidio asistido, sancionables penalmente bajo distintas modalidades delictivas, sin que el Código penal admitiera ninguna excepción. El Tribunal Supremo de Canadá cambió su línea interpretativa con la sentencia *Carter v. Canadá (Attorney General)*, SRC 2015, de 6 de febrero. Mediante esta revisión de su doctrina anterior (de la que fue sentencia paradigmática la recaída en el caso *Rodríguez v. British Columbia (Attorney General)*, SRC 1993), el Tribunal declaró la inconstitucionalidad de la prohibición absoluta del suicidio médicamente asistido al entender que no se puede negar la ayuda médica para morir a enfermos adultos competentes que la pidan por sufrir una enfermedad o una discapacidad que les cause un sufrimiento permanente, intolerable e irreversible. En estos casos, si tal negación existiera, se produciría –afirma el Tribunal– una intromisión injustificada en los derechos fundamentales a la vida, a la libertad y a la seguridad consagrados en el artículo 7 de la *Canadian Charter of Rights and Freedoms* (1982).

Como consecuencia de esta doctrina y la necesidad de hacer compatibles las disposiciones penales correspondientes con la Carta, el 17 de junio de 2016 Canadá aprobó la Ley C-14, de «asistencia médica para morir», que modifica el Código Penal, estableciendo exenciones de punibilidad para el personal médico o de enfermería que preste asistencia médica para morir a una persona de acuerdo con el artículo 241.2 y a toda otra persona que intervenga haciendo algo con el propósito de ayudar a este personal a prestar la mencionada asistencia. Previamente, en junio de 2014, la provincia de Quebec, con ocasión de la regulación legal de los cuidados al final de la vida, había legalizado también el suicidio médicamente asistido. A finales de 2015, el Tribunal de Apelación de la Provincia confirmó que su ley no contravenía el Código Penal, de acuerdo con la doctrina de la Sentencia *Carter v. Canadá*.

3.1 *Supuestos y modos en los que procede la ayuda para morir*

La normativa canadiense exige que la persona esté en una condición médica grave e irremediable, circunstancia que solo existe si se dan todos los re-

quisitos que se especifican más adelante. En cuanto a los modos de la asistencia, se permite la administración directa por personal médico o de enfermería, a petición de la persona, de una sustancia que le causa la muerte; o bien, igualmente por su petición, la prescripción o provisión por ese mismo personal de una sustancia para que se la administre por sí misma y al hacerlo le cause la muerte (art. 241.1 del Código Penal reformado). Por tanto, se permiten tanto la eutanasia como el suicidio asistido como modalidades de ayuda para morir. Nótese que, en este país, como en otros ordenamientos, se sigue excluyendo, como regla general, el consentimiento como causa de exención de la responsabilidad penal en la muerte de otra persona⁵; lo que se produce respecto a esta regla general, es una exención específica para quien la causa en estos supuestos de muerte médicamente asistida regulada por la ley («*exemption for medical assistance in dying*», art. 227) y no en otros.

3.2 *Ámbito subjetivo*

No pueden solicitar la ayuda para morir los menores de edad. El solicitante debe ser mayor de 18 años; ha de estar en situación de plena capacidad para tomar decisiones sobre su salud; tener derecho a recibir servicios de salud por un gobierno en Canadá (con objeto de impedir el llamado «turismo eutanásico»); haber realizado sin presiones externas una solicitud voluntaria de asistencia médica para morir; y prestar consentimiento informado después de haber recibido información de los medios disponibles para aliviar su sufrimiento, incluidos los cuidados paliativos.

3.3 *Requisitos y criterios*

Además de los anteriores, para entender que la persona tiene una condición médica grave e irremediable, es necesario que se cumplan todos los criterios siguientes: a) tener una enfermedad, dolencia o discapacidad grave e incurable; b) encontrarse en un estado avanzado de disminución irreversible de capacidad; c) sufrimiento físico o psicológico duradero que le resulta intolerable y que no puede aliviarse en condiciones que el paciente estime aceptables; d) la muerte natural se considera «razonablemente previsible» tenien-

⁵ «No person is entitled to consent to have death inflicted on them, and such consent does not affect the criminal responsibility of any person who inflicts death on the person who gave consent», artículo 14.

do en cuenta todas las circunstancias médicas del paciente, sin que necesariamente se haya hecho o deba hacerse un pronóstico sobre el tiempo específico de esperanza de vida. Por consiguiente, tampoco en este caso puede decirse que la eutanasia y el suicidio asistido estén limitados temporalmente a las situaciones estrictamente terminales. Sin embargo, la cláusula de «razonable previsibilidad» de la muerte es muy criticada porque, además de expresarse con indefinición, con ella parece que se propende a acotarla de manera cercana a las situaciones terminales, excluyendo así a otras enfermedades graves o padecimientos intensos, insoportables e incapacitantes a más largo plazo. Por otro lado, esta falta de claridad es muy difícil de salvar, porque en determinados casos, si no en la mayoría, sería prácticamente imposible determinar cómo podría el personal médico hacer esta predicción con fiabilidad, del mismo modo que es arduo y poco claro concretar en qué consiste un futuro próximo (¿seis meses, un año, cinco, diez? ¿dónde y con qué criterios poner el límite? (McMorrow, 2019: 274-275).

3.4 Elementos fundamentales de garantía y control

Tampoco existe en este caso un procedimiento de control previo por una institución que sea diferente del que realiza el profesional médico o de enfermería. Del mismo modo, no hay un control institucional posterior sobre cada caso concreto, salvo la eventual deducción de responsabilidades penales que pudiera corresponder por actuaciones contrarias a la ley de los profesionales o de otras personas intervinientes en el proceso de asistencia para morir. Sin embargo, sí existen previsiones de seguimiento que han de efectuar los Ministerios de Sanidad y de Justicia sobre la implementación de la ley, así como la realización de informes independientes sobre importantes cuestiones que quedaron sin resolver en su día, como son las relacionadas con las solicitudes de asistencia médica para morir realizadas por menores con madurez suficiente, las solicitudes anticipadas y aquellas en las que la enfermedad mental es la única condición médica subyacente (para más datos sobre estos últimos aspectos, Sánchez Barroso, 2019: 142-146).

El personal médico o de enfermería que participe en la asistencia médica para morir debe apreciar que la persona que la ha solicitado cumple los requisitos y condiciones antes expuestos; ha de asegurarse de que la solicitud está fechada y firmada con todos los requisitos establecidos después de que haya sido informada por personal médico acerca de que tiene un padecimiento grave e irremediable ante dos testigos independientes, que también han de

firmar la solicitud; asegurarse de que haya sido informada acerca de los medios disponibles para aliviar su sufrimiento y, en particular, de los paliativos, así como que puede retirar la solicitud en cualquier momento; asegurarse de que otro médico o profesional de enfermería haya emitido una opinión por escrito confirmando que el solicitante cumple los requisitos y criterios establecidos por la ley, así como que este personal es independiente; asegurarse de que transcurren al menos diez días hábiles entre la firma de la solicitud y el día en el que se provee la asistencia para morir o, en su caso, un periodo más corto que se considere apropiado a las circunstancias en el supuesto de que los profesionales médicos intervinientes aprecien la inminencia de la muerte de la persona o la pérdida de su capacidad para prestar el consentimiento informado; inmediatamente antes de proceder a la prestación de la ayuda para morir, debe dar al paciente la oportunidad de retirar su petición y, en caso negativo, asegurarse de que otorga su expreso consentimiento a recibir la asistencia para morir; si la persona tuviera dificultades para comunicarse, adoptará todas las medidas necesarias para que pueda comprender la información con la que se le provee y manifestar su decisión.

Se prevén, además, otras medidas complementarias entre las que cabe resaltar las siguientes: si existiera incapacidad para firmar por parte de la persona que recibe la asistencia, podrá hacerlo por ella, en su nombre y bajo su dirección, otra persona mayor de edad que comprenda la naturaleza de la solicitud y que no esté impedida por saber o creerse ser beneficiaria del paciente o resultar, bajo cualquier manera, destinataria de un beneficio material o financiero por su muerte. También puede estar presente durante la prestación de la asistencia cualquier persona mayor de 18 años para intervenir como testigo independiente, con las mismas prevenciones que las expuestas en relación con el firmante, siempre que entienda, además, la naturaleza de la solicitud de ayuda para morir, no sea un propietario u operador de servicios de salud del lugar donde reside o en el que haya sido tratada la persona demandante de la ayuda para morir o no le haya prestado cuidados personales.

Es importante reseñar también la obligación del médico o profesional de enfermería de informar al farmacéutico, antes de que dispense la sustancia que recete para prestar la asistencia médica para morir, acerca del propósito al que está destinada la sustancia; de otro lado, el farmacéutico que la dispensa debe proporcionar la información requerida al destinatario, de acuerdo con lo establecido reglamentariamente.

4. Estado de Victoria (Australia)

En Australia existió un precedente de muy breve duración, cuando el Territorio del Norte aprobó una ley reguladora de la eutanasia en 1995 (*Rights of the Terminally Ill Act*), que en muy poco tiempo fue dejada sin fuerza ni efecto mediante una ley federal de 1977 que prohibía a los territorios autónomos legalizar la muerte asistida (*Euthanasia Laws Act*), exceptuando todo lo relativo a la legalidad o validez de lo hecho anteriormente de conformidad con la ley. La iniciativa para legalizar la eutanasia en el estado de Victoria surgió de las recomendaciones efectuadas por el Comité Permanente de Asuntos Legales y Sociales tras haber estudiado (por acuerdo adoptado mediante una moción del Consejo legislativo de mayo de 2015) las opciones que podrían tener los ciudadanos de Victoria para adoptar decisiones informadas sobre el final de la vida. Tras la presentación del informe del Comité (*Inquiry into End of Life Choices*) en junio de 2016, el gobierno estableció un Panel Asesor Ministerial que, a su vez, presentó un informe final en julio de 2017, constituyendo la base para la formulación del proyecto de ley sobre muerte asistida voluntaria. El Parlamento aprobó el proyecto el 29 de noviembre de 2017 y la ley (*Voluntary Assisting Dying Act*) entró en vigor el 29 de junio de 2019.

4.1 *Supuestos y modos en los que procede la ayuda para morir*

De acuerdo con esta legislación, una persona puede acceder a la muerte voluntaria asistida cuando ha sido diagnosticada de una enfermedad, dolencia o condición médica incurable, avanzada, progresiva, con una esperanza de vida de semanas o meses, sin exceder de seis meses, y que le esté causando un sufrimiento que no puede aliviar en una manera que considere tolerable. No tienen acceso a esta posibilidad las personas diagnosticadas solo de enfermedad mental o discapacidad. Si está diagnosticada con una enfermedad, dolencia o condición neurodegenerativa, para poder tener acceso a la prestación de asistencia la esperanza de vida no debe exceder de los doce meses.

Se reconocen dos formas permitidas de realización: a) mediante la autoadministración de una sustancia letal si la persona no está impedida físicamente para hacerlo; b) en otro caso, mediante la administración de una sustancia con ese propósito por personal médico, todo ello con los requisitos y en las condiciones que a continuación se exponen.

4.2 *Ámbito subjetivo*

Se requiere que la persona tenga 18 años o más de edad, ser ciudadano de Australia o residente permanente, residir ordinariamente en Victoria y haberlo sido en este territorio por, al menos, 12 meses. Se pretende de esta manera evitar el llamado «turismo eutanásico».

4.3 *Requisitos*

Además de los mencionados anteriormente sobre el carácter de la enfermedad, dolencia o condición médica diagnosticada y sobre edad y residencia, otros requisitos imprescindibles son: a) tener capacidad de decisión en los términos previstos por la ley, presumiéndose que la persona la tiene a no ser que existan evidencias de lo contrario; b) que entienda la información que se le proporciona en una manera adecuada a sus circunstancias personales; c) haber comprobado que actúa voluntariamente y sin coacción alguna; d) haber comprobado que la petición para el acceso a la muerte asistida voluntaria es firme. Si hubiere duda por parte del médico coordinador sobre alguno de estos puntos, la persona solicitante no podrá acceder a la muerte asistida voluntaria y finalizará el proceso de solicitud y evaluación.

4.4 *Elementos fundamentales de garantía y control*

La persona que solicita la muerte asistida ha de realizar directamente, por cualquier medio disponible, una clara e inequívoca solicitud a un médico colegiado que deberá determinar si acepta o rechaza la solicitud en un plazo de siete días e informarle al respecto. El médico tiene prohibido en todo caso tomar la iniciativa en este proceso, aunque nada impide que facilite información a instancias de la persona. Una vez hecha la solicitud de muerte asistida, si el médico no objeta en conciencia o considera que no podrá llevar a cabo sus obligaciones o no cumple los requisitos legales, se convierte en «médico coordinador» y hará una primera evaluación al paciente. Si no puede determinar si este cumple con los requisitos exigidos, debe remitirlo a otro médico colegiado con la formación necesaria para su evaluación o, en su caso, a un especialista en la dolencia o enfermedad que padece para que realice una evaluación adicional independiente. En el caso de que la persona tenga una enfermedad degenerativa, ha de intervenir un especialista en la materia, estando obligado en

este caso el médico coordinador a aceptar la decisión del especialista resultante del examen solicitado, que previamente le habrá proporcionado un informe clínico con sus conclusiones.

El médico coordinador, una vez convencido de que la persona solicitante cumple los requisitos, ha de informarle acerca de los siguientes aspectos: la diagnosis y prognosis de su enfermedad, dolencia o situación médica; los tratamientos y opciones disponibles y sus resultados probables, incluidas las de cuidados paliativos existentes; los riesgos potenciales de la toma de la sustancia letal a prescribir de acuerdo con la ley para causar su muerte y que esta es el resultado esperado de su administración; su derecho a decidir la retirada de su solicitud y detener el proceso de evaluación en cualquier momento (aunque tiene la opción de poder comenzar después, en su caso, un nuevo proceso de solicitud); en caso de que esté recibiendo tratamiento de otro médico, se recomienda informarle de su solicitud. Además, si la persona está de acuerdo, el médico coordinador debe informar detalladamente a un miembro de la familia sobre las pautas clínicas relevantes y sobre el protocolo de autoadministración de la sustancia letal para causar la muerte. Dentro de los siete días tras haber finalizado la primera evaluación, el médico coordinador ha de completar su informe y entregar una copia a la Comisión de Revisión de la Muerte Voluntaria Asistida.

Si el médico coordinador ha considerado que la persona puede acceder a la muerte voluntaria asistida, debe remitirla a otro médico colegiado para una segunda evaluación. Este segundo médico puede aceptar o rechazar el encargo (por ser objetor de conciencia o por considerar que no será capaz de llevar a cabo sus obligaciones o por no cumplir los requisitos legales o no disponer de los conocimientos o la experiencia en la dolencia, enfermedad o cuadro médico del paciente). Una vez aceptada la realización de la segunda evaluación, este médico se convierte en «médico consultor», que una vez cumplimentados los trámites preliminares habrá de evaluar si la persona solicitante cumple con todos los requisitos legalmente establecidos. Si no puede determinar que se cumplen los requisitos, dependiendo de cuales sean estos, remitirá al paciente a otro médico especialista y podrá aceptar su resolución en relación con el examen solicitado. Si está convencido del cumplimiento de todos los requisitos, deberá informar a la persona solicitante acerca de las mismas cuestiones sobre las que tuvo que informar el médico coordinador (diagnóstico y pronóstico, opciones de tratamiento, riesgos, etc.). Una vez concluya que la persona puede acceder a la muerte voluntaria asistida y no tiene dudas al respecto, debe notificarle el resultado de esta segunda evaluación, así como entregar el informe a la Comisión dentro de los siete días siguientes a la segunda evaluación y

también al médico coordinador. Si, por el contrario, hubiera entendido que la persona solicitante no cumple los requisitos, el médico coordinador puede remitirla a otro médico colegiado para una tercera evaluación. Se determina también un procedimiento para, en su caso, realizar una transferencia de médico coordinador.

