



Universidad de Jaén

Facultad de Ciencias Sociales
y Jurídicas

Trabajo Fin de Grado

**ANÁLISIS JURÍDICO DE LA LEY
ORGÁNICA 3/2021,
REGULACIÓN DE LA
EUTANASIA.**

Mayo, 2022

Alumno: Pedro José Palomeque Carazo.

Índice:

RESUMEN/SUMMARY	3
ABREVIATURAS:.....	4
INTRODUCCIÓN	5
I. IDEAS PRELIMINARES.....	5
II. ARGUMENTOS A FAVOR O EN CONTRA	6
III. CONTEXTO INTERNACIONAL.....	8
IV. CONTEXTO NACIONAL	10
LEY ORGÁNICA DE REGULACION DE LA EUTANASIA 3/2021	13
PREÁMBULO	13
CAPÍTULO I. DISPOSICIONES GENERALES	15
CAPITULO II. SOLICITUD Y REQUISITOS DEL DERECHO	21
CAPÍTULO III. PROCEDIMIENTO Y REALIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR.....	27
CAPÍTULO IV. GARANTÍAS DE LA PRESTACIÓN.....	32
CAPÍTULO V. COMISIONES DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN	34
DISPOSICIONES	37
CONCLUSIÓN	40
BIBLIOGRAFÍA / WEBGRAFÍA.....	43
REFERENCIAS NORMATIVAS.	45

RESUMEN/SUMMARY

Resumen:

El TFG que se presenta analiza desde una perspectiva jurídica y social la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, reguladora de la eutanasia a través del estudio de sus disposiciones y de la normativa internacional y nacional relacionada con el derecho a morir dignamente.

Palabras clave:

Eutanasia, regulación de la eutanasia, cuidados paliativos, ayuda para morir derecho a morir.

Abstract:

In the present project, we analyse from a juridical and social perspective the Organic Law 3/2021, 24th March, which consists of regulation of euthanasia, through studying provisions, international and national normative related to the right to die with dignity.

Key words:

Euthanasic, regulation of euthanasia, palliative cares, medical aid in dying, right to die.

ABREVIATURAS:

CE Constitución Español

CC Código Civil

CP Código Penal

CGE Comisión de Garantías y Evaluación

p.a.m. prestación de ayuda para morir

LORE Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia

BOE Boletín Oficial del Estado

RAE Real Academia Española

CCAA Comunidad Autónoma

UE Unión Europea

Art. Artículo

“La vida no da garantías, la muerte no da oportunidades”.

INTRODUCCIÓN

En este trabajo analizamos la Ley Orgánica 3/2021 aplicada en el territorio español, que trata sobre la regulación de la eutanasia desde una perspectiva jurídica y social.

Para analizarlo hemos empezado estudiando el entorno que gira alrededor de la Ley, precedentes, situación de la eutanasia a nivel internacional y nacional, motivos por los que persona la puede solicitar, y los principales argumentos a favor y en contra de la misma.

Una vez estudiado todo esto, empezamos artículo por artículo a ver la Ley en profundidad, al mismo tiempo que explicamos fallos que tiene bajo el punto de vista de los autores.

Por otra parte, acabamos este exhaustivo análisis con las disposiciones siguiendo con el mismo “modo operandi” que con los artículos.

Por último, realizamos una conclusión para colmar el trabajo en la que recogimos los principales puntos del escrito, y dimos nuestra opinión como ciudadanos sobre esta Ley Orgánica.

I. IDEAS PRELIMINARES

En primer lugar, agradecer a los lectores del presente trabajo en el que pretendemos esclarecer varios aspectos de la Ley Orgánica 3/2021, que versa sobre la regulación de la eutanasia¹ en España.

En este escrito podremos entender mejor esta Ley, al mismo tiempo que muchos de los condicionantes y precedentes para su publicación, es decir, no solo vamos a abordarlo desde una perspectiva jurídica, también social, pues consideramos que las leyes deben de estar en consonancia con la población a las que se les aplican, y un ensayo que pretende dar luz sobre este reciente nuevo derecho, no puede en ningún caso hacer caso omiso del contexto de aplicación.

1 BOE núm. 72, de 25 de marzo de 2021, regulación de la eutanasia.

Esta Ley nos sitúa en una situación inherente al ser humano, pues afecta a la totalidad de la población mundial, la muerte. Concretamente trata de dar una solución para terminar la vida ante una situación de sufrimiento intenso y sin esperanzas de recuperación, de esta forma, ante una muerte inminente y angustiosa, decidir no prologar su propia vida.

El legislador solo pretende crear una herramienta más, a disposición de todos los ciudadanos españoles que cumpliendo con una serie de requisitos opten voluntariamente someterse a ella.

Pero como bien sabemos, “no todo lo que brilla es oro”, y esta Ley aparentemente beneficiosa en lo que puede considerarse un avance en cuanto a la posibilidad de terminar el sufrimiento, presenta una serie de riesgos, de polémicas y un trasfondo que es preciso abordar con el espíritu de brindar más información, en esta decisión de no retorno.

Por lo anteriormente expuesto, y con un pensamiento crítico, nos adentramos en esta Ley Orgánica 3/21, la regulación de la eutanasia.

II. ARGUMENTOS A FAVOR O EN CONTRA

En primer lugar, creemos que es necesario conocer las posturas y por qué la eutanasia es una medida polémica, así mismo ver en qué y cuándo se aprobó esta Ley, y una comparación de los países donde también se ha regulado, para ver si hay precedentes o España ha sido un país pionero en esta nueva práctica y forma de acortar la vida de una persona.

Hasta hace pocas décadas esta medida hubiese sido impensable (a excepción de algunos regímenes genocidas y totalitarios del siglo XX), el calificar por parte del Estado una consideración de vidas dignas, o el hecho de regular y facilitar la muerte de sus ciudadanos, los motivos por los que hemos empezado alegando la imposibilidad de esta práctica estaba en gran medida condicionada por la religión, en nuestro caso, el Cristianismo al ser un pilar y base de las raíces de nuestra sociedad occidental. Otro ejemplo de una práctica inimaginable para la religión Cristiana; y por ende para la sociedad occidental hasta hace poco, es el aborto, hoy regulado mediante la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de

la interrupción voluntaria del embarazo², donde en muchos casos las motivaciones de cada persona para oponerse o apoyarla, son parecidas a las que comentaremos a continuación.

Por una parte, eliminar, la principal institución que se opone flagrantemente a esta Ley nueva en nuestro territorio nacional es la Iglesia Católica, pues considera que la vida es sagrada desde la concepción hasta su muerte natural, y como tal, no ha de ser exterminada. Mencionamos esta institución al ser la principal de las doctrinas de la religión cristiana, que a su vez es el culto más practicado en España, donde según el Centro Español de Investigaciones Sociológicas en 2021, el 55,4 %³ de la población era católica (si atendemos a la generalidad de la religión cristiana aumentará el número) y su postura influyente en diversos ámbitos, por ejemplo en medios de comunicación, política, vidas de millones de persona mediante la moral y la ética.

Una frase con la que podemos entender el rechazo a esta Ley más allá de la consideración sagrada del sujeto por parte de la religión, nos la da el doctor en derecho Don Alejandro López Olvera de la Universidad Católica de Valencia (2021) “esta Ley hace pensar que lo digno es morir, y no exigir al Estado una vida digna”⁴, viendo cómo se produce una deshumanización del hombre mediante el sistema jurídico.

Una vez explicada una de las causas más notables del rechazo a esta medida, debemos aportar también una explicación sobre cómo se ha llegado a aprobar, o dicho de otro modo, porque hay personas que la apoyan.

Para ello, atendamos a la concepción de la actualidad creada por el filósofo y sociólogo Zygmunt Bauman, con la que definen numerosos medios a la situación del siglo XXI, “la modernidad líquida”⁵, en otras palabras, gracias al triunfo de las ideas liberales se crea una sociedad donde todo es cambiante, han dejado de existir unos valores prefijados y el individuo es quien crea la realidad a base de sus interpretaciones, en la que los patrones tradicionales son reemplazados por otros auto-escogidos. El fruto de la maduración de esta interpretación es el

² BOE núm. 55, Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

³ Obtenido en: <https://maldita.es/malditodato/20211018/espana-catolicos-creyentes-cis/> (2021)

⁴ “Aspectos legales de la ley de la eutanasia. Jornada: ¿"Muerte digna o vida digna?".” <https://www.youtube.com/watch?v=45iKUQ5JQxM>

⁵ “Las consecuencias de la modernidad líquida en la educación.” *Repositorio Comillas*. Obtenido de <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/27092>

desentendimiento de las doctrinas de la Iglesia, dejando de lado la moral y ética anteriores, para dar paso a una mayor importancia al sentimiento individual e inmediato. Por esto, podemos entender ese cambio de paradigma buscando en el espíritu de esta norma, el fin del sufrimiento de la persona, con una alternativa rápida y sin consecuencias morales. Algo similar sucede en los vientres de las madres al abortar, como predomina un sentimiento individual alejado de los valores del antaño, creando una serie de nuevos valores donde la vida pasa a un plano de felicidad como objetivo último.

No vamos a adentrarnos en una consideración cual postura es mejor o peor, pues solo pretendemos situar al lector del punto de donde partimos para ayudar a empatizar con ambas posturas, y ya libremente cada uno, podrá posicionarse en la opinión a esta norma o práctica según crea lo más acertado, si es que decide posicionarse en un bando.

Además, podemos preguntarnos, ¿Qué le lleva a una persona desear su propia muerte, y a solicitar la eutanasia?

El Colegio de Enfermería de Madrid en 2020⁶ se nos adelantó a la interrogativa y publicó un informe, en que se reflejaban las principales causas por las que una persona podría desear morir, resaltando la opción de la eutanasia. En primer lugar, la pérdida de autonomía física, en segundo lugar, padecer un dolor insufrible, en tercer lugar y muy ligado con el primero, la dependencia a otra persona, y en cuarto y último lugar sentirse una carga para la familia. Tal como hemos podido ver todas las causas comparten una cosa común, el dolor, ya sea físico o mental.

III. CONTEXTO INTERNACIONAL

Una vez atendido en el punto anterior, algunos aspectos fundamentales para la oposición o aprobación de esta norma, vamos a adentrarnos en que ha pasado en el mundo, pues adelantándonos a una de las incertidumbres anteriores, nuestro país no es pionero en esta regulación, pero sí es uno de este reducido grupo.

⁶ “Jornada sobre Eutanasia” (2021), Ilustre Colegio Oficial de Enfermería Madrid. *YouTube*. https://www.youtube.com/watch?v=fRnfSOg8jbk&t=7465s&ab_channel=CODEMMadrid

Tal como hemos dicho, es un reducido grupo de países los que en la actualidad confirman los territorios donde es legal y se ha regulado la eutanasia. El país pionero fue Holanda que aprobó en 2001 (y se materializó en el año siguiente) la primera ley de eutanasia y el mundo, estando en el Gobierno una coalición de socialdemócratas y liberales de derecha e izquierda. Supuso la culminación de un proceso que se empezó a gestar décadas antes, cuándo un médico fue condenado por cumplir los deseos de su paciente realizando esta práctica, esta Ley se aprobó con 46 votos a favor y 28 en contra.⁷

A este país le siguió muy de cerca Bélgica un mes después, encontrándonos con un panorama político similar, aunque fue un paso más allá, al hacerla permisiva para menores de 12 años, siendo el único país a día de hoy con este límite.

