

Conferencia: Visión de la Eutanasia en el ordenamiento jurídico

Ponencia en la mesa redonda "Marco jurídico actual y futuro sobre los derechos que asisten a la persona al final de la vida, y buenas prácticas (ámbitos europeo, estatal y autonómico)"

Curso "Los derechos de las personas al final de la vida" de la 38 edición de Fundación Cursos de Verano de UPV/EHU (Universidad del País Vasco / Euskal Herriko Unibertsitatea).

1. Introducción

"El sufrimiento sólo es intolerable cuando nadie nos cuida"

Cicely M. Saunders (1918-2005)

Hablar de eutanasia y tratarla jurídicamente obliga a referirse a la vida y a la muerte lo cual lleva inevitablemente a la consideración de la vida como bien jurídico protegido. También podríamos hacerlo considerándola desde una perspectiva ética y moral, pero esta no es la misión ni tampoco la intención del autor de este escrito, como tampoco lo es la valoración política, de la eutanasia pues tan solo se describe de la forma más sencilla posible, breve y dogmáticamente¹, la realidad con la que el ordenamiento jurídico español aborda esta cuestión.

La teoría del derecho ha considerado los derechos y los bienes jurídicos cosas distintas². El Tribunal Constitucional español en su sentencia 53/1985 de 11 de abril optó por ponderar los bienes y derechos en función del supuesto planteado, lo que nos induce a pensar que dicho Tribunal no descartó considerar ambos como teóricamente equivalentes, pero en el año 1996 el Tribunal vuelve a considerarlos como conceptos bien distintos lo cual se refleja en su sentencia 212/1996 de 19 de diciembre³. Estos cambios en los criterios de la jurisprudencia junto a las discusiones doctrinales de multitud de autores nos muestran el terreno en el que nos vamos a encontrar al tratar de definir y entender la expresión, bien jurídicamente protegido.

El bien jurídico es un valor de categoría superior, de tal forma que al tener esta consideración es tutelado por el reconocimiento de la ley. En este sentido,

¹ La dogmática jurídica (para otros, ciencia del derecho) puede caracterizarse como la disciplina comúnmente denominada "doctrina" que determina y describe el material tenido por derecho, sin cuestionar su validez. Tiene predominantemente un carácter epistemológico

² Sentencia del Tribunal Constitucional 53/1985 de 11 de abril. BJC de 1985

³ Sentencia del Tribunal Constitucional 212/1996 de 19 de diciembre. BJC de 1997

los bienes jurídicos expresan necesidades básicas y vitales de la persona y de los procesos de relación social, de instituciones, sistemas y de su participación. Para Rodríguez Mourullo son bienes vitales, fundamentales, para el individuo y la comunidad que precisamente al ser tutelados por el derecho se convierten en bienes jurídicos⁴. Según Zugaldia Espinar, los bienes jurídicos no pueden surgir de la ley, sino que han de ser previos a ella emanando de la realidad social, de sus convicciones culturales y de la ética social⁵.

Los bienes jurídicos, por tanto, no son tales porque el legislador los haya catalogado abstractamente en una norma jurídica, que puede estar supeditada quizá a un evento o situación coyuntural, sino porque, representan presupuestos indispensables para la vida en común y los valores de esa sociedad. A pesar de que el derecho penal tiene encomendada la misión de proteger los bienes jurídicos, lo que realmente quiere decir para Hans-Heinrich, es que esta vía del derecho solo puede actuar en tanto en cuanto se dañe un bien jurídico previamente declarado como tal, si bien, este bien humano, o por el hombre valorado, se encuentra en todos los rincones del ordenamiento jurídico y es este en su conjunto el que los protege⁶. Según el profesor Cobo del Rosal⁷, el bien jurídico se puede definir como todo valor de la vida humana protegida por el derecho.

El objeto de tutela de los bienes necesitados de protección lo es con el fin último de garantizarlos a partir del reconocimiento esencial de su pertenencia, su buen uso y su disfrute por cada persona. Los bienes jurídicos que tutela el derecho son los más necesitados de protección por el valor que representa el objeto de tutela, así es la vida, la libertad, el patrimonio, la seguridad y la salud, entre otros.

En este orden de cosas la vida es un bien jurídico protegido frente al cual el ordenamiento jurídico descarga toda su fuerza y lo protege con todo el arsenal de sanciones y penas que la ley le permite, es tal vez el ejemplo más claro de lo que es un bien jurídico y de cómo además está protegido penal y jurídicamente, en el más amplio sentido de la expresión. Así pues, esa consideración de la vida como bien jurídico protegido lleva al legislador español a encuadrar el homicidio y sus formas dentro del mismo Título I del Libro II "Del homicidio y sus formas", considerando como forma de homicidio la figura del suicidio inducido y/o cooperado.

⁴ Rodríguez Mourullo, G. Derecho penal. Parte General. Civitas Ediciones, S.L. 1976, reimpresión, 1978

⁵ Zugaldia Espinar. Fundamentos del Derecho Penal. Parte General. Tirant lo Blanch, 4ª ed. 2010

⁶ Jescheck, Hans-Heinrich. Tratado de Derecho Penal. Parte General. Traducción y adiciones de Derecho español por S. Mir Puig y F. Muñoz Conde, Volumen Primero, Barcelona, 1981

⁷ Manuel Cobo del Rosal (1934-). Español. Abogado y catedrático de Derecho penal español en la Universidad Complutense de Madrid

Esta categoría de bien jurídico protegido, de la vida, ha provocado que la doctrina haya discutido si el marco constitucional español da pie a considerar este bien jurídico como bien de libre disponibilidad. En opinión del catedrático Romeo Casabona⁸ no existe un derecho a la disponibilidad de la propia vida, sino tan solo a una libertad o facultad de disponer de ella por y para uno mismo, disponibilidad funcional. Pero, por otra parte, Romeo Casabona entiende que tampoco existe el deber de vivir contra la propia voluntad del individuo y por tanto lo califica como derecho de garantía lo cual no faculta a los particulares ni al Estado a imponer coactivamente la obligación de vivir frente a quien ha decidido no hacerlo. Así pues, este autor insiste en que el derecho a la vida no es un derecho renunciable aunque no de una forma absoluta, al igual que no lo son los demás derechos fundamentales, pero no cabe la ejecución de tal derecho en manos de terceros y que si bien no es incompatible con la Constitución española la participación de un tercero en la decisión de ejercitarlo, siempre que el titular conserve su poder de decisión, no significa, a su vez, que se sustente en un derecho constitucional.

El debate doctrinal sobre la eutanasia y sus formas no es pacífico en ningún país sustentado en un Estado de Derecho, no tan solo en cuanto a la teoría del bien jurídico protegido sino en cuanto a otras consideraciones dogmáticas menores.

Una de estas consideraciones sobre la eutanasia es que, en términos jurídicos, parece que nada tiene que decir, hoy por hoy, el derecho sanitario sobre este tipo de conceptos, pues es el derecho penal el que detecta la lesión de un bien jurídico protegido y en consecuencia actúa para protegerlo. De esta forma es el Estado que a través de sus órganos legislativos entiende que se ha lesionado un bien jurídico protegido y que tal lesión requiere de una tipificación e imposición de un castigo coercitivo. Pero a su vez es ese mismo Estado el que, en España, decide modular despenalizando o atenuando las penas de ciertas situaciones especiales entorno a estos supuestos. En todo caso cabe recordar al lector que no es lo mismo atenuar la pena de un delito, que despenalizar un supuesto o que eximir de responsabilidad al sujeto activo de un delito o que regular una determinada actividad legalizándola. .

Por último, en este orden de cosas ha venido a producirse una nueva confusión en la opinión pública con motivo de que el Senado recibiera el 4 de enero de 2019 la "Proposición de Ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida". Este texto de la futura ley trata sobre los Cuidados Paliativos, especialidad médico-clínica que nada tiene que ver con la eutanasia.

⁸ Romeo Casabona, C. M. Derecho Penal. Parte Especial. Ed. Comares. 2016

2. La eutanasia, definición y marco

Tratar la cuestión de la eutanasia desde un punto de vista jurídico requiere, a mi entender, adoptar una posición teleológica, y además, previamente, definir o buscar el significado de lo que realmente se pretende tratar, pues la eutanasia es, sin duda, un término que expresa un fenómeno muy complejo en el que se distinguen muchos significados diferentes, si bien todos tienen como fin la muerte ocasionada por acción u omisión de otra persona por voluntad de esa misma, casi siempre gravemente enferma o sometida a vida artificial, aunque no en todos los casos.

El catedrático de Derecho Penal de la Universidad de Deusto, Carlos Romeo Casabona, entiende que la definición que se ajusta a la acepción más corriente de eutanasia *es la privación de la vida de otra persona por razones humanitarias, por petición del interesado, que sufre una enfermedad terminal o situación de invalidez irreversible y desea poner fin a su sufrimiento, así como las situaciones en la que aquel no pueda manifestar su voluntad o no pueda ser tenida en cuenta por cualquier motivo.*

Sin embargo, la definición de eutanasia no es pacífica existiendo un sector de la sociedad que entiende por eutanasia *cuando un equipo médico administra los fármacos a la persona que desea morir porque sufre una enfermedad grave terminal*, es decir, se supone voluntad y capacidad por parte de la persona y existencia de una grave enfermedad terminal o sufrimiento permanente insoportable y que a diferencia del suicidio asistido, en este supuesto el que provoca directamente la muerte es una tercera persona. La Sociedad Española de Cuidados Paliativos en 2002 definió eutanasia como *la conducta (acción u omisión) intencionalmente dirigida a terminar con la vida de una persona que tiene una enfermedad grave e irreversible, por razones compasivas y en un contexto médico*, y no aceptando, por otra parte, la expresión *eutanasia pasiva* como un concepto válido⁹.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2004 publicó un glosario¹⁰ en el cual define la eutanasia: *A deliberate act undertaken by one person with the intention of either painlessly putting to death or failing to prevent death from natural causes in cases of terminal illness or irreversible coma of another person* (Un acto deliberado realizado por una persona con la intención de dar muerte sin dolor o no prevenir la muerte por causas naturales en casos de enfermedad terminal o coma irreversible de otra persona).

⁹ Comité de Ética de SECPAL. Declaración sobre la eutanasia de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Med Pal (Madrid). Vol.9: nº1: 37-40.2002

¹⁰ http://www.who.int/kobe_centre/ageing/ahp_vol5_glossary.pdf

En la literatura jurídica internacional se encuentran definiciones especialmente escuetas, tal es el caso de Uruguay que el artículo 46 de la Ley 19.286, Código de ética médica, dice: *la eutanasia activa entendida como la acción u omisión que acelera o causa la muerte de un paciente*. Es decir, no atiende a exigencias de autonomía de la persona ni de gravedad de la enfermedad.

Una de las definiciones más escuetas pertenece a la Ley de Eutanasia de Bélgica (2002) la cual dice que eutanasia *es un acto intencionado de terminar con la vida de una persona a petición de esta*.

Tal como ya hemos adelantado no hay un acuerdo unánime en la definición de eutanasia, sino todo lo contrario, en especial en cuanto a la exigencia de los requisitos de voluntad y de capacidad. Sin embargo, un amplio sector de la doctrina, que asume estos conceptos como los más comunes, descarta la eutanasia en personas no enfermas y otro sector mayoritario lo descarta también en personas sin capacidad de manifestar y hacer valer su voluntad, entre las que incluimos menores de edad o incapaces.

En este orden de cosas, en general el término eutanasia que implica tres requisitos, muerte producida directa o indirectamente por un tercero, enfermedad grave y voluntad del enfermo (el más discutido), debe diferenciarse y distinguirse de otras expresiones, tales como: *muerte digna u ortotanasia* (se utilizan medidas paliativas médicas que reducen el sufrimiento, llamada también eutanasia genuina que consiste en ayudar a bien morir sin acortar la vida); *sedación terminal* (procedimiento médico, dar un tratamiento sedativo a altas dosis, al final de la vida para eliminar su sufrimiento, tiene lindes comunes con la eutanasia y genera debate y polémica doctrinal); *suicidio asistido* (ayudar o cooperar en el suicidio de una persona, requiere suicidio efectivo y ayuda o cooperación en el mismo, el que provoca la muerte es el sujeto pasivo); *suicidio médicamente asistido* (cuando un profesional de la medicina coopera directa o indirectamente en la muerte de una persona, enferma o no); *suicidio no asistido médicamente*; y *cacotanasia* (la eutanasia sin el consentimiento del afectado).

MARCO INTERNACIONAL

La mayoría de los países penan el suicidio asistido, inducido o cooperado. Sin embargo, en Noruega y en cuatro países de la Unión Europea (Alemania¹¹,

¹¹ "El Constitucional alemán examina la prohibición de la eutanasia" "El Tribunal Constitucional de Alemania ha comenzado a analizar este lunes los numerosos recursos presentados contra la prohibición de practicar la eutanasia, en vigor desde hace tres años, aunque la decisión no se espera hasta dentro de varios meses" (Publicado 16/04/2019) <https://www.europapress.es/internacional/noticia-constitucional-aleman-examina-prohibicion-eutanasia-20190416174328.html>

Austria, Dinamarca y España) se tolera la figura de la cooperación no necesaria o la complicidad en determinados supuestos de suicidio.

A esta tendencia en relación a la tolerancia de ciertas conductas eutanásicas se añaden otros países en los cuales se despenalizan determinados supuestos en el suicidio asistido: Suiza, Uruguay y USA (en seis Estados: California, Colorado, Montana, Nueva Jersey, Oregón, Vermont y Washington,). En Bélgica no está penalizado.

A esa lista hay que sumar otros países en los que existe alguna forma o tipo de eutanasia, o dicho con más rigor, se dan supuestos de despenalización de la eutanasia, estos son: Bélgica, Canadá, Colombia, Corea del Sur, Holanda y Luxemburgo.

Tabla 1. Escenario internacional de la despenalización de la eutanasia y del suicidio asistido

Tolerancia en Suicidio Asistido	Suicidio Asistido despenalizado	Eutanasia no penada en determinados supuestos	Sin opción conocida (nº países)
Alemania (UE) Austria (UE) Dinamarca (UE) España (UE) Noruega	Bélgica (1) (UE) Suiza, Uruguay USA: California Colorado Nueva Jersey Montana Oregón Vermont Washington	Australia Bélgica (UE) Canadá Colombia Core del Sur Holanda (UE) Luxemburgo (UE)	UE (21) América (31) ONU (179) OCDE (25)

(1) En Bélgica no está penalizado, no ha sido despenalizarlo

Una de las circunstancias que resaltan del análisis de la legislación de los países con supuestos de despenalización y de los países con el suicidio asistido con supuestos de despenalización, es la poca homogeneidad de definición, causas, sujetos, criterios y controles entre unos y otros.

Con objeto de conocer el alcance aproximado de cada uno de los supuestos de despenalización en el marco internacional, se ha elaborado una tabla con once (11) ítems o contenidos. Estos once ítems que encabezan las columnas de a Tabla 2 son los siguientes:

1. Fecha: fecha de publicación de la Ley o la Sentencia de los Tribunales (caso de Suiza).
2. Por médico: si la acción del supuesto debe ser protagonizada por un médico.

3. 2ª o 3ª opinión: ver si en el proceso de la acción debe participar a la opinión de uno o dos personas adicionales y en qué caso deben ser médicos.
4. Enf. Irrev. (enfermedad irreversible): ver si la causa exigida, del paciente, debe ser enfermedad irreversible, entendidas como las que tienen un pronóstico de menos de 6 meses de vida.
5. Padecimiento insoportable: ver si la causa exigida, del paciente, puede ser un padecimiento insoportable
6. Voluntariedad manifiesta: ver si el paciente tiene que manifestar su voluntad, ver si debe realizarse en el momento del acto o si puede ser anticipada.
7. Tiempo de cadencia: plazo entre la manifestación de voluntad y el acto, o entre una manifestación de voluntad y la otra, si fueran necesarias varias.
8. Capacidad legal del paciente: se valora si se exige capacidad suficiente al paciente o se permite la autorización de los padres en caso de incapacidad.
9. Paciente comatoso: se valora si el acto puede darse en un paciente en coma.
10. Edad límite: límites de edad del paciente. Se entiende que en menores de 18 años es necesaria la autorización de los padres.
11. Control: hay supuestos de autorización previa al acto (judicial ex ante) o de control posterior al acto (ex post). Hay supuestos de exigencia de testigos en la fase de manifestación de voluntad y se podrían entender como un control de bajo perfil.

