

PAISES BAJOS**REFLEXIONES EN TORNO A LA EUTANASIA TRAS SU
DESPENALIZACIÓN EN LOS PAÍSES BAJOS**

Yolanda GARCÍA RUIZ

Profesora Ayudante de Derecho Eclesiástico del Estado
Universidad de Valencia

SUMARIO:**I. INTRODUCCIÓN.****II. EUTANASIA: DELIMITACIÓN CONCEPTUAL Y CLASES.****III. LA BIOÉTICA Y EL BIODERECHO COMO MARCO DE LA EUTANASIA.**

3.1. El principio de autonomía y su plasmación en el consentimiento informado del paciente.

IV. NUEVA REGULACIÓN SOBRE EUTANASIA Y PRESTACIÓN DE AUXILIO AL SUICIDIO EN LOS PAÍSES BAJOS.**V. CONSIDERACIONES FINALES.****I.- INTRODUCCIÓN.**

La Ley de los Países Bajos (2001)¹, que modifica el Código Penal holandés y varias normas de carácter administrativo², despenaliza la

¹ El texto traducido de la denominada *Ley de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio* se encuentra en Internet, en la página del Ministerio de Asuntos Exteriores Holandés, concretamente, en el apartado sobre eutanasia que se encuentra incluido en otro más amplio relativo a cuestiones éticas. <http://www.minbuza.nl>

práctica de la eutanasia en determinados supuestos controlados por el cumplimiento de estrictas condiciones médicas y administrativas. Esta novedosa normativa ha intensificado el debate en torno a la problemática ética y jurídica de la eutanasia que, en definitiva, supone llevar a sus últimas consecuencias el reconocimiento de la autonomía individual del enfermo como principio rector de las decisiones que afectan a su vida.

Por primera vez un país europeo ha decidido abordar, desde una perspectiva jurídico-legal, este conflictivo tema que, desde hace varias décadas, viene siendo cuestionado por algunos sectores³ y, a su vez, defendido por otros⁴. Estamos, por tanto, ante una Ley controvertida que reclama un análisis no sólo del procedimiento establecido en la misma sino de los principios que han desencadenado esta decisión legislativa.

El objeto de las presentes reflexiones se enmarca, por tanto, en el análisis de la reciente *Ley de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio*. Al mismo tiempo, se examinarán los principios

(La denominación de la Ley viene establecida por el artículo 24 de la misma)

² Junto al Código Penal, la Ley de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio, modifica también la Ley holandesa Reguladora de los Funerales y la Ley General de Derecho Administrativo en diversos artículos.

³ Desde diferentes confesiones religiosas como la católica, la judía y la islámica se ha cuestionado tradicionalmente la aceptación de la eutanasia como práctica médica. La justificación de dicho rechazo, como señala VIDAL, M. parte de la comprensión de Dios como "Dios de la vida y de la muerte". Se entiende, en consecuencia, que "la vida es de Dios" y, por tanto, sólo Dios puede dar y quitar la vida al hombre. (Cit. en *Bioética. Estudios de bioética racional*, Ed. Tecnos, Madrid, 1989, pág. 66).

⁴ En España las voces que demandan una despenalización de la eutanasia toman fuerza a partir de las últimas décadas del siglo XX. En estos años surge en Cataluña un movimiento "pro muerte digna" que da lugar a la elaboración de un manifiesto firmado por artistas e intelectuales en favor del derecho a morir dignamente. Entre los firmantes se encuentran: Santiago Dexeus, Joaquín Estefanía, José Agustín Goytisolo, Joan Manuel Serrat, Fernando Savater y Salvador Pàmiker. El texto del citado manifiesto que data de 1993 es el siguiente:

"Con motivo de la elaboración de un nuevo Código Penal, los abajo firmantes pedimos al Parlamento Español que, en base al respeto a la libre voluntad de aquellos enfermos que se hallen en situación irreversible de sufrimiento o dolor, y al precepto constitucional que prohíbe los tratos inhumanos y degradantes, se autorice la ayuda a morir de forma indolora a quienes así lo hayan solicitado de manera expresa y reiterada, desde su plena capacidad jurídica y debidamente informados de su estado clínico. Pensamos que un Código Penal que respete el derecho humano a decidir sobre la propia muerte, contribuirá a establecer una sociedad más pluralista y justa". Vid. PÁNIKER, S.: *Cuaderno amarillo*, Barcelona, 2001, tercera edición, pág. 11.

bioéticos que enmarcan las prácticas biomédicas relacionadas con el final de la vida cuya plasmación jurídica se viene denominando bioderecho.

Para centrar el tema y como premisa metodológica, conviene recordar la delimitación conceptual de lo que se entiende por eutanasia y de sus posibles prácticas.

II.- EUTANASIA: DELIMITACIÓN CONCEPTUAL Y CLASES.