Sin embargo, deberíamos de esperarnos varios años para que un nuevo país hablase y aprobase una ley eutanásica, Luxemburgo en 2009, a este país se le sumó Colombia en 2014; que no realizaría ninguna eutanasia hasta 2021.

Respecto a Canadá en 2016, se aprobó junto al suicidio asistido, pasando a contar con ambas opciones. Los dos países recientemente incorporados son España y Nueva Zelanda en el pasado año 2021. Una mención especial supone el caso del país oceánico, pues es el único dónde se votó en referéndum la implantación o no, y ganando como podemos suponer la papeleta a favor.⁸

Con el fin de comprender mejor la situación de los países europeos en este campo, debemos hacer alusión a una sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos el 14 de mayo de 2013 (caso Gross contra Suiza), en el que consideró inaceptable que un país que haya quitado las penas a conductas de eutanasia, no haya elaborado y promulgado un espacio legal específico sobre este tema, para precisar las modalidades de la práctica de esta conducta. Esta sentencia es un faro para aquellos países que miran con recelo a los países ya regulados.

⁷ “Holanda Legaliza la Eutanasia” (2001). Periódico *El Tiempo*.

⁸ Jover, A. (2020) “Nueva Zelanda se convierte en el primer país que legaliza la eutanasia en referendo”. Periódico *El País*.

En la actualidad hay algunos países que aspiran a convertirse miembros de este grupo de Estados eutanásicos, como es el caso de Chile o Perú⁹, y otros donde solo el suicidio asistido y no hay síntomas de aprobar la eutanasia en el corto plazo, destacando Suiza o Austria, o incluso algunos Estados de Estados Unidos de América; California, Colorado, Hawái, Maine, Nueva Jersey, Oregón, Vermont y Washington y también en el Distrito de Columbia.

IV. CONTEXTO NACIONAL

Una vez visto la situación internacional de esta práctica, procedemos a adentrarnos en nuestra patria, como ha sido su implantación, y que se puede esperar sobre el futuro de la LORE 3/2021.

La aprobación de la eutanasia en España culminó con la materialización de esta Ley en forma de ley orgánica¹⁰, creando así un nuevo derecho en nuestro ordenamiento jurídico.

El partido responsable de presentar y buscar los apoyos suficientes para la promulgación de esta norma fue el Partido Socialista Obrero Español (PSOE). Tras varios intentos de iniciativas parlamentarias, el 18 de marzo de 2021 se aprobó en el Parlamento, pero no podemos obviar que esta norma nació en unas situaciones adversas y sin saber el futuro que le esperará, pues se aprobó con 198 votos a favor, 2 abstenciones y 138 en contra, siendo los dos partidos principales de la oposición; Partido Popular y Vox contrarios a la LORE, y han expresado su intención de derogarla en cuanto tengan ocasión, incluso han presentado un recurso al Tribunal Constitucional alegando la inconstitucionalidad de la Ley, por lo que ante estas aguas tan convulsas, no podemos garantizar la maduración de este reciente y polémico derecho.

Si retrocedemos unos meses previos a esta regulación, ¿Existía alguna regulación sobre alguna práctica eutanásica en España o en su defecto, en las CCAA?

Resulta que sí, pero solo había leyes autonómicas que regulaban la eutanasia pasiva; es decir, acciones que se encargaban de no prolongar la vida de una persona, bajo consentimiento de esta misma, ante una muerte inminente y natural, o de cuidados paliativos; que alivian el dolor pero

⁹ “En qué países es legal la eutanasia y en qué se diferencia del suicidio asistido” (2022). Periódico *La Nación*.

¹⁰ Según el art. 81 CE son leyes orgánicas las relativas al desarrollo de los derechos fundamentales y las libertades pública.... En este caso, la regulación de la eutanasia exige una ley orgánica por afectar al art. 15 CE (todos tienen derecho a la vida..) ¿el derecho a la vida integra el derecho a decidir sobre nuestra muerte? Ahora ya sí.

acortan la vida en varios casos. Diversos estudios y expertos aseguran que estas leyes autonómicas no eran suficiente; siendo un total de 10 leyes frente a las 17 CCAA y 2 ciudades autónomas de nuestro ordenamiento territorial, no llegan a ser efectivas entre muchos motivos por la existencia una marcada carencia en la oferta de servicios de los cuidados paliativos, o el hecho de no existir una ley única y nacional para regular este tipo de eutanasia o cuidados, acentuaba las diferencias existentes entre las distintas Comunidades Autónomas.

Tal como es el espíritu de este trabajo, para aportar más rigurosidad a este análisis del territorio nacional, es obligatorio ver qué casos previos a la regulación de eutanasia o su solicitud se han dado, para estudiar el trasfondo que posee.¹¹

El primer y más sonoro caso lo encontramos con Ramón Sampredo (1998); tetrapléjico la mayor parte de su vida, tras la negativa de las Administraciones respecto a decidir sobre su propia muerte ideó un plan junto a 12 amigos para morir y nadie fue juzgado.

José Antonio Arrabal (2017), enfermo de esclerosis lateral amiotrofia (ELA), se suicidó delante de una cámara de vídeo para reclamar el suicidio asistido y la eutanasia.

Maribel Tellaetxe (2019), luchó durante años para despenalizar la eutanasia al enterarse que padecía alzhéimer. Ella misma pidió que la ayudaran a morir cuando “no reconociera a su familia”, sin embargo, el código penal se lo impidió.

María José Carrasco (2019) también enferma de esclerosis múltiple, su marido le ayudó a morir. Ambos grabaron un video en el que explicaban los motivos por el que María deseaba su muerte.

Por último, es preciso mencionar que la formulación e implantación de una nueva ley sin precedente alguno en nuestro país es muy complicado, por este motivo no podemos olvidar que una vez publicada, e incluso que esté en vigor, las leyes pueden ser modificadas a fin de realizar las correcciones oportunas en el futuro, para cumplir así su objetivo “*ser una ley muy garantista*”. Por consiguiente, queda abierta la posibilidad de que se modifique para hacer frente a los puntos más polémicos o donde pueda presentar algún tipo de inconveniente, todo esto, en caso que se deje madurar y el próximo Gobierno de España; si cambia de color o de postura, o la suprime, que tal como apuntan las encuestas en nuestros días, es una situación muy probable.

¹¹ “De Ramón Sampredo a María José Carrasco: Los casos más conocidos de eutanasia en España.” (2020). Publicado en *Con Salud*.

Desde aquí hasta el final del epígrafe, nos vamos a centrar resaltar problemas que tienen varios expertos principalmente sobre la propia constitución de la Ley, es decir, que se haya constituido como orgánica o se pretenda incluir en la Constitución Española, sin analizar el propio contenido de la Ley, pues ese análisis jurídico lo realizaremos más adelante.

Y es que el primer punto de choque lo encontramos en la intención del legislador al querer basarse en el artículo 81.1 de la CE para darle una justificación de ley orgánica mediante el «desarrollo de los derechos fundamentales y las libertades públicas», que atendiendo al Preámbulo de LORE sugiere que eso es justamente lo que está haciendo la norma en consonancia al derecho fundamental a la vida: «la eutanasia conecta con un derecho fundamental de la persona constitucionalmente protegido como es la vida, pero que se debe cohonestar también con otros derechos y bienes, igualmente protegidos constitucionalmente...». *“De ahí parece concluir el legislador su carácter de ley orgánica”*, como afirma el profesor Manuel Rodríguez¹².

Pero la transcendencia del hecho que la LORE sea desarrollo del derecho fundamental a la vida, implica que para derogarla sea menester una mayoría parlamentaria según requiere el artículo 81.2 CE, pero resulta que tiene también una consecuencia insospechada: que este nuevo derecho a la «prestación de ayuda a morir», sobre el que trata toda la Ley, podría haber pasado a constituir parte del «contenido adicional» del derecho fundamental a la vida reconocido en el artículo 15 CE siguiendo la doctrina del TC según la cual todo derecho fundamental está «integrado no sólo por su contenido esencial, sino también por esos derechos o facultades básicas que las normas (infra constitucionales) crean y pueden alterar o suprimir, por no afectar al contenido esencial del derecho» (STC 9/1988 (LA LEY 939-TC/1988), FJ 2º).

Pero no solo esto, pues el profesor sigue argumentando *“Sostengo que el legislador ha ido más allá del campo reservado a la ley orgánica por la Constitución, vulnerando así el artículo 81.1 CE y generando, además, un indeseable efecto de petrificación en el ordenamiento jurídico”*, puesto que el derecho a la eutanasia no puede considerarse un «desarrollo» del derecho fundamental a la vida debido a que tiene por objeto una práctica (la eutanasia) dirigida a acabar con ella de forma directa y deliberada. Si atendiendo a otras interpretaciones el derecho a la vida que reconoce el artículo 15 CE no otorga un derecho

¹² Rodríguez, M. (2021). “Consecuencias y consideraciones sobre el presunto carácter orgánico de la Ley de la Eutanasia”. *La Ley Digital*.

«sobre» la propia vida, sino un derecho a ser «protegido de» ataques contra la propia vida. Por lo que podemos concluir que no es, como ha establecido el TC, un derecho de libertad, sino un derecho de protección, tal como pudimos ver en situaciones donde este Tribunal se posicionó a favor de la protección frente a la libertad como en el caso de la huelga de hambre de los presos deliberó una alimentación forzosa mediante el STC 120/1990, o en la transfusión sanguínea de un menor de edad testigo de Jehová en el STC 154/2002.

Con este punto de vista e interpretación de la norma, queremos explicar por qué puede acabar siendo una ley anticonstitucional, o en defecto, hasta qué punto puede llegar a integrarse dentro de nuestro sistema jurisprudencial; como una extensión de una ley de la CE.

Otro de los motivos por el que mirar con recelo a esta LORE es por la entrada en vigor de esta Ley excesivamente rápida, sin que los sanitarios estuvieran correctamente formados para cumplir algunas de las tareas que más adelante abordaremos, que serán las que tendrán que realizar aquellos médicos no objetores de conciencia, o sí practicantes de esta “ayuda para morir”, como nos informa el Colegio de Enfermería de Madrid en 2020.

O como afirman algunos especialistas *“la LORE presenta en algunos puntos problemas de interpretación de la ley, estando a voluntad del que la lee o debe actuar, sin limitar muy bien responsabilidades en algunos casos”*. Todo esto puede ser muy peligroso pues supone dejar desprotegidos a determinados grupos o personas en un proceso irreversible como es la muerte del paciente.