También se establece la forma y procedimiento en que ha de hacerse la declaración escrita de que una persona cumple con los requisitos para acceder a la muerte voluntaria asistida, que ha de firmarse en presencia de dos testigos y del médico coordinador, previéndose que otra persona pueda firmar la declaración en nombre de quien la hace si estuviere imposibilitada para firmarla. No puede actuar como testigo quien sepa o crea que es persona beneficiaria del testamento o se pueda beneficiar financiera o materialmente de su muerte, sea propietaria o responsable de la actividad de algún servicio de salud donde la persona está siendo tratada o resida, o esté directamente relacionada con los servicios de salud o cuidados profesionales que se dispensan a quien hace la declaración. Solo uno de los testigos puede ser miembro de su familia.

Si se ha hecho la declaración escrita, puede hacerse personalmente la solicitud final por escrito, verbalmente o por gestos o mediante cualquier otro medio de comunicación disponible y dirigirla al médico coordinador dentro del plazo mínimo de nueve días después de la primera solicitud y, en cualquier caso, un día después, como mínimo, de la consulta que determinó el cumplimiento de los requisitos de acceso a la muerte voluntaria asistida. La persona solicitante puede nombrar a una persona de contacto mayor de 18 años, que deberá aceptar serlo de manera expresa. El médico coordinador ha de realizar una revisión final de todo el proceso y certificar que se ha seguido el protocolo de solicitud y evaluación de acuerdo con la ley y entregar una copia a la Comisión del impreso de revisión, acompañado por la documentación pertinente, dentro de los siete días posteriores tras completar el formulario de revisión final.

Tras esta certificación, pueden solicitarse dos clases de permiso, que han de ser decididos por el Secretario (el Jefe del Departamento de Salud y Asuntos Sociales): a) un «permiso de muerte voluntaria asistida» para el paciente, que autorizará al médico coordinador para prescribir y suministrar la sustancia letal especificada para causarle la muerte, que entregará a la persona si es capaz de autoadministrársela; o bien autorizar a la persona a conseguir, poseer, almacenar, usar y autoadministrarse la sustancia, todo ello tras la información pertinente, que la ley regula con mucho detalle, así como el papel que corresponde al farmacéutico con las garantías de procedimiento que debe observar. Se regu-

la también el detalle del papel que corresponde a la persona de contacto en orden a su actuación para el almacenamiento, transporte y devolución de la sustancia no administrada o restante; b) un «permiso de administración por un médico», que autoriza al médico a prescribir y administrar al paciente una dosis suficiente de la sustancia especificada, en presencia de un testigo, si la persona está físicamente incapacitada, tiene capacidad de decisión en relación a la muerte voluntaria asistida, actúa voluntariamente y sin coacción, su decisión es firme y la administración de la sustancia se realiza inmediatamente después de formular la petición.

Finalmente, se establecen trámites muy precisos acerca de: a) la certificación médica tras la administración de la sustancia de muerte voluntaria asistida y su comunicación a la Comisión dentro de los siete días posteriores; b) la notificación de la causa de la muerte al Registrador y al Médico Forense. De otro lado se contemplan: las posibilidades de recurso sobre ciertas decisiones al Tribunal Civil y Administrativo de Victoria; las obligaciones de notificación por los médicos, sus empleadores u otras personas, a la Agencia Australiana de Regulación de las Profesiones Sanitarias cuando hubiere sospechas fundadas de actuaciones médicas o malas prácticas contrarias a la ley; las exenciones de responsabilidad de quienes ayudan, facilitan, no actúan o actúan en conformidad con la ley y la tipificación de los delitos que pudieran cometerse durante el proceso de solicitud, reconocimiento y prestación de la asistencia voluntaria para morir.

Se instituye la Comisión de Revisión de la Muerte Voluntaria Asistida con funciones de supervisión, revisión y promoción del cumplimiento de la ley; comunicación, en su caso, de cualquier problema relevante relacionado con la muerte voluntaria asistida a las autoridades correspondientes; promoción de la calidad y seguridad del procedimiento, realización de análisis e investigaciones, suministro de información y de recopilación, uso y divulgación de formularios; interacción con la sociedad, grupos y organizaciones relevantes, organismos gubernamentales y médicos colegiados que proporcionan la asistencia; prestación de asesoramiento al Ministro o al Secretario acerca del funcionamiento de la ley, así como realización de informes a su requerimiento, además del informe anual para el Parlamento.

5. Nueva Zelanda

La Ley reguladora de la eutanasia de Nueva Zelanda (*The End of Life Choice Act 2019 (2019/67)*) es el resultado de una iniciativa parlamentaria del

Diputado David Breen Seymour (líder de la formación liberal *ACT New Zealand*), adoptada el 14 de octubre de 2015 tras dos años de tramitación. Pasó el trámite legislativo de tres lecturas: la primera, el 13 de diciembre de 2017; la segunda, el 26 de junio de 2019; y la tercera, el 13 de noviembre de 2019, con el resultado final de su aprobación por la Cámara de Representantes por 61 votos a favor y 51 en contra; fue promulgada el 16 del mismo mes. Sometida a referéndum el 17 de octubre de 2020, recibió el voto favorable del 65,1% del electorado frente al negativo del 33,7%. Entrará en vigor el 6 de noviembre de 2021.

5.1 *Supuestos y modos en que procede la ayuda para morir*

Puede solicitar la asistencia una persona que sufra de una enfermedad terminal diagnosticada con una esperanza de vida de no más de seis meses. No resultan incluidos aquellos supuestos en los que la persona sufra de alguna forma de trastorno o enfermedad mental, o tenga una discapacidad de cualquier tipo, o sea de edad avanzada.

Se prevén la eutanasia y el suicidio asistido como modos de realización. La persona que solicita la asistencia médica para morir puede elegir, una vez asesorada por el médico asistente, entre la autoadministración del medicamento que le provocará la muerte o su administración por el médico o personal de enfermería, conforme a los siguientes métodos previstos: ingestión o administración intravenosa por la propia persona; ingestión de la sustancia a través de un tubo, administrada por el médico o personal de enfermería, o inyección de la sustancia realizada por este mismo personal médico.

5.2 *Ámbito subjetivo*

Solo pueden solicitar esta asistencia las personas mayores de dieciocho años de nacionalidad neozelandesa, o aquellas que cumpliendo este requisito de edad estén en situación de residencia permanente conforme a la legislación específica.

5.3 *Requisitos*

Además de sufrir la situación médica antes expuesta (enfermedad terminal, con una esperanza de vida no superior a los seis meses) y cumplir con los requisitos de edad, nacionalidad o residencia permanente, la persona solicitante ha de encontrarse en un estado avanzado de deterioro irreversible de su capacidad física, experimentar un sufrimiento insoportable que no se pueda aliviar de una manera que considere tolerable y ha de tener capacidad para tomar una decisión informada sobre la muerte asistida.

5.4 *Elementos fundamentales de garantía y control*

Una vez realizada la solicitud por una persona manifestando al médico su deseo de recibir asistencia médica para morir, este deberá informarle sobre la prognosis de su enfermedad terminal, el carácter irreversible de la asistencia para morir, los impactos anticipados de la muerte asistida, así como comunicarse por cualquier medio con el paciente a intervalos determinados según la evolución de su enfermedad. Deberá también asegurarse de que comprenda otras opciones de cuidado, que puede cambiar de opinión en cualquier momento antes de recibir el medicamento que pondría fin a su vida, animarle a discutir su deseo con otras personas (familiares, amigos, consejeros) y que no está obligada a hacerlo con cualquiera, así como asegurarse de que tenga la oportunidad de hacerlo con quienes haya elegido, de manera libre y sin presión alguna. Estas acciones han de ser registradas en una primera parte del formulario legalmente aprobado.

Si la persona desea proseguir, el médico asistente debe proporcionarle la segunda parte del formulario solicitando la opción de muerte asistida, que deberá fechar y firmar por sí misma, o por otra persona mayor de edad (en el caso de que no pudiese escribir por cualquier razón y pida que lo haga por ella esa otra persona) y en su presencia y, además, no sea un médico que la haya cuidado o persona que pueda beneficiarse de su fallecimiento o que esté mentalmente incapacitada. Todo ello ha de hacerse en presencia del médico asistente, que deberá enviar el formulario al Registrador del Ministerio de Salud. El médico, una vez se haya cerciorado de que la persona solicitante cumple los requisitos legalmente exigidos y que es competente para tomar una decisión informada sobre muerte asistida, debe completar el formulario oficial consignando su opinión y enviarlo al Registrador.

Llegados a este punto es necesaria una segunda opinión de un médico independiente que, previa petición del médico asistente ha de ser designado por el Grupo SCENZ (Grupo de Apoyo y Consulta para el Fin de la Vida en Nueva Zelanda), que debe confirmar, tras examinarla, si la persona cumple con los criterios de elegibilidad. Después completará un formulario con su opinión, que enviará al Registrador, con una copia al médico asistente. En el supuesto de que uno o ambos médicos no estén seguros de la capacidad mental de la persona, un psiquiatra especialista designado por el Grupo SCENZ debe examinar al solicitante y confirmar si es competente para adoptar una decisión informada sobre muerte asistida, cuya conclusión debe consignarse en el formulario previsto que ha de ser enviado al Registrador, al médico asistente y al médico consultor. El médico asistente ha de dar cuenta de la conclusión alcanzada a la persona solicitante y explicarle las razones, así como discutir con ella el progreso de su enfermedad terminal, el momento probable para la administración de la medicación y ofrecerle el formulario para que la escoja, advirtiéndole que en cualquier momento puede decidir no recibir la medicación o aplazarla, dando cuenta de la cumplimentación de este procedimiento al Registrador. El paciente puede elegir también el método de administración de la dosis del medicamento que le producirá la muerte, conforme más arriba se expuso. Una vez que se ha administrado el medicamento, el médico asistente, en el plazo de catorce días, debe completar el formulario prescrito con todos los datos y notificar al Registrador que se ha producido una muerte asistida. Este, a su vez, debe enviar el formulario al Comité de Revisión.

El Grupo SCENZ (Grupo de Apoyo y Consulta para el Fin de la Vida en Nueva Zelanda) es el encargado de llevar a cabo las funciones necesarias para el control de este proceso, incluida la elaboración de protocolos y estándares de cuidados, así como aconsejar sobre medidas de carácter médico y legal requeridas por el procedimiento. El Comité de Revisión cumple las funciones de considerar los informes sobre muerte asistida, informar al Registrador acerca de si estos procesos se han cumplido con observancia de los requisitos legalmente prescritos y proporcionarle información sobre aquellos casos en los que considere que no ha habido un cumplimiento satisfactorio. El Registrador es designado por el Director General entre el personal del Ministerio de Salud con la función de establecer y mantener el registro correspondiente sobre las acciones realizadas durante el procedimiento.

6. Portugal

El 29 de enero de 2021, tras un año de intenso debate parlamentario y social sobre la materia, se produjo en la Asamblea de la República de Portugal la votación final global en la reunión plenaria del texto presentado por la Comisión de Asuntos Constitucionales, Derechos, Libertades y Garantías, relativo a los Proyectos de Ley nos. 4/XIV/1.^a (Bloque de Izquierda-BE); 67/XIV/1.^a (Partido Animalista-PAN); 104/XIV/1.^a (Partido Socialista-PS); 168/XIV/1.^a (Partido Ecologista «Os Verdes»-PEV); y 195/XIV1.^a (Iniciativa Liberal-IL), con el resultado de su aprobación por 136 votos a favor, 78 en contra y 4 abstenciones⁶. La ley, tal como queda plasmada en el *Decreto da Assembleia da República N.º 109/XIV*⁷ regula las condiciones en las que no es punible la muerte asistida médicamente y modifica el Código Penal. Cuando se redactan estas líneas se encuentra en proceso de fiscalización preventiva de constitucionalidad por el Tribunal Constitucional tras el requerimiento inmediato que a este órgano constitucional ha realizado el presidente de la República, Marcelo Rebelo de Sousa, alegando fundamentalmente la existencia en la ley de conceptos «excesivamente indeterminados en la definición de los requisitos para permitir la despenalización de la muerte médicamente asistida»⁸.

6.1 *Supuestos y modos en los que procede la ayuda para morir*

Procede en supuestos de existencia de una situación de lesión definitiva de extrema gravedad de acuerdo con el consenso científico; o en aquellos casos en que se trate de una enfermedad incurable y mortal, cuando la practican o ayudan los profesionales de la salud en un procedimiento clínico y legal. No se limita a las situaciones terminales.

Son dos los métodos disponibles para que el paciente pueda decidir al respecto y bajo su exclusiva responsabilidad: bien mediante la autoadministración de los fármacos letales prescritos o bien mediante su administración por

⁶ Habiendo dejado el PS libertad de voto, votaron en contra 9 parlamentarios socialistas, así como lo hicieron en este mismo sentido 56 del PSD y todos los del CDS-PP (Centro Democrático y Social-Partido Popular), Chega (¡Basta!, equivalente a VOX en España) y el PCP (Partido Comunista). Se abstuvieron 2 diputados del PS y otros 2 del PSD.

⁷ DAR II série A, núm. 76/XIV/2, Supl. 2021.02.12 (pp. 2-11).

⁸ La carta dirigida a estos efectos al Presidente del Tribunal Constitucional de Portugal, en la que se detallan los motivos, puede consultarse en la web de la Presidencia de la República Portuguesa (<https://www.presidencia.pt/?idc=10&idi=181701>).

el médico o un profesional de la salud debidamente habilitado al efecto y bajo supervisión médica. En el caso de que el paciente perdiera el conocimiento antes de la fecha programada, se interrumpirá el procedimiento y no se llevará a cabo, a no ser que recupere la consciencia y mantenga su decisión.

6.2 *Ámbito subjetivo*

La ley exige la mayoría de edad de la persona que solicita ayuda para anticipar su propia muerte. Han de ser personas de nacionalidad portuguesa o extranjeros legalmente residentes en el territorio nacional que cumplan los requisitos establecidos por la ley.

6.3 *Requisitos*

Además de la existencia de la situación de lesión o enfermedad con las características antedichas que permiten la solicitud de la ayuda más el cumplimiento de los requisitos subjetivos antes expuestos, se requiere la solicitud y decisión de la persona, cuya voluntad sea libre, actual, seria, reiterada e informada y que se encuentre en situación de sufrimiento intolerable.

6.4 *Elementos fundamentales de garantía y control*

El procedimiento a seguir establece, en primer lugar, elementos de valoración y confirmación médica de intensidad y fuerte garantía, con cuatro momentos en los que el paciente, si los informes de los tres médicos intervinientes han sido positivos, ha de manifestar fehacientemente que mantiene y reitera su voluntad de anticipación de su muerte. También prevé la intervención institucional, en diferentes momentos del procedimiento, de una Comisión de Verificación y Evaluación (CVA), con carácter previo y posterior, además de la Inspección General de las Actividades de Salud (IGAS).