La Tabla 2 distingue netamente entre los dos grupos, por una parte, el grupo de países que disponen legalmente de una despenalización de determinados supuestos en la eutanasia y, por otra parte, el grupo que disponen de supuestos de despenalización del suicidio asistido. Se presentan recuadros en blanco cuando no hay información en la red y recuadros en gris, cuando el dato no existe.

Tabla 2. Modelos de despenalización. Cuadro comparativo por países

Modelos de despenalización		Fecha	Por médico	2º o 3º opinión	Enf. Irrev. (2)	Padecimiento insoportable	Voluntariedad manifiesta	Tiempo de cadencia	Capacidad legal	Paciente comatoso	Edad límite	Control	
eutanasia legalizada	Holanda (1)	2001	Si	Si, médico	Si	Si	Si (+ antes de morir)		Si	No	12	ex post	
	Bélgica (1)	2002	Si	Si, médico	Si	Si	Si, o anticipada	30 días	Si/padres	Si	sin	ex post	
	Luxemburgo (1)	2009	Si	Si, médico	Si	Si	Si, o anticipada		Si/padres	Si	16	ex ante	
	Colombia (1)	2015	Si	Si, médico	Si	Si	Si, o anticipada		Si/padres	Si	18	judicial, ex ante	
	Canadá	2016	si/ enfermería	Si	Si	Si	Si	10 días	Si	No	18	testigos solicitud	
	Corea del Sur	2018	Si	Si, médico	Si		Si						
	Australia	2019	Si	Si, médico	Si	Si	Si (3 veces)	10 días	Si			18	
	Victoria	2019	Si	Si, médico	Si	Si	Si (3 veces)	10 días	Si			18	
suicidio asistido legal	Suiza	2006	no	no	no	no	Si		Si	No	18	ex post	
	USA	Oregón	1997	Si	Si, médico	Si	No	Si (2 veces)	15 días	Si	No	18	testigos solicitud
		Washington	2009	Si	Si, médico	Si	No	Si (2 veces)	15 días	Si	No	18	testigos solicitud
		Montana	2010	Si	Si, médico	Si	No	Si (2 veces)		Si	No	18	testigos solicitud
		Vermont	2013	Si	Si, médico	Si	No	Si (3 veces)	15 días/48 horas	Si	No	18	testigos solicitud
		California	2016	Si	Si, médico	Si	No	Si (3 veces)	15 días	Si	No	18	testigos solicitud
		Colorado	2016	Si	Si, médico	Si	No	Si (2 veces)	15 días	Si	No	18	testigos solicitud
		New Jersey	2019										
		Uruguay	2013										
	Australia	Territorio del Norte	1995-1996										

(1) Estos países tienen despenalizados supuestos de eutanasia y de suicidio asistido, en determinadas circunstancias, (en Bélgica, no está penalizado el suicidio asistido)

(2) Paciente con enfermedad irreversible tiene menos de 6 meses de expectativa de vida

En el caso de Uruguay, las autorizaciones las da un juez caso por caso, mientras que en Colombia el juez las da sobre los requisitos tasados en la ley.

A la luz del escenario internacional se observa en primer lugar, la despenalización de la eutanasia y del suicidio asistido se da en tan solo 14 países en todo el mundo (en 7 Estados de USA) en segundo lugar, los supuestos de despenalización presentan criterios, exigencias y límites muy dispares tanto en la definición del sujeto, causa y objeto como en los sistemas de control.

Podemos concluir que no existe una definición comúnmente aceptada de eutanasia, pero tampoco existe en el sector jurídico ni en el sector médico¹², bajo esta palabra (eutanasia) caben situaciones de distinta consideración y de muy diversa implicación legal y ética.

Como consecuencia de lo visto hasta el momento, se exponen a continuación, de forma breve y muy concisa, las preguntas a las que, según el autor, debería contestar cualquier definición de eutanasia.

Se ha diseñado la Tabla 3 con las 30 preguntas para contestar a ¿qué es la eutanasia para usted? El objeto que se persigue es facilitar al lector un método para un ejercicio sencillo sobre lo que conlleva y significa el término eutanasia.

¹² Cuervo Pinna MÁ, et al. Investigación cualitativa sobre el concepto de eutanasia, entre médicos españoles. Rev Calid Asist. 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2015.07.002>

Tabla 3. Preguntas para contestar a ¿qué es la eutanasia para usted?

Qué es Eutanasia, en treinta respuestas a treinta preguntas:			
1. Naturaleza:	✓ Es un suicidio?	➤ Es un homicidio?	• Sin tipificar?
2. Privación de la vida:	✓ Quién priva?	➤ Quién decide?	• Oposición?
3. Razón o motivo:	✓ Razones humanitarias?	➤ Razones compasivas?	• Cualquier
4. Voluntad:	✓ Del sujeto?	➤ De su representante legal?	• Otros
5. Capacidad del sujeto:	✓ Capacidad legal?	➤ Capacidad de obrar?	• Sin
6. Situación del sujeto:	✓ Gravedad extrema?	➤ Enfermedad/invalidez?	• Cualquier
7. Nexo:	✓ Con prescripción médica?	➤ Sin prescripción médica?	• Sin
8. Quién consume:	✓ Un médico?	➤ Un profesional de la salud?	• Cualquiera
9. Autorización:	✓ Un juez?	➤ Un Comité de expertos?	• Sin
10. Control:	✓ Ex ante?	➤ Ex post?	• Sin

3. La eutanasia y el ordenamiento jurídico español

En España el término eutanasia no aparece explícitamente en el ordenamiento jurídico, pero tampoco lo hace de forma implícita como si ocurre con otros muchos conceptos, es decir, el ordenamiento jurídico no ayuda a aclarar la dispersión conceptual que hay sobre esta cuestión en la sociedad. Es cada vez más frecuente que las leyes definan los conceptos básicos sobre los que trata el texto legislativo (ejemplos ^{Anexo I, Anexo II}).

En consecuencia, no existe una definición legal o doctrinal, explícita, de eutanasia el Código Penal, sino que el Código Penal en todo caso hace una alusión a la conducta eutanásica cuando tipifica un tipo especial de suicidio. Así pues, tipifica en su artículo 143 ^{Anexo III}, tras la reforma del año 1995, una determinada conducta explicada como cooperación al suicidio por una tercera persona y que en determinadas situaciones concretas y especiales reduce la pena, debiendo darse las condiciones de enfermedad grave y petición explícita, despenalizando la comisión por omisión y supuestos indirectos.

En consecuencia, entender que el concepto de eutanasia debe estar íntimamente ligado al suicidio o que está penado o que habría que despenalizarlo, en realidad, es confuso y añade a la natural controversia ética de este tipo de cuestiones otros problemas innecesarios, es decir, los debates semánticos por falta de definición.

No cabe duda de que una definición jurídica o doctrinal clara permitiría avanzar en las discusiones teóricas que sobre este tema se plantean cíclicamente.

En España, lo más cercano al concepto más comúnmente aceptado de comportamiento eutanásico activo aparece en el punto 4 del Artículo 143 del Código Penal que surge cuando precisamente el Estado decide atenuar la pena de lo que se entiende por suicidio asistido en determinadas circunstancias especiales, dejando, a su vez, serias dudas sobre el homicidio a petición. Lo cierto es que la despenalización es tan solo parcial, reduciendo esta las condenas que el Artículo 143 impone al que induce o coopera en la muerte de alguna persona. Muchos autores entienden que la eutanasia pasiva no solo no está penada por el Artículo 143 del Código Penal, sino que incluso estaría regulada por la Ley 41/2002, de 14 de diciembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de Información y documentación clínica ^{Anexo IV, Anexo V}. Hay que mencionar que todas las Comunidades Autónomas han legislado en base a esta ley básica ^{Anexo VI}.

El ordenamiento jurídico deja impune a la producción de la propia muerte, el suicidio, entre otras cosas porque no se puede ser sujeto pasivo y sujeto

activo de un mismo delito y porque la acción punitiva de Estado frente a quien ha muerto sería del todo estéril. De tal forma que el suicidio en grado de tentativa deja sin reproche penal al actor suicida pero no así a un tercero que hubiera participado o colaborado en dicho acto.

4. El suicidio cooperado y la eutanasia activa en el Código Penal

El Artículo 143 del Código Penal tipifica la acción de una persona que ayude a otra a suicidarse y se encuadra en el Código Penal dentro del Título I del Libro II "Del homicidio y sus formas". Así pues, nuestro Código Penal trata la eutanasia activa como una figura atenuada de una forma especial de homicidio, la cooperación al suicidio y desactiva la persecución de la eutanasia pasiva o las comisiones por omisión en estos temas. Pero a su vez, la figura de la inducción o cooperación con el suicidio ya es en sí misma una figura atenuada del homicidio.

Es pues indudable que al encontrarnos frente a la muerte de una persona surgen siempre una serie de preguntas, básicamente, el cómo, el quién y el cuándo. Pero, en su caso, para que se la pueda calificar de suicidio, en primer lugar, debe haberse producido así mismo la muerte efectiva, en segundo lugar, esta debe haber sido voluntaria y, en tercer lugar, ser consciente, es decir, que el sujeto suicida haya manifestado su voluntad con capacidad de decisión, pues en caso contrario estaríamos ante un homicidio. De tal forma que solo será suicida, del Artículo 143 del Código Penal, aquel que tenga capacidad para decidir libremente.

El silencio del legislador ha provocado una intensa discusión doctrinal y jurisprudencial en cuanto a los criterios en el Artículo 143 de imputabilidad e inimputabilidad (Artículo 19 y 20 del Código Penal), de consentimiento válido (Artículos 155 y 156 Código Penal) y a la capacidad natural de juicio ("madurez de juicio necesaria" Sentencia del Tribunal Constitucional 154/2002). Así pues, con carácter general, se entiende que un menor de edad y un incapaz o incapacitado no tienen esa capacidad requerida.

Resumiendo, los tres requisitos para que un fallecimiento sea tipificado como suicidio son muerte efectiva producida por la propia persona (objeto activo y pasivo de la muerte), voluntariedad de la misma y capacidad de esta, no pudiendo, entonces, haber mediado violencia, intimidación, engaño ni vicio de la voluntad. Por otra parte, los actos preparatorios de las figuras del Artículo 143 no son punibles pues no se tipifica ni la conspiración ni la proposición.

Una vez que se constata que se ha producido un suicidio este hecho se cobija bajo el Artículo 143 solo cuando una tercera persona ha *inducido o cooperado necesariamente* en la muerte del suicida, dejando fuera la complicidad o la ejecución no necesaria.

En este orden de cosas, el legislador entiende que *la inducción* es más grave que la *cooperación necesaria*, pues parece traslucir que mediante la inducción se crea la necesidad en el actor de la decisión de quitarse la vida, mientras que quien coopera, aunque sea de forma necesaria actúa sobre una decisión previa adoptada por el suicida que no existiría si no se hubiera creado en quien no la tenía previamente.

La doctrina y la jurisprudencia ante un supuesto de suicidio no han sido pasivas frente a la figura jurídica de la omisión de una conducta. Tampoco ha sido pasiva con la actitud del sujeto frente al resultado de muerte, pues parte de la discusión se sustenta en que deben diferenciarse dos supuestos, uno, cuando el objetivo es la propia muerte, el otro, cuando la muerte ha sido percibida y aceptada como inevitable.

Así pues, determinada la existencia de suicidio el paso siguiente es considerar si ha habido *inducción* a este o si por el contrario ha sido un acto en solitario del suicida.

La doctrina entiende que *la inducción* será cualquier persuasión suficientemente eficaz ejercida por un tercero que module o cambie o cree la voluntad del sujeto para que ponga fin a su vida. La Sentencia del Tribunal Supremo de 5 de mayo de 1998 dice que *la inducción* debe provocar la muerte en alguien que no tenía pensado previamente suicidarse y la Sentencia del Tribunal Supremo de 23 de noviembre de 1994 dice que *la inducción* requiere la colaboración prestada del sujeto activo a la muerte querida del sujeto pasivo con plena voluntad y conocimiento de cooperar en esta, teniendo el suicida el pleno dominio del hecho.

La inducción ha de ser cierta, suficiente y no material. Es precisa una relación de causalidad clara entre el inductor y el inducido, pues en caso de duda habría que estudiar la figura del auxilio al suicidio, sin relevancia penal o en todo caso cercana a la colaboración necesaria del Artículo 143.2 del Código Penal.

Por otra parte, no está tipificada la inducción a *la inducción*, es decir, cuando en la inducción media una tercera persona que la doctrina llama "inducción en cadena" pero la doctrina sí que acepta las formas imperfectas de ejecución, tal como puede ser la tentativa cuando el inductor ha culminado su inducción, pero el sujeto no ha logrado su propósito de suicidarse. La inducción viciada por la incapacidad, del sujeto, de actuar en uso de sus facultades volitivas o por mediación de coacción o intimidación, plantea la aparición del homicidio con autoría mediata.

El suicidio también pudo deberse a *la cooperación* de un tercero, tipificado en el Artículo 143.2 del Código Penal. Pudiendo ser esta una cooperación necesaria o una cooperación ejecutiva, reflejada esta última en el Artículo 143.3.

Esta *colaboración* (cooperación) *necesaria* o la que auxilia al acto del suicidio han de serlo en *actos necesarios* que sin los cuales no hubiera podido ser posible el suicidio, pero que a su vez no fuera la que produjo directamente la muerte del suicida.

Cooperador, y no tan solo cómplice, es aquel que colabora en actos anteriores o simultáneos, pero en todo caso *no necesarios*. *La cooperación* es, en general, material o de medios, abarcando desde sustancias a instrumentos, siendo un ejemplo de ello quien prepara químicamente un veneno o quien lo vierte en la bebida, pero sin olvidar que también puede darse una cooperación psicológica o de conocimiento como el caso en el cual el cooperador da consejos o asesora al sujeto pasivo la forma de proceder para llevar a cabo su muerte.

La doctrina y la jurisprudencia vuelven a dividirse en el supuesto de la comisión por omisión en el tipo de cooperación necesaria para el suicidio, tal como resalta Romeo Casabona. Una parte de la doctrina niega que un acto necesario pueda ser una omisión, pues el Artículo 143.2 dice: "*el que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona.*" lo cual parece que manifestaría que la cooperación debería ser mediante acciones.

Otra parte de la doctrina entiende que una omisión de auxilio encajaría dentro de este tipo de delito cuando se ha producido una comisión por omisión. En este caso ocurre lo mismo que en el anterior, parte de la jurisprudencia acepta que pueda existir forma imperfecta de este delito, mediante la tentativa, y otra parte de la doctrina, minoritaria, no lo acepta.

En este orden de cosas, *la cooperación* podría no ser tan solo cooperación necesaria sino haber sido *cooperación ejecutiva*, es decir, la que produce la muerte del suicida, y que está tipificada en el Artículo 143.3 del Código Penal. Este tipo de supuesto se encuentra ubicado entre la cooperación ejecutiva de suicidio y el homicidio a petición, siendo lo trascendente para la doctrina diferenciar la voluntad del suicida y calificar si fue una petición o un consentimiento. Sin duda, es una figura muy compleja a lo que se añade la deficiente redacción del Artículo 143.3.

La doctrina entiende que la base del delito del Artículo 143.3 se circunscribe en quién tiene el dominio del hecho que produce la muerte, pero otra parte de la doctrina añade que lo fundamental es determinar el significado y contenido del dominio del hecho pues dentro de este entraría el dominio de la acción, el de la voluntad y el funcional, pudiendo corresponder uno y otro a personas

distintas. El propio Artículo 143.3 determina que el dominio del hecho debe estar en manos del suicida, tanto en su planificación como en su decisión.

La doctrina vuelve a dividirse en cuanto al alcance de la petición expresa del suicida, en la medida en que parte de ella entiende que debe ser "expresa e inequívoca" mientras la otra parte, considera que el Artículo 143.3 no exige la petición en contraposición al Artículo 143.4 que sí la exige. La posibilidad de aceptar la forma de la comisión por omisión divide a la doctrina, si bien es mayoritario el grupo que si la acepta, argumentado en muchos casos el ejemplo del médico que no suministra conscientemente un antídoto a un paciente que ha ingerido voluntariamente un veneno, causando ambos la muerte del suicida.

El Artículo 143 modifica el previo Artículo 409 del anterior Código Penal en la reforma de 1995, lo hace en varios aspectos y tal vez el más relevante es la introducción de lo que se podría denominar una modalidad de eutanasia, *la cooperación necesaria activa* al suicidio asistido, con atenuación de las penas del Artículo 143 en sus puntos 2 y 3.

El Artículo 143 en su punto 4 dice: *"El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que condujera necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo"*.

