

Análisis crítico de las proposiciones de ley eutanásicas en España

Autor: **David Guillem-Tatay**. Instituto Ciencias de la Vida. Observatorio de Bioética

29 mayo 2018

Análisis hermenéutico crítico de las Proposiciones de Ley reguladoras de la eutanasia presentadas por el PSOE y el Parlamento catalán ante el Congreso de los Diputados.

INTRODUCCIÓN

El pasado día 3 de mayo del presente año de 2018 se presentó ante el Congreso, y según ordena el artículo 124 del Reglamento del Congreso de los Diputados, la Proposición de **Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia redactada por el Grupo Parlamentario Socialista (PSOE)**.

Por otro lado, el día 5 de septiembre de 2017, conforme a los artículos 125 siguientes y concordantes del Reglamento del Congreso de los Diputados, se admitió a trámite precisamente para su posterior tramitación parlamentaria la Proposición de Ley de reforma de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, de despenalización de la eutanasia y la ayuda al suicidio (Orgánica) planteada por la Comunidad Autónoma de Cataluña – Parlamento.

En el momento de comenzar a redactar el presente Informe, se encontraba en pleno trámite la primera Proposición de Ley de las dos citadas. Sin embargo, hoy, día 10 de mayo, se ha aprobado tomar en consideración la segunda de ellas. Es, por tanto, la base sobre la que se debatirá en el Congreso.

Esos son los motivos por los cuales el presente Informe versará sobre ambas Proposiciones de Ley.

En cualquier caso, dado que la materia que se pretende regular es la **eutanasia**, es decir uno de los temas históricos que aborda la disciplina bioética, y dado que uno de los fines del **Observatorio de Bioética de la Universidad Católica de Valencia** es el estudio científico, asesoramiento y difusión de tal disciplina, por medio del presente Informe realizaremos un análisis multidisciplinar de las citadas Proposiciones de Ley con el objetivo de dilucidar si las mismas son conformes a los principios, valores y normas que configuran, por lo que ahora corresponde, el Bioderecho.

Así, y de acuerdo con los objetos de las Proposiciones, éstas plantean una serie de preguntas de investigación que trataremos de responder a lo largo del presente trabajo: ¿Cómo está regulada actualmente la eutanasia? ¿Por qué se han redactado y presentado las Proposiciones? ¿La causa por la que se han redactado se corresponde con la realidad que en las mismas se señalan? ¿Qué finalidad pretenden los redactores de dichos documentos? ¿La finalidad pretendida se consigue con los contenidos de estos? Finalmente, si la regulación es conforme a Derecho, ¿lo es en su totalidad o es susceptible de un análisis crítico? Si no lo es, ¿a qué obedece que no lo sea y, en tal caso, cabe alguna alternativa de regulación, es decir, ¿cuál sería, entonces, la propuesta por parte de este Observatorio?

El objeto, el objetivo y las preguntas de investigación han requerido emplear un tipo de investigación cualitativa mixta, ya que por un lado se ha basado en la observación indirecta y en la inferencia y, por otro lado, se ha empleado un análisis descriptivo, explicativo y exploratorio/confirmatorio. Tal método, además, no ha estado exento de un análisis hermenéutico crítico, tanto de la Proposición de Ley como de otros textos legales, jurisprudenciales y doctrinales que inciden sobre la materia que la misma pretende regular.

Por su parte, y al fin, los objetivos específicos coinciden con los apartados de este trabajo de investigación redactado a modo de Informe.

Comenzamos, pues, con la Proposición de Ley planteada por el Grupo Parlamentario Socialista de las Cortes Generales.

I. PROPOSICIÓN DE LEY PLANTEADA POR EL PSOE

1. LA EUTANASIA: REGULACIÓN VIGENTE

La inducción al suicidio, la cooperación al suicidio, el homicidio-suicidio (o suicidio-ejecución) y la eutanasia son conductas tipificadas como delito que están reguladas en el Artículo 143 del Código Penal, a cuyo tenor:

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.

2. ¿POR QUÉ SE HA REDACTADO Y PRESENTADO LA PROPOSICIÓN DE LEY? (ANÁLISIS DESCRIPTIVO CAUSAL)

Con la pregunta planteada en este apartado se formula de otro modo la siguiente cuestión: ¿por qué la eutanasia, que hasta ahora era un delito, ahora se intenta que sea un derecho o que se despenalice?

Según la Exposición de Motivos (en adelante, EM) de la Proposición, “La presente ley pretende dar una respuesta jurídica, sistemática, equilibrada y garantista a una demanda sostenida de la sociedad actual como es la eutanasia”. De hecho, continúa diciendo, “el debate sobre la eutanasia (...), se ha abierto paso en nuestro país y en los países de nuestro entorno durante las últimas décadas, no sólo en ámbitos académicos sino también en la sociedad, (...)”.

En los países de nuestro entorno existen modelos de tratamiento normativo de la eutanasia, concretamente dos: 1) Por razones compasivas, modelo que no ofrece garantías. 2) Se legaliza la eutanasia cuando se dan supuestos en los que se cumplen ciertos requisitos y con garantías (EM). Parece que la Proposición apuesta por este segundo modelo.

La pregunta planteada coincide, además, con la finalidad de la Proposición, que no es otra que la regulación de la eutanasia como derecho, es decir, “el acto deliberado de dar fin a la vida de una persona producido por voluntad expresa de la propia persona y con el objeto de evitar un sufrimiento” (EM).

Resumiendo, los motivos por los que se presenta esta Proposición de Ley son tres: 1) Porque la sociedad lo demanda. 2) En otros países de nuestro entorno está legalizada. 3) Transformar la eutanasia en un derecho.

3. ¿QUÉ DICE LA PROPOSICIÓN DE LEY? (ANÁLISIS DESCRIPTIVO/EXPLICATIVO)

3.1. ESTRUCTURA

La estructura ayuda a crear en la mente del lector el esquema sistemático de la Proposición de Ley. Así, esta tiene un total de 22 artículos, cinco capítulos, cinco disposiciones adicionales y tres disposiciones finales.

Los artículos están estructurados en cinco capítulos:

Capítulo I: Disposiciones Generales: objeto, ámbito de aplicación y definiciones.

