

LEY DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA. PERSPECTIVA MÉDICO FORENSE.

EUTHANASIAN LAW. FORENSIC MEDICAL POINT OF VIEW.

RODES LLORET, F.¹

RESUMEN.

Se aborda en el presente trabajo, el estado actual de la eutanasia en el mundo así como los principales aspectos de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, desde una perspectiva médico forense, tales como la incapacidad de hecho y su valoración, el documento de instrucciones previas, la información y el consentimiento informado, la historia clínica, el secreto profesional, la consideración de este tipo de fallecimiento como muerte natural, la objeción de conciencia, y las posibles situaciones de solicitud de informe pericial a los IMLCF desde la jurisdicción contencioso administrativa.

PALABRAS CLAVE: Eutanasia. Medicina forense.

ABSTRACT.

The current state of euthanasia in the world is addressed in this work, as well as the main aspects of Organic Law 3/2021, of March 24, regulating euthanasia, from a forensic medical perspective, such as disability de facto and its assessment, the prior instructions document, information and informed consent, clinical history, professional secrecy, the consideration of this type of death as natural death, conscientious objection, and the possible situations of application for expert report to the IMLCF from the contentious-administrative jurisdiction.

KEY WORDS: Euthanasia. Forensic Medicine.

CONTACTO: Fernando Rodes Lloret, Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Alicante, Avda Aguilera nº 53, Palacio de Justicia de Benalúa, 03007 Alicante, España; fernando.rodes@gmail.com

El médico que actuara amparado por las Leyes del Estado no podrá ser sancionado deontológicamente.
Código de Deontología Médica. 2011.

1. INTRODUCCIÓN.

1.1. LA EUTANASIA EN EL MUNDO.

La aprobación de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (LORE)¹ ha convertido a España en el cuarto país europeo en legalizarla tras Países Bajos (2002), Bélgica (2002) y Luxemburgo (2009).

También está la eutanasia permitida en Canadá (2016), Colombia (2015), Nueva Zelanda (2021) y parcialmente en algunos estados de Australia (Victoria 2019, Australia Occidental 2021 y Tasmania, 2022), mientras que el suicidio asistido lo está en Suiza (2018) y en algunos estados de EE. UU. (Oregón 1997, Washington 2009, Montana 2009,

Vermont 2013, Colorado 2016, California 2016, Hawái 2018, Nueva Jersey 2019 y Maine 2019).

Recogemos a continuación los aspectos más importantes de cada uno.

Países Bajos.

Aprobó en 2001 la primera ley de eutanasia del mundo, entrando en vigor en 2002. Está permitida tanto la eutanasia como el suicidio asistido[2]. Se aplica con una edad mínima de 12 años. Por encima de los 18 la decisión le corresponde en exclusiva al paciente, desde los 16 los padres son consultados, pero no se requiere su consentimiento. Entre los 12 y los 16 años, la solicitud procederá del paciente y

¹ Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Alicante. Universidad de Alicante.

sus padres, que consentirán.

Se admiten las instrucciones previas.

El control es posterior a la eutanasia. El médico que la va a practicar tiene que consultar con un médico independiente, cuya opinión no es vinculante, aunque si se realiza la eutanasia en contra de su criterio, se tendrá que justificar la decisión discrepante ante el Comité Regional de Supervisión.

En 2017 supusieron un 4,4% del total de fallecimientos.

Las causas más frecuentes fueron: 68% por cáncer, 7% por enfermedades neurológicas degenerativas, 5% por causas vasculares y 3,5% por causas pulmonares[3].

Bélgica.

La Ley de Eutanasia se aprobó en 2002 simultáneamente con otras dos normas: Ley de Derechos de los Pacientes y Ley de Cuidados Paliativos estando permitida tanto la eutanasia como el suicidio asistido[2].

Ha de ser una persona mayor de edad o menor emancipado. En caso de menor no emancipado existen algunas restricciones: Requiere el consenso del menor y sus padres, no puede fundamentarse únicamente en el sufrimiento mental, debe consultarse con un psiquiatra o psicólogo infantil sobre la competencia para decidir y no puede ser anticipada, ni basada únicamente en instrucciones previas.

Se admiten las instrucciones previas.

Se debe consultar a un médico independiente y si es un paciente no terminal se consulta con un tercer médico independiente.

En 2017 supusieron un 2,1% del total de fallecimientos. Las causas más frecuentes fueron: 61% por cáncer, 19% por enfermedades neurológicas degenerativas, 3,4% por causas vasculares, 3% causas pul-

monares, 1,7% psiquiátricas y 19% por pluripatología. No eran situaciones terminales un 16% de los casos[3].

Luxemburgo.

Aprobó en 2009 una Ley de cuidados paliativos, eutanasia y suicidio asistido. Se puede aplicar solo a mayores de 18 años con una enfermedad incurable que conlleve un dolor insoportable y constante sin esperanza de mejora[2].

Canadá.

Derogó en 2015 la prohibición de la eutanasia y el suicidio asistido, comenzando por Quebec (donde no se exige determinada esperanza de vida). En 2016, el Colegio de Médicos de Ontario publicó las Directrices provisionales para la muerte asistida[3].

Colombia.

Es el único país de América Latina donde está permitida la eutanasia. Se despenalizó en 1997 y se reguló en 2015[3].

Nueva Zelanda.

Fue país el primer país en el mundo en someter la eutanasia a referendo, junto a las papeletas de las elecciones generales de 2020⁴. Ha de ser mayor de edad. Se necesita la aprobación de dos médicos.

Australia.