La doctrina resalta que el término "causare" añade la posibilidad de que haya un actor y no tan solo un cooperador necesario, lo cual se suma a la trascendente expresión "activamente", ambas parece que intentan excluir del ilícito las conductas omisivas y de comisión por omisión. Esta evidente falta de claridad lleva a que muchos autores entiendan que el punto 4 del Artículo 143, en los supuestos y requisitos presentes, excluye lo que se podría entender por eutanasia pasiva o supuestos de comisión por omisión en casos de cooperación al suicidio de personas en situaciones de salud extremas.

El requisito esencial en este tipo es el de la enfermedad del sujeto pasivo, pues el otro requisito de petición expresa no es tanto esencial sino incluso un mero refuerzo de la voluntariedad ya exigida al suicida.

Este artículo 143 que regula la inducción y cooperación al suicidio requiere como es obvio la existencia de la figura del suicidio, que como ya hemos resaltado requiere: muerte efectiva, voluntariedad y capacidad; es decir, que el suicida haya manifestado su voluntad de morir.

Pero a este requisito básico de la figura del suicidio el Artículo 143 en su punto 4 añade un refuerzo diciendo "por petición expresa, seria e inequívoca

de éste". De alguna forma el legislador exige una garantía de doble capa, es decir, que quede clara la voluntad del sujeto que desea poner fin a su vida.

Así pues, el legislador exige al tipo del punto 4 del Artículo 143 una situación muy determinada, la enfermedad. Pero lo cierto es que este requisito es de base científica y la evidencia clínica es muy variada y con un amplio espectro interpretativo.

La doctrina es insistente en denunciar la inseguridad jurídica del precepto analizado pues si bien hay que descartar a muchas enfermedades crónicas, por otra parte, muy frecuentes, también habrá que concretar el nivel de gravedad de la enfermedad y su relación con la muerte cierta o el grado del término "soportar" que tenga el paciente frente a sus graves padecimientos y si estos van a ser permanentes o no.

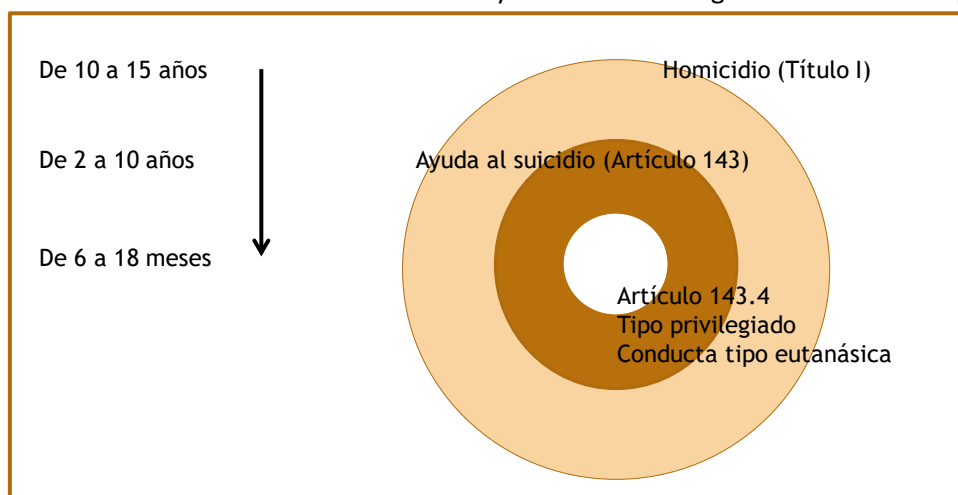
Tabla 4. El artículo 143 del Código Penal en España

El suicidio cooperado del artículo 143 del Código Penal en España				
	Artículo 143 (.1; .2; .3)		Artículo 143 (.4)	
	Tipo	Penas de prisión en años	Tipo	Penas de prisión en años
Artículo 143	1	El que induzca el suicidio de otro	4 a 8	
	2	El que coopere en actos necesarios	2 a 5	por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar
	3	El que coopere con ejecución	6 a 10	por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar

A tenor del Artículo 143.4 el legislador privilegia *la cooperación activa* en los supuestos expresados, pero no privilegia *la inducción* al suicidio del enfermo terminal o con graves padecimientos. Sin embargo, *la inducción* se entiende que debería ser una inducción provocada directamente en el suicida y no en otra persona que atienda al enfermo en cuestión, de nuevo, la inducción de *la inducción*.

Un importante sector doctrinal considera que el Código Penal en su Artículo 143.4 realmente incorpora una regulación de lo que viene entendiéndose por eutanasia activa directa, atenuando la pena en relación con los otros tipos de suicidios asistidos. Sin embargo, estos autores entienden que esta acción del legislador no es pacífica pues la despenalización parcial de esta muerte asistida por un tercero, por una parte, mantiene el tipo de delito y, por la otra, imposibilita o dificulta la aplicación del estado de necesidad como eximente.

Figura 1. Artículo 143. Título I Del Homicidio y sus formas. Código Penal de 1995. España



La atenuación de la pena del punto 4 del Artículo 143 se hace en base al punto 2 y al punto 3 del mismo artículo.

El punto 2 condena con dos a cinco años de prisión al que coopere con actos necesarios al suicidio, cuando esta cooperación encaja con el tipo del punto 4, la condena se reduce en uno o dos grados ^{Anexo VII}.

El punto 3 condena con seis a diez años a quien coopere en la muerte del suicida, cuando se den los requisitos del punto 4, la condena se reduce en uno a dos grados.

5. Conclusiones

La eutanasia trata de la muerte y de la vida. Está en juego el bien jurídico protegido de la vida existiendo, en la doctrina, dudas sobre si la vida es un bien de libre disposición. A su vez, parte de la doctrina parece esgrimir los derechos de garantía al oponerse a la existencia del deber de vivir coactivamente.

La eutanasia es un concepto complejo, lo tratamos como un fenómeno con múltiples variantes si bien implica casi siempre a un enfermo y una enfermedad terminal, en casi todos los casos implica la muerte solicitada y la voluntad del enfermo, a su vez, las definiciones suelen implicar un acto médico, aunque no siempre. El sector jurídico y el médico demandan consenso y concreción en las definiciones al respecto.

La eutanasia no está explícitamente contemplada en el ordenamiento jurídico español, aunque implícitamente se haga referencia a un tipo de conducta eutanasia.

La conducta más parecida a la eutanasia aparece tipificada en el Artículo 143 del Código Penal sobre el suicidio asistido. Concretamente aparece en su punto 4 atenuando los supuestos del punto 2, cooperación necesaria, y del punto 3, cooperación activa, cuando el suicida, estando gravemente enfermo o sufriendo un padecimiento permanente e insoportable, solicita expresamente que le ayuden a acabar con su vida.

En conclusión, nuestro Código Penal trata lo que podría entenderse por comportamiento eutanásico activo, como una figura atenuada de una forma especial de homicidio, la cooperación al suicidio, y en cierta forma tolera la que podría entenderse por eutanasia pasiva o la comisión por omisión.

Parte de la dogmática y de la doctrina entiende que la eutanasia pasiva no solo está tolerada por el Código Penal, sino que está regulada por el supuesto de las voluntades previas de la Ley 41/2002 y de las distintas leyes autonómicas que al respecto se han aprobado.

Hoy por hoy es difícil considerar el supuesto del Artículo 143.4 del Código Penal como una cuestión a considerar dentro del derecho sanitario. En caso de que se entienda que la Ley 41/2002 alude a la eutanasia pasiva, entonces esta figura se podría incluir dentro del derecho sanitario.

Cualquier decisión en relación a la modificación del tratamiento que hasta ahora ha dado el ordenamiento jurídico español a las conductas eutanásicas debe estar revestida de un especial rigor y de suficientes medidas de control y protección.

La proposición de Ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida, admitida por el Senado el 4 de enero de 2019 es relativa a los Ciudadanos Paliativos ^{Anexo VIII}. La eutanasia y los Cuidados Paliativos son cosas muy distintas.

Se puede afirmar que lo cierto es que la legalización de la eutanasia no existe en ningún país, aunque en el caso de Bélgica caben ciertas dudas. A lo sumo se han despenalizado determinados supuestos dentro de lo que se entiende por eutanasia, fuera de estos supuestos es un delito en todos los casos.

Finalmente, insistir a los políticos que sean precisos y rigurosos en sus allocuciones cuando hagan uso de estos temas, tan sumamente delicados, pues confundir a la sociedad no beneficia a nadie y, sin embargo, crea, innecesariamente, desasosiego y falsas expectativas.

Bibliografía y otras fuentes

Bibliografía

Bestard Perelló, JJ “La eutanasia en España. Visión jurídica 2019” (2º Edición). Amazon.com. Madrid 2019. ISBN-13: 978-1097301508

Betancourt, GJ “Limitación del esfuerzo terapéutico versus eutanasia: una reflexión Bioética” Humanidades Médicas 2011;11(2):259-273

Callahan, D. “Los fines de la medicina” Fundació Víctor Grífols i Lucas. Barcelona, 2004. ISBN 978-84-690-6480-1

Cobo del Rosal, M. et al “Curso de Derecho penal español. Parte General”. (6ª Edición) Ed. Tecnos. Madrid 2004.

Cobo del Rosal, M. et al “Curso de Derecho penal español. Parte Especial”. (2ª edición) Ed. Dykinson. Madrid 2005.

Comité de Ética de SECPAL. Declaración sobre la eutanasia de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Med Pal (Madrid). Vol.9: nº1: 37-40.2002

Cuervo Pinna MÁ, et al. Investigación cualitativa sobre el concepto de eutanasia, entre médicos españoles. Rev Calid Asist. 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2015.07.002>

Delgado Gil, A. “Sobre el bien o bienes jurídicos protegidos en los denominados delitos contra la Administración pública” Anuario de derecho penal y ciencias penales. VOL. LXII, 2009

Hefendehl, R. Von Hirsch, A. Wohlers W. (presentación Enrique Gimbernat Ordeig) “La teoría del bien jurídico protegido”. Ed. Marcial Pones. Madrid 2016

“Historia de los cuidados paliativos & Movimiento Hospice” Sociedad Española de Cuidados Paliativos. SECPAL. ICEPS. Las Palmas. 1988

Jescheck, Hans-Heinrich. Tratado de Derecho Penal. Parte General. Traducción y adiciones de Derecho español por S. Mir Puig y F. Muñoz Conde, Volumen Primero, Barcelona, 1981

Miguel (de) Sánchez, C. López Romero, A. “Eutanasia y suicidio asistido: conceptos generales, situación legal de Europa, Oregón y Australia (I)” Med Pal. Vol 13: Nº 4: 207-215. Madrid 2006

Novoa Blanco M. “Cuidados paliativos y bioética” Asociación Española de Bioética y Ética Médica. Cuadernos de Bioética 1998

Rodríguez Mourullo, G. Derecho penal. Parte General. Civitas Ediciones, S.L. 1976, reimpresión, 1978

Romeo Casabona, C. M. Derecho Penal. Parte Especial. Ed. Comares. 2016

Saunders, CM. Ruiz Ayuso, F. “Cuidados de la enfermedad maligna terminal”. Ed. Salvat editores. España. 1980. ISBN: 84-345-1832-5

Vidal, MA. Torres ML “In memoriam Cicely Saunders, fundadora de los Cuidados Paliativos” Rev. Soc. Esp. Dolor vol.13 no.3 Madrid abr. 2006

Zugaldia Espinar. Fundamentos del Derecho Penal. Parte General. Tirant lo Blanch, 4ª ed. 2010

Legislación

Ley orgánica 10/1995, de 23 de diciembre, del Código Penal

Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. (derogada)

Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud

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

Proposición de Ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida, admitida por el Senado el 4 de enero de 2019

Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal

Iniciativa legislativa autonómica relativa a la dignidad de la persona en el proceso de la muerte. (Bestard Perelló, JJ “La eutanasia en España. Visión jurídica 2019” (2ª Edición). Amazon.com. Madrid 2019. ISBN-13: 978-1097301508, pag 135)

Normativa autonómica relativa a las Instrucciones previas o voluntades anticipadas. Ordenado por Comunidad Autónoma: cronológicamente por la norma de mayor rango (Bestard Perelló, JJ “La eutanasia en España. Visión jurídica 2019” (2ª Edición). Amazon.com. Madrid 2019. ISBN-13: 978-1097301508, pag 154)

Jurisprudencia

Sentencia del Tribunal Constitucional 53/1985 de 11 de abril. BJC de 1985

Sentencia del Tribunal Constitucional 212/1996 de 19 de diciembre. BJC de 1997

Internet

Listado de referencias en internet sobre las fuentes de la despenalización de la eutanasia y el suicidio asistido en el marco internacional (Bestard Perelló, JJ “La eutanasia en España. Visión jurídica 2019” (2ª Edición). Amazon.com. Madrid 2019. ISBN-13: 978-1097301508, pag 137)

<https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/viviendo-con-cancer/final-vida/sedacion-paliativa>

<https://www.canada.ca/en/health-canada/services/publications/health-system-services/medical-assistance-dying-interim-report-april-2019.html>

<https://www.redaccionmedica.com/secciones/medicina/el-nuevo-codigo-deontologico-medico-no-eliminara-el-rechazo-a-la-eutanasia-3460>

Página web de SECPAL (20/05/2019) [https://www.secpal.com / secpal_historia-de-los-cuidados-paliativos-1](https://www.secpal.com/secpal_historia-de-los-cuidados-paliativos-1)

https://www.secpal.com/biblioteca_guia-cuidados-paliativos_2-definicion-de-enfermedad-terminal

http://www.who.int/kobe_centre/ageing/ahp_vol5_glossary.pdf

Índice de anexos

- Anexo I. Artículo 3 de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica
- Anexo II. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Artículo 3
- Anexo III. Ley orgánica 10/1995, de 23 de diciembre, del Código Penal (Art. 143) en comparación con (Art. 409 Ley 44/1971)
- Anexo IV. Artículo 11. Instrucciones previas. 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
- Anexo V. Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal
- Anexo VI. Normativa autonómica relativa a las Instrucciones previas o voluntades anticipadas. Ordenado por Comunidad Autónoma: cronológicamente por la norma de mayor rango que aparece en cada una de estas
- Anexo VII. Ley orgánica 10/1995, de 23 de diciembre, del Código Penal (Aplicación de las penas Art 61 a 71)
- Anexo VIII. BOCG. Senado, apartado I, núm. 325-2483, de 04/01/2019 “Proposición de Ley de Derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida”

ANEXO ¹ Artículo 3 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica**Artículo 3. Las definiciones legales.**

A efectos de esta Ley se entiende por:

Centro sanitario: el conjunto organizado de profesionales, instalaciones y medios técnicos que realiza actividades y presta servicios para cuidar la salud de los pacientes y usuarios.

Certificado médico: la declaración escrita de un médico que da fe del estado de salud de una persona en un determinado momento.

Consentimiento informado: la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.

Documentación clínica: el soporte de cualquier tipo o clase que contiene un conjunto de datos e informaciones de carácter asistencial.

Historia clínica: el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial.

Información clínica: todo dato, cualquiera que sea su forma, clase o tipo, que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona, o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla.

Informe de alta médica: el documento emitido por el médico responsable en un centro sanitario al finalizar cada proceso asistencial de un paciente, que especifica los datos de éste, un resumen de su historial clínico, la actividad asistencial prestada, el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas.

Intervención en el ámbito de la sanidad: toda actuación realizada con fines preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores o de investigación.

Libre elección: la facultad del paciente o usuario de optar, libre y voluntariamente, entre dos o más alternativas asistenciales, entre varios facultativos o entre centros asistenciales, en los términos y condiciones que establezcan los servicios de salud competentes, en cada caso.

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

Paciente: la persona que requiere asistencia sanitaria y está sometida a cuidados profesionales para el mantenimiento o recuperación de su salud.

Servicio sanitario: la unidad asistencial con organización propia, dotada de los recursos técnicos y del personal cualificado para llevar a cabo actividades sanitarias.

Usuario: la persona que utiliza los servicios sanitarios de educación y promoción de la salud, de prevención de enfermedades y de información sanitaria.

ANEXO ^{II} Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Artículo 3. Definiciones.