La solicitud ha de efectuarse en documento escrito, fechado y firmado por el paciente o por la persona que haya designado al efecto, dirigido al médico por él escogido, llamado «médico orientador», que puede ser el personal o familiar o un especialista en la patología por la que esté afectado. Esta solicitud ha de ser integrada en el RCE (Registro Clínico Especial). El médico orientador debe acceder al historial clínico del paciente, que será el elemento esencial en

la formación de su parecer. No serán admitidas las peticiones presentadas por pacientes sujetos a procedimiento judicial del «*Regime do Maior Acompanhado*» (Ley 49/2018, de 14 de agosto) en tanto se encuentre pendiente, quedando en suspenso inmediatamente el procedimiento de anticipación de la muerte cuando el proceso fuera instaurado con posterioridad a la petición. El paciente tiene garantizado, si así lo desea, el acceso a los cuidados paliativos en cualquier momento.

El médico orientador ha de emitir parecer fundamentado sobre el cumplimiento de todos los requisitos y proporcionar al paciente toda la información sobre su situación clínica, los tratamientos aplicables, viables y disponibles, con especial atención a los cuidados paliativos, así como sobre la prognosis de su padecimiento; ha de verificar también que mantiene y reitera su voluntad, que ha de ser registrada por escrito, y todo ello ha de incorporarse al RCE. En caso de que el parecer del médico sea desfavorable, el procedimiento ha de cancelarse con información motivada al paciente, pudiendo llevarse a cabo, sin embargo, una reapertura mediante una nueva solicitud.

Si el parecer del médico orientador es favorable, ha de consultarse a otro médico especialista en la patología del paciente que habrá de confirmar la existencia o no del cumplimiento de los requisitos legales establecidos, así como el diagnóstico y pronóstico de su situación clínica (si hubiere varias patologías de carácter incurable y fatal, el médico orientador decide la especialidad bajo la que consultar). Su informe motivado y realizado por escrito se incorpora también al RCE. Si el parecer de este segundo médico especialista no fuere favorable, queda cancelado el procedimiento con información al paciente por el médico orientador (pero también se puede reiniciar con una nueva solicitud). En caso de que el parecer del especialista fuera favorable, el médico orientador informará al paciente, tras lo cual ha de verificar de nuevo que este mantiene y reitera su voluntad, cuya decisión ha de ser registrada por escrito, fechada y firmada por el paciente o por la persona designada por el mismo que, juntamente con los informes emitidos por los médicos, ha de incorporarse al RCE.

También es obligatoria la intervención de un médico especialista en psiquiatría (con posibilidad de colaboración de un especialista en psicología clínica) cuando haya dudas sobre la capacidad de la persona para decidir sobre la anticipación de su muerte mediante una voluntad seria, libre e informada o, en su caso, cuando alguno de los médicos anteriormente intervinientes considere que el paciente tiene una perturbación psíquica o una condición médica que afecte a su capacidad para tomar decisiones. En caso de confirmarse alguna de

estas circunstancias se cancelará el procedimiento con información fundamentada al paciente, pudiendo en su caso reiniciarse con otra solicitud. Si el parecer del especialista fuera favorable, informará al paciente –acompañado del médico orientador– del contenido de su informe, tras lo cual nuevamente se verificará que el paciente mantiene y reitera su voluntad, que ha de ser expresa, registrada por escrito e incorporada al RCE.

Tras estos trámites, se abre otra fase del procedimiento en la que ya interviene institucionalmente la Comisión de Verificación y Evaluación (CVA). El médico coordinador ha de remitir copia del expediente integrado en el RCE a la Comisión solicitando su informe sobre el cumplimiento de los requisitos en las fases anteriores del procedimiento, que ha de elaborarse en el plazo de 5 días hábiles. Si la Comisión tuviera dudas, debe convocar a los médicos intervinientes para que declaren y solicitar documentos adicionales necesarios. Si su parecer fuera desfavorable, el procedimiento queda cancelado, pudiendo reabrirse con otra solicitud. Si por el contrario fuera favorable, el médico orientador informará al paciente sobre su contenido y verificará nuevamente que mantiene y reitera su voluntad de manera consciente y expresa, que ha de registrarse por escrito en el RCE.

A partir de aquí el médico orientador fija día, hora, local y método para anticipar la muerte del paciente, para lo cual le informará sobre los métodos disponibles para practicar la ayuda para morir, a los que ya nos referimos en el apartado 1, para que elija bajo su responsabilidad. Esta decisión ha de ser consignada por escrito e incorporada al RCE. Tras este trámite el médico orientador remite copia de todo lo consignado en el RCE a la Inspección General de las Actividades de Salud (IGAS), que puede participar acompañando en el proceso de realización de la ayuda para morir. Como anteriormente se especificó, en el caso de que el paciente perdiera el conocimiento antes de la fecha programada, se interrumpirá el procedimiento y no se llevará a cabo la administración de los fármacos letales, a no ser que recupere la consciencia y mantenga su decisión.

Inmediatamente antes de la administración de los fármacos letales, el médico coordinador debe confirmar otra vez más que el paciente mantiene y reitera su voluntad de anticipar su muerte en presencia de uno o más testigos identificados por el RCE. En este momento pueden estar presentes otros profesionales de la salud y personas designadas por el paciente.

El paciente, cuyas decisiones en el procedimiento siempre son estrictamente personales e indelegables, puede en cualquier momento revocar su solicitud. Si no confirmara su voluntad en el momento de la administración de los fármacos, el procedimiento queda cancelado, sin perjuicio de que, en su caso,

podiera reabrirse desde el principio, con una nueva solicitud. Si la confirma, se procede a la realización de la administración de los fármacos y, una vez producida la muerte, se ha de verificar y certificar conforme a la legislación en vigor y enviar copias al RCE.

En el plazo de 15 días tras la muerte del paciente el médico orientador habrá de elaborar un informe final en el que se recogerán los elementos que se especifican en el artículo 16 de la ley, que son los esenciales en el desarrollo del procedimiento; este informe se anexará al RCE y se remitirá a la CVA y al IGAS.

Otros elementos de garantía

Se excluyen de la participación en estos procesos a los profesionales médicos que puedan obtener cualquier beneficio directo o indirecto de la muerte del paciente, singularmente una ventaja patrimonial.

Se reconoce la objeción de conciencia: ningún profesional de la salud puede ser obligado a practicar o a ayudar en el acto de anticipación de la muerte del paciente por cualquier motivo, clínico, ético o de otra naturaleza. Puede invocarse en cualquier momento, pero ha de ser comunicada también al paciente en un plazo no superior a 24 horas.

Los profesionales pueden estar sujetos a responsabilidad administrativa por su actuación en el procedimiento. La fiscalización de los procedimientos corresponde al IGAS, que en caso de incumplimiento de lo previsto en la ley puede determinar la suspensión o cancelación del procedimiento.

La CVA está encargada de verificar la conformidad a la ley del entero procedimiento seguido y, en su caso, remite el informe final al Ministerio Público a los efectos que puedan derivarse de un eventual procedimiento disciplinario por incumplimiento de los requisitos establecidos por la ley. Anualmente presentará a la Asamblea de la República un informe de evaluación detallado de la aplicación de la ley, pudiendo contener recomendaciones.

7. España

En España la iniciativa de regulación de esta materia ha sido igualmente parlamentaria. En los últimos años ha habido, en el marco de un debate hasta cierto punto intenso, una demanda social sostenida acerca de la pertinencia de

la regulación de la eutanasia y el suicidio asistido, como vienen reflejando los sondeos de opinión desde 2009 hasta la fecha. Tras un largo periodo con diversos intentos en varias legislaturas, la Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia ha recibido la aprobación final de conjunto en el Congreso el 18 de marzo de 2021. El debate social ha estado permanentemente presente en los medios de comunicación con ocasión de casos concretos y el parlamentario ha sido continuado desde, al menos, las XI y XII Legislaturas hasta la presente, abarcando los años 2016-2020⁹. Del mismo modo, la ciudadanía se ha manifestado en ocasiones sobre la necesidad de esta regulación con especial viveza y vigor¹⁰. Dato muy significativo es que ya en la XII Legislatura la primera versión de la Proposición de ley presentada por el Grupo Parlamentario Socialista llegó a ser tomada en consideración con un amplio apoyo parlamentario (208 votos a favor por 133 en contra y 1 abstención), pero caducó con la disolución de las Cámaras en marzo de 2019. Reiterada con algunos cambios, volvió a ser tomada en consideración en la XIV Legislatura, con unos resultados similares, en la votación plenaria del 11/02/2020: 203 votos a favor, 140 en contra y 2 abstenciones. Finalizada su tramitación tras su paso por el Senado, el Congreso ha aprobado la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia (LORE) con una mayoría similar: 202 votos a favor, 141 en contra y 2 abstenciones.

Esta normativa establece un derecho, que algunos se han apresurado a presentar durante su tramitación con perspectiva un tanto deslegitimadora al utilizar una caracterización –inadecuada, a nuestro juicio– como un «imposible derecho a la muerte» (así, entre otros, Marcos del Cano, 2019a:18 y 2019b: *passim*). Sin embargo, lo que instituye la ley es un derecho legal prestacional, vinculado a un derecho fundamental como es el derecho a la vida, entre otros, que se establece a favor de toda persona que cumpla las condiciones exigidas y se encuentre en un «contexto eutanásico» para solicitar y, en su caso, recibir, la ayuda necesaria para morir de acuerdo con el procedimiento que se establece y las garantías que al efecto se ordenan. Se articula como una prestación incluida en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, regulando la objeción de conciencia del personal sanitario. Se establecen garantías rigurosas, con controles previos y a posteriori.

⁹ *Vid.* nota 2 para más detalles sobre su tramitación.

¹⁰ Así, por ejemplo, el 12 de julio de 2019 se presentó en el Congreso de los Diputados un documento con más de un millón de firmas reivindicando la regulación de la eutanasia, recogidas a través de la plataforma *Change.org*, de la que se hicieron eco especialmente intenso los medios de comunicación.

7.1 *Supuestos y modos en los que procede la ayuda para morir*

Esta normativa gira en torno a la existencia de un «contexto eutanásico», expresión que se refiere a una situación de intenso sufrimiento en la que se encuentra una persona debida a una enfermedad o padecimiento grave e incurable que experimenta como inaceptable y que no ha podido ser mitigado por otros medios. Su configuración más precisa se concreta en dos supuestos: de un lado, una situación de «padecimiento grave, crónico e imposibilitante», consistente en aquella «que hace referencia a limitaciones que inciden directamente sobre la autonomía física y actividades de la vida diaria, de manera que no permiten 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»; de otro lado, una situación de «enfermedad grave e incurable», que es aquella 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»¹¹. No queda acotada en exclusiva, como sucede en otros países, a la fase terminal de la vida ni se prevé específicamente la realización de una estimación de esperanza de vida. No obstante, la indefinición de la expresión «pronóstico de vida limitado» es, en este sentido, un tanto perturbadora, en la medida en que no permite sustentar con certeza en qué consiste tal pronóstico y la duración de la limitación a la que alude.

En ambos supuestos, una vez constatados y cumplidos los requisitos exigidos, caben dos modalidades de prestación de la ayuda para morir: a) mediante la administración directa al paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario competente; y b) mediante la prescripción o suministro al paciente por parte del personal sanitario de una sustancia, de manera que se la pueda autoadministrar para causar su propia muerte¹². Será el paciente, si se encuentra consciente, quien deberá comunicar al médico responsable la modalidad en la que quiere recibir la prestación de ayuda para morir¹³.

¹¹ Artículo 3, letras b) y c).

¹² Artículo 3, letra g), 1.ª y 2.ª

¹³ Artículo 11.1, segundo párrafo.

7.2 *Ámbito subjetivo*

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

7.3 *Requisitos*

Además de los anteriormente especificados sobre edad, nacionalidad o residencia y capacidad, se exige: a) disponer por escrito de la información que exista sobre su proceso médico, las alternativas y posibilidades de actuación, incluida la posibilidad de acceder a los cuidados paliativos; b) haber formulado dos solicitudes de manera voluntaria y por escrito, o por otro medio que permita dejar constancia de la voluntad de la persona, y que no sea el resultado de ninguna presión externa, dejando una separación de al menos quince días naturales entre ambas; no obstante, el médico responsable, si considera que la pérdida de la capacidad de la persona para otorgar el consentimiento informado es inminente, podrá aceptar un periodo menor que sea razonable según las circunstancias clínicas concurrentes; c) sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante en los términos legalmente establecidos, certificada por el médico responsable; e) prestar consentimiento informado previamente a recibir la prestación de ayuda para morir. Si el paciente no se encontrara en el pleno uso de sus facultades o no pudiera prestar su conformidad libre, voluntaria y consciente para realizar las solicitudes, pero previamente hubiera suscrito un documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documentos equivalentes legalmente reconocidos, se podrá facilitar la prestación de ayuda para morir conforme a lo dispuesto en dicho documento. La valoración de la incapacidad de hecho será realizada por el médico responsable. En el caso de haber nombrado representante en ese documento, este será el interlocutor válido para el médico responsable.

7.4 *Elementos fundamentales de garantía y control*

Por lo que concierne a la solicitud deberá hacerse por escrito en documento fechado y firmado por el paciente, o por cualquier otro medio que permita

dejar constancia de la voluntad inequívoca de quien la solicita. Si por situación personal o condición de salud no pudiera fechar y firmar el documento, otra persona mayor de edad y capaz podrá hacerlo en su presencia, indicando las razones para ello, y en presencia de un profesional sanitario, que lo rubricará, y si no fuere el médico responsable, lo entregará a este. En el caso de que concurra incapacidad de hecho la solicitud de prestación de ayuda para morir podrá ser presentada al médico responsable por otra persona mayor de edad y plenamente capaz, acompañándola del documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documentos equivalentes legalmente reconocidos, suscritos previamente por el paciente y, si no hubiera persona que pueda presentar la solicitud en su nombre, podrá hacerlo también el médico responsable, en cuyo caso está 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 acuerdo con las normas reguladoras del Registro nacional de instrucciones previas.

La denegación de la solicitud ha de ser hecha por escrito y ser motivada por el médico responsable, pudiendo la persona que la haya presentado formular reclamación ante la Comisión de Garantía y Evaluación correspondiente en el plazo máximo de diez días naturales, estando obligado el médico a informar de esta posibilidad. Este, con independencia o no de que la solicitud haya sido denegada, deberá remitir a la Comisión, en el plazo de cinco días, la documentación pertinente que prevé la ley, incluyendo los datos relevantes y especificando por escrito el motivo de la denegación.

El procedimiento para realizar la prestación de ayuda para morir incluye un proceso deliberativo con el solicitante sobre su diagnóstico, posibilidades terapéuticas y resultados esperables, así como sobre posibles 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, asegurándose de que comprende la información que se le facilita, que también ha de proporcionarse por escrito en el plazo máximo de cinco días naturales. Trascurrido este plazo, dentro de otro de dos días naturales, el médico retomará este proceso con el paciente para atender, en el plazo máximo de cinco días naturales, cualquier duda o cualquier necesidad de ampliación de información.