Capítulo II: Derecho de las personas a solicitar la prestación de ayuda para morir y condiciones para su ejercicio: requisitos y condiciones de la solicitud.

Capítulo III: Deberes y obligaciones de los facultativos y facultativas que presten o denieguen la ayuda para morir y garantías que han de observarse: regular la actuación del personal sanitario.

Capítulo IV: Garantía en el acceso a la prestación de ayuda para morir: garantizar a todos el acceso a la prestación, así como incluirla en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.

Capítulo V: Comisiones de control y evaluación.

3.2. OBJETO Y ÁMBITO DE APLICACIÓN

¿Qué regula la ley? El objeto de la ley es regular el derecho de las personas a solicitar y recibir ayuda para morir cuando concurren las circunstancias y según el procedimiento y garantías que se establecen en la ley (artículo 1).

¿Dónde y a quién se aplica? Se aplica tanto al ámbito público como privado. También a domicilios particulares. Así como a todas las personas implicadas en la toma de decisión de la persona que solicita la eutanasia, y al personal sanitario. Finalmente, a las entidades aseguradoras o mutualidades (artículo 2).

3.3. INCIDENCIA Y COLISIÓN DE DERECHOS. LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

Según la EM, la eutanasia conecta con el derecho a la vida (artículo 15), pero éste “se debe cohonestar” con otros derechos y bienes constitucionalmente protegidos: integridad física y moral (artículo 15), dignidad humana (artículo 10), libertad (artículo 1.1), libertad ideológica y de conciencia (artículo 16) o derecho a la intimidad (artículo 18.1).

Pero en el ámbito eutanásico, “el bien de la vida puede decaer en favor de los demás bienes y derechos” (EM) porque no se puede imponer o tutelar la vida a toda costa y en contra de la voluntad de su titular. De ahí que el Estado está obligado a regular la eutanasia.

Por último, el derecho a la objeción de conciencia está regulado en el artículo 12, con el siguiente contenido: 1) Afecta a los profesionales sanitarios directamente implicados. 2) Ha de ser una decisión individual. 3) Debe manifestarse previamente y por escrito. 4) Las CCAA crearán un Registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia, cuyo objeto es poder garantizar “una adecuada gestión de la prestación de ayuda para morir”.

3.4. SUJETOS IMPLICADOS EN LA SOLICITUD DE LA EUTANASIA

¿Quién puede pedir y quién debe prestar la eutanasia? ¿Hay otros sujetos implicados?

3.4.1. ¿QUIÉN PUEDE PEDIR LA PRESTACIÓN?

La persona que padezca una enfermedad grave o incurable, entendiéndose por tal, “la que por su naturaleza origina sufrimientos psíquicos o físicos, constantes e insoportables, sin posibilidad de alivio que el paciente considere tolerable, con un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva” (artículo 3.3).

La persona con discapacidad grave crónica, es decir, la “situación en la que se produce en la persona afectada una invalidez de manera generalizada de valerse por sí mismo, sin que existan posibilidades fundadas de curación y, en cambio, sí existe seguridad o gran probabilidad de que tal incapacidad vaya a persistir durante el resto de la existencia de la persona”. Las limitaciones inciden en su autonomía física y actividades diarias, originando

sufrimientos físicos o psíquicos constantes e intolerables, sin alivio y, en ocasiones, con dependencia absoluta de apoyo tecnológico (artículo 3.2).

También se alude a la persona con incapacidad de hecho: no tiene capacidad de tomar decisiones o no se puede hacer cargo de su situación (por su estado físico o psíquico, y sin que exista resolución judicial (artículo 3.7).

3.4.2. ¿QUIÉN DEBE PRESTARLA?

El personal sanitario. Entre ellos, el médico o médica consultora, que es el “facultativo o facultativa con formación en el ámbito de las patologías que padece el o la paciente y que no pertenece al mismo equipo y servicio que el médico o la médica responsable” (artículo 3.4).

3.4.3. ¿HAY OTROS SUJETOS IMPLICADOS?

Administraciones Públicas. Además del Estado central, cada Comunidad Autónoma debe crear una Comisión de Control y Evaluación que resuelva reclamaciones, verifique si se han cumplido las condiciones y procedimiento, compruebe si las personas pueden acceder a la prestación de forma igualitaria y sin trabas, detectar, problemas, resolver dudas, y otras (artículos 20-22 y concordantes).

Aseguradoras. Por lo que respecta a los seguros de vida, y según la Disposición Adicional Primera, “la muerte producida (...) se considerará equivalente a una muerte natural a todos los efectos, (...)” (Disposición Adicional Primera).

Otros. “Igualmente, todas las personas responsables de la toma de decisiones relacionadas con el proceso (...)” (artículo 2).

3.5. PROCEDIMIENTO DE LA SOLICITUD Y DE LA EJECUCIÓN DE LA PRESTACIÓN

¿Cómo se solicita la prestación eutanásica y cómo se ejecuta la eutanasia?

3.5.1. PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD: SOLICITANTES, CONDICIONES Y REQUISITOS

En cuanto a los SOLICITANTES, el artículo 4.1 “reconoce el derecho de las personas a solicitar y recibir ayuda para morir, cuando concurren las circunstancias determinadas en esta ley”.

La decisión ha de ser autónoma, con conocimiento de los hechos más relevantes de su proceso, informada adecuadamente y dejando constancia de la información en la historia clínica.

Por lo que respecta a las CONDICIONES, “solamente la persona que reúna las siguientes condiciones y circunstancias, puede solicitar y obtener la prestación de ayuda a morir” (artículo 4.2):

1ª Tener la nacionalidad española o la residencia legal. Ser capaz y consciente en el momento de hacer la solicitud.

2ª Disponer de la información sobre su proceso, alternativas y posibilidades de actuación, “incluida la de acceder a cuidados paliativos”.

3ª Haber formulado la solicitud: 1) Voluntariamente. 2) Sin presiones externas. 3) Por escrito. 4) Deberá repetirse una vez con una separación de quince días naturales. 5) La prestación no se puede realizar sin que hayan transcurrido, al menos, quince días desde la última solicitud.

4ª Sufrir una enfermedad grave e incurable o padecer una discapacidad grave crónica en los términos ya descritos.

5ª Previo consentimiento informado.