El solicitante ha de ser mayor de 18 años y con una esperanza de vida entre 6-12 meses.

Suiza.

Está prohibida la eutanasia activa. El Código Penal, desde 1918, solo considera delito el suicidio asistido si la motivación fue egoísta; sin embargo, el auxilio al suicidio por motivos altruistas es impune. Entre los requisitos no se exige la participación de un médico, ni que el paciente sea terminal. La eutanasia practicada por un médico no está

permitida

EE. UU.

El suicidio médicamente asistido en mayores de 18 años con enfermedad terminal y pronóstico de vida inferior a 6 meses está despenalizado en varios estados, siendo Oregón en 1997 el primero que lo aprobó.

1.2. LA EUTANASIA EN ESPAÑA.

En España la LORE[1] distingue dos conductas eutanásicas: La eutanasia activa y aquella en la que es el propio paciente la persona que termina con su vida, para lo que precisa de la colaboración de un profesional sanitario que, de forma intencionada y con conocimiento, facilita los medios necesarios, incluido el asesoramiento sobre la sustancia y dosis necesarias de medicamentos, su prescripción o, incluso, su suministro con el fin de que el paciente se lo administre.

Y así lo recoge el art. 3 al definir la “prestación de ayuda para morir”:

g) «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.

Dicha prestación se puede producir en dos modalidades:

1.ª) La administración directa al paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario competente.

2.ª) La prescripción o suministro al paciente por parte del profesional sanitario de una sustancia, de manera que esta se la pueda auto administrar, para causar su propia muerte.

En el primer año de entrada en vigor de la LORE[1] en España se han practicado 180 eutanasias. En 22 se han donado órganos lo que ha permitido realizar 68 trasplantes.

2. ASPECTOS MÉDICO FORENSES.

Esta ley recoge aspectos de interés médico forense, tales como la incapacidad de hecho, el documento de instrucciones previas, la información y el consentimiento informado, la historia clínica, el secreto profesional, el carácter natural de este tipo de muerte, y la posibilidad de recurso ante la jurisdicción contencioso-administrativa con la consiguiente (y trascendente) implicación de la medicina forense.

2.1. INCAPACIDAD DE HECHO.

Uno de los requisitos que la LORE[1] exige para recibir la prestación de ayuda para morir es ser capaz y consciente en el momento de la solicitud (art. 5.1.a).

Consciente.

Siguiendo el diccionario de la lengua española entendemos por “consciente”: Que tiene conocimiento de algo o se da cuenta de ello, especialmente de los propios actos y sus consecuencias.

Capaz.

Sabemos que la capacidad de obrar es la aptitud para obrar con eficacia jurídica y presupone la existencia en la persona de cualidades y condiciones que determinan su voluntad libre y consciente[5].

Incapacidad de hecho.

El artículo 3h: de la LORE[1] define la incapacidad de hecho como:

Situación en la que 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.

2.1.1. Valoración de la incapacidad de hecho.

La LORE[1] recoge en su art. 5 que para recibir la prestación de ayuda para morir no se exigirán los siguientes requisitos: disponer por escrito de información y alternativas y posibilidades de actuación, realizar dos solicitudes con una separación de al menos 15 días naturales y prestar consentimiento informado, siempre y cuando el médico responsable certifique que el paciente no se encuentra en el pleno uso de sus facultades ni puede prestar su conformidad libre, voluntaria y consiente para realizar las solicitudes, cumpla lo previsto en el apartado 1.d) (enfermedad grave e incurable o padecimiento grave, crónico e imposibilitante) y haya suscrito con anterioridad un documento de instrucciones previas, o documento equivalente legalmente reconocido, en cuyo caso se podrá facilitar la prestación de ayuda para morir conforme a lo dispuesto en dicho documento.

La valoración de la situación de incapacidad de hecho corresponde al médico/a responsable y se hará conforme al Protocolo de actuación para la valoración de la situación de incapacidad de hecho establecido por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y recogido como anexo IV del Manual de buenas prácticas en eutanasia[6].

Como veremos, ante un resultado no concluyente, el médico/a responsable puede recurrir a herramientas de apoyo o a la interconsulta con un profesional sanitario experto/a.

Este protocolo[7], disponible también en la web del Ministerio de Sanidad² se estructura en tres fases:

Fase 1.

Entrevista clínica al paciente, valorando su capacidad de comprensión, capacidad de apreciación, razonamiento coherente y

expresión de una elección voluntaria y libre de coacciones externas.

Fase 2.

Posibilidad de que el médico/a responsable recurra a determinadas herramientas de apoyo. Recomienda tres herramientas:

- Minimal State Examination (MMSE)[8]
- Aid to Capacity Evaluation (ACE) o Ayuda para la evaluación de la capacidad[9]
- MacArthur de Evaluación de la Capacidad para Tratamiento (MacCAT-T)[10]

Fase 3.

Sí el médico/a responsable no ha alcanzado un resultado concluyente, se recomienda realizar una interconsulta con un profesional sanitario experto/a en la valoración de situaciones de capacidad o incapacidad.

Una vez el médico/a responsable ha valorado la situación de capacidad o incapacidad de hecho, el médico/a consultor/a corrobora, en su caso, la existencia de esa situación, emitiendo un informe favorable o desfavorable que deberá constar en la historia clínica del paciente.

2.1.2. Consideraciones médico legales.

Fase 1.

El proceso deliberativo clínico para verificar la situación de incapacidad de hecho deberá constar en la historia clínica de forma explícita y reflejar con detalle los diferentes aspectos de la valoración realizada[6].

