

## ARTIGOS / ARTICULOS

# Decisiones al final de la vida en el ordenamiento jurídico español

*Decisions at the end of life in Spanish legal system*

**David Larios Risco**

---

Letrado Administración Seguridad Social, Letrado Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, Vocal del Comité de Ética y Bienestar Social de Castilla-La Mancha, España.

**Resumen:** El proceso de toma de decisiones clínicas se torna especialmente complejo durante las últimas fases de las enfermedades irreversibles o terminales. Cuando la decisión del paciente implica un ataque a la propia vida, la autonomía de la voluntad de la persona puede colisionar con el criterio médico o con los límites que impone el Ordenamiento Jurídico. El artículo aborda las diferentes figuras jurídicas en el proceso de toma de decisiones al final de la vida, diferenciando entre las admitidas por la ley (limitación del esfuerzo terapéutico, rechazo al tratamiento, sedación en la agonía y voluntades anticipadas) y las prohibidas (auxilio al suicidio y eutanasia) con el objetivo de ofrecer una aproximación al régimen jurídico de las decisiones al final de la vida en el ordenamiento jurídico español.

**Palabras clave:** Limitación del esfuerzo terapéutico; rechazo al tratamiento; voluntades anticipadas; eutanasia.

**Resumo:** O processo de tomada de decisão clínica torna-se especialmente complexo durante as últimas fases das doenças terminais irreversíveis. Quando a decisão do paciente implica um ataque à própria vida, a autonomia de sua vontade pode colidir com o critério médico ou com os limites impostos pelo ordenamento jurídico. O artigo aborda as diferentes figuras jurídicas relativas ao processo de tomada de decisão ao final da vida, estabelecendo diferenças entre as admitidas pela lei (limitação do esforço terapêutico, recusa de tratamento, sedação na agonia e vontades antecipadas) e as proibidas (suicídio assistido e eutanásia) com o objetivo de oferecer uma aproximação ao regime jurídico das decisões ao final da vida no ordenamento jurídico espanhol.

**Palavras chave:** Limitação do esforço terapêutico; recusa de tratamento; vontades antecipadas; eutanásia.

**Abstract:** The process of clinical decision becomes especially complex during the final stages of irreversible or terminal illness. When the patient's decision involves an

attack on own life, the autonomy may collide with medical criteria or with the limits imposed by law. The article addresses the different legal concepts in the decision making process at the end of life, differentiating between those allowed by law (limitation of treatment, refusal of treatment, sedation in agony and living wills) and prohibited (assisted suicide and euthanasia) with the aim of offering an approach to the legal regime of the decisions at the end of life in the Spanish legal system.

**Key-words:** Limitation of treatment; refusal of treatment; living wills; euthanasia.

## 1. Decisiones al final de la vida y derecho a la propia muerte.

La enfermedad y la muerte son realidades insoslayables en la existencia humana. Los avances de la medicina han propiciado un importante aumento de la esperanza de vida, con el consiguiente incremento del número de personas aquejadas de enfermedades crónicas e incurables. Las fases más avanzadas y terminales de la mayor parte de las enfermedades evolutivas generan sufrimiento físico y emocional que afecta al paciente y a las familias.

En estas situaciones, el proceso de toma de decisiones se torna especialmente complejo ya que la autonomía puede colisionar con el criterio clínico o con los límites que impone el Ordenamiento Jurídico cuando la voluntad del paciente implica un ataque a la propia vida.

Respecto a la disponibilidad de la propia vida se ha pronunciado el Tribunal Constitucional español (TC) en diversas ocasiones, negando la existencia de un *derecho a la propia muerte*<sup>1</sup>, entendiendo que el derecho a la vida del art. 15 de la Constitución Española tiene un contenido de protección positiva que impide configurarlo como un derecho de libertad que incluya la propia muerte, dejando de este modo claro que no existe un derecho a la propia muerte, lo que no impide, sin embargo, que siendo la vida un bien de la persona que se integra dentro del círculo de la libertad, pueda aquella disponer sobre su propia muerte. El TC también aclara que la privación de la propia vida o la aceptación de la propia muerte no es un derecho subjetivo que implique la posibilidad de pedir apoyo al poder público, pero tampoco es un acto prohibido por la Ley (STC núm. 120/1990).

---

<sup>1</sup> En el Auto 369/1984, de 20 de junio, el TC inadmitió a trámite el recurso de amparo interpuesto por un Testigo de Jehová al que se le denegó la posibilidad de proceder en vía penal contra el Magistrado que autorizó una transfusión de sangre a su esposa, que no quería recibirla. La colisión de derechos fundamentales entre el derecho a la vida, a la salud y la libertad religiosa, fue resuelta por el TC en beneficio de los primero, por entender que son bienes superiores que funcionan como límites a la libertad religiosa.

Posteriormente, mediante Auto núm. 931/1994, de 18 de julio, el TC realizó una argumentación menos ambigua, señalando que *existe un derecho a la vida pero no un deber constitucional y jurídico de tener obligatoriamente que vivirla, porque su sola existencia supondría la mayor de las imposiciones imaginables a la libertad personal. La decisión libre y consciente de una persona en plenitud de sus facultades psíquicas y, al margen de cualquier presión externa, de poner fin a su vida, nunca puede ser castigada o impedida por el Derecho y, por ello mismo, en nuestro país el suicidio no está penado.*

Hasta aquí el TC, además de reconocer como derecho constitucional el morir con dignidad, aclara su posición y zanja la polémica existente en la doctrina relativa a la antijuricidad del acto suicida realizado por una persona con sus facultades mentales intactas. Cuestión aparte es la intervención de un tercero en el hecho de la muerte, ya que delimita la autonomía de la voluntad restringiéndola al marco de acción del titular de bien jurídico *vida* para obtener su propia muerte.

Partiendo, pues, de la inexistencia de un derecho positivo a la propia muerte, en el presente trabajo realizaremos una aproximación al régimen jurídico de las decisiones al final de la vida a través de la exposición descriptiva de las siguientes figuras: limitación del esfuerzo terapéutico, rechazo al tratamiento, planificación anticipada de los cuidados a través de documentos de instrucciones previas, auxilio al suicidio y eutanasia.

## **2. Limitación del esfuerzo terapéutico: medicina paliativa y sedación en la agonía.**

En términos jurídicos, el derecho del paciente a recibir una atención sanitaria acorde con la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS)<sup>2</sup>, y la correlativa obligación de los profesionales sanitarios de dispensarla, encuentran determinados límites.