Finalmente, las personas en situación de incapacidad de hecho y que hayan suscrito documento de instrucciones previas o equivalente (artículo 6), también tendrán derecho a la prestación conforme a lo dispuesto en ese documento.

En cuanto a los REQUISITOS de la solicitud (artículo 7), ésta debe reunir los siguientes:

1. Por escrito, en documento fechado y firmado. Si no puede por estar impedido físicamente, puede fechar y firmar en su presencia “otra persona mayor de edad y plenamente capaz, mencionando esta que la solicitante no puede hacerlo.
2. La firma será en presencia de profesional sanitario que lo rubricará. Si no es el médico responsable, lo entregará a este. Incorporación del escrito en la historia clínica.
3. El solicitante puede revocar su solicitud en cualquier momento. Inclusión de la revocación en la historia clínica. También puede pedir el aplazamiento de la prestación.

Por último, según el artículo 8, si el médico responsable deniega la solicitud motivadamente, no siendo objetor de conciencia, el solicitante o sus familiares y allegados “podrán presentar una reclamación ante la Comisión de Control y Evaluación”.

3.5.2. PROCEDIMIENTO DE LA EJECUCIÓN DE LA PRESTACIÓN: DEBERES Y OBLIGACIONES DE LOS FACULTATIVOS

Conforme al artículo 9, EL MÉDICO DEBE abrir un proceso deliberativo con el solicitante sobre: 1) Diagnósticos. 2) Posibilidades terapéuticas. 3) Resultados esperables. 4) Posibles cuidados paliativos. 5) Asegurándose que comprende la información. Además, debe 6) Informar a familiares y allegados si el solicitante lo desea. 7) Comprobar que se cumplen todas las condiciones y los requisitos ya descritos, salvo si la muerte es inminente, en cuyo caso se acortan los plazos. 8) Comunicar al equipo asistencial la petición de la prestación. 9) Consultar a otro facultativo competente que no forme parte del equipo, quien tras estudiar la historia clínica y examinar al paciente, corrobore que se han cumplido condiciones y requisitos y, finalmente, redactar un informe que también se incluirá en la historia. 10) Antes de ejecutar la prestación, lo comunicará a la Comisión de Evaluación y Control, salvo si la muerte es inminente.

La EJECUCIÓN DE LA PRESTACIÓN “debe hacerse con el máximo cuidado y profesionalidad” (artículo 10) y de acuerdo con los apartados a y b del artículo 6:

- 6.a. “la administración directa de una sustancia a una persona que lo haya requerido y que cause la muerte, o
- 6.b. la prescripción o suministro de una sustancia a una persona que lo haya requerido, de manera que ésta se la pueda auto administrar para causar su propia muerte”.

En el primer caso, como señala el artículo 10, el médico asistirá al solicitante hasta el momento de su muerte. En el segundo, mantendrá la debida tarea de observación y apoyo hasta el momento de la muerte.

4. GARANTÍA EN EL ACCESO A LA PRESTACIÓN. COMISIONES DE CONTROL Y EVALUACIÓN. DISPOSICIONES ADICIONALES, DEROGATORIAS Y FINALES.

La prestación eutanásica estará incluida en la Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y será de financiación pública (artículo 16).

Como ya se ha indicado supra, cada Comunidad Autónoma creará una Comisión de Control y Evaluación para, precisamente, controlar y evaluar antes y después de la ejecución que esta se ha realizado conforme a lo ordenado en la Proposición de Ley (Capítulo V y artículos concordantes). Hasta que se creen y tengan

Reglamento, su funcionamiento se acomodará conforme a los artículos 17 y 18 de la Ley 40/2015 de Régimen Jurídico del Sector Público (Disposición Adicional Tercera).

Las personas mayores de edad pueden incluir en su documento de instrucciones previas la solicitud eutanasica, en cuyo caso será de obligado cumplimiento (Disposición Adicional Segunda).

Las infracciones, "sin perjuicio de la responsabilidad civil y penal", quedan sometidas a lo dispuesto en la Ley General de Sanidad (Disposición Adicional Cuarta).

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en un plazo de tres meses desde la entrada en vigor de la ley, elaborará un manual de buenas prácticas (Disposición Adicional Quinta).

El contenido de la Disposición Derogatoria es el genérico habitual.

Por último, hay tres Disposiciones Finales: 1ª) La primera modifica el artículo 143.4 del vigente Código Penal en el sentido de que "no será punible la conducta del médico o médica (...)", en definitiva, si se cumple con lo dispuesto en la Proposición de Ley. 2ª) Carácter de la Ley y título competencial: algunos artículos tienen rango de ley orgánica; otros, son de directa aplicación en todo el Estado. 3ª) Entrada en vigor: a los tres meses de su publicación en el BOE.

II. PROPOSICIÓN DE LEY PLANTEADA POR EL PARLAMENTO CATALÁN

1. ¿POR QUÉ SE HA REDACTADO Y PRESENTADO LA PROPOSICIÓN DE LEY? (ANÁLISIS DESCRIPTIVO CAUSAL)

Según la EM de esta Proposición de Ley (en adelante, PLC), "el objetivo de la presente Proposición de Ley en defensa de la muerte digna, y de acuerdo con la dignidad y libertad de la persona proclamadas en el artículo 10.1 de la Constitución, es la modificación del apartado 4 del artículo 143 del Código Penal".

Se basa en el Informe sobre la eutanasia y la ayuda al suicidio elaborado por el Comité Consultivo de Bioética de Cataluña de 2006.

Por otro lado, se está legalizando la eutanasia en otros países.

Por último, entiende que no existen estadísticas conocidas que reflejen que la eutanasia sea demandada por la sociedad. Pero sí existen: menciona dos. Además, se han denegado la eutanasia a, al menos, 1200 personas. Hay, pues, eutanasia, pero no se conoce de su existencia.

2. ¿QUÉ DICE LA PROPOSICIÓN DE LEY? (ANÁLISIS DESCRIPTIVO/EXPLICATIVO)

2.1. ESTRUCTURA

No está estructurada en Capítulos. Sólo hay una EM y un artículo. El contenido de la Proposición es breve pero denso. Motivo por el que no podemos estructurar exactamente el presente análisis descriptivo del mismo modo que el anterior.

2.2. OBJETO Y ÁMBITO DE APLICACIÓN

El objeto es vivir el proceso de final de la vida, de acuerdo con su concepto de dignidad.