LEY ORGÁNICA DE REGULACION DE LA EUTANASIA 3/2021

Una vez realizada una introducción donde hemos podido analizar con una perspectiva más amplia esta cuestión, nos disponemos a continuación a abordar la norma. Es importante resaltar que el presente trabajo está actualizado hasta la fecha de mayo de 2.022, pudiendo estar obsoleto con la publicación de leyes posteriores.

PREÁMBULO

Para empezar con este análisis, veamos el Preámbulo, donde nos presenta la Ley, un resumen y a groso modo que quieren legislar y el porqué. Consideramos que ya nos hemos dedicado anteriormente a estudiarlo de una forma más exhaustiva que aquí en nuestra opinión, por lo que solo vamos a realizar determinados apuntes para acabar de matizarlo.

Y nada más empezar a leer este Preámbulo, nos encontramos con una afirmación de la que no sabemos muy bien su procedencia “*una demanda sostenida en la actualidad como es la eutanasia*”, suponemos que esto se refiere ejemplo como los casos expuestos anteriormente, en los que los pacientes pedían esta práctica y en todas las circunstancias fue negada por las autoridades pertinentes, además de los momentos puntuales de debate público que se generaba sobre esta posibilidad. Pero atendiendo a la realidad, nos encontramos como esto no era ni siquiera el año pasado (año de aprobación de la LORE), un tema que suscitase interés o preocupación entre los españoles, como sí fue el caso de otros países como Nueva Zelanda, y todo esto así lo abala en CIS, donde esto no se encontraba ni en el top 10¹³. Aun así, el legislador es totalmente libre de regular aquellas acciones que considere menester para aumentar el bienestar de sus ciudadanos.

Además, conscientes del riesgo para los individuos de solo despenalizarla, afirma “*No basta simplemente con despenalizar las conductas que impliquen alguna forma de ayuda a la muerte de otra persona, aun cuando se produzca por expreso deseo de esta. Tal modificación legal dejaría a las personas desprotegidas respecto de su derecho a la vida que nuestro marco constitucional exige proteger. Se busca, en cambio, legislar para respetar la autonomía y voluntad de poner fin a la vida de quien está en una situación de padecimiento grave, crónico e imposibilitante o de enfermedad grave e incurable, padeciendo un sufrimiento insoportable que no puede ser aliviado en condiciones que considere aceptables*”.

Una cuestión de la que no hemos hablado antes a conciencia para tratarlo en este punto y es ¿Qué vamos a regular? Pues si atendemos a la definición de “eutanasia”, observamos en la Real Academia Española “*Intervención deliberada de poner fin a la vida de un paciente sin perspectiva de cura.*”, y como esta interpretación es muy amplia, el Legislador especifica que esta LORE solo atañe a la eutanasia Activa una acción encaminada a provocar la muerte del moribundo; ejemplo: mediante la aplicación de una inyección letal, diferenciándola de la Pasiva, que corresponde a la omisión de tratamientos que pueden prolongar la vida de la persona (lo que conocemos como suspensión terapéutica) o en la toma de acciones que acortan la vida del paciente para mitigar el dolor (cuidados paliativos).

¹³ “*Principales problemas para los españoles*”. (2021). Centro de Investigaciones Sociológicas.

Por lo que nos deja en claro que la clave está en la intención perseguida por el médico y por el paciente, provocar la muerte adelantándola.

Pero siempre estableciendo unas garantías para que esta decisión del paciente o su representante de poner fin a la vida se produzca con la más absoluta libertad, autonomía y conocimiento, protegida por tanto de presiones e influencias de toda índole que pudieran provenir de entornos sociales, económicos o familiares desfavorables, o incluso de la posibilidad de decisiones apresuradas.

Un factor muy importante que trataremos en su respectivo momento, es la creación de un registro de objetores, sanitarios que se opongan a practicar esta acción.

En definitiva, esta Ley introduce en nuestro ordenamiento jurídico un nuevo derecho individual; la eutanasia, es decir, producir la muerte de una persona de forma directa e intencionada a través de una relación causa-efecto única e inmediata, siendo una petición informada, expresa y reiterada en el tiempo por dicha persona o su representante, y llevada a cabo en un contexto de sufrimiento a causa de una enfermedad o padecimiento incurable que la persona experimenta como inaceptable.

Por último, aclarar que la Ley, se estructura en cinco capítulos, en los cuales encontraremos diecinueve artículos, siete disposiciones adicionales, una disposición transitoria, una disposición derogatoria y cuatro disposiciones finales.

CAPÍTULO I. DISPOSICIONES GENERALES

Una vez visto todo el contexto que gira alrededor de esta Ley, y el Preámbulo en el cual hemos podido llegar a intuir el contenido de la norma, en los siguientes capítulos nos disponemos a analizarla. Concretamente empezaremos con el capítulo que nos concierne, el primero, en el cual nos explicará el objeto, ámbito de aplicación y definiciones a tener en cuenta en su análisis.

Por lo tanto vamos a ir por orden, hablaremos sobre el “objeto” que pretendemos legislar, que ya nos viene descrita en el artículo 1 como *“regular el derecho que corresponde a toda persona que cumpla las condiciones exigidas a solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir, el procedimiento que ha de seguirse y las garantías que han de observarse.”*, va más allá al determinar los deberes del personal sanitario que atiende a los pacientes, definiendo

su marco de actuación, y regulando las obligaciones de las administraciones e instituciones, con el fin de velar por el buen funcionamiento de la LORE.

Sin embargo, encontramos algunas deficiencias que no nos comenta el artículo, ni la Ley en ningún momento, una vez establecidos que requisitos y deberes de los sanitarios, en ningún momento nos habla de cómo se va a vigilar que los mismos se cumplan, es decir, no nos establece mecanismos, y esta carencia no solo la podremos encontrar aquí, sino en otros momentos del articulado de la presente LORE. Lo que nos puede llevar a recordar a muchos aquella constitución del 1812, del artículo sexto *“obligaciones de todos los españoles y, asimismo, el ser justos y benéficos”*, donde apelando a criterios como la moralidad o el correcto ejercicio profesional, se abre la puerta a la comisión de delitos e injerencias en este proceso delicado cuyo fin último es la muerte, por tanto, desde el primer momento podemos observar algunas pequeñas matizaciones o espacios indeterminados en la Ley.

Procedemos a adentrarnos en el artículo 2, extiende el ámbito de aplicación a.... Personas físicas y jurídicas que bien actúen, o se encuentren en nuestra patria. A simple vista podemos extrañarnos al mencionar a personas jurídicas, esto hace alusión a que serán estas quienes aplicarán la eutanasia a las personas físicas, entonces para indicar que esta Ley va dirigida hacia ellas también, ¿Pero va para todas? Correcto, para centros tanto públicos como privados, y de esta forma eximirles de la responsabilidad penal de acabar con una vida, como sí se aplicaba antes (artículo 143 del Código Penal).

Y nos disponemos a entrar en el artículo 3, las definiciones que nos van a servir a lo largo de este análisis, que no solo vamos a proceder a mencionarlas, sino que también comentar algunas o los aspectos más relevantes, para que sea más sencillo seguir el análisis con la Ley, va a recibir un sistema de enumeración idéntica al texto publicado en el BOE.

- a) El primer concepto a definir es el «Consentimiento informado»: *“conformidad libre, voluntaria y consciente del paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada”*, que a una primera lectura nos puede parecer normal, pero en la que si entramos en profundidad nos encontramos los siguientes problemas:

La primera observación la hacemos en el término “libre”, pues como ya hemos pronosticado antes, a la LORE le falta una serie de mecanismos para permitir su eficacia, este es uno de ellos en el que nos enfocaremos en otro capítulo entrando de lleno en el mismo, pero no podemos considerar que una persona toma una decisión libremente cuando está padeciendo una enfermedad, por una sencilla razón, su capacidad de decisión o reflexión tiende a descender, en comparación a esa misma persona en un estado perfecto y libre de agonía o sufrimiento. Les pongo un ejemplo en el que los universitarios u opositores se sentirán representados; el tiempo de exámenes. Salvando las distancias, podemos hacer un símil entre la agonía del paciente con este tiempo, en el que muchos estudiantes ante la situación de estrés, piensan en dejar la carrera, si realmente deberían presentarse al examen, o cualquier otro pensamiento, en el que es fácil tomar una decisión apresurada, sin que esta sea la mejor o la más sensata. Lo mismo sucede con los pacientes de enfermedades incurables y dolorosas, que esa “*libertad*”, de la que la ley presupone no podemos tomarla al estar condicionados a este factor externo.

También podríamos realizar una segunda observación del término “*voluntad*”, pues supone un problema jurídico muy controvertido, en palabras de Ana María Marcos del Cano¹⁴ “*La voluntad ha sido uno de los aspectos jurídicos más controvertidos desde la representación en Grecia que estaba prohibida, y Roma hasta las últimas voluntades y testamentos, pues es un criterio técnico jurídico y psicológico muy complejo que requiere de una evaluación constante y procedimientos profundos para no cometer errores, aquí el error es la muerte. (Bien jurídico más valioso, además de ser irreversible)*”.

O una última apreciación respecto a la “*consciencia del paciente*”, pues como ya veremos más adelante, no tiene por qué darse, actuando con forme a escrituras que el mismo haya escrito previamente, o voluntades del responsable de esa persona, que podrá ser un tercero a la misma Administración Pública.

- b) Donde nos encontramos una de las decisiones claves de esta Ley «Padecimiento grave, crónico e imposibilitarte»: “*limitaciones que inciden directamente sobre la autonomía*

¹⁴ Catedrática de Filosofía del Derecho de la UNED, que a su vez es directora del Grupo de Investigación de Derechos Humanos, Bioética y Multiculturalismo de la misma universidad. “Debate: La Ley Orgánica 3/2021 de regulación de la eutanasia”. (2021), Disponible en el Canal de YouTube Tirant <https://www.youtube.com/watch?v=idh3yVXcIVM>

física y actividades de la vida diaria, ..., 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.”

Aquí el punto más controversial es la parte subjetiva, es decir, “*sufrimiento psicológico*”, lo que nos deja una primera duda ¿Cómo se mide el sufrimiento psicológico?, pues esto es algo totalmente subjetivo, que ni el derecho se adentra en legislarlo o determinarlo, pues se trata de una categoría de conceptos jurídicos indeterminados, tanto por parte del paciente al ser de difícil medición, como por parte del personal sanitario, donde se podrá llegar a producirse una discriminación involuntaria, pero en todos caso injusta sobre los solicitantes de la prestación.

Pero es que, si nos adentramos aún más en este punto, llegamos a la casuística de depresiones o afecciones psicológicas o trastornos que puedan desembocar en la realización de esta práctica eutanásica, pues no debemos olvidar que una de las manifestaciones de los síntomas de las mismas es la falta de voluntad y motivación para vivir, y presentar una petición de ayuda para morir podría considerarse normal como una de las manifestaciones de este dolor. Sin embargo, muchos podremos estar pensando que estas enfermedades sí podrían llegar a tener cura mediante tratamientos con especialistas, descartando así la opción a pedir la eutanasia. Pues nos equivocamos, en 2019 una chica holandesa de diecisiete años, Noa Pothoven, escritora del libro “*Ganar o Aprender*” murió por esta práctica en su casa tras someterse sin éxito a tratamientos psiquiátricos al haber sufrido una violación¹⁵. El problema de esto, es la reducción del potencial de vida de estos jóvenes, en un campo dónde aún se puede estudiar más, pues resulta un misterio la mente humana que además entra un factor subjetivo como ya hemos explicado enorme, para delimitar si es incurable o insoportable.