Así, si bien es cierto que los profesionales sanitarios tienen el deber legal de prestar una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de las personas que atienden (primer inciso del art. 5.1.a de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, en adelante LOPS), no es menos cierto que tal deber se encuentra matizado por los siguientes condicionantes legales:

---

<sup>2</sup> Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se aprueba la Cartera de Servicios Básicos y Comunes del Sistema Nacional de Salud.

- a. La atención sanitaria ha de ser acorde con el estado de desarrollo de los conocimientos científicos de cada momento (segundo inciso del art. 5.1.a. de la LOPS) lo que se traduce en la exención de ese deber cuando lo que se pretende por el paciente es una prestación sanitaria inadecuada o contraindicada. De este modo, se admite que los profesionales sanitarios no pueden dispensar tratamientos contraindicados – los que causan más perjuicio que beneficio; que son opcionales los que tienen equilibrados riesgos y beneficios, e indicados los que benefician más que perjudican (Gracia y Rodríguez Sendin, 2008. p. 157-158).
- b. Los profesionales sanitarios tienen el deber de hacer un uso racional de los recursos diagnósticos y terapéuticos a su cargo, tomando en consideración, entre otros, los costes de sus decisiones y evitando la sobreutilización, la infrautilización y la inadecuada utilización de los mismos (art. 5.1.b de la LOPS).

Además de estos criterios, no podemos olvidar que los profesionales sanitarios tienen, como guía de actuación, no sólo el servicio a la sociedad, el interés y la salud del ciudadano, sino también las obligaciones deontológicas y los criterios de normopraxis o, en su caso, los usos generales propios de su profesión (art. 4.5 de la LOPS), lo que legitimaría la negativa del facultativo a llevar a cabo una intervención contraria a los principios éticos y técnicos de su profesión, pudiendo justificarse esa negativa no sólo por un eventual derecho a la objeción de conciencia, sino por la plena autonomía técnica y científica que caracteriza el ejercicio de las profesiones sanitarias de acuerdo con lo dispuesto en el art. 4.7 de la LOPS, dando lugar a lo que, en términos médicos, se conoce como *limitación del esfuerzo terapéutico* (LET).

La autonomía técnica y científica implica que los facultativos deben emplear los recursos de la ciencia médica de manera adecuada a su paciente, según el arte médico, los conocimientos científicos vigentes y las posibilidades a su alcance (Sánchez Caro y Abellán, 2006. p. 32), sin injerencias externas salvo las derivadas de la actuación en equipo o en el contexto de las organizaciones sanitarias.

Esto ha determinado que, en numerosas ocasiones, los jueces hayan desestimado solicitudes de pacientes que pretendían imponer a los facultativos una determinada forma de actuar que resultaba contraria a su *lex artis* señalando que “*si resulta cierto que no puede imponerse tratamiento médico o quirúrgico concreto a un*

*ciudadano que se encuentre en pleno uso y ejercicio de sus derechos civiles, tras expresar su negativa al mismo de modo libre, consciente e informado, de igual modo lo es que tampoco puede imponerse a ningún facultativo la aplicación o ejecución de actos (...) de manera contraria a lo que la lex artis y sus conocimientos médicos exigen e imponen”* (Auto de la Audiencia Provincial de Salamanca de 8 de octubre de 1998).

La LET ha sido definida como aquella decisión clínica de no iniciar o retirar un tratamiento de soporte vital, por considerarlo fútil, en pacientes considerados de mal pronóstico. La retirada o la no instauración de dichas medidas permiten a la enfermedad terminar con la vida del enfermo. Es, por tanto, la enfermedad la que produce la muerte del enfermo, y no la actuación del profesional.

El juicio sobre la futilidad de una medida no es fácil. Requiere un acuerdo claro entre los profesionales y los pacientes (o sus representantes en caso de incapacidad de éstos). Por ello, es muy importante que las personas puedan expresar sus deseos anteriormente.

Existe bastante acuerdo entre los juristas acerca de que la LET no está afectada por el artículo 143 del Código Penal. No es, por tanto, una práctica punible; no es eutanasia (ni activa ni pasiva) y, bajo determinadas condiciones, es considerada buena práctica clínica.

La LET puede consistir en la retirada de medidas de soporte vital tales como la ventilación mecánica o asistida, la diálisis, la administración de drogas vasoactivas y de antibióticos, la nutrición parenteral o enteral y la administración de líquidos. Después de tomada la decisión se podrían iniciar o continuar cuidados paliativos (Gómez Sancho, 2002).

## **2.1. Medicina paliativa.**

El derecho de la persona a recibir cuidados paliativos se encuentra recogido, en el ámbito europeo, en tres importantes recomendaciones de la Unión Europea<sup>3</sup> cuyas líneas generales pueden resumirse como sigue:

---

<sup>3</sup> Las dos primeras, de la Asamblea Parlamentaria –números (89)13 y (1999)1418- sobre organización de cuidados multidisciplinarios para los enfermos de cáncer y sobre protección de los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales y los moribundos, respectivamente, y una tercera, ya citada, del Comité de Ministros de la UE – nº (2003)24 – dedicada específicamente a la organización de los cuidados paliativos.

- a. Consideración de los cuidados paliativos como una parte integral del sistema de cuidados de salud y un elemento inalienable del derecho de los ciudadanos a los cuidados de salud en todas sus dimensiones: control de síntomas, apoyo psicológico, espiritual y emocional, apoyo a la familia y apoyo al duelo.
- b. Recomendación a los estados miembros que adopten políticas, legislaciones y otras medidas necesarias para el desarrollo de un marco político nacional coherente e integral para los cuidados paliativos y que dediquen a este fin los recursos y medidas disponibles teniendo en cuenta las circunstancias.
- c. Promoción del trabajo en grupo internacional entre organizaciones, institutos de investigación y otras agencias activas en el campo de los cuidados paliativos.

Con el fin de avanzar en la consecución de estos objetivos, el vigente Plan Nacional de Cuidados Paliativos del SNS fijó una serie de estrategias combinadas a corto, medio y largo plazo que pasan por la formación básica en cuidados paliativos de todos los profesionales sanitarios en mejora de actitudes y de trabajo, el desarrollo de programas específicos de cuidados paliativos con profesionales capacitados, implantación de protocolos de actuación sobre el dolor, la agonía y el control de síntomas etc.