En cuanto al ámbito de aplicación, habla de Cataluña, pero se ha aprobado continuar su tramitación en el resto del Estado español, como se ha indicado supra.

2.3. DERECHOS

Hace una lista. Derecho:

- De cada persona a vivir ese proceso según su concepción de dignidad.
- Rechazar cualquier tratamiento, siempre y cuando se trate de una decisión competente y bien informada.
- Recibir una atención de calidad para el alivio del sufrimiento físico, psíquico o espiritual. En el entorno idóneo (domicilio, hospital,...)
- Cuando se dan situaciones de sufrimiento insoportable y la persona, en plena posesión de sus facultades para decidir expresa su deseo de morir y solicita ayuda para hacerlo, tiene derecho a recibir un trato respetuoso y a que se le dé la respuesta proporcionada a la intensidad de este sufrimiento.
- Facilitarle los cuidados y tratamientos necesarios para facilitarle una muerte digna y sin sufrimiento, siempre dentro del marco legal vigente.
- Apuesta por los cuidados paliativos. Con equipos especializados multidisciplinares dedicados cada día durante toda la semana a atender a los enfermos. Pero no los considera una alternativa, si no que forman parte del mismo proceso.
- Proporcionar el documento de voluntades anticipadas y facilitar su tramitación.
- Crear un Observatorio para supervisar todo el proceso.

2.4. ¿QUÉ DEBERÍA CONTENER, AL MENOS, LA FUTURA LEY?

También hace una lista:

- Una definición clara de los conceptos.
- Condiciones para llevar a cabo la eutanasia y el suicidio médicamente asistido.
- Características que debe tener el paciente.
- Requisitos a cumplir por el personal sanitario en la toma de decisiones y en la actuación.
- Composición, tareas y competencias de los órganos de supervisión y control.

2.5. ARTÍCULO ÚNICO

Su contenido es la modificación del artículo 143.4 del vigente Código Penal, haciéndolo en los siguientes términos: No obstante, lo establecido por los apartados anteriores, está exento de responsabilidad penal el que, por petición expresa, libre e inequívoca de una persona que padezca una enfermedad grave que lo conducirá necesariamente a la muerte o a una patología incurable que le provoca sufrimiento físico o psíquico grave y que se prevé que será permanente, cause con actos necesarios la muerte segura, pacífica y sin dolor de esta persona o coopere a ello, dentro del marco legal establecido.

III. ANÁLISIS HERMENÉUTICO CRÍTICO DE LAS PROPOSICIONES DE LEY

Previamente a realizar el presente análisis hemos de hacer las siguientes consideraciones:

1ª. La eutanasia, como hemos indicado al principio, es uno de los objetos tradicionales en el estudio de la Bioética, pero no es menos cierto que también es uno de los temas más delicados a tratar. El presente análisis lo abordamos, por tanto, con el respeto y la sensibilidad que merece. Es más, que nos merecemos todos, porque todos, tarde o temprano, nos vamos a enfrentar con la muerte.

2ª. Precisamente por lo acabado de decir, es humanamente lógico, pero no está de más recordarlo, que nadie quiere (nadie queremos) sufrir, menos aun cuando nos llega ese último momento, que nos afecta a cada uno, pero también afecta y mucho a quienes nos rodean: nuestros seres más queridos y amistades.

3ª. El Observatorio de Bioética de la UCV es un grupo de investigación científica, y su pensamiento se apoya en el humanismo cristiano. Esto puede generar sospechas lógicas en una parte de la sociedad sobre el rigor del

estudio. Ante tal posible duda, hemos de manifestar por nuestra parte que entendemos la Bioética como una ciencia multidisciplinar e interdisciplinar, teniendo pues carácter laico. No hay que confundir, por ende, religión con ciencia. Ese rigor y la seriedad intelectual y científica exigen la argumentación racional, como aquí esperamos mostrar para, después de la metodología que hemos aplicado, proponer las conclusiones pertinentes.

Una vez aclaradas las anteriores consideraciones, pasamos a analizar el presente apartado.

Para abordar el mismo, intentaremos responder a las preguntas de investigación planteadas. Decimos que intentaremos porque, toda vez que la Proposición que va a seguir el trámite parlamentario ha sido la segunda de las mencionadas y ésta no está estructurada, el análisis detallado tiene que ceder y equilibrarse con otro más genérico.

1. CAUSAS POR LA QUE SE HAN PLANTEADO LAS PROPOSICIONES DE LEY

En coherencia con todo lo dicho, la primera pregunta a responder es: ¿Por qué se han planteado las Proposiciones de Ley? Sobre la base de la EM de la primera Proposición de Ley (en adelante PLS) y como hemos indicado supra, los motivos por los que se presenta esta Proposición de Ley son tres: 1) Porque la sociedad lo demanda. 2) En otros países de nuestro entorno está legalizada. 3) Transformar la eutanasia en un derecho.

Los tres motivos coinciden en ambas PL. Hay dos diferencias: 1) Para la PLC existen estadísticas, pero no se conocen, además de haberse negado la eutanasia a 1200 personas. 2) Para la PLS, la eutanasia es un derecho. Para la PLC, se intenta despenalizar.

En cuanto al primer motivo, si acudimos a los datos que nos aportan los estudios estadísticos recogidos en las dos páginas webs más importantes en materia sociológica, comprobamos lo siguiente:

Por lo que respecta a la página web perteneciente al Centro de Investigaciones Sociológicas, la eutanasia no aparece en ninguno de los “problemas principales que existen actualmente en España”^[1].

Por su parte, en la página web perteneciente al Instituto Nacional de Estadística, escribiendo el sustantivo “eutanasia” en el Buscador, la respuesta del mismo ha sido la siguiente: “Se ha encontrado 0 coincidencias”^[2].

Por último, en nuestro país apenas hay Jurisprudencia que trate o haya tratado casos de eutanasia. Si hay pocos casos en nuestros Tribunales cabe presumir que no se dan a menudo.

En cuanto a las estadísticas realizadas por determinadas Instituciones pero que no son conocidas (PLC), nos remitimos a lo que diremos infra, además de lo indicado en la nota a pie de página número 1.