El médico/a responsable deberá valorar:

2 <https://www.mscbs.gob.es/eutanasia/home.htm>

a) Si la persona entiende la información que se le proporciona (capacidad de comprensión).

b) Si interioriza adecuadamente la mencionada información en el proceso de toma de decisiones o las posibles consecuencias de las distintas alternativas (capacidad de apreciación).

c) Si hace un uso lógico de la información en el proceso de toma de decisiones (razonamiento coherente)

d) Si al final logra tomar una decisión y comunicarla, de forma voluntaria y libre de coacciones externas (expresión de una elección).

Además de estos criterios, el médico/a responsable debe asegurar que la incapacidad no tenga su origen en un déficit de información, a dificultades comunicativas o a elementos culturales, que deben ser abordados específicamente. En particular, el médico/a responsable debe asegurarse que el paciente cuenta con la información completa sobre su situación clínica, su pronóstico y los cursos de acción posibles[6].

Fase 2.

- Consideraciones sobre el uso del MMSE (versión internacional de 30 puntos)[6]:

- Una puntuación mayor de 24 puntos MMSE habitualmente se asocia a una situación de capacidad.
- Puntuaciones entre 20 a 23 representan una zona gris de incertidumbre.
- Puntuaciones por debajo de 20 puntos aumentan la probabilidad de incapacidad de hecho.
- Esta probabilidad se incrementaba por debajo de 16 puntos, siendo poco probable por tanto que una persona con una puntuación menor a 16 puntos fuese considerado capaz.

El punto de corte más ampliamente aceptado y frecuentemente utilizado para el MMSE de 30 puntos es 23; las puntuaciones iguales o menores que esta cifra indicarían la presencia de un déficit cognoscitivo.

Por lo tanto, en fases intermedias de demencia, con puntuaciones entre 17 y 23, el MMSE no resultaría fiable como herramienta para evaluar la capacidad de hecho.

También sería necesario tener en cuenta las fluctuaciones que se puedan producir en pacientes con enfermedades neurodegenerativas, con periodos de mayor lucidez y episodios confusionales[6].

En cualquier caso, las herramientas cognitivas o escalas funcionales no se recomiendan como herramientas para la valoración de la capacidad de la persona, al menos no de forma aislada ya que no permiten identificar alteraciones en la apreciación.

Consta de 30 ítems agrupados en 11 secciones, con un tiempo de realización medio de 5 a 15 minutos, y está adaptado al castellano por Lobo A, Saz P y Marcos G[8].

Cuando existan dudas sobre la capacidad del paciente tras la entrevista clínica, es recomendable utilizar los siguientes instrumentos de evaluación de la capacidad:

- Consideraciones sobre el uso del Aid to Capacity Evaluation (ACE) o Ayuda para la evaluación de la capacidad[9]

Para este instrumento se denomina capacidad a la facultad de comprender la información relevante para la toma de una decisión y la facultad de apreciar las consecuencias previsibles de dicho acto (o de su omisión) y su objetivo es ayudar a los médicos a evaluar sistemáticamente la capacidad cuando el paciente se enfrenta a una decisión médica⁹.

Antes de evaluar la capacidad, se deben identificar y abordar las barreras a la comunicación (por ejemplo, discapacidad auditiva, discapacidad visual, barreras del

lenguaje, disfasia, disartria). Otras personas pueden ayudar a un individuo a comunicarse (Ej. traductores).

Recomienda utilizar, siempre que sea posible, las mismas palabras del paciente (Ej. si el paciente llama al cáncer "crecimiento", utilice "crecimiento" para las discusiones relacionadas a este tema).

Se trata de una entrevista semiestructurada, de preguntas abiertas y cerradas, con un tiempo de realización medio de 4,5 minutos, y está adaptado al castellano y validado en nuestro medio por Moraleda S y col[11].

Esta herramienta evalúa:

- la comprensión de la información,
- la habilidad del paciente para decidir y comunicar una decisión médica concreta
- la existencia de trastornos mentales que puedan interferir con la toma de decisiones.

El ACE clasifica al paciente en cuatro categorías:

- capaz,
- probablemente capaz,
- probablemente incapaz
- incapaz.

Se recomienda utilizar el instrumento ACE en personas con puntuaciones inferiores a 24 puntos en el MMSE, para confirmar su capacidad de hecho para solicitar la ayuda para morir.

Es muy importante señalar que no se debe evaluar si se está de acuerdo o en desacuerdo con la decisión de la persona, sino la capacidad de la persona para entender y tomar su propia decisión[9].

El instrumento/cuestionario consta de ocho dominios de evaluación.

- Los dominios 1 a 4 evalúan si la persona entiende su problema médico actual, el tratamiento propuesto y las opciones alternativas (incluyendo mantener o suspender el tratamiento).
- Los dominios 5 a 6 evalúan si la persona aprecia las consecuencias de su decisión.

Para los dominios 1 a 6:

- si la persona responde adecuadamente a la formulación de preguntas abiertas, puntúe "Sí";
- si se necesita reformular las mismas mediante preguntas cerradas, puntúe "Incierto";
- y si no puede responder adecuadamente a pesar de repetirlas, puntúe "No".

Para el dominio 7, si la persona parece deprimida o psicótica, se debe decidir si su decisión se ve afectada por estas condiciones. En tal caso, se utiliza el dominio 7a o 7b, respectivamente.

- Consideraciones sobre el uso del MacArthur de Evaluación de la Capacidad para Tratamiento (MacCAT-T)

Permite evaluar el grado de habilidad del paciente en cuatro áreas:

- comprensión de la información recibida,
- apreciación del significado de esa información para el propio paciente,
- razonamiento para comparar las alternativas teniendo en cuenta sus consecuencias y
- expresión de una decisión elegida.