Con carácter básico, los cuidados paliativos forman parte de la cartera de servicios del SNS, que incluye, tanto en nivel primario como especializado, la *“atención paliativa a enfermos terminales”*, actividad que comprende la *“valoración frecuente y control de síntomas físicos y psíquicos, realizando los exámenes y procedimientos diagnósticos necesarios e indicando el tratamiento farmacológico y no farmacológico del dolor y de otros síntomas”*, así como la *“información y apoyo al paciente en las distintas fases del proceso”* (apartado 6 del Anexo III del RD 1630/2008)

Por lo demás, diversas normas autonómicas contemplan de forma expresa el derecho de la persona a recibir tratamientos paliativos facilitados en el entorno más

adecuado y el de morir en pleno uso de sus derechos, especialmente el de rechazar tratamientos que prolonguen temporal y artificialmente la vida<sup>4</sup>.

## 2.2. Sedación en la agonía

Cuando un paciente se encuentra en el tramo final de su vida, o afecto de una enfermedad progresiva crónica que le provoca sufrimiento físico y emocional, los sujetos implicados (el propio paciente, la familia – en ocasiones – y el equipo médico) han de plantearse qué estrategia adoptar. La responsabilidad del equipo sanitario recae entonces sobre el proceso de toma de decisiones orientadas al alivio del sufrimiento, y no tanto sobre el resultado de su intervención en términos de vida o muerte.

Uno de los puntos cruciales en el debate sobre la sedación ha sido su equiparación, en ocasiones, a la eutanasia. La diferencia entre ambas figuras resulta clara en relación a la denominada *eutanasia directa* (la única forma verdadera de eutanasia, según la declaración de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) y la Organización Médica Colegial (OMC), de 11 de enero de 2002) tanto si nos fijamos en el elemento volitivo del sujeto (intencionalidad), como en el resultado del proceso.

Así, mientras en la sedación se aplican fármacos con la intención de aliviar el sufrimiento del paciente provocado por síntomas refractarios, en la eutanasia el objetivo es provocar la muerte del paciente, a petición expresa de éste, para liberarle de su sufrimiento<sup>5</sup>. En relación al resultado, es claro que con la eutanasia se persigue causar la muerte del paciente a petición propia, en tanto que con la sedación se busca el alivio del sufrimiento. Sin embargo, se ha objetivado que la supervivencia suele ser breve desde la indicación de la sedación en la agonía.

Los contornos de ambas figuras se difuminan, pues, en aquellos casos en los que la acción del médico está orientada al alivio del sufrimiento del sujeto aunque,

---

<sup>4</sup> Encontramos estos derechos, entre otras, en la Ley 8/2003, de 8 de abril, de Salud de Castilla y León, en la Ley 2/2002, de 17 de abril, de Salud de La Rioja, y en la Ley 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria, cuyo art. 35 señala expresamente que “*En toda circunstancia, el paciente tiene derecho a afrontar el proceso de su muerte con dignidad y a que sus familiares y personas próximas le acompañen en la intimidad y reciban el trato apropiado al momento. Este derecho incluye: a) Morir en pleno uso de sus derechos y, especialmente, el que le permite rechazar tratamientos que le prolonguen temporal y artificialmente la vida; b) Recibir tratamientos paliativos y aliviar el dolor, facilitándolos en el entorno más adecuado, aun cuando dichos tratamientos pudieran suponer un riesgo de acelerar el éxitus*”.

<sup>5</sup> Los tres fármacos más habitualmente utilizados para el control de síntomas mediante la disminución del nivel de conciencia son el Midazolam, el Haloperidol y el Morfina.

como efecto secundario, pueda producirse un acortamiento de su vida; se habla entonces de *eutanasia pasiva*, término que, en opinión de la SECPAL-OMC, no debería emplearse, siendo preferible sustituirlo por el de “*doble efecto*” o “*voluntario indirecto*”. Un sector de la doctrina española (Barrios Flores, 2005), no obstante, cuestiona esta distinción terminológica señalando que no puede confundirse el resultado (eutanasia) que va unido a la calificación de las intenciones subyacentes (directa o indirecta) con uno de los posibles mecanismos de legitimación de la segunda (el doble efecto).

El principio del doble efecto o voluntario indirecto, cuyos orígenes hay que buscarlos en la teología moral católica<sup>6</sup>, es aplicado con frecuencia para solventar problemas éticos asociados al uso de la morfina, actuación ésta que lleva aparejados dos efectos previsibles: el alivio del dolor y la depresión del centro respiratorio. Para justificar esta acción, la doctrina ha formulado diversas construcciones en las que destacan las condiciones (intención, simultaneidad y proporcionalidad) que deben concurrir para determinar la moralidad de una acción cuando de ella pueden derivarse efectos nocivos. La más clásica pone el acento en los elementos siguientes (Miranda Montecinos, 2008):

- a. el acto tiene que ser bueno, o al menos indiferente;
- b. los efectos buenos y malos se siguen inmediata y simultáneamente del acto, es decir, que no se puede obtener el efecto bueno por medio del malo (simultaneidad);
- c. se busca sólo el efecto bueno – aliviar el dolor – y se tolera el malo – la muerte (intencionalidad);
- d. tiene que existir cierta proporción entre el efecto bueno querido y el malo (proporcionalidad).

Centrando la valoración jurídica del caso en una sedación paliativa, admitimos que la administración de opiáceos con el fin de aliviar los síntomas refractarios puede acortar la vida del paciente para, a continuación, preguntarnos por el fundamento legal de los dos derechos en conflicto: por un lado, el derecho del paciente a recibir unos cuidados de calidad al final de su vida que incluyan el alivio sintomático del

---

<sup>6</sup> Aunque este principio tiene precedentes anteriores (por ejemplo, en la Suma Teológica de Santo Tomás de Aquino, II-II, q. 64, a. 7), fue formulado de modo más sistemático por Gury, 1909.

sufrimiento físico y emocional y, por otro, la alegación de la objeción de conciencia por parte del médico responsable de administrar los opiáceos. El primero de ellos tiene un claro anclaje en el ordenamiento vigente, en tanto que el segundo carece de un reconocimiento jurídico específico que exige acudir a la doctrina de los tribunales.

En cuanto al consentimiento previo a la sedación, existe consenso entre médicos y juristas a la hora de considerar que, en el contexto de los cuidados paliativos, no resulta exigible ni oportuna la cumplimentación de un consentimiento informado escrito. El consentimiento verbal ha de considerarse suficiente, pero es imprescindible que quede registrado en la historia clínica.

El profesional, pues, ha de transmitir al paciente la información de forma verbal, inteligible y, en la medida de lo posible, en el seno de una relación de confianza entre ambos. Sólo si el paciente ha recibido tal información estará en condiciones de aceptar o rechazar la sedación.

La realidad clínica, no obstante, demuestra que en muchas ocasiones no es posible esperar la participación del paciente en la toma de decisiones. En casos de falta de competencia, y sólo si no existe un documento de voluntades anticipadas, la familia deberá tomar la decisión en su lugar en base al conocimiento de sus valores.