Si bien en España a día de hoy solo podrían solicitarlo los mayores de edad, no debemos de obviar el término de “*pendiente resbaladiza*”, con el que podremos asemejarnos a países de nuestro marco europeo y extender este derecho a menores también como es el caso de Bélgica u Holanda, donde en este último país para solicitarla tienes que ser mayor de doce años, acompañado de tus padres, o el individuo solo si es mayor de dieciséis.

¹⁵ “Muere Noa Pothoven, la joven de 17 años que solicitó la eutanasia en Holanda por sufrir estrés postraumático y depresión”. (2019). Redactado por *BBC News Mundo*.

- c) Un término que ya hemos ido definiendo y matizando en el punto anterior, «Enfermedad grave e incurable»: *“origina sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables sin posibilidad de alivio que la persona considere tolerable, con un pronóstico de vida limitado”*.

Por lo que solo vamos a volver a recalcar la casuística tan grande ante el subjetivismo que puede implicar, es más, en caso de incapacidad física o psicológica del paciente, esta responsabilidad de transferir su voluntad estará a cargo de un tercero, donde no sabemos cómo podrá interpretarlo, recordando que un error aquí solo implica una cosa, la muerte.

- d) «Médico responsable»: *“facultativo que tiene a su cargo coordinar toda la información y la asistencia sanitaria del paciente,... y sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales.”*

Es decir, el sanitario que va a acompañar al solicitante durante los transmites, hasta la muerte del mismo (en caso que no se arrepienta o la Comisión de Garantía desestime la proposición).

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

Tal como pretende la Ley, ser lo máximo garantista posible, aparte del facultativo responsable, o la Comisión anteriormente nombrada, entra en escena el médico consultor, para aportar otra visión al derecho que el ciudadano pretende tomar, pues el médico responsable no tiene por qué estar formado en la enfermedad de su paciente asignado, pues como ya hemos dicho arriba, su misión es otra, comparable con la administrativa.

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

De esta forma la Administración Pública debe garantizar un doble deber, asegurarse que el personal sanitario no se ve involucrado en una vulneración de sus derechos de objeción de conciencia, y por parte de los ciudadanos solicitantes, que van a poder desarrollar su derecho sin problema, es decir, que estas Administraciones van a tener que tener un control de los facultativos con los que cuentan para esto, a fin de asegurarse la prestación del mismo.

- g) «Prestación de ayuda para morir»: *“acción derivada de proporcionar los medios necesarios a una persona que cumple los requisitos previstos en esta Ley y que ha manifestado su deseo de morir. Dicha prestación se puede producir en dos modalidades: 1.ª) La administración directa al paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario competente. 2.ª) La prescripción o suministro al paciente por parte del profesional sanitario de una sustancia, de manera que esta se la pueda auto administrar, para causar su propia muerte.”*

Los dos casos que nos proponen es una de las diferencias de esta Ley respecto a otros países, que solo despenalizan la eutanasia, o incluso el médico está autorizado para dar al solicitante las dosis e información necesaria, pero siempre es el mismo solicitante el que tiene la obligación (en caso que no se arrepienta), en suministrarse las dosis él mismo, en ningún momento el médico o una tercera persona. Aquí vemos como el Derecho español va un paso más allá, dando la opción a los facultativos a ser ellos mismos quien acaben con la vida de la persona, tanto como si él mismo es capaz o no; siempre a voluntad del solicitante cuál de las 2 opciones desea acogerse. Por todo esto nos preguntamos, si el médico es quien acaba con la vida de la persona, debemos suponer que debe de estar muy regulado y vigilado y con un mecanismo por lo menos de control judicial en caso de negligencia, pero tal como está redactada la Ley, podremos pensar que en caso de error de la interpretación, actuación o similar reflejado en el proceso y cumpliendo con el protocolo, se tratará de un error administrativo y no penal.

- h) «Situación de incapacidad de hecho»: situación en la que el paciente carece de entendimiento y voluntad suficiente para regirse de forma autónoma, plena y efectiva por sí mismo, con independencia de que existan o se hayan adoptado medidas de apoyo para el ejercicio de su capacidad jurídica.

Cuándo dice *“con independencia que se haya tomado o no medidas de apoyo...”*, podemos suponer que quiere decir que corresponde a criterios del facultativo (sin que necesariamente hubiese una sentencia judicial de incapacitación). También puede ser que haya dejado escrito algún testamento vital o documento similar en algún momento de su vida, que en determinadas circunstancias o sufrimiento se le practique la eutanasia para poner fin a su vida, sin que lo hayan incapacitado en el momento de la escritura.

El problema de este tipo de voluntades anticipados reside principalmente en el que en el momento de su firma la persona no ha recibido información sobre las alternativas a sus

problemas, solo debe de marcar las casillas correspondientes a lo que desea, una vez termine lo entrega a la Administración y no se vuelve a enterar de este papel, salvo que en un futuro se vea envuelto en el hospital y vayan a aplicar los procedimientos previamente firmados, si está consciente puede afirmar que está de acuerdo con lo firmado y no se retracta de nada.

¿Pero y si no?, es decir, debemos ponernos en la situación que firmamos este documento hace quince años, en ningún momento me llaman para actualizar mi decisión (en España no hay obligación de esto a diferencia de otros países europeos donde se contemplan prácticas eutanásicas, por ejemplo Luxemburgo cada cinco años llaman al titular del documento), posteriormente tengo un accidente y según el documento de hace más de una década firmé que en este caso hicieran “x” procedimiento, cuando en la actualidad hay otras alternativas, otros medios quizás más eficientes, y con suerte donde no acabe en mi muerte.

¿No es posible que ante este escenario mejor que el que firmé hace años me interese cambiar de política o procedimiento?, este es uno de los riesgos más notables de dicho documento en cuanto a la capacidad médica para actuar en determinada situación.

De todas formas y volviendo al ámbito de la definición de la incapacidad que nos presenta, no debemos perder el norte de que se trata de una definición o estado creado por el responsable de esta acción, el médico o su representante; pero en ningún caso es una decisión del juez para nombrarle incapaz.

CAPITULO II. SOLICITUD Y REQUISITOS DEL DERECHO

El presente capítulo, versa sobre el derecho que tienen las personas para solicitar la prestación de ayuda para morir, al mismo tiempo que nos habla de los requisitos para su ejecución.

Empezamos por el artículo 4, que corresponde a lo primero expuesto arriba, el derecho a solicitar dicha prestación. El cuál nos trae tres apartados, aunque solo vamos a hablar de los dos últimos, pues el primero solo nos dice que la gente que cumpla los requisitos podrá ser beneficiario de la acción, ¿Cuáles son los requisitos? Lo veremos en el próximo artículo.

El tenor literal del art. 4 párrafo segundo se refiera a-“... *una decisión autónoma [...] haber sido informada [...]*”. En este sentido, nos surgen varias dudas en relación a una decisión autónoma pues como hemos visto la Ley vela para que no haya coacción en la decisión de la

persona. ¿Pero sabemos de verdad que significa autonomía? Para ello recurrimos a la RAE que nos brinda: “*Facultad de la persona o la entidad que puede obrar según su criterio, con independencia de la opinión o el deseo de otros*”, es decir, que para que la decisión sea válida se tiene que dar en un escenario libre de presiones externas (lo que hemos llamado coacción).

El problema es que la LORE en ningún momento nos establece que mecanismos se van a dar para velar por la misma, lo que nos puede llevar a suponer que elimina la totalidad de las casuísticas donde el personal sanitario o ajenos a los mismos, interactúen con el paciente, con el fin de darle una opinión contraria a la que este tenga previamente, es decir, que podemos presuponer que solo serán válidas las opiniones que refuercen la opinión de la persona (¿no es acaso este otro mecanismo de manipulación?). El resultado más claro posible es la privación de la oportunidad de la persona de una rectificación, pues es posible que, gracias a las opiniones o argumentos contrarios, acabemos viendo otras perspectivas que ni siquiera habíamos contemplado en un primer momento.

Ahora que estamos hablando de coacción a la hora de tomar una decisión Traemos a colación o en relación a la coacción el mito griego con héroe Filoctetes, un general heleno de gran renombre, que cuando llegó a una edad anciana fue abandonado en una isla por sus hombres debido a que les entorpecía en la misión (con el consentimiento del mismo al considerarlo que era lo normal. ¿Es extrapolable a la actualidad? Y resulta que nada más lejos de la realidad, vemos como hay una mentalidad muy extendida en la sociedad en la que encontramos casos en periódicos como el de una persona que murió en una tubería en Zaragoza para que su familia no supiese que le habían diagnosticado cáncer, pues se consideraba que iba a ser una carga.

Y cuándo hay una mentalidad de carga ante las enfermedades, es esto una coacción muy poderosa, en cuánto vemos como este sentimiento de acabar con su propia vida es una de las principales causas para pedir la eutanasia.

Para comprender mejor el último concepto de este párrafo, vamos a tener que recurrir al tercero, en otras palabras, ambos están correlacionados, reza lo siguiente: “... *se garantizarán los medios y recursos de apoyo, materiales y humanos, incluidas las medidas de accesibilidad y diseño universales y los ajustes razonables ... reciban la información, ... acceso a las personas con discapacidad al apoyo que pueden necesitar en el ejercicio de los derechos que tienen reconocidos en el ordenamiento jurídico.*” Por lo tanto, pese a los defectos que podemos encontrar en la elaboración de dicha Ley, vemos como en todo momento intenta velar por el acceso a este derecho a la mayor parte de la población posible.

Por eso crea un entramado de mecanismos para que las personas puedan entender lo que solicitan, haciendo especial hincapié en la creación de medios para personas con discapacidades físicas como puede ser ceguera, sordera, de habla, o una mezcla de las anteriores, aunque nos volvemos a plantear dudas sobre los sujetos que discapacidad mental, concretamente en cómo se mide su grado de comprensión, pues es un criterio que aún no se ha establecido en nuestro país, si bien existe judicialmente sentencias de incapacitación del individuo, como ya hemos visto la valoración de la incapacitación de hecho será llevado por el médico, es decir, en ningún caso será un juez el que determine la validez o no de la acción, pues se trata en todo momento de un proceso administrativo.

Si bien es verdad que debemos pensar con buena fe en este caso y en los demás expuestos, del buen trabajo profesional de los sanitarios o responsables, seguro que a todos nos suena la frase “piensa mal y acertarás”, si a esto lo completamos haciendo una vista rápida a los juzgados y cárceles españolas, nos sorprenderá hasta donde pueden llegar las atrocidades humanas. Por lo que un derecho que quiera que sea aplicado eficientemente, deberá seguir velando por cumplir y aportar más garantías a los ciudadanos.