De modo que más que responder a esa demanda social, no hay datos suficientes que nos informen que la misma exista, al menos explícitamente y salvo lo indicado por la PLC. La PLS lo que trata, más bien, es de crearla, lo cual puede ser legítimo, pero que se diga.

La segunda causa por la que se ha planteado la PLS es por su legalización en los países de nuestro entorno. La PLC habla de países y estados. Ante tal planteamiento, ¿en qué países está legalizada?

Entendemos la expresión “países de nuestro entorno” aquellos que pertenecen a la Unión Europea, que son con los que nos unen más características sociales, económicas, culturales, políticas,... Por ello son, precisamente, de nuestro entorno. Pues bien, dentro de la UE, que la forman 29 países actualmente, la eutanasia y/o el suicidio asistido están legalizados en tres: Holanda, Bélgica y Luxemburgo.

Cierto es, por otro lado, que sí está legalizada en varios Estados de USA y en Canadá, que no son países de nuestro entorno y, en cualquier caso, sus ordenamientos jurídicos son bien distintos al nuestro, con la consiguiente dificultad de adaptación.

La tercera causa es transformar el delito de eutanasia en un derecho. Es la finalidad de la PLS. La PLC parece que su objetivo es despenalizarla. Poco más se puede comentar exclusivamente en cuanto al hecho de esas

finalidades, con dos salvedades: 1) De alguna manera respondemos biojurídicamente a la misma a lo largo del presente apartado de nuestro Informe. 2) En la EM y en varios artículos de la PLS, como por ejemplo los artículos 1 y 5, se confunde derecho a la eutanasia con la eutanasia como delito despenalizado. Y no es lo mismo jurídicamente. La PLC parece que opta por lo segundo.

2. OBJETO DE LAS PROPOSICIONES DE LEY: EL PROBLEMA TERMINOLÓGICO Y CONCEPTUAL

Aunque parezca sorprendente, uno de los mayores problemas en torno al debate eutanásico es la terminología y los conceptos que se utilizan. No en vano la mayoría, si no todos, de los autores especialistas que han escrito sobre la materia así lo afirman. La PLC sí demanda una definición clara de conceptos. Estamos de acuerdo.

Así, por ejemplo, según Gafo (2004):

En los últimos años se ha usado la palabra eutanasia en relación con una serie de casos [inmediatamente hace referencia, por ejemplo, a los de Karen Ann Quinlan, Tito, Nancy Cruzan o Ramón Sampedro, entre otros] (...). Ante todo, hay que decir que la palabra <eutanasia> es ambigua. Cuando una encuesta nos afirma que un determinado porcentaje de personas es favorable a la eutanasia, ¿qué significa esa afirmación? (...). En todos los casos que acabamos de describir, se habla de eutanasia, pero es claro que son situaciones distintas. (pp. 91-92)[3]

En ese error terminológico y, sobre todo, conceptual, incurre la PLS. De hecho, contiene al menos ocho definiciones sobre eutanasia. Definiciones que contienen diferencias, y a veces no de matiz. Confunde conceptos que, por su naturaleza, son distintos.

Tampoco ayuda la clasificación que tradicionalmente se ha realizado sobre la eutanasia: activa, pasiva, activa directa, indirecta,...

¿Por qué son tan importantes tanto los términos como los conceptos?

Porque, de entrada, por obvio, genera más dudas que aclaraciones, sobre todo cuando en ocasiones los límites entre una figura y otra son muy delgados.

Por otro lado, y como consecuencia, a distinto concepto, distinto tratamiento ético, jurídico y médico: no es lo mismo eutanasia, que ortotanasia y que distanasia. Tampoco es lo mismo eutanasia que limitación de esfuerzo terapéutico.

Lo decimos porque si se supieran con concisión las diferencias, los acuerdos en la sociedad serían mayores: cuando se pregunta sobre la eutanasia, en la mayoría de las ocasiones, de lo que realmente se está hablando es de distanasia, la cual (y en esto estamos todos de acuerdo) no es moral ni jurídicamente aceptable.

Nuestra propuesta es, pues, abrir un debate en la comunidad científica y, en su caso, en la sociedad, para clarificar conceptos.

3. COLISIÓN DE DERECHOS

Como hemos descrito y ahora reproducimos, según la EM de la PLS, la eutanasia conecta con el derecho a la vida (artículo 15), pero éste “se debe cohesionar” con otros derechos y bienes constitucionalmente protegidos: integridad física y moral (artículo 15), dignidad humana (artículo 10), libertad (artículo 1.1), libertad ideológica y de conciencia (artículo 16) o derecho a la intimidad (artículo 18.1).

Y sigue diciendo: Pero en el ámbito eutanásico, “el bien de la vida puede decaer en favor de los demás bienes y derechos” (EM) porque no se puede imponer o tutelar la vida a toda costa y en contra de la voluntad de su titular. De ahí que el Estado está obligado a regular la eutanasia.

Para la PLC la colisión se da con el artículo 143.4 del Código Penal.

No cabe duda de que en el ámbito de la eutanasia inciden derechos fundamentales y que a menudo existe una colisión entre ellos que hay que ponderar. Pero bajo nuestro punto de vista, hay derechos que inciden de manera nuclear, otros de modo más accidental, otros que influyen en una parte del problema eutanásico (aunque no por ello menos respetables) y otros que, finalmente, contemplándose en efecto en dicho ámbito, no generan colisión. De todos los derechos que la PLS enumera, por resumir, los que nuclearmente plantean colisión son el derecho a la vida y el derecho a la autonomía.

Constitucionalmente no es exactamente lo mismo autonomía que libertad, pero partimos de la teoría de la fuerza expansiva de los derechos fundamentales propuesta por Peter Häberle y, así, el punto de partida debe ser el Artículo 1.1 de la Constitución Española, que propugna como valores superiores del Ordenamiento Jurídico de nuestro país la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político.

Una lectura literal del mismo haría pensar que el valor superior sería la libertad, por cuanto es el primero que se propugna. Sin embargo, no hay que olvidar que dice valores de nuestro Ordenamiento Jurídico, por lo que tales valores hay que articularlos conforme a los otros valores y derechos constitucionales.