En definitiva, y aún admitiendo que la administración de opiáceos con el fin de aliviar síntomas refractarios pudiera acortar la vida del paciente, la sedación en la agonía es una realidad plenamente instaurada en España, como atestigua el vigente Plan Nacional de Cuidados Paliativos, y una figura jurídica avalada por el Ordenamiento, al estar incluida como una prestación de la cartera de servicios del SNS.

### **3. Rechazo al tratamiento.**

No es infrecuente que los medios de comunicación se hagan eco de la petición de determinados pacientes aquejados de enfermedades incurables en fase avanzada que pretenden que les sean retiradas las medidas de soporte vital hablando, en ocasiones, de *eutanasia activa indirecta* (actos positivos que, sin ir dirigidos expresamente a ello, producen como consecuencia la muerte del paciente a petición de éste) y, en otras, cuando se trata de peticiones para que no se instaure una medida de ese tipo, de *eutanasia pasiva indirecta* (la omisión, a petición del propio paciente, de un tratamiento que podría prolongar su vida).

Sin embargo, desde el punto de vista jurídico, y para clarificar los términos del debate, resulta aconsejable reconducir ambos términos, ya que nuestro Derecho no contempla sino un tipo de eutanasia, la denominada por la doctrina “*activa directa*”, reservada para calificar la conducta de quien, a petición de una persona aquejada de graves padecimientos, realiza materialmente actos encaminados directa e inmediatamente a terminar con su vida<sup>7</sup>, y hablar de “*rechazo al tratamiento*” para referirnos a los casos en los que el equipo médico se enfrenta a la decisión de asumir la voluntad de un paciente de no recibir, suspender o retirar intervenciones o tratamientos necesarios para la prolongación de su vida.

A pesar de que la mayoría de las prácticas de obstinación o encarnizamiento terapéutico, fruto de un paradigma excesivamente tecnicista de la medicina, han venido cayendo en desuso en los últimos años, algunos profesionales pueden manifestar su discrepancia moral a tomar parte en la atención sanitaria a personas que no admiten el tratamiento o intervención propuesto.

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, establece que cualquier intervención en el ámbito de la salud requiere que la persona afectada haya dado su consentimiento libremente, tras haber recibido la necesaria información. Además, permite al paciente o usuario decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles, y negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley, debiendo constar su negativa por escrito (arts. 2.3 y 2.4). Así mismo, el art. 8.5 de esta Ley consigna el derecho a revocar el consentimiento por escrito en cualquier momento.

Este marco jurídico permite que puedan extraerse de la esfera de la eutanasia o de la más difusa categoría jurídica de la LET los casos en que un paciente decide, en contra del criterio clínico, no someterse a un determinado tratamiento o intervención, pudiendo encuadrarse bajo la óptica más adecuada del derecho del paciente capaz y libre a no iniciar o a solicitar que se interrumpa (si es que ya se hubiera iniciado) cualquier tratamiento médico, tal y como interpretó el Consejo Consultivo de Andalucía en su dictamen nº 90/2007.

El ejercicio de este derecho del paciente, en caso de que la medida consista no en no instaurar, sino en retirar un tratamiento ya iniciado, requiere del concurso inexcusable y activo de los facultativos, que podrían plantear su objeción de

---

<sup>7</sup> Art. 143.4 del Código Penal.

conciencia para evitar tomar parte en este tipo de actos que determinarán el fallecimiento de una persona.

#### **4. Instrucciones previas.**

La actual regulación de la toma de decisiones en el proceso clínico se fundamenta en el respeto a la dignidad humana, a la autonomía de la voluntad y a las resoluciones libremente adoptadas por las personas en el ámbito de su salud (art. 2 de la Ley 41/2002) y contempla, junto a las manifestaciones tradicionales de esa autonomía (derecho a ser informado y a no recibir información, derecho a consentir y a rechazar el tratamiento) una vertiente nueva: *la posibilidad de que la persona decida a cerca de los cuidados o tratamiento que quiere o no quiere recibir no sólo de manera actual, sino de manera prospectiva, es decir, de cara a futuras situaciones en las que por diversas razones no sea capaz de expresar personalmente sus deseos.*

Así es como la legislación actual ha abordado los problemas derivados de la atención a personas cuyo deterioro físico y mental las sitúa al margen del proceso de toma de las decisiones que les afectan del modo más directo, personas inconscientes, incapaces o en situaciones clínicas irreversibles cuyo destino quedaba hasta el momento en manos de sus familiares o allegados y del equipo asistencial.

De este modo, la oposición de determinados pacientes a recibir un tratamiento o intervención de la que puede depender su integridad física o su vida puede ser expresada bien de manera actual, esto es, en el momento de plantear la necesidad de una determinada medida asistencial, a través de lo que hemos denominado *rechazo al tratamiento*; o bien de forma anticipada o prospectiva a través de los denominados *documentos de instrucciones previas*, también conocidos como *documentos de voluntades anticipadas o testamentos vitales*.

Desde un punto de vista ético, las instrucciones previas respetan el sistema de valores de muchas personas que no desean sobrellevar una vida en un estado que no juzgan digno o que no admiten que, para conservar la vida, deban someterse a tratamientos contrarios a su voluntad, conciencia o creencias. Así pues, siendo cierto que el médico tiene asignado un deber legal, profesional y deontológico de ayudar a la recuperación de la salud, no es menos cierto que no se considera éticamente correcta la imposición de acciones terapéuticas que vulneren el derecho de autonomía del paciente. Con ello se resguarda el arbitrio único e irremplazable de cada persona de ser dueña de su cuerpo y de que, en la medida que las

consecuencias negativas que se puedan seguir de dicha actuación recaen sobre la propia persona, no pueden ser decididas en contra de su voluntad.

Sin perjuicio de lo anterior, y de que la bioética principialista sitúe la génesis de este instrumento en el predominio de la *autonomía* sobre la *beneficencia* (en ocasiones desproporcionada, ofuscada en la preservación a toda costa de la vida) no puede negarse que la primera construcción formal de las voluntades anticipadas se debe a un abogado de Chicago (Luis Kutner) que allá por 1967 redactó un documento mediante el cual se exoneraba de responsabilidad al equipo asistencial por actos de omisión.

Por lo tanto, una mirada retrospectiva de la génesis de las voluntades anticipadas nos lleva a plantearnos si su origen ha sido realmente el privilegio del enfermo frente al temido *encarnizamiento terapéutico* o, por el contrario, ha sido el interés de la comunidad médica en tener a su favor un instrumento de ayuda ante reclamaciones por mala praxis derivada de la limitación del esfuerzo terapéutico.