Finalizado el proceso deliberativo y transcurridas 24 horas, el médico recabará del paciente la decisión de continuar o desistir de la solicitud de prestación de ayuda para morir. Si la decisión fuera la de continuar, además de comu-

nicarlo al equipo asistencial, especialmente a los profesionales de enfermería, y, si lo solicitara el paciente, a los familiares o allegados que señale, el médico recabará del paciente la firma del documento de consentimiento informado. También deberá informar, si desistiera, al equipo médico asistencial. El médico responsable deberá consultar a un médico consultor, que tras estudiar la historia clínica y examinar al paciente, deberá a su vez corroborar mediante informe y en el plazo de diez días naturales desde la fecha de la segunda solicitud, que cumple las condiciones legalmente previstas. Este informe pasará a la historia clínica y deberá ser comunicado al paciente en el plazo máximo de 24 horas. Si este informe fuere desfavorable, el paciente puede recurrir a la Comisión de Garantía y Evaluación.

Cumplidos estos trámites, el médico responsable lo pondrá en conocimiento del presidente de la Comisión. En este momento se abre un control previo por parte de la Comisión consistente en la verificación por un profesional médico y un jurista, designados por esta entre sus miembros, para que aprecien la concurrencia de los requisitos y condiciones establecidos por la ley, a cuyos efectos tendrán acceso a la documentación de la historia clínica y podrán entrevistarse con el médico y el equipo profesional y con la persona solicitante. En el plazo máximo de 7 días naturales habrán de emitir un informe que, si fuere favorable, servirá de resolución a los efectos de poder practicar la prestación de ayuda para morir. Si fuera desfavorable, se abre una vía de reclamación. Si no hubiera acuerdo entre los miembros actuantes por encargo de la Comisión, será el Pleno de la Comisión el que decida definitivamente.

La resolución definitiva se pondrá en conocimiento, en el plazo máximo de dos días naturales, del presidente de la Comisión, que, a su vez, la trasladará al médico responsable para, en su caso, proceder a la realización de la ayuda para morir. Las resoluciones negativas pueden ser objeto de recurso ante la jurisdicción contencioso-administrativa.

La realización de la prestación podrá llevarse a cabo en centros sanitarios públicos, privados o concertados, e incluso en el domicilio particular (si se asegura el acceso y su calidad) y se desarrollará mediante el cumplimiento de los correspondientes protocolos. El paciente, si se encuentra consciente, comunicará al médico la modalidad en la que quiere recibir la prestación, bien mediante la administración de la sustancia por el profesional sanitario competente, o bien prescribiéndola al paciente para que se la autoadministre. En el primer caso los profesionales sanitarios asistirán al paciente hasta el momento de su muerte. En el segundo, el médico responsable y los profesionales sanitarios mantendrán la tarea de observación y apoyo también hasta el momento del fallecimiento.

El solicitante de la prestación, en cualquier momento de todo este proceso, podrá revocar o pedir aplazamiento para recibir la ayuda para morir.

Una vez realizada la prestación, se abre un procedimiento de control posterior, que comienza con la remisión por el médico responsable a la Comisión de los documentos separados e identificados con un número de registro, que contienen los datos más relevantes acerca del paciente, de la historia clínica y otros que se identifican.

Existirá una Comisión de Garantía y Evaluación en cada una de las Comunidades Autónomas y en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla. Su composición ha de ser multidisciplinar, con un número mínimo de siete miembros, entre los que se incluirán médicos, personal de enfermería y juristas, cada una de las cuales se dotará de un reglamento de orden interno. Se prevén reuniones anuales de las Comisiones con el Ministerio, bajo su coordinación, para homogenizar criterios e intercambiar buenas prácticas en el desarrollo de la prestación de eutanasia en el Sistema Nacional de Salud. Sus funciones más importantes son: resolver reclamaciones; dirimir sobre conflictos de intereses; verificar, a partir de los datos recibidos en la documentación antes referida y 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. En caso de duda, la Comisión podrá levantar el anonimato y acceder a la lectura del documento n.º 1 y 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; resolver dudas; hacer un informe anual de evaluación de la aplicación de la ley en el respectivo ámbito territorial y dirigirlo al órgano competente en materia de salud.

Otros elementos que destacar

Se establecen medidas para asegurar la protección de la intimidad y confidencialidad de las personas solicitantes de la prestación.

Se reconoce el derecho a objetar en conciencia de los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de ayuda para morir y, a estos efectos, se establece un registro nacional de profesionales objetores, a fin de poder garantizar una gestión adecuada de la prestación, asegurando su estricta confidencialidad y la protección de datos.

Las infracciones de lo dispuesto en la ley quedan sometidas al régimen sancionador previsto en la Ley General de Sanidad, sin perjuicio de las posibles responsabilidades civil, penal y profesional estatutaria que pudieran derivarse de las actuaciones.

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.

Se modifica el Código Penal estableciendo la no punibilidad de la conducta del profesional médico que actuando según esta normativa causare la muerte del paciente en estos procesos.

III. PAÍSES QUE SOLO REGULAN LA EUTANASIA, PERO NO EL SUICIDIO ASISTIDO

Dos son los países que cabe incluir en esta categoría: Bélgica y Colombia.

1. Bélgica

La regulación vigente en este Estado es también de iniciativa parlamentaria. Cabe encontrar algún antecedente judicial en los años setenta del pasado siglo y determinados dictámenes, informes y recomendaciones del Comité Belga de Bioética, realizados a finales de la década de los noventa, que fueron centrales en el debate sobre la posible legalización de la eutanasia. Los trabajos parlamentarios se iniciaron en octubre de 1999, en el curso de los cuales incidió con especial intensidad la publicación en noviembre de 2000 del estudio *End-of-life decisions in medical practice in Flanders, Belgium: a nationwide survey*¹⁴, cuyos resultados evidenciaron la práctica clandestina de la eutanasia en determinados entornos médicos (*vid.* Simón Lorda y Barrio Cantalejo, 2012: 8 ss.; y Guerra Vaquero, 2019: 95-96). El 16 de mayo de 2002 el Parlamento aprobó la «Ley relativa a la eutanasia», que fue promulgada el 28 de ese mismo mes y entró en vigor el 22 de septiembre. Salvando, entre otras, la cuestión de que no prevé el suicidio asistido, esta regulación está inspirada en buena medida por la legislación holandesa.

1.1 *Supuestos y modos en los que procede la ayuda para morir*

Solo se regula la eutanasia practicada por un médico en aquellos casos en que el paciente se encuentre en una situación médica con pronóstico de no re-

¹⁴ Luc Deliens, *et alii*: «End-of-life decisions in medical practice in Flanders, Belgium: a nationwide survey.», *The Lancet*, Vol. 356, Issue 9244, P1806-1811, November 25, 2000. Puede consultarse en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(00\)03233-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(00)03233-5/fulltext).

cuperación y esté padeciendo un sufrimiento físico o psíquico constante e insoportable, sin alivio posible, como resultado de una afección accidental o patológica grave e incurable. No se vincula con situaciones terminales.

Se regulan las declaraciones anticipadas de toda persona mayor de edad o menor emancipado, que ha de hacerse por escrito, en presencia de dos testigos mayores de edad, uno de los cuales no ha de tener interés material en su fallecimiento, fechada y firmada por el declarante, e incluir o designar una o varias personas de confianza mayores de edad, clasificadas por orden de preferencia, para que manifiesten al médico la voluntad del paciente. Se arbitra un procedimiento garantista para el caso de que la persona se encontrara físicamente imposibilitada de forma permanente para redactar y firmar. Estas declaraciones solo se tomarán en cuenta si han sido realizadas o conformadas al menos cinco años antes del comienzo de la imposibilidad de manifestar la voluntad por el paciente. En todo momento puede ser revocada o modificada. El médico que practique la eutanasia como consecuencia de una declaración anticipada ha de constatar todos los extremos pertinentes sobre la patología del paciente y su carácter, si está inconsciente, la irreversibilidad de la situación según el estado de la ciencia, así como el respeto de todas las condiciones y procedimientos previstos por la ley, pudiendo complementariamente adoptar otras medidas (consulta con otro médico, comentar con el equipo de cuidados en caso de que exista...).

La sustancia letal será administrada por el médico. Aunque el suicidio asistido no se contempla expresamente en la ley, este modo de asistencia a la muerte voluntaria, cuando se produce, viene a ser tratado de la misma manera que la eutanasia, según revela la práctica de la Comisión Federal de Control y Evaluación.

1.2 *Ámbito subjetivo*

Ha de tratarse de pacientes mayores de edad o menores emancipados, que sean capaces y conscientes en el momento de formular su solicitud. Mediante ley de 28 de febrero de 2014 se produjo la extensión de la posibilidad de eutanasia a los menores, sin precisión de límite de edad, al incluir al paciente menor que esté dotado de capacidad de discernimiento y sea consciente en el momento de formular la solicitud, con evaluación por parte de especialistas (psiquiatra pediátrico o psicólogo) e información a los representantes legales del menor y con su necesario acuerdo. Es importante matizar que esta regulación es aplicable únicamente a menores con pronóstico de muerte a corto plazo y respecto de sufrimientos físicos, excluyendo la posibilidad de declaración de voluntad anticipada.

1.3 *Requisitos*

Además de los ya expuestos para delimitar los supuestos y el ámbito subjetivo: a) ser capaz y consciente en el momento de formular la solicitud de eutanasia, que habrá de plasmarse por escrito, fechado y firmado por el paciente y, si no se encontrara en condiciones de hacerlo, por la persona mayor de edad que elija y que no pueda tener interés material en su fallecimiento; b) que se haya efectuado de manera voluntaria, razonada y reiterada, sin que pueda resultar de una presión exterior; c) encontrarse en una situación médica de no recuperación con el tipo de sufrimiento y padecimiento antes referido; d) que se respeten los procedimientos establecidos por la ley.

1.4 *Elementos fundamentales de garantía y control*

No existe un control previo por una institución que sea añadido y diferenciado del que resulta de la actuación de los médicos. Sí existe un control posterior por la Comisión Federal de Control y evaluación.

El médico al que se ha dirigido la solicitud debe informar al paciente sobre su estado de salud y su pronóstico, dialogar sobre su solicitud y evocar con él las posibilidades terapéuticas todavía posibles, así como la que representan los cuidados paliativos y sus consecuencias. Ha de asegurarse de que su petición es voluntaria y llegar con el paciente a la conclusión de que no existe otra solución razonable. Ha de certificar el carácter permanente del sufrimiento y la voluntad reiterada del paciente, a cuyos efectos mantendrá con él varias entrevistas espaciadas en el tiempo, de acuerdo con la evolución de su estado de salud. Es imperativa la consulta con otro médico (que sea independiente del paciente y competente en la patología que padece) que a su vez se asegurará sobre el carácter grave e incurable de su enfermedad y que el sufrimiento físico o psíquico es constante, insoportable y no tratable; redactará un informe con sus conclusiones y el médico habitual informará al paciente de los resultados de esta consulta. Si existiera un equipo constante de cuidados del paciente, contactará con él y con algún miembro de este. Si el paciente lo desea, comentará la petición con los parientes que señale.

El médico que practique la eutanasia deberá entregar, en el plazo de cuatro días hábiles, un documento de registro que regula ley con dos partes: la primera es confidencial (relativa a datos del paciente, médico consultado, personas consultadas y fechas de consulta, personas de confianza que han intervenido en caso de existencia de una voluntad anticipada), se transmite a la Comisión pero solo

puede ser consultada después de que ésta así lo decida y no puede servir de base a su misión de evaluación; la segunda, también confidencial, contiene datos del paciente, de la naturaleza de su afección y sufrimiento, del carácter de su de solicitud y si esta se hizo de manera voluntaria, razonada, reiterada y sin presiones; de los médicos, su cualificación y consultas, así como del fallecimiento y de la manera en que ha sido realizada la eutanasia y los medios utilizados.

Se regula el control posterior que ha de realizar la Comisión Federal de Control y Evaluación. Esta examina el documento de registro que le comunica el médico para determinar, basándose en la segunda parte, si la eutanasia se ha realizado de acuerdo con los requisitos, condiciones y procedimiento legalmente establecidos. Si hay duda, puede decidir romper el anonimato y acceder a la primera parte del documento de registro y puede solicitar del médico la comunicación de todos los elementos del informe médico. Ha de pronunciarse en el plazo de dos meses. Si estima por mayoría de dos tercios de sus miembros que no se han respetado las condiciones legales, enviará el dossier correspondiente a la fiscalía.

Además de esta función, la Comisión elabora informes para las Cámaras legislativas y, cuando proceda, recomendaciones susceptibles de desembocar en una iniciativa legislativa y/o en otras medidas relativas a la ejecución de la ley. Las Cámaras, en el caso de que existan recomendaciones, organizarán un debate sobre el tema.

Otras garantías: El paciente puede revocar su solicitud en todo momento, en cuyo caso se eliminará el documento del historial médico y le será devuelto. Ningún médico está obligado a practicar un acto de eutanasia, pero sí a comunicar su objeción al paciente o representante, indicando los motivos, y a ceder la historia clínica a un médico que designen.

2. Colombia

La experiencia colombiana es ciertamente singular, pues es el resultado del camino abierto por la sentencia de la Corte Constitucional C-239/97, de 20 de mayo de 1997, que declaró la existencia de un «derecho fundamental a una muerte digna» basado en la dignidad humana y en la autonomía individual, sin que esté formalmente consagrado en el texto de la Constitución Política de 1991. El demandante en el caso concreto pretendía la declaración de inconstitucionalidad del artículo 236 del decreto 100 de 1980 (Código Penal), que establecía una sanción menor para quien cometiera homicidio por piedad, en tanto entendía que con ello se vulneraba el deber de igual protección de la vida

humana, proclamado con rotundidad en el artículo 11 de la Constitución¹⁵. La Corte no solo declaró la constitucionalidad del precepto, sino que, yendo más allá, resolvió que «en el caso de los enfermos terminales en los que concurra la voluntad libre del sujeto pasivo del acto, no podrá derivarse responsabilidad para el médico autor, pues la conducta está justificada». Según la Corte, en estos casos el Estado no puede oponerse a la decisión de morir de un sujeto ni a que solicite la ayuda necesaria para ello, pues esto equivaldría «no solo a un trato cruel e inhumano [...] sino a una anulación de su dignidad y de su autonomía como sujeto moral», entendiéndose que «el derecho a la vida no puede considerarse reducido a la mera subsistencia, sino que implica el vivir adecuadamente en condiciones de dignidad».

Para precisar la garantía constitucional del derecho a la vida, el deber de su protección por el Estado y, en este marco, la fundamentación de la despenalización de la eutanasia en determinadas condiciones, la Corte se afina en tres principios constitucionales intrínsecamente entrelazados: a) el principio de la dignidad humana (art. 1 de la Constitución) que, como valor supremo, «irradia el conjunto de derechos fundamentales reconocidos»; b) el libre desarrollo de la personalidad, sin más limitaciones que las que imponen los derechos de los demás y el orden jurídico (art. 16 de la Constitución), máxima expresión de la dignidad y de los derechos fundamentales de la persona, que exige respetar su autonomía e identidad; y c) el principio de solidaridad (arts. 1 y 95.2, entre otros, de la Constitución), «que envuelve el deber positivo de todo ciudadano de socorrer a quien se encuentra en una situación de necesidad, con medidas humanitarias». El deber de protección de la vida por parte del Estado ha de ser entonces compatible con el respeto a la dignidad humana y al libre desarrollo de la personalidad y, si bien este deber tiene que ceder frente al consentimiento informado del paciente que desea morir en forma digna, tiene también la obligación de proteger a todas las personas. Por ello el Estado ha de garantizar que se den todas las condiciones materiales para el ejercicio del derecho, así como que el consentimiento que se presta sea genuino y no el efecto de una depresión momentánea; al mismo tiempo, ha de ofrecer a todos los enfermos terminales que enfrentan intensos sufrimientos todas las posibilidades para que sigan viviendo de acuerdo con sus decisiones y, en particular, brindarles los tratamientos paliativos del dolor.