A los efectos de la presente Ley Orgánica se entenderá por:

- a) Datos de carácter personal: cualquier información concerniente a personas físicas identificadas o identificables.
- b) Fichero: todo conjunto organizado de datos de carácter personal, cualquiera que fuere la forma o modalidad de su creación, almacenamiento, organización y acceso.
- c) Tratamiento de datos: operaciones y procedimientos técnicos de carácter automatizado o no, que permitan la recogida, grabación, conservación, elaboración, modificación, bloqueo y cancelación, así como las cesiones de datos que resulten de comunicaciones, consultas, interconexiones y transferencias.
- d) Responsable del fichero o tratamiento: persona física o jurídica, de naturaleza pública o privada, u órgano administrativo, que decida sobre la finalidad, contenido y uso del tratamiento.
- e) Afectado o interesado: persona física titular de los datos que sean objeto del tratamiento a que se refiere el apartado c) del presente artículo.
- f) Procedimiento de disociación: todo tratamiento de datos personales de modo que la información que se obtenga no pueda asociarse a persona identificada o identificable.
- g) Encargado del tratamiento: la persona física o jurídica, autoridad pública, servicio o cualquier otro organismo que, sólo o conjuntamente con otros, trate datos personales por cuenta del responsable del tratamiento.
- h) Consentimiento del interesado: toda manifestación de voluntad, libre, inequívoca, específica e informada, mediante la que el interesado consienta el tratamiento de datos personales que le conciernen.
- i) Cesión o comunicación de datos: toda revelación de datos realizada a una persona distinta del interesado.
- j) Fuentes accesibles al público: aquellos ficheros cuya consulta puede ser realizada, por cualquier persona, no impedida por una norma limitativa o sin más exigencia que, en su caso, el abono de una contraprestación.

Tienen la consideración de fuentes de acceso público, exclusivamente, el censo promocional, los repertorios telefónicos en los términos previstos por su normativa específica y las listas de personas pertenecientes a grupos de profesionales que contengan únicamente los datos de nombre, título, profesión, actividad, grado académico, dirección e indicación de su pertenencia al grupo. Asimismo, tienen el carácter de fuentes de acceso público los diarios y boletines oficiales y los medios de comunicación.

ANEXO ^{III} Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal (Art. 143) en comparación con (Art. 409 Ley 44/1971)

LIBRO II

Delitos y sus penas

TÍTULO PRIMERO

Del homicidio y sus formas

Artículo 138

1. El que matare a otro será castigado, como reo de homicidio, con la pena de prisión de diez a quince años.

-
2. Los hechos serán castigados con la pena superior en grado en los siguientes casos:
- a) cuando concurra en su comisión alguna de las circunstancias del apartado 1 del artículo 140, o
 - b) cuando los hechos sean además constitutivos de un delito de atentado del artículo 550.
-

Artículo 143

1. *El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años.*
2. *Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona.*
3. *Será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte.*
4. *El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo.*

El Artículo 143 de la Ley Orgánica 10/1995 modifica el Artículo 409 de la Ley 44/1971

DECRETO 3096/1973, de 14 de septiembre, por el que se publica el Código Penal, texto refundido conforme a la Ley 44/1971, de 15 de noviembre.

LIBRO II

Delitos y sus penas

TÍTULO VIII

Delitos contra las personas

CAPÍTULO PRIMERO

DEL HOMICIDIO

405. El que matar a su padre, madre o hijo, o a cualquiera otro de sus ascendientes o descendientes legítimos o ilegítimos, o a su cónyuge, será castigado, como parricida, con la pena de reclusión mayor a muerte.

406. Es reo de asesinato el que matare a una persona concurriendo alguna de las circunstancias siguientes:

- 1º. Con alevosía
- 2º. Por precio, recompensa o promesa.
- 3º. Por medio de inundación, incendio, veneno o explosivo.
- 4º. Con premeditación conocida.
- 5º. Con ensañamiento, aumentando deliberada e inhumanamente el dolor del ofendido.

El reo de asesinato será castigado con la pena de reclusión mayor a muerte.

407. El que matare a otro será castigado, como homicida, con la pena de reclusión menor.

408. Cuando riñendo varios y acometiéndose entre sí confusa y tumultuariamente hubiere resultado muerte y no constare su autor, pero si los que hubieren causado lesiones graves, serán éstos castigados con la pena de prisión mayor.

No constando tampoco los que hubieren causado lesiones graves al ofendido, se impondrá a todos los que hubieren ejercido violencias en su persona la de prisión menor.

409. *El que prestare auxilio o induzca a otro para que se suicide será castigado con la pena de prisión mayor; si se lo prestare hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte será castigado con la pena de reclusión menor.*

ANEXO ^{IV} Artículo 11. Instrucciones previas. 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.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

.....

A partir de dichas premisas, la presente Ley completa las previsiones que la Ley General de Sanidad enunció como principios generales. En este sentido, refuerza y da un trato especial al derecho a la autonomía del paciente. En particular, merece mención especial la regulación sobre instrucciones previas que contempla, de acuerdo con el criterio establecido en el Convenio de Oviedo, los deseos del paciente expresados con anterioridad dentro del ámbito del consentimiento informado. Asimismo, la Ley trata con profundidad todo lo referente a la documentación clínica generada en los centros asistenciales, subrayando especialmente la consideración y la concreción de los derechos de los usuarios en este aspecto.

.....

Artículo 11. Instrucciones previas

1. Por el documento de instrucciones previas, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlas personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo. El otorgante del documento puede designar, además, un representante para que, llegado el caso, sirva como interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas.
2. Cada servicio de salud regulará el procedimiento adecuado para que, llegado el caso, se garantice el cumplimiento de las instrucciones previas de cada persona, que deberán constar siempre por escrito.
3. No serán aplicadas las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico, a la «lex artis», ni las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto en el momento de manifestarlas. En la historia clínica del paciente quedará constancia razonada de las anotaciones relacionadas con estas previsiones.
4. Las instrucciones previas podrán revocarse libremente en cualquier momento dejando constancia por escrito.
5. Con el fin de asegurar la eficacia en todo el territorio nacional de las instrucciones previas manifestadas por los pacientes y formalizadas de acuerdo con lo dispuesto en la legislación de las respectivas Comunidades Autónomas, se creará en el Ministerio de Sanidad y Consumo el Registro nacional de instrucciones previas que se regirá por las normas que reglamentariamente se determinen, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

ANEXO ^V Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal

TEXTO

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, regula en su artículo 11 el documento de instrucciones previas al que define como aquel mediante el cual una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, para que esta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlo personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de sus órganos.

El documento de instrucciones previas constituye, pues, la expresión del respeto a la autonomía de las personas que, de este modo, pueden decidir sobre aquellos cuidados y tratamientos que desean recibir o no en el futuro si se encuentran ante una determinada circunstancia o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de sus órganos. No solo permite al paciente influir en las futuras decisiones asistenciales, sino que facilita a los profesionales de la salud la toma de decisiones respetuosas con la voluntad del enfermo cuando este no tiene ya capacidad para decidir por sí mismo.

El artículo 11 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, establece en su apartado 2 que cada servicio de salud regulará el procedimiento adecuado para que, llegado el caso, se garantice el cumplimiento de las instrucciones previas de cada persona que deberán constar siempre por escrito. Son ya varias las comunidades autónomas que han establecido normas que regulan sus registros de instrucciones previas.

La efectividad de este derecho del paciente exige que el documento de instrucciones previas, independientemente del lugar en el que haya sido formalizado, pueda ser conocido precisa y oportunamente por los profesionales de la salud a los que, en su momento, corresponda la responsabilidad de la asistencia sanitaria que deba prestársele. Por esta razón, el mencionado artículo 11 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, en su apartado 5, dispone que, para asegurar la eficacia en todo el territorio nacional de las instrucciones previas manifestadas por los pacientes y formalizadas de acuerdo con lo dispuesto en la legislación de las respectivas comunidades autónomas, se creará en el Ministerio de Sanidad y Consumo el Registro nacional de instrucciones previas, que se regirá por las normas que reglamentariamente se determinen, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

El carácter personal de los datos que ha de contener este registro y su fichero automatizado determina que quedarán plenamente sujetos a lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y a las medidas de seguridad que impone la citada Ley Orgánica y sus reglamentos de desarrollo.

Respecto de este real decreto ha adoptado el correspondiente acuerdo favorable el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

En su virtud, a propuesta de la Ministra de Sanidad y Consumo, con la aprobación previa del Ministro de Administraciones Públicas, de acuerdo con el Consejo de Estado y previa deliberación del Consejo de Ministros en su reunión del día 2 de febrero de 2007,

DISPONGO:

Artículo 1. Creación y adscripción del Registro nacional de instrucciones previas.

Se crea, adscrito al Ministerio de Sanidad y Consumo a través de la Dirección General de Cohesión del Sistema Nacional de Salud y Alta Inspección, el Registro nacional de instrucciones previas, en el que se recogerán las inscripciones practicadas en los registros autonómicos, conforme a lo previsto en el artículo 11.5 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Artículo 2. Objeto y finalidad.

1. La inscripción en el Registro nacional de instrucciones previas asegura la eficacia y posibilita el conocimiento en todo el territorio nacional de las instrucciones previas otorgadas por los

ciudadanos que hayan sido formalizadas de acuerdo con lo dispuesto en la legislación de las comunidades autónomas.

2. El Registro nacional de instrucciones previas tiene por objeto la constatación, salvo prueba en contrario, de:

- a) La existencia de instrucciones previas inscritas en los distintos registros autonómicos únicos en los que estarán registradas con sus contenidos.
- b) La localización y fecha de inscripción de la declaración que haya realizado la persona otorgante, así como de la eventual modificación, sustitución o revocación de su contenido, cualquiera que sea el registro autonómico en el que hayan sido inscritas.
- c) El contenido de las instrucciones previas.

Artículo 3. Procedimiento registral.

1. Inscritas las instrucciones previas en el correspondiente registro autonómico, el encargado de este lo comunicará al Registro nacional de instrucciones previas, por vía telemática y dentro de los siete días siguientes a la inscripción efectuada; a tal efecto, dará traslado de los datos e información mínima que se recogen en el anexo, así como de la copia del documento de instrucciones previas registrado que se remitirá por la citada vía telemática.

2. Recibida la comunicación telemática de los datos e información mínima a que se refiere el apartado anterior, se procederá a su inscripción, así como a la de la copia del documento de instrucciones previas en el Registro nacional de instrucciones previas, y se notificará el acto de inscripción y registro al registro autonómico, en el término de siete días, por el mismo procedimiento telemático. Cuando la información mínima resulte incompleta o se apreciara algún defecto subsanable, se procederá a la inscripción provisional y se requerirá al registro autonómico para que subsane la ausencia de aquellos datos en el plazo que se le señale, que no será superior a 15 días. Transcurrido el referido plazo sin suplir la omisión o corregir el defecto advertido, se denegará la inscripción sin más trámites, sin perjuicio de su eficacia transitoria y provisional hasta ese momento.

Artículo 4. Acceso al Registro nacional de instrucciones previas.

1. Se encuentran legitimados para acceder a los asientos del Registro nacional:

- a) Las personas otorgantes de las instrucciones previas inscritas en él.
- b) Los representantes legales de las personas otorgantes o los que a tal efecto hubieran sido designados de manera fehaciente por estas.
- c) Los responsables acreditados de los registros autonómicos.
- d) Las personas designadas por la autoridad sanitaria de la comunidad autónoma correspondiente o por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

2. La persona otorgante de instrucciones previas o, en su caso, sus representantes legales o los designados en el documento registrado ejercerán su derecho de acceso mediante la presentación de la oportuna solicitud escrita al encargado del registro quien, previa comprobación de la identidad del peticionario, procederá a expedir la oportuna certificación acreditativa.

3. Los responsables de los registros autonómicos y las personas designadas por la autoridad sanitaria de la comunidad autónoma y por el Ministerio de Sanidad y Consumo podrán acceder al Registro nacional de instrucciones previas a través de comunicación telemática, previa solicitud del facultativo que estuviere tratando al otorgante. A tal efecto, deberán disponer de un certificado de clase 2 CA emitido por la Fábrica Nacional de Moneda y Timbre-Real Casa de la Moneda o de un certificado de firma electrónica reconocida, emitido por un prestador de servicios de certificación homologado, conforme a las prescripciones sectoriales y a la legislación de firma electrónica. A tal fin, se establece un sistema que garantice técnicamente la identificación de la persona destinataria de la información, la integridad de la comunicación, la

disponibilidad las 24 horas del día, la conservación de la información comunicada y la confidencialidad de los datos.

4. Las personas designadas por las autoridades sanitarias de las comunidades autónomas podrán acceder al Registro nacional de instrucciones previas a través de sus respectivos registros autonómicos, en la forma que en cada caso se determine.

5. Las personas que, en razón de su cargo u oficio, accedan a cualquiera de los datos del Registro nacional de instrucciones previas están sujetas al deber de guardar secreto.

Artículo 5. Fichero automatizado.

1. Para facilitar el conocimiento de la existencia y localización de las inscripciones de los documentos de instrucciones previas realizadas en todo el territorio nacional, el Ministerio de Sanidad y Consumo, mediante orden ministerial, creará el fichero automatizado de datos de carácter personal denominado Registro nacional de instrucciones previas, con arreglo a lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

2. La unidad encargada del Registro nacional de instrucciones previas adoptará las medidas necesarias para garantizar la confidencialidad, la seguridad y la integridad de los datos comprendidas en el Reglamento de medidas de seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal, aprobado por el Real Decreto 994/1999, de 11 de junio, así como las necesarias para hacer efectivos los derechos de las personas afectadas regulados en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, y disposiciones que la desarrollan.

Disposición adicional primera. Remisión de información por las comunidades autónomas.

A la entrada en vigor del este real decreto, las comunidades autónomas deberán remitir al Registro nacional de instrucciones previas todas las inscripciones efectuadas en los registros autonómicos, así como las copias de los documentos de instrucciones previas, y cumplimentarán la información mínima que se recoge en el anexo.

Disposición adicional segunda. Extensión del ámbito de la norma a las ciudades autónomas.

Las referencias a las comunidades autónomas se entenderán también realizadas a las Ciudades de Ceuta y Melilla en el marco de sus competencias.

Disposición transitoria única. Otorgamiento de instrucciones previas en comunidades autónomas que no han regulado el procedimiento.

1. Cuando una comunidad autónoma no haya regulado el procedimiento al que se refiere el artículo 11.2 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, la persona que desee otorgar instrucciones previas o, en su caso, su representante legal o la persona designada a tal efecto, en el propio documento, por el otorgante, las presentará ante la autoridad sanitaria de dicha comunidad autónoma, la cual en el plazo y condiciones fijados en el artículo 3 de este real decreto deberá remitirlas al Registro nacional para su inscripción provisional, el cual notificará dicha inscripción provisional a la comunidad autónoma correspondiente.

2. En estos casos, tales instrucciones previas y los documentos que las acompañen quedarán en depósito y bajo la custodia del Registro nacional hasta tanto se cree el correspondiente registro autonómico.

3. Creado ese registro, el Registro nacional de instrucciones previas le hará entrega de las instrucciones y documentos en él depositados conforme lo dispuesto en el apartado anterior y, al propio tiempo, notificará a los interesados esta entrega. El registro autonómico, por su parte, comunicará al Registro nacional, en el plazo de siete días, la inscripción efectuada, y tomará carácter definitivo en esta la inscripción que, en su momento, se realizó provisionalmente.

4. En lo que se refiere a estas inscripciones, el acceso al Registro nacional de instrucciones previas se sujetará a lo dispuesto en el artículo 4.

Disposición final primera. Título competencial.

Este real decreto se dicta al amparo de lo dispuesto en el artículo 149.1.1.^a y 16.^a de la Constitución Española y en desarrollo de lo dispuesto en el artículo 11.5 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Disposición final segunda. Facultad de desarrollo.

Se faculta al Ministro de Sanidad y Consumo para dictar, en el ámbito de su competencia, las disposiciones necesarias para la aplicación y ejecución de lo establecido en este real decreto.

Disposición final tercera. Entrada en vigor.

El presente real decreto entrará en vigor a los nueve meses de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

Dado en Madrid, el 2 de febrero de 2007.

JUAN CARLOS R.

La Ministra de Sanidad y Consumo,

ELENA SALGADO MÉNDEZ

ANEXO

Información mínima que deben trasladar las comunidades autónomas al Registro nacional una vez realizada la inscripción de un documento de instrucciones previas

Comunidad autónoma.

Unidad responsable del registro autonómico.

Persona autorizada que comunica la inscripción.

Fecha y hora.