#### **4.1. Origen, primeras regulaciones.**

Lo cierto es que las voluntades anticipadas se inauguraron formalmente y con trascendencia jurídica en 1976 en el Estado de California (Estados Unidos) con la adopción de lo que se dio en llamar *Natural Death Act*, elaborada por la Facultad de Derecho de la Universidad de Yale con el fin de que una persona adulta y capaz pudiera dejar instrucciones escritas a su médico en torno a la aplicación, interrupción o rechazo de ciertos tratamientos o procedimientos de mantenimiento vital ante una enfermedad en fase terminal o ante situaciones de inconsciencia permanente, exonerando al mismo tiempo a los médicos de toda responsabilidad frente a una posible reclamación judicial por no aplicar tratamiento alguno al enfermo cuando dicha decisión se adopta sobre la base de las instrucciones previas.

Posteriormente, las *living wills* en Estados Unidos se plasman en la *Uniform Rigths of de Terminally Act*, de 1985, (revisada en 1989), y en la Ley Federal *United Status Patient Self-Determinarion Act*, de 1991, que permitía a cada Estado adoptarla o no, con o sin modificaciones.

A partir de ese momento, las voluntades anticipadas se han ido extendiendo con firmeza a otros países no sólo de América del Norte, sino también a países europeos como Holanda, Inglaterra, Francia o Suiza.

Con eficacia en el Estado español, debemos situar el reconocimiento de la posibilidad de las voluntades anticipadas en la aprobación, el 4 de abril de 1997, del Convenio de Oviedo, que se incorporó a la Legislación española por Instrumento de ratificación de 23 de julio de 1999, pasando así a formar parte de nuestro Ordenamiento Jurídico con efectos vinculantes a partir del 1 de enero de 2000. En relación con las voluntades anticipadas, el artículo 9 del citado Convenio se limita a señalar que *serán tomados en consideración los deseos expresados anteriormente con respecto a una intervención médica por un paciente que, en el momento de la intervención, no se encuentre en situación de expresar su voluntad.*

A partir de ahí, diversas Comunidades Autónomas se apresuraron a publicar sus propias normas sobre derechos de los pacientes, información y documentación clínica, en las que se incluía expresamente la posibilidad de emitir declaraciones de voluntades anticipadas.

El legislador nacional, sin embargo, se tomó su tiempo y la publicación de la Ley 41/2002, no se produjo sino hasta noviembre de 2002, entrando en vigor el 16 de mayo de 2003. Esta Ley, que tiene carácter básico, contempla las denominadas *instrucciones previas* de manera muy escueta en su artículo 11, dejando su desarrollo en manos de las Comunidades Autónomas que integran el Estado español<sup>8</sup>. Posteriormente se aprobó el 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.

#### **4.2. Contenido.**

El contenido típico de las instrucciones previas suele incluir todos o algunos de los siguientes parámetros:

- a. aplicación de tratamientos adecuados y suficientes para paliar el dolor – aún cuando ellos impongan el aceleramiento de la muerte;
- b. rechazo a los tratamientos desproporcionados o extraordinarios;
- c. rechazo a tratamientos experimentales o que no hayan demostrado su eficacia para prolongar la vida;

---

<sup>8</sup> El art. 11 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, dispone que “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 cuando se llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de decidir personalmente sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o sobre el destino del cuerpo o de los órganos del mismo”.

- d. oposición a la eutanasia;
- e. oposición a todo acto distanásico o de encarnizamiento terapéutico;
- f. solicitud de asistencia psicológica, emocional o religiosa para asumir la muerte;
- g. exención de responsabilidad jurídica al equipo médico por actos de omisión;
- h. lugar – centro hospitalario o domicilio – en el que se desea recibir los últimos cuidados;
- i. designación de un representante;
- j. decisiones sobre el destino del cuerpo o de órganos del mismo para después de la muerte.

A diferencia lo que ocurre en Estados Unidos, la normativa española no contempla la caducidad de las instrucciones previas, a pesar de que, en un campo donde existe una evolución tan acelerada como es el técnico-sanitario, bien puede suceder que parámetros que han sido tenidos en cuenta por el declarante como extraordinarios o desproporcionados en el presente, y por ello impuestos a no ser realizados sobre su cuerpo, en el devenir histórico relativamente inmediato hayan variado de tal modo que se puedan considerar ordinarios, corrientes o proporcionados.

#### **4.3. Requisitos para la eficacia jurídica de las instrucciones previas.**

En primer término, debemos señalar que nos encontramos ante una manifestación de la voluntad que ha de constar por escrito<sup>9</sup> y que ha de cumplir con una serie de requisitos de forma, de suerte que carecerían de eficacia jurídica otras expresiones de la voluntad del individuo tales como documentos privados, carnés o

---

<sup>9</sup> Este requisito de forma no es una exigencia propia de la legislación autonómica, sino que viene impuesto por la normativa básica (art. 11 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre). En opinión de algunos autores, las dificultades sobre la comprobación de la autenticidad y vigencia de instrucciones cuyo conocimiento proviene de una fuente distinta a la documental no deben llevar a la negación de su eficacia jurídica, sino a intensificar el cumplimiento de los requisitos sustantivos exigidos para su validez. La negación de tal eficacia jurídica, supone, en opinión de *Joan Seuba*, profesor de Derecho Civil de la Universidad Pompeu Fabra, una violación del principio de autonomía privada y, como tal, un ilícito civil. En apoyo de esta tesis, el autor cita la línea jurisprudencial asentada en Canadá a principios de los noventa, en la que se sostiene la ilicitud de actuaciones sanitarias contrarias a instrucciones previas no formalizadas documentalmente. La identificación entre instrucciones previas y documento de instrucciones previas provoca una reducción del ejercicio de la autonomía privada del paciente. Sin embargo, las dificultades para determinar la validez de las instrucciones previas no documentadas a través de la búsqueda de la voluntad presunta del paciente, pueden resultar en muchos casos insalvables, e introducir un margen de inseguridad jurídica no deseable, motivos éstos que han llevado al legislador a decidirse por un sistema de emisión de estos documentos bastante formalista.

tarjetas personales, anotaciones en la historia clínica o social realizadas a petición del interesado, o manifestaciones de familiares o allegados sobre los deseos que la persona hubiera podido confiarles anteriormente.