Añade el art. 5 los requisitos necesarios para recibir la prestación. No obstante, por una parte, exige la Ley que se cumpla todos los requisitos, y por otra si el médico considera que el estado del paciente no es capaz de exteriorizar su voluntad, verá si tiene documento de voluntades anticipadas. Siendo el interlocutor, si lo hay el nombrado representante, no entrando en aplicación las letras “b”, “c” y “d”.

De carácter general es obligatorio cumplir todos los requisitos:

- a. Poseer nacionalidad española (o residencia legal o empadronamiento superior al año), de esta forma evitamos un problema que presentaba Suiza respecto el “turismo eutanásico”, personas que se desplazan a otros países en busca de una mejor herramienta para poder poner fin a su vida.

Es importante resaltar la mayoría de edad, puesto que los menores no podrán acogerse al derecho, aunque como ya hemos hablado de la pendiente resbaladiza, puede ser solo cuestión de tiempo que se produzca una modificación.

O en el momento de la solicitud, ser consciente, sin embargo, como señala el jurista y abogado Rubén Gisbert¹⁶ *“entre el momento de la solicitud y el momento de la muerte, hay una horquilla de tiempo, puede suceder que en circunstancias “x” no la quiera finalmente, pero ya está inconsciente; perder la capacidad mental o física de manifestar la negativa, y en contra de la voluntad de esa persona se le aplique la eutanasia.”*

- b. Tener por escrito alternativas de actuación, esto unido a los esfuerzos de la Administración por velar en la comprensión del lector el documento es una gran garantía, pero, el problema erradica que la viabilidad de las alternativas que nos ofrecen, pueden existir en la teoría, pero en la práctica son limitadas o ineficientes, por ejemplo respecto a la opción más común como alternativa, los cuidados paliativos, alegamos que no son una alternativa al ser insuficientes, por lo que no se daría un servicio totalmente efectivo en todas las partes del territorio, dificultando que el paciente escoja esta opción al estar incompleta. Evidencia de ello lo encontramos en la cantidad de cuidados paliativos son los que cuenta España, 0,6 por cada 100.000, cuando la Asociación Europea de Cuidados Paliativos recomienda tener por lo mínimo 2, vemos como contamos con menos de una tercera parte de lo recomendado, o dicho de otra forma. Es España en el año 2019 había 260 servicios especializados en esta modalidad, mientras que países mediterráneos como Francia contaba con 653, o Italia con 570. Por todo esto, podemos afirmar que debido a la insuficiencia que hay, que no llegan a todos los hospitales, esta opción no es viable para atender a las demandas de toda la población que pueda estar interesada en las mismas a la alternativa de acortar su vida.

¹⁶ Gisbert, R. (2021). “El gran peligro de la Ley de la Eutanasia (análisis jurídico)”. Disponible en YouTube: https://www.youtube.com/watch?v=21vp0TXhlaQ&ab_channel=Rub%C3%A9nGisbert

- c. Presentar dos solicitudes en un intervalo de quince días naturales, en el que el paciente se reafirme en su decisión. El objetivo de este tiempo y ambas solicitudes es otorgarle al sujeto un tiempo para reflexionar sobre la decisión que va a realizar, para bien secundarla, o en defecto retractarse del procedimiento que va a acometer.
Sin embargo, este tiempo de reflexión puede reducirse si el médico responsable considera que el solicitante perderá la capacidad de forma inminente, (una incapacidad que como ya hemos dicho previamente debería de estar dictaminada por un juez) saltándose así el procedimiento. Pero claro, la palabra donde puede llevar a varias interpretaciones es lo que se pueda considerar como interpretación, pues es una apreciación subjetiva
- d. Padecer una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante, certificada por el médico responsable. Sobre este punto ya lo comentamos al principio en las definiciones, ~~de~~ como también se incluía a las enfermedades mentales, la dificultad de su diagnóstico y problemas derivados de la propia definición dada por el Legislador.
- e. Prestar consentimiento informado previamente a recibir la prestación de ayuda para morir. Este requisito es muy importante a la hora de realizar la acción sin constancia de los dos documentos del plazo de los quince días, de esta forma, y me remito a lo anterior sobre este punto, el médico responsable puede adelantar el procedimiento, pero ¿Qué pruebas existen de este consentimiento? Queremos decir que no establece ninguna opción segura para alegar que era voluntad del paciente o su representante, y no la del médico, pues articulado así podríamos pensar que un consentimiento (o capacidad) verbal antes de perder una persona es suficiente para transmitirlo, sin necesidad de pruebas.

Tal como hemos comentado al inicio de la enumeración de estos requisitos, existen unos casos en los que el médico responsable no deberá aplicar determinados puntos en post de su criterio, concretamente los de los apartados “b”, “c” y “e”, siempre que el paciente no se encuentre en el pleno uso de sus facultades, a la vez que no pueda prestar su conformidad libre,

voluntaria y consciente para poder realizar las solicitudes, además de cumplir lo previsto en el apartado “d”, y hubiese suscrito con anterioridad un documento de instrucciones previas, voluntades anticipadas, testamento vital o cualquier documento equivalente legalmente reconocido, que será entonces cuando la prestación de ayuda para morir se realice conforme al documento; en caso de existir un representante, podrá interpelar por él.

“La valoración de la situación de incapacidad de hecho por el médico responsable se hará conforme a los protocolos de actuación que se determinen por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.”, con esto queremos volver a repetir un problema que ya acarreábamos, esta incapacidad no es un criterio judicial, cuándo en otras circunstancias como en registros del hogar, o levantar un cadáver si es menester. Además lo que ya hemos expuesto que la responsabilidad sería Administrativa, y no penal, aportando un cierto componente de inseguridad.

En el artículo 6, al igual que en el anterior, existen una serie de requisitos, en este caso, sobre la solicitud para presentar esta ayuda para morir. La existencia de varios apartados se debe a la insistencia del Legislador para crear una ley garantista, como ya hemos podido comprobar a lo largo del escrito.

Por todo ello, el primer requisito que encontramos es la necesidad de estar por escrito esta petición, fechada y firmada, si no fuera posible por escrito, por problemas de la Administración o del propio paciente (o su representante), también se aceptará cualquier otro medio que le permita dar una aclaración inequívoca sobre su decisión.

Lo que nos lleva a dudar sobre qué medios serán válidos para los médicos a fin de cumplir el protocolo, pues si no solo está permitido por escrito, será igual válido una grabación, o incluso una petición oral entre el médico y el solicitante, creándose así un riesgo otra vez, por volver a querer ofrecer un abanico de posibilidades en cuanto al medio.

Por otra parte, en caso que sea firmado (por lo expuesto anteriormente), deberá ser delante de un profesional sanitario, sin que haya obligación que sea necesariamente el médico responsable, que recibirá posteriormente la solicitud para poder atender el caso.

Además, es fundamental que la persona pueda y que sea consciente que puede rectificar su decisión en cualquier momento del proceso, o incluso solicitar un aplazamiento de la práctica.

Por último, en caso que la persona demandante del derecho no pueda por los motivos expuestos en el 5.2 no se encuentra en el pleno uso de sus facultades ni puede prestar su conformidad libre, voluntaria y consciente para realizar la solicitud al médico solicitante, este documento podrá entregarlo cualquier persona mayor de edad y capaz, al igual que si existiese unas instrucciones o voluntades previas; o cualquier documento oficial. De no existir este tercero, como sucede en el caso de las personas que están a cargo de la Administración Pública, serán los propios médicos los que realizarán el acto y podrán acceder a la información clínica del sujeto.

Por último, cierra el capítulo II, el artículo 7, en el que vamos a comprobar que no todas las solicitudes para morir son aceptadas, sino que pueden rechazarse. Comentar que para velar por la transparencia y el correcto funcionamiento del protocolo y posible práctica del derecho, en caso de desestimar la petición se comunicará por escrito y explicando los motivos por la cual se tomó la decisión.

En caso que la solicitud sea rechazada por el médico, deberá ser notificada al solicitante en un máximo de diez días naturales desde la primera solicitud, junto con la información de que puede reenviarla a la Comisión de Garantía y Evaluación de su CCAA, en un plazo máximo de quince días naturales para que ellos den un segundo veredicto.

De todos modos, aunque el médico desestime la solicitud, y sin importar si el paciente la ha reenviado a la Comisión de Garantía y Evaluación (CGE), les deberá enviar en un plazo máximo de cinco días naturales una vez notificada la negativa al ciudadano, los dos documentos del artículo 12, actualizado con el motivo de negación de la ayuda para morir (a.p.m. en adelante).

En resumen, en este capítulo hemos visto las actuaciones que el médico responsable debe hacer al rechazar una solicitud, como las acciones que el solicitante del derecho puede realizar si desea continuar con su decisión, al mismo tiempo que introducimos una jerarquía superior para resolver conflictos, la CGE.

CAPÍTULO III. PROCEDIMIENTO Y REALIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

En este nuevo capítulo vamos a continuar con el análisis de la LORE, adentrándonos en el procedimiento que va a seguir la Administración para la realización de la prestación del

derecho de ayuda para morir, que como vamos a poder comprobar, la existencia de los plazos para velar que el demandante sea consciente de lo que significa este derecho, y los facultativos puedan garantizar que se cumplen los casos para recibirla, esta duración puede oscilar entre el mes y seis semanas aproximadamente.

Inicia el capítulo el artículo 8, titulado “*Procedimiento a seguir por el médico responsable cuando exista una solicitud de prestación de ayuda para morir*”, con el título ya nos podremos hacer una idea de lo que tratará, por lo que analizaremos las cinco situaciones que se pueden dar reflejadas en la Ley.

Primera, el médico responsable recibe la solicitud ¿Qué debe de hacer?

Tiene dos días naturales para comprobar que la persona cumple los requisitos expuestos en el artículo quinto, especialmente el “5.1.a, b, d”, si los cumple, citará al paciente para deliberar opciones y alternativas que posee; tal como ya hemos visto, las alternativas son poco atractivas al no estar completas, y esta conversación con el médico no debe existir coerción ninguna, al mismo tiempo que le explicará cómo se va a realizar el procedimiento y los derechos que tiene. Mencionar que también se le dará por escrito en un plazo máximo de cinco días naturales para que pueda consultarlo posteriormente.

A los quince días, recibirá la segunda solicitud, por lo que el médico responsable volverá a convocar al solicitante a los dos días naturales como mucho, para atender a las dudas que este pueda tener, ampliar información durante los próximos cinco días.

Al día siguiente de este proceso deliberativo, el médico responsable le preguntará si desea continuar al solicitante, pueden pasar dos escenarios:

- a. Se reafirme y el médico formará un equipo asistencial (enfermería especialmente), y si se solicita, se le informará de la decisión a familiares y allegados; esto es otra de las características de este derecho en España respecto a otros países, donde el médico puede expresar su opinión en todo momento, y salvo que el paciente diga lo contrario, están obligados a informar a la familia; caso de Luxemburgo. Aquí el ciudadano tiene que dar su consentimiento para informarles.
- b. Puede declinar la solicitud, entonces el médico responsable estará igualmente obligado a comunicarlo al equipo asistencial.

Continuando con el procedimiento, el médico responsable buscará un segundo médico, que como ya vimos en la definición de médico consultor, debe ser un sanitario formado en el campo de sufrimiento del paciente. Ambos facultativos estudiarán y examinarán tanto al paciente como a su historia clínica, a fin de velar por el cumplimiento del artículo quinto. Todo esto en un plazo no superior a diez días naturales. Al día siguiente comunicarle los resultados al solicitante de la p.a.m.

Como pudimos analizar en el artículo anterior, en caso que estos médicos desestimen la solicitud, pues consideran que si incumple algún requisito del 5.1, existirá la Comisión de Garantía y Evaluación al que podrán remitirse la persona si desea continuar con la práctica (artículo 7.2).

En caso que todo lo anterior dé luz verde para continuar con la actuación, el médico responsable tendrá tres días para comunicárselo a la CGE.

El artículo 9 es muy efímero, pues hablamos que procedimiento seguiremos cuándo el médico (y no el juez), detecte una situación de incapacidad de hecho, que nos repite al artículo 5.2, y los pasos que se deben seguir, como es el hecho de aplicar las instrucciones previas o documentos equivalentes.

Es preciso recordar que denunciábamos el peligro que este punto puede generar en cuanto a la realización de injusticias, que en este caso suponen una decisión irrevocable, pero como ya hemos hablado de eso anteriormente, consideramos que no es preciso volver a decir lo mismo sin aportar información o una interpretación nueva.

Respecto al artículo 10, ahora que conocemos que el CGE, vamos a hablar de cómo actúa y por quien se compone.

Una vez notificado al CGE la decisión de continuar, el presidente de este Consejo designará a dos miembros del mismo para el caso específico que nos compete, como único requisito es que uno debe ser un médico, y el otro un jurista, la misión que van a tener es comprobar que efectivamente se cumplen todos los requisitos. Contarán con algún apoyo en cuanto a tener acceso al historial clínico del solicitante, junto a las notificaciones de los médicos sobre el caso, al mismo tiempo que la opción a poder entrevistarse tanto con los médicos (y su equipo), como el interesado.

Para tomar la decisión final, disponen de un tiempo máximo de siete días naturales, en el que cada uno elaborará un informe; si es positivo, se realizará el derecho, si es negativo, no. ¿Pero qué sucede si un miembro dice positivo y otro negativo? La LORE ha contemplado esta posibilidad y por eso concreta que se elevará la verificación al pleno de la Comisión de Garantía y Evaluación, que decidirá definitivamente.

Por último, la resolución definitiva deberá de ser entregada al presidente, y este a su vez al médico responsable para cumplir con el protocolo. En caso que el informe sea desfavorable, pero el demandante siga persistiendo, podrá acudir al juzgado contencioso-administrativo.

Ahora que ya sabemos la importancia de esta CGE, vamos a hablar un poco más de ella. En España hay una Comisión de Garantía y Evolución por cada Comunidad Autónoma, Ceuta y Melilla contarán con su propia CGE. Sin embargo, está altamente influenciado por los Gobiernos Autonómicos, pues son los encargos que conformarlo, lo que podría dificultar garantizar la prestación del derecho en las CCAA donde gobiernen partidos opuestos a esta Ley, que ya hemos visto que es muy polémica y no se sabe sobre la maduración en el tiempo de la misma. Incluso hay algunos casos de presidentes abiertamente en contra de esta práctica, unido a la falta de transparencia para ver que personas son las que forman este grupo evaluador, entonces, muchos se preguntan si esto es positivo para el ejercicio del derecho, mientras que otros van un paso más adelante, argumentando que solo deberían formar parte de estos Comités personas pro-eutanasia.

Nosotros nos posicionamos en la posición contraria, es decir, vemos con buenos ojos que haya dentro de las diferentes CGE personas con ideas dispares, de forma que sean más críticas y exhaustivas las decisiones tomadas, “ni que sea un colador, ni un muro”. Con un término medio podremos velar para que sea lo más junto posible, y si alguna persona por sus valores o principios considera que no puede estar ahí, la objeción de conciencia es un derecho reconocido en nuestro sistema jurídico español, por lo que nos compete ahora es velar para, ya que se ha aprobado la Ley, sea lo más garantista y segura posible, el tiempo que dure.

Un punto precedente y preocupante desde el punto de vista de derechos a los ciudadanos, son noticias como que ocho provincias españolas no han realizado ningún aborto en los últimos años, y han derivado a las solicitantes a otros hospitales de otras provincias, si bien no nos meteremos en que la legitimidad de exterminar una vida en el vientre materno esté mejor o peor, debemos procurar que los ciudadanos tengan los máximos derechos posibles, y sus

facilidades, pues si es verdad que la muerte en estas circunstancias puede ser desagradable, hacerlo teniéndote que desplazar a otra provincia puede ser aún más indigno. Por ello habría que procurar esta situación no se iguale con la eutanasia, o manteniendo un CGE súper férreo.

A continuación, analizaremos el artículo 11, “*Realización de la prestación de ayuda para morir.*”, en la que partimos de una resolución positiva por parte de los médicos; responsable y consultor, o en su defecto del CGE.

Por ello, para velar que los facultativos actúan con la mayor profesionalidad y atendiendo a los protocolos, se le pregunta al solicitante (o su representante) la forma en la que quiere que se practique la prestación. Recordemos las dos formas posibles y su actuación:

- a. Administración directa de las sustancias por parte de los facultativos; tanto el médico responsable como equipo asistencial estará presente y acompañando a la persona hasta su muerte (artículo 3.g.1).
- b. El facultativo prescribe y enseña al demandante como ponerse las dosis; quedando los profesionales sanitarios en una misión de apoyo y observación hasta la muerte del mismo (artículo 3.g.2).

La LORE en ningún momento nos indica quién será el encargado de realizar la eutanasia, la práctica habitual es el médico el encargado de prescribirla, y el personal sanitario quien la ejecuta.

Por último; en este capítulo tercero, encontramos el artículo 12, que reza: “*Comunicación a la Comisión de Garantía y Evaluación tras la realización de la prestación de ayuda para morir*”, pues, no terminan los trámites con la realización de la eutanasia, sino que le médico responsable tiene cinco días hábiles para enviar a su CGE correspondiente dos documentos: llamados documento primero y documento segundo. Ambos vamos a resumir brevemente que componen pues no suponen de gran relevancia para el análisis jurídico de la LORE, es un mero trámite.

Respecto al “*documento primero*”: nombres y apellidos del paciente, médico responsable y médico consultor, y dirección y número identificación profesional de los últimos. Además de la entrega en caso que exista de un documento de voluntades anticipadas o similar.

Atendiendo al “segundo documento”: sexo, edad, fecha y lugar de la muerte del solicitante, tiempo transcurrido desde la primera solicitud hasta la muerte, enfermedad sufrida por el difunto, solicitudes del solicitante para la p.a.m., copia del documento sobre las voluntades; en caso que haya, informe sobre el procedimiento seguido, y un documento sobre la capacitación de los médicos para intervenir en dicha acción.

CAPÍTULO IV. GARANTÍAS DE LA PRESTACIÓN

Tal como podemos ver en el art13., esta prestación se incluirá como uno de los servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, por lo tanto, la financiación de esta a.p.m. se hará mediante una financiación pública, para garantizar las medidas necesarias para que se cumpla este derecho.

Pero, ¿Dónde los interesados en recibir esta práctica podrán solicitar la prestación? Se contempla tanto en “*centros sanitarios públicos, privados o concertados, y en el domicilio*”, siempre que el lugar vele por el acceso y calidad de la prestación, tal como nos indica el art. 14, añadiendo que los sanitarios que intervengan en la misma, no pueden tener un conflicto de intereses (respetando la objeción de conciencia de la que hablaremos posteriormente), ni que sean beneficiarios de su consecución.

Por otra parte, esta LORE quiere proteger la intimidad de las personas que se quieran acoger a la eutanasia, por lo que los “*centros deberán contar con sistemas de custodia activa de las historias clínicas de los pacientes, al mismo tiempo que implantar en el tratamiento de los datos las medidas de seguridad, teniendo en cuenta que los antecedentes a categorías especiales de datos previstos en el artículo 9 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016.*”, como nos dictamina el artículo 15 de la ley analizada.

El problema es que pues en el caso de personas que la solicitan voluntariamente, de forma consciente y capaz, a priori no deberíamos de tener problema con que aquel mismo individuo decida poner fin a su vida.

El problema de esta confidencialidad entra en las personas que son discapacitadas¹⁷, tanto física como psíquicamente), que están a cargo de un tercero o de la Administración Pública, y pueden no llegar a ser conscientes de la práctica que se les va a realizar, ni su familia o allegados tampoco (a excepción del tutor).

Para esclarecer este punto plantearé un ejemplo. Luis; un chico de 30 años y con un documento de voluntades previas, tiene un accidente y entra en coma; no hay síntomas de recuperación, le causará un dolor insoportable el accidente, y cumple todos los requisitos para que se pueda aplicar esta solicitud, María, que es su representante, solicita que acaben con su vida (pensando o no, que es lo mejor para él) cumpliendo con el documento de últimas voluntades que él previamente había firmado, gracias a este artículo (art. 5.2 LORE), la familia de Luis no sabe que él va a morir, y no pueden opinar, pues es confidencial, y la muerte por eutanasia está considerada como muerte natural, por lo que cuándo la familia se entere de la muerte natural de Luis, no sabrán nada sobre la decisión de María respecto a esta práctica. Con este ejemplo no queremos decir que María hubiese obrado mejor o peor, sino, argumentar el peligro potencial que puede provocar la falta de información a la hora de solicitar una decisión irrevocable al resto de los miembros de la familia o personas cercanas a Luis.

Finalmente en el artículo 16, hablaremos sobre la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios. Es vital que en un Estado de Derecho, se otorgue a ambas partes protección frente a los demás. Podemos resumir esta objeción con la frase “tu libertad termina donde empieza la mía”, entonces que los sanitarios puedan oponerse a la obligación de hacer actividades que consideren contrarias a los principios y valores es fundamental. Por todo ello, los sanitarios en contra de la eutanasia que se vean envueltos en una intervención, podrán renunciar a actuar acogiendo a este derecho, siempre que la hayan manifestado anticipadamente y por escrito para que quede constancia. De esta forma crear un registro de médicos; de forma confidencial y en post de la normativa de protección de datos, que sí la pueden practicar en el centro para seguir dando la posibilidad a la prestación en el centro.

¹⁷ La Ley 8/2021 ha provocado que las personas con discapacidad no sean declaradas incapaces o mejor dicho, no es posible modificar la capacidad de obrar de una persona. La tutela como sistema de protección queda reservado solo para menores de edad. Las personas con discapacidad tienen la misma capacidad para ejercer sus derechos, lo único que para su ejercicio en condiciones de igualdad plena es posible un sistema de apoyos.

Ante una Ley totalmente nueva en nuestro ordenamiento jurídico, que encima está tan envuelta en la polémica, hay que andar con pies de plomo en este terreno, observar los puntos y comas. Es por lo anteriormente mencionado que encontramos unas deficiencias en este artículo, que sí bien estamos totalmente a favor que el facultativo pueda objetar el rechazo a esta práctica por su conciencia, el hecho de crear una lista con los que lo son, nos deja a entender que el Estado da por supuesto que la voluntad del médico es acabar con la vida de la persona, y la excepción es querer preservarla a toda costa, lo que nos puede llevar a mirar con recelo a la Sanidad, al considerarla “matasanos”.

Añadiendo otra cuestión, la creación de este registro en sí, que al igual que ocurre con el aborto es confidencial, lo que no libra a algunos médicos de tener problemas en su lugar de trabajo por estar abiertos a la vida, quedando retratados por sus ideas, ¿Sería la solución no crear una lista, y que el médico eligiese si admitir o rechazar el caso? No tengo respuestas para ello, pues suponemos que ambas opciones tienen puntos a favor y en contra, siendo un tema tan delicado que deberá de ser un comité experto determinar qué criterio a seguir.

CAPÍTULO V. COMISIONES DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN

Estas Comisiones son un tema del que ya hemos abordado previamente y sobre el que seguimos indagando a continuación mediante los artículos de este capítulo.

En este sentido, el art. 17 establece que existirá una CGE por cada Comunidad Autónoma, que estas a su vez, deberán aprobar un reglamento interno que será aprobado por el órgano competente de cada territorio. En el caso de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, será el Ministerio de Sanidad el encargado. En ambas circunstancias este grupo estará compuesto por siete miembros, de los cuales se incluirán personal jurista, médico, y sanitario, de esta forma garantizar una comisión multidisciplinar, aunque como publicó el periódico médico “redacción médica”, el Consejo de Estado aconsejaba incluir dentro de esta comisión a miembros de la sociedad civil como puede ser el caso de filósofos, bioéticos o psicólogos.

Este mismo consejo, indicaba que *“el presidente de cada órgano deberá ser una persona facultativa médica con rango de titular de Dirección o de Subdirección de la*

Dirección Territorial o de la Gerencia de Atención Sanitaria, con un mínimo de experiencia profesional de un año”. Al mismo tiempo, también piden “*que se aclare si se refiere a un año en el cargo de director o subdirector o a su experiencia profesional en el campo de la Medicina, lo cual supondría un requisito "insuficiente" para ostentar la presidencia de las comisiones proyectadas*”, para garantizar la mayor transparencia y capacitación para el cargo que ostenta.

Por otra parte, también nos habla del tiempo máximo permitido para crear esta CGE, resultando de tres meses desde la entrada en vigor del presente artículo; una de las primeras CCAA en formar este equipo fue el País Vasco, mientras que de los últimos fueron Andalucía o Madrid.

Ahora que estamos hablando de plazos, nos gustaría mencionar que cuando se aprobó y entró en vigor la ley, los sanitarios españoles no estaban preparados para esta tarea, por se estableció el plazo de un año para que estas personas se pudieran formar y así garantizar la mayor profesionalidad a los ciudadanos solicitantes.

Por último, se convocará una reunión anual entre el Ministerio de Sanidad y los presidentes de las Comisiones de Garantía y Evaluación, con el objetivo de “*homogeneizar criterios e intercambiar buenas prácticas en el desarrollo de la prestación de eutanasia en el Sistema Nacional de Salud*”, tal como afirma la LORE.

Sin embargo, esta reunión aún no se ha convocado en 2022, por lo que no sabemos si los puntos expuestos a lo largo de este análisis de la Ley se van a modificar en post de garantizar una mayor seguridad a las personas; pero como no ha sido convocada no tomaremos ninguna conclusión sobre la efectividad de las mismas, aunque albergamos la esperanza que ya que no se consultó al Consejo de Bioética (creado por el PSOE en 2007), en la proposición de Ley, pero es que tampoco a otras Instituciones, ni debate, ni información, las reuniones que se hagan a continuación traten de dar solución a los problemas, aunque lo mismo podemos pecar de positivismo.

El artículo 19 nos habla de las cinco funciones principales que esta Comisión tiene.

1. Resolver las solicitudes denegadas que el médico responsable haya evaluado y el solicitante haya reclamado, para esto tendrán un plazo máximo de veinte días naturales (ampliar en el artículo siete).

O atendiendo a los casos del artículo 10.3 cuándo los dos encargados del caso dictan un informe dispar, tendrán veinte días naturales igualmente para ver qué decisión apoyan; si el informe no es dispar, no hará falta la votación de todo el Consejo.

En caso de una valoración favorable a la a.p.m., tendrán una semana para comentárselo al centro y dar luz verde a esta práctica. En caso que pasen más de veinte días naturales sin pronunciarse, supondremos un silencio administrativo por la cual daremos la solicitud por rechazada, en caso que el demandante persista, podrá recurrirla ante la jurisdicción contencioso-administrativa.

2. Una vez realizada la prestación de la ayuda para morir, dispondrán de dos meses para verificar si se ha hecho correctamente siguiendo el protocolo descrito en la Ley. Para ello examinará el “documento segundo”, y en caso de duda, podrá mediante una votación simple levantar el anonimato al proceder a la lectura del “primer documento”, como pedir al médico responsable el historial clínico del paciente relacionado con la práctica eutanásica.
3. Ver que problemas ha habido en la práctica de la Ley, y proponer mejoras concretas para su incorporación a los manuales de buenas prácticas y protocolos, suponemos que luego será el presidente quién los exponga en la reunión de presidentes y ministerio.
4. Serán un órgano consultivo en su ámbito territorial, al responder dudas y cuestiones de los sanitarios en el ejercicio de la práctica.
5. La elaboración y publicación de un informe anual de evaluación acerca de la aplicación de la Ley, centrado en su ámbito territorial, posteriormente deberá remitirse al órgano competente en materia de salud.
6. Por último, *“aquellas otras que puedan atribuirles los gobiernos autonómicos, así como, en el caso de las Ciudades de Ceuta y Melilla, el Ministerio de Sanidad”*, por lo que podremos ver como en algunas CCAA tendrán una mayor carga competencial estos Órganos que en otras, quizás, y como ya hemos explicado antes, de las necesidades o de la simpatía del partido gobernante en cada territorio a la LORE.

Para finalizar, el art. 19 añade que los miembros de la CGE estarán obligados a guardar secreto de toda la información personal recibida por su estatus de miembro de la Comisión, o de las decisiones tomadas y sus motivos, de esta forma garantizar la confidencialidad de las personas solicitantes para el buen transcurso de su solicitud, o de su fallecimiento.

DISPOSICIONES

En este último apartado del análisis, vamos a ver las disposiciones, que como ya comentamos en la introducción, son siete disposiciones adicionales, una transitoria, una derogatoria, y cuatro finales. A modo de adelanto, una vez acabadas con las disposiciones, podremos encontrar la conclusión del análisis, y las fuentes de las que me he basado para el mismo.

La primera disposición adicional, nos habla de la consideración legal que tendrán estas muertes, la de muerte natural a todos los efectos. Consideramos que esto puede llevar a problemas de interpretación a las familias sobre la información de la muerte del miembro, al igual que tenemos que considerar que los seguros de vida excluyen la muerte por acciones suicidas, por lo que con esta disposición las personas que cumplan los requisitos explicados en la Ley, los beneficiarios podrán cobrarlo sin problema alguno.

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

Respecto a la tercera disposición adicional, menciona el informe anual que deben de presentar al Ministerio de Sanidad cada CGE para hacerlos públicos; de esto hemos hablado en el art.18.e.

La cuarta disposición adicional, nos habla que las personas con discapacidad no van a tener problemas para acceder a las prestaciones de la Ley (en concreto las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas), puesto que se dispondrá de recursos para hacer apoyo en la comunicación, aso como lenguas de signos, apoyo de comunicación oral,... para cumplir con lo recogido en la Ley 27/2007; una Ley para favorecer el apoyo a estas personas.

La siguiente disposición adicional es la quinta, que nos informa que los art.10.5 y 18.a estarán regulados por la Jurisdicción Contencioso-administrativa, para cumplir con el protocolo de los derechos fundamentales de la persona en la Ley 29/1998, de 13 de julio.

Procedemos la sexta disposición adicional, que regula medidas para garantizar la prestación de a.p.m. en los servicios de salud, en la cual encarga al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud la elaboración de un manual de buenas prácticas en un plazo de tres meses, además de establecer los protocolos de los que hablamos en el art.5.2.

La última disposición adicional es la séptima, en la cual establece la aplicación de mecanismos para dar esta Ley a conocer entre la población civil y personal sanitario, mientras fomenta la firma de un documento con instrucciones previas; que ya hemos visto como puede ser peligroso tal como está orientado en España.

También nos informa que los facultativos tendrán un año para formarse desde la entrada en vigor de la Ley para poder atender de forma profesional a los solicitantes del derecho, supervisada por la oferta de cursos, charlas y jornadas de la Comisión de recursos humanos del Sistema Nacional de Salud.

Las dos disposiciones siguientes que nos disponemos a analizar tienen algo en común, son disposiciones únicas.

En la primera (transitoria), cuando la CGE no disponga de un propio reglamento de orden interno, se acogerá a las reglas marcadas por la sección 3.ª Del capítulo II del título preliminar de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.

Mientras que la segunda, derogación de la normativa, establece que “*Quedan derogadas todas las disposiciones de igual o inferior rango que contradigan o se opongan a lo establecido en esta Ley.*”, de esta forma evitar problemas de interpretación a que reglamento ajustarse.

En último lugar, nos adentramos en las cuatro disposiciones finales.

Esta primera disposición, nace para modificar la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, concretamente las correspondientes al art.143.4, y añade a su vez un 143.5, quedando de la siguiente forma:

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

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

En otras palabras, las personas que ayuden a morir a una tercera no serán castigadas por ello siempre que sigan y cumplan la LORE 3/2021, de esta forma queda despenalizado estos supuestos.

La segunda disposición, otorga competencias al Estado para regular a fin de promover la igualdad entre todos los españoles, y sobre las bases y coordinación general de la sanidad, en virtud de los artículos 149.1.1.^a y 16.^a de la Constitución Española. Con la excepción de *“la disposición final primera que se ampara en la competencia que el artículo 149.1.6.^a atribuye al Estado sobre legislación penal”*.

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

Y por último, la última disposición, la cuarta, que nos indica que la Ley analizada a lo largo de este trabajo, entró en vigor tres meses después de la publicación en el BOE (Boletín Oficial del Estado), salvo el artículo 17, que para favorecer la eficacia y funcionamiento al empezar a aplicarse el derecho, este entrará en vigor justo al día siguiente de su publicación en el mismo Boletín.

CONCLUSIÓN

Después del análisis de la LORE y pese a la postura concreta expuesta a lo largo de este trabajo, se trata de que cada persona extraiga sus propias conclusiones.