De todo ello derivó la Corte en la mencionada sentencia la necesidad de establecer una regulación legal precisa y estricta. Por esta razón exhortó al Congreso para que, en aras de la seguridad jurídica, «en el tiempo más breve

¹⁵ «El derecho a la vida es inviolable. No habrá pena de muerte».

posible y conforme a los principios constitucionales y a elementales consideraciones de humanidad, regule el tema de la muerte digna» de acuerdo con los puntos esenciales especificados en la sentencia. Esta regulación, sin embargo, no se ha producido todavía pese a tantos años transcurridos, aun habiéndose presentado varios proyectos de ley. Debido a esta circunstancia, la Corte ha tenido ocasión de ir precisando en nuevos casos los perfiles, condiciones, criterios y controles para el ejercicio de este derecho, generando una línea doctrinal que se manifiesta, fundamentalmente, en las sentencias C-233/14, T-970/14, T-132/16, C-327/16, T-322/17, T-423/17, T-544/17 y T-721/17¹⁶ (véanse para más detalles Díaz Amado, 2017: 127-134 y 2019: 151:157; Arruego Rodríguez, 2019: 35-446). A lo largo de este proceso ha precisado cuestiones de fundamental importancia: así, que el procedimiento para garantizar el derecho a morir dignamente puede ser múltiple, no circunscrito a la eutanasia sino a otro que se ajuste a la voluntad del paciente; que no debe haber una limitación para el acceso a la muerte digna exclusivamente en función de la edad, sino que los antedichos principios del ordenamiento jurídico colombiano también obligan a reconocer la titularidad de este derecho a los niños, niñas y adolescentes, no olvidando que son sujetos de especial protección, por lo que ha de observarse un «enfoque diferencial» que valore el consentimiento informado de acuerdo con el nivel de desarrollo psicosocial, emocional y cognitivo del menor y la obligatoriedad, en ciertos casos, del consentimiento concurrente de los padres o representantes legales; del mismo modo, se considera admisible el consentimiento sustituto por quienes ejerzan la patria potestad en el caso de incapacidad de hecho del paciente.

En definitiva, la Corte ha venido perfilando el régimen jurídico del «derecho fundamental a la muerte digna», un derecho que caracteriza como «complejo», «relacionado con la vida y otros derechos», «con la dignidad» y el «libre desarrollo de la personalidad»; y «autónomo en tanto su vulneración no es una medida de otros derechos»¹⁷. También –cabe destacar– se trata de un derecho que tiene una clara vertiente prestacional, en tanto que las facultades que lo componen permiten a su titular, con autonomía, «gobernar los últimos momentos de su vida en un marco médico asistencial». La Corte reitera con intensidad, desde la Sentencia C-239 de 1997, la idea de que el derecho a la vida no puede reducirse a la mera subsistencia, sino que implica el vivir adecuadamente en condiciones de dignidad, así como que el Estado, correspondientemente, no puede oponerse a la decisión del individuo que no desea seguir viviendo y

¹⁶ Pueden ser consultadas en la web de la Corte: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/>

¹⁷ Sentencia T-970/14, de 15 de diciembre.

que solicita le ayuden a morir cuando sufre una enfermedad que le produce dolores insoportables, incompatibles con su idea de dignidad¹⁸.

Resulta muy sorprendente y contradictorio que, con esta fundamentación, la Corte circunscriba este derecho exclusivamente a los pacientes que se encuentren en una situación terminal, dejando fuera todos aquellos casos de personas que tienen una enfermedad grave e incurable o están en una situación de padecimiento grave, crónico e incapacitante, en condiciones que consideren intolerables de acuerdo con la concepción que tienen de su dignidad personal, con independencia del carácter indefinido de su padecimiento y del pronóstico previsible de duración de su vida.

Ante la inactividad del Congreso de la República para regular esta materia, la Corte destaca la eficacia normativa directa de la Constitución y reitera que la garantía y efectividad de los derechos «no depende exclusivamente de la voluntad del legislador»¹⁹. Con fecha 17 de noviembre de 2020 el Ministerio de Salud y Protección Social presentó al Congreso un Proyecto de Ley Estatutaria «por medio del cual se regula el derecho fundamental a morir con dignidad, a través de la eutanasia, y se dictan otras disposiciones», dirigido a dar cumplimiento a lo ordenado por la Sentencia de la Corte Constitucional T-544-2017, pretendiendo ajustarse a la jurisprudencia constitucional y a las regulaciones previamente efectuadas por el Ministerio en relación con los Comités Científicos Interdisciplinarios, incluyendo también los avances de la Resolución 2665 de 2018 sobre Documentos de Voluntad Anticipada. No aborda el suicidio asistido como otra forma de muerte médicamente asistida²⁰.

2.1 *Supuestos y modos en los que procede la ayuda para morir*

Sintéticamente, a la vista de lo expuesto, procede cuando el sujeto pasivo padezca una enfermedad terminal que le cause intenso dolor y sufrimiento, calificada como tal por un especialista. Por lo que se refiere a los modos, de acuerdo con la argumentación reiterada de la mencionada jurisprudencia de la Corte Constitucional, pueden ser múltiples. En unos casos la fórmula será la eutanasia; en otros supuestos, un procedimiento que, aunque sea distinto, se adecue a la voluntad del paciente, pero no hay aquí una referencia implícita –entendemos–

¹⁸ Así, por todas, sentencias C-239/97, 4.10 y 3, respectivamente, y T-970/14, 5.

¹⁹ Sentencias T-544/17, de 25 de agosto, y T-721/17, de 12 de diciembre.

²⁰ Cuando se redactan estas páginas el estado en que se encuentra este proyecto es el de pendiente de rendir ponencia para el primer debate en el Senado. Puede consultarse en: <http://leyes.senado.gov.co/proyectos/index.php/textos- radicados-senado/p-ley-2020-2021/2124-proyecto-de-ley-355-de-2020>

al suicidio médicamente asistido, sino a supuestos de eutanasia pasiva. Al tratarse de una situación de enfermedad en fase terminal, pueden darse otros protocolos con las suficientes garantías.

2.2 *Ámbito subjetivo*

No queda acotado, como antes se avanzaba, solo a las personas mayores de edad. La Corte Constitucional ha considerado también el derecho de niños, niñas y adolescentes para acceder a la eutanasia en los supuestos antes precisados a partir de sentencias del año 2017 (T-544 y T-721, de 2017), que llevaron al Ministerio de Salud y Protección Social a dictar la Resolución 825, de 9 de marzo de 2018, reglamentando el procedimiento correspondiente para hacer efectivo este derecho, según la cual los menores entre los 6 y los 12 años pueden presentar solicitudes para la aplicación del procedimiento eutanásico que podrán ser atendidas, excepcionalmente, dependiendo de su experiencia y grado de madurez, en especial los más cercanos a los 12 años. Entre los 6 y los 14 años es preciso contar con la concurrencia del acuerdo de quien ejerza la patria potestad. De los 14 a los 17 no es obligatorio contar con la concurrencia del acuerdo de quien ejerza la patria potestad, pero siempre se informará sobre la decisión adoptada por el paciente.

2.3 *Requisitos*

Además del padecimiento de una enfermedad terminal en las condiciones antedichas, es necesario que medie el consentimiento libre, informado e inequívoco del paciente, dando prevalencia a su autonomía a la hora de valorar el sufrimiento de acuerdo con su idea de dignidad; y que la ayuda para morir sea practicada por un médico.

2.4 *Elementos fundamentales de garantía y control*

De acuerdo con las providencias establecidas por la Corte para hacer efectivo el derecho a morir dignamente mientras el Congreso regula la materia²¹, el consentimiento de la persona ha de ser libre, informado e inequívoco, lo cual

²¹ Establecidas por la Sentencia T-790/14, 7.2.

implica que ha de contar con la capacidad suficiente para tomar la decisión, estar libre de la influencia de terceros y responder solo a su voluntad una vez sea suficientemente informada. La decisión de provocar su muerte ha de ser consistente y sostenida, no «producto de episodios anímicos críticos o depresivos». Para ello se prevé: la creación de un Comité Científico Interdisciplinario de acompañamiento constante al paciente y a su familia durante el proceso, tanto en la fase de decisión como en la de ejecución del procedimiento, con objeto de prestar ayuda psicológica, médica y social, que deberá además vigilar y garantizar que el proceso se desarrolle con observancia de los criterios establecidos por la Corte, así como asegurar la imparcialidad de todos los que intervengan en el mismo. En el caso de detectar alguna irregularidad, deberá suspenderse el procedimiento y poner en conocimiento de la autoridad competente, en su caso, la posible comisión de una falta o un delito.

El médico, una vez recibida la voluntad del paciente, convocará al Comité Científico Interdisciplinario para que comience su actividad. El médico o el Comité, una vez determinado el carácter inequívoco de la decisión y del consentimiento, deberá preguntar al paciente en un plazo razonable y no superior a diez días si su intención continúa en pie. Si así fuere, el procedimiento será programado para el menor tiempo posible, no pudiendo ser superior al que indique el paciente o máximo de quince días tras la reiteración de su intención. Este puede desistir de su decisión en cualquier momento. Hay que tener en cuenta que el consentimiento puede ser: previo (antes de sufrir el proceso patológico); posterior (después de manifestarse este proceso); formal (esto es, por escrito); o informal (verbalmente). También puede ser «sustituto», esto es, cuando la persona se encuentra en imposibilidad fáctica para manifestar su consentimiento, la familia podrá sustituir su consentimiento por el mismo procedimiento antes mencionado para no prolongar su sufrimiento, pero el Comité Científico Interdisciplinario deberá ser más estricto al apreciar el cumplimiento de los requisitos.

Las convicciones personales que eventualmente puedan oponer los profesionales de la salud encargados de intervenir en el procedimiento no pueden ser un obstáculo para la plena vigencia de los derechos fundamentales del paciente; por ello la Corte prevé que, si se diera esta situación, dentro de las veinticuatro horas siguientes a haber sido expresadas y argumentadas por escrito por el médico, deberá procederse a la reasignación del caso a otro profesional. Si se presentaran otras dificultades fácticas que impidieran el cumplimiento de la voluntad del paciente, el procedimiento adecuado para superar estas barreras será la acción de tutela.

El Comité deberá remitir un documento al Ministerio de Salud en el que se informe de todos los hechos, circunstancias y condiciones en que se llevó a cabo el procedimiento para que realice un control exhaustivo en cada caso.

Todos los hospitales, centros y, en general, los prestadores del servicio de salud han de cumplir las obligaciones derivadas de las directrices que establezca y los protocolos médicos que sugiera al respecto el Ministerio de Salud una vez discutidos por expertos de diferentes disciplinas. Tales protocolos no podrán definir ni el contenido del derecho fundamental a la muerte digna ni obligaciones adicionales a las establecidas en la providencia de la Corte. Todos los procedimientos han de cumplir los siguientes criterios: prevalencia de la autonomía del paciente, celeridad, oportunidad e imparcialidad.

Tras casi dos décadas de inactividad parlamentaria, el Ministerio de Salud y Protección Social, en cumplimiento de lo ordenado por la Corte Constitucional en la sentencia T-970/2014, siguiendo los criterios establecidos en su doctrina, dictó la Resolución 1216, de 20 de abril de 2015, que regula los Comités Científicos Interdisciplinarios para el Derecho a Morir con Dignidad, estableciendo los parámetros generales y el procedimiento para llevar a cabo este servicio en el país. En 2015, con el apoyo de un grupo de expertos, el Ministerio estableció el *Protocolo para la aplicación de la eutanasia en Colombia*. La Resolución 4006/2016, de 2 de septiembre, de otro lado, creó el *Comité Interno del Ministerio de Salud y Protección Social* para controlar los procedimientos que hagan efectivo el derecho a morir con dignidad, regulando su funcionamiento. Con fecha 17 de noviembre de 2020, como más arriba se expone, el Ministerio de Salud y Protección Social ha presentado al Congreso el Proyecto de Ley Estatutaria «por medio del cual se regula el derecho fundamental a morir con dignidad, a través de la eutanasia, y se dictan otras disposiciones», dirigido a dar cumplimiento a lo ordenado por la Sentencia de la Corte Constitucional T-544-2017.

IV. PAÍSES QUE REGULAN O SOLO CONTEMPLAN EL SUICIDIO ASISTIDO

1. Estados miembros de los Estados Unidos de América

Desde mediados de la década de los ochenta del pasado siglo, hubo diversas iniciativas en varios estados de los Estados Unidos para la regulación de la muerte asistida que no llegaron a prosperar. Sin embargo, el camino había quedado abierto a esta posibilidad a raíz de la doctrina del Tribunal Supremo. En *Cruzan v.*

Missouri Department of Health (1990)²² resolvió que la Constitución garantiza a una persona competente el derecho a rechazar con «evidencia clara y convincente» tratamientos de sostenimiento vital. Manteniendo que no existe un derecho constitucional a morir o al suicidio asistido, entendió sin embargo que los estados tenían competencia para legislar en estas materias. En *Vacco v. Quill* (1997)²³ consideró que la prohibición del suicidio asistido por una ley de Nueva York no violaba la cláusula de igual protección por comparación con el derecho a rechazar un tratamiento, sino que era una manifestación de la legitimidad regulatoria del estado, dejando por tanto implícita la misma legitimidad de cada estado para adoptar otra política normativa en la materia. En *Washington v. Glucksberg* (1997)²⁴, por unanimidad y con una opinión concurrente, resolvió que el acto de asistencia médica al suicidio no está protegido por la cláusula del debido proceso, concluyendo que esta cuestión puede ser debidamente regulada por los estados.

En este marco, el primer estado que consiguió establecer una regulación legal del suicidio médicamente asistido fue Oregón (*Death with Dignity Act*, 1997), configurando un modelo que, en sus más sustanciales aspectos, ha sido seguido muy de cerca por los demás estados que hasta la fecha han conseguido hacer lo propio. Por esta razón, para no ser reiterativos en exceso, vamos a limitarnos a exponer los rasgos fundamentales de este modelo y a citar las leyes de los demás estados, señalando, cuando proceda, algunas diferencias que puedan resultar significativas. Obviamente, la historia legislativa de cada estado es diferente, pero muchas de ellas comparten, en un mismo ambiente y marco constitucional federal, años de intenso debate, intentos reiterados y, en determinados casos, numerosos conflictos judiciales. Dado que sería tan innecesario como imposible relatar aquí tales acontecimientos, ofrecemos un breve apunte de la gestación de la ley de Oregón y de sus rasgos fundamentales.

En 1993, un grupo de ciudadanos creó el Comité político *Oregon Right to Die*, que impulsó la elaboración de una proposición de ley como iniciativa popular que sería votada en referéndum en noviembre de 1994 y aprobada por un escaso margen (51,31 % frente al 48,69 %). Esta ley prohíbe expresamente la eutanasia mediante inyección letal y solo regula el suicidio asistido mediante la prescripción de una sustancia por un médico y su autoadministración por el paciente tras el cumplimiento de un procedimiento legalmente establecido a partir de una solicitud que cumpla los requisitos y esté en las circunstancias previstas por la ley. Esta normativa, sin embargo, sufriría hasta asentarse numerosos y sucesivos embates jurídicos por entender sus detractores que vulneraba

²² *Cruzan v. Director, Missouri Department of Health*, 497 U. S. 261 (1990).