Desde este punto de vista, la dignidad humana es ya un valor que está por encima de la libertad, conforme al artículo 10.1 de la Constitución Española. Como dice Valle Muñiz (en Quintero 2004, p. 70), “la dignidad de la persona aparece como inspiración y fundamento de los derechos fundamentales”. La dignidad humana no es un derecho, sino el Fundamento de los derechos: por eso está regulado en el artículo 10.1 de la Constitución Española y no después y dentro de los derechos fundamentales.

Ahora bien, en tanto en cuanto el ejercicio de la libertad se realiza precisamente para respetar y promover la dignidad humana, hay opciones que la dignifican más éticamente y otras que van en sentido contrario.

Sin duda, ante situaciones radicales en el contexto de salud, como es el caso de las enfermedades terminales, con sufrimientos constantes, imposibles de soportar, etcétera, vida, libertad, calidad de vida y vida ontológica han de cohonestarse para evitar un sufrimiento que no es soportable.

Nadie queremos sufrir y, sobre todo, nadie queremos sufrir así. En esto estamos de acuerdo. Y estaríamos aún más de acuerdo si hubiera un consenso en la comunidad científica sobre las aclaraciones terminológicas y conceptuales de las que hemos hablado supra con los tratamientos correspondientes y por las razones aducidas. Pero si queremos hacer una reflexión seria, debemos resolver una cuestión jurídica importantísima en este punto concreto: el ejercicio de la autonomía será lícito si persigue fines lícitos, es decir, conformes a Ley.

Así, el Tribunal Constitucional entiende que para delimitar el actuar ilícito será preciso atender a “la relevancia jurídica que tiene la **finalidad** que persigue el acto de libertad, puesto que no es lo mismo usar la libertad para conseguir fines lícitos que hacerlo con objetivos no amparados por la ley” (STC 120/90, de 27 de junio, FJ. 7; STC 137/90, de 19 de julio, FJ. 5)[4].

Ese es el motivo, precisamente, por el que se pretende modificar el artículo 143.4 del Código Penal exactamente en el sentido negativo que hace la Disposición Final Primera de la PLS (“No será punible...”), y la exención de responsabilidad del Artículo Único de la PLC: si se despenaliza la eutanasia y, en virtud de la autonomía del paciente, éste la solicita, al no haber delito, es lícita[5].

En cualquier caso, la cuestión la dejamos abierta porque incide en los últimos puntos que hay que analizar: quién realiza la eutanasia y los cuidados paliativos. Pero antes de abordarlos todavía hay que tratar otro punto más, el cual incide en la colisión de derechos, pero hay que extraerlo de este apartado porque tiene unos matices que hay que tener en cuenta a la hora de examinar la cuestión eutanásica.

4. LA TEORÍA DE LA PENDIENTE

La teoría de la pendiente ha sido muy utilizada para los casos de eutanasia. Es más, ha sido muy utilizada tanto por los partidarios como por los detractores de esta: estos últimos negándola y aquellos magnificándola.

Y, ¿en qué consiste la teoría de la pendiente?

Se hable de derecho a la eutanasia o se hable de eutanasia como delito despenalizado, que en cualquier caso son dos figuras jurídicas distintas, ambas PL proponen que la eutanasia se aplique a determinados supuestos en los que se puede encontrar una persona. Supuestos de vivencia radical, a veces terminal, sufriente y difícilmente soportable, cuando no insoportable.

Sin embargo, no es menos cierto que existen enfermedades que presentan afinidades con otras, sobre todo en cuanto a la sintomatología, si no ocurre con todas. De modo que puede suceder que esos supuestos tasados se abran a otros, de tal manera que progresivamente se vayan ampliando los supuestos (de ahí el nombre de la teoría)...incluso hasta situaciones en las que no ha sido el paciente quien autónomamente ha pedido la eutanasia, llegando a extremos como la eutanasia neonatal.

Como es una teoría, cabe responder que puede no darse en la realidad. Pero el problema es que ha sido, y sigue siendo, una constante en la evolución de las legislaciones eutanásicas.

Los riesgos (reales) que acabamos de argumentar han sido ya advertidos por numerosos autores. Así, por ejemplo:

Ollero (2006):

En este contexto, la inversión del juego norma-excepción que toda despenalización (o reducción de las penas a lo meramente simbólico) lleva consigo supone asumir la grave responsabilidad de que con ello se abra paso la posibilidad de que acaben viéndose impunemente eliminadas vidas humanas sin contar siquiera con el consentimiento del afectado. (p. 143)

Por su parte, Tomás-Valiente (2000) lo confirma:

Y es que, en efecto, entiendo que la pervivencia de la criminalización de las conductas que nos ocupan puede justificarse por una vía que no cabe calificar de meramente arbitraria o falta de fundamento, justificación que residiría en la posibilidad de que la legalización de tales comportamientos desembocara en una práctica abusiva que escapara del control de los distintos mecanismos que eventualmente se dispusieran a tal fin. (p. 39)

Por otro lado, existen estudios sobre la práctica eutanásica en los países donde la misma ha sido despenalizada, sobre todo en Holanda y Bélgica, en los que se muestra que la teoría de la pendiente es, más bien, una realidad. Tales estudios son de diferentes años: Informe R Emmelink en 1991[6], dos Informes encargados a P. J. Van der Maas y G. Van der Wal en 1996[7], por su parte Van der Wal y Van der Heide volvieron a realizar nuevo Informe en 2001[8].

Lo decimos porque en el *Informe sobre la eutanasia y la ayuda al suicidio* (2006) sobre el que se basa la PLC hay un voto particular, concretamente del Dr. Joan Vidal-Bota quien, en este contexto, afirma lo siguiente:

El texto olvida el "principio de realidad". Datos recientes holandeses ponen de manifiesto cómo la eutanasia supone la pérdida de la tutela legal efectiva sobre los más débiles: más de la tercera parte de los casos de eutanasia se hacen sin consentimiento y los médicos no notifican a las autoridades más que el 54% de los casos. El Comité de Derechos Humanos de la ONU se ha quejado a las autoridades holandesas por la ineficacia del Comité de revisión de casos: sólo se rechazaron tres de los 2000 casos examinados en un año (**ver AQUÍ**). (p. 152)

Ciertamente, el documento hace una llamada al respecto que desarrolla a pie de página, donde desarrolla lo siguiente:

La Comisión Permanente del Comité Consultivo de Bioética de Cataluña quiere hacer constar que el texto a que se refiere el voto particular se puede [consultar en la página web](#) . Este se publicó el 27 de agosto de 2001 y la Ley de comprobación de la finalización de la vida a petición propia y de auxilio al suicidio en Holanda entró en vigor el 1 de abril de 2002. (p. 152)

Sin embargo, y por nuestra parte, ponemos nuevamente de manifiesto, como así lo hemos demostrado, que la teoría de la pendiente es una constante en la evolución de la aplicación de las leyes eutanásicas.

