

LA LEY DE EUTANASIA UN AÑO DESPUÉS: LEGALIDAD Y DEONTOLOGÍA

THE EUTHANASIA LAW ONE YEAR LATER: LEGALITY AND DEONTOLOGY

María Castellano Arroyo¹; Ángel Hernández Gil²

1. Académico de Número de la Real Academia Nacional de Medicina de España – Medicina Legal. Académico de Número de la Real Academia Nacional de Medicina de Andalucía Oriental. Catedrática de Medicina Legal y Forense Universidad Alcalá de Henares de Madrid.
2. Presidente de la Comisión de Deontología del Consejo Andaluz de Colegios Médicos. Académico Correspondiente de la Real Academia Nacional de Medicina de España y de la Real Academia de Medicina de Andalucía Oriental.

Palabras clave:

Eutanasia;
Suicidio asistido;
Final de la vida;
Cuidados paliativos.

Keywords:

End of life;
Palliative Care;
Euthanasia;
Assisted suicide.

Resumen

La Ley orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia entró en vigor en España en marzo de 2021. Repasamos sus contenidos básicos y los resultados de su aplicación, así como los principales conflictos médico-legales y ético-deontológicos que ha planteado.

Abstract

Law 3/2021 of 24 March on the regulation of euthanasia came into force in Spain. We review its basic contents and the results of its application, as well as the main medical-legal and ethical-deontological conflicts it has raised.

INTRODUCCIÓN

España ha sido el quinto país en legalizar la eutanasia dándole el rango de derecho a través de la Ley orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (LORE) a propuesta del grupo político (PSOE), por lo que su trámite parlamentario ha sido rápido y sin determinados debates y controles legislativos previstos para las leyes propuestas por el Gobierno.

Esta ley dice dar “... una respuesta jurídica, sistemática, equilibrada y garantista, a una demanda sostenida de la sociedad actual...”. Sigue diciendo que “Las causas son la creciente prolongación de la esperanza de vida...; el incremento de los medios técnicos capaces de sostener durante un tiempo prolongado la vida de las personas sin lograr la curación o una mejoría significativa de la calidad de vida; la secularización de la vida y conciencia social de los valores de las personas; o el reconocimiento de la autonomía de la persona...”. Dice, también, que da respuesta a la Constitución que protege de un lado los derechos fundamentales a la vida y a la integridad física y moral y de otro, a bienes constitucionalmente protegidos como la dignidad, la libertad o la autonomía de la voluntad.

En la exposición de motivos cita la sentencia del TEDH, a pesar de que esta sentencia fue anulada por este Tribunal en 2014 (1); la intención es justificar que la despenalización de la eutanasia debe hacerse con un régimen legal específico y

preciso sobre las modalidades de las conductas eutanásicas. Atendiendo a ello, la LORE establece, dos procedimientos: que sea el propio paciente la persona que termina con su vida para lo que precisa de la colaboración de un profesional sanitario que prescriba o suministre los medios necesarios y, como segunda modalidad, que sea el profesional sanitario quien ponga fin a la vida del paciente; en ambos casos, cuando se da un sufrimiento intolerable derivado de determinadas patologías.

En todo caso, la libertad del paciente, su autonomía y conocimiento son imprescindibles y deben estar protegidos de cualquier tipo de presiones externas o de decisiones apresuradas.

En definitiva, esta ley reconoce el derecho individual a la eutanasia, entendida como “la actuación que produce la muerte de una persona de forma directa e intencionada mediante una relación de causa-efecto única e inmediata, a petición informada, expresa y reiterada en el tiempo por dicha persona y que se lleva a cabo en un contexto de sufrimiento debido a una enfermedad o padecimiento incurable que la persona experimenta como inaceptable y que no ha podido ser mitigado por otros medios”. Es una situación que se entiende vulnera la dignidad, la intimidad, la integridad física y moral y la libertad, lo que justifica “... que el bien de la vida pueda decaer a favor de otros bienes y derechos... ya que no existe un deber constitucional de imponer o tutelar la vida a toda costa y en contra de la voluntad del titular del derecho a la vida”.