Parece existir un consenso doctrinal en torno al concepto de eutanasia. En tal contexto, ROMEO CASABONA la define de forma precisa como "la privación de la vida de otra persona realizada por razones humanitarias, a requerimiento del interesado, que sufre una enfermedad terminal incurable o una situación de invalidez irreversible en el estado actual de la ciencia médica y desea poner fin a sus sufrimientos"⁵.

Esta concepción establece una clara línea divisoria entre la eutanasia propiamente dicha y otras prácticas como el suicidio asistido en el cual la intervención de terceros no implica una acción de los mismos tendente a producir la muerte del enfermo, puesto que es él mismo el que lleva a cabo el hecho que desencadena su propia muerte⁶. Ambas posibilidades, no obstante, han sido despenalizadas por la normativa holandesa objeto de comentario.

En cuanto a los tipos de eutanasia, la mayor parte de la doctrina⁷ tiende a diferenciar entre eutanasia pasiva y eutanasia activa y respecto a esta última, a su vez, entre eutanasia activa indirecta y directa⁸.

⁵ Vid. ROMEO CASABONA, C. M.: *El derecho y la bioética ante los límites de la vida humana*, Ed. Centro de Estudios Ramón Areces, Madrid, 1994, pág. 424.

⁶ Vid. SÁNCHEZ JIMÉNEZ, E.: *La eutanasia ante la moral y el derecho*, Ed. Universidad de Sevilla. Secretariado de Publicaciones, Sevilla, 1999, pág. 77.

⁷ En este sentido, vid. LLAMAZARES FERNÁNDEZ, D.: *Derecho de la libertad de conciencia II. Libertad de conciencia. identidad personal y derecho de asociación*, Ed. CIVITAS, Madrid, 1999, págs. 333 y 334; SOUTO PAZ, J. A.: *Comunidad política y libertad de creencias. Introducción a las Libertades Públicas en el Derecho Comparado*, Ed. Marcial Pons. Ediciones Jurídicas y Sociales, Madrid, 1999, pág. 370; ROMEO CASABONA, C. M.: *El derecho y la bioética ante los límites de la vida humana*. op. cit., pág. 421.

⁸ SÁNCHEZ JIMÉNEZ, E., sin embargo, expresa su disconformidad con esta distinción, al menos desde una perspectiva moral, y, en este sentido, señala: "la diferencia entre la eutanasia activa y la pasiva, sólo tiene relevancia en el terreno formal, no ocurriendo así en el material de los hechos...la aceptación...de la eutanasia

La *eutanasia pasiva* se suele entender como la omisión de un determinado tratamiento con la consiguiente aceleración del momento de la muerte. En dicha definición se podría incluir tanto la renuncia del enfermo a un determinado tratamiento como la decisión de interrupción del mismo en un momento concreto del proceso de la enfermedad en fase terminal. Consistiría en un "no hacer", en una omisión a la que sigue inevitablemente la muerte del paciente que se encuentra en un estado crítico e irreversible de su enfermedad.

Por el contrario, la *eutanasia activa* se considera como acción. Requiere una actuación que provoque, de forma *directa* o *indirecta*, la muerte del paciente en fase terminal. La *eutanasia activa directa*, se produciría en el supuesto en el cual el médico suministrara una inyección letal al paciente con el fin de provocar su muerte. La *eutanasia activa indirecta*, sin embargo, se identificaría, entre otros, con los supuestos en los que una medicación paliativa del dolor tiene, como efecto secundario no buscado, la aceleración del momento de la muerte.

Vista la diferencia entre las distintas clases de eutanasia, es importante resaltar que la nueva normativa holandesa que comentaremos hace referencia tan sólo a la prestación de auxilio al suicidio y a la denominada eutanasia activa directa, puesto que es la que se encuentra tipificada en su Código Penal, artículo 293⁹.

pasiva y el rechazo de la eutanasia activa puede ser justificada tal vez desde un punto de vista legal o práctico, pero no desde un punto de vista moral". (Cit. en *La eutanasia ante la moral y el derecho*, op. cit., págs. 34 y 35).

⁹ El artículo 293 del Código Penal holandés *señalaba*: "Toda persona que prive de la vida a otra persona, mediante la solicitud expresa y bien meditada de ésta incurrirá en una pena de doce años de prisión como máximo, o en una multa de la quinta categoría". El texto ha sido tomado de MARCOS DEL CANO, A. M.: "Legislación eutanásica y realidad social: la experiencia de Holanda", en *Problemas de la Eutanasia*, Ed. DYKINSON, 1999, Madrid, pág. 74 (nota 4).

El vigente artículo 293, establece: "1. El que quitare la vida a otra persona, según el deseo expreso y serio de la misma, será castigado con pena de prisión de hasta doce años o con una pena de multa de la categoría quinta.