Por lo que respecta a la forma de emisión u otorgamiento de las instrucciones previas, las leyes autonómicas existentes hasta el momento coinciden en permitir la opción entre tres formas de otorgamiento:

- a. ante notario;
- b. ante un funcionario de la Consejería de Sanidad habilitado para recibir la declaración en los puntos del Registro de Instrucciones Previas;
- c. ante tres testigos, que deberán ser mayores de edad y con plena capacidad de obrar y sin que, al menos dos de ellos, guarden relación de parentesco hasta el tercero grado con el otorgante o estén unidos a él por matrimonio o relación profesional o patrimonial.

Además de tener que otorgarse de alguna de estas tres formas, la DVA ha de estar revestida de una serie de requisitos formales para su eficacia, debiendo contener el documento en que se formalice la declaración, al menos, los siguientes extremos:

- a. datos de identidad del otorgante, funcionarios, testigo y representante;
- b. manifestación del funcionario o testigos de haber identificado al otorgante;
- c. la declaración de voluntades anticipadas propiamente dicha con el contenido mínimo legalmente exigido, es decir: la decisión sobre los cuidados y tratamientos que se desee recibir o no recibir, la decisión sobre el destino del cuerpo u órganos del mismo y la designación, en su caso, del representante;
- d. lugar, fecha y hora en que se firma;
- e. firma del otorgante y la del funcionario, testigos o notario, y la del representante, en su caso.

Las instrucciones previas así emitidas podrán ser modificadas, sustituidas o revocadas en cualquier momento, cumpliendo los mismos requisitos exigidos para su

formalización, tomándose en cuenta, para el caso de que exista más de un documento, el contenido de la última declaración efectuada.

#### **4.4. Eficacia jurídica de las instrucciones previas.**

Las instrucciones previas válidamente emitidas obligan al equipo asistencial a llevar a término los deseos plasmados por el paciente en el documento, y deben prevalecer tanto sobre las indicaciones que puedan ser dadas por familiares o allegados, como sobre la opinión de los profesionales sanitarios que participen en la asistencia. Esta es la verdadera finalidad de las instrucciones previas, su verdadero sentido.

La validez jurídica de esas decisiones anticipadas queda, pues, fuera de toda duda siempre que lo expresado en el documento no vulnere los límites legales, pues la Ley dispone que no serán tenidas en cuenta:

- a. las instrucciones que sean contrarias al ordenamiento jurídico (por ejemplo, las solicitudes de eutanasia);
- b. las que sean contrarias a la buena práctica médica, con lo que parece darse entrada a una especie de control profesional por parte de los médicos a la hora de no llevar a cabo acciones contrarias a los dictados de la *lex artis*;
- c. las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto al emitir la declaración, algo que, por lo demás, resulta obvio, ya que si la declaración se realiza para que entre en juego en una determinada situación clínica (coma vigil, por ejemplo), y no se da esa situación, difícilmente puede justificarse la aplicación del documento, debiendo entenderse que no existe instrucción previa al respecto.

Precisamente, en relación con este tercer punto, resulta de interés referirse al supuesto habilitante de las instrucciones previas, es decir, si éstas han sido formuladas únicamente para casos en los que exista un deterioro imparable e irreversible del estado de salud del paciente, en cuyo caso, no serían de aplicación a situaciones clínicas previsiblemente reversibles en las que el paciente no pudiera expresar su voluntad de forma directa (pacientes inconscientes o en estado de shock), debiendo acudir en tales casos a la figura del consentimiento informado por sustitución o a la excepción contenida en el art. 9 de la Ley 41/2002, que habilita a los

profesionales para actuar sin consentimiento en casos de urgencia vital o, por el contrario, se consideran aplicables en todos aquellos supuestos en que el paciente carezca de la capacidad de expresar su voluntad con independencia de que su estado de salud sea reversible o irreversible.

Si se acepta esta segunda tesis, el documento válidamente emitido tendría plena efectividad y debería entrar en juego a pesar de que la situación clínica de la paciente no sea irreversible.

En este punto, conviene recordar que la formulación de esta declaración de voluntad prospectiva resulta amplia en nuestro Ordenamiento Jurídico.

Tanto el Convenio de Oviedo, como la Ley 41/2002 permiten sostener una interpretación extensiva del carácter de las instrucciones previas, de modo que entrarían en juego tanto en situaciones irreversibles, como en aquellas otras en las que, simplemente, el paciente se halle privado de la capacidad de expresar personalmente su voluntad. Si bien lo más frecuente será lo primero, el Ordenamiento jurídico no impide, pues, que una persona emita válidamente un documento de instrucciones previas para que sus determinaciones sean tenidas en cuenta, no sólo en situaciones de compromiso vital o de terminalidad, sino en cualquier situación clínica en la que se halle impedido de expresarse personalmente.

Las instrucciones previas se presentan, por tanto, como un instrumento que pretende dar entrada a la voluntad del paciente en la toma de decisiones clínicas que le afecten, incluso cuando no pueda expresarlas personalmente.

La generalización de estos documentos y el éxito de su aplicación dependerá en buena medida de la difusión que se haga de ellos entre la población y entre los profesionales sanitarios y socio-sanitarios encargados de velar por una correcta asistencia, pero también por el respeto a las decisiones libremente adoptadas por la persona.

## **5. Eutanasia y suicidio médicamente asistido.**

Si la limitación del esfuerzo terapéutico (con el recurso, en su caso, a la medicina paliativa y a la sedación en la agonía), y el derecho a rechazar un tratamiento (bien sea de manera actual o prospectiva, a través de las instrucciones previas) son figuras acordes al Ordenamiento Jurídico español, tal y como hemos tenido ocasión de exponer, debemos trazar ahora una línea para dejar fuera de la

legalidad el suicidio asistido y la eutanasia, que en España son delitos tipificados por el artículo 143 del Código Penal<sup>10</sup>.

En el caso paradigmático de la persona que padece una tetraplejia sin otra patología añadida y solicita de manera voluntaria, libre y reiterada que se le ayude a morir, tendremos que hablar de eutanasia cuando el equipo médico realizase actos positivos y expresos dirigidos a terminar con la vida del paciente, o de auxilio al suicidio o suicidio médicamente asistido, si los facultativos facilitasen al paciente los medios para que termine con su vida por sí mismo.

A diferencia de la limitación del esfuerzo terapéutico, o de la sedación en la agonía, ambos tipos de acción – eutanasia y auxilio al suicidio – se encuentran penados en nuestro ordenamiento jurídico, el primero con prisión de 2 a 5 años por la cooperación al suicidio con actos necesarios sin los cuales no se hubiera podido llevar a cabo, y en el segundo, de forma más atenuada, por causar o cooperar activamente con actos necesarios a la muerte de otro por petición seria y expresa de quien sufriera una enfermedad grave que le produjera padecimientos permanentes y difíciles de soportar y que hubiera de conducirle necesariamente a la muerte.