Autor para la correspondencia

María Castellano Arroyo
Real Academia Nacional de Medicina de España
C/ Arrieta, 12 · 28013 Madrid
Tlf.: +34 91 159 47 34 | E-Mail: maria.castellano@uah.es

CONTENIDOS DE LA LEY

La Ley consta de cinco capítulos, diecinueve artículos, siete disposiciones adicionales, una disposición transitoria, una disposición derogatoria y cuatro disposiciones finales. El capítulo I delimita su objeto y ámbito de aplicación y contiene definiciones que ya eran de uso habitual en asistencia sanitaria:

- *Consentimiento informado.* La conformidad libre, voluntaria y consciente del paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que, a petición suya, tenga lugar alguna de las conductas expresamente autorizadas.
- *Padecimiento grave, crónico e incapacitante.* Limitaciones que inciden directamente sobre la autonomía física y actividades de la vida diaria, de manera que no permite valerse por sí mismo, así como sobre la capacidad de expresión y relación, y que llevan asociado un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable para quien lo padece, existiendo seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones vayan a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable.
- *Enfermedad grave e incurable.* La que por su naturaleza origina sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables sin posibilidad de alivio que la persona considere tolerable, con un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva.
- *Médico responsable.* Facultativo que tiene a su cargo coordinar toda la información y la asistencia sanitaria del paciente, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, y sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales (2).
- *Médico consultor.* Facultativo con formación en el ámbito de las patologías que padece el paciente y que no pertenece al mismo equipo del médico responsable.
- *Objeción de conciencia sanitaria.* Derecho individual de los profesionales sanitarios a no atender aquellas demandas de actuación sanitaria reguladas en esta ley que resultan incompatibles con sus propias convicciones.
- *Prestación de ayuda para morir.* Acción derivada de proporcionar los medios necesarios a una persona que cumple los requisitos previstos en esta ley y que ha manifestado su deseo de morir.
- *Situación de incapacidad de hecho.* Cuando el paciente carece de entendimiento y voluntad suficientes para regirse de forma autónoma, plena y efectiva por sí mismo, con independencia de que existan o se hayan adoptado medidas de apoyo para el ejercicio de su capacidad jurídica.

El capítulo II se refiere al derecho de las personas a solicitar la prestación de ayuda a morir y requisitos para su ejercicio.

Será una decisión autónoma, tras recibir información adecuada, que permita al paciente formar y expresar su voluntad, así como otorgar su consentimiento, para lo que recibirá todos los medios y recursos materiales y humanos que precise. La información incluirá todo sobre su proceso médico, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, incluida la de acceder a cuidados paliativos integrales comprendidos en la cartera común de servicios y a las prestaciones que tuviera derecho de conformidad a la normativa de atención a la dependencia. De ello quedará constancia en la historia clínica. Deberá ser español, mayor de edad y ser capaz y consciente al hacer el documento de solicitud que, estará fechado y firmado por el solicitante; dejará constancia de la voluntad inequívoca de quién la solicita y del momento en que se solicita. Esto se hará en presencia de un profesional sanitario que lo firma, incorporándose, también a la historia clínica.

En el caso de que el paciente no pueda comprender ni emitir un consentimiento válido (situación de incapacidad de hecho), pero sí existiera un documento de instrucciones previas, emitido cuando estaba en adecuadas condiciones psíquicas, una persona mayor de edad puede hacer la solicitud en su nombre, acompañada del mencionado documento de instrucciones previas. También puede presentar esta solicitud el médico que lo trata, aportando los documentos de instrucciones o voluntades emitidos previamente.

El capítulo III recoge el procedimiento para la realización de la prestación de ayuda para morir; todos los requisitos mencionados respecto a la autonomía del paciente y las circunstancias en que la ley autoriza la ayuda para morir. Todo ello genera importantes deberes para los médicos que resumimos seguidamente.