Datos del documento inscrito:

Denominación:

Declaración vital anticipada

Documento de voluntades anticipadas

Expresión de la voluntad con carácter previo

Expresión anticipada de voluntades

Documento de voluntades vitales anticipadas

Documento de instrucciones previas

Otras

Identificación del declarante:

Nombre y apellidos

Sexo

DNI o pasaporte

N.º tarjeta sanitaria o código de identificación personal

Fecha de nacimiento

Nacionalidad

Domicilio (ciudad, calle, número)

N.º de teléfono

Identificación del representante:

Nombre y apellidos

DNI o pasaporte

Domicilio (ciudad, calle, número)

N.º de teléfono

Datos de la inscripción:

Registro donde se ha realizado

Fecha de inscripción

Localización del documento

Modalidad de la declaración:

Primer documento

Modificación (alteración parcial del contenido del documento ya inscrito sin privación total de sus efectos)

Sustitución (privación de efectos al documento ya inscrito y otorgamiento de uno nuevo en su lugar)

Revocación (privación total de efectos del documento ya inscrito sin otorgar otro en su lugar)

En el caso de que exista ya otra declaración, se consignarán también los datos de la inscripción primitiva

Formalización de la declaración:

Ante notario

Ante testigos

Ante la Administración

Materia de la declaración:

Cuidados y tratamiento

Destino del cuerpo del otorgante o de los órganos una vez fallecido

Sobre ambos aspectos

Copia del documento de instrucciones previas inscrito en el registro autonómico

ANEXO ^{VI} Normativa autonómica relativa a las Instrucciones previas o voluntades anticipadas. Ordenado por Comunidad Autónoma: cronológicamente por la norma de mayor rango que aparece en cada una de estas

Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información relativos a la salud, la autonomía del paciente y la documentación clínica de la Comunidad Autónoma de Cataluña
Decreto 175/2002, de 25 de junio, sobre el Registro de Voluntades Anticipadas en Cataluña

Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes modificada por la Ley 3/2005, de 7 de marzo de Galicia
Decreto 159/2014, de 11 de diciembre, que establece la organización y funcionamiento del Registro gallego de Instrucciones Previas sobre cuidados y tratamiento de la salud

Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón
Decreto 100/2003, de 6 de mayo, del Gobierno de Aragón, se aprueba el Reglamento de Organización y del Registro de Voluntades Anticipada

La Ley 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria
Decreto 139/2004, de 5 de diciembre, por el que se crea y regula el Registro de Voluntades Previas de Cantabria

Ley 7/2002, de 12 de diciembre, de las voluntades anticipadas en el ámbito de la sanidad de la Comunidad Autónoma del País Vasco

Decreto 270/2003, de 4 de noviembre, del Gobierno Vasco, por el que se crea el Registro de Voluntades Anticipadas

Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud de la Comunidad Autónoma de Castilla y León

Decreto 30/2007, de 22 de marzo, que regula el documento de Instrucciones Previas en el ámbito sanitario de Castilla y León

Ley 3/2005, de 23 de mayo, por la que se regula el ejercicio del derecho a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el registro correspondiente de la Comunidad Autónoma de Madrid

Decreto 101/2006, de 16 de noviembre, del Consejo de Gobierno, por el que se regula el Registro de Instrucciones Previas de la Comunidad de Madrid

Orden 2191/2006, de 18 de diciembre, por el que se regula el Registro de Instrucciones Previas

Ley 6/2005, de 7 de julio, sobre la Declaración de Voluntades Anticipadas en materia de la propia salud de la Comunidad Autónoma de Castilla La Mancha

Decreto 15/2006, de 21 de febrero, del Registro de Voluntades Anticipadas de Castilla La Mancha

Decreto 80/2005, 19 de julio, que aprueba el Reglamento de Instrucciones Previas y su Registro de la Comunidad Autónoma de Murcia

Ley 9/2005, de 30 de septiembre, reguladora del documento de instrucciones previas en el ámbito de la sanidad de la Comunidad Autónoma de La Rioja

Decreto 30/2006, de 19 de mayo, por el que se regula el Registro de Instrucciones Previas de La Rioja. Posteriormente, se aprobó la Orden 8/2006, de 26 de julio, de la Consejería de Salud, sobre la forma de otorgar documento de instrucciones previas ante personal de la Administración.

Ley 3/2005, de 8 de julio, de información sanitaria y autonomía del paciente de la Comunidad Autónoma de Extremadura

Decreto 311/2007, de 15 de octubre, por el que se regula el contenido, la organización y el funcionamiento del Registro de Expresión anticipada de Voluntades de la Comunidad Autónoma de Extremadura y se crea el Fichero Automatizado de datos de carácter personal del citado Registro

Decreto 13/2006, de 8 de febrero, por el que se regulan las manifestaciones anticipadas de voluntades en el ámbito sanitario y la creación de su correspondiente registro de la Comunidad Autónoma de Canarias y que desarrolla, en esta materia, la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias

Ley 1/2006, de 3 de marzo, de voluntades anticipadas de la Comunidad Autónoma de Islas Baleares

Decreto 58/2007, de 27 de abril, de ampliación de la Ley de voluntades anticipadas y del Registro de Voluntades Anticipadas de las Islas Baleares

Decreto 4/2008, de 23 de enero, de Organización y Funcionamiento del Registro del Principado de Asturias de Instrucciones Previas en el ámbito sanitaria

Resolución de 29 de abril de 2008, de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, que desarrolla y ejecuta el citado Decreto

Ley 5/2003, de 9 de octubre, de declaración de Voluntad Vital Anticipada, de la Comunidad de Andalucía

Decreto 59/2012, de 13 de marzo, que regula la organización y funcionamiento del Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía

Ley Foral 17/2010, 8 de noviembre, Derechos y deberes de las personas en materia de salud en la Comunidad Foral de Navarra

Decreto Foral 140/2003, de 16 de junio, por el que se regula el Registro de Voluntades Anticipadas de la Comunidad Autónoma de Navarra

Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de Valencia

Decreto 168/2004, de 10 de septiembre, de la Consellería de Sanidad, que regula el documento de voluntades anticipadas y crea el Registro centralizado de Voluntades Anticipadas de la Comunidad Valenciana

ANEXO ^{vii} Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal (Aplicación de las penas, Arts. 61 a 71)

LIBRO I Disposiciones generales sobre los delitos, las personas responsables, las penas, medidas de seguridad y demás consecuencias de la infracción penal

TÍTULO III De las penas

CAPÍTULO II De la aplicación de las penas

Sección 1.ª Reglas generales para la aplicación de las penas

Artículo 61.

.....

Artículo 70.

1. La pena superior e inferior en grado a la prevista por la ley para cualquier delito tendrá la extensión resultante de la aplicación de las siguientes reglas:

1.ª La pena superior en grado se formará partiendo de la cifra máxima señalada por la ley para el delito de que se trate y aumentando a ésta la mitad de su cuantía, constituyendo la suma resultante su límite máximo. El límite mínimo de la pena superior en grado será el máximo de la pena señalada por la ley para el delito de que se trate, incrementado en un día o en un día multa según la naturaleza de la pena a imponer.

2.ª La pena inferior en grado se formará partiendo de la cifra mínima señalada para el delito de que se trate y deduciendo de ésta la mitad de su cuantía, constituyendo el resultado de tal deducción su límite mínimo. El límite máximo de la pena inferior en grado será el mínimo de la pena señalada por la ley para el delito de que se trate, reducido en un día o en un día multa según la naturaleza de la pena a imponer.

2. A los efectos de determinar la mitad superior o inferior de la pena o de concretar la pena inferior o superior en grado, el día o el día multa se considerarán indivisibles y actuarán como unidades penológicas de más o menos, según los casos.

.....

Artículo 71.

1. En la determinación de la pena inferior en grado, los jueces o tribunales no quedarán limitados por las cuantías mínimas señaladas en la ley a cada clase de pena, sino que podrán reducirlas en la forma que resulte de la aplicación de la regla correspondiente.

2. No obstante, cuando por aplicación de las reglas anteriores proceda imponer una pena de prisión inferior a tres meses, ésta será en todo caso sustituida por multa, trabajos en beneficio de la comunidad, o localización permanente, aunque la ley no prevea estas penas para el delito

de que se trate, sustituyéndose cada día de prisión por dos cuotas de multa o por una jornada de trabajo o por un día de localización permanente.

Artículo 72. Los jueces o tribunales, en la aplicación de la pena, con arreglo a las normas contenidas en este capítulo, razonarán en la sentencia el grado y extensión concreta de la impuesta.

ANEXO ^{VIII} BOCG. Senado, apartado I, núm. 325-2483, de 04/01/2019

I. INICIATIVAS LEGISLATIVAS

Proposición de Ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida. Texto remitido por el Congreso de los Diputados 624/000015 (Congreso de los Diputados, Serie B, Num.66, Núm. exp. 122/000051)

Con fecha 4 de enero de 2019 ha tenido entrada en esta Cámara el texto aprobado por el Pleno del Congreso de los Diputados, relativo a la Proposición de Ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida.

Al amparo del artículo 104 del Reglamento del Senado, se ordena la remisión de esta Proposición de Ley a la Comisión de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

En virtud de lo establecido en el artículo 107.1 del Reglamento del Senado, y siendo de aplicación lo previsto en su artículo 106.2, se comunica que el plazo para la presentación de enmiendas y propuestas de veto terminará el próximo día 12 de febrero, martes.

De otra parte, y en cumplimiento del artículo 191 del Reglamento del Senado, se ordena la publicación del texto de la mencionada Proposición de Ley, encontrándose la restante documentación a disposición de los señores Senadores en la Secretaría General de la Cámara.

Palacio del Senado, 4 de enero de 2019.—P.D., Manuel Cavero Gómez, Letrado Mayor del Senado.

PROPOSICIÓN DE LEY DE DERECHOS Y GARANTÍAS DE LA DIGNIDAD DE LA PERSONA ANTE EL PROCESO FINAL DE SU VIDA

Preámbulo

I

Morir constituye la última de las etapas de la biografía personal de cada ser humano, y así como es aceptado por todos que el ordenamiento jurídico debe procurar que todas las personas disfruten de una vida digna, también debe asegurar que todas tengan derecho a una muerte digna. Surge así la necesidad de legislar los derechos y garantías que aseguren la aspiración de morir dignamente con los significados que ello conlleva, pudiendo rechazarse los tratamientos que no se desean, según los deseos íntimos previamente expresados en un testamento vital, en la intimidad personal y familiar, con el mínimo sufrimiento físico, psíquico y espiritual posible.

Es necesario reconocer que en todas las vidas hay un momento en que lo razonable o útil para ayudar a las personas a bien morir, es priorizar su confort y evitar el sufrimiento, por encima de intentos fútiles de alargar su vida. Llegados a ese punto, deben asumirse no sólo los límites de la medicina, sino también el hecho inevitable de la muerte, lo que conduce a hacer un uso adecuado de los medios disponibles para prolongar la vida. Se debe de diferenciar en estos casos lo que es un razonable esfuerzo terapéutico, conducente a alargar la vida de los pacientes en condiciones dignas, de la obstinación terapéutica, que solo conduce a la prolongación de un sufrimiento innecesario. En estos procesos la prolongación de la vida no debe considerarse un bien superior al derecho de los pacientes a disponer de sus últimos días de acuerdo a sus creencias y

convicciones personales. Tampoco es lícito imponer el sufrimiento a quien carece de expectativas de supervivencia.

II

Respecto al marco normativo y jurisprudencial en el que se inscribe la presente ley, cabe comenzar citando la Constitución Española, que, en su artículo 10.1, proclama que «la dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás, son fundamento del orden político y de la paz social». Asimismo, en su artículo 15, consagra el «derecho de todos a la vida y a la integridad física y moral», y en su artículo 18.1, el derecho «a la intimidad personal y familiar». Por su parte, el artículo 43 de nuestra Carta Magna reconoce «el derecho a la protección de la salud» y encomienda a los poderes públicos «organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios», añadiendo que «la ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto».

Tradicionalmente, el derecho constitucional a la protección de la salud se ha interpretado desde el punto de vista de la garantía a recibir cuidados sanitarios frente a la enfermedad. Sin embargo, ya la vigente 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, partiendo de los principios de respeto a la dignidad personal, a la libre autonomía de la voluntad y a la intimidad, estableció la regla general de que toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere el previo consentimiento de los pacientes o usuarios del sistema sanitario y el derecho de estos a decidir libremente, después de recibir la información adecuada entre las opciones clínicas disponibles, así como a negarse a recibir el tratamiento indicado por el personal sanitario, excepto en los casos determinados en la ley.

También el Tribunal Constitucional, además de haber reconocido el derecho de las personas a rechazar un tratamiento, aun a sabiendas de que ello puede hacer que peligre su vida (SSTC 120/1990, 119/2001 y 154/2002), afirmó, en su Sentencia 37/2011, que el rechazo al tratamiento, intervención o procedimiento recomendado por los profesionales sanitarios forma parte del artículo 15 de la Constitución, al entenderse como «una facultad de autodeterminación que legitima al paciente, en uso de su autonomía de la voluntad, para decidir libremente sobre las medidas terapéuticas y tratamientos que puedan afectar a su integridad, escogiendo entre las distintas posibilidades, consintiendo su práctica o rechazándolas»; la cual sería «precisamente la manifestación más importante de los derechos fundamentales que pueden resultar afectados por una intervención médica: la de decidir libremente entre consentir el tratamiento o rehusarlo, posibilidad que ha sido admitida por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, aun cuando pudiera conducir a un resultado fatal (STEDH de 29 de abril de 2002, caso Pretty c. Reino Unido, § 63), y también por este Tribunal (STC 154/2002, de 18 de julio, FJ 9)».

Asimismo, algunas Comunidades Autónomas, en el ejercicio de sus propias competencias, han regulado con desigual extensión esta materia. En ese sentido, la presente ley se configura como norma estatal básica que reconoce en nuestro país una serie de derechos a todas las personas, con independencia del territorio o de la Administración sanitaria encargada de velar por su tratamiento en el proceso final de la vida. Esta regulación, en la medida en que contiene una previsión de derechos de las personas en el marco de la prestación de los servicios sanitarios y una garantía en el acceso a prestaciones concretas, debe articularse a partir del mandato del artículo 43.2 de la Constitución, con pleno respeto al reparto competencial entre el Estado y las Comunidades Autónomas, de conformidad con el artículo 149.1.16.^a de la misma, que atribuye al Estado la competencia exclusiva en materia de bases y coordinación general de la sanidad.

III

Con ello se pretende, por un lado, reconocer de forma expresa los derechos de las personas que residen en nuestro país, sin perjuicio de los elementos adicionales o de desarrollo que introduzca el correspondiente ordenamiento autonómico. De este modo, todos los ciudadanos pueden

sentirse protegidos, con suficiente certeza jurídica y precisión de las obligaciones que su respeto comporta, por ese conjunto de derechos ante una situación que, por su propia naturaleza, viene marcada por la dificultad y la incertidumbre. Al mismo tiempo, es necesario dotar a todos los profesionales sanitarios del apoyo, la información y las herramientas necesarias, para asumir su papel con seguridad y reducir la conflictividad en una situación dolorosa y compleja como es la del final de la vida. Constituye una obligación ineludible con ellos y un compromiso decidido con la ciudadanía.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, mediante la presente ley se pretende, en primer lugar, dar una respuesta legal a los dilemas a los que se enfrentan las Administraciones y el personal sanitario en el caso de las personas que se encuentran ante el proceso final de su vida. Una situación en la que el respeto a la dignidad del paciente provoca que, la asistencia sanitaria más adecuada para velar por el bienestar de la persona, no siempre se corresponda con aquella que resulte más efectiva a la hora de alargar el tiempo de vida. En tales circunstancias, los cuidados paliativos, dirigidos a mitigar el dolor de los pacientes, incluso cuando ello pueda acortar o incluso poner en peligro inminente su vida, pueden ser la opción más adecuada y, a la vez, la más humana para garantizar que puedan afrontar el proceso final de su vida de manera digna.

Igualmente, la presente ley tiene por objeto regular, de manera expresa y concisa, los derechos de las personas que se encuentran ante el proceso final de su vida, así como los deberes del personal sanitario y las garantías que han de proporcionar las Administraciones competentes y los centros e instituciones sanitarias y sociales para hacer efectivos tales derechos, todo ello en consonancia con lo dispuesto en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Por tanto, en cuanto al objeto de la ley, cabe reiterar que ésta se ocupa del proceso del final de la vida, concebido como un final próximo e irreversible, eventualmente doloroso y potencialmente lesivo de la dignidad de quien lo padece, para, en la medida de lo posible, aliviarlo, en su transcurrir, con respeto a la autonomía, integridad física e intimidad personal de la persona.

IV

La presente ley está estructurada en cuatro títulos, junto a siete disposiciones adicionales, una disposición transitoria, una disposición derogatoria y tres disposiciones finales.