2. El supuesto al que se refiere el párrafo 1 no será punible en el caso de que haya sido cometido por un médico que haya cumplido con los requisitos de cuidado recogidos en el artículo 2 de la Ley sobre comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio, y se lo haya comunicado al forense municipal conforme al artículo 7, párrafo segundo de la Ley Reguladora de los Funerales". Vid. artículo 20 de la Ley de la Terminación de la Vida a Petición Propia y Auxilio al Suicidio, Senado de los Países Bajos, 200-2001, 26691 n°137. <http://www.minbuza.nl>

Quedan, por tanto, excluidas del contenido de la Ley holandesa y del propio concepto de eutanasia utilizado en los Países Bajos las actividades que responden a la denominada eutanasia pasiva y a la eutanasia activa indirecta. De hecho, ambas son consideradas prácticas médicas lícitas¹⁰.

Delimitada conceptualmente la eutanasia y los diferentes tipos de prácticas médicas que se suelen englobar en dicho concepto, conviene también hacer referencia a los principios bioéticos que subyacen tras las mismas desde una perspectiva biojurídica.

III.- LA BIOÉTICA Y EL BIODERECHO COMO MARCO DE LA EUTANASIA.

Los Derechos Humanos proclamados en la Declaración Universal de Derechos Humanos, de 10 de diciembre de 1948, se están reconociendo en Occidente como fuente y como límite de las normas que deben establecerse para regular los problemas que surgen en la sociedad a consecuencia de su propia dinámica evolutiva y de los nuevos avances científicos y tecnológicos¹¹. En esta dinámica se encuadran también la bioética y el bioderecho.

En efecto, la Bioética como ciencia que, desde una perspectiva ética, estudia las conductas humanas en el ámbito de la atención sanitaria y de la biomedicina¹² debe construirse sobre la base de los principios recogidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos. De esta forma, se pueden identificar, según CASADO, una serie de valores y principios comunes que sirven como marco de referencia¹³, al menos en las sociedades occidentales. En este sentido, son significativas las palabras de la citada autora cuando afirma: "los Derechos Humanos constituyen el primer

¹⁰ Vid. MARCOS DEL CANO, A. M.: "Legislación eutanásica y realidad social: la experiencia de Holanda", en *Problemas de la Eutanasia*, op. cit., pág.74.

¹¹ La relevancia de los Derechos Humanos como marco delimitador de las decisiones legislativas relacionadas con los nuevos avances científicos en el ámbito sanitario, ha sido puesta de manifiesto, entre otros, por JORDÁN VILLACAMPA, M. L., concretamente, en relación a los trasplantes de órganos. Los argumentos de la citada autora se pueden encontrar en "Problemática jurídica: Extracción y trasplante de órganos", Comunicación presentada al I Congreso Mundial de Bioética, celebrado los días 20 a 24 de 2000 en Gijón, Marcelo Palacios Ed, Sociedad Internacional de Bioética (SIBI), págs. 467 a 477.

¹² En este sentido, vid. GAFO, J.: "Historia de una nueva disciplina: Bioética", en *Derecho Biomédico y Bioética*, Ed. COMARES, Granada, 1998, pág. 87.

¹³ Vid. CASADO, M.: "Los derechos humanos como marco para el bioderecho y la bioética", en *Derecho biomédico y Bioética*, op. cit., pág. 114.

criterio inspirador y el límite estricto de cualquier normativa, tanto jurídica como ética¹⁴.

Partiendo de esta posición, CASADO da un paso más aproximándose al ámbito jurídico e identifica los tradicionales principios de bioética o de ética médica (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia)¹⁵ con los Derechos Humanos, fundamentalmente, estableciendo un paralelismo entre la libertad y la igualdad, por un lado, y los principios de autonomía y justicia, por otro¹⁶.

Vista la relación entre el ámbito bioético y el biojurídico y traspolada ésta a la problemática de la eutanasia, la cuestión que aquí interesa radica en observar los distintos aspectos de la eutanasia desde la óptica de los principios referidos y el respeto de los Derechos Humanos que constituyen su referente jurídico.

En este propósito, el principio de autonomía adquiere una especial importancia. Su influencia en el tema de la eutanasia es, sin duda, decisiva, puesto que actúa de forma directa en la posibilidad de aceptar o rechazar determinados tratamientos en el supuesto de enfermos terminales. Por este motivo, un análisis específico del mismo se revela necesario.

3.1.- El principio de autonomía y su plasmación en el consentimiento informado del paciente.

El principio de autonomía, identificado desde la perspectiva jurídica con el concepto de libertad, adquiere en relación con la eutanasia una especial relevancia en tanto en cuanto supone reconocer al enfermo la posibilidad de decidir, de forma libre y autónoma, sobre la aceptación, el rechazo o, incluso, la interrupción de un determinado tratamiento en los casos en los cuales las posibilidades médicas actuales no posibilitan la curación.