Decimos análisis puesto que justo eso hemos hecho con la presente Ley, la hemos estudiado, comparado y buscado algunos defectos que presenta artículo por artículo. De esta forma poder inducir a cada lector a obtener sus propias conclusiones, en las que esperamos haber sido un punto de referencia, o en su defecto, de apoyo, para comprender más sobre la eutanasia, y su regulación en el Reino de España.

El estudio lo comenzamos respondiendo a una pregunta ¿Dé dónde partimos? Para ello, empezamos viendo los principales argumentos tanto en contra de este derecho como a favor, continuando con una visión internacional del mismo (dentro de los pocos países que la han regulado al mismo nivel que nuestra patria), para acabar trayéndola al territorio nacional donde hablamos sobre los precedentes, polémicas, situación en la que aprobó y una posible previsión sobre el devenir de esta Ley.

Una vez ya ubicados, nos adentramos en la LORE en la que vimos todos los artículos a la par de comentarlos, hasta llegar a la disposición cuarta y final, con la que terminamos el trabajo.

Hecho un breve resumen de lo desarrollado en el trabajo, ¿Qué conclusiones podemos obtener?

En primer lugar, es preciso señalar que se puede separar apoyar la eutanasia, pero no la LORE, por todos los defectos que hemos ido presentando en cuanto a la seguridad; o apoyar ambas, o rechazarlas del mismo modo.

En segundo lugar, recomendar que cada uno se posicione a favor, en contra, o neutral respecto a la eutanasia en función de su pensamiento crítico, los valores y la mora, motivo por el que alegábamos la importancia de analizar también todo el contexto social, puesto que el Derecho no es ajeno al mismo, y cada persona está marcada por unas circunstancias.

Dado los dos avisos pertinentes, hemos ido haciendo hincapié a lo largo de las páginas el peligro que tenía la aprobación de este derecho (y el dudoso futuro que tiene), en especial en cuanto a las personas que se declararán incapaces por cualquier motivo, como su vida podría correr peligro sin ellos saberlo o poder rectificar su decisión en caso de haber firmado un documento años atrás de voluntades anticipadas o similar. O la capacidad en estos casos que tiene un tercero en decidir sobre la propia vida del paciente.

También consideramos que es preciso mencionar; y así también romper una lanza a favor de la Ley, que muchas veces con las leyes orgánicas que no se precisan al máximo, y son las Administraciones Médicas las encargadas de auto-gestionarse para cumplir con ellas, es decir, que exista algunos puntos indeterminados no es importante pues poco a poco se irán solucionando para dar una mayor seguridad a los ciudadanos, lo que nos tocará esperar si con esta Ley sucede igual, o por ende seguirá manteniendo el espacio de incertidumbre.

La eutanasia es una herramienta eficaz para eliminar el dolor, y quién dice el dolor dice todas las sensaciones al producir la muerte, por lo que podemos comprender como determinadas personas y en ciertas circunstancias la solicitan, el problema es que de forma efectiva solo le estamos dando “esta soga” a los pacientes, pues las alternativas en España como ya hemos visto no responden como auténticas opciones a tomar al no invertir lo suficiente en ellas, concretamente ya hemos analizado el caso de los cuidados paliativos y su déficit de oferta e prestación de servicios en relación a más países europeos.

Además, sobre este dolor me gustaría hacer una reflexión sobre la consideración que le damos (y principales causas de la solicitud de la ayuda para morir), y es sentir este sufrimiento como una carga, para uno mismo y para los demás. Tenemos solo un concepto negativo del dolor, queremos un *“keep always smiling”*, cuándo este dolor en determinadas situaciones puede hacer que una familia crezca unida y fuerte; con valores como la generosidad, entrega o cariño, alrededor de este sufrimiento, un ejemplo que me viene a la cabeza son las familias con un hijo Síndrome de Down (que en España se permite abortarlo unas semanas más tarde que los fetos sin problemas, y cuya financiación para colegios especiales se recortó hace poco), como este niño acaba siendo una alegría para los hogares, pese al miedo que se pueda generar al principio. En conclusión, hay que buscar una perspectiva más trascendental al sufrimiento.

Más allá de criterios morales o religiosos (imposibles de quitar del Ser Humano, pues sin ellos no se podría comprender nuestra naturaleza), podemos estar la mayoría de acuerdo que cada individuo tiene la capacidad libre de obrar, así como decidir poner fin a su existencia por medio de diversos medios; antes de la regulación de esta Ley era el suicidio por ejemplo, hasta

aquí podemos permitir y respetar la decisión tomada, pero, ¿Y cuándo alguien no puede decidir sobre el final de sus días y es un tercero quién la toma por él? Aquí es donde a muchos nos aterra esta posibilidad creada en España, esa vulnerabilidad que se genera, dicho de otro modo, hay que ser conscientes que no solo se va a practicar esta acción a las personas que cumpliendo todos los requisitos la soliciten, también a otras que no, y no se considerará delito penal, sino administrativo, pero en ambos casos lleva a la misma consecuencia, la exterminación de la vida.

Por último, al igual que las Administraciones y centros sanitarios han tenido unos plazos para formarse en prácticas eutanásicas, considero que otras Instituciones como la Iglesia Católica, debe al mismo tiempo seguir formándose para poder apoyar y ayudar a la sociedad en este tema actual de la mejor forma posible, pues como ya hemos dicho antes, la parte espiritual existe, e importa.

Por todo lo recogido en el análisis y como hemos podido ver en la conclusión, por el vacío que se crea jurídico, creo que la Ley se derogará o en su defecto, se modificará para poder paliar estos casos, pues “no todos los progresos son avances, y a veces, para avanzar, hay que andar con pies de plomo”.

BIBLIOGRAFÍA / WEBGRAFÍA

(CIS), C. d. (2021). "Principales problemas para los españoles".

Cabiede, M. B. (2018). "Las consecuencias de la modernidad líquida en la educación".
Repositorio Comillas. Obtenido de
<https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/27092>

Cáceres, L. M. (2021). "De delito a derecho: comentario a la ley 3/2021 de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia." *Revista Estudios Jurídicos*.

Campos, N. L. (2020). "Hasta 8 provincias españolas no han practicado abortos en 30 años." *Newtral*.

Cerro, R. S. (2018). "Actitudes de los españoles ante la eutanasia." *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*.

"De Ramón Sampedro a María José Carrasco: Los casos más conocidos de eutanasia en España." (2020). *Con Salud*.

"El Congreso aprueba con 198 votos el derecho a la eutanasia en España." (2021). *El Mundo*.

"En qué países es legal la eutanasia y en qué se diferencia del suicidio asistido". (2022). *La Nación*.

GONZÁLEZ, E. (2021). "Comisiones de eutanasia: mínimo de 7 miembros y un médico como presidente". *Redacción Médica*.

"Holanda legaliza la eutanasia." (s.f.). *El tiempo*.

Lic. J. Federico Campos Calderón, L. C. (s.f.). "Consideraciones acerca de la Eutanasia."
Obtenido de https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152001000200007

"Los 7 países del mundo donde la eutanasia es legal." (2021). *El Comercio*.

Madrid, C. D. (2020). "Informe sobre la proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia." *MédicosyPacientes* (2022). Obtenido de
<http://www.medicosypacientes.com/articulo/espana-se-situa-la-cola-de-europa-en-cuidados-paliativos>

"Muere la joven de 17 años que solicitó la eutanasia en Holanda por sufrir estrés postraumático y depresión." (2019). *BBC News Mundo*.

Portugués, M. R. (2021). *La Ley Digital*. Obtenido de "Consecuencias y consideraciones sobre el presunto carácter orgánico de la Ley de la Eutanasia":
<https://diariolaley.laleynext.es/dll/2021/04/15/consecuencias-y-consideraciones-sobre-el-presunto-caracter-organico-de-la-ley-de-la-eutanasia>

Serrano del Rosal, R. y. (2018). "Actitudes de los españoles ante la eutanasia y el suicidio médico asistido". *Revista Española de Investigaciones* .

Ortiz Fernández, M., 2021. "La legalización de la eutanasia activa directa en España: la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia." *Dialnet*. Disponible en: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7862001>>.

Corera Izu, M., 2021. "Eutanasia: comentarios a su Ley Orgánica". *Dialnet*. Disponible en: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7903504>>.

Pérez Gallego, R., 2020. "Eutanasia: la pendiente resbaladiza". *Dialnet*. Disponible en: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7365546>>.

España, G. d. (2021). "Protocolo de actuación para la valoración de la situación de incapacidad de hecho".

Gisbert, A. (2021), el gran peligro de Ley de la eutanasia (análisis jurídico) [Video]. *YouTube* <https://www.youtube.com/watch?v=21vp0TXhlaQ>

Gisbert, A. (2021), Ley de la eutanasia, con Dr. José Cabrera. [Video]. *YouTube* <https://www.youtube.com/watch?v=R7IqvEECWeE>

Colegio de Médicos de Bizkaia (2021), Eutanasia y suicidio médicamente asistido: aspectos legales, profesionales y vivenciales [Video]. *YouTube* <https://www.youtube.com/watch?v=geh5TyItmns&t=5997s>

Observatorio de Bioética (2021), Aspectos Biomédicos de la ley de la eutanasia en España. . Conferencia del Dr. Julio Tudela [Video]. *YouTube* <https://www.youtube.com/watch?v=RLW119JvXmE&t=1s>

Diócesis de Vitoria (2021), 'La ley española de la eutanasia' | Federico de Montalvo [Video]. *YouTube* <https://www.youtube.com/watch?v=cAD2uw0-mvY>

Observatorio de Bioética (2021), Aspectos antropológicos de la ley de la eutanasia. Dr. Enrique Burguete [Video]. *YouTube* <https://www.youtube.com/watch?v=0XTqKvg2Pq8>

Observatorio de Bioética (2021), Aspectos legales de la ley de la eutanasia. Jornada: ¿"Muerte digna o vida digna?" [Video]. *YouTube* <https://www.youtube.com/watch?v=45iKUQ5JQxM>

Canal Tirant (2021), Debate: La Ley Orgánica 3/2021 de regulación de la eutanasia [Video]. *YouTube* <https://www.youtube.com/watch?v=idh3yVXcIVM>

Ruaix Legal TV Abogado (2020), Ley Eutanasia España | Testamento Vital | Muerte Digna | Eutanasia voluntaria | Debate | Abogado [Video]. *YouTube* https://www.youtube.com/watch?v=4eklru_qJ6k

En perspectiva (2021), La Mesa de Juristas: ¿Qué visión legal hay sobre el proyecto de ley que despenaliza la eutanasia? [Video]. YouTube
<https://www.youtube.com/watch?v=p1fRftBjXcA&t=1143s>

REFERENCIAS NORMATIVAS.

Constitución Española. (2022).

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

Boletín Oficial del Estado, 25 de marzo de 2021, número 72, páginas 34037 a 34049.

España, Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *Boletín Oficial del Estado*, 15 de noviembre de 2002, número 274.

España, Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.

Boletín Oficial del Estado, 24 de noviembre de 1995, número 281.