En el Título Preliminar se establece el principio fundamental de pleno respeto a la voluntad de las personas en el proceso final de su vida, y se define el ámbito de aplicación de la ley mediante la concurrencia de un pronóstico vital reducido en el tiempo e irreversible, ocasionado tanto por una enfermedad incurable como por un deterioro extremo que provoca trastornos graves en quienes lo padecen.

El Título I recoge la declaración de derechos de las personas en el proceso final de su vida, centrada en torno al derecho a la toma de decisiones, que presupone, como ha afirmado el propio Tribunal Constitucional, el derecho a una información asistencial completa, clara y comprensible. Junto a esa información, los elementos de falta de capacidad que pueden darse en los pacientes en razón de su minoría de edad o de su estado físico y cognitivo, requieren una serie de precisiones e instrumentos específicos, que van desde la posibilidad de la persona que se encuentra ante el proceso final de su vida de designar representante hasta la previsión de las llamadas instrucciones previas y sus formas de modificación.

En todos los casos, el objetivo consiste garantizar la primacía de la voluntad de la persona en el proceso final de su vida, así como las vías de conocimiento y manifestación de dicha voluntad, y de proscribir cualquier consecuencia discriminatoria en la atención sanitaria que pudiera derivarse de dicha voluntad y, específicamente, del rechazo a determinados tratamientos, intervenciones o procedimientos.

En la declaración de derechos se incluye también aquellos que tienen por objeto las prestaciones sanitarias y de otra índole a las que deben poder acceder las personas en el proceso final de su vida.

vida: los cuidados paliativos integrales y el tratamiento del dolor, previendo específicamente el derecho a la sedación paliativa, incluso cuando ello pudiera implicar un acortamiento de la vida; el derecho a recibir tales cuidados paliativos en su domicilio o en otro lugar que designen, o, en caso de que requieran asistencia en régimen de internamiento hospitalario, que se les permita el acompañamiento de sus familiares, allegados y el auxilio espiritual que deseen, y el respeto a su intimidad personal y familiar, sometiendo estos últimos derechos a la compatibilidad con las medidas necesarias para una atención sanitaria de calidad.

Los preceptos contenidos en los Títulos II y III determinan el marco de actuación de los profesionales sanitarios y las obligaciones de las administraciones, así como los centros sanitarios y sociales concernidos, al objeto de dar satisfacción a los derechos recogidos en el Título I, todos ellos relacionados con el derecho del paciente a que se respete su voluntad, que se configura como mandato fundamental del personal sanitario y, en consecuencia, como clave de su seguridad jurídica y de su régimen de responsabilidad. A tal efecto, se prevén las garantías necesarias para que esa voluntad se configure de modo plenamente informado y para que los profesionales puedan acceder a la misma, así como el deber de limitar el esfuerzo terapéutico a la situación del paciente, evitando la obstinación terapéutica y dando plena cobertura a la disminución proporcional de ese esfuerzo en razón del bienestar del paciente, siempre con las garantías de decisión compartida por varios profesionales y de información al paciente y respeto a su voluntad.

Por último, las disposiciones adicionales determinan el carácter básico de la ley, así como ordenan las subsiguientes actuaciones necesarias de las Administraciones Públicas, en particular de las Administraciones sanitarias, para su desarrollo y aplicación. Por su parte, la disposición transitoria prevé el plazo para la dotación de habitaciones individuales. Las disposiciones finales adecuan a lo dispuesto en la ley la regulación de las instrucciones previas que se encontraba en el artículo 11 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre. Asimismo, la disposición final segunda contempla la habilitación normativa del Gobierno para dictar las disposiciones reglamentarias precisas para el desarrollo y ejecución de la ley.

TÍTULO PRELIMINAR

Disposiciones generales

Artículo 1. Objeto.

La presente ley tiene como objeto regular el ejercicio de los derechos de la persona ante el proceso final de su vida y los deberes de los profesionales que atienden a los pacientes que se encuentren en esta situación, así como las garantías para proteger la dignidad de la persona que las instituciones sanitarias y sociales estarán obligadas a proporcionar con respecto a ese proceso.

Artículo 2. Ámbito de aplicación.

Esta ley será de aplicación en el ámbito sanitario y social, tanto público como privado, de todo el territorio nacional, sin perjuicio de la normativa de desarrollo que, en su caso, establezcan las Comunidades Autónomas en el marco de sus propias competencias.

Igualmente, será de aplicación a todas las personas responsables de la toma de decisiones relacionadas con el proceso final de la vida, así como al personal sanitario y social implicado en la asistencia durante dicho proceso.

Asimismo, será de aplicación a las entidades aseguradoras o mutualidades que, en relación con el objeto de la presente ley, ofrezcan sus servicios en territorio español.

Artículo 3. Principios básicos.

Son principios básicos que inspiran esta ley:

-
- a) La garantía del pleno respeto a la dignidad de la persona en el proceso del final de su vida.
 - b) La promoción de la libertad, la autonomía y la voluntad de la persona, de acuerdo con sus deseos, preferencias, creencias o valores, así como la preservación de su intimidad y confidencialidad.
 - c) La garantía de que el rechazo de un tratamiento por voluntad de la persona, o la interrupción del mismo, no suponga el menoscabo de una atención sanitaria integral y el respeto a la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida.
 - d) La garantía del derecho de todas las personas a recibir cuidados paliativos integrales.
 - e) La igualdad efectiva y la ausencia de discriminación en el acceso a los servicios sanitarios en el proceso final de su vida, con independencia de su lugar de residencia en todo el territorio nacional.
 - f) Garantizar una atención sanitaria personalizada a través de la coordinación y cooperación entre los sistemas de salud y de servicios sociales, velando por la continuidad de los cuidados.

Artículo 4. Definiciones.

A efectos de la presente ley, se entiende por:

- a) Calidad de vida: La satisfacción individual ante las condiciones objetivas de vida desde los valores y las creencias personales; su contenido abarca no sólo el bienestar físico, sino también los aspectos psicológicos, socioeconómicos y espirituales.
- b) Consentimiento informado: La conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.
- c) Cuidados paliativos: El conjunto coordinado de acciones dirigido a la atención activa de los pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo, siendo primordial el control del dolor y de otros síntomas, así como de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. Los cuidados paliativos son interdisciplinarios en su enfoque e incluyen al paciente, la familia y su entorno. Cubren las necesidades del paciente con independencia de donde esté siendo cuidado, ya sea en el centro sanitario o social o en su domicilio y tienen por objeto preservar la mejor calidad de vida posible hasta el final. Forma parte de la buena práctica médica.
- d) Instrucciones previas: El documento por el cual una persona, mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, dentro de los límites legales, con objeto de que esta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarla personalmente, sobre el tratamiento de su salud y los cuidados o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo.
- e) Planificación anticipada de la atención: El proceso realizado por el paciente de manera conjunta con los profesionales que le atienden habitualmente, dirigido a planificar la atención futura, incluyendo educación, reflexión, comunicación y documentación sobre las consecuencias y posibilidades de diferentes tratamientos alternativos. Debe quedar constancia amplia en la historia clínica del paciente.
- f) Adecuación del esfuerzo terapéutico: Retirar, ajustar o no instaurar un tratamiento cuando el pronóstico de vida limitada así lo aconseje. Es la adaptación de los tratamientos a la situación clínica del paciente. La adecuación del esfuerzo terapéutico supone aceptar la irreversibilidad de una enfermedad en la proximidad de la muerte y la conveniencia de abandonar las terapias que mantienen artificialmente la vida, manteniendo las de tipo paliativo. Forma parte de la buena práctica clínica y es una obligación moral y normativa de los profesionales.
- g) Medidas de soporte vital: Toda intervención médica, técnica, procedimiento o medicación que se administra a un paciente para mantener sus constantes vitales, esté o no dicho tratamiento dirigido hacia la enfermedad de base o el proceso biológico causal. Se incluye entre ellas la ventilación mecánica o asistida, la nutrición forzada y la diálisis.

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

i) Enfermero responsable: El profesional de enfermería que tiene a su cargo la coordinación de la información y asistencia sanitaria del paciente en el ámbito de su competencia profesional, sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participen en las actuaciones asistenciales.

j) Obstinación terapéutica y diagnóstica: Situación en la que a una persona que se encuentra en situación terminal o de agonía por una enfermedad grave e irreversible, se le inician o mantienen medidas de soporte vital o se le realizan otras intervenciones carentes de utilidad clínica real, desproporcionadas o extraordinarias, que únicamente permiten prolongar su vida biológica, sin concederle posibilidades reales de mejora o recuperación, siendo, en consecuencia, susceptibles de limitación. Constituye una mala práctica clínica y una falta deontológica.

k) Proceso final de la vida: Aquel en el que se encuentran las personas en situación terminal o de agonía como consecuencia de enfermedad o accidente.

- Se entiende por situación terminal aquella en la que el paciente presenta una enfermedad avanzada, incurable y progresiva, sin posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, con un pronóstico de vida limitado a semanas o meses y en la que puedan concurrir síntomas que requieren una asistencia paliativa específica.

- Se entiende por situación de agonía la fase gradual que precede a la muerte y que se manifiesta clínicamente por un deterioro físico grave, debilidad extrema, trastornos cognitivos y de consciencia, dificultad de relación y de ingesta y pronóstico vital de pocos días.

Abarca también la situación similar en la que se encuentran las personas que han sufrido un accidente incompatible con la vida, con deterioro extremo y graves trastornos.

l) Representante: Persona mayor de edad en pleno ejercicio de su capacidad que emite el consentimiento por representación de otra, habiendo sido designada para tal función mediante una declaración de instrucciones previas o, de no existir esta, siguiendo las disposiciones legales vigentes en la materia.

m) Sedación paliativa: Administración de fármacos indicados, en las dosis y combinaciones requeridas, para reducir la consciencia de la persona en situación terminal o de agonía, para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios, previo consentimiento informado explícito en los términos establecidos en la ley.

n) Sedación en fase de agonía: Sedación paliativa indicada en la fase final del paciente en situación terminal o de agonía, con intención de alcanzar niveles de sedación profunda, hasta alcanzar una ausencia de respuesta a estímulos dolorosos.

ñ) Síntoma refractario: Aquel que no responde al tratamiento adecuado y que precisa, para ser controlado, reducir la consciencia de los pacientes.

o) Situación de imposibilidad de hecho para decidir: Situación en la que las personas carecen de entendimiento y voluntad suficientes para tomar decisiones relativas a su salud de forma autónoma, sin que necesariamente cuenten con previas medidas de apoyo voluntarias o judiciales.

p) Testamento vital: Equivale al documento de instrucciones previas.

q) Valores vitales: Conjunto de valores y creencias de una persona que dan sentido a su proyecto de vida y que sustentan sus decisiones y preferencias en los procesos de enfermedad y muerte.

TÍTULO I

Derechos de las personas ante el proceso final de su vida

Artículo 5. Derecho a la protección de la dignidad de las personas en el proceso final de la vida.

Todas las personas que se encuentran en el proceso final de su vida tienen derecho a la protección de su dignidad y a que se garantice el efectivo cumplimiento de los derechos reconocidos en la presente ley, en condiciones de igualdad y sin discriminación alguna. En particular, como manifestación del derecho a la integridad física y moral, se garantizará su derecho a decidir libremente sobre las intervenciones y el tratamiento a seguir en dicho proceso, incluidos los cuidados necesarios para evitar el dolor y el sufrimiento.

Artículo 6. Derecho a la información asistencial.

1. Las personas que se encuentren en el proceso final de la vida y, en su caso, quienes tienen la responsabilidad de tomar decisiones en dicho proceso, tienen derecho a recibir toda la información disponible sobre su estado real de salud, sus expectativas de vida y de calidad de la misma, y las medidas terapéuticas y paliativas que le resultarían aplicables en los términos establecidos en esta ley. Esta información deberá ser clara y comprensible para facilitar al paciente la toma de decisiones. Las personas vinculadas al mismo serán informadas únicamente en la medida en que éste lo permita. Dicha información que se le facilite al paciente, así como a terceras personas, debe quedar recogida en el historial clínico.

Este derecho a la información incluye también la planificación de la atención tal y como se define en el artículo 4 de esta ley.

2. Los pacientes a quienes se les diagnostique una enfermedad irreversible y progresiva en los que se prevea la posibilidad de un desenlace fatal en un medio o largo plazo, tienen derecho a ser informados prontamente sobre la posibilidad de realizar testamento vital o últimas instrucciones, así como a establecer un plan anticipado de cuidados, a fin de que tales decisiones sean tomadas de forma reflexiva y con la anticipación suficiente. Dichas instrucciones o plan anticipado deberán de figurar en lugar visible en la historia clínica del paciente, tanto en su versión digital como en papel, de tal manera que cualquier profesional que acceda a ellas no pueda obviar su existencia.

3. Cuando, a pesar del explícito ofrecimiento de información asistencial por los profesionales sanitarios implicados en la atención de los pacientes, éstos rechacen voluntaria y libremente el ser informados, se respetará dicha decisión, haciéndoles ver la trascendencia de la misma, y se les solicitará que designen una persona que acepte recibir la información y tomar las decisiones en su representación. Dicha designación se hará por escrito a efectos de dejar constancia en la historia clínica de tal designación. En caso de rechazo como representante por la persona designada, se solicitará que el paciente señale otra, respetando el mismo procedimiento.

4. En el supuesto de imposibilidad del paciente para comprender la información a causa del estado físico o psíquico, esta será brindada, de la forma siguiente:

1.º Cuando la persona que se halla bajo atención sanitaria esté en situación de imposibilidad para la toma de decisiones, a criterio de su médico responsable, tanto la recepción de la información, como la prestación del consentimiento y, en su caso, la elección del domicilio para recibir cuidados paliativos integrales, a que se refiere el artículo 11.2, se realizarán, en este orden, por:

a) La persona designada específicamente a tal fin en el documento de instrucciones previas, o en otro documento idóneo a tenor del ordenamiento jurídico.

b) La persona que haya sido designada voluntaria o judicialmente para prestarle apoyo en la toma de decisiones relacionadas con su salud.

c) El cónyuge o la pareja de hecho que conviva con el paciente.

d) El hijo o la hija que sea mayor de edad. Si hubiese varios, serán preferidos los que convivían con la persona afectada y de mayor edad al menor.

e) Los familiares de grado más próximo.

f) En última instancia, quién decida la autoridad judicial.

2.º La situación de imposibilidad para la toma de decisiones no obsta para que los pacientes sean informados y participen en el proceso de toma de decisiones de modo adecuado a su grado de discernimiento.

3.º El ejercicio de los derechos de los pacientes que se encuentren en situación que les imposibilite o dificulte gravemente la toma de decisiones se hará siempre buscando su mayor beneficio y el respeto a su dignidad personal y valores vitales. Para la interpretación de la voluntad de los pacientes se tendrán en cuenta tanto sus deseos expresados previamente, como los que hubieran formulado presuntamente de encontrarse ahora en situación de capacidad. También se tendrá en cuenta el parecer del equipo sanitario responsable de su atención.

5. El paciente que se encuentra en el proceso final de su vida tendrá derecho a solicitar y disponer de una segunda opinión sobre los cuidados asistenciales y paliativos que puedan contribuir a su bienestar en el proceso final de la vida.

6. El derecho a la información sanitaria de los pacientes puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica. Se entiende por tal la facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar antes a la persona enferma, cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de modo grave. En ningún caso se aplicará esta excepción si el paciente se encuentra en situación terminal, salvo para medidas destinadas a aliviar el sufrimiento. Llegado este caso, el médico dejará constancia razonada de las circunstancias en la historia clínica y comunicará su decisión a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho.

Artículo 7. Derecho a la toma de decisiones y al consentimiento informado.

1. Las personas que se encuentren en el proceso final de la vida o que afronten decisiones relacionadas con dicho proceso tienen derecho a tomar decisiones respecto a las intervenciones sanitarias que les afecten, tanto directamente como a través de una declaración de voluntades anticipadas u otro tipo de instrucciones, previstas en la normativa vigente.

2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 10, toda intervención en este ámbito requiere el previo consentimiento libre y voluntario de los pacientes, una vez que hayan recibido y valorado la información prevista en el artículo 6.

3. El consentimiento podrá ser verbal, por regla general, dejándose en todo caso constancia en la historia clínica, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 8.2 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre.

Artículo 8. Derecho a otorgar instrucciones previas.