²³ *Vacco v. Quill*, 521 U. S. 793 (1997).

²⁴ *Washington v. Glucksberg*, 521 U. S. 702 (1997).

las Enmiendas primera y decimocuarta de la Constitución de los Estados Unidos, así como varias leyes federales. En enero de 2006, en el caso *Gonzales v. Oregon*²⁵, en línea con la doctrina antes expuesta, el Tribunal Supremo resolvió afirmando la competencia regulatoria de Oregón en cuanto un estado puede reemplazar a la autoridad federal para regular la actuación de los médicos al recetar la sustancia que corresponda prescribir, sin que ello suponga regular la práctica de la medicina en general ni contravenir la legislación federal sobre sustancias controladas. Pese a ello, continuaron los intentos de bloquear la ley mediante otra iniciativa que finalmente fue retirada. Desde entonces la situación se estabilizó y el apoyo popular a la ley fue en constante incremento: si en 1994 el apoyo era del 59%, en 2012 ya alcanzaba el 80% (Sandeen, 2013: 87). Una pequeña modificación legal llevada a cabo en 2019 (en vigor desde enero de 2020) permite a las personas que están a punto de morir la capacidad de renunciar al período de espera de 15 días después de haber completado todos los demás requisitos para poder aplicar lo dispuesto en la ley.

Características generales de este modelo

1. Supuestos y formas en que procede la asistencia.—Pueden solicitarla aquellas personas que sufren de una enfermedad terminal. Quedan excluidos los supuestos solo por razones de edad o discapacidad. Solo se contempla el suicidio asistido mediante la autoadministración por el paciente de la sustancia que le provocará la muerte.

2. Ámbito subjetivo.—Solo personas mayores de edad, capaces y residentes en Oregón.

3. Requisitos.—Además de la mayoría de edad, capacidad y residencia, sufrir una enfermedad terminal comprobada por el médico asistente, expresar libremente su voluntad de morir y solicitarlo por escrito en la forma establecida por la ley.

4. Elementos fundamentales de garantía y control.—El médico ha de comprobar que el paciente cumple los requisitos antes expuestos e informarle sobre: la diagnosis y prognosis de su enfermedad, los riesgos asociados con la toma de la medicación que sería prescrita y las alternativas de cuidado y control del dolor. Ha de derivarlo a un médico consultor para confirmación del diagnóstico, que a su vez determinará su capacidad, así como cerciorarse de que actúa voluntariamente. También puede derivarlo para asesoramiento en caso de que resulte apropiado, recomendar que lo notifique a sus parientes más cercanos, aconsejarle sobre la importancia de tener a otra persona presente cuando

²⁵ *Gonzales v. Oregon*, 546 U. S. 243 (2006).

tome el medicamento y no tomarlo en lugar público. Ha de informarle de que puede rescindir su solicitud en cualquier momento y, en especial, al final del periodo de espera de quince días para la toma del medicamento. Atenderá cualquier demanda de información sobre la toma del medicamento por parte del paciente «de una manera digna y humana».

El médico (que ha de estar suficientemente acreditado como dispensador y tener un certificado vigente de la administración) antes de prescribir la receta ha de verificar, además, que el paciente está tomando una decisión informada y cumplir con los requisitos de documentación de registros médicos, asegurándose de que se siguen los pasos adecuados. La receta ha de ser dispensada en el plazo de quince días desde la solicitud inicial y no menos de 48 horas después del escrito del paciente. Ha de recetar los medicamentos adecuados juntamente con los auxiliares con objeto de minimizar el malestar del paciente. Con su consentimiento, ha de comunicarse con el farmacéutico, informarle sobre la receta y entregársela. El farmacéutico dispensará los medicamentos al paciente, o a un representante acreditado, o al mismo médico asistente. Este, una vez producida la muerte, firmará el certificado de defunción.

El Departamento de Servicios Humanos de Oregón deberá revisar anualmente una muestra de registros mantenidos conforme a los protocolos previstos y establecerá reglas para facilitar la recopilación de información sobre cumplimiento, sin que se trate de un registro público, y realizará un informe anual.

La regulación de Washington (*Death with Dignity Act*, 2008), cumple los mismos requisitos básicos. La medicación no puede ser prescrita en caso de que se determine el padecimiento de un desorden psiquiátrico o psicológico, o depresión, que le cause alteraciones en el juicio. La ley de Vermont (*Patient Choice and Control at End of Life Act* (2013) también establece fuertes garantías frente a posibles abusos. La legislación de Colorado (*End of Life Options Act*, 2016) presenta las mismas similitudes. La normativa de California (*End of Life Options Act*, 2016) sigue el mismo modelo, pero presenta algunas cuestiones distintivas, entre las cuales las más importantes son: necesidad de que haya traductores para aquellas personas que no hablen inglés; el médico asistente debe discutir la solicitud de medicamentos solo con el paciente; no hay período de espera entre la solicitud por escrito y la redacción de la receta; y la ley expirará si no es renovada en enero de 2026. En mayo de 2018, un órgano judicial (Riverside County Superior Court Judge Daniel A. Ottolia) resolvió por razones de procedimiento que la ley fue promulgada inconstitucionalmente, pero al mes siguiente fue restablecida por un tribunal de apelaciones estatal (California Fourth District Court of Appeal); el recurso planteado frente a esta decisión ante

la Corte Suprema del Estado de California fue rechazado. La legislación de Washington D. C. (*Death with Dignity Act*, 2016) sigue también muy de cerca el modelo de Oregón. Por lo que se refiere a Hawaii (*Our Care, Our Choice Act*, 2019), tras una larga reivindicación de dos décadas, también llegó a configurar una ley sustancialmente similar a este modelo. La ley de New Jersey (*Aid in Dying for the Terminally Ill Act*, 2019) se inscribe en esta misma línea. La normativa de Maine (*Death with Dignity Act*, 2019), aprobada tras diversos intentos en la década de los noventa, también sigue el mismo modelo. En 2013, sin embargo, hubo en este estado un proyecto de ley de muerte asistida por un médico con un alcance mucho más amplio que, de haber prosperado, hubiera legalizado también la eutanasia. En Montana no existe todavía una ley específica, pero el suicidio asistido médicamente se considera legal por vía jurisprudencial desde la sentencia de su Tribunal Supremo en el caso *Baxter v. Montana*, de 2009²⁶. La argumentación del Tribunal, situándose en todo caso estrictamente en el plano de la legalidad y no en el de la constitucionalidad, hace un recorrido por la legislación de Montana sobre los derechos de los pacientes al final de la vida (*Montana Rights of the Terminally Ill Act*), entendiendo que, como cuestión de política pública, hay muy poca diferencia entre retirar a un paciente el soporte vital y recetarle medicamentos letales que el paciente pueda tomar por sí mismo. Esta constatación permite al Tribunal hallar y destacar algunos criterios básicos aplicables a supuestos que pudieran considerarse, como en el caso *Baxter*, suicidio médicamente asistido: mayoría de edad del paciente, ser consciente y capaz, tener una enfermedad terminal, que haya comunicado al médico su opción, prestar el consentimiento de acuerdo con la ley, ser capaz de autoadministrarse la sustancia prescrita; todos ellos coincidentes, en definitiva, con los que se han expuesto para el caso de Oregón y los demás estados americanos.

2. Suiza

2.1 *Supuestos en los que procede y formas de la asistencia*

Suiza, donde el 85% de su población acepta la muerte asistida, constituye en esta materia un caso muy específico en el mundo. De la regulación de su Código Penal (1973) se deduce la legalidad de la asistencia al suicidio, incluso la llevada a cabo por personal no sanitario, siempre que no esté inducida por

²⁶ Robert Baxter, Stephen Speckart, M. D., C. Paul Loehnen, M. D., Lar Autio, M. D., George Risi, Jr., M. D., and *Compassion & Choices v. State of Montana and Steve Bullock*, DA 09-0051, 2009 MT 449.

motivaciones «egoístas» (esto es, que no esté determinada por ningún interés o beneficio de orden material o inmaterial), mientras que se prohíbe la eutanasia activa en todas sus formas, aunque hubiera una petición expresa.

De acuerdo con la redacción efectuada por la ley de 13 de diciembre de 2002 (en vigor desde el 1 de enero de 2007), el artículo 115 del Código Penal establece: «La persona que, por motivos egoístas, incite o ayude a otra a cometer o intentar cometer suicidio, será castigada, siempre que el suicidio haya sido completado o intentado, con pena privativa de libertad por no más de cinco años o con una sanción pecuniaria»; por su parte, según la redacción efectuada por ley de 23 de junio de 1989 (en vigor, desde el 1 de enero de 1990), el artículo 114 prohíbe la eutanasia: «La persona que, por razones dignas, y en particular por motivos de compasión, cause la muerte a otra movida por su petición inequívoca e insistente, será condenada a una pena privativa de libertad no superior a tres años o sanción pecuniaria»²⁷.

2.2 Ámbito subjetivo

No existe regulación específica, pero considerando estas normas y la doctrina del Tribunal Supremo Federal, la asistencia a personas menores de edad también podría ser técnicamente legal siempre que cumplieran los requisitos que a continuación se exponen.

2.3 Requisitos

De acuerdo con la doctrina del Tribunal Supremo Federal de Suiza, toda persona que tenga suficiente juicio y capacidad tiene el derecho de poder decidir sobre su propia muerte, siempre que no actúe por impulso, tenga un deseo persistente de morir, no esté bajo la influencia de un tercero y se suicide por su propia mano. Según el Tribunal, incluso puede prestarse asistencia para el suicidio a personas con una enfermedad psíquica, siempre que tengan la capacidad de juzgar la importancia del suicidio.

No es requerida la existencia de una enfermedad o padecimiento en situación terminal de la persona, pero sí es necesario que un médico prescriba el fármaco letal, cuestión que el ordenamiento suizo sí regula con el requerido detalle en su

²⁷ <https://www.admin.ch/opc/en/classified-compilation/19370083/201803010000/311.0.pdf>. («Swiss Criminal Code of 21 December 1937 (Status as of 1 March 2018). Traducción propia.

legislación sobre prescripción de fármacos; la prestación de asistencia queda en manos de organizaciones no gubernamentales sin ánimo de lucro que se dedican a defender y promover el derecho a decidir la propia muerte²⁸ (Botica, 2019: 105-108). Es suficiente que de la comprobación resulte que no ha habido una intencionalidad egoísta de quien presta la ayuda y que no haya dudas acerca de la competencia de la persona que la demanda para adoptar una decisión autónoma.

2.4 Elementos fundamentales de garantía y control

Se suele considerar que este país mantiene una regulación tan imperfecta, abierta e insegura, que abre un hueco considerable a prácticas eutanásicas y da pie al llamado «turismo eutanásico». Lo cierto es que ante la ausencia de una regulación legal sistemática y detallada, los elementos de garantía y control quedan en manos de las antes referidas organizaciones, que suelen gozar de la confianza de los pacientes, disponen de protocolos al respecto y observan determinados requisitos a partir de las mencionadas previsiones legales y jurisprudenciales y de guías de ética médica. No obstante, si el médico que habitualmente trata al paciente accede a proporcionarle los medios para suicidarse ante su petición inequívoca e insistente, los servicios de estas organizaciones no serían necesarios. Pese a esta posibilidad más directa, la demanda de los servicios de estas organizaciones es cada vez más alta. En ellos se observa un procedimiento que suele atenerse, en líneas generales, a la comprobación de la concurrencia de los siguientes elementos: a) la capacidad del paciente; b) que manifieste reiteradamente su deseo de morir; c) que experimente un sufrimiento que considere insoportable o que padezca una situación que lo incapacite severamente para la realización de las actividades más cotidianas. También suelen recomendar recurrir a cuidados paliativos y que el paciente informe a sus allegados de su petición de asistencia para suicidarse. En un segundo paso, el paciente es examinado por un médico de la organización, que no prescribirá el fármaco letal si no está convencido de que cumple los requisitos y su médico habitual no desea participar en la asistencia. Por último, un voluntario de la organización facilita el producto prescrito por el médico para que lo ingiera o active el dispositivo dispuesto para tal fin. En casos difíciles, algunas de estas organizaciones disponen de un Comité de Ética que se ocupa de la revisión del caso (Royes, 2008: 333-334).

²⁸ Entre ellas, EXIT Deutsche Schweiz, EXIT, ADMD Suisse Romande, Dignitas, Life Circle, EXInternacional y PEGASOS.

V. PAÍSES EN LOS QUE, POR VÍA JURISPRUDENCIAL, SE HA RECONOCIDO RECIENTEMENTE EL SUICIDIO ASISTIDO EN DETERMINADOS SUPUESTOS, O CON CARÁCTER GENERAL, ABRIENDO –Y MARCANDO– EL CAMINO A SU EVENTUAL REGULACIÓN LEGISLATIVA

Por último, haremos sucinta referencia a aquellos países de Europa en los que no existe todavía una normativa legal específica en los que, sin embargo, se aprecia una tensión y evolución doctrinal de sus respectivas Cortes constitucionales que implican avances en esta materia y anuncian –enmarcándolos– la posibilidad de futuros desarrollos legislativos. Se trata de muy recientes construcciones jurisprudenciales de distinto signo, pero que tienen como elemento común trascender la prohibición general de la asistencia para morir.

1. **Italia**

La Corte Constitucional italiana se ha pronunciado sobre la inconstitucionalidad de la prohibición general e inmatizada de la ayuda al suicidio en el caso *Cappato* (Ordinanza N. 207/2018 y Sentenza núm. 242/2019). La prohibición penal de asistencia al suicidio no se ve alterada en términos generales por este pronunciamiento, sino que solo resulta inconstitucional en el caso de que se den ciertas circunstancias y se cumplan determinadas condiciones. La última resolución citada, ya anunciada en la primera en todos sus elementos, viene a sustentar que la persona que está mantenida con tratamientos de soporte vital y que padezca una enfermedad irreversible está amparada por el derecho a decidir de forma autónoma y libre por qué medios y en qué punto su vida puede terminar, por lo que no resultaría sancionable la conducta de quien ejecute esta decisión de suicidio por su petición y siempre que se cumplan ciertos requisitos. La intervención represiva de los Estados en estas situaciones únicamente ha de estar orientada a la protección de sujetos particularmente vulnerables, evitando riesgos de influencia indebida y verificando para ello las condiciones y métodos de realización del suicidio asistido mediante la estructura pública del servicio nacional de salud y la opinión del comité de ética competente.

Los elementos de esta sentencia ya estaban en la ordenanza 207/2018, en la que la Corte determinó la necesidad de regular legalmente la cuestión, pero, una vez constatada la inercial indecisión del Parlamento al respecto, reitera «enérgicamente» en su último fundamento jurídico el deseo de que el asunto sea objeto de una disciplina rápida y completa por parte del legislador, de con-

formidad con los principios enunciados en la sentencia. Esta regulación todavía no se ha producido.