En definitiva, dicho principio facilita la adopción de decisiones sobre la salud y la propia vida en el ámbito de alguna de las prácticas de eutanasia referidas en los apartados precedentes. Concretamente, en

¹⁴ *Ibid*, pág. 118.

¹⁵ En relación a los principios sobre los cuales se construye la bioética, vid. CASTELLANO ARROYO, M.: "La deontología médica: teoría y práctica", en *Derecho Biomédico y Bioética*, op. cit., págs. 31 a 36.

¹⁶ *Ibid*, págs. 126 y 127.

relación a la denominada eutanasia pasiva y eutanasia activa indirecta, opciones ambas que, según se ha podido comprobar, en ningún caso responden a una acción médica tendente directamente a producir la muerte del enfermo.

Por lo que respecta a la aparición del principio de autonomía, conviene señalar que ésta responde al establecimiento de una nueva visión de la relación existente entre el médico y el paciente. El enfermo deja de ser considerado como un individuo sobre el cual se toman decisiones en base a criterios exclusivamente médicos (paternalismo médico y principios de no maleficencia y beneficencia) y pasa a ser una persona con poder de decisión que, sobre la base de una conveniente información respecto de su enfermedad, es capaz de decidir en esa esfera de su privacidad¹⁷.

Esta nueva visión del enfermo que reconoce su capacidad de decidir y que condiciona una nueva relación con el médico, se ve reflejada asimismo en la aparición de otro concepto decisivo en el marco de la biomedicina y, sobre todo, en el ámbito biojurídico. Este concepto básico es el *consentimiento informado* que funciona como requisito previo de toda actuación médica y surge, *derivado del principio de autonomía*, como consecuencia de la presencia cada vez mayor del derecho en la relación médico-paciente¹⁸.

Por lo que respecta a la eutanasia y a las decisiones del enfermo en fase terminal, es evidente que el *consentimiento informado* constituye un auténtico requisito de actuación en los supuestos de eutanasia pasiva (no aceptar someterse a un determinado tratamiento ante una enfermedad terminal e irreversible) y también en los de eutanasia activa indirecta

¹⁷ En este sentido, vid. SOUTO PAZ, J. A.: *Comunidad política y libertad de creencias. Introducción a las Libertades Públicas en el Derecho Comparado*, op. cit., pág. 320.

¹⁸ En relación a esta cuestión, PELAYO GONZÁLEZ-TORRE, señala: "El consentimiento juega sin duda en muchos casos un papel moral como forma de expresión de la autonomía individual del paciente, pero también, y sobre todo, juega un papel legal, abriendo la puerta a la judicialización, actuando como arma procesal, bien sea ofensiva en manos del paciente o defensiva al servicio del médico. Y lo mismo ocurre con la información, que juega en íntima relación con el consentimiento, siendo otro de los campos de batalla de las relaciones entre médico y paciente donde se ventilan cuestiones relativas al ejercicio de los poderes subyacentes a la situación". (Cit. en *La Intervención Jurídica de la Actividad Médica: El consentimiento informado*, Instituto de Derechos Humanos "Bartolomé de las Casas". Universidad Carlos III de Madrid, Ed. DYKINSON, Madrid, 1997, págs. 97 y 98.

(aceptar las posibles consecuencias de tratamientos paliativos del dolor que como efecto secundario acortan la vida del enfermo).

El enfermo, a tenor de la comprensión bioética y biojurídica expuesta, tiene derecho a recibir información sobre el estado de su enfermedad y, consecuentemente, también tiene derecho a decidir sobre la aplicación o interrupción de los tratamientos que desde la medicina actual se le ofrecen. Fundamentalmente cuando éstos no posibilitan la curación de su enfermedad.

En este orden de cosas, es evidente también el derecho que asiste al enfermo que no quiere recibir información alguna sobre el estado de su enfermedad. Como señala LÓPEZ ORTEGA: "el paciente también tiene derecho a no saber (..) la libertad del enfermo también alcanza la posibilidad de renunciar a estos derechos y, desde la perspectiva de la autonomía, el ordenamiento jurídico debe permitir el ejercicio de esta libertad"¹⁹.

Estos casos, sin embargo, presentan ciertamente una mayor complejidad, puesto que la decisión que pueda tomar el médico deja de tener el apoyo de la libertad y la autonomía del enfermo. En principio, sin embargo, pese a la ausencia de consentimiento expreso del paciente, la decisión de no someter al enfermo a tratamientos que no ofrecen posibilidades de curación y la administración de medicamentos con el fin de paliar el dolor, asumiendo los riesgos que los mismos conllevan, deben ser consideradas como meras decisiones médicas y no propiamente prácticas de eutanasia pasiva o activa indirecta. Al margen de lo señalado deben considerarse, no obstante, los supuestos de omisión de asistencia médica o de ayuda para evitar la muerte del paciente, puesto que éstos, lejos de entrar en el marco de lo que aquí se ha denominado eutanasia pasiva, responden a un delito de homicidio de comisión por omisión²⁰.

Así las cosas y pese a los supuestos en los cuales el paciente decide no saber, lo cierto es que el consentimiento informado, derivado, según lo expuesto, del principio de autonomía, parece reclamar una revisión respecto de las prácticas que se deben entender incluidas en el concepto de eutanasia y aquéllas que simplemente deben ser consideradas como una

¹⁹ Vid. LÓPEZ ORTEGA, J. J.: "Consentimiento informado y límites de la intervención médica", en *Problemas de la Eutanasia*, op. cit., pág. 65.

²⁰ Vid. ROMEO CASABONA, C. M.: *El derecho y la bioética ante los límites de la vida humana*, op. cit., pág. 441.

manifestación de dicho principio y de su concreción en el consentimiento informado del paciente.

Cuestión distinta a lo anterior es aquella en la cual la acción médica tiene como objetivo principal y directo producir la muerte del enfermo. Estos supuestos, que responden al concepto de eutanasia activa directa, no se enmarcan, en sentido estricto, en el ámbito de la aceptación o el rechazo de un determinado tratamiento, puesto que la solicitud del enfermo consiste en acelerar el momento de la muerte, demandando, en este sentido, una acción médica que responde a tipos delictivos contemplados penalmente en la mayor parte de los Códigos penales de nuestro entorno cultural²¹.

La nueva ley de los Países Bajos, sin embargo, desmarcándose de la generalidad legislativa, ha despenalizado parcialmente este tipo de prácticas a través de una eximente establecida en el Código Penal, permitiendo, previo cumplimiento de una serie de requisitos, que la voluntad del enfermo pueda ser llevada a cabo sin que de ello se derive responsabilidad alguna para el médico. Su análisis, por tanto, centra a continuación el presente estudio.

IV.- NUEVA REGULACIÓN SOBRE EUTANASIA Y PRESTACIÓN DE AUXILIO AL SUICIDIO EN LOS PAÍSES BAJOS.

La normativa holandesa que regula la práctica de la eutanasia activa directa y el auxilio al suicidio condiciona la despenalización de estas prácticas al cumplimiento de una serie de requisitos, introduciendo con ello una eximente de los delitos tipificados en los artículos 293 y 294²² del Código Penal holandés.

²¹ Una significativa relación de legislación penal comparada del homicidio consentido puede encontrarse en MARCOS DEL CANO, A. M.: *La eutanasia. Estudio filosófico-jurídico*, Ed. Marcial Pons, Madrid, 1999, págs. 265 a 267.

²²El artículo 294 del Código Penal holandés, tras su modificación, señala: "El que de forma intencionada indujere a otro para que se suicide será, en caso de que el suicidio se produzca, castigado con una pena de prisión de hasta tres años o con una pena de multa de la categoría cuarta.

2. El que de forma intencionada prestare auxilio a otro para que se suicide o le facilitare los medios necesarios para ese fin, será, en caso de que se produzca el suicidio, castigado con una pena de prisión de hasta tres años o con una pena de multa de la categoría cuarta. Se aplicará por analogía el artículo 293, párrafo segundo". Vid. artículo 20 de la Ley de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio, Senado de los Países Bajos, 2000-2001, 26691, nº 137. <http://www.minbuza.nl>.

Conviene subrayar, por tanto, que la eutanasia y el suicidio asistido siguen siendo prácticas punibles en los Países Bajos, exentas, sin embargo, de responsabilidad penal cuando el médico que las practica cumple, en cada caso concreto, con todos los requisitos establecidos en el artículo 2 la Ley de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio. El procedimiento de control del médico que efectúa la práctica de la eutanasia o el auxilio al suicidio, se encuentra establecido, no obstante, en el artículo 7 de la Ley Reguladora de los Funerales²³.

Entre los denominados "requisitos de cuidado y esmero profesional" requeridos para eximir de responsabilidad penal al médico, la ley holandesa de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio señala la necesidad de llegar al convencimiento de que la petición del paciente es voluntaria y meditada, que el sufrimiento que padece es insoportable y que, tras la oportuna información sobre el estado del mismo, ambos -médico y paciente- han llegado al convencimiento de que no existe otra *solución razonable*.

Junto a lo anterior, en esta relación de requisitos, cabe destacar la necesaria consulta que el médico del paciente debe efectuar a otro facultativo médico antes de llevar a cabo la eutanasia o el auxilio al suicidio, medida que parece implicar un intento legal de evitar posibles abusos.

Además, la citada Ley establece la exigencia de prestar el máximo cuidado posible en la realización de este tipo de prácticas y también la consideración del testamento vital como documento válido de expresión de la voluntad del paciente²⁴ en los supuestos de personas mayores de dieciseis años²⁵.