### 5.1. Inducción al suicidio y suicidio médicamente asistido.

Aunque en la actualidad, en el Derecho español, la muerte producida por un acto del sujeto titular del derecho vida no se contemple en el Código Penal, no por ello deja de ser preocupación u objeto de estudio y discusión la delimitación del derecho de disposición del bien jurídico *vida*, así como la capacidad del suicida para ejercer esa libertad<sup>11</sup>.

---

<sup>10</sup> Art. 143 del Código Penal.

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.

<sup>11</sup> En la legislación castellana y española anterior a la Codificación destaca la confiscación de bienes. La Novísima Copilación en su L. XII, T. XXI, "*De los homicidios y heridas*", Ley XV "*Pena del que se matare á sí mismo*", dispone: "*Todo hombre ó muger que se matare á sí mismo pierda sus bienes, y sea para nuestra Cámara, no teniendo herederos descendientes*". Lo mismo recogía la Nueva Copilación. En la codificación española por influencia de la francesa, no se penalizan los actos suicidas realizados por el titular de bien jurídico vida, pero sí, otras figuras, introduciéndose éstas, en el Código penal de 1848. Ya que el de 1822 no se ocupó de la creación de un supuesto de hecho para sancionar el suicidio, frustrado o consumado, ni la participación en dicho acto.

Cuestión diferente es la intervención de un tercero ya sea mediante un acto positivo (inducción al suicidio, auxilio ejecutivo al suicidio) o un acto negativo (omisión del deber de socorro) cobrando éste mayor importancia cuando se ocupa la posición de garante como consecuencia, por ejemplo, de ser un profesional sanitario, en los casos en que el suicida tiene sus capacidades intelectivas y volitivas mermadas.

Por inducción al suicidio entendemos aquella acción que consiste en determinar a otra persona a que se suicide. La inducción ha de ser directa y eficaz, siendo indiferente el medio empleado para hacer surgir la determinación de quitarse la vida en el otro. El tipo penal exige que el suicida sea incapaz de autodeterminarse, convirtiéndose en un mero instrumento del inductor que, al tener dominio del hecho, actúa en realidad como verdadero autor mediato de homicidio o asesinato, faltando en estos casos la voluntad de darse muerte o siendo esa voluntad jurídicamente irrelevante. Por eso, las conductas tipificadas en el art. 143.1 del CP se construyen como meras conductas de participación en un hecho ajeno, el del suicida, que sigue teniendo el dominio del hecho y que es, en definitiva, el que decide si muere o no. De ahí que se exija por la doctrina la imputabilidad o normalidad psíquica en el suicida.

Hablamos de auxilio al suicidio ante acciones que consistan en realizar actos de cooperación al suicidio mediante actos necesarios, entendiendo por tales aquellos actos de cooperación sin los cuales el suicidio no se hubiera llevado a cabo (por ejemplo, proporcionar al suicida un veneno del que no dispone o que no puede conseguir debido a impedimentos físicos). De este modo, quedan fuera del art. 143.2 del CP los actos de complicidad, es decir, los actos no necesarios. En este apartado se incluyen también la realización de actos ejecutivos del plan, que no sean actos de matar, como preparar el veneno, verterlo en la bebida del suicida etc., pero todo aquello que constituya un acto de ejecución de la muerte entraría en el apartado 3.

## **5.2. Eutanasia.**

Entendemos por eutanasia la acción directa e intencionada encaminada a provocar la muerte indolora de una persona, a petición expresa y reiterada de ésta, cuando la víctima padece enfermedades incurables muy penosas o progresivas y gravemente invalidantes. El caso más frecuente mostrado es el cáncer, pero pueden ser también situaciones invalidantes como la tetraplejía.

La eutanasia no es algo nuevo y menos, como frecuentemente se piensa, ligado al desarrollo de la medicina moderna. La eutanasia es una figura persistente en la historia de la humanidad, en torno a la cual se enfrentan ideologías y sistemas morales diversos.

La eutanasia no presentaba problemas morales en la antigua Grecia, donde la concepción de la vida era diferente a la actual. Una mala vida se consideraba que no era digna de ser vivida y, por tanto, ni la eugenesia ni la eutanasia eran reprobadas moral o jurídicamente. Hipócrates representó una notable excepción, al prohibir a los médicos la eutanasia activa y la ayuda al suicidio.

Durante la Edad Media se produjeron cambios frente a la muerte y al acto de morir. La eutanasia, bajo la óptica de creencias religiosas cristianas, se consideraba pecado, puesto que la persona no puede disponer libremente de su vida, que le ha sido dada por el Creador.

La llegada de la modernidad rompe con el pensamiento medieval. La perspectiva cristiana deja de ser la única y Tomás Moro<sup>12</sup> o Francis Bacon, entre otros filósofos, discuten las ideas de la antigüedad clásica refiriéndose a la tradición del arte de morir (*ars moriendi*) como parte del arte de vivir (*ars vivendi*), y agregan a esta tradición algo que en la Edad Media era una posibilidad inimaginable: la muerte de un enfermo ayudado por el médico.

Se sabe que, hasta finales del siglo XIX, en determinadas áreas de América del Sur existía la figura del *despenador*, encargado de hacer morir a los enfermos desahuciados a petición de éstos o de los parientes.

Ya en el siglo XX, en numerosos países europeos se constituyen sociedades para la eutanasia y se promulgan informes para su legalización. Sin embargo, la realidad de los programas de eugenesia y exterminio contravinieron los ideales que defendían la implementación de la eutanasia, de modo que ante el horror provocado por los crímenes médicos durante el régimen nazi (programa Aktion T-4), en los Juicios de Nüremberg se juzgó como criminal e inmoral toda forma de eutanasia activa.

Actualmente se sustentan opiniones variadas sobre la eutanasia, siendo igualmente variadas las prácticas médicas y las legislaciones de los distintos países, estando únicamente permitida en Holanda desde el año 1993 –despenalización – y

---

<sup>12</sup> Tomás Moro, en la Utopía (1516) presenta una sociedad en la que los habitantes justifican el suicidio y también la eutanasia, sin usar ese nombre. Para los habitantes de la Utopía (y también para Bacon), el deseo del enfermo es un requisito decisivo de la eutanasia.

ampliados los supuestos en 2001 (en el Territorio Norte de Australia estuvo despenalizada menos de un año, entre 1996 y 1997).

En España, la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de Noviembre, del Código Penal, contempla la "eutanasia activa directa", reduciendo la pena en uno o dos grados, al "*que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro por la petición expresa, seria e inequívoca*" del sujeto pasivo, en el caso de que este "*sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar*".