Una vez desarrollada la teoría de la pendiente, por su incidencia en el contexto eutanásico, vamos a analizar los dos puntos antes prometidos.

5. ¿QUIÉN DEBE REALIZAR LA PRESTACIÓN DE EUTANASIA?

Entendemos que este es el aspecto nuclear de la eutanasia. Y esperamos tratarlo con la delicadeza que requiere. Aunque ciertamente guarda más complejidad (además de los valores y creencias del paciente que hay que respetar, cada persona responde de una manera, no es lo mismo una enfermedad que otra y no hay enfermedades sino enfermos), baste decir que el problema ético y jurídico central a analizar no se da en la persona que solicita la eutanasia. Ya tiene bastante con la situación que sufre. Podríamos discutir sobre la dignidad humana, la vida, la libertad, los derechos, etcétera... Pero sería inconveniente porque no somos nosotros los que en ese momento estamos viviendo esa situación.

El problema reside, por contra, en quién realiza la acción eutanásica. La respuesta surge de inmediato (ambas PL, de hecho, lo hacen): el personal sanitario. Pero esta pregunta abre otra cuestión que hasta ahora ha quedado escondida: ¿por qué tiene que ser el personal sanitario?

Ha quedado escondida porque la situación de sufrimiento del paciente y la evidente e indudable compasión que genera, además del respeto a su voluntad y autonomía, nublan el hecho incuestionable de que estamos hablando de acabar directamente con la vida de una persona.

Esa cuestión plantea otras de difícil solución, motivo por el cual las dejamos abiertas: ¿Tenemos derecho a pedir a otro que acabe directamente con nuestra vida? ¿A quién se lo debemos pedir, quien debe ser ese otro? ¿La autonomía vincula hasta el punto de solicitar una acción de esa naturaleza? Y, por último y quizá más importante, ¿tenemos derecho a pedirselo al personal sanitario? ¿A trasladarles esa responsabilidad?

Bajo nuestro punto de vista, ni por la naturaleza de la profesión, ni por su finalidad y funciones (explorar, diagnosticar, prescribir, pronosticar, curar y, si no se puede, cuidar y paliar), ni deontológicamente, el personal sanitario está formado ni, por ende, está obligado a realizar tal acción.

Y es aquí donde la PLS adolece de mayores críticas porque no dota de seguridad jurídica a las actuaciones del personal sanitario. Es más, pueden recibir reclamación si niegan la prestación motivadamente (artículo 8), lo cual no deja de ser una presión externa.

La objeción de conciencia, regulada en el artículo 12 PLS, es necesaria, pero no suficiente.

Además de todo lo explicado, nos apoyamos, entre otras Sentencias, en el Fundamento Jurídico 7º de la STC 120/90:

Tiene, por consiguiente, el derecho a la vida un contenido de protección positiva que impide configurarlo como un derecho de libertad que incluya el derecho a la propia muerte. Ello no impide, sin embargo, reconocer que, siendo la vida un bien de la persona que se integra en el círculo de su libertad, pueda aquélla fácticamente disponer de su propia muerte, pero esa disposición constituye una manifestación del agere ligere, en cuanto que la privación de la propia vida o la aceptación de la propia muerte es un acto que la ley no prohíbe y no, en ningún modo, in derecho subjetivo que implique la posibilidad de movilizar el apoyo del poder público para vencer la

resistencia que se oponga a la voluntad de morir, ni, mucho menos, un derecho subjetivo de carácter fundamental en el que esa posibilidad se extienda incluso frente a la resistencia del legislador, que no puede reducir el contenido esencial del derecho.

En cualquier caso, insistimos en que dejamos abiertas las anteriores cuestiones. ¿Por qué? ¿Eso quiere decir que no hay posibilidades de actuación cuando la situación de enfermedad y sufrimiento es tal que “no hay nada que hacer”?

6. LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Llama la atención que la PLS mencione los Cuidados Paliativos solamente en dos ocasiones, concretamente en los artículos 5.2ª y 9.1. La PLC opina que no es alternativa a la eutanasia, sino que entra dentro del proceso que pretende regular y no es cien por cien eficaz.

Por nuestra parte, mostramos nuestra conformidad con el Dr. Gómez Sancho, para quien “la gran laguna en España son los cuidados paliativos, no la eutanasia”[\[9\]](#).

El Dr. Gómez Sancho innovó en la especialidad de Cuidados Paliativos. Verdadero experto en la materia. Con muchos años de experiencia. Sin él, los Cuidados Paliativos serían hoy otra cosa, probablemente menos evolucionados.

Por su parte, Barbero (en Elizari, 2007) apunta en la misma dirección:

Los cuidados paliativos (CP) nacen, precisamente, como una herramienta útil para conseguir que el final de la vida de los enfermos obtenga el máximo bienestar posible y que los familiares y allegados puedan recibir el apoyo que precisan. Si hay una expresión prohibida en CP es <ya no hay nada que hacer>. Cuando una persona no tiene posibilidades de curarse, siempre podremos cuidarla, siempre podremos facilitarle las mediaciones adecuadas para que su último episodio se revista de las condiciones más humanas y humanizantes posibles. (p. 68)

Siendo que la PLC sí propone expresamente los Cuidados Paliativos, como nosotros lo hacemos aquí, no estamos de acuerdo con la afirmación de no contraponerlos con la citada PL, toda vez que no es lo mismo acabar con la vida de alguien para evitar su sufrimiento que paliar el sufrimiento, aunque esto tenga como consecuencia inevitable pero no querida directamente el acortamiento de la vida.

La PLC no lo dice de este modo. Pero nosotros sí queremos manifestar que no es lo mismo eutanasia y suicidio asistido que los Cuidados Paliativos.