El médico responsable (MR) asume importantes competencias legales y ético-deontológicas. Presentada la primera solicitud por parte del paciente, el MR dispone de 2 días para verificar que se cumplen los requisitos previstos; seguidamente, iniciará con el paciente un proceso deliberativo sobre su diagnóstico, posibilidades terapéuticas y resultados esperables, así como sobre posibles cuidados paliativos, asegurándose de que comprende la información que se le facilita, que quedará, también, por escrito en un plazo máximo de 5 días. El periodo de reflexión será de 15 días mínimo, tras el que el paciente toma su decisión; en el caso de que persista en su manifestación se abre un nuevo proceso deliberativo para aclarar dudas y ampliar información, con un nuevo plazo máximo de 5 días. Veinticuatro horas después se requiere del paciente su decisión final que, en caso de mantener la solicitud de ayuda a morir lo transmite al MR que lo comunica al equipo asistencial y familiares que el paciente señale, procediendo ya éste a firmar el consentimiento informado. La misma comunicación se hace en caso de que el paciente desista.

El siguiente deber del MR es confirmar con el MC que corresponda, cuales son las patologías que padece el paciente, las cuales deben coincidir con las previstas en la ley. En el plazo máximo de 10 días, tras la segunda solicitud, se redactará un informe que se incorpora a la historia clínica. En el plazo máximo de tres días el médico responsable comunica al presidente de la Comisión de Garantías y Evaluación (CGE) que se va a proceder a la prestación de ayuda a morir, para el último control que prevé la ley. Si el informe del MC es desfavorable, el paciente podrá reclamar ante dicha Comisión. (3)

La “situación de incapacidad de hecho” se refería al paciente que no está en condiciones de dar un consentimiento válido, pero que en su día emitió documento de instrucciones previas o equivalentes, el cual debe aplicarse bajo la responsabilidad del MR. La evaluación físico-psíquica de la “incapacidad de hecho” se hará conforme al protocolo del Consejo Interterritorial de Salud (CIS).

La CGE tiene una serie de obligaciones jurídicas y médicas para garantizar que todos los que intervienen en el proceso cumplen rigurosamente los deberes y los plazos. Para ello tienen acceso a la documentación y pueden comunicarse con las personas que intervienen y la persona solicitante. Esta emitirá el informe que prevé la ley que, si es favorable, servirá de resolución para que se aplique la prestación; un informe desfavorable deja abierta al paciente la posibilidad de reclamación judicial siguiendo el procedimiento contencioso-administrativo.

La descripción de la realización de la prestación de ayuda para morir indica que “*debe hacerse con el máximo cuidado y profesionalidad...*”. El paciente puede elegir la modalidad en que quiere recibir la prestación. En el caso de que sea la “*administración directa al paciente de una sustancia por parte del profesional competente*”, el MR, así como el resto de profesionales sanitarios, asistirán al paciente hasta el momento de su muerte. En el supuesto de que sea el propio paciente el que se autoadministra la sustancia proporcionada por el profesional sanitario, el MR, así como el resto de profesionales sanitarios, mantendrá la debida tarea de observación y apoyo a éste hasta el momento de su fallecimiento.

Realizada la prestación, el MR, en el plazo máximo de cinco días, debe remitir a la CGE dos documentos con un contenido especificado en la LORE a los efectos de que queden acreditados todos los datos del solicitante y cumplimiento de requisitos y circunstancias con identificación de todos los participantes.

Todo el procedimiento se ajustará al manual de buenas prácticas redactado por el CIS, para la realización de la prestación (4)

El capítulo IV garantiza el acceso a la prestación a quienes reúnan los requisitos y su derecho a la intimidad de los datos conforme a la legislación vigente (5,6).