²³ La nueva redacción del artículo 7 de la Ley Reguladora de los Funerales viene establecida por el artículo 21 de la Ley de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio. *Ibidem*.

²⁴ Una cuestión de notable relevancia no tratada, sin embargo, por la Ley de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio, es la relativa a la posible objeción de conciencia del médico del paciente respecto de la realización de prácticas de eutanasia o de auxilio al suicidio, objeción que puede provocar un conflicto entre la voluntad o la autonomía del paciente (manifestada personalmente o en el testamento vital) y la libertad de conciencia del médico que le asiste.

²⁵ Vid. Artículo 2 de la Ley de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio. Senado de los Países Bajos, 2000-2001, 26691 nº137, en <http://www.minbuza.nl>

En relación con el procedimiento de notificación que debe efectuar el médico que ha realizado la eutanasia o el auxilio al suicidio, es importante señalar que la Ley de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio, en su artículo tercero, dispone la creación de unas comisiones regionales cuya función es la de comprobar las notificaciones que el médico del paciente debe presentar al forense municipal, tras realizar alguna de estas prácticas. Estas comisiones estarán formadas por un número impar de miembros de los cuales uno, al menos -el que actúa como presidente-, debe ser jurista. Entre los otros miembros también habrá necesariamente un médico y un experto en cuestiones éticas²⁶.

Las competencias de las comisiones regionales se encuentran determinadas en los artículos 8 a 13 de la referida Ley y, básicamente, son un medio de control de la responsabilidad del médico que realiza una práctica de eutanasia o de auxilio al suicidio. Concretamente, dichas comisiones juzgan el informe que el médico debe presentar al forense tras la realización de la eutanasia o el auxilio al suicidio.

En España existen iniciativas autonómicas respecto del testamento vital en Cataluña, Extremadura y Galicia.

La conflictividad del tema, sin embargo, se pone de manifiesto a tenor de las diferencias existentes entre el modelo de testamento vital establecido por la Asociación Derecho a Morir Dignamente y el de la Conferencia Episcopal Española. En el primer caso, el texto es el siguiente: "... DECLARO: Que, si llego a encontrarme en una situación en la que no pueda tomar decisiones sobre mi cuidado médico, a consecuencia de mi deterioro físico y/o mental, por encontrarme en uno de los estados clínicos enumerados en el punto 4 de este documento, y si dos médicos independientes coinciden en que mi estado es irreversible, mi voluntad inequívoca es la siguiente: 1. Que no se prolongue mi vida por medios artificiales, tales como técnicas de soporte vital, fluidos intravenosos, fármacos o alimentación artificial. 2. Que se me suministren los fármacos necesarios para paliar al máximo mi malestar, sufrimiento psíquico y dolor físico causados por la enfermedad o por falta de fluidos o alimentación, aún en el caso de que puedan acortar mi vida. 3. Que, si me hallo en un estado particularmente deteriorado, se me administren los fármacos necesarios para acabar definitivamente, y de forma rápida e indolora, con los padecimientos expresados en el punto 2 de este documento (...)"

Por el contrario, el modelo de testamento vital elaborado por la Conferencia Episcopal Española señala: "...pido que si por mi enfermedad llegara a estar en situación crítica irrecuperable, no se me mantenga en vida por medio de tratamientos desproporcionados o extraordinarios; que no se me aplique la eutanasia activa, ni que se me prolongue abusiva e irracionalmente mi proceso de muerte; que se me administren los tratamientos adecuados para paliar los sufrimientos (...)". Ambos documentos están tomados de Internet.

²⁶ *Ibidem*.

En este sentido, es necesario también poner de manifiesto que el propio médico que realiza la eutanasia o el auxilio al suicidio no puede firmar el certificado de defunción del enfermo. El procedimiento previsto viene a modificar el párrafo segundo del artículo 7²⁷. de la Ley Reguladora de los Funerales, estableciendo la necesidad de que el médico informe al forense municipal del fallecimiento. Para ello, deberá cumplimentar un formulario establecido a tal efecto y presentar un informe motivado en el que se señale el cumplimiento de los requisitos de cuidado determinados por la Ley de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del auxilio al Suicidio.

Si el forense encuentra alguna irregularidad en el informe presentado por el médico, deberá informar al fiscal y si éste considera que existe alguna objeción que impide proceder a la certificación de entierro o incineración se lo comunicará al forense municipal y a la comisión regional (artículos 10 y 12 de la Ley Reguladora de los Funerales)²⁸.

Cuando no se constate irregularidad alguna, el forense, a través de un formulario, comunicará a la comisión regional la adecuada realización de la eutanasia o del auxilio al suicidio. La comisión, por su parte, elaborará un dictamen que será comunicado al médico en un plazo de seis semanas y, si considera que no se actuó conforme a los requisitos de cuidado exigidos, comunicará su dictamen también a la Fiscalía General del Estado y al inspector regional para la asistencia sanitaria²⁹.

²⁷ Tras la Ley de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio, el texto del artículo 7, párrafo segundo, de la Ley Reguladora de los Funerales señala: "En el caso de que el fallecimiento se haya producido como consecuencia de la aplicación de técnicas destinadas a la terminación de la vida a petición propia o el auxilio al suicidio, a los que se refiere el artículo 293, párrafo segundo y el artículo 294, párrafo segundo, segunda frase del Código Penal, el médico que trata el paciente no expedirá ningún certificado de defunción e informará inmediatamente, mediante la cumplimentación de un formulario, al forense municipal o a uno de los forenses municipales, de las causas de dicho fallecimiento. Además del formulario, el médico enviará un informe motivado sobre el cumplimiento de los requisitos de cuidado a los que se refiere el artículo 2 de la Ley de comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio". Vid. Artículo 21 de la Ley de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio. *Ibidem*.

²⁸ Los artículos 10 y 12 de la Ley Reguladora de los Funerales han sido modificados por el artículo 21 de la Ley de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio. *Ibidem*.

²⁹ Vid. artículo 9, párrafos 1 y 2, de la Ley de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio. *Ibidem*.

Además de lo anterior, el articulado de la Ley de la Terminación de la Vida a Petición propia y del Auxilio al Suicidio prevé la creación de un registro donde se contemplen los diferentes casos que se vayan produciendo (art. 11) y exige el secreto de los datos de los que dispone la comisión (art.14). Asimismo, en su artículo 16, señala que los miembros de la comisión deberán abstenerse de opinar respecto de la intención del médico que lleva a cabo estas prácticas, puesto que, según lo señalado, su cometido es únicamente el de controlar el cumplimiento de los requisitos determinados por la propia Ley, sin entrar en el fondo de cada uno de los casos.

De lo expuesto se deduce que la nueva normativa holandesa se limita a regular, controlar y determinar un procedimiento de notificación de las prácticas de eutanasia y de auxilio al suicidio sin entrar a valorar cuestiones relacionadas con la problemática que conllevan dichas prácticas. El motivo que justifica esta opción legislativa probablemente responde al hecho de que las cuestiones de fondo fueron resueltas anteriormente por diferentes sentencias³⁰.

No obstante, algunas de dichas cuestiones hubieran merecido un tratamiento legislativo más profundo, dados los intereses y los derechos contrapuestos que en ellas confluyen. A título de ejemplo, cabe señalar el supuesto de los menores de edad que, según el artículo 2 de la Ley de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio, a partir de los doce años pueden solicitar la práctica de la eutanasia, cuando aquéllos que ejerzan la patria potestad estén de acuerdo y siempre que se considere que están en condiciones de realizar una valoración razonable de su situación. Y también, en este mismo sentido, el supuesto de los pacientes de enfermedades psíquicas, puesto que parece complejo determinar en estos casos qué debe entenderse por "padecimiento insoportable" ante un supuesto de eutanasia o de suicidio asistido como los referidos en la citada Ley.

En principio, sin embargo, la nueva normativa holandesa parece que se ha limitado a ofrecer una cobertura legal a los supuestos que solían

³⁰ Especialmente significativa, en este sentido, es un sentencia, de 27 de noviembre de 1984 (Caso Alkmaar), en ella el Tribunal Supremo recurre, para no penalizar la conducta del médico que practica la eutanasia al artículo 40 del Código Penal holandés que hace referencia a la fuerza mayor o estado de necesidad. Esta sentencia y otras sentencias también especialmente significativas, se pueden encontrar en GRIFFITHS, J.; BOOD, A.; WEYERS, H.: *Euthanasia & Law in the Netherlands*, Amsterdam University Press, Amsterdam, 1998, págs. 321 a 351.

resolverse jurisprudencialmente. No obstante, quizá sea aquél el espacio jurídico en el que deberían ser tratados dichos problemas, dada la especificidad de cada uno de los supuestos³¹. Y es que, como una de las características de la norma jurídica es la generalidad y los problemas de eutanasia reclaman una solución particularizada y *ad casum*, la plasmación legal de la eutanasia y del auxilio al suicidio parece casar mal con las características que deben tener las normas jurídicas.

Además, la Ley que nos ocupa es susceptible de otra crítica fundamental, cual es que establece los mecanismos de control a posteriori, es decir, cuando el enfermo ya ha muerto³².

En efecto, el procedimiento establecido por la normativa holandesa exige, según lo señalado, una notificación y una comprobación respecto del cumplimiento de una serie de requisitos previstos legalmente. Sin embargo, dicha notificación y comprobación se lleva a cabo una vez que se ha realizado la eutanasia o el auxilio al suicidio.

¿Qué ocurre si no había una absoluta certeza respecto de la voluntad del paciente? ¿Que ocurre en los supuestos en los cuales el enfermo está inconsciente? ¿Cuál es la vigencia de la voluntad expresada en el testamento vital³³?

Se podrá condenar al médico que no observe los requisitos de cuidado determinados en la Ley de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio, pero, como resulta evidente, no se podrá devolver la vida al paciente que quizá no expresó su voluntad de morir.

³¹ En este mismo sentido, MARCOS DEL CANO, A. M., señala: "...si bien puede justificarse la eutanasia en ciertos supuestos y, por consiguiente, exonerar de responsabilidad a quien la practique, esto (sic) no es óbice para que siga tratándose la misma con la mayor contundencia posible en el ordenamiento jurídico (tipificación penal), lo que llevará a que siempre que se produzca un hecho de estas características, se siga un proceso con todas las garantías para esclarecer los hechos y depurar responsabilidades. Desde esta óptica, la eutanasia se nos presenta como un hecho justificable, pero antijurídico. (Cit. en *La eutanasia. Estudio filosófico-jurídico*, op. cit., pág. 175).

³² En este sentido, vid. SÁNCHEZ JIMÉNEZ, E.: *La eutanasia ante la moral y el derecho*. op. cit., pág. 87.

³³ En torno a esta problemática, vid. ROMEO CASABONA, C. M.: *El derecho y la bioética ante los límites de la vida humana*, op. cit., págs. 423 y 424.

En cualquier caso, lo cierto es que las cuestiones relativas a la eutanasia revisten una enorme complejidad. Por ello, BUENO, en una sintética y quizá certera afirmación ha señalado: "quien afecta tener las 'ideas muy claras' sobre la eutanasia es un ingenuo que con su declaración demuestra tener las ideas tan oscuras que casi habría que dejarlas de ver como ideas"³⁴.

V.- CONSIDERACIONES FINALES.

Tras todo lo expuesto, a modo de consideraciones finales cabe señalar que, como consecuencia de la aparición de unos determinados principios bioéticos, reflejo en el marco biojurídico de los Derechos Humanos, se produce una nueva visión de la relación médico-paciente que quizá debería replantear el concepto de eutanasia en las acepciones de eutanasia pasiva y eutanasia activa indirecta.

En este sentido, el principio de autonomía, reflejado en la exigencia del consentimiento informado como requisito previo de toda actuación médica, y la propia libertad del enfermo, constituyen un binomio que parece condicionar una nueva comprensión de la eutanasia que quizá demanda también una nueva delimitación conceptual de la misma.

Se considera, por tanto, que el enfermo tiene derecho a decidir si quiere, en una fase extrema de su enfermedad, someterse a un determinado tratamiento y también derecho a decidir que, pese a las posibles consecuencias, se le administren fármacos o sustancias que mitiguen el dolor. Son supuestos de eutanasia pasiva y de eutanasia activa indirecta que, en realidad, se sitúan en el ámbito de la autonomía y de la libertad del paciente que presta su consentimiento informado.

Sin embargo, la eutanasia activa directa y el auxilio al suicidio son consideradas prácticas punibles en la mayor parte de los países de nuestro entorno al no entender que queden amparadas por el principio de autonomía. Ambos tipos de prácticas, no obstante, se han visto parcialmente despenalizadas en los Países Bajos, a través de una eximente que depende del cumplimiento de determinados requisitos y controles de actuación médica. El control, sin embargo, se lleva a cabo a posteriori, tras

³⁴ Vid. BUENO, G.: *El sentido de la vida*, Pentalfa ediciones, Oviedo, 1996, pág. 200, citado por MARCOS DEL CANO, A. M. Y CASTRO CID, B.: "Eutanasia y debate sobre la jerarquía de los valores jurídicos", en *Persona y Derecho. Revista de fundamentación de las Instituciones Jurídicas y de Derechos Humanos. Estudios en homenaje al Prof. Javier Hervada*, nº 41, 1999, pág. 353, (nota 1).

la práctica de la eutanasia o del auxilio al suicidio. Ésta, entre otras cuestiones como la relativa a la necesidad de observar estos problemas desde su especificidad y no desde la generalidad propia de la norma jurídica, obligan a cuestionar la conveniencia de su regulación legislativa y a reflexionar sobre la posibilidad de reconsiderar la vía jurisprudencial y la justicia del caso como el ámbito jurídico más adecuado para la resolución de estos problemáticos supuestos.

No obstante, decantarse a favor o en contra de la normativa holandesa, independientemente de su perfectibilidad técnica, es una cuestión de evidente complejidad, puesto que incide en la verdadera cuestión de fondo: el reconocimiento o no de límites al principio de autonomía, principio que hunde sus raíces en las convicciones religiosas e ideológico-filosóficas que cada ordenamiento jurídico desea proteger.