Los Cuidados Paliativos persiguen, pues, acabar nuestros días con una mayor calidad de vida, paliando tanto la sintomatología como el sufrimiento y humanizando ese proceso, siendo el “objetivo final: el bienestar” (Barbero, p. 71). Lo importante es, pues, tratar, acompañar y cuidar al enfermo y a su familia[\[10\]](#).

Todo lo cual, y por lo que respecta a la sedación terminal, propia de los Cuidados Paliativos, lo confirman Camps Herrero, et al (2005):

En medicina paliativa existe un procedimiento altamente eficaz en la ayuda en las últimas horas, la sedación, aplicable cuando sea imposible el control sintomático con otros medios. Con una cobertura adecuada de cuidados no debería ser necesario introducir leyes de suicidio asistido y/o eutanasia activa voluntaria, ni por la magnitud de la demanda, ni por las dificultades en el adecuado control sintomático. (p. 14)

El problema, por tanto, es la falta de regulación legal. Materia que urge legislar. Por el bien de todos. Y, sin embargo, se ha priorizado la regulación sobre la eutanasia, con lo que probablemente se haya empezado la casa por el tejado.

Para terminar, realizamos las siguientes propuestas relacionadas con las familias y con las Administraciones Públicas e Instituciones Privadas. Propuestas que deberían ser exigencias:

1ª. El cuidado ha de ser multidisciplinar e interdisciplinar. De modo que no solamente se encargue el personal sanitario cualificado y competente en la especialidad.

2ª. La familia debe ser formada en el cuidado del enfermo cuando exista una situación de este tipo, incluso antes mediante Cursos especializados.

3ª Debe organizarse: cuidador principal y cuidadores secundarios.

4ª Deben hablar con el personal sanitario cuantas veces se necesite.

5ª Deben recibir por parte de las Administraciones Públicas más prestaciones sociales y económicas para cumplir bien la función. Al menos, el cuidador principal.

6ª Ese cuidador principal debería de recibir la baja laboral por este motivo. Previa acreditación correspondiente y pertinente para demostrar la situación real que se vive.

7ª Que se cumpla como debe la Ley de Dependencia, sin cortapisas políticas. La soledad de las personas mayores (y no sólo de las personas mayores), enfermos y familia debe ser y estar mejor atendida.

8ª En definitiva, que se cree una Red de Cuidados.

BIBLIOGRAFÍA

-Ansuátegui, F. J. (coordinador). (1999). *Problemas de la eutanasia*. Editorial Dykinson: Madrid.

Castro Nogueira, L., Castro Nogueira, M. A., & Morales Navarro, J. (2005). *Metodología de las ciencias sociales*. Editorial Tecnos: Madrid.

- Camps Herrero, et al. (2005). *La eutanasia en el paciente con cáncer y los cuidados continuos*. En *Clinical and Ttraslational Oncology*, Volume 7, pp. 278-284. Recuperado de: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF02710266>

-Código Penal. (1998). Editorial del Consejo Superior de Abogados de la Comunidad Valenciana: Valencia.

-Constitución Española. (1978). Editorial Tecnos, S.A.: Madrid.

-Elizari, F. J. (director). (2007). *Diez palabras clave ante el final de la vida*. Editorial Verbo Divino: Navarra.

García Ferrando, M., et al. (1986). *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Alianza Editorial: Madrid.

-Gafo, J. (2004). *Diez palabras clave en bioética*. Editorial Verbo Divino: Navarra.

-Guillem-Tatay, D. (2013). *Historia de la Bioética*. Recuperado de: <http://www.observatoriobioetica.org/2013/10/historia-de-la-bioetica/554>

-Jurisprudencia. Recuperado de: www.icav.es

-Quintero, G. & Morales, F. (2004). *Comentarios a la Parte Especial del Derecho Penal*. Editorial Aranzadi: Pamplona.

-Tomás-Valiente, C. (2000). *La cooperación al suicidio y la eutanasia en el nuevo código penal (artículo 143)*. Editorial Tirant lo Blanch: Valencia.

-Vega, J. (2007). *La práctica de la eutanasia en Bélgica y la "pendiente resbaladiza"*. Cuadernos de Bioética. Volumen XVIII. AEBI: Murcia.

-Vega, J. & Ortega, I. (2007). *La pendiente resbaladiza en la eutanasia en Holanda*. Cuadernos de Bioética. Volumen XVIII. AEBI: Murcia.

-Zapata-Barrero, R. & Sánchez-Montijano, E. (2011). *Manual de investigación cualitativa en la ciencia política*. Editorial Tecnos: Madrid.

[1] Se puede comprobar en: http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Indicadores/documentos_html/TresProblemas.html La PLC alude solamente a uno en mayo de 2009 en el que se constata una amplia y creciente mayoría de apoyo a la eutanasia y al suicidio asistido. Es de una fecha anterior a la que se puede acceder por Internet: nos remitimos al link acabado de referenciar. También refiere otro realizado por *The Economist* en el mismo sentido. Y, finalmente, otro realizado por una Institución Hospitalaria. En total, tres.

[2] Se puede comprobar en: http://www.ine.es/buscar/searchResults.do?searchString=eutanasia&Menu_botonBuscador=Buscar&searchType=DEF_SEARCH&startat=0&L=0

[3] Entendemos que esta cita, además de lo indicado supra y lo que luego se dirá, responde a las estadísticas a las que hace alusión la PLC.

[4] La negrita es nuestra.

[5] Por cierto, entendemos que, en su caso, es más correcta la redacción de la PLC, que habla de exención, que la PLS, que regula lo que no será delito: el Código Penal regula delitos (con circunstancias atenuantes o eximentes) no regula no delitos.

[6] Puede consultarse en Guillem-Tatay, D. (2013) <http://www.observatoriobioetica.org/2013/10/historia-de-la-bioetica/554>

[7] Puede consultarse su análisis Marcos del Cano (en Ansuátegui, 1999, pp. 71-85).

[8] Hay dos estudios detallados respecto a la eutanasia en Holanda y Bélgica en sendos trabajos de Vega, J. (2007), el segundo de los cuales también lo firma Ortega, I. Cf. la Bibliografía indicada infra.

[9] Titular del artículo donde se entrevista al Dr. Marcos Gómez Sancho publicado en el periódico *El Confidencial* el 5 de mayo del presente año de 2018.

[10] Por cierto, la familia está prácticamente ausente en la PLS