Pese a su importancia, el alcance de esta sentencia es, ciertamente, limitado, en tanto que no supone un reconocimiento general del suicidio asistido en cualesquiera contextos eutanásicos, sino que únicamente contempla, para cuando el paciente se halle en una situación terminal, un supuesto de excepción como alternativa legítima a la prolongación artificial de la vida mediante tratamientos de soporte vital (Rey, 2020: *passim*, 477). Esto es, la sentencia declara la inconstitucionalidad del artículo 580 del Código Penal, pero solo en la parte en la que esta norma no excluye el castigo de quienes, en la forma prevista en la normativa sobre consentimiento informado y de disposiciones anticipadas de tratamiento o en relación con hechos anteriores a la publicación de la sentencia, haya facilitado o facilite con métodos equivalentes la ejecución del suicidio, siempre que, a tenor del fallo, se den además estas condiciones: a) que la persona sea capaz; b) que la decisión sea libre y autónomamente formada; c) que esté mantenida con vida mediante tratamientos de soporte vital; d) que padezca una patología irreversible y que esta sea fuente de sufrimiento físico o psicológico que considera intolerable; y e) que las condiciones y métodos de ejecución sean verificados por una estructura pública del servicio nacional de salud, siguiendo el dictamen del comité de ética territorialmente competente.

2. Alemania

Por lo que se refiere a Alemania, la cuestión es por completo diferente. Por la influencia de su experiencia histórica durante el nazismo y por el miedo a una «pendiente resbaladiza» ha sido reacia a una regulación de la eutanasia que pudiera poner en duda el valor de la vida y de la dignidad humana, por lo que no existe una ley específica de regulación de la eutanasia y el suicidio asistido, sino que su régimen debe «deducirse de las disposiciones penales y administrativas aplicables»; el Código Penal castiga la eutanasia activa así como su tentativa y la incitación o ayuda comercial al suicidio (arts. 216 y 217), en tanto que la Ley de Estupefacientes no permite la prescripción de sustancias en casos no coherentes con el hecho de garantizar la atención médica a la población, lo cual se ha entendido judicialmente como prohibición general de prescripción de medicamentos destinados a la práctica del suicidio, salvo con determinadas excepciones en el caso de eutanasia activa indirecta, en una línea jurisprudencial iniciada de acuerdo con la doctrina de la Sala de lo Penal del Tribunal Federal sentada en el caso *LG Kiel* (Sentencia de 15 de noviembre

de 1996). Según esta sentencia, es permisible esta administración a una persona moribunda que pueda acelerar su muerte como efecto secundario no intencionado, aunque aceptado como consecuencia inevitable, pues «permitir una muerte con dignidad y sin dolor, de acuerdo con la voluntad declarada o presunta del paciente es un bien jurídico mayor que la posibilidad de tener que vivir un plazo de tiempo adicional bajo un dolor insoportable, especialmente el llamado dolor destructivo». En cuanto a la ayuda al suicidio, el Código Penal alemán no ha castigado el suicidio, la tentativa de suicidio o la participación en el suicidio ajeno, ni tampoco la inducción al suicidio. Aunque la compra de un estupefaciente con objeto de cometer suicidio esté prohibida con carácter general, el Tribunal Federal Administrativo declaró en la sentencia de 2 de marzo de 2017 que el derecho a la libre autonomía personal del paciente incluye decidir cómo y en qué momento debe terminar su vida, siempre que sea libre de formar su voluntad y actuar en consecuencia, por lo que la adquisición de tales medicamentos con este propósito es excepcionalmente compatible si el paciente tiene una enfermedad grave e incurable y se encuentra en situación de emergencia extrema, esto es: a) si al enfermedad es incurable y se asocia a un sufrimiento físico grave que le produce un dolor insoportable y no puede ser suficientemente atenuado; b) el paciente ha tomado su decisión de manera seria y libre; y c) no existe otra posibilidad razonable para realizar su derecho a morir (*Vid.* De Montalvo Jääskeläinen y Sánchez Barroso, 2019: 181 ss.).

En este contexto, la Sentencia de la Sala Segunda del Tribunal Constitucional Federal, de 26 de febrero de 2020²⁹, va mucho más allá. Excluida la eutanasia activa directa (homicidio consensuado o a petición) del ámbito protegido por el artículo 2.1 de la Ley Fundamental (libre desarrollo de la personalidad), reconoce el Tribunal que este mismo precepto, en tanto que expresión de la autonomía personal incluye, en conjunción con el artículo 1 (protección e intangibilidad de la dignidad humana y vinculación de los poderes públicos a los derechos fundamentales), no solo la facultad de rechazar voluntariamente «medidas de conservación de la vida» sino también la libertad de quitarse uno mismo la vida por voluntad propia, y vincula esta capacidad de decisión del individuo con su «comprensión de la calidad de vida» y, por tanto, con «una existencia significativa». Reconoce que esta decisión se expresa como un acto de autodeterminación autónoma de la persona, que debe ser respetada por el Estado y por la sociedad (man-

²⁹ Dictada en los asuntos acumulados 2 BvR 2347/15, 2 BvR 651/16, 2 BvR 1261/16, 2 BvR 1593/16, 2 BvR 2354/16 y 2 BvR 2527/16, resolviendo los recursos de amparo interpuestos por diversas asociaciones y profesionales médicos, así como por algunos particulares, contra el § 217 del Código Penal en la redacción dada por la Ley para la punibilidad del favorecimiento comercial del suicidio, de 3 de diciembre de 2015.

teniéndose neutrales), que no está restringido a determinadas edades o fases de una enfermedad y que «no necesita ninguna motivación o justificación adicionales», pues resulta determinante «la voluntad del titular del derecho fundamental, que se sustrae a una valoración a través de representaciones generales de valores, mandamientos religiosos, modelos sociales para la relación con la vida y la muerte o consideraciones de racionalidad objetiva». Este derecho, afirma el Tribunal, «incluye también la libertad de buscar la ayuda de terceros y de valerse de la ayuda ofrecida» para poder llevar a cabo la decisión de la persona libremente adoptada; pero esto no genera, por otra parte, ninguna obligación del Estado para procurar tal auxilio, de la misma forma que nadie puede ser obligado a prestarlo. Un planteamiento radicalmente liberal de la cuestión, que parte de un rotundo rechazo a un «modelo público» de muerte eutanásica, pero que no impide esta ayuda al suicidio por terceros si es libremente solicitada por el paciente.

Con tales fundamentos, en esencia, declara el Tribunal la nulidad, por inconstitucional, de la prohibición general de los servicios de suicidio asistido establecida en el §217 del Código Penal³⁰, entendiendo que esta prohibición viene a impedir efectivamente cualquier posibilidad para el individuo de recurrir al suicidio asistido y, por ello, constituye una grave injerencia en el derecho que no supera el control de proporcionalidad en sentido estricto, ponderando los intereses colectivos e individuales en juego. Ahora bien, esto no significa en absoluto –debe subrayarse– que el sistema legal no pueda penalizar concretas formas de suicidio asistido que puedan ser peligrosas para la autonomía y la vida de las personas, pues el derecho al libre desarrollo de la personalidad puede ser legítima y proporcionalmente limitado en orden a la protección de bienes o intereses generales o derechos de las personas; pero sí implica que siempre debe garantizarse su contenido esencial y que el acceso al suicidio asistido, voluntaria y fehacientemente decidido, esté expedito para casos individuales. La regulación que realice el legislador podrá llevarse a cabo dentro de un amplio espectro, desde la

³⁰ A finales de 2015, el legislador alemán penalizó el fomento del suicidio como actividad recurrente, pretendiendo garantizar los derechos fundamentales a la vida y al libre desarrollo de la personalidad frente a la adopción de decisiones suicidas que pudieran estar heterocondicionadas. Para ello se perseguía evitar que el auxilio al suicidio pudiera convertirse en la oferta de un servicio de asistencia sanitaria más, contribuyendo a su normalización social, cuando no a su fomento, y proteger al mismo tiempo la autonomía de la decisión de la persona frente a una influencia de especial intensidad por parte de quienes pudieran tener intereses por dedicarse habitualmente a ofrecer servicios relacionados con la práctica de ayuda al suicidio. El tenor del precepto era el siguiente: «(1) El que, con la intención de fomentar el suicidio de otra persona como parte de una actividad recurrente, le proporcione, facilite o consiga la oportunidad para ello será castigado con una pena de prisión de hasta tres años o una multa. (2) Los partícipes están exentos de pena si su actuación no forma parte de una actividad recurrente y son parientes o allegados de la otra persona a la que se refiere el apartado 1». (*Vid. COCA*, 2020: 502-503).

previsión de mecanismos de aseguramiento procedimental hasta el establecimiento de prohibiciones de formas de suicidio especialmente peligrosas en consonancia con la *ratio* del §217 del *StGB*, pasando por la implantación de sistemas de licencia que aseguren la fiabilidad de las ofertas de auxilio al suicidio. Se pretende conciliar de esta manera, con racionalidad y proporción, el respeto al derecho fundamental a la autodeterminación personal y un alto nivel de libertad con el deber estatal de protección de la vida.

De todo ello cabe deducir, como han resaltado P. Riquelme e I. Coca, algunas conclusiones que enmarcan la libertad de configuración del legislador alemán ante la «encomienda de actuación» que se deriva de la obligación estatal de protección de la autodeterminación individual en esta materia: a) si bien puede regular, dentro del amplio espectro antes referido, mecanismos y procedimientos de aseguramiento ante peligrosas formas de suicidio asistido desde una perspectiva objetiva, no podrá en ningún modo valorar, fiscalizándola, la motivación individual de la persona de poner fin a su vida; b) consecuentemente, no podrá condicionar la ayuda al suicidio «a criterios materiales como la existencia de una enfermedad incurable o mortal»; y c) la necesidad del aseguramiento de otros bienes, como antes se ha expuesto, puede justificar la intervención de las normas penales; pero el derecho individual, en cualquier caso, debe gozar de espacio suficiente para su materialización (*vid.* Riquelme, 2020: 320; Coca, 2020: 511-512). En el marco de estos parámetros, con independencia de que se comparta o no el sentido último de su fallo, se ha destacado que el Tribunal viene a desconocer en buena medida la dimensión política de la cuestión en cuanto «petrifica constitucionalmente la solución al conflicto entre el derecho a una muerte autodeterminada y el deber del Estado de proteger la vida y la autonomía de los potenciales suicidas, expropiando al legislador democrático de prácticamente todo margen de decisión en este campo» y, con ello, de la potestad de decidir de los ciudadanos (Coca, 2020: 512).

3. Austria

El Tribunal Constitucional de Austria, mediante sentencia de 11 de diciembre de 2020 (G 139/2019-71), ha declarado inconstitucional (y, por ello, ha determinado que debe ser derogada) la prohibición de asistencia al suicidio contenida en el artículo 78 del Código Penal-*StGB*– de 1974³¹ (la frase «o le ayuda a hacerlo»). La derogación entrará en vigor el 31 de diciembre de 2021.

³¹ «El que induce a otro a suicidarse o le ayuda a hacerlo se castiga con pena privativa de libertad de seis meses a cinco años».

Argumenta el Tribunal que esta prohibición vulnera el derecho a la autodeterminación constitucionalmente garantizado vinculado a otras garantías iusfundamentales como son la libertad personal, el derecho a la vida privada, el derecho a la vida y el principio de igualdad. Apoyándose en la doctrina del TEDH, afirma que «la autodeterminación abarca tanto el derecho a moldear la propia vida como también el derecho a una muerte digna» y que el derecho a la autodeterminación no solo cubre el derecho de la persona que decide suicidarse, sino también el de buscar la ayuda necesaria de un tercero para ejercerlo. Tanto la protección de la vida como el derecho a la autodeterminación obligan al legislador a permitir la ayuda de un tercero en el suicidio decidido por una persona, siempre que la decisión sea libre, no influida, firme e informada. Si la libertad de autodeterminación faculta a la persona para rechazar medidas y tratamientos médicos para mantener o prolongar la vida, no hay motivo para que pueda impedírsele ponerle término por sí misma con la ayuda de un tercero cuando así lo decida libremente.

Considerando el Tribunal que la decisión puede estar influenciada debido a causas sociales y económicas muy diversas (circunstancias familiares, financieras, necesidades de asistencia u otras condiciones de vida) se refiere a la necesidad de intervención del legislador para llevar a cabo la necesaria regulación en esta materia y establecer medidas e instrumentos de seguridad que eviten la influencia o el abuso de terceros.

VI. Breve referencia a la doctrina del Tribunal Europeo de Derechos Humanos

En este panorama debe también tomarse en consideración muy especial la doctrina del TEDH, que obviamente ha de ser respetada por todos aquellos países que forman parte del Consejo de Europa y están vinculados por el Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales (adoptado en Roma el 4 de noviembre de 1950 y en vigor desde el 3 de septiembre de 1953); una doctrina en evolución que, además de su carácter vinculante para los estados firmantes –en tanto expresión del estándar básico y mínimo de protección al que se han comprometido en relación con los derechos y libertades fundamentales que enuncia–, tiene una particular relevancia –incluso fuera de ese ámbito– en el debate general sobre la cuestión y, cada vez más, en el intercambio e influencia de conceptos y técnicas de interpretación que se produce mediante el diálogo judicial y en un marco multinivel de protección de los derechos humanos y las libertades fundamentales.

A estos efectos, muy resumidamente, son de especial relevancia para la materia que estamos tratando los casos *Pretty* (2002), *Haas* (2011) y *Gross* (2013). En *Pretty*, por un tiempo *leading case* en este ámbito, el Tribunal se afincó en un entendimiento «sagrado» del derecho a la vida según el artículo 2 del CEDH, amparando así la prohibición absoluta de la asistencia al suicidio. Sin embargo, en esta misma sentencia abrió la puerta –si bien de manera poco clara– mediante el recurso al derecho al respeto de la vida privada (art. 8) para enmarcar determinadas decisiones y actuaciones sobre el final de la vida libremente decidido, pero acabó anteponiendo en el caso concreto la legitimidad de la prohibición británica del suicidio asistido en atención a que pudieran evitarse situaciones de abuso (acudiendo así a la sobreinclusión y desproporción como modo de prevención). En el caso *Haas*, relativo a Suiza, donde, como antes se expuso, se permite el suicidio asistido siempre que no sea por motivos egoístas, el Tribunal reconoce ya abiertamente «el derecho de una persona a decidir de qué forma y en qué momento debe terminar su vida, siempre y cuando esté en condiciones de forjar libremente su voluntad y actuar en consecuencia» como «uno de los aspectos del derecho al respeto de la vida privada en el sentido del artículo 8 CEDH». No obstante, el Tribunal acabó a su vez considerando legítima la restricción de las autoridades suizas (en este caso la exigencia de prescripción médica para el suministro de pentobarbital sódico) para garantizar la protección de la persona frente a una decisión que pudiera no responder a una voluntad libre, meditada, reiterada y con capacidad de discernimiento. En el caso *Gross*, también relativo a Suiza, la Corte reconoce la vulneración del derecho de la demandante a la vida privada y, en su marco, la decisión de acabar con su vida, ante la inexistencia de «directrices claras, aprobadas por el Estado definiendo las circunstancias bajo las cuales los médicos están autorizados a prescribir la receta solicitada en casos donde un individuo ha llegado a una decisión seria, en el ejercicio de su libre albedrío, de poner fin a su vida». Esta Sentencia fue anulada por la Gran Sala el 30 de septiembre de 2014, si bien no por motivos de fondo³².