El artículo 16 de este capítulo, “Objeción de conciencia de los profesionales sanitarios” dice así:

“1. Los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de ayuda para morir podrán ejercer su derecho a la objeción de conciencia. El rechazo o la negativa a realizar la citada prestación por razones de conciencia es una decisión individual del profesional sanitario directamente implicado en su realización, la cual deberá manifestarse anticipadamente y por escrito. 2. Las administraciones sanitarias crearán un registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la ayuda para morir, en el que se inscribirán las declaraciones de objeción de conciencia para la realización de la misma y que tendrá por objeto facilitar la necesaria información a la administración sanitaria para que esta pueda garantizar una adecuada gestión de la prestación de ayuda para morir. El registro se someterá al principio de estricta confidencialidad y a la normativa de protección de datos de carácter personal.”

El capítulo V se refiere a la CGE. Se crearán 19, formadas por médicos enfermeras y juristas. Sus miembros tienen el deber de que cada uno de los procesos se atenga a lo dispuesto en la LORE en cuanto a plazos, emisión de documentos, participación y cumplimiento de los deberes de los profesionales implicados, siendo la persona que solicita la prestación el centro de las actuaciones para que sus derechos le sean satisfechos conforme a lo dispuesto en esta ley.

Respecto a las disposiciones adicionales, comentamos las de mayor importancia médico-legal o ético-deontológica.

La primera regula la consideración legal de este tipo de muerte, dice: “*la muerte consecutiva a la prestación de ayuda para morir tendrá la consideración legal de muerte natural a todos los efectos*”

La cuarta, garantiza que las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas tengan garantizados todos los recursos y medios de apoyo (7).

En la disposición final primera, se modifica el Código penal en su artículo 143 apartados 4 y 5 que quedan como sigue:

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

5. No obstante lo dispuesto en el apartado anterior, no incurrirá en responsabilidad penal quien causare o cooperare activamente a la muerte de otra persona cumpliendo lo establecido en la ley orgánica reguladora de la eutanasia”. (8).

DISCUSIÓN REFLEXIVA SOBRE LA LEY

El análisis y discusión de esta Ley merecería mucho más espacio del que disponemos aquí, como refleja la bibliografía (9, 10, 11,12) por lo que sólo nos referiremos a algunos aspectos de la misma.

1. Se inicia su motivación diciendo que responde a una *demanda sostenida de la sociedad actual avalada en estudios demoscópicos*. Precisamente una de las críticas más compartidas sobre la LORE es la ausencia de difusión, de divulgación social, de debate general y especializado, previos a su aprobación, tan necesarios para conocer, de verdad, la opinión de la ciudadanía sobre el tema. Algunos casos que se publicitaron de forma mediática como eutanasia eran casos de limitación del esfuerzo terapéutico (no aplicar medidas inútiles para prolongar una vida sin esperanza), o de rechazo al tratamiento (a lo que el paciente tiene derecho), con grave confusión para la ciudadanía. A la sociedad española se le ha hurtado el debate sobre la eutanasia. Su apresurada aprobación sin los informes del Consejo General del Poder Judicial, del Consejo de Estado o del Ministerio Fiscal o con el informe contrario del Comité Nacional de Bioética (13) no se justifica en una ley tan importante.
2. El acto que se regula es absolutamente trascendente desde todos los puntos de vista. La LORE convierte en derecho la muerte de una persona producida de forma directa o proporcionándole los medios para ello, cuando ésta lo pide.

El pensamiento moderno se inició con el reconocimiento del derecho a la vida para todos, como bien superior y base de otros derechos (libertad, propiedad privada, el trabajo, la educación, la asistencia sanitaria...) reconocidos y protegidos con el paso de los siglos (14). Convertir la eutanasia en un derecho es un debate jurídico no pacífico (15). Consideramos que equiparar la vida como derecho fundamental a otros derechos como la dignidad o la libertad, no es equitativo, aunque estos sean bienes de gran valor que merezcan la protección constitucional. El dar a la vida humana un valor relativo, atendiendo a circunstancias personales, familiares, sociales, etc. ha sido un cambio social de criterio que sólo la historia juzgará en su justa gravedad. En los países donde la eutanasia se ha legalizado se está produciendo la aceptación, cada vez más permisiva de las circunstancias que la justifican respecto a la voluntad de la persona (enfermos cuyas funciones mentales están gravemente afectadas, menores, síndromes geriátricos múltiples o simplemente personas mayores cansadas de vivir, etc.), es la llamada “pendiente resbaladiza de la LORE”. Estas decisiones y las que están por venir se nos reprocharán por generaciones venideras, cuando una futura sociedad regenerada en valores humanos y espirituales se haga realidad.