El MacCAT-T es una herramienta más compleja que el ACE y el tiempo que requiere para su realización es más largo, pero podría ser de utilidad cuando hay dudas sobre la capacidad de apreciación del sujeto en alguna de las cuatro áreas descritas, siempre que sea necesario realizar una exploración en mayor profundidad⁶.

Esta herramienta está validada y traducida al castellano por Hernando P, Lechuga X y Sole P[12].

Fase 3.

En el caso de que, tras haber realizado la entrevista clínica y haber recurrido a alguna de las herramientas de apoyo propuestas, el médico/a responsable no alcance un resultado concluyente sobre si el paciente padece o no una situación de incapacidad de hecho, se recomienda una interconsulta con un facultativo/a experto/a en la valoración de este tipo de situaciones o de la patología del paciente[6].

Debe quedar muy claro que esta interconsulta es independiente de la consulta que de acuerdo con la LORE¹ hay que realizar al médico/a consultor.

2.2. DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS.

Viene recogido en la ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica[13]:

Por el documento de instrucciones previas, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo.

El otorgante del documento puede designar un representante para que, llegado el caso, sirva como interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas.

Ya hemos comentado que la LORE[1] prevé que en los casos de incapacidad de hecho en los que exista un documento de instrucciones previas, se podrá facilitar la prestación de ayuda para morir conforme a lo dispuesto en dicho documento.

En estas situaciones, la solicitud de prestación de ayuda para morir podrá ser presentada al médico responsable por otra persona mayor de edad y plenamente capaz, acompañándola del documento de instrucciones previas.

También el médico que trata al paciente puede presentar la solicitud de eutanasia si no existe ninguna persona que pueda presentarla en nombre del paciente.

En tal caso, dicho médico está legitimado para solicitar y obtener el acceso al documento de instrucciones previas, voluntades anticipadas o documentos equivalentes a través de las personas designadas por la autoridad sanitaria de la Comunidad Autónoma correspondiente o por el Ministerio de Sanidad, de conformidad con la letra d) del punto 1 del artículo 4 del 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[14] que establece que

“Se encuentran legitimados para acceder a los asientos del Registro nacional... d) Las personas designadas por la autoridad sanitaria de la comunidad autónoma correspondiente o por el Ministerio de Sanidad y Consumo previa solicitud del facultativo que estuviese tratando al otorgante”.

Por su parte, el Manual de buenas prácticas en eutanasia[6] recoge tajantemente:

“Un paciente en situación de incapacidad de hecho, solo podrá tener acceso a la prestación de ayuda para morir, si dispone de un documento de instrucciones previas o documento equivalente legalmente reconocido en el que se recoja de forma clara e inequívoca su voluntad de solicitar dicha prestación”.

“El documento de instrucciones previas o documento equivalente legalmente reconocido a la entrada en vigor de la ley, solo se podrá tener en cuenta cuando la voluntad del paciente se exprese de manera clara e inequívoca”.

2.2.1. Consideración médico legal.

La actual legislación establece que el documento de instrucciones previas puede otorgarse ante un notario, ante testigos o ante personal de la Administración.

En cualquiera de los tres casos debe acreditarse fehacientemente que la persona que suscribe el mismo está totalmente capacitada para hacerlo de forma libre y consciente. Especial relevancia tiene este extremo en el caso de que se incluya la eutanasia en el documento.

Coincidimos con la Sociedad Española de Neurología (SEN)[15] en que ante la sospecha de que el otorgante no comprende bien la trascendencia del documento o del contenido que quiere plasmar en el mismo, debería solicitarse por parte del notario o del personal de la Administración que un facultativo (su médico habitual, un psiquiatra, neurólogo, geriatra...) certifique que el otorgante está realmente capacitado.

Por su parte, la Sociedad Española de Psiquiatría (SEP)[16] considera necesaria una revisión del proceso de realización de instrucciones previas, especialmente en el caso de personas aquejadas de trastornos mentales, de forma que, si incluye una solicitud de eutanasia, quede acreditada la capacidad de consentimiento informado, se

precisen las circunstancias clínicas en las que se va a ejecutar la solicitud y el tiempo de validez del documento.

2.3. INFORMACIÓN/CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Uno de los requisitos que la LORE¹ exige para recibir la prestación de ayuda para morir es que el solicitante haya prestado consentimiento informado antes de recibir la prestación de ayuda para morir, salvo como ya hemos referido, las situaciones de incapacidad de hecho.

La LORE[1] define el consentimiento informado en su art. 3 como

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 la prestación de ayuda para morir.

El art. 4 recoge:

2. La decisión de solicitar la prestación de ayuda para morir ha de ser una decisión autónoma, entendiéndose por tal aquella que está fundamentada en el conocimiento sobre su proceso médico, después de haber sido informada adecuadamente por el equipo sanitario responsable.

En la historia clínica deberá quedar constancia de que la información ha sido recibida y comprendida por el paciente.

3. En los procedimientos regulados en esta Ley, se garantizarán los medios y recursos de apoyo, materiales y humanos, incluidas las medidas de accesibilidad y diseño universales y los ajustes razonables que resulten precisos para que las personas solicitantes de la prestación de ayuda para morir reciban la información, formen y expresen su voluntad, otorguen su consentimiento y se comuniquen e interactúen con el entorno, de modo libre, a

fin de que su decisión sea individual, madura y genuina, sin intromisiones, injerencias o influencias indebidas.