1. Toda persona mayor de edad tiene derecho a manifestar anticipadamente su voluntad sobre los cuidados y el tratamiento asistencial que desea recibir en el proceso final de su vida. Esta manifestación de voluntad podrá realizarse mediante documento público o en documento otorgado conforme a lo dispuesto en la normativa aplicable. En este último caso, el documento deberá ser inscrito en el Registro Nacional de Instrucciones Previas, previsto en el artículo 11 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, para su eficacia en todo el territorio nacional.

Estas instrucciones deberán figurar en lugar visible en la historia clínica del paciente, tanto en su versión digital como en papel, de tal manera que los profesionales sanitarios implicados en el proceso asistencial del paciente no puedan obviar su existencia.

2. En las instrucciones previas, manifestadas en cualquiera de los instrumentos previstos en el apartado anterior, se podrá designar un representante y determinar sus funciones, a las que este deberá atenerse. El representante actuará siempre buscando el mayor beneficio y el respeto a la dignidad de la persona a la que represente. En todo caso velará para que, en las situaciones clínicas contempladas en la declaración, se cumplan las instrucciones que la persona a la que represente haya dejado establecidas.

3. Para la toma de decisiones en las situaciones clínicas no contempladas explícitamente en las instrucciones previas, a fin de presumir la voluntad que tendría la persona si estuviera en esa

momento con capacidad de expresarla, quien la represente tendrá en cuenta los valores u opciones vitales recogidos en dichas instrucciones.

4. Las instrucciones previas podrán ser modificadas o revocadas por el paciente en cualquier momento mediante cualquiera de los medios previstos para su otorgamiento. En todo caso, cuando la persona que se encuentre en el proceso final de la vida conserve su aptitud para tomar decisiones, la voluntad manifestada durante dicho proceso prevalecerá sobre cualquier otra previa.

Artículo 9. Derecho al rechazo y a la retirada de una intervención.

1. Toda persona tiene derecho a rechazar el tratamiento, intervención o procedimiento propuestos por los profesionales sanitarios, incluyendo las medidas de soporte vital, tras un proceso de información y decisión libre, voluntaria y consciente, así como a revocar el consentimiento informado emitido respecto de una intervención concreta, lo que implicará necesariamente la interrupción de dicha intervención, aunque ello pueda poner en peligro su vida, salvo en lo previsto, por razones de salud pública, en el artículo 9.2.a) de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre.

2. El rechazo al tratamiento, intervención o procedimiento propuestos por los profesionales sanitarios y la revocación del consentimiento informado deberán constar por escrito. Si la persona no pudiere firmar, firmará en su lugar otra persona, que actuará como testigo a su ruego, dejando constancia de su identificación y del motivo que impide la firma de quien revoca su consentimiento informado. Todo ello deberá hacerse constar por escrito en la historia clínica del paciente.

3. El rechazo al tratamiento, intervención o procedimiento, o la decisión de interrumpirlos, en ningún caso supondrá menoscabo alguno en la atención sanitaria de otro tipo que se le dispense, especialmente en lo referido a la destinada a paliar el sufrimiento, aliviar el dolor y los otros síntomas, así como hacer más digno y soportable el proceso final de su vida.

Artículo 10. Ejercicio del derecho a la información asistencial y a la toma de decisiones por parte de las personas menores de edad.

1. Las personas menores de edad y, en todo caso, los representantes legales del menor, tienen derecho a recibir información sobre su enfermedad y sobre las propuestas terapéuticas de forma adaptada a su edad y a su capacidad de comprensión.

2. Tanto si son hospitalizadas como si no, las personas menores de edad que se encuentren en el proceso final de su vida tendrán derecho:

a) A ser atendidos, tanto en la recepción como en el seguimiento, de manera individual y, en lo posible, siempre por el mismo equipo de profesionales.

b) A estar acompañados el máximo tiempo posible, durante su permanencia en el hospital, de sus progenitores o de las personas que los sustituyan, quienes participarán como elementos activos de la vida hospitalaria o asistencia domiciliaria, salvo que ello pudiera perjudicar u obstaculizar la aplicación de los tratamientos oportunos.

c) A ser hospitalizados junto a otros menores, evitando en todo lo posible su hospitalización entre personas adultas.

3. Sin perjuicio de lo dispuesto en el apartado anterior, cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención, dará el consentimiento el representante legal del menor, después de haber escuchado su opinión, si tiene doce años cumplidos.

Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación.

4. Del mismo modo, asistirán a sus progenitores, tutores o guardadores legales los derechos siguientes:

a) A ser informados acerca del estado de salud del menor, sin perjuicio del derecho fundamental de estos últimos a su intimidad en función de su edad, estado afectivo y desarrollo intelectual.

b) A ser informados de las pruebas de detección o de tratamiento, que se considere oportuno aplicar al menor, y a dar su consentimiento previo para su realización en los términos previstos en los apartados anteriores. En caso de que no prestaran su consentimiento, será la autoridad judicial, previa prescripción facultativa, quien otorgará, en su caso, el consentimiento, primando siempre el bienestar de la persona menor de edad.

Artículo 11. Derecho a los cuidados paliativos de calidad.

1. Todas las personas que se encuentren en el proceso final de su vida tienen derecho a una atención integral, que prevenga y alivie el dolor y sus manifestaciones, incluida la sedación paliativa si el dolor, o cualquier otro síntoma, que produzca molestias severas, son refractarios al tratamiento específico, aunque ello implique un acortamiento de su vida.

A efectos de garantizar el cumplimiento del precepto anterior, los centros sanitarios y sociales, públicos o privados, deberán disponer de medios para prestar cuidados paliativos integrales y de calidad a los pacientes que así lo soliciten, inclusive los menores de edad.

2. Asimismo, las personas que se encuentren en el proceso final de su vida, si así lo desean, tienen derecho a que estos cuidados paliativos integrales se les proporcionen bien en su centro sanitario o social o en su domicilio, siempre que esta opción no esté médicamente contraindicada.

Artículo 12. Derecho al acompañamiento.

1. Todas las personas, que se encuentren en el proceso final de su vida, que requieran permanecer ingresados en un centro sanitario o social, tienen derecho a que se les permita el acompañamiento de su entorno familiar, afectivo y social y/o por voluntarios de organizaciones sociales.

2. Asimismo, a las personas que se encuentren en el proceso final de su vida se les facilitará recibir, conforme a sus convicciones y sus creencias, asistencia espiritual o religiosa. Las indicaciones sobre este extremo podrán ser objeto de expresión en las instrucciones previas.

3. En caso de requerir sedación paliativa, las personas que se encuentren en el proceso final de su vida tienen derecho a despedirse de sus familiares allegados.

TÍTULO II

Deberes de los profesionales sanitarios que atiendan a personas en el proceso final de su vida

Artículo 13. Deberes respecto a la toma de decisiones clínicas y de respeto a la voluntad del paciente.

1. El personal sanitario responsable, antes de proponer cualquier intervención sanitaria a una persona en el proceso final de su vida, deberá asegurarse de que la misma está clínicamente indicada, elaborando su juicio clínico al respecto, basándose en el estado de la ciencia, en la evidencia científica disponible, en su saber profesional, en su experiencia y en el estado clínico, gravedad y pronóstico de la persona afectada.

En el caso de que este juicio profesional concluya en la indicación de una intervención sanitaria, someterá entonces la misma al consentimiento libre y voluntario de la persona, que podrá aceptar la intervención propuesta, elegir libremente entre las opciones clínicas disponibles, o rechazarla, en los términos previstos en la presente Ley y en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre.

2. Todos los profesionales sanitarios implicados en la atención de los pacientes tienen la obligación de respetar su voluntad y sus valores, creencias y preferencias en la toma de decisiones clínicas, en los términos previstos en la presente ley, en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, y en sus respectivas normas de desarrollo, debiendo abstenerse de imponer criterios de actuación basados en sus propias creencias y convicciones personales.

A los efectos previstos en el párrafo anterior, si el paciente se encontrase en situación de incapacidad, el personal sanitario responsable deberá consultar el Registro de las Comunidades Autónomas y, en su caso, el Registro Nacional de Instrucciones Previas, dejando constancia de dicha consulta en la historia clínica, y respetar la voluntad manifestada en él por el paciente.

3. En caso de contradicción entre lo manifestado por el paciente no incapacitado y por su representante, prevalecerá siempre la voluntad del primero, debiendo actuar los profesionales sanitarios conforme a la misma.

4. El cumplimiento de la voluntad manifestada por el paciente en la forma prevista en la presente ley, excluirá cualquier exigencia de responsabilidad por las correspondientes actuaciones de los profesionales sanitarios dedicadas a dar cumplimiento a su voluntad.

Artículo 14. Deberes respecto a las personas que puedan hallarse en situación de incapacidad de hecho.

1. El médico responsable valorará si la persona que se halla bajo atención médica pudiera encontrarse en una situación que le impidiera decidir por sí misma. Tal valoración debe hacerse constar, adecuadamente, en la historia clínica. Para determinar dicha situación de incapacidad de hecho se evaluarán, entre otros factores que se estimen clínicamente convenientes, los siguientes:

- a) Si tiene dificultades para comprender la información que se le suministra.
- b) Si retiene defectuosamente dicha información, durante el proceso de toma de decisiones.
- c) Si no utiliza la información de forma lógica, durante el proceso de toma de decisiones.
- d) Si falla en la apreciación de las posibles consecuencias de las diferentes alternativas.
- e) Si no logra tomar, finalmente, una decisión o comunicarla.

2. Para la valoración de estos criterios se deberá contar con la opinión de otros profesionales implicados, directamente, en la atención de los pacientes. La identidad de dichos profesionales y su opinión será registrada en la historia clínica. Asimismo, se podrá consultar a la familia con objeto de conocer su opinión.

3. Una vez establecida la situación de imposibilidad para la toma de decisiones, el médico responsable deberá hacer constar en la historia clínica los datos de quien deba actuar en representación de la persona, conforme a lo previsto en el artículo 6.4.

Artículo 15. Deberes respecto a la adecuación del esfuerzo terapéutico.

1. El médico responsable de cada paciente, en el ejercicio de una buena práctica clínica, adecuará el esfuerzo terapéutico, cuando la situación clínica lo aconseje, evitando la obstinación terapéutica. La justificación de la adecuación deberá hacerse constar en la historia clínica.

2. Dicha adecuación se llevará a cabo oído el criterio profesional del personal de enfermería responsable de los cuidados.

3. En cualquier caso, los profesionales sanitarios responsables de la atención al paciente, están obligados a ofrecerles aquellas intervenciones sanitarias necesarias para garantizar su adecuado cuidado y bienestar, y a respetar el consentimiento informado del paciente en los términos previstos en la presente ley.

4. Cuando los pacientes se encuentren en situación de sedación en fase de agonía se suspenderán todos aquellos tratamientos o medidas de soporte que no sean precisos para mantener el control de los síntomas, a fin de no alargar innecesariamente el sufrimiento.

TÍTULO III

Garantía de las Administraciones Públicas y de los centros e instituciones sanitarias y sociales

Artículo 16. Garantía de los derechos.

1. La Administración sanitaria, así como las instituciones recogidas en el artículo 2, deberán garantizar, en el ámbito de sus respectivas competencias, el ejercicio de los derechos establecidos en el Título I de la presente ley.

2. Las instituciones responsables de la atención directa deberán arbitrar los medios, para que los derechos de los pacientes no se vean mermados en ningún caso o eventualidad, incluida la ausencia del profesional o la profesional, así como cualquier otra causa sobrevenida

Artículo 17. Modelo de instrucciones previas.

Las Administraciones sanitarias competentes dispondrán de un modelo de documento de instrucciones previas, con el objeto de facilitar a los otorgantes la correcta expresión de aquellas situaciones sobre las que quieran manifestar su voluntad, así como la adopción de criterios generales sobre la información a los pacientes en las materias reguladas por esta ley.

Artículo 18. Acompañamiento de los pacientes.

1. Los centros e instituciones facilitarán a las personas que se encuentren en el proceso final de su vida el acompañamiento de su entorno familiar, afectivo y social, compatibilizando este con el conjunto de medidas sanitarias necesarias, para ofrecer una atención de calidad a los pacientes.

2. Los centros e instituciones facilitarán, a petición de los pacientes, de las personas que sean sus representantes, o de sus familiares, el acceso de aquellas personas que les puedan proporcionar auxilio espiritual, conforme a sus convicciones y creencias, procurando, en todo caso, que las mismas no interfieran con las actuaciones del equipo.

3. Los centros y las instituciones facilitarán la participación del voluntariado, adscrito a organizaciones sociales sin ánimo de lucro, en el acompañamiento del paciente, sus familiares o personas cercanas que cuidan de la persona enferma, en el proceso final de la vida. El acompañamiento por voluntarios, solo, se realizará, si el paciente o sus representantes dan su consentimiento, y podrá darse en los centros sanitarios, sociales y/o en el domicilio del paciente.

Artículo 19. Apoyo a la familia y personas cuidadoras.

1. Los centros e instituciones prestarán apoyo y asistencia a las personas cuidadoras y familias de pacientes en el proceso final de la vida, tanto en su domicilio, como en los centros sanitarios y sociales.

2. Los centros e instituciones prestarán una atención en el duelo a la familia y a las personas cuidadoras y promoverán medidas para la aceptación de la muerte de un ser querido y la prevención de situaciones calificadas como de duelo patológico.

Artículo 20. Asesoramiento en cuidados paliativos.

1. Se garantizará a los pacientes en el proceso final de su vida asesoramiento sobre los objetivos de los cuidados paliativos que recibirán, de acuerdo con sus necesidades y preferencias.

2. Los centros sanitarios y sociales garantizarán la necesaria coordinación en la información y asesoramiento en cuidados paliativos entre los diferentes equipos de profesionales.

Artículo 21. Estancia en habitación individual.

Los centros e instituciones garantizarán a las personas en el proceso final de su vida, que requieran ser atendidos en régimen de hospitalización, una habitación individual durante su estancia, con el nivel de atención, cuidado e intimidad que requiere su estado de salud.

Artículo 22. Comités de Ética Asistencial.

En los casos de discrepancia entre los profesionales sanitarios y los pacientes o, en su caso, con quienes ejerciten sus derechos, o entre éstos y las instituciones sanitarias, en relación con la atención sanitaria prestada en el proceso final de su vida, que no se hayan podido resolver mediante acuerdo entre las partes, se solicitará asesoramiento al Comité de Ética Asistencial correspondiente, que podrá proponer alternativas o soluciones éticas a aquellas decisiones clínicas controvertidas.

Disposición adicional primera. Carácter de legislación básica.

1. La presente ley tiene la consideración de legislación básica, de conformidad con lo establecido en el artículo 149.1.1.ª y 16.ª de la Constitución.

2. El Estado y las Comunidades Autónomas adoptarán, en el ámbito de sus respectivas competencias, las medidas necesarias para garantizar su aplicación y efectividad.

Disposición adicional segunda. Régimen sancionador.

Las infracciones de lo dispuesto por la presente ley quedan sometidas al régimen sancionador previsto en la normativa autonómica pertinente. Y en ausencia de esta, se aplicará lo previsto en el Capítulo VI del Título I de la Ley 14/1986, General de Sanidad, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal y de la responsabilidad profesional, administrativa o laboral procedentes en derecho.

Disposición adicional tercera. Cooperación y coordinación en la aplicación de la ley.

La Administración General del Estado promoverá la adopción de los instrumentos y mecanismos de cooperación y coordinación con las Comunidades Autónomas que garanticen el desarrollo y cumplimiento de lo previsto en esta ley.

Disposición adicional cuarta. Evaluación de la ley.

El Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, en colaboración con las Comunidades Autónomas, elaborará un informe con carácter anual que permita evaluar la aplicación y efectos de la presente ley. Para ello desarrollará, reglamentariamente, una lista de indicadores que habrán de registrarse obligatoriamente en todos los centros.

Disposición adicional quinta. Difusión de la ley.

La Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas habilitarán los mecanismos oportunos, para dar la máxima difusión a la presente ley entre los profesionales sanitarios y la ciudadanía en general, así como para promover entre la misma la realización del documento de instrucciones previas.

Disposición adicional sexta. Eficacia de los cuidados paliativos.

Las Administraciones sanitarias, para el mejor cumplimiento de lo establecido en la presente ley en relación a la prestación de cuidados paliativos, procurarán una formación específica y continua a sus profesionales en su ámbito, y promoverán las medidas necesarias para disponer del número y dotación adecuados de unidades de cuidados paliativos, incluidas las unidades de cuidados paliativos infantiles, y equipos de soporte, tanto para su prestación en régimen de internamiento hospitalario como en asistencia domiciliaria.

Disposición adicional séptima. De las personas con discapacidad.

Cuando se trate de personas con discapacidad, se garantizarán los medios y recursos de apoyo, incluidas las medidas de accesibilidad y diseño universales que resulten precisas para que reciban la información, formen y expresen su voluntad, otorguen su consentimiento y se comuniquen e interactúen con el entorno de forma libre y autónoma.

Disposición transitoria. Plazo para la dotación de habitaciones individuales.

Las Administraciones competentes dispondrán del plazo de un año, a partir de la publicación de la presente ley, para dotarse de habitaciones individuales, a los efectos previstos en el artículo 21.

Disposición derogatoria única. Derogación normativa.

Quedan derogadas cuantas disposiciones de igual o inferior rango contravengan las contenidas en la presente ley.

Disposición final primera. Modificación de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Se modifica el artículo 11 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que queda redactado como sigue:

«Artículo 11. Instrucciones previas.

1. Por medio de las instrucciones previas, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, dentro de los límites legales, con objeto de que esta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresar su

personalmente, sobre el tratamiento de su salud y los cuidados o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo. Igualmente, podrá designar un representante y determinar sus funciones, a las que este deberá atenerse.

2. Las instrucciones previas serán válidas y eficaces en todo el territorio nacional cuando consten en documento público o, siempre que, otorgadas por escrito de acuerdo con lo establecido en la normativa autonómica aplicable, se inscriban en el Registro Nacional de Instrucciones Previas, dependiente del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, que se regirá por las normas que reglamentariamente se determinen, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

3. Las instrucciones previas serán libremente revocables por cualquiera de los medios previstos para su otorgamiento.

4. Cada servicio de salud regulará el procedimiento adecuado para que, llegado el caso, se garantice el cumplimiento de las instrucciones previas de cada persona, siempre que no contravengan el ordenamiento jurídico.»

Disposición final segunda. Habilitación normativa.

Se habilita al Gobierno para dictar cuantas disposiciones reglamentarias sean precisas para el desarrollo y ejecución de lo dispuesto en la presente ley.

Disposición final tercera. Entrada en vigor.

La presente ley entrará en vigor en el plazo de un mes a partir del día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

mesa redonda “Marco jurídico actual y futuro sobre los derechos que asisten a la persona al final de la vida, y buenas prácticas”

Visión de *la eutanasia* en el ordenamiento jurídico

2019

38 edición de Fundación Cursos de Verano de UPV/EHU (Universidad del País Vasco / Euskal Herriko Unibertsitatea)
Curso “ Los derechos de las personas al final de la vida”

Juan José Bestard Perelló

- Licenciado en derecho
- Licenciado en medicina y cirugía
- Especialista en medicina preventiva y salud pública (vía MIR)
- Master en Administración y Dirección de Empresas (ICADE)
- Master en Salud Pública (Administración sanitaria) (UAM)
- Formación en Johns Hopkins University (área de conocimiento: Economía de la Salud)
- coPresidente de la Sección de Derecho Sanitario y Farmacéutico del Ilustre Colegio de Abogado de Madrid
- Mas de 25 años de experiencia en la Planificación y gestión en sanidad
- Mas de 40 publicaciones

Introducción



- **Bien jurídico protegido** / derecho
STC 53/1985 - STC 212/1996
- **Valores** de categoría superior. **Necesidades** básicas y vitales, procesos fundamentales de relación social, instituciones y sistemas: tutelados por el derecho
- Bien jurídico propio es **previo** a la ley, emana de la realidad social, cultural y ética de cada sociedad. Un bien jurídico protegido **impregna** a todo el ordenamiento jurídico.
- Los bienes jurídicos, ¿son de **libre disposición**?
- El bien jurídico protegido de la vida implica el **deber de vivir en contra** de la propia voluntad? En su caso, **quién** impondría dicho deber y cómo? Recordemos que el Suicidio no es un delito

La eutanasia, definición y marco (30 prg)



- ¿Qué es Eutanasia?

- | | | | |
|--------------------------|----------------------------|-------------------------------|------------------|
| 1. Naturaleza: | ✓ Es un suicidio? | ➤ Es un homicidio? | • Sin tipificar? |
| 2. Privación de la vida: | ✓ Quién priva? | ➤ Quién decide? | • Oposición? |
| 3. Razón o motivo: | ✓ Razones humanitarias? | ➤ Razones compasivas? | • Cualquier? |
| 4. Voluntad: | ✓ Del sujeto? | ➤ De su representante legal? | • Otros? |
| 5. Capacidad del sujeto: | ✓ Capacidad legal? | ➤ Capacidad de obrar? | • Sin? |
| 6. Situación del sujeto: | ✓ Enfermedad/sufrimiento? | ➤ Enfermedad/invalidez? | • Cualquier? |
| 7. Nexo: | ✓ Con prescripción médica? | ➤ Sin prescripción médica? | • Sin? |
| 8. Quién consume: | ✓ Un médico? | ➤ Un profesional de la salud? | • Cualquiera? |
| 9. Autorización: | ✓ Un juez? | ➤ Un comité de expertos? | • Sin? |
| 10. Control: | ✓ Ex ante? | ➤ Ex post? | • Sin? |

La eutanasia y el suicidio asistido (excepto Bélgica) están penados en todo el mundo. En algunos países existen supuestos despenalizados, pero fuera de estos es un delito.

MARCO

• Tolerancia en Suicidio Asistido	• Suicidio asistido, supuestos despenalizados	• Eutanasia no penalizada en determinados casos	• Sin opción conocida (nº países)
<ul style="list-style-type: none"> ❑ Alemania (UE) ❑ Austria (UE) ❑ Dinamarca (UE) ❑ España (UE) ❑ Noruega 	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Bélgica (1) (UE) ❑ Suiza ❑ Uruguay ❑ USA: California, Colorado , Montana, Nueva Jersey, Oregón, Vermont y Washington 	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Australia ❑ Bélgica (UE) ❑ Canadá ❑ Colombia ❑ Corea del Sur ❑ Holanda (UE) ❑ Luxemburgo (UE) 	<ul style="list-style-type: none"> ❑ UE (21) ❑ América (31) ❑ ONU (179) ❑ OCDE (25)

Modelos de despenalización	Fecha	Por médico	2º o 3º opinión	Enf. Irrev. (2)	Padecimiento insoportable	Voluntariedad manifiesta	Tiempo de cadencia	Capacidad legal	Paciente comatoso	Edad límite	Control		
eutanasia legalizada	Holanda (1)	2001	Si	Si, médico	Si	Si	Si (+ antes de morir)		Si	No	12	ex post	
	Bélgica (1)	2002	Si	Si, médico	Si	Si	Si, o anticipada	30 días	Si/padres	Si	sin	ex post	
	Luxemburgo (1)	2009	Si	Si, médico	Si	Si	Si, o anticipada		Si/padres	Si	16	ex ante	
	Colombia (1)	2015	Si	Si, médico	Si	Si	Si, o anticipada		Si/padres	Si	18	judicial, ex ante	
	Canadá	2016	si/ enfermería	Si	Si	Si	Si	10 días	Si	No	18	testigos solicitud	
	Corea del Sur	2018	Si	Si, médico	Si		Si						
	Australia	Victoria	2019	Si	Si, médico	Si	Si	Si (3 veces)	10 días	Si		18	
suicidio asistido legal	Suiza	2006	no	no	no	no	Si		Si	No	18	ex post	
	USA	Oregón	1997	Si	Si, médico	Si	No	Si (2 veces)	15 días	Si	No	18	testigos solicitud
		Washington	2009	Si	Si, médico	Si	No	Si (2 veces)	15 días	Si	No	18	testigos solicitud
		Montana	2010	Si	Si, médico	Si	No	Si (2 veces)		Si	No	18	testigos solicitud
		Vermont	2013	Si	Si, médico	Si	No	Si (3 veces)	15 días/ 48 horas	Si	No	18	testigos solicitud
		California	2016	Si	Si, médico	Si	No	Si (3 veces)	15 días	Si	No	18	testigos solicitud
		Colorado	2016	Si	Si, médico	Si	No	Si (2 veces)	15 días	Si	No	18	testigos solicitud
		New Jersey	2019										
Uruguay	2013										judicial, ex ante		
Australia	Territorio del Norte	1995-1996											

(1) Estos países tienen despenalizados supuestos de eutanasia y de suicidio asistido, en determinadas circunstancias, (en Bélgica, no está penalizado el suicidio asistido)

(2) Paciente con enfermedad irreversible tiene menos de 6 meses de expectativa de vida



La eutanasia y el ordenamiento jurídico español



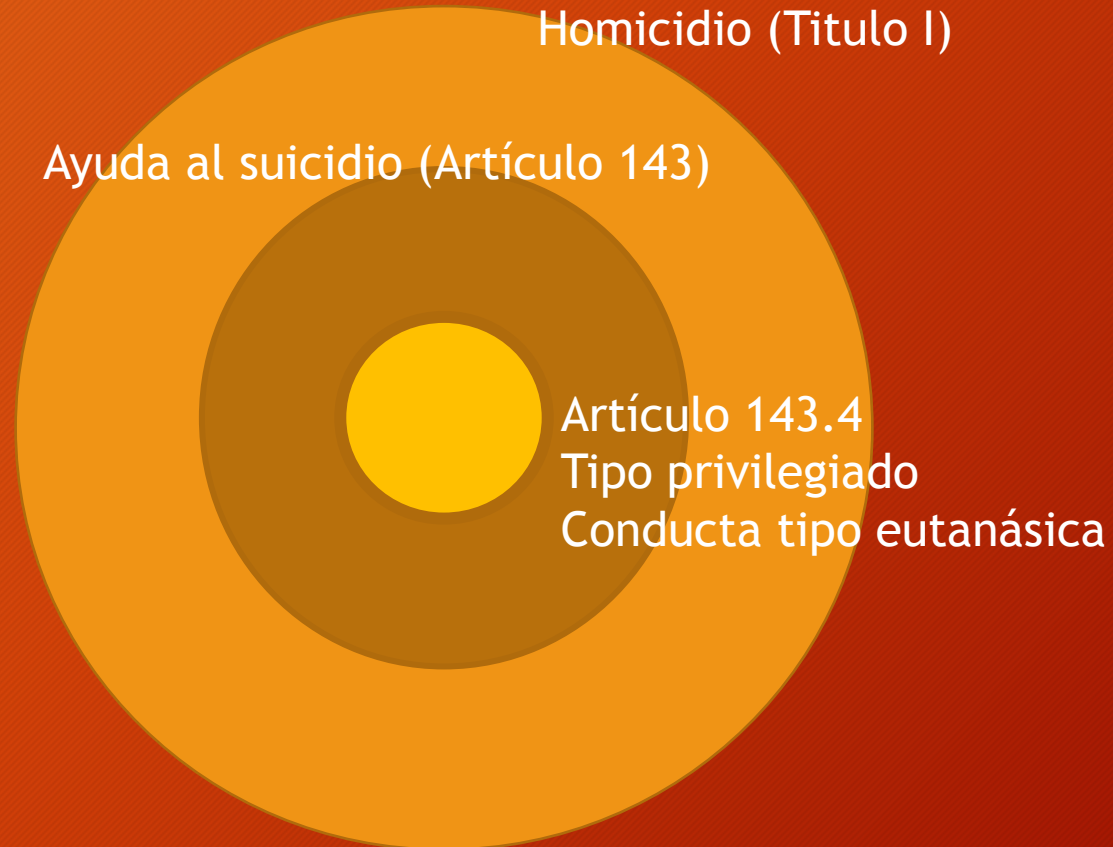
- Lo que se parece mas al criterio general de Eutanasia o conducta eutanásica, es una **alusión indirecta**, concretamente en un tipo de ayuda al suicidio a un enfermo grave o con padecimiento insoportable. En el Artículo 143. 4 del Código Penal de 1995
- En la reforma del **Código Penal de 1995**, se atenuó la pena a un tipo especial de Suicidio Asistido en persona especialmente afectada. Algunos autores ven en este tipo privilegiado la despenalización de un supuesto de eutanasia pasiva
- Los mismos que ven algún supuesto de eutanasia pasiva en el Artículo 143.4, ven también su legalización en la Ley 41/2002. Una visión **muy controvertida** en toda la doctrina

El suicidio cooperado y la eutanasia activa en el Código Penal

De 10 a 15 años

De 2 a 10 años

De 6 a 18 meses





- Cómo?
- Quién?
- Cuándo?



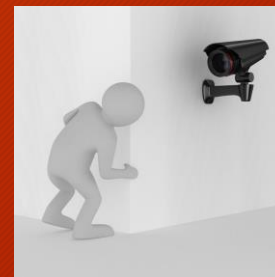
- Su muerte efectiva
- Voluntario
- Consciente (capacidad)



Art. 143



- Inducción (mas grave)
- Cooperación necesaria (mn g)
- NO: complicidad
- NO: ejecución no necesaria



- ¿Comisión por omisión u omisión de conducta?

Art. 143.1



- Cierta
- Suficiente
- No material

Inducción



- No

Inducción a Inducción

Art. 143.2



- Actos necesarios, anteriores, simultáneos
- Material, de medios

Cooperación necesaria

Art. 143.3



- Dominio del hecho, en suicida
- Petición expresa?
- Comisión por omisión (>)

Cooperación ejecutiva

El **Artículo 143** modifica el previo Artículo 409 del anterior Código Penal en la reforma de 1995, lo hace en varios aspectos y tal vez el más relevante es la introducción de lo que algunos autores denominan una modalidad de eutanasia, **la cooperación necesaria activa al suicidio asistido**, con atenuación de las penas del Artículo 143 en sus puntos 2 y 3

El Artículo 143 en su punto 4 dice: *“El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que condujera necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo”*

El suicidio cooperado del artículo 143 del Código Penal en España

		Artículo 143 (.1; .2; .3)		Artículo 143 (.4)	
		Tipo	Penas de prisión en años	Tipo	Penas de prisión en años
Artículo 143	1	El que induzca el suicidio de otro	4 a 8		
	2	El que coopere en actos necesarios	2 a 5	por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar	inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo
	3	El que coopere con ejecución	6 a 10	por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar	

Art. 143.4

El futuro

- **Legalizar** o **despenalizar** el fenómeno de la eutanasia obligaría sin duda, como mínimo, a **definirla** y a desplegar, entorno a su definición, una **normativa clara**, pero que con toda seguridad no lograría, por muy exhaustiva que fuera, dar por cerrado ni el debate jurídico ni el debate social
- Mientras que, por otra parte, si el segundo paso fuese reconocer la eutanasia como **un derecho dentro del derecho sanitario** introduciría, sin duda, nuevos **dilemas** y su **navegación** dentro del ordenamiento jurídico se complicaría de forma significativa abocando, entre otros, al escenario legal de la **objeción de conciencia**, de extrema relevancia dentro de los derechos civiles

El futuro

- 1.El primer paso: hablar claro, ser claro
- 2.El segundo paso: información, educación y debate abierto. Especial atención a la formación de políticos y periodistas
- 3.El tercer paso: rechazo energético frente a la confusión

Como ejemplo de confusión: la relación entre “la sedación” en los Cuidados Paliativos y la Eutanasia. Lo cierto es que no hay ninguna relación



	Cuidados Paliativos	Eutanasia
Causa	En enfermedades terminales	En enfermedades terminales, graves padecimientos difíciles de soportar o sin causa grave
Fin	La muerte no es el objetivo, el paciente se muere por su enfermedad	El objetivo es la muerte, es decir, la actuación provoca directa y únicamente la muerte
Intención	La sedación reduce el sufrimiento	Se provoca el fin de la vida
	La sedación busca el estado de indiferencia en la conciencia del paciente	Se busca eliminar la vida física
Procedimiento	En la sedación la dosis de los fármacos se adecuan a la respuesta del paciente	La dosis de los fármacos son dosis única y letal. Acción irreversible
Resultado	En la sedación el parámetro de éxito de la administración farmacológica es el alivio del paciente	El parámetro de éxito de la administración farmacológica es la muerte del paciente
Hidratación	La hidratación parenteral es opcional solo en paciente agónico	



Muchas gracias por su atención



Sin mas que añadir les agradezco su atención y me pongo a su disposición para aclarar cualquier tipo de duda que puedan tener respecto a la realidad jurídica de la eutanasia en España, en 2019, en el ámbito del **derecho sanitario**

Para futuras dudas podrán encontrarme por las tardes, en el Ilustre Colegio de Abogados de Madrid (en la Sección de Derecho Sanitario, que tengo el honor de presidir)

Hay habilitado un email pera recibir cualquier asunto relacionado:
derechosanitario@hotmail.com