3. Nuestra sociedad dedica esfuerzos y recursos inmensos a prolongar la vida. Sin embargo, de ahí hemos pasado a la idea de que cuando el proceso vital se afecta patológicamente de una manera irreversible, los cuidados que esa persona necesita hasta el final natural de su vida ya no merecen esfuerzos ni recursos. El deterioro físico y psíquico parejo a la edad se ha enfrentado al concepto de dignidad, animando desde la autonomía y la libertad a disponer el final no natural de la vida. El gran riesgo es quién toma la decisión de que alguien muera, las circunstancias y el momento y los aspectos socio-económicos que dirigen estas decisiones.
4. Un aspecto importante de la LORE está en los deberes que esta genera para los médicos y otros profesionales sanitarios por lo que los legisladores deberían haberlos tenido más en cuenta. La objeción de conciencia permite no participar en el proceso; algunos autores defienden, incluso, la objeción de conciencia institucional (16), todo ello, merecería un profundo análisis que no cabe en este artículo. Llevar a cabo la muerte de un paciente, aún a petición de este, se considera, por la mayoría, un acto contrario a la ética médica, porque atenta contra la esencia del acto médico y sus fines de curar, aliviar, acompañar, consolar y evitar el sufrimiento proporcionando bienestar. Desde el Juramento Hipocrático, los Códigos de Ética y Deontología Médica universales han mantenido el respeto a la vida humana, patente en las Declaraciones de la Asociación Médica Mundial hasta la 70ª Asamblea celebrada en Tiflis (Georgia) en octubre de 2019 (17). En la 73ª Asamblea celebrada en Berlín, en octubre de 2022, se hacen importantes recomendaciones sobre el manejo del dolor, los síntomas y los cuidados paliativos y la educación de los profesionales en la atención a la enfermedad terminal (18). Esa es la posición del Consejo General de Colegios de Médicos de España, de diversos Consejos Autonómicos y del Comité Español de Bioética; todos rechazan la eutanasia y el suicidio médico asistido. Igualmente consta en el informe elaborado por un grupo de prestigiosos expertos de diferentes países del centro independiente de investigación bioética *The Hastings Center de Nueva York*. Así está escrito en el actual Código de Deontología Médica español (19) y se mantiene en la actualización, próxima a aprobarse. Es opinión extendida que la eutanasia no es un acto médico.
5. La LORE establece el término de “contexto eutanásico” para una situación patológica: *que el paciente tenga un padecimiento grave, crónico e imposable o una enfermedad grave e incurable; esta circunstancia debe producirle un sufrimiento insoportable que no puede ser aliviado en condiciones que considere aceptables, y no requiere que se trate de una situación terminal.*

Respecto al sufrimiento como justificación, son muchas las situaciones vitales que conllevan sufrimiento; así, la enfermedad por los propios padecimientos, o por sentimientos de hacer sufrir

a otros, de ser un estorbo, de soledad, de haber terminado el proyecto vital...), todo ello entristece, deprime y lleva a la angustia y la desesperanza, por lo que excluir patología mental es esencial en todos los casos, circunstancia que queda descuidada en la LORE. La medicina actual dispone de recursos farmacológicos y humanos como remedio a estos sufrimientos; son los “cuidados paliativos”, asistencia indicada para la etapa final de la vida, adecuada al estado del paciente y a la personalización de sus cuidados. Hoy los pacientes merecen morir sin dolor, con sentimiento de bienestar y confort físico, psicológico y espiritual, según sus necesidades; la indicación médica de la sedación paliativa es un recurso más en estos cuidados (20). Sin dolor, con consuelo, compañía y apoyo afectivo y espiritual, el final de la vida puede ser una experiencia humana de gran valor.

La ayuda a la dependencia recibe recursos insuficientes (21). El propio Ministerio de Derechos Sociales reconocía en 2020 que más de 270.000 personas seguían pendientes de ayudas reconocidas; el Observatorio de la Dependencia Estatal decía ese mismo año que 152 personas mueren diariamente en España con ayuda reconocida y sin acceso a la misma; en determinadas zonas la espera para una plaza de residencia supera los 4 años.

En España disponemos de excelentes paliativistas (médicos y enfermeras) y llevamos años reclamando que esta asistencia llegue a todos los que la necesitan (22). Alrededor de 80.000 pacientes mueren cada año en España sin recibir estos cuidados (23). Según el Atlas de Cuidados Paliativos en Europa de 2019, de 51 países estudiados, España ocupa el puesto 31, junto a Georgia y Moldavia. Cuando se recomiendan 2 Servicios de cuidados paliativos por 100.000 habitantes, España cuenta con 0,6.

¿No habría sido más necesario atender la ayuda a la dependencia y una disposición sobre universalidad de los cuidados paliativos, antes que una ley de eutanasia?.

6. Respecto al Registro de objetores es una decisión que ha recibido el rechazo del Consejo General de Colegios Médicos, de Consejos Autonómicos y de Colegios Provinciales; el fundamento puede estar en el artículo 16.2 de la CE que “*exime de la obligación de declarar a nadie sobre su ideología, religión o creencias*”, y así lo recoge la propia Ley de Protección de Datos. Sin embargo, A Ollero señala que la doctrina del TC al respecto es tan variada como contradictoria. Como miembro del Tribunal ya manifestó su voto particular respecto al registro de objetores y su posible contradicción con el artículo 16.2 de la CE, aunque la Sentencia 160/1987, FJ 5 b) señala que “...esta posible colisión desaparece por el mismo ejercicio del derecho a la objeción, que en sí lleva la renuncia del objetor a mantener en el ámbito secreto de su conciencia sus reservas ideológicas... La intimidad personal y el derecho a no declarar

íntimas convicciones es algo que el objetor ha de valorar y ponderar en el contexto de las garantías que la Constitución le reconoce y decidir, nunca mejor dicho, en conciencia, pero a sabiendas también de la especial naturaleza del derecho de objeción y de las garantías que asimismo compete exigir a la comunidad y en su nombre al Estado. Cabe, pues, rechazar el reproche de inconstitucionalidad referido.” (24). Nosotros lo defendemos este derecho a la intimidad no por cobardía de los objetores a hacer pública su decisión, sino por la propia eficiencia y agilidad organizativa. Estamos de acuerdo en que esta prestación es ya legal y debe estar disponible y se debe organizar con todas las garantías, pero ello será más fácil si se conoce quiénes son los profesionales sanitarios dispuestos a participar en el proceso, porque son ellos los que deberán estar formados, capacitados y disponibles, todo ello protegido con el máximo nivel de confidencialidad. No consideramos útil y eficaz el que figuren en un registro aquellos con los que no se podrá contar. La objeción de conciencia sanitaria habría merecido un proceso de información, formación, debate, deliberación y decisiones personales que, en ningún momento se ha producido. Más de un año después de la entrada en vigor de la LORE siguen existiendo problemas de desconocimiento, descoordinación, retrasos e improvisación en su aplicación práctica.

7. Se está destacando un aspecto positivo de la eutanasia, la donación de órganos que se produce en algunos casos. El hacer un bien no puede apoyarse en el acto previo de quitar la vida a una persona; el hombre es un fin en sí mismo, no un medio para curar a otro a cambio de su propia vida.
8. Merece comentario un aspecto médico-legal puro: La LORE ha cambiado el concepto médico-legal clásico diferencial entre “lo natural” y “lo violento”. La patología natural deriva de procesos sin intervención extraña o externa al organismo, mientras que lo “lo violento” es toda fuerza ajena al organismo, venida de fuera por mecanismos diversos accidentales o intencionales y que causa daño o perjuicio, por ello, exige, socialmente una investigación judicial para determinar cómo sucedió, que daño produjo y si es preciso que los responsables de que eso ocurriera respondan y reparen el daño causado. Conforme a esto, la eutanasia es una acción violenta, pero la Ley dice “... *tendrá la consideración legal de muerte natural a todos los efectos, independientemente de la codificación realizada sobre la misma*”. Esto nos parece una decisión arbitraria, cuyas consecuencias aún desconocemos (compañías aseguradoras, posibles denuncias por aplicación inadecuada de la LORE, etc.), aunque es lógico que este tipo de muerte quede al margen de la judicialización.
9. Otro aspecto legal es la modificación que la LORE hace del Código penal en su artículo 143, en el que penaliza el dar muerte a una persona cuando padezca la terminología médica considerada en la Ley como “contexto eutanásico” en

circunstancias “compasivas” no establecidas en la LORE, añadiendo el punto 5 que dice: “No obstante lo dispuesto en el apartado anterior, no incurrirá en responsabilidad penal quién causare o cooperare activamente a la muerte de otra persona cumpliendo lo establecido en la ley orgánica reguladora de la eutanasia”. Jurídicamente resulta llamativo que cuando se incumpla cualquiera de los requisitos de la LORE, la misma conducta puede ser punible y la muerte ya sería un delito violento. Así, si la modalidad de ayuda a morir la ejecutara un familiar u otra persona incluso profesional sanitario que no ha participado en el procedimiento y cumplido con lo previsto para cada papel específico o cumplido rigurosamente los plazos de emisión de informes, comunicaciones a los diferentes

intervinientes en el proceso, etc. estaría cometiendo un delito, En nuestra opinión este es un espacio de manifiesta inseguridad jurídica para los profesionales sanitarios que realicen la prestación.

Adjuntamos la Tabla 1 que recoge los datos del primer año de la LORE. Aunque consta algún análisis de los mismos (25, 26), es un tema aún poco debatido.

En definitiva, esta nueva ley ha traído a los médicos nuevos motivos de preocupación y a la Medicina nuevos retos doctrinales con raíces en la Ética y la Deontología cuyos principios se deben salvaguardar de tendencias que invitan a que apoyados en una autonomía individual radical, olvidemos la beneficencia como guía para el ejercicio médico.

Tabla 1.- Eutanasia en España en el primer año de aplicación de la LORE (25/06/2021 a 24/06/2022).

CCAA	Solicitudes Eutanasia	Eutanasias realizadas	Eutanasias rechazadas
Andalucía	19	11	6
Aragón	18	3	8
Asturias	11	5	2
Islas Baleares	17	8	
Islas Canarias		7	
Cantabria	13	5	2
Castilla La Mancha	8	4	
Castilla y León			
Cataluña	137	60	4
Ceuta			
Extremadura		1	
Galicia	19	4	
La Rioja	2	1	
Madrid		19	
Melilla			
Murcia	5	4	1
Navarra		4	2
País Vasco	71	25	6
Comunidad Valenciana	23	13	4
TOTAL	343	174	

Datos de Asociación Derecho a Morir Dignamente y de El País (Linde, P; 22/06/22)