En especial, se adoptarán las medidas pertinentes para proporcionar acceso a las personas con discapacidad al apoyo que pueden necesitar en el ejercicio de los derechos que tienen reconocidos en el ordenamiento jurídico.

El art. 5 recoge:

1. Para poder recibir la prestación de ayuda para morir será necesario que la persona cumpla todos los siguientes requisitos:

e) Prestar consentimiento informado previamente a recibir la prestación de ayuda para morir (salvo las situaciones de incapacidad de hecho)

Dicho consentimiento se incorporará a la historia clínica del paciente.

2.3.1.Consideración médico legal.

Ya hemos referido anteriormente que un paciente en situación de incapacidad de hecho solo podrá tener acceso a la prestación de ayuda para morir, si dispone de un documento de instrucciones previas o documento equivalente legalmente reconocido en el que se recoja de forma clara e inequívoca su voluntad de solicitar dicha prestación⁶.

¿Y si el solicitante de la prestación de eutanasia se encuentra afectado por una enfermedad mental?

Se pueden plantear varias situaciones[16]:

1. La enfermedad/padecimiento grave e incurable que provoca sufrimientos, origen de la solicitud no es un trastorno mental.

En este caso hay que valorar si hay signos/síntomas psicopatológicos que puedan influir en la decisión (en los pacientes con

depresión la solicitud puede ser debida a la presencia de esta).

2. La enfermedad/padecimiento grave e incurable que provoca sufrimientos, origen de la solicitud es un trastorno mental.

Veamos que ocurre en otros países donde la eutanasia está legalizada:

- EE. UU. (algunos estados): queda descartado, ya que se exige que la muerte ocurra previsiblemente en menos de 6 meses
- Colombia, Nueva Zelanda, Canadá, Australia (algunos estados): lo excluyen específicamente
- Bélgica y Países Bajos: exigen una segunda opinión por un psiquiatra independiente
- Suiza: lo permite
- Luxemburgo: lo permite

3. Carácter “incurable” o no de los trastornos mentales

La SEP recoge en su posicionamiento que, exceptuando algunas formas evolucionadas y de extrema gravedad, existe un acuerdo general en considerar que los trastornos psiquiátricos, a diferencia de otras enfermedades, no conducen por sí mismos a la muerte.

Y acaba concluyendo:

- Se considera imprescindible una extrema prudencia en la aplicación de la eutanasia/suicidio asistido a personas con trastorno psiquiátrico.

- Se solicita que la valoración psiquiátrica sea obligatoria cuando el estado de ánimo, la cognición, la capacidad, el consentimiento, la voluntariedad, la comprensión o el juicio estén en cuestión, con independencia de la enfermedad primaria que motiva la solicitud.

- Se solicita la presencia de al menos un médico especialista en psiquiatría, con formación adecuada acreditada por una sociedad científica, dentro de los miembros de la Comisión de Garantía y Evaluación.

2.4. HISTORIA CLÍNICA.

De sobra es conocida la importancia médico forense que la historia clínica tiene cuando hay una reclamación judicial.

La historia clínica es el documento médico legal que contiene los datos, variaciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial. Se elabora con la finalidad de facilitar la asistencia al paciente y en ella queda registrada toda la relación del personal sanitario con éste, todos los actos y actividades médico-sanitarios y todos los datos relativos a su salud[17].

Entendemos por historia clínica el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial[13].

La LORE[1] establece una serie de obligaciones del médico/a responsable, médico/a consultor/a y del equipo asistencial con relación al registro en la historia clínica del paciente de las actuaciones y decisiones que se vayan produciendo durante el proceso de solicitud y realización de la prestación de ayuda para morir. En particular, debe dejarse registro en la historia clínica de[6]:

- La recepción y comprensión por el paciente de la información sobre el proceso médico facilitada por escrito por el médico/a responsable.
- La primera solicitud, firmada por el paciente y rubricada por un profesional sanitario o por el médico/a responsable.
- La reducción del plazo de 15 días entre

la primera y la segunda solicitud, cuando el médico/a responsable considere que la pérdida de la capacidad de la persona solicitante para otorgar el consentimiento informado es inminente, en función de las circunstancias clínicas concurrentes.

- El informe del médico/a responsable.
- El informe del médico/a consultor/a.
- El consentimiento informado prestado por el paciente, previo a recibir la prestación de ayuda para morir.
- El documento de revocación de la solicitud.
- El informe sobre la valoración de la situación de incapacidad de hecho, cuando proceda.
- El informe de denegación motivado.
- Los documentos referenciados en la LORE, cuando correspondan.
- Cuando proceda, el uso del/los medicamentos fuera de ficha técnica de acuerdo al Real Decreto 1015/2009, de 19 de junio, por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales.
- Cualquier otro, a criterio del médico/a responsable.

2.5. SECRETO PROFESIONAL.

Los diferentes códigos deontológicos de los equipos asistenciales habituales (medicina[18] y enfermería[19], fundamentalmente) recogen taxativamente la obligación deontológica de guardar secreto profesional.

El Código de Deontología Médica[18] se refiere al secreto profesional médico en los siguientes artículos:

Art. 27.2: *el secreto comporta para el médico la obligación de mantener la reserva y la confidencialidad de todo aquello que el paciente le haya revelado y confiado, lo que haya visto y deducido como consecuencia de su trabajo y tenga relación con la salud y la intimidad del paciente, incluyendo el contenido de la historia clínica.*

Art. 28.5: *La muerte del paciente no exime al médico del deber de secreto profesional*

Art. 29.1: *El médico debe exigir a sus colaboradores sanitarios y no sanitarios absoluta discreción y observancia escrupulosa del secreto profesional.*

La LORE[1] recoge en su art. 19 el deber de secreto de las Comisiones de Garantía y Evaluación (el de los profesionales sanitarios se da por descontado) en los siguientes términos:

Los miembros de las Comisiones de Garantía y Evaluación estarán obligados a guardar secreto sobre el contenido de sus deliberaciones y a proteger la confidencialidad de los datos personales que, sobre profesionales sanitarios, pacientes, familiares y personas allegadas, hayan podido conocer en su condición de miembros de la Comisión.