En la actualidad existe una creciente tendencia a restringir el uso de la palabra *eutanasia* para hablar de aquellas actuaciones de los profesionales sanitarios que producen la muerte del paciente de forma directa y se realizan a petición expresa, reiterada e informada de un paciente en situación de capacidad y en un contexto de sufrimiento que la persona experimenta como no mitigable por otros medios.

La distinción entre diferentes formas de eutanasia mediante el uso de adjetivos como *activa, pasiva, directa, indirecta, voluntaria o involuntaria* viene siendo cuestionada y podría decirse que, en círculos jurídicos especializados, está en desuso<sup>13</sup>.

Por tanto, son elementos que caracterizan el tipo penal de la eutanasia en España, los siguientes:

- a. la intencionalidad: para que una determinada conducta caiga bajo el tipo penal de la eutanasia, debe buscarse directamente el resultado de terminar con la vida de la persona aquejada de padecimientos incurables, a petición de ésta. Si la muerte del paciente es consecuencia de un hecho fortuito, o si no es buscada directamente (caso de administración de calmantes para eludir el dolor), la acción no es punible, entrando en este segundo caso en el terreno del principio del doble efecto;
- b. el vínculo que une al agente con el paciente da lugar a una responsabilidad directa o indirecta y se deriva del grado de obligación de intervenir del primero respecto del segundo. El facultativo está obligado no sólo ética,

---

<sup>13</sup> Por el contrario, en el caso paradigmático de la persona que padece una tetraplejia sin otra patología añadida y solicita de manera voluntaria, libre y reiterada que se le *ayude* a morir, sí tendremos que hablar de *eutanasia* cuando el equipo médico realizase actos positivos y expresos dirigidos a terminar con la vida del paciente, o de *auxilio al suicidio*, si se le facilitan los medios para que termine con su vida por sí mismo.

- sino jurídicamente, a cuidar de la salud y de la vida de los enfermos encomendados a su atención;
- c. las posibilidades de actuación: el agente no siempre puede actuar, ya que está condicionado por el estado clínico del propio paciente, que puede no encontrarse en condiciones de someterse a una determinada terapia;
  - d. la voluntad de morir que haya manifestado el paciente, debido a sufrimientos insostenibles, puede influir en que el médico deje a la naturaleza seguir su curso, sin actuar terapéuticamente, o bien proceda a administrarle calmantes en dosis elevadas hasta provocar la muerte.

Todos estos elementos condicionan, en mayor o menor grado, el comportamiento del agente, por lo que no puede tener la misma consideración moral y jurídica la acción de matar, que la de dejar morir, al no ser lo mismo proceder con un acto único, voluntario, que establece una relación de causalidad directa con la muerte, que participar con la omisión en un proceso de deterioro irreversible.

La primera petición de "*eutanasia activa directa*" (en sentido estricto) ante los tribunales en España, fue presentada en Barcelona por el procedimiento de jurisdicción voluntaria el 30 de abril de 1993, solicitando que, puesto que el paciente se encontraba imposibilitado para quitarse la vida, se autorizase a su médico de cabecera a suministrarle los medicamentos necesarios para morir sin dolor, y que se respetase su derecho a no ingerir alimento por medios naturales ni artificiales.

El Magistrado competente del Juzgado de Primera Instancia no admitió a trámite tal petición, por lo que el solicitante presentó recurso de apelación ante la Audiencia Provincial de Barcelona, que desestimó el recurso el 28 de Febrero de 1994, por incompetencia territorial al igual que en primera instancia.

Lo anterior llevó al interesado (Ramón Sampedro Cameán) a interponer recurso de amparo ante el Tribunal Constitucional contra la resolución de la Audiencia, que resolvió inadmitirlo argumentando que no existe ningún título que justifique la intervención del Estado en la libertad de la persona a morir con dignidad, porque la vida a diferencia de la propiedad, no tiene una función social, sino que es un derecho personalísimo.

Por todo ello, el art. 143 del CP, que tipifica como delito el auxilio al suicidio, supone, en casos como este, un límite innecesario al ejercicio del derecho a morir con

dignidad, carente de toda apoyatura constitucional y contrario a los derechos consagrados en los art. 10 y 15 de la Constitución.

## 6. Conclusiones.

El control del dolor y de otros síntomas que degradan la calidad de vida de las personas en situación terminal, junto con la información y comunicación entre el enfermo, la familia y el equipo terapéutico, son los pilares fundamentales de una atención sanitaria al final de la vida centrada en promover su calidad y dignidad que evite, tanto su prolongación innecesaria, como su acortamiento deliberado.

La posibilidad, incorporada recientemente por nuestra legislación, de que el paciente con deterioro cognitivo haya expresado de forma anticipada su voluntad mediante un documento de instrucciones previas añade un elemento más al complejo panorama de las decisiones al final de la vida.

La bioética clínica, entendida como la metodología que promueve la toma de decisiones respetando los valores de todos los implicados, debe ser adoptada como el método de trabajo cotidiano que permita resolver y orientar la inmensa mayoría de dilemas en la atención de enfermos al final de la vida.

Estas decisiones deben moverse en los contornos permitidos por el Ordenamiento jurídico, que admite el derecho a la libre disposición del bien jurídico vida por el titular de la misma siempre que su acortamiento no sea producto exclusivo y directo de la acción de terceros y que la persona cuente con las necesarias condiciones de madurez y se halle en plenitud de sus facultades mentales.

## Referencias

BARRIOS FLORES, L.F. La sedación terminal. *Derecho y Salud*. (Pamplona) 13(2):80-82, Jul./Dic., 2005. ISSN: 1133-7400.

GOMEZ SANCHO, M. *Atención médica al final de la Vida: Conceptos*. Madrid: Organización Médica Colegial y Sociedad Española de Cuidados Paliativos, 2002.

GRACIA, D. y RODRÍGUEZ SENDIN, J.J. *Ética de la objeción de conciencia*. Madrid : Fundación Ciencias de la Salud, 2008. ISBN 978-84-8473-679-0.

GURY, J. P. *Compendium Theologiae Moralís*. (4 ed.) Barcelona : Ferreres, 1909.

MIRANDA MONTECINOS, A. El principio de doble efecto y su relevancia en el razonamiento jurídico. *Revista Chilena de Derecho*, 35(3): 485-519, Dic. 2008. ISSN 0718-3437

SÁNCHEZ CARO, J. y ABELLÁN, F. *Derechos del médico en la relación clínica*. Madrid: Fundación Salud 2000. 2006. ISBN 84-9836-069-2.