DECLARACIÓN DE TRANSPARENCIA

El autor/a de este artículo declara no tener ningún tipo de conflicto de intereses respecto a lo expuesto en el presente trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. M. Albert. Derecho a morir y abuso del derecho. La inadmisibilidad del caso Gross v. Suiza. Comentario a la Sentencia de la Gran Sala del Tribunal Europeo de Derechos Humanos de 30 de septiembre de 2014. *Medicina e Morale* 2014/6: 1027-1045
2. Ley 41/2002 de de autonomía del paciente, derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
3. Crespo González, C. Eutanasia en nueve actos. Ed. Seleer, 2022.
4. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. Manual de Buenas Prácticas sobre eutanasia. 24 de marzo de 2022. https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/docs/Manual_BBPP_eutanasia.pdf
5. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal
6. Real Decreto 994/1999, de 11 de junio, por el que se aprueba el Reglamento de medidas de seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal
7. Ley 27/2007, de 23 de octubre, por la que se reconocen las lenguas de signos españolas y se regulan los medios de apoyo a la comunicación oral de las personas sordas con discapacidad auditiva y sordociegas.
8. Código penal
9. Marcos del Cano, AM; De la Torre Díaz, FJ. Y de nuevo la eutanasia, una mirada nacional e internacional. Ed. Dykinson. Madrid, 2019.
10. Martínez Sellés, M. Eutanasia. Un análisis a la luz de la ciencia y la antropología: 10 claves. Ed. Rialp. Madrid, 2019.
11. Carreño Pavez, JE. La eutanasia y el suicidio asistido. Una mirada multidisciplinaria. Ediciones Universidad De Navarra, S.A. Pamplona, 2021.
12. Isorna Martínez de la Riva, S. Eutanasia: Un concepto actual interesadamente equívoco e inocentemente aceptado. Ed. Kindle, 2022.
13. Informe sobre la eutanasia y el suicidio asistido de Comité nacional de Bioética. 2021
14. D. Gracia Guillén. Fundamentos de Bioética. Ed. Eudune
15. Humphry, D; Wickett; A. El derecho a morir: comprender la eutanasia. Tusquets Editores, 2005.
16. Navarro-Valls, R. Eutanasia y objeción de conciencia. Ed. Palabra, S.A., 2022.
17. Asociación Médica Mundial. Declaración sobre la eutanasia y el suicidio con ayuda médica adoptada por la 70ª Asamblea General de la celebrada en Tbilisi, Georgia, en octubre 2019. <https://www.wma.net/es/policiespost/declaracion-sobre-la-eutanasia-y-suicidio-con-ayuda-medica/>
18. Consejo General de Colegios de Médicos de España. Posicionamiento del CGCOM ante la eutanasia y el suicidio asistido. Madrid, 21 de mayo de 2018. <https://www.cgcom.es/notas-de-prensa/asamblea-general-posicionamiento-del-cgcom-ante-la-eutanasia-y-el-suicidio-asistido>
19. The Hastings Center. The goals of medicine: Setting new priorities. *Hastings Cent Rep.* 1996 Nov-Dec; 26(6):S1-27.
20. Hernández Gil, A; Castellano Arroyo, M; Fernández-Crehuet Navajas, J; Eutanasia y Cuidados Paliativos. XXII Congreso Católicos y Vida Pública. Universidad CEU San Pablo, Madrid, 13 de noviembre 2020. https://repositorioinstitucional.ceu.es/bitstream/10637/12596/1/Eutanasia_Hernandez_Congr_Cat%26VPubl_2020.pdf
21. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Propuestas para la puesta en marcha de un “Plan de Choque para el impulso del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia. 2 de octubre de 2020. <https://dependencia.info/imagenes/plan-choque-residencias.pdf>
22. J. Batiz. Cuestiones sobre la eutanasia. Principios para cuidar la vida de quién sufre. Ediciones Nueva Eva, 2021
23. El Periódico de España. Más de 80.000 enfermos mueren cada año en España sin cuidados paliativos. Madrid, 7 de octubre de 2021. <https://www.epe.es/es/sanidad/20211007/enfermos-salud-hospitales-12177023>
24. A. Ollero Tasara. Comunicación personal.
25. El País. Linde, P. Un año de eutanasia en España. 172 casos y una gran desigualdad entre las comunidades autónomas. Madrid, 22 junio de 2022.
26. Asociación Derecho a Morir Dignamente. DMD evalúa el primer año de ley de eutanasia. Boletín trimestral, junio 2022.

Si desea citar nuestro artículo:

Castellano Arroyo M, Hernández Gil A. La Ley de eutanasia un año después: Legalidad y deontología. *An RANM.* 2022;139(03): 242–248. DOI: 10.32440/ar.2022.139.03.rev04