2.5.1. Consideración médico legal.

La información de las Comisiones de Garantía y Evaluación no podrá utilizarse para otro fin que no sea el de garantizar una adecuada gestión de la prestación de ayuda para morir. La administración sanitaria competente creará los mecanismos e instrumentos necesarios para garantizar este deber. En especial, se recomienda la suscripción de un compromiso al efecto y firmado por cada miembro[6].

Dado que estas Comisiones de Garantía y Evaluación tienen carácter multidisciplinar, formadas por personal sanitario y no sanitario,

“deberá contar con un número mínimo de siete miembros entre los que se incluirán personal médico, de enfermería y juristas” es necesario recordar los conceptos de secreto compartido y secreto derivado.

El secreto médico compartido deriva necesariamente de la asistencia ejercida por un equipo multidisciplinar en los que trabajan conjuntamente diferentes especialistas médicos, junto a personal técnico o de enfermería. Todos ellos tienen inexcusablemente el deber de secreto médico compartido[20].

El secreto médico derivado se configura como el deber de sigilo del personal no sanitario (como es el caso de las Comisiones de Garantía y Evaluación) que surge motivado por la complejidad administrativa y técnica existente en la actualidad en relación con la medicina y que pueden tener acceso a la documentación clínica.

Lógicamente, el médico/a consultor/a estará sujeto al mismo deber de secreto y confidencialidad que el médico/a responsable respecto a los datos a los que tenga acceso durante el proceso de la prestación de ayuda para morir[6].

2.6. MUERTE NATURAL.

La LORE[1] recoge en su Disposición adicional primera la consideración legal de la muerte a consecuencia de la eutanasia como natural.

La muerte como consecuencia de la prestación de ayuda para morir tendrá la consideración legal de muerte natural a todos los efectos, independientemente de la codificación realizada en la misma.

¿Qué ocurre en otros países donde la eutanasia está legalizada?

En Países Bajos[3,21]:

- No requiere una autorización judicial o

administrativa previa, el control se realiza a posteriori.

- El control comienza informando inmediatamente al forense municipal, dado que no se trata de una muerte natural, que a su vez informa al Comité Regional de Supervisión (un jurista, un experto en ética y un médico).
- Si el Comité comprueba que se han satisfecho todos los requisitos, concluye la investigación.
- En caso contrario, puede pedir información adicional o incluso citar a los médicos para justificarse.
- Si persiste la duda, se informará a la Inspección Sanitaria y al Ministerio Fiscal para que investiguen al médico

En Bélgica[3]:

- Se certifica como muerte natural.
- Se comunica antes de 4 días de practicada a la Comisión Federal de Control y Evaluación de la Eutanasia, para que confirme que se han cumplido todos los requisitos legales.
- En caso contrario, se dará parte a la fiscalía.

2.6.1. Consideraciones médico legales.

1. Muerte natural/muerte violenta.

Desde una perspectiva estrictamente médico legal, la muerte por eutanasia es una muerte violenta, ya que es consecuencia de un agente externo al organismo[22].

Hay que recordar que en las muertes violentas o sospechosas de criminalidad es preceptiva la práctica de la autopsia judicial o médico legal (art. 340 y 343 Ley de

Enjuiciamiento Criminal[23]).

Art. 340.

Si la instrucción tuviere lugar por causa de muerte violenta o sospechosa de criminalidad, antes de proceder al enterramiento del cadáver o inmediatamente después de su exhumación, hecha la descripción ordenada en el artículo 335, se identificará por medio de testigos que, a la vista del mismo, den razón satisfactoria de su conocimiento.

Art. 343.

En los sumarios a que se refiere el artículo 340, aun cuando por la inspección exterior pueda presumirse la causa de la muerte, se procederá a la autopsia del cadáver por los Médicos forenses o, en su caso, por los que el Juez designe, los cuales, después de describir exactamente dicha operación, informarán sobre el origen del fallecimiento y sus circunstancias.

Para practicar la autopsia se observará lo dispuesto en el artículo 353.

Sin embargo, al considerarse por la LORE¹ como muerte natural, supondrá que no se judicializará, se certificará mediante un Certificado Médico de Defunción y por lo tanto no se practicará la autopsia judicial o médico legal.

2. ¿Quién certifica el fallecimiento?

El Manual de buenas prácticas en eutanasia[6] recoge es que el/la médico/a responsable el que debe certificar el fallecimiento del paciente.

3. ¿Cómo se cumplimenta en certificado de defunción?

El certificado médico de defunción deberá

expresar:

- como causa inmediata: Prestación de ayuda para morir (LO 3/2021).
- como causa inicial o fundamental: la patología de base que genera una «enfermedad grave e incurable» o un «padecimiento grave, crónico e imposibilitante»[6].

2.7. OBJECCIÓN DE CONCIENCIA.

El Código de Deontología Médica[18] recoge en su capítulo VI la objeción de conciencia.

Art. 32

1. Se entiende por objeción de conciencia la negativa del médico a someterse, por convicciones éticas, morales o religiosas, a una conducta que se le exige, ya sea jurídicamente, por mandato de la autoridad o por una resolución administrativa, de tal forma que realizarla violenta seriamente su conciencia.