³² TEDH, Caso *Pretty vs. Reino Unido*, sentencia de 29 de abril de 2002; Caso *Haas vs. Suiza*, sentencia de 20 enero 2011 (Sala 1.ª); Caso *Gross vs. Suiza*, sentencia de 14 de mayo 2013 (Sección 2.ª). Véase una exposición breve de esta jurisprudencia en CLIMENT GALLART, J. A., «La jurisprudencia del TEDH sobre el derecho a la disposición de la propia vida». *Actualidad Jurídica Iberoamericana*, IDIBE, núm. 8, 2017, pp. 124-137. También CAÑAMARES ARRIBAS, S., 2016: «La reciente jurisprudencia del Tribunal de Estrasburgo y del Tribunal Supremo de Canadá en relación con del derecho a la muerte digna», *Revista Española de Derecho Constitucional*, 108, pp. 337-356; y MARTÍN SÁNCHEZ, M., 2020: «El margen de apreciación en el derecho humano a la vida: Restricción de derechos y respuesta del Tribunal de Estrasburgo». *ESTUDIOS CONSTITUCIONALES · CECOCH*, vol. 18, núm. 2, 2020, pp. 3-50. Para un análisis más detenido de las complejidades de la evolución doctrinal del TEDH, véase ARRUEGO RODRÍGUEZ, G., *Derecho fundamental a la vida y muerte asistida*, cit., pp. 61-74.

Como subraya Carmen Tomás-Valiente, a la vista de esta evolución doctrinal debe repararse en que «en cualquier caso,...lo que el tribunal sostiene es que no existen en el convenio razones lo suficientemente fuertes como para considerar obligada una despenalización, que necesariamente haya de ser adoptada por los Estados firmantes del convenio; el tribunal prefiere, simplemente, dejar que sean estos los que ejerciten al respecto su conocido “margen de apreciación” para decidirse por una u otra opción político-criminal, entre las que desde luego se cuenta –como perfectamente legítima– la de despenalizar. En ninguna sentencia ha estimado el Tribunal de Estrasburgo que esta última opción, si el legislador se decantara por ella, fuera contraria al convenio» (Tomás-Valiente, 2016: 67). Según puede deducirse del contenido material sustancial de esta doctrina, en estas situaciones es del todo necesaria la realización de una ponderación que, valorando y tomando en consideración los hechos, circunstancias y aspectos relevantes en presencia, equilibre todos los bienes jurídicos protegidos y los correspondientes derechos que estén en eventual conflicto en el marco de la interrelación entre el ordenamiento estatal y el internacional regional europeo. Si bien el Tribunal lógicamente considera a los Estados obligados a proteger la vida de las personas bajo su jurisdicción, con ello se refiere «a la prevención y sanción de conductas lesivas de la vida realizadas en contra de la voluntad de la víctima, un contexto totalmente diferente del de la ayuda a morir solicitada por un enfermo» (Tomás-Valiente, 2016: 67).

VII. ANÁLISIS COMPARATIVO Y CONCLUSIVO DE LOS ELEMENTOS SUSTANCIALES DE LA REGULACIÓN DE LA MUERTE MÉDICAMENTE ASISTIDA

De los datos que hemos expuesto, sistematizados y esquematizados para cada país, podemos deducir comparativamente los siguientes fundamentales aspectos, entre otros:

1. En general, 23 países (de los cuales 12 son Estados y 11 estados miembros integrados en una federación) reconocen alguna forma de asistencia a la muerte libremente decidida por una persona (eutanasia y/o suicidio asistido), sea siempre que exista un contexto eutanásico (enfermedad o padecimiento grave, intenso e insoportable sin posibilidades de mejora), sea solo para aquellos casos en que tales procesos se produzcan en situaciones terminales de la vida de un paciente.

2. Puede sostenerse que, entre ellos, son 7 los países que reconocen y permiten la muerte médicamente asistida conjuntamente bajo las dos formas de eutanasia y suicidio asistido, a petición del paciente (Holanda, Luxemburgo, Canadá, estado de Victoria (Australia), Nueva Zelanda, Portugal y España).

3. La mayor parte de los países (15 en total) acotan la posibilidad de la muerte asistida a las situaciones terminales de la vida de una persona, sea por eutanasia o sea por suicidio asistido o mediante ambas formas (con regulación legal o por vía jurisprudencial): Canadá (aunque de forma altamente imprecisa), Colombia, estado australiano de Victoria, Nueva Zelanda, los diez estados de Estados Unidos e Italia.

4. Son 5 los países que contemplan esta posibilidad también para los pacientes que así lo decidan, aunque no estén en situación terminal pero sí en el contexto de una enfermedad o padecimiento grave, intenso e insoportable sin posibilidades de mejora: Holanda, Bélgica, Luxemburgo, Portugal y España. A esta lista habría que añadir 3 países más que por vía jurisprudencial contemplan el suicidio y la posibilidad de acceder al mismo con la asistencia de un tercero (en circunstancias en que no esté penalizada esta conducta) como manifestación de la autonomía personal: tal es el caso de Suiza y Alemania (también Austria, pendiente de regulación tras la sentencia del Tribunal Constitucional de 11 de diciembre de 2020).

5. Solo hay dos países que regulan exclusivamente la eutanasia: Colombia y Bélgica. En el primer caso, está limitada a las situaciones terminales. No así en el caso de Bélgica, donde los supuestos de suicidio asistido, además, vienen a ser tratados en la práctica como si fueren casos de eutanasia.

6. Otros 11 países permiten el suicidio asistido, pero no la eutanasia. En este caso, hay que distinguir dos modelos: el de aquellos que regulan y contemplan el suicidio asistido únicamente para las situaciones terminales: caso de los estados norteamericanos de Oregón, Washington, Vermont, Colorado, California, Washington D. C., Hawaii, New Jersey y Maine, a los que hay que sumar Montana, que sin regulación legal lo contempla por vía jurisprudencial; y, por otro, el caso de Suiza, donde no hay una regulación específica, pero sí una normativa despenalizadora en ciertos supuestos, no solo limitados a situaciones terminales. Cabe hacer un último grupo de 3 países europeos en los que por vía jurisprudencial se ha reconocido el suicidio asistido, bien con carácter general o solo en determinados supuestos, abriendo –y marcando– el camino a su eventual regulación legislativa. En el primer caso se incluye Alemania y, en el segundo, pueden incluirse Italia y Austria.

7. Por lo que se refiere a las condiciones subjetivas de los solicitantes de ayuda para morir, bien fuere asistencia eutanásica, bien asistencia al suicidio,

se requiere, de un lado, la mayoría de edad en la mayor parte de los países para ser permisible, mientras que constituyen clara excepción aquellos en los que también se permite esta posibilidad para los menores de edad en algunos supuestos y con condiciones más estrictas. Es el caso de Holanda, Bélgica y Colombia. De otro lado, en la mayor parte de los países se exige la nacionalidad y/o la residencia permanente, o bien un periodo de tiempo de permanencia en el mismo, como medio de impedir el llamado «turismo eutanásico», pero no en otros, como es el caso de Suiza.

8. En cuanto a los requisitos que se exigen para cualquiera de estas formas de realización de la asistencia médica para morir en los países que cuentan con una regulación legal, aunque esta es muy variada y rica en matices, cabe subrayar la presencia generalizada, bajo una u otra forma, de los siguientes elementos fundamentales: la solicitud (o solicitudes) del paciente y el procedimiento para efectuarla con garantías; la acreditación de la capacidad del solicitante, de acuerdo con la ley; la tipificación del supuesto de hecho, consistente en la existencia de una enfermedad, padecimiento o condición médica grave e irreparable –en la mayoría de los casos, terminal– así como una regulación del procedimiento para su comprobación; exigencia del convencimiento médico acerca del carácter insoportable del padecimiento que sufre la persona, sin esperanza de mejora; acreditación fehaciente de la voluntariedad de la petición efectuada con consentimiento libre e informado y carente de presiones externas (en muchos países se exige, además, una reiteración de la petición para reforzar la comprobación de su firmeza); información al paciente sobre diagnóstico y pronóstico, incluyendo generalizadamente un proceso deliberativo, así como una exigencia de información sobre otras opciones de cuidado, singularmente los paliativos. En la mayoría de los casos también existe la obligación de reiterar la consulta y examen del paciente por otro u otros médicos, según los supuestos, que han de emitir también un informe sobre el cumplimiento de los requisitos de elegibilidad y sobre el estado del paciente, diagnóstico y pronóstico. Suele reiterarse que el paciente ha de estar informado acerca de que puede retirar su solicitud de asistencia para morir y revocar la decisión durante todo el procedimiento y hasta el último momento.

Cabe señalar en relación con lo anteriormente expuesto sobre los requisitos la excepción de Alemania, donde, de acuerdo con los criterios del Tribunal Constitucional Federal, los mecanismos y procedimientos de aseguramiento que ante peligrosas formas de suicidio asistido pueda establecer el legislador, no se podría entrar a valorar desde una perspectiva objetiva ni, por tanto, fiscalizar, la motivación individual de la persona de poner fin a su vida ni condicio-

nar la ayuda al suicidio a criterios materiales como la existencia de una enfermedad incurable o mortal.

9. En muchos países se contempla también la posibilidad de recibir la ayuda para morir en caso de incapacitación de hecho de la persona, siempre que hubiera consignado previamente por escrito, en sus disposiciones para el final de la vida, las condiciones y circunstancias en las que se desea recibir la asistencia tras la constatación médica de la inconsciencia y del padecimiento de una dolencia accidental o patológica grave, incurable e irreversible según el estado actual de la ciencia.

10. En lo concerniente a las garantías, estas giran fundamentalmente en torno al procedimiento seguido en las actuaciones médicas, regulado con notorias diferencias dependiendo de la cultura de cada país, pero siempre con intensidad y detalle cuando existe legislación específica al respecto. En la mayor parte de los países con esta legislación se prevén, cuando menos, dos fases (a veces son más) en la intervención médica: la de un primer médico, que suele tener la consideración de médico de cabecera, responsable o médico coordinador, que examina al paciente y comprueba a partir de la solicitud todos los requisitos legalmente establecidos para el acceso a la prestación de la ayuda antes expuestos; y la de un segundo profesional médico, normalmente especialista en la enfermedad o padecimiento del solicitante, que realiza un segundo examen especializado y una comprobación detallada de todos los requerimientos legales, pudiendo haber otras intervenciones de más personal médico. Todo ello en el marco de unas actuaciones en las que se garantiza la información al paciente en un modo habitualmente deliberativo, así como se le da conocimiento y traslado por escrito de todos los informes médicos, dejando la pertinente constancia de todas las actuaciones de los profesionales médicos en los registros que las legislaciones diseñan al efecto.

Estas previsiones sobre requisitos, procedimientos y garantías marcan en términos generales una pauta de actuación médica a la que atenerse muy garantista, al menos en su diseño (otra cosa sería su observancia *de facto*, para cuya determinación sería necesario realizar estudios muy complejos en cada caso), que se ve complementada por el cumplimiento de los existentes protocolos de desarrollo en ejecución de la legislación y variados criterios de ética médica, según cada país. Realmente resulta muy difícil en este sentido y con tantos controles y garantías que adquiera realidad la tan invocada y llamada «pendiente resbaladiza».

11. También existen controles institucionalmente previstos, bien de carácter previo o posterior. Un procedimiento de control previo llevado a cabo por un órgano instituido por la ley (además del posterior) solo existe, en puridad,

en las previsiones que contienen la legislación recientemente aprobada en Portugal y en España cuando estas líneas se escriben (control que habrá de realizarse, respectivamente, por la Comisión de Verificación y Evaluación, y por las Comisiones de Garantía y Evaluación, una por cada Comunidad o Ciudad Autónoma en España). En el caso de Suiza, ante la ausencia de una regulación legal específica, los elementos de garantía y control quedan en manos de organizaciones no gubernamentales sin ánimo de lucro, que siguen protocolos al respecto (entre otras, EXIT, Dignitas, Life Circle, ExInternacional). En ellos suele observarse un procedimiento en dos pasos, el primero de los cuales se atiende, en líneas generales, a la comprobación de la concurrencia de los siguientes requisitos: a) la capacidad del paciente; b) que manifieste reiteradamente su deseo de morir; c) que experimente un sufrimiento que considere insoportable o que padezca una situación que lo incapacite severamente para la realización de las actividades más cotidianas. También suelen recomendar recurrir a cuidados paliativos, entre otros aspectos. En un segundo paso, el paciente es examinado por un médico de la organización, que no prescribirá el fármaco letal si no está convencido de que cumple los requisitos.

12. En los demás países suele efectuarse solo un control posterior institucional además de los controles médicos, con características muy diferenciadas entre ellos, pero tendentes en todos los casos a garantizar el cumplimiento de los requisitos y exigencias legales en la práctica de la ayuda médica para morir. Siendo el panorama en este punto muy variado, puede concluirse que queda remitido a la existencia de comisiones o comités interdisciplinarios, en los que siempre existen juristas y médicos, además de especialistas en cuestiones de ética y otras disciplinas, o representantes de determinados colectivos, especialmente personal de enfermería. En Holanda existen las Comisiones Regionales; en Bélgica, la Comisión Federal de Control y Evaluación; en Luxemburgo, la Comisión Nacional de Evaluación y Control; en Canadá, los Ministerios de Sanidad y de Justicia realizan seguimiento sobre la implementación de la ley; en Colombia, los Comités Científicos Interdisciplinarios para el Derecho a Morir con Dignidad y el Comité Interno del Ministerio de Salud y Protección Social; en el estado australiano de Victoria, junto a las actuaciones del Secretario (el Jefe del Departamento de Salud y Asuntos Sociales), la Comisión de Revisión de la Muerte Voluntaria Asistida; en Portugal, la Comisión de Verificación y Evaluación y la Inspección General de las Actividades de Salud; en España se prevén las Comisiones de Garantía y Evaluación, ya citadas, que han de existir en cada una de las Comunidades Autónomas y en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, que también tienen encomendado un control previo, como se ha expuesto; en Nueva Zelanda es el Grupo SCENZ (Grupo de Apoyo

y Consulta para el Fin de la Vida en Nueva Zelanda) el encargado de llevar a cabo funciones de control, y el Comité de Revisión considera los informes sobre muerte asistida; en los estados miembros de Estados Unidos que han reconocido y regulado el suicidio asistido, suelen tener, conforme al modelo de Oregón, un departamento específicamente dedicado al efecto (en este estado, el Departamento de Servicios Humanos deberá revisar anualmente una muestra de registros mantenidos conforme a los protocolos previstos). Queda por ver la regulación a la que lleguen en su día en este aspecto los países que todavía no la tienen y en los que las cortes constitucionales respectivas han instado en recientes sentencias a sus parlamentos para que regulen esta materia una vez reconocida la legitimidad constitucional de la ayuda al suicidio solicitada por una persona que sufra una de las situaciones anteriormente descritas (con distinto alcance), o bien su doctrina ha abierto el camino para que lo hagan (Italia, Austria, Alemania).

13. En tanto que nadie puede ser obligado a ayudar a la eutanasia o al suicidio en contra de sus convicciones, las regulaciones examinadas contemplan de uno u otro modo el derecho de los profesionales médicos a objetar y poder declinar la práctica de tal asistencia. Por otra parte, especifican las correspondientes exenciones de responsabilidad penal para los profesionales intervinientes en los procesos de asistencia al suicidio o, en su caso, a la práctica de la eutanasia, de acuerdo con los requisitos y condiciones legalmente establecidos; también establecen mecanismos de información a las autoridades correspondientes o realizan las remisiones pertinentes a otras normas a los efectos, en su caso, de la deducción y exigencia de las responsabilidades que pudieran corresponder por actuaciones contrarias a la ley.