2.- El reconocimiento de la objeción de conciencia del médico es un presupuesto imprescindible para garantizar la libertad e independencia de su ejercicio profesional. No es admisible una objeción de conciencia colectiva o institucional.

Artículo 33

3.- El médico debe comunicar al responsable de garantizar la prestación y, potestativamente, al Colegio de Médicos su condición de objetor de conciencia. El Colegio de Médicos le prestará el asesoramiento y la ayuda necesaria.

Artículo 35

De la objeción de conciencia no se

puede derivar ningún tipo de perjuicios o ventajas para el médico que la invoca.

La LORE[1] define la objeción de conciencia en el art. 3:

f) «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.

El art. 16 establece las formas de ejercer la objeción de conciencia, así como la creación de un registro.

Art. 16. Objeción de conciencia de los profesionales sanitarios

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.

2.7.1. Consideraciones médico legales.

El Manual de buenas prácticas en eutanasia[6] establece unas Recomendaciones para el ejercicio del derecho a la objeción de conciencia por los profesionales sanitarios en el marco de la LORE[1], entre las que destacan aspectos tan importantes como:

- La objeción de conciencia es un derecho individual, no colectivo. Tiene un carácter personal y, por lo tanto, no podrá ejercerse por una institución, un centro, un servicio o una unidad.
- La objeción debe ser específica y referida a las acciones concretas de la ayuda para morir. No puede extenderse a los cuidados derivados de la atención habitual que requiera el paciente.
- De acuerdo con el artículo 16.1 de la LORE[1], los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de ayuda para morir que podrían ejercer su derecho a la objeción de conciencia son aquellos que realicen actos necesarios y directos, anteriores o simultáneos, sin los cuales no fuese posible llevarla a cabo.

Además de los profesionales de medicina y de enfermería que intervengan en el proceso final de prescripción o administración y suministro de medicamentos, podrían ejercer su derecho a la objeción de conciencia los médicos/as responsables y consultores/as, así como otros profesionales sanitarios que pudiesen intervenir en el procedimiento por requerírseles su participación, entre ellos los psicólogos clínicos.

Igualmente, podrán ejercerla los farmacéuticos/as en el caso de que sea necesaria la formulación magistral de alguno de los medicamentos que se van a administrar dentro del proceso de ayuda para morir, y en la preparación de kits de medicamentos.

- Los miembros de la Comisión de Garantía y Evaluación formarán parte de

ella de manera voluntaria, a fin de evitar un posible ejercicio de su derecho a la objeción de conciencia respecto a su integración en la misma. Deberá garantizarse que sus miembros no sean profesionales objetores a la LORE, a fin de asegurar el normal desarrollo del procedimiento de prestación de ayuda para morir.

- El profesional sanitario que sea objetor de conciencia y reciba una solicitud de ayuda para morir, deberá informar al paciente sobre el ejercicio de su derecho a la objeción y estará obligado a derivar dicha solicitud a su inmediato superior o a otro profesional para iniciar el procedimiento (de acuerdo con lo que se establezca en cada comunidad autónoma).
- Se aceptará “la objeción sobrevenida” y la reversibilidad en la decisión, puesto que la vida es un proceso dinámico en que las opiniones de los sujetos pueden cambiar, independientemente de que se haya podido declarar una objeción de conciencia general, previa y por escrito. Por lo tanto, en el Registro de objeción de conciencia, los profesionales sanitarios podrán inscribir sus declaraciones de objeción o anular las mismas en cualquier momento.
- No es ético objetar en el sistema público y no hacerlo en el privado o viceversa, pues la objeción de conciencia no es auténtica si se basa en motivaciones o razonamientos técnicos, jurídicos, laborales o de cualquier otra índole distinta a la propia conciencia moral.
- No podrá discriminarse a ningún profesional sanitario que haya declarado su condición de objetor de conciencia.
- El ejercicio de la objeción de conciencia en la prestación sanitaria de ayuda para morir no será aplicable al resto de actuaciones sanitarias, asistenciales, de cuidados, administrativas, de información a pacientes y familiares,

acompañamiento ni a los traslados intercentros.

2.8. RECURSO ANTE LA JURISDICCIÓN CONTENCIOSO ADMINISTRATIVA.

Posibles situaciones en las que el solicitante podrá recurrir ante la jurisdicción contencioso-administrativa:

a) El médico responsable deniega la solicitud, el paciente reclama ante la Comisión de Garantía y Evaluación y hay una resolución desfavorable o no hay resolución en 20 días naturales.

b) El médico consultor informa desfavorablemente, el paciente reclama ante la Comisión de Garantía y Evaluación y hay una resolución desfavorable o no hay resolución en 20 días naturales.

c) Los dos miembros de la Comisión de Garantía y Evaluación informan desfavorablemente, el paciente reclama ante la Comisión de Garantía y Evaluación (tienen que resolver 2 miembros diferentes a los inicialmente designados) y hay una resolución desfavorable o no hay resolución en 20 días naturales.

d) Los dos miembros de la Comisión de Garantía y Evaluación discrepan, se eleva al pleno de la Comisión de Garantía y Evaluación y hay una resolución desfavorable o no hay resolución en 20 días naturales.

El recurso ante la jurisdicción contencioso-administrativa derivará, con gran probabilidad, en una solicitud de informe pericial al Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Los posibles motivos de denegación o informe desfavorables son:

Para el 1º y 2º supuestos (médico responsable deniega/médico consultor informa desfavorablemente):

- Porque no se cumple alguno de los requisitos del art 5.1, en especial:

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.

Padecimiento grave, crónico e imposibilitante:

Situación que hace referencia a 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. En ocasiones puede suponer la dependencia absoluta de apoyo tecnológico.

- Porque la información no ha sido comprendida por el paciente no pudiendo otorgar el consentimiento informado (incapacidad de hecho) y no hay voluntades anticipadas que contemplen este supuesto.

Para el 3º y 4º supuestos (los dos miembros de la Comisión de Garantía y Evaluación informan desfavorablemente / discrepan):

- Por no cumplir el requisito de enfermedad grave e incurable o padecimiento grave, crónico e imposibilitante.

3. BIBLIOGRAFÍA.

1. Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. BOE nº 72. 25/03/2021, p. 34037-49.
2. https://elpais.com/sociedad/2020/02/19/actualidad/1582115262_135029.html
3. León F. Ogando B. Álvarez S. Eutanasia. Situación legislativa en el mundo. AMF 2019;15(3):133-140.
4. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-56423589>
5. RODES F. Enfermedad mental. Aspectos médico-forenses. Madrid: Diaz de Santos; 2006.
6. Manual de buenas prácticas en eutanasia. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021.
7. Protocolo de valoración de la incapacidad de hecho. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/eutanasia/profesionales/home.htm>
8. LOBO A, SAZ P, MARCOS G, Grupo de Trabajo ZARADEMP. MMSE: Examen Cognoscitivo Mini-Mental. Madrid: TEA Ediciones; 2002.
9. Instrumento de Ayuda para la Evaluación de la Capacidad. Resumido de: Joint Centre for Bioethics. Aid To Capacity Evaluation (ACE) (en línea). Disponible en URL: <https://www.fundacionmf.org.ar/files/fa5fcc1287de9e47f3ee26180726a782.pdf>
10. https://biadmin.cibersam.es/Intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=389_004a894f-2ae8-4770-901a-5095ac1009b7.pdf
11. MORALEDA S, et al. Adaptación y validación al español del cuestionario Aid to Capacity Evaluation (ACE), para la valoración de la capacidad del paciente en la toma de decisiones médicas. Aten Primaria. 2014. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.05.005>
12. HERNANDO P, LECHUGA X, SOLE P. Validación, adaptación y traducción al castellano del MacCAT-T: herramienta para evaluar la capacidad en la toma de decisiones sanitarias. Rev Calid Asist 2012;27:85-91.
13. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE nº 274. 15/11/2002, p. 40126-32.
14. RD 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. BOE nº 40. 15/02/2007, p. 6591-3.
15. Sociedad Española de Neurología. Posicionamiento de la Sociedad Española de Neurología sobre la "Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia". Madrid: 2021. [consultado 29 Jun 2021] Disponible en: <https://www.sen.es/noticias-y-actividades/noticias-sen/2927-posicionamiento-de-la-sen-sobre-la-ley-organica-de-regulacion-de-la-eutanasia>.
16. Sociedad Española de Psiquiatra. Posicionamiento de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre la Proposición de Ley orgánica sobre la regulación de la eutanasia. Madrid: SEP; 2021. [consultado 28 Jun 2021] Disponible en: [http://www.sepsiq.org/file/Grupos%20de%20trabajo/SEP-Posicionamiento%20Eutanasia%20y%20enfermedad%20mental-2021-02-03\(1\).pdf](http://www.sepsiq.org/file/Grupos%20de%20trabajo/SEP-Posicionamiento%20Eutanasia%20y%20enfermedad%20mental-2021-02-03(1).pdf)
17. RODES F, PASTOR M. Importancia de la historia clínica ante la Administración de Justicia. Alicante médico. Revista del Ilustre Colegio de Médicos de la provincia de Alicante; 2017: 197:34.
18. Código de deontología médica. Guía de ética médica. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos; 2011.
19. Código deontológico de la enfermería española. Madrid: Consejo General de Colegios de Diplomados en Enfermería; 1998.
20. Manual de ética y deontología médica. Madrid: Organización Médica Colegial de España; 2012.
21. <https://elpais.com/sociedad/2021-06-24/la-ley-holandesa-de-eutanasia-suma-un-respaldo-del-87-al-cumplir-20-anos.html>
22. ARIMANY-MANSO J, MARTIN-FUMADÓ C. Aspectos médico-legales de la ley de regulación de la eutanasia en España. Rev Esp Med Legal. 2021;47:89-91.
23. Ley de enjuiciamiento criminal. Madrid: Civitas; 2015.

Anexo I

Por su interés, recogemos el artículo 3 (definiciones) y la Disposición final primera (Modificación de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal) de la LORE¹:

Artículo. 3

A los efectos de lo previsto en esta Ley, se entiende por:

a) «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 una de las actuaciones descritas en la letra g).

b) «Padecimiento grave, crónico e imposibilitante»: situación que hace referencia a 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. En ocasiones puede suponer la dependencia absoluta de apoyo tecnológico.

c) «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.

d) «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.

e) «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.

f) «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.

g) «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. Dicha prestación se puede producir en dos modalidades:

1.ª) La administración directa al paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario competente.

2.ª) La prescripción o suministro al paciente por parte del profesional sanitario de una sustancia, de manera que esta se la pueda auto administrar, para causar su propia muerte.

h) «Situación de incapacidad de hecho»: situación en la que 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.

Disposición final primera. Modificación de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.

Se modifica el apartado 4 y se añade un apartado 5 al artículo 143 de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, en los términos siguientes:

4. El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos

