



COMILLAS

UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE DERECHO

LA MUERTE ASISTIDA: ARGUMENTACIÓN JURÍDICA Y ENCAJE EN EL ORDENAMIENTO JURÍDICO ESPAÑOL

Autor: Teresa Fernández Cortés
5º, E3 grupo C
Derecho Constitucional

Tutor: María Macías Jara

Madrid
Abril de 2020

Resumen

El derecho a la vida consagrado en el artículo 15 de nuestro texto constitucional resulta tener una interpretación restrictiva en la jurisprudencia interna del Tribunal Constitucional, que en los escasos pronunciamientos que ha tenido ocasión de realizar, se ha pronunciado en un sentido favorable al mismo, al entenderlo como presupuesto necesario para la existencia del resto de derechos y libertades fundamentales consagrados en nuestra carta magna. Sin embargo, la evolución de los tratamientos médicos, que facultan a prolongar la vida del paciente, suponen la demanda por parte de los ciudadanos de un mayor espacio de autodeterminación en cuanto al proceso de su muerte y las decisiones relativas a cómo y cuando morir.

Este Trabajo Fin de Grado tiene por objeto encontrar, a partir de un análisis de jurisprudencia internacional, si existe un encaje a la muerte asistida en nuestro ordenamiento constitucional para posteriormente conocer las limitaciones legales que los Estados deben imponer si permiten en su legislación interna que sus ciudadanos puedan optar por la muerte asistida.

Palabras clave: muerte asistida, Constitución española, Tribunal Europeo de Derechos Humanos, autodeterminación, derecho a la vida, derecho a la integridad física y moral, autonomía individual.

Abstract

The right to live – or sanctity of life - incarnated in article 15 of our Constitution has a restrictive interpretation in rulings of the Constitutional Court, who in the scarce rulings which it has had occasion to pronounce, has inclined towards a favourable interpretation of such right, understanding it as the basis of other fundamental rights and liberties established in our constitution. However, the evolution of medical treatments which enable to extend the life of patients, have raised the demand from citizens of a wider auto determination space regarding their process of death together with making decisions about how and when to die.

This final degree project aims to find, from the analysis of international court rulings, if assisted suicide has a space within our constitutional framework, to also acknowledge legal limitations that states should impose if they were to allow citizens to choose assisted suicide as their form of death.

Key words: assisted suicide, Spanish constitution, European Court of Human Rights, self-determination, right to live, right to self-integrity, individual autonomy.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	5
I.I Propósito y contextualización.....	5
I.II Justificación.....	6
I.III Objetivos	7
I.IV Metodología.....	8
CAPÍTULO II: CONCEPTOS Y DEFINICIONES	9
I.II Perspectiva de la comisión ética de la AECP y conclusiones de su documentación	13
CAPÍTULO II: EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA VIDA Y A LA INTEGRIDAD FÍSICA Y MORAL CONSAGRADO EN EL ART. 15 DE LA CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA	14
II.I Antecedentes históricos y contextualización	14
II.II El contenido negativo del derecho a la vida: jurisprudencia del Tribunal Constitucional....	16
CAPÍTULO III: ESTUDIO DE JURISPRUDENCIA INTERNACIONAL EN MATERIA DE MUERTE ASISTIDA.	22
III.I Breve apunte de Derecho comparado en el plano legislativo	22
III.II Derecho comparado en el plano jurisprudencial.....	24
III.III El consentimiento presunto en el caso de Eluana Englaro.....	37
III.IV Perspectiva reciente del Tribunal Europeo de Derechos Humanos	40
CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES	49
BIBLIOGRAFÍA	56
Legislación.....	56
Jurisprudencia	56
Tribunal Constitucional	56
Audiencia Provincial de A Coruña	57
Corte Suprema de los Estados Unidos de América	57
Corte Constitucional de Colombia.....	57
Tribunal Europeo de Derechos Humanos.....	57
Cámara de los Lores Británica.....	58
Corte de Casación Italiana	58
Tribunal de Apelación de Milán	58
Obras doctrinales	58
Recursos de internet.....	60

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

I.I Propósito y contextualización

El progreso científico y tecnológico ha permitido en las últimas décadas transformar el proceso asistencial en las relaciones médico-paciente, aunque bien es cierto que los avances tecnológicos constituyen en el ámbito sanitario un hacer que conlleva implicaciones de corte ético dado que no todo lo técnicamente posible resulta ser éticamente justificable. En primer lugar, debemos observar la muerte desde una perspectiva que nos resulte familiar o conocida. Si bien la mayoría de los enfermos o pacientes terminales solían fallecer en sus domicilios rodeados de seres queridos y sus enseres personales, esto ha cambiado en los últimos años. Prueba de ello son los datos recabados por el Observatorio de la Muerte del Departamento de Salud catalán que demuestran que existen incluso sesgos económicos y de género que afectan al lugar donde fallecen las personas. Así, las personas con rentas más elevadas tienen una probabilidad más alta de fallecer en sus hogares debido a que pueden permitirse costear los cuidados necesarios en su domicilio. Otro ejemplo de estas nuevas tendencias se da en que al padecer las mujeres más demencias que los hombres, el número de mujeres que pasan sus últimos días en residencias de ancianos supera al del número de hombres¹.

El hecho de que cada vez un número más elevado de personas fallezcan en hospitales e instituciones equipadas con tecnología para perpetuar la vida hace que con mayor frecuencia, se extienda la vida puramente biológica, aún cuando el retorno a una vida saludable e independiente es imposible para el paciente. De ahí que se acuñase la expresión “morir con dignidad” como eslogan de oposición a la prolongación excesiva de la vida del paciente, cuando sus órganos mínimamente funcionan. Sin embargo, morir dignamente tiene implicaciones muy distintas para diferentes grupos de personas, yendo desde aquellos que simplemente se oponen a una prolongación excesiva de la vida, pasando por otros que creen en una terapia adecuada para paliar el dolor e incluso llegando a aquellos que están a favor de la eutanasia o el suicidio asistido. Por ello, es importante distinguir bien las diferencias existentes entre las distintas perspectivas y los

¹ Mouzo, J., “La renta lleva a los ricos a morir en casa y a los pobres en el hospital”, *El País*, 17 de julio de 2019. (disponible en https://elpais.com/ccaa/2019/07/17/catalunya/1563391312_851775.html; última consulta 25/01/2020).

tratamientos e injerencias que conllevan. Cabe destacar, que existe también una gran confusión terminológica en cuanto a las diferencias entre las distintas opciones que se pueden utilizar para poner fin a la vida de un paciente terminal, que pueden ir desde la eutanasia, la muerte asistida, los cuidados paliativos o la sedación terminal. Es importante conocer las diferencias existentes entre estas formas de proceder a la luz del intenso debate actual.

I.II Justificación

En cuanto a la justificación concreta del tema elegido para elaborar este Trabajo fin de Grado, mi inquietud por examinar la materia surge con el estudio de la asignatura Derecho Constitucional II en la Universidad Pontificia Comillas, en la que se aborda el contenido de los derechos y libertades fundamentales de nuestro texto constitucional. El profesor Federico de Montalvo Jääskeläinen nos aclaró que, respecto el derecho fundamental a la vida, existía en España una situación inusual por la ausencia de jurisprudencia específica en la materia. Al estudiar sentencias de nuestro Tribunal Constitucional, mi impresión siempre fue que el alto Tribunal argumentaba en pro de una primacía al derecho a la vida, que consideraba una condición necesaria para que emanasen el resto de derechos consagrados en nuestro texto constitucional, pero más allá de este argumento, no encontraba ningún punto de encuentro con los derechos a la integridad física o el derecho a tomar decisiones individuales en una esfera privada o personal, conocido como *agere licere*. De ahí que este Trabajo parta de un análisis de la argumentación de nuestro Tribunal Constitucional para, una vez acotado el ámbito del derecho a la vida en nuestro texto constitucional, buscar en otras jurisdicciones jurisprudencia que sí me permitiera explorar los puntos de conexión entre el derecho a la vida y otros derechos fundamentales. Así, mi objetivo fundamental parte de una voluntad de investigar si verdaderamente la interpretación del derecho a la vida de nuestra jurisprudencia resulta desactualizada a la luz del avance y la iniciativa que otros países de nuestro entorno han llevado a cabo en materia de muerte asistida. Fernando Marín, presidente de la asociación Derecho a Morir Dignamente, contestaba así a la pregunta de qué había cambiado desde la muerte de Ramón Sampedro en España hasta ahora: *“Para un tetrapléjico, no ha cambiado nada. Para alguien que se pueda mover sí: irse a Suiza”*². Estas declaraciones

² J.Álvarez, R. *“Veinte años después de Ramón Sampedro, la eutanasia aún es ilegal”*, *El Mundo*, 12 de enero de 2018. (disponible en <https://www.elmundo.es/papel/historias/2018/01/12/5a57cd35ca474137048b464b.html>; última consulta 1/02/2020).

resultaban chocantes pero ciertas, dado que la Ley 41/2002, de 14 de noviembre reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE núm. 274 de 15 de noviembre de 2002) suponían un avance en materia de consentimiento, es decir, el paciente podía rechazar un tratamiento clínico para perpetuar su vida, pero en ningún caso abría espacios para permitir que un tercero o un facultativo médico pudiera auxiliar a una persona con dolor o sufrimiento a terminar con su vida. Comprobar que estos habían sido nuestros únicos avances mientras que en países como Suiza, Holanda o Luxemburgo se había aprobado legislación en materia de eutanasia y cuidados al final de la vida resultaba para mí chocante debido a que todos estos Estados deben respetar los convenios y cartas en materia de derechos fundamentales aprobados por instituciones de la Unión Europea. Surgía así una voluntad de investigar que partía de la base de que, en Estados con limitaciones legales similares a las españolas, el avance en la materia en los últimos años había sido plasmado en iniciativas legislativas, mientras que, en España, la situación parecía enquistada.

Así mismo, surge la cuestión de si el margen de apreciación nacional que el legislador europeo ha dejado a los Estados de la unión es verdaderamente tan extenso como para albergar estados que abolen por completo cualquier forma de muerte asistida, mientras que otros estados la admiten con ciertas limitaciones. Otro aspecto importante de estudiar jurisprudencia en materia de muerte asistida resulta de poder conocer si existen ciertos controles o limitaciones que la Unión Europea o los tribunales internos de los distintos Estados imponen a su poder legislativo al regular la muerte asistida. Resulta inquietante que un 70% de los españoles en 2009 opinaba que debía existir en España una regulación jurídica del derecho a morir según el CIS³, lo cual no es más que una expresión de la voluntad popular que existe de conocer los límites que existen en nuestro país a la muerte asistida en sus diversas formas.

I.III Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es indagar en la argumentación jurisprudencial que ha supuesto un avance en materia de muerte asistida, así como explorar las limitaciones legales que

³ Useros, V., “Regulación jurídica del derecho a morir: formas de Eutanasia”, *El Mundo*, 19 de mayo de 2019. (disponible en <https://www.elmundo.es/comunidad-valenciana/2019/05/19/5cdff0c421efa0b8478b4582.html>; última consulta 1/02/2020).

existen cuando estos tratamientos se llevan a cabo para poner fin a la vida del paciente. De este modo, podré conocer si existe la posibilidad de encajar una regulación en materia de muerte asistida con el texto constitucional español. Este objetivo se abordará a través de hitos específicos, a saber:

1. Tratar brevemente las diferencias conceptuales que existen entre la eutanasia, la muerte asistida, la “desconexión” o cesación del tratamiento percibido, la sedación y los cuidados paliativos.
2. Abordar la conexión entre la muerte asistida y el derecho a la vida y a la integridad física proclamado en el artículo 15 de nuestro texto constitucional. Esto permitirá realizar un análisis del estado actual de la situación en España, dando que no existe legislación específica para regular la muerte asistida en nuestro país.
3. Analizar jurisprudencia comparada en materia de muerte asistida a través del estudio de *leading cases* para obtener una perspectiva sobre los avances en la materia y las limitaciones legales que existen a los tratamientos para poner fin a la vida del paciente.
4. Elaboración de conclusiones sobre la argumentación jurídica examinada y su encaje con nuestro texto constitucional, apuntando los límites que nuestra legislación debería respetar en caso de que se tramitase una iniciativa legislativa en materia de muerte asistida.

I.IV Metodología

Martínez Zorrilla afirma que “*cuando hablamos de metodología jurídica, fundamentalmente nos estamos refiriendo al estudio y análisis del procedimiento para poder determinar cuál es la respuesta jurídica para el caso que estamos examinando*”⁴. La peculiaridad del mundo del Derecho, reside en que tanto la ciencia que lo estudia como el objeto de estudio en si mismo, es decir, la jurisprudencia y las propias normas jurídicas, contienen información y son conocimiento. Por ello, en las sentencias vemos plasmados criterios que los jueces han utilizado para resolver un caso que se les ha presentado, por lo que es posible hablar de una metodología práctica.

⁴ Martínez Zorrilla, D. *Metodología jurídica y argumentación*, Marcial Pons, Madrid, 2010.

La metodología práctica se ocupa de conocer cómo los jueces resuelven un caso concreto (o un órgano administrativo). Se encarga de conocer “*su razonamiento, por sus criterios de argumentación, por la forma en que son capaces de interpretar las normas en el caso específico [...] De modo tal que se pueda construir de forma ordenada y lógica, un método que servirá para que otros jueces o doctrinarios hagan lo mismo*”⁵.

En este Trabajo Fin de Grado, se ha seguido una metodología práctica de investigación jurídica, pues el análisis se centra en conocer cómo los jueces han motivado y justificado sus sentencias en base a la normativa vigente del ordenamiento jurídico que deben aplicar. De este modo, se puede conocer la argumentación que los tribunales han seguido para enfrentar derechos fundamentales como el derecho a la vida, a la integridad física, a la no discriminación o a la libertad individual. Así mismo, se puede comprobar cómo se han construido limitaciones al derecho del paciente a una muerte asistida, para permitir una construcción de normativa legal que permite compaginar la decisión del paciente respecto al final de su vida con su autonomía, evitando la injerencia de terceros en la toma de decisiones que afectan a la esfera privada.

CAPÍTULO II: CONCEPTOS Y DEFINICIONES

En 1991 tuvo lugar en el Parlamento Europeo el primer debate concerniente a la eutanasia, el cual derivó en el primer informe elaborado por la Asociación Europea de Cuidados Paliativos (de aquí en adelante AECP) al respecto. *Regarding Euthanasia*, se publicó en 1994 - siendo sometido a revisión por expertos en 2001 y posteriormente en 2003 – y contiene comentarios de expertos en diferentes campos describiendo la posición de la AECP respecto a la eutanasia. En este documento se consensuaron por primera vez una serie de definiciones que resultan de gran importancia para comprender el análisis que se realizará en este Trabajo Fin de Grado. Utilizando el documento original, y su revisión de 2003 *Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force* junto con el artículo *Euthanasia and physician-assisted suicide:*

⁵ Sánchez Zorrilla, M. “*La metodología en la investigación jurídica: características peculiares y pautas generales para investigar en el derecho*”, *Revista Telemática de Filosofía del Derecho*, nº 14, 2011, pp. 317-358.

A white paper from the European Association for Palliative Care de 2015 encargado a un comité de expertos por la AECP, trataré de exponer las principales diferencias conceptuales que existen entre los distintos tratamientos que hoy se plantean como posibles alternativas para garantizar la muerte digna de un paciente.

En primer lugar, comenzaremos abordando el concepto de cuidados paliativos. Según la Organización Mundial de la Salud (de aquí en adelante OMS), los cuidados paliativos engloban distintos procedimientos para mejorar la calidad de vida del paciente que sufre una enfermedad que pone en riesgo su vida. Así mismo, se trata de procurar el bienestar de su familia. Esto se consigue a través de la prevención y el alivio del sufrimiento a través de una detección y tratamiento temprano del dolor y otros problemas de carácter físico, psicosocial o incluso espirituales.⁶ A partir de esta definición de la OMS, podemos extraer que los cuidados paliativos abordan el proceso de la muerte como algo natural, y no intentan ni anticipar ni retrasar la muerte del paciente, sino ofrecer un sistema de ayudas que permitan al paciente vivir de la mejor manera posible hasta su muerte. En Europa, los cuidados paliativos son una práctica cada vez más extendida en los sistemas de salud, pero cada vez existen más debates sobre donde empiezan y acaban los cuidados paliativos.

De otro lado, la eutanasia implica que un médico (o una tercera persona) de forma intencionada provoque la muerte de un paciente a través de la administración de una droga, siempre a petición voluntaria y consciente del paciente. Normalmente, se administra al paciente una inyección de barbitúricos para inducir el coma, y seguidamente, se le administra una dosis de relajante neuromuscular para parar la respiración, causando la muerte. La muerte causada por un médico o un tercero sin el consentimiento del paciente, ya sea porque no puede otorgarlo o en contra de su voluntad, no se considera eutanasia, sino asesinato. En el debate del comité de expertos, varios de ellos manifestaron su disconformidad con que la eutanasia pueda provocarse

⁶ Sepulveda, C., Marlin, A., Yoshida, T., et al. “*Palliative Care: The World Health Organization’s global perspective*”, *J Pain Symptom Management*, vol. 24, nº 2, agosto 2002, pp.91–96.

por una tercera persona, pues creen que la eutanasia, como concepto, solo podría comprender la muerte causada por un médico.

El suicidio asistido -o la muerte asistida- se define como una persona que de forma intencionada asiste a otra a terminar su vida, existiendo una petición voluntaria y consciente de esta última. A diferencia de la eutanasia, en la cual se requiere que una persona administre una droga letal, en el suicidio asistido la forma en la que se termina la vida del paciente es determinada por el propio paciente. Así, la toma de decisión depende íntegramente de la persona que desea terminar con su vida. En el momento en que una persona de forma voluntaria provoque su muerte sin necesitar ayuda de terceras personas como, por ejemplo, al dejar de ingerir alimentos o beber agua, no estaríamos ante un suicidio asistido pues no se requiere la ayuda de una tercera persona para provocar la muerte. Dentro del suicidio asistido, es importante tratar un concepto independiente conocido como PAS o *physician assisted suicide*, es decir, el suicidio asistido por un médico. En este tipo de suicidio asistido un médico, tratando de ayudar a un paciente a terminar con su vida y existiendo una petición voluntaria y consciente del paciente, de forma intencionada proporciona una droga terminal al paciente. Aquí es el propio paciente quien debe ingerir la droga por lo que hay grandes aspectos éticos y legales que deben abordarse en el tratamiento de la muerte asistida.

La legislación de Suiza y Oregón ha sido pionera en legalizar la muerte asistida, pero existen grandes diferencias entre ambos modelos ya que, en Oregón, solo se legaliza la muerte asistida por un médico mientras que, en Suiza, no se requiere que el auxilio para morir venga de un facultativo. Esto pone sobre la mesa el debate sobre la capacidad de la persona que asiste al suicidio. En Países Bajos, el papel que juegan los médicos en la muerte asistida ha sido puesto en jaque en los últimos años por campañas públicas que defendían que un equipo de trabajadores, distintos de los médicos y que hayan recibido una educación especial para actuar como consejeros, ayudasen a determinar el deseo consciente y voluntario de los pacientes de terminar con su vida para que, posteriormente, un equipo médico proporcionase una droga terminal al paciente. En otros países existen aspectos legales que influyen en la regulación de la muerte asistida. En Alemania, los médicos, de forma similar a los padres de un menor, actúan como garantes del bienestar de sus pacientes y, por tanto, se les obliga a llevar a cabo esfuerzos para evitar el suicidio de sus pacientes y podrían ser procesados por un delito de homicidio por omisión si ayudan a un paciente a terminar

con su vida. Estos distintos sistemas se abordarán en un capítulo posterior del trabajo que tratará sobre el derecho comparado en materia de la regulación de la muerte asistida.

De otro lado, encontramos la retirada del tratamiento médico de un paciente bien debido a la inutilidad médica del mismo o a la petición voluntaria y consciente del propio paciente. La retirada del tratamiento médico o desconexión del paciente no entra en la definición que se ha dado de eutanasia dado que esta retirada no busca causar la muerte, sino la aceptación de esta como un fenómeno natural desde la omisión de un tratamiento no efectivo evitando una excesiva prolongación de la vida.

Desde una perspectiva de la inutilidad médica, encontramos ejemplos de retirada del tratamiento médico recibido por el paciente en casos de enfermedades como el cáncer, cuando se decide retirar la quimioterapia ante su falta de efectividad si la enfermedad está muy extendida. Esto se debe en muchos casos al riesgo de exponer al paciente a efectos secundarios de la propia quimioterapia, como son la erosión del sistema inmunitario, que pueden llevar a causar la muerte por el propio tratamiento. Siempre que se pretenda la retirada del tratamiento por su inutilidad médica, hay que contar con la aprobación del paciente y sus garantes. En ocasiones, es difícil que el paciente desista de un tratamiento que ya no es efectivo debido a su miedo o desesperación. Si abordamos la retirada del tratamiento médico a petición del propio paciente, nos encontramos normalmente ante casos de dependencia del paciente de un tratamiento para continuar su vida, por ejemplo, un paciente con insuficiencia renal que decide no seguir recibiendo su tratamiento de hemodiálisis. Esta desconexión solicitada por el paciente no termina la vida del paciente como lo hace la eutanasia, sino que permite una muerte inminente del paciente que se está evitando gracias a tratamientos que perpetúan su vida.

Por último, es relevante definir el concepto de sedación paliativa. Se trata del uso monitorizado de medicación para generar un estado de consciencia reducido – o inconsciencia-

para aliviar la carga que supone un sufrimiento intratable, siempre de una forma éticamente aceptada por el paciente, sus familiares y los proveedores de servicios de salud⁷.

I.II Perspectiva de la comisión ética de la AECP y conclusiones de su documentación

La AECP no duda en reconocer que, dentro de Europa, existen diversos enfoques sobre la eutanasia y el suicidio asistido, así como que es importante mantener un debate activo sobre estos temas. Así mismo, destacan que para fomentar este debate es necesario contar con nuevos estudios que partan de un enfoque coordinado, ya que los existentes hasta la fecha contaban con fallos metodológicos que no permitían aceptar como premisa científica los datos sobre los pacientes de los que se partía.

Posteriormente, la AECP afirma que la muerte asistida y la eutanasia quedan fuera del ámbito de los cuidados paliativos y no dudan en afirmar que las peticiones de pacientes solicitando la eutanasia o el suicidio asistido se ven modificadas cuando estos tienen acceso a cuidados paliativos. De ahí que insistan en que los pacientes que realicen este tipo de solicitudes deban siempre poder acceder a tratamientos paliativos antes de tomar una decisión en firme. Así mismo, destacan que la sedación terminal o paliativa en aquellos pacientes que van a sufrir de una muerte inminente tiene una clara frontera con la eutanasia. En la sedación, la intención es evitar un sufrimiento intolerable y el procedimiento es utilizar un sedante para conseguir un alivio del dolor. Sin embargo, en la eutanasia la intención es acabar con la vida del paciente y el procedimiento es administrar una droga letal para conseguir una muerte inmediata. Dentro de los cuidados paliativos, una sedación leve puede utilizarse siempre que no afecte al nivel de consciencia y posibilidad de comunicación por parte del paciente. Una sedación más fuerte, que implique la inconsciencia del paciente, puede ser necesaria para alcanzar ciertos objetivos terapéuticos, pero el nivel de sedación debe revisarse regularmente y solo debe usarse de forma temporal para que pueda abarcarse dentro del término de los cuidados paliativos.

⁷ Cherny, N., Radbruch, L. “*European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care*”. *Palliat Med*, 2009, pp. 581–593.

Dentro del sistema médico moderno, son numerosos los pacientes que temen una prolongación innecesaria de sus vidas que los lleve a sufrir dolor o tristeza. Es por ello que la eutanasia y la muerte asistida aparecen como opciones viables. El comité ético de la AECP, lejos de generar una confrontación con los partidarios de estas alternativas, propone un dialogo abierto entre las distintas perspectivas que permita un enriquecimiento en el entendimiento de todas las vías posibles. Parten de la base que el entendimiento y el respeto por las alternativas como la eutanasia y la muerte asistida no implican una aceptación ética de estos procedimientos. Así la AECP respeta las decisiones individuales de pacientes que optan por estas alternativas, pero cree en la importancia de centrar la atención de la sociedad en su responsabilidad por cuidar a los mayores y los ciudadanos vulnerables. Abogan por el establecimiento de unos cuidados paliativos de calidad en todos los sistemas sanitarios europeos, partiendo de tres pilares que consideran fundamentales para ello: la educación, la financiación y la investigación. Por último, plantean como fundamental el respeto a las últimas voluntades de los pacientes, y de ahí que pongan un gran énfasis en la voluntad testamentaria de los mismos, contribuyendo a mejorar la comunicación y la planificación avanzada de la atención que recibirá el paciente y, por lo tanto, mejorar la autonomía del paciente.

CAPÍTULO II: EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA VIDA Y A LA INTEGRIDAD FÍSICA Y MORAL CONSAGRADO EN EL ART. 15 DE LA CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA

II.I Antecedentes históricos y contextualización

Los textos constitucionales previos a la Segunda Guerra Mundial no solían proclamar el derecho a la vida, con la excepción de la Constitución de los Estados Unidos. En sus enmiendas 5ª y 14ª proclamaba la imposibilidad de privar a nadie de su vida, libertad o propiedad sin el debido proceso legal, los que se conoce como el “*due process of law*”. Tras el final de la Segunda Guerra Mundial, las Constituciones de los Estados que sufrieron las atroces experiencias bélicas, como Alemania, comenzaron a incorporar expresamente el derecho a la vida. La Ley Fundamental de Bonn contiene este derecho en su artículo segundo pero, sin embargo, la Constitución italiana no lo proclama expresamente, sino que únicamente establece una prohibición de la pena de muerte en si artículo 27.

Los diferentes Convenios y Tratados internacionales sobre derechos humanos comenzaron entonces a recoger de forma expresa el derecho a la vida. Desde la Declaración Universal de Derechos Humanos en su artículo tercero, pasando por el artículo sexto del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Convenio Europeo de Derechos Humanos en su artículo segundo o la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea también en su artículo segundo. Nuestro texto constitucional consagra el derecho a la vida en su artículo 15, pero las constituciones históricas y los textos internacionales de derechos humanos no se referían expresamente a este derecho porque el reconocimiento del mismo se daba por sobreentendido. Esto se debía a que se trataba como un derecho primario y básico sin el cual, el ejercicio del resto de derechos resultaba inimaginable. Son las amenazas bélicas, la pena de muerte y el avance científico y tecnológico los que sacuden los cimientos tradicionales por suponer un nuevo riesgo para un derecho que se sobreentendía.

El artículo 15 de nuestra Constitución consagra el derecho a la vida y a la integridad física y moral en los siguientes términos: *“Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes. Queda abolida la pena de muerte, salvo lo que puedan disponer la Leyes penales militares para tiempos de guerra”*. El reconocimiento constitucional de este derecho responde a que, una vez que se produce la vida, como hecho dependiente puramente de la naturaleza, se requiere la sanción de un derecho para que vivir pueda implicar plantear exigencias en el entorno en el que se desarrolla la vida. Así *“la vida posee una dimensión que excede del mero reconocimiento [...] de un derecho subjetivo, ya que no existe en función de un derecho, sino de una decisión de la naturaleza. Es más que un derecho, es un estado inherente a la persona, un valor indisponible que escapa al ámbito de la libertad y de la autonomía de su titular”*⁸. Por tanto, el derecho a la vida no se reconoce para que las personas puedan vivir, sino para que las personas vivan sin injerencias de terceros o incluso del propio sujeto, y esto es así porque la vida es un hecho biológico ajeno al reconocimiento legal.

⁸ Álvarez Vélez, M. I. et al., *“Lecciones de Derecho constitucional”*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2008, p. 358.

Al reconocer este derecho, se produce una exigencia al legislativo para que proteja a los ciudadanos de injerencias sobre su derecho a la vida. Así, se vienen estableciendo sistemas de protección y reparación en los sistemas civiles de indemnización pero también, se establece una protección en el ámbito penal. En 1995 se aprobó la Ley orgánica 10/1995 de 23 de noviembre del Código Penal (BOE núm. 281 de 24 de noviembre de 1995) que mantuvo la punición de la inducción y del auxilio asistido, pero introdujo un tipo atenuado para la cooperación activa y directa en su artículo 143.3: “*a la muerte de otro, por petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes difíciles de soportar*”.

La proclamación del derecho a la vida en nuestro texto constitucional, así como la protección legal que se le ha dado a la vida frente a ataques de terceros o propios, viene a reflejar el trato que se le ha dado en nuestro ordenamiento como presupuesto elemental e indispensable de todo derecho. Más que un mero derecho, ha pasado a constituir un principio o valor. Debemos por tanto examinar la interpretación que nuestro Tribunal Constitucional ha dado al derecho a la vida cuando el ataque al mismo procede de un tercero o del propio sujeto, es decir, cuando el derecho a la vida se ve amenazado por una decisión personal.

II.II El contenido negativo del derecho a la vida: jurisprudencia del Tribunal Constitucional

Los derechos fundamentales, con carácter general, tienen un doble contenido positivo y negativo, siendo ambos dignos de igual protección. Ejemplo de ello es el derecho de asociación que consagra el artículo 22 de nuestro texto constitucional, dado que el Tribunal Constitucional ha expresado que su contenido se vulnera tanto al impedir la incorporación de un ciudadano por causas discriminatorias, como cuando se establece la adscripción obligatoria a la misma.

Respecto del derecho a la vida, el Tribunal Constitucional ha venido repitiendo desde la Sentencia del Tribunal Constitucional (en adelante STC) 53/1985 de 11 de abril, a propósito de la despenalización parcial del aborto, que la vida es “*el derecho fundamental esencial y troncal en cuanto el supuesto ontológico sin el que los restantes derechos no tendrían existencia posible*” (FJ 3). Así mismo, pocas líneas más abajo expresó que la vida es “*el prius lógico y ontológico para la*

existencia y especificación de los demás derechos”⁹. Este planteamiento ha sido usado por el Tribunal para esgrimir que el derecho a la vida es indisponible y por tanto, tiene una vertiente positiva digna de protección pero no existe una vertiente negativa del derecho, es decir, un sujeto no puede disponer de su propia vida.

Es cierto que el Tribunal Constitucional nunca ha llegado a pronunciarse de forma directa acerca del derecho a disponer de la propia vida o de obtener el auxilio del Estado o de terceros para poner fin a la misma (eutanasia activa directa o auxilio al suicidio). El caso de Ramón Sampedro tenía como objeto principal el debate de tal cuestión, pero no fue resuelto en cuanto al fondo de la pretensión. Este caso llegó al Tribunal Constitucional a través de un recurso de amparo presentado por Ramón Sampedro contra el Auto de la Sección Segunda de la Audiencia Provincial de A Coruña 242/1998, de 11 de noviembre de 1998. En el Auto, se denegó la solicitud formulada por el interesado para que su médico fuera autorizado a suministrarle los medicamentos necesario para evitar el dolor, la angustia y la ansiedad que el estado en que vivía le producía, sin que ello fuera considerado desde una perspectiva penal como auxilio al suicidio.

Ramón Sampedro falleció antes de que el Tribunal Constitucional se pronunciase sobre el fondo del asunto, por lo que su esposa, Manuela Sanlés Sanlés, por escrito fechado en 7 de abril de 1998, “*interesó que se le tuviese por personada en el recurso de amparo núm. 4.562/96, sucediendo mortis causa y sustituyendo en su condición de heredera a don Ramón Sampedro Cameán en el ejercicio de la acción de amparo que sostenía en el recurso de referencia*”¹⁰ (Antecedente 4º). En el fundamento jurídico segundo del conocido auto, el Tribunal señala que si bien concurre el presupuesto formal que en principio permite la continuidad del ejercicio de la acción “*a saber: Litispendencia o existencia de un proceso pendiente, petición expresa de otra persona para suceder al inicial demandante y acreditamiento del título justificativo de la instada sucesión*”, es necesario examinar un criterio sustantivo que versa sobre la viabilidad jurídica de la continuidad del ejercicio de la acción. El Tribunal necesita conocer si la reivindicación invocada,

⁹ Para otras resoluciones que repiten la idea, cfr. SSTC 120/1990, FFJJ 7-8, y 154/2002, FJ 12; *vid.* ATC 304/1996 y SSTC 137/1990 y 32/2003.

¹⁰ Auto del Tribunal Constitucional 242/1998 de 11 de noviembre de 1998. Recurso de amparo 4562/1996.

fundamentada en el artículo 15 (así como en el 1.1 y el 10) de nuestro texto constitucional, es susceptible de ser ejercitada por la persona que se subroga en los derechos y obligaciones del interesado a título de heredera. El Tribunal concluye que “*Nos encontramos [...] ante una pretensión de carácter personalísimo e indisolublemente vinculada a quien la ejercita, como un acto de voluntad que sólo a él afecta (STC 120/1990, fundamento jurídico 7.º y STC 137/1990, fundamento jurídico 5.º) [...] en cuyo ejercicio no cabe, por tanto, la continuidad o sucesión procesal instada con el único soporte del título de heredera mortis causa del demandante originario*” (FJ 4).

Ante una ausencia en el pronunciamiento sobre el fondo, debemos acudir a nueva jurisprudencia para tratar de esgrimir la perspectiva del Tribunal Constitucional sobre el contenido negativo del derecho, pero dejando como matiz relevante, el hecho de que el propio Tribunal, en la STC 53/1985 de 11 de abril, se pronunció sobre la “*relevancia y la significación superior*” del valor de la dignidad de la persona a la par que el derecho a la vida. Dos derechos que se encontrarían “*indisolublemente*” relacionados (FJ 3). El Tribunal alega en el fundamento jurídico cuarto del Auto, que “*no cabe hablar aquí de derechos, como el honor o reputación de una persona, su buena imagen, o su intimidad, cuyos efectos trasciendan del sujeto titular y se extiendan de manera refleja al círculo familiar o de sus más próximos allegados*”. Cabe plantearse si la dignidad de la persona consagrada en el art. 10 produce manifestaciones (reflejadas en derechos como el honor, la intimidad etc.) que, desvinculándose del interesado, puedan ejercitarse por terceras personas. El Tribunal, ya desde la STC 231/1988 de 2 de diciembre, sobre la filmación de imágenes de la muerte don Francisco Rivera por asta de toro, interpuesto el recurso de amparo por su esposa Doña Isabel Pantoja Martín, dejó claro que estos derechos pertenecen estrictamente a la esfera privada del interesado y que no tienen continuidad una vez fallecido el titular de los derechos, pues desaparece el objeto de protección constitucional¹¹.

Acudiendo a otros *leading cases* encontramos dos pronunciamientos en los que merece la pena detenerse. En primer lugar, el caso de la huelga de hambre de los GRAPO en las SSTC 120/1990, 137/1990 y 11/1991, que versa sobre la negativa de los reclusos de una banda terrorista en huelga de hambre a ser alimentados forzosamente en prisión. El TC afirma con rotundidad que

¹¹ Vid. STC 231/1988 de 2 de diciembre FJ 3.

el derecho fundamental a la vida tiene *“un contenido de protección positiva que impide configurarlo como un derecho de libertad que incluya el derecho a la propia muerte”*¹² (FJ 7). Sin embargo, reconoce la relevancia del consentimiento ante todo tratamiento médico como manifestación del derecho a la integridad física y moral. El Tribunal sopesa el derecho al consentimiento de los presos frente al deber de la administración de salvaguardar la vida de los que de ella dependen, y concluye que prepondera la obligación de la administración penitenciaria. Sin embargo, lo que resulta interesante, es que advierte también, que la alimentación forzosa ante el riesgo de muerte emana de una limitación forzosa a un derecho fundamental justificada para personas que se encuentran en una condición de sujeción especial, como los presos, pero que *“podrían resultar contrarias a esos derechos si se tratara de ciudadanos libres o incluso internos que se encuentren en situaciones distintas”* (FFJJ 6, 7 y 8).

El pronunciamiento definitivo vino con la STC 154/2002 de 18 de julio, que excluyó la responsabilidad penal (en un homicidio por omisión) de unos padres de un menor que, conforme a las creencias religiosas de los testigos de Jehová, había muerto al renunciar a la recepción de transfusiones de sangre. Ante la petición de los padres de un tratamiento alternativo a la transfusión y la posterior petición de alta médica por alegar el personal médico que dicho tratamiento no existía, los médicos denegaron el alta del menor por considerar que ponían en riesgo la vida del mismo si la autorizaban. Por ello, el centro hospitalario, en lugar de acceder al alta voluntaria solicitada por los progenitores, solicitó autorización al juzgado de guardia el cual autorizó la práctica de la transfusión para el caso de que fuera imprescindible para salvar la vida del menor. Es entonces cuando los padres acataron la decisión judicial y se mantuvieron al margen, pero el propio menor se negó al tratamiento. El personal del hospital concedió entonces el alta, ante la imposibilidad de tratar al menor, y es entonces cuando comienza un traslado por diversos hospitales buscando tratamientos alternativos para el menor. Todos los médicos de los hospitales a los que acuden aseguran que no existe tratamiento alternativo y piden autorizaciones a los juzgados para llevar a cabo la transfusión, pero la negativa del menor impide que los profesionales puedan administrar el tratamiento. Al final, el menor fallece debido a una tardía intervención, que no consigue sacarlo de la descerebración por hemorragia cerebral que sufre. El Tribunal utilizó en esta sentencia una argumentación, que más allá de valorar la libertad religiosa de los padres y del

¹² STC 120/1990 de 27 de junio

menor, fue algo más que un mero *obiter dicta*: “*más allá de las razones religiosas que motivaban la oposición del menor, y sin perjuicio de su especial trascendencia (en cuanto asentadas en una libertad pública reconocida por la constitución), cobra especial interés el hecho de que, al oponerse el menor a la injerencia ajena sobre su propio cuerpo, estaba ejercitando un derecho de autodeterminación que tiene por objeto el propio sustrato corporal —como distinto del derecho a la salud o a la vida— y que se traduce en el marco constitucional como un derecho fundamental a la integridad física (art. 15 CE)*” (FJ 9).

Es de especial trascendencia, el fundamento jurídico décimo *in fine* en el cual el tribunal se pronuncia a cerca de la voluntad del menor en los siguientes términos: “*es oportuno señalar que la reacción del menor a los intentos de actuación médica —descrita en el relato de hechos probados— pone de manifiesto que había en aquél unas convicciones y una consciencia en la decisión por él asumida que, sin duda, no podían ser desconocidas ni por sus padres, a la hora de dar respuesta a los requerimientos posteriores que les fueron hechos, ni por la autoridad judicial, a la hora de valorar la exigibilidad de la conducta de colaboración que se les pedía a éstos.*” Esta forma de valorar la voluntad del menor por el Tribunal resulta sorprendente especialmente, al conocer que la sentencia es cuatro meses anterior a la promulgación de la Ley 41/2002 de 15 de noviembre básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (conocida como Ley de Autonomía del Paciente). Esta ley derogó los números 6 y 10 del artículo 10 de la Ley general de sanidad de 1986, que excluían el derecho del paciente a consentir y a negarse a un tratamiento médico “*cuando la urgencia no permita demoras por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento*”, sentando así el derecho de todo paciente o usuario “*a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados por la ley*¹³” en su artículo 2.4.

Sin embargo, tenemos que inclinarnos por el hecho de que el Tribunal sigue manteniendo “*que, como hemos dicho en las SSTC 120/1990, de 27 de junio, FJ 7, y 137/1990, de 19 de julio,*

¹³ Solo exceptúa la actuación médica sin consentimiento del paciente adulto y en pleno uso de sus facultades mentales en dos casos: el de riesgo para la salud pública y “*cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización*” (artículo 9.2).

FJ 5, el derecho fundamental a la vida tiene “un contenido de protección positiva que impide configurarlo como un derecho de libertad que incluya el derecho a la propia muerte”. En definitiva, la decisión de arrostrar la propia muerte no es un derecho fundamental sino únicamente una manifestación del principio general de libertad que informa nuestro texto constitucional, de modo que no puede convenirse en que el menor goce sin matices de tanta facultad de autodisposición sobre su propio ser” (STC 154/2002, FJ 12).

Ante la posición mantenida por nuestro Tribunal Constitucional, agarrado a una argumentación fundamentada en el derecho a la vida como presupuesto básico y necesario para el ejercicio de los demás derechos, es necesario examinar jurisprudencia comparada del Tribunal Europeo de Derechos Humanos y otros órganos judiciales internacionales para encontrar otro tipo de argumentación y observar, si algún tribunal ha ponderado el derecho a la vida con la libertad de la persona o su autonomía de la voluntad para decidir cómo quiere terminar su vida.

CAPÍTULO III: ESTUDIO DE JURISPRUDENCIA INTERNACIONAL EN MATERIA DE MUERTE ASISTIDA.

III.I Breve apunte de Derecho comparado en el plano legislativo

El Estado de Washington cuenta con una ley que desde el año 1992 proclama que las personas adultas tienen derecho a controlar su propio estado de salud y las decisiones relativas a dicho estado, incluyendo la decisión acerca de mantener o retirar un tratamiento vital en los casos de sufrir una enfermedad terminal o una inconsciencia permanente. Se trata del *Natural Death Act* del *Revised Code of Washington*. Es interesante la norma contenida en la sección 70.122.010 que declara: “*En reconocimiento de la dignidad y privacidad que los pacientes tienen derecho a esperar, la legislatura declara que las leyes del Estado de Washington deben reconocer el derecho de una persona adulta a realizar una directiva escrita instruyendo a su médico a detener o retirar un tratamiento que mantenga su vida en caso de una enfermedad terminal o una inconsciencia permanente. La legislatura también reconoce que el derecho de una persona a controlar su muerte puede ser ejercitado o autorizado por un representante que válidamente posea el poder de la persona en lo relativo a la asistencia sanitaria*”. De este modo, el testamento vital que contuviera dicha disposición y se llevase a cabo cumpliendo ciertas condiciones, no estaríamos ante un caso de suicidio o homicidio¹⁴

La primera norma legal que reguló la eutanasia fue el *Rights of the Terminally Ill Act* de 1995 en uno de los Estados federados del territorio norte de Australia. Esta ley permitía a un paciente que sufría una enfermedad terminal y experimentaba un dolor, sufrimiento o malestar inaceptables para el propio paciente solicitar la asistencia de su médico para acabar con su vida¹⁵. El médico que recibiese dicha solicitud por parte de su paciente, sujeto a ciertas condiciones (expuestas en la sección octava de la ley) y habiéndose cerciorado del cumplimiento por parte del paciente de una serie de requisitos (sección séptima de la ley) podía aceptar ayudar al paciente a terminar con su vida o rechazar prestarle el auxilio solicitado¹⁶. El año siguiente, el Parlamento

¹⁴ *Natural Death Act*, 70.122.010, 70.122.030 y 70.122.070.1 del *RCW-Revised Code of Washington*.

¹⁵ *Rights of the Terminally Ill Act* 1995, Part 2, Article 4.

¹⁶ *Rights of the Terminally Ill Act* 1995, Part 2, Article 5.

Federal australiano excluyó de las competencias de los Estados federados la de permitir la muerte asistida o el homicidio intencional en las *Euthanasia Law Bills*.

En 1997, el Estado de Oregón en los Estados Unidos aprobó la ley denominada *Death With Dignity Act*¹⁷, que autoriza a médicos cuando se cumplan ciertos requisitos a facilitar al paciente la medicación necesaria para terminar su vida. El paciente debía realizar la solicitud por escrito, ser capaz y mayor de dieciocho años, padecer una enfermedad terminal que vaya a producir su muerte en un plazo no superior a seis meses y ser residente del Estado de Oregón. Esta forma de auxilio al suicidio no incluía expresamente la asistencia médica o la administración de la droga letal al paciente por parte del médico, sino únicamente la dispensa por parte del médico o alternativamente, de un farmacéutico que dispensaría la medicación al médico del paciente, al paciente mismo o a un representante del paciente.

En 2008 una reforma al *Revised Code of Washington* por la ley *Washington Death with Dignity Act*¹⁸, permitió que cualquier residente de dicho estado que padeciese una enfermedad terminal pudiera hacer una petición escrita solicitando medicación que el paciente debe administrarse a si mismo para terminar su vida de manera “humana y dignificada”.

Anterior a la reforma de 2008 en Washington es la aprobación en Holanda en el año 2000 de la *Ley de Terminación de la Vida a Petición y Suicidio Asistido*, aprobada el 28 de noviembre de ese mismo año y en vigor desde el 1 de abril de 2002. Esta norma despenaliza el auxilio al suicidio (sus artículos 2 y 20 supusieron una reforma del Código Penal holandés) cuando se realiza por un médico a petición informada de un paciente que padece un dolor o sufrimiento insoportable y permanente. Siempre es necesario que todas las condiciones sean verificadas por un segundo médico independiente. En mayo de 2002 Bélgica promulgó una ley en términos muy similares a la holandesa y posteriormente, el 16 de noviembre de 2009, Luxemburgo despenalizó cualquier forma de eutanasia realizada por un médico a petición de un paciente con una enfermedad incurable e insoportable. Estos fueron los tres primeros Estados europeos en despenalizar el suicidio asistido por un médico. Suiza, por su parte, no penaliza el suicidio asistido cuando se

¹⁷ *Death with Dignity Act Oregon 1997, Senate Bill 579, chapter 127, sections 1-6.*

¹⁸ *Washington Death with Dignity Act, Initiative measure N.1000, 24 de enero de 2008.*

realiza por un móvil altruista, con independencia de que sea o no un médico quien realice la conducta.

III.II Derecho comparado en el plano jurisprudencial

En ocasiones puede resultar más relevante respecto al fondo ciertas decisiones en el ámbito jurisprudencial que observar cambios legislativos. Como señala Alfonso Ruiz Miguel en la Revista española de derecho constitucional “*los razonamientos y fallos de algunos tribunales tienen un especial interés comparativo por su valor como precedentes en sistemas jurídicos como el nuestro, sea con cierto carácter vinculante por las obligaciones internas o internacionales asumidas por el estado de que se trate, sea con mero carácter persuasivo debido a la autoridad que se otorga a su contenido*”¹⁹.

Tras haber realizado un estudio del plano que ocupa el derecho a la vida en el derecho constitucional español, y observar como este se encaja en una posición que parece inamovible y no permite el engarce de una regulación sobre la muerte asistida, examinamos ahora jurisprudencia y argumentación jurídica de órganos jurisdiccionales que sí han ido abriendo la puerta al derecho a morir dignamente desde otros derechos como la dignidad de la persona o el libre desarrollo de la personalidad. El estudio se realizará en un orden cronológico para tratar de examinar los avances en la materia a lo largo de los años y examinar si se han ido involucrando nuevos derechos a la hora de encontrar una justificación para la regulación de la muerte digna. No acudiremos a una zona geográfica concreta para buscar argumentos jurídicos que sustenten una nueva base para regular la muerte digna

El primer caso que abordaremos será el resuelto por la sentencia dictada por el Tribunal Supremo de Canadá en el caso de Sue Rodríguez vs. British Columbia²⁰. Me parece idóneo incorporar esta sentencia al análisis por ser de las primeras en encontrar un encaje a la despenalización del suicidio asistido en derechos como la dignidad, la autonomía personal, la

¹⁹ Ruiz Miguel, A. “*Autonomía individual y derecho a la propia muerte*”, *Revista española de derecho constitucional*, Issn: 0211-5743, núm. 89, mayo-agosto (2010), pp. 11-43

²⁰ Rodriguez v. British Columbia (Attorney General) 30/09/1993, Supreme Court Judgment, case number: 23476.

seguridad e incluso, el derecho a no ser discriminado. Así mismo, se realiza un test de proporcionalidad para comprobar que efectivamente, las medidas penales que sancionan el suicidio asistido producen la menor lesión posible de derechos a un colectivo discriminado y se realiza una argumentación contraria al argumento de la pendiente resbaladiza o *slippery slope*.

Sue Rodríguez era una mujer de 42 años, casada y madre de un hijo con ocho años, que sufría una esclerosis lateral amiotrófica. Su esperanza de vida estaba entre los dos y los catorce meses y consta que pronto perdería su capacidad para tragar, hablar, andar y mover su propio cuerpo sin asistencia. Posteriormente perdería la capacidad de respirar sin la asistencia de un respirador y de comer sin una gastrostomía, acabando confinada en una cama. La señora Rodríguez conocía perfectamente las consecuencias de su enfermedad y deseaba controlar las circunstancias, el momento y la forma de su muerte. No quería morir siempre que pudiera disfrutar de una vida plena, pero siendo consciente de que su situación física se deterioraría hasta un punto en el cual no podría terminar con su propia vida sin asistencia, solicitó al alto Tribunal que un médico preparase los instrumentos necesarios a través de los cuales ella misma, en el momento decidido por ella, pudiera acabar con su vida.

Es relevante señalar que el Código Penal canadiense pena el auxilio al suicidio con hasta catorce años de prisión en su artículo 241. Así mismo, el *Canadian Charter of Rights and Freedoms* dispone en su artículo séptimo que “*todos tienen derecho a la vida, la libertad y la seguridad y el derecho a no ser privado de estos derechos de acuerdo con principios de justicia fundamental*”. De otro lado, el artículo 15 de la misma disposición normativa proclama que todo individuo es igual ante la ley teniendo el derecho a idéntica protección por la misma sin ningún tipo de trato discriminatorio. En la sentencia de apelación, varios magistrados concluyen que es cierto que existe una colisión frontal entre el art. 241 del Código Penal y el art. 7 de la Carta de Derechos Canadiense. El art. 7 de la Carta pretende enaltecer la dignidad humana y el control individual, siempre que no se cause un daño a un tercero. En el caso tratado, el art. 241 del Código Penal impone a una persona a vivir con un sufrimiento físico y psicológico, sin dotarle de una capacidad de decidir y sabiendo que su vida culminará en un espacio breve de tiempo²¹.

²¹ Magistrado McEachern C.J: *As already mentioned, s. 7 was enacted for the purpose of ensuring human dignity and individual control, so long as it harms no one else. When one considers the nobility of such purpose, it must follow as a*

El Tribunal Supremo, sin embargo, se centra en tratar si el art. 241 del Código Penal supone una discriminación hacia un colectivo de personas que no pueden causarse su propia muerte y, por tanto, dicho artículo sería contrario al art. 15 de la Carta de Derechos. La Corte Suprema de Canadá se realiza la pregunta de si el art. 241 del Código Penal canadiense infringe los derechos y libertades garantizados por el art. 15 de la Carta de Derechos. Para contestar a esta pregunta, la Corte analiza en primer lugar el concepto de discriminación, y concluye que una discriminación es *“una distinción, intencionada o no, basada en motivos referidos a una característica personal de un individuo o grupo, que tiene el efecto de imponer cargas, obligaciones o desventajas en el individuo o grupo, que no se imponen a otros”*²². Tras realizar un análisis exhaustivo del concepto de discriminación aplicado al caso concreto, el Tribunal concluye que el art. 241 del Código Penal canadiense infringe el derecho a la igualdad contenido en el art. 15 de la Carta de Derechos. *“El artículo 241 genera una desigualdad porque previene que personas físicamente incapaces de terminar su vida sin asistencia puedan elegir la opción del suicidio mientras que esa opción permanece disponible para otros miembros del público. La desigualdad se impone en personas incapaces de terminar su vida únicamente sobre la base de una discapacidad física [...]. Así mismo, en mi opinión, la desigualdad puede caracterizarse como una carga o desventaja dado que limita la habilidad de aquellos sujetos a la misma a actuar conforme a decisiones fundamentales respecto de su propia vida y sus personas. Para estos sujetos, el principio de autonomía individual ha sido limitado”*²³.

matter of logic as much as of law, that any provision which imposes an indeterminate period of senseless physical and psychological suffering upon someone who is shortly to die anyway cannot conform with any principle of fundamental justice. Such a provision, by any measure, must clearly be characterized as the opposite of fundamental justice.

²² El Magistrado McIntyre J. adoptó la siguiente definición del término discriminación: *I would say then that discrimination may be described as a distinction, whether intentional or not but based on grounds relating to personal characteristics of the individual or group, which has the effect of imposing burdens, obligations, or disadvantages on such individual or group not imposed upon others, or which withholds or limits access to opportunities, benefits, and advantages available to other members of society.*

²³ *Section 241 (b) creates an inequality since it prevents persons physically unable to end their lives unassisted from choosing suicide when that option is in principle available to other members of the public. This inequality is moreover imposed on persons unable to end their lives unassisted solely because of a physical disability, a personal characteristic which is among the grounds of discrimination listed in s. 15(1) of the Charter . Furthermore, in my opinion the inequality may be characterized as a burden or disadvantage, since it limits the ability of those who are subject to this inequality to take and act upon fundamental decisions regarding their lives and persons. For them, the principle of self-determination has been limited.*

A pesar de haber llegado a esta conclusión, el Tribunal Supremo canadiense denegó la petición realizada por la señora Rodríguez en base a una prueba doble (*test of the two branches o Oakes test* sentado en *R. v. Oakes*, 1986) que considera primeramente la validez del objetivo legislativo que se fija con el art. 241 del Código Penal y, en segundo lugar, la validez de los medios dispuestos para alcanzar dicho objetivo. Respecto a la primera rama, el Tribunal considera que el objetivo principal que persigue el art. 241 del Código Penal es la protección de personas vulnerables, hayan consentido a ello o no, de la intervención de terceras personas en decisiones que afectan a la planificación y comisión de un acto de suicidio.

Para el análisis de la segunda rama, el Tribunal debe analizar si existe un equilibrio entre el objetivo legislativo propuesto y los medios dispuestos para alcanzar el mismo, en otras palabras, el Tribunal se dispone a realizar un *test* de proporcionalidad. Este *test* requiere de dos pasos, el primero de ellos, concerniente a si los medios legislativos elegidos para alcanzar el objetivo han sido efectivamente diseñados para alcanzar este objetivo. El Tribunal señala que la prohibición al suicidio asistido parece una medida diseñada para alcanzar el objetivo de proteger a personas vulnerables que contemplan la posibilidad de acabar con sus vidas. El segundo paso, y el más relevante en aras del examen de proporcionalidad, trata de examinar si las medidas dispuestas son las menos lesivas hacia otros derechos para alcanzar el objetivo dispuesto. “*El papel del Tribunal no es determinar si el legislativo a sopesado los distintos intereses y presiones que llevan a legislar hacia uno u otro sentido, sino si el limite que han impuesto sobre un derecho fundamental consagrado en la Carta de Derechos es razonable y justificado*”²⁴.

Sobre si la limitación impuesta es la menos lesiva, el Tribunal señala que, si el suicidio asistido estuviera permitido o despenalizado, aún para ciertas circunstancias, existiría una razón por la cual temer que el homicidio de enfermos terminales o personas con discapacidad física pudiera ser enmascarado como suicidio asistido. Esto tendría como resultado que las personas más débiles estarían expuestas a esta gran amenaza. El magistrado ponente se entristece por escaso valor que cobran en nuestras sociedades las vidas de las personas con discapacidad física, que en

²⁴ *The issue for this Court to determine is not whether Parliament has weighed those pressures and interests wisely, but rather whether the limit they have imposed on a Charter right or freedom is reasonable and justified.*

ocasiones llegan a pensar ellos mismos que suponen una carga para sus familias o la sociedad. A continuación, el Tribunal expone que el principal temor de una despenalización del suicidio asistido es el aumento de la manipulación de personas que sufren una enfermedad terminal o una discapacidad física por terceras personas. Este argumento de pendiente resbaladiza ya fue utilizado por la Law Reform Commission of Canada para no derogar el art. 241 del Código Penal. En el informe 28 de dicha Comisión, *Euthanasia, Aiding Suicide and Cessation of Treatment* (1982), se expone que la principal razón de esta política legislativa (mantener la penalización del suicidio asistido) subyace en el peligro que existe en que se acabe planteando el final de la vida de ciertas personas por suponer estos una carga hacia la sociedad, así como el propio peligro de que el consentimiento prestado por el enfermo no sea libre y voluntario, al considerar este la carga que supone para su familia y no su verdadera voluntad²⁵.

Resulta muy relevante la argumentación realizada en la sentencia en contra del argumento de la pendiente resbaladiza por un magistrado disidente, que opina que el artículo 241 del Código Penal canadiense no supera el test de proporcionalidad. El magistrado argumenta que utilizar este argumento para blindar los códigos penales a cualquier tipo de asistencia al suicidio supone que en casos donde no hay una presión ejercida por terceros y hay una clara voluntad acompañada consentimiento libre y meditado en una persona con una discapacidad física, el parlamento deniega la posibilidad de morir cuando no lo haría en una persona que no padeciera dicha discapacidad. Así mismo, señala que una persona con una discapacidad física puede ser más vulnerable a la influencia de terceros a la hora de tomar este tipo de decisiones, pero no podemos por ello inferir que un paciente con una discapacidad física que elige el suicidio lo haga solo en base a su discapacidad, dado que personas que no sufren una discapacidad también eligen el suicidio por un amplio rango de motivos independientes de su condición física. Por último, el ponente señala que está de acuerdo en que debe

²⁵Law Reform Commission of Canada, “*Euthanasia, Aiding Suicide and Cessation of Treatment*”, 1982, informe 28, p. 46: *The principal consideration in terms of legislative policy, and the deciding one for the Commission, remains that of possible abuses. There is, first of all, a real danger that the procedure developed to allow the death of those who are a burden to themselves may be gradually diverted from its original purpose and eventually used as well to eliminate those who are a burden to others or to society. There is also the constant danger that the subject's consent to euthanasia may not really be a perfectly free and voluntary act.*

distinguirse la situación en la que una persona es simplemente auxiliada para suicidarse de aquella en la que una persona opta por el suicidio por la injerencia o influencia de una tercera persona, sin embargo, es difícil comprender porque acabar con el abuso que implica la segunda situación supone necesariamente limitar la autonomía de la voluntad en la primera. *“El parlamento tiene multitud de opciones para optar por la salvaguarda de los intereses de los más vulnerables y a su vez garantizar el derecho a la autodeterminación a las personas con una discapacidad física [...] La solución prohibitiva absoluta que aporta el artículo 241 del Código Penal no puede satisfacer el deber constitucional del gobierno de minimizar la lesión a los derechos de las personas con discapacidad física”*. Esta argumentación abre la puerta a que la penalización absoluta del auxilio al suicidio en nuestros textos penales pueda suponer una discriminación para el colectivo de personas que sufren una enfermedad terminal por la cual padecen o van a padecer una discapacidad física que les impedirá ejercer su autonomía de la voluntad.

Otra decisión judicial digna de mención es la C-239/97 del 20 de mayo de 1997 de la Corte Constitucional de Colombia. Se trata de un recurso de inconstitucionalidad contra una norma del Código Penal colombiano que atenuaba todo homicidio cometido por piedad. El art. 326 del Código Penal colombiano de 1936 contemplaba el homicidio por piedad, que según los elementos que el tipo describe, *“es la acción de quien obra por la motivación específica de poner fin a los intensos sufrimientos de otro [...] Es además, el homicidio pietístico, un tipo que precisa de unas condiciones objetivas en el sujeto pasivo, consistentes en que se encuentre padeciendo intensos sufrimientos, provenientes de lesión corporal o de enfermedad grave o incurable, es decir, no se trata de eliminar a los improductivos, sino de hacer que cese el dolor del que padece sin ninguna esperanza de que termine su sufrimiento”*. La nueva Constitución colombiana promulgada en 1991 introdujo modificaciones respecto a derechos fundamentales que obligaban a la Corte Constitucional a examinar esta norma del Código Penal desde una nueva óptica para aclarar si bajo el nuevo orden constitucional, se podía penalizar la conducta de quien ejecutase un homicidio por piedad concurriendo la voluntad del sujeto pasivo.

La Corte Constitucional colombiana indica que es preciso resolver esta cuestión desde una óptica plural, que respete la autonomía moral de cada individuo y por ello, no podemos caer en la tendencia de considerar la vida como algo sagrado o absoluto, pues esto es una opción que algunos

asumen de entre muchas posibles. La opción por la que debemos decantarnos es tomar la vida como algo valioso, pero no absoluto, pues las corrientes religiosas o personales que llevan a que un individuo asuma la vida como algo primordial son opciones personales y autónomas, pero existen diversas opciones. Por ello, el Tribunal esgrime el derecho al libre desarrollo de la personalidad desde la perspectiva del derecho a la dignidad de la persona consagrado en el artículo primero de la Constitución de Colombia. Señalan que *“la Constitución se inspira en la consideración de la persona como un sujeto moral, capaz de asumir en forma responsable y autónoma las decisiones sobre los asuntos que en primer término a él incumben, debiendo el Estado limitarse a imponerle deberes, en principio, en función de los otros sujetos morales con quienes está avocado a convivir, y por tanto, si la manera en que los individuos ven la muerte refleja sus propias convicciones, ellos no pueden ser forzados a continuar viviendo cuando, por las circunstancias extremas en que se encuentran, no lo estiman deseable ni compatible con su propia dignidad, con el argumento inadmisibles de que una mayoría lo juzga un imperativo religioso o moral”*.

Por tanto, la Corte argumenta que desde una perspectiva plural no puede afirmarse el deber absoluto de vivir. Quien vive como obligatoria una conducta en función de sus creencias morales o religiosas no puede pretender que esa misma visión se haga coercitivamente exigible a todos, sino únicamente que al se le permita vivir su estilo de vida de forma plena y poder actuar en consecuencia sin interferencias mientras su modo de vivir no afecte a los derechos de terceras personas.

De otro lado, la Corte Constitucional denota que la Constitución Colombiana no es neutra frente al valor de la vida, sino claramente a favor de el, lo que implica el deber del Estado de proteger la vida. *“Sin embargo, el Estado no puede pretender cumplir esa obligación desconociendo la autonomía y la dignidad de las propias personas [...] si los derechos no son absolutos, tampoco lo es el deber de garantizarlos, que puede encontrar límites en la decisión de los individuos, respecto a aquellos asuntos que sólo a ellos les atañen”*. Por tanto, la protección del derecho a la vida debe ser compatible con la dignidad humana y el libre desarrollo de la personalidad y la autonomía individual. Es por ello que la Corte concluye que el deber del Estado de proteger la vida debe ceder frente al deseo de morir de enfermos terminales que sufren dolor y

dan su consentimiento de forma libre e informada. Así mismo, para que cese el deber estatal, los informes médicos deben señalar que la muerte del paciente es inevitable en un espacio temporal relativamente breve. A ojos de la Corte, el derecho a vivir de forma digna implica también el derecho a morir dignamente dado que obligar a una persona a mantener su vida en contra de su voluntad y padeciendo esta persona un sufrimiento constante, no solo supone un trato cruel, sino la anulación de su dignidad y su autonomía como sujeto moral. Así “*La persona quedaría reducida a un instrumento para la preservación de la vida como valor abstracto*”.

La Corte Constitucional de Colombia entiende que el deber del Estado de proteger la vida de sus ciudadanos pasa por establecer una regulación legal estricta a cerca de cómo debe prestarse el consentimiento y la ayuda a morir, para cerciorar que el consentimiento es libre, voluntario y meditado. Establece una serie de pautas que esta legislación debería cubrir, así como posibles medidas que el legislador podría introducir para enfatizar la protección de la vida, como por ejemplo, que el paciente que realiza la solicitud de morir atienda una reunión con personal médico que le ofrezca todas las alternativas posibles distintas a la opción de morir. Así, el Estado estaría plasmando su deber de protección de la vida en ofrecer cuidados paliativos e información al paciente.

En los dos casos estudiados podemos observar como los altos tribunales señalan al legislativo como responsable de la ausencia de regulación y exigen que se establezcan condiciones para asegurar una despenalización del auxilio al suicidio si y solo si se han cumplido todas las barreras que el legislador quiera introducir para proteger a colectivos vulnerables. En otras palabras, los jueces encargan al legislador la función de regular a través de hitos que el paciente debe superar para acceder a su deseo de morir a través del suicidio asistido. Es por ello que, a los tribunales no les basta una prohibición genérica del auxilio asistido y una penalización del mismo, pues consideran que, estableciendo ciertas barreras y contenciones, se puede alcanzar un modelo más respetuoso con la autonomía de la voluntad, la opción de vida del paciente, la dignidad y los colectivos discriminados.

Tras examinar dos sentencias en las que se da un claro mandato al legislativo, ambas resoluciones dictadas fuera del panorama europeo, es interesante examinar la opinión del Tribunal

Europeo de Derechos Humanos (TEDH en adelante) al respecto. Por ello, acudimos a la sentencia 2346/02 de 29 de abril de 2002 dictada por este Tribunal en el caso *Pretty Vs. Reino Unido*.

Diane Pretty era una mujer británica de 43 años que sufría esclerosis lateral amiotrófica, una enfermedad neurodegenerativa incurable que produce una paralización muscular. Consciente del estado avanzado de la enfermedad y del poco tiempo que le quedaba de vida, Diane solicitó al equivalente al Fiscal General del Estado en España (*Director of Public Prosecutions* o *DPP*) la garantía de que su marido no sería penalizado por auxiliar a su suicidio cuando ella lo decidiese. El Derecho británico no sanciona el suicidio, pero el problema radicaba en que la enfermedad de la demandante hacía que necesitase de ayuda para terminar con su vida, lo cual si estaba sancionado por la Ley de 1961 sobre el suicidio. El rechazo por parte de la DPP a la petición de Diane, supuso un recurso al *Appellate Committee* de la Cámara de los Lores, que convalidó el rechazo. El 21 de diciembre de 2001, Diane presenta un recurso ante el Tribunal Europeo de Derechos Humanos alegando el contenido negativo del derecho a la vida consagrado en el artículo segundo del Convenio para la protección de los derechos humanos y de las libertades fundamentales²⁶ (conocido también como Convenio europeo de derechos humanos), el derecho a la autodeterminación recogido en el artículo octavo del mismo Convenio, la libertad de pensamiento consagrada en el artículo noveno así como el artículo catorce sobre la prohibición de discriminación, al considerar que la prohibición general que se imponía contra el suicidio asistido representaba una discriminación para las personas que no podían suicidarse sin ayuda.

La argumentación del TEDH valida la denegación de la autorización solicitada por Diane basándose principalmente en la inexistencia de un contenido negativo del derecho a la vida. El TEDH, inspirándose expresamente en la argumentación de *Rodriguez*, reconoce que la penalización del suicidio asistido en el caso “*constituye una interferencia con su derecho al respeto de la vida privada garantizado por el artículo 8.1 del convenio*”, un derecho que está estrechamente ligado con la autonomía de la voluntad y la dignidad de la persona. Es entonces, cuando al igual que en el caso *Rodriguez*, el TEDH realiza un *test* de proporcionalidad, porque señala que el derecho consagrado en el artículo 8.1 del Convenio solo puede ser vulnerado por una

²⁶ *Convenio para la protección de los derechos humanos y de las libertades fundamentales* (BOE núm. 243, de 10 de octubre de 1979, páginas 23564 a 23570).

autoridad pública cuando la injerencia esté prevista en una ley y suponga una medida necesaria para la protección de intereses fundamentales en una sociedad democrática. El TEDH concluye que la injerencia, es decir, la prohibición general, es necesaria y no es desproporcionada pues la *ratio legis* de la disposición es tratar de salvaguardar el interés general de colectivos vulnerables. Así mismo, el Tribunal está de acuerdo con la argumentación del Gobierno, que señala que, si bien los Estados han establecido en su legislación internas penas estrictas para el auxilio al suicidio, en la práctica judicial, los jueces modulan estas penas para hacerlas más laxas e incluso, la fiscalía podría no iniciar el procedimiento oportuno contra la persona que asiste al suicidio en ciertas ocasiones. De hecho, el Tribunal señala que no parece arbitrario *“que la legislación refleje la importancia del derecho a la vida prohibiendo el suicidio asistido previendo un régimen de apreciación y aplicación por la justicia que tome en cuenta en cada caso concreto tanto el interés público en iniciar un proceso y las exigencias justas y adecuadas de la retribución y la disuasión”*. Así mismo, el Tribunal pone de manifiesto que en un informe llevado a cabo por la Cámara de los Lores entre los años 1981 y 1992 se refleja que en veintidós ocasiones en los que se discutió el homicidio por compasión, los jueces no impusieron ninguna condena por homicidio, sino condenas más leves que no implican una privación de libertad perpetua²⁷. De este modo, el Tribunal acaba permitiendo lo que se conoce como un *“blanket ban”* o prohibición absoluta del auxilio al suicidio, basándose en una modulación posterior por los tribunales y fiscales.

Lo que resulta de interés en este caso, es que el TEDH avanza que son los Estados los que tienen el derecho a controlar, a través de su legislación interna y la aplicación del Derecho penal general, las actividades perjudiciales para la vida y la seguridad de los demás. A ojos de Alfonso Ruiz Miguel, el TEDH sienta *“que la prohibición del suicidio asistido no es contraria al convenio, pero cuidándose mucho de llegar a afirmar que sea consecuencia obligada del mismo. Más bien, el TEDH considera que está en la esfera de libre decisión de cada Estado apreciar hasta dónde debe llegar la protección penal del derecho a la vida en casos en que, como en el de Diane Pretty, está también en juego el derecho a la vida privada y la autonomía de las personas”*²⁸.

²⁷ Vid FJ 75 y 76.

²⁸ Ruiz Miguel, A. *“Autonomía individual y derecho a la propia muerte”*, *Revista española de derecho constitucional*, Issn: 0211-5743, núm. 89, mayo-agosto (2010), p.21.

El caso que culminó sentando que en ocasiones existe claramente un hueco entre la legislación interna de los Estados y su aplicación del Derecho penal fue el caso de Debby Purdy en 2009, que debe relacionarse con el de Diane Pretty en su argumentación de fondo. Es por ello, que realizaremos un salto cronológico para avanzar de 2002 a 2009, dado que resulta necesario enlazar la posibilidad que el Tribunal dejó abierta en el caso de Diane Pretty, con la argumentación de ciertos Lores en la Corte de Apelación para el caso de Debby Purdy²⁹.

La señora Purdy, de nacionalidad británica, sufría una esclerosis múltiple progresiva para la cual no existía cura conocida. Esta enfermedad se le diagnosticó en 1995 y en 2001 ya utilizaba una silla de ruedas automática para moverse, señal de que la enfermedad avanzaba de forma rápida. En 2009, año en el que se planteó el caso que estudiamos, la señora Purdy tenía ya problemas para tragar y comer de forma autónoma, sufriendo espasmos y ahogándose al ingerir alimentos. Conociendo que su enfermedad avanzaría y su situación empeoraría inexorablemente hasta un punto en el cual el dolor y los traumas que sufriría serían extremos, la señora Purdy se preguntó que podría hacer para poner fin a su vida en un futuro si ella, por su condición física, no pudiera hacerlo por si misma. Ante esta disyuntiva, la señora Purdy se planteaba dos opciones: o bien adelantar el momento de su muerte para que ella misma fuese capaz de causarla sin ayuda – aunque aclara que preferiría aplazarla a un momento posterior-, o pedir ayuda a su marido, el violinista cubano Omar Puente, para viajar a un Estado donde el suicidio asistido no fuera sancionado penalmente – en concreto a Suiza.

El dilema de la señora Purdy era que el artículo 2.1 del *Suicide Act* de 1961, vigente en Inglaterra en aquel momento, condenaba el auxilio al suicidio con una pena de hasta catorce años de prisión. Esto suponía, que el hecho de que su marido la ayudase a salir de su país para acudir a un tercer Estado donde poner fin a su vida podía suponer que se iniciase un procedimiento penal contra el señor Puente. En concreto, la señora Purdy creía que el *Director of Public Prosecutions* o *DPP* – equivalente al Fiscal General del Estado- podía iniciar de oficio un procedimiento contra el señor Puente. La señora Purdy no solicitaba inmunidad para su marido en caso de que decidiese ayudarla, simplemente, deseaba conocer qué directrices utilizaría el Fiscal General para iniciar o no un proceso penal contra su marido. Su incertidumbre venía causada por un gran número de

²⁹ House of Lords, “*Opinions of The Lords of Appeal for judgment in this cause. R (on the application of Purdy) (Appellant) v. Director of Public Prosecutions (Respondent)*”, 30 de julio de 2009.

casos precedentes en los que terceras personas habían ayudado a familiares o amigos a viajar a Estados donde poner fin a sus vidas y no se había iniciado en Inglaterra ningún proceso penal contra estas personas en virtud del artículo 2.1 del *Suicide Act*. En concreto, había habido en el momento de la solicitud de la señora Purdy 115 casos similares en Inglaterra, de los cuales solo ocho habían sido dirigidos al Fiscal General para conocer si debía iniciarse o no un proceso penal. Finalmente, solo en dos de estos ocho casos el Fiscal General decidió iniciar un proceso penal, mientras que, en los restantes, se abstuvo sobre la base de que no existían pruebas suficientes³⁰.

La señora Purdy buscaba tomar una decisión informada para solicitar a su marido que la ayudase a llevar a cabo su cometido o, de lo contrario, pedirle que se abstuviera y optar por adelantar su muerte. No quería correr el riesgo de que su marido fuera perseguido por la justicia británica por un delito que podría implicar la privación de su libertad. Esta situación de ausencia de información no solo la vivía la señora Purdy, sino otros británicos que decidían pedir ayuda a terceros para viajar a otros Estados, con inseguridad sobre si se perseguirían o no sus actos. Para Lord Hope of Craighead, la situación no cesaría siempre que hubiera Estados que no persiguieran el suicidio asistido en su legislación interna³¹.

Partiendo de la argumentación de los casos *Pretty* y *Rodriguez*, vistos anteriormente, la Corte de Apelación vuelve al artículo 8.1 del Convenio Europeo de Derechos Humanos, que garantiza el respeto a la vida privada y el derecho a autonomía de la voluntad individual. Concluye que, en este tipo de casos, privar a personas que sufren enfermedades incurables e insoportables del auxilio al suicidio supone una interferencia con el derecho consagrado en el artículo 8.1 del Convenio. Sin embargo, entienden que un cambio en la legislación interna en este aspecto debe atribuirse al Parlamento y lo que tratan de resolver es si en este caso, la autonomía individual de la señora Purdy exige que esta reciba información que asegure si su marido va a ser acusado de un delito o no. Vemos aquí la clara diferencia con el caso *Pretty*, en el que los magistrados entran a valorar si la prohibición general al auxilio al suicidio es o no una medida proporcional, dado que en el caso Purdy, lo que entran a valorar es la información que esta señora tiene derecho a conocer.

³⁰ House of Lords, “*Opinions of The Lords of Appeal for judgment in this cause. R (on the application of Purdy) (Appellant) v. Director of Public Prosecutions (Respondent)*”, 30 de julio de 2009, párrafo 30.

³¹ House of Lords, “*Opinions of The Lords of Appeal for judgment in this cause. R (on the application of Purdy) (Appellant) v. Director of Public Prosecutions (Respondent)*”, 30 de julio de 2009, párrafo 31.

De especial interés resulta el fundamento jurídico 40 de la sentencia de apelación³², que señala que el principio de legalidad lleva a la Corte a plantearse tres preguntas. La primera, si existe una base legal en el derecho interno que permita dicha restricción; la segunda, si la disposición legal es accesible al individuo afectado por la misma y lo suficientemente precisa para que este pueda comprender y prever sus consecuencias para que pueda adecuar su comportamiento a la misma y esto le permita actuar sin infringir dicha disposición; la tercera consideración, se basa en que asumiendo que las dos condiciones anteriores se cumplen, puede el tribunal preguntarse si dicha disposición legal se está aplicando de forma arbitraria.

En aras de garantizar la accesibilidad y previsibilidad en las actuaciones de la fiscalía, existe en Inglaterra el *Prosecution of Offences Act*, que en su sección décima prevé que el Fiscal General del Estado dicte un código denominado *Code for Crown Prosecutors*, estableciendo una guía y principios generales para que la fiscalía pueda determinar, ante qué casos debe iniciarse un procedimiento por vulnerar un artículo de la legislación y en cuales no, suponiendo en ocasiones este código una alteración a la propia legislación interna, que puede prever una conducta prohibida pero cuya vulneración no conlleva el inicio de un procedimiento según las guías del código³³. El problema deriva de que las guías y principios que se establecen en dicho código no encajan en su aplicación práctica y por tanto, no son de relevancia, para el caso del delito de suicidio asistido. Esto tuvo repercusión en el caso de Daniel James, un chico que se lesionó muy gravemente jugando al rugby y decidió, en contra de la voluntad de sus padres, que quería terminar con su vida, pidiendo a estos que le ayudase a viajar a Suiza para ello. Cuando la Fiscalía General quiso aplicar los criterios del Código a los padres de Daniel James, observaron que estos no tenían encaje alguno en el delito de los que se les acusaba, y el Fiscal General del Estado tuvo que publicar una decisión particular estableciendo los principios que habían llevado a la fiscalía a decidir que no iniciarían un procedimiento contra los acusados. La señora Purdy argumentaba además que este precedente no le permitía acudir al *Code for Crown Prosecutors* en búsqueda de información, dado que ante un caso similar se había dictado una decisión particular considerando las peculiaridades del caso,

³² House of Lords, “*Opinions of The Lords of Appeal for judgment in this cause. R (on the application of Purdy) (Appellant) v. Director of Public Prosecutions (Respondent)*”, 30 de julio de 2009, párrafo 40.

³³ *Vid.* párrafos 48 y 79 donde se citan ejemplos prácticos de aplicación de este código y principios generales concretos que el código prevé.

lo que hacía que la previsibilidad de las consecuencias derivadas de la actuación de su marida fuera escasa o nula.

La Corte de Apelación concluye estableciendo que la ausencia de información vulnera la autonomía individual de la señora Purdy y por tanto, el Fiscal General tiene la obligación de clarificar la posición de la fiscalía ante estos casos que crecen en número y en complejidad. Así, debe establecer unas guías generales de actuación que informen a las personas sobre su decisión de iniciar o no un proceso penal ante una vulneración del artículo 2.1 del *Suicide Act* de 1961. En el fundamento jurídico 55 se llega a recomendar que se establezcan unas condiciones para acotar un número muy limitado de casos en los que no se iniciaría una acción penal por parte de la fiscalía, iniciándose la misma para todos los casos que se salgan de los límites marcados.

La lección que aprendemos del caso Purdy es que el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, con la sentencia dictada en el caso Pretty, permitió por un lado, una soberanía a los Estados para decidir si penalizan o no el suicidio asistido y en qué casos, y por otro, que existe un margen de discrecionalidad en la persecución de los delitos que los sistemas jurídicos pueden conceder a la fiscalía para posibilitar en ciertos casos de auxilio al suicidio una cierta garantía de impunidad, al menos en casos de enfermedades insoportables e incurables, siendo clara la voluntad del paciente y sin que se aprecien injerencias o influencias externas sobre su decisión.

III.III El consentimiento presunto en el caso de Eluana Englaro

Tras haber abordado el caso de Debby Purdy para ponerlo en relación con el fallo del caso Pretty, resulta necesario retroceder en nuestro eje temporal hasta el año 2007. La sentencia de la *Corte di Cassazione* 21748/2007 del 4 de octubre, recoge jurisprudencia alemana, británica y estadounidense en materia de muerte asistida. Sin embargo, este caso a resultado ser un *leading case* en materia del consentimiento presunto y testamento biológico. Se abordará un *iter* temporal breve del caso para pasar posteriormente a analizar las consecuencias prácticas que supuso en la legislación interna italiana.

El 18 de enero de 1992 Eluana Englaro sufre un grave accidente de coche que le causa gravísimas lesiones cerebrales. Ingresa en el hospital de Lecco, donde cuatro días después de su ingreso le practican una traqueotomía. Su padre, se opone desde un inicio a esta intervención,

aunque se lleva a cabo. En 1994 el diagnóstico de Eluana es de estado vegetativo permanente. Tras dos años largos de rehabilitación, esta ha resultado infructuosa y se da la situación de que la paciente no puede permanecer más tiempo en el hospital. Los médicos indican a los padres de Eluana que el protocolo habitual es trasladar al paciente al domicilio familiar para dejar que allí ocurra lo que dentro de un centro sanitario legalmente no puede suceder. Los padres de Eluana se niegan a seguir este protocolo, alegando que no han sido ellos los que han optado por mantener a su hija en ese estado, sino la medicina, y por tanto reivindican una solución clínica.

Ante este contexto, Beppino, padre de Eulana, comienza a dar los primeros pasos para conseguir la suspensión del tratamiento de hidratación y nutrición artificial que mantienen a su hija en estado vegetativo permanente. Tras multitud de reveses judiciales, en 2007, una vez Beppino ha conseguido ser declarado tutor de su hija, interpone un recurso ante el Tribunal Supremo italiano solicitado dos cuestiones. En primer lugar, que el tribunal declare el principio prohibición del ensañamiento terapéutico o distanasia a través de la alimentación e hidratación vía sonda nasogástrica y en segundo lugar, que se pronuncie sobre la posibilidad de suspender dicho tratamiento cuando el tutor lo solicite conforme a la voluntad del paciente sometido al mismo, dada la ausencia de autonomía del propio paciente.

Los jueces del Tribunal Supremo señalaron que, aunque se realice en interés del paciente, una intervención médica sin consentimiento informado es contraria a los artículos 13 (inviolabilidad de la libertad personal) y 32 (los tratamientos sanitarios nunca pueden violar el respecto a la persona) de la Constitución italiana, y por tanto, ilícita. Esto implica que en la relación médico-paciente, prima siempre la autonomía individual y el derecho de autodeterminación del paciente. Además, el consentimiento informado implica la facultad del paciente de rechazar terapias incluso en fase terminal pues la salud “*no puede ser objeto de imposición (sí de persuasión)*” debido a que la persona en la Constitución es un “*valor ético en sí*” (FJ 6.1). El rechazo del tratamiento según el tribunal, no puede confundirse en ningún caso con la eutanasia, pues esta implica una actividad positiva que acorta la vida del paciente. Un Estado democrático que acoge el pluralismo de valores e ideologías debe respetar la elección de quien no quiere seguir viviendo en condiciones en las que no percibe el mundo exterior (FJ 7.5)

El consentimiento informado del paciente debe ser siempre auténtico y actual para vincular al médico (FJ 6.1), pero esta cuestión es distinta cuando el paciente no es autónomo y por tanto, no está en condiciones de manifestar su voluntad (FJ 7). En caso de representación legal, la decisión de poner fin a la vida del paciente solo se admite en casos extremos, como cuando el paciente se encuentra en un estado vegetativo permanente y siempre que ese estado sea contrario a la forma que el paciente tenía de entender la dignidad de la persona (FJ 7.5).

Es en este punto cuando el tribunal tiene que establecer los límites a la actuación del representante legal del paciente, teniendo en cuenta que el representante va a actuar en este caso en el ámbito de los derechos personalísimos del mismo. El Tribunal señala que el hecho de que el representante legal incida de forma directa en los derechos personalísimos del paciente tiene una serie de implicaciones a considerar. En primer lugar, el representante tiene que actuar en el interés exclusivo del paciente incapacitado y en segundo lugar, *“el representante debe decidir no en lugar del incapacitado ni para el incapacitado, sino con el incapacitado”*, es decir, tiene el deber de reconstruir la voluntad presunta del paciente teniendo en cuenta los deseos expresados por el mismo o deducir su voluntad de sus convicciones, estilo de vida, valores y personalidad (FJ 7.3).

Si bien la hidratación y la alimentación por sonda son tratamientos sanitarios, no se le puede pedir a un juez que ordene su retirada, porque su mantenimiento no supone ensañamiento terapéutico. La intervención del tribunal solo puede servir para verificar si la decisión tomada por el representante en interés del paciente es o no legítima. Es entonces cuando el tribunal señala dos requisitos que deben cumplirse para autorizar la interrupción del tratamiento. El primero de ellos es que el estado vegetativo permanente sea irreversible y sin fundamento médico de recuperación de consciencia, y el segundo es que se cumpla que la petición sea *“la expresión de la voz del representado”* (FJ 8), es decir, que exista una interpretación auténtica de la voluntad presunta del paciente, en este caso de Eulana, y que la reconstrucción de su voluntad permita con claridad comprender que la paciente no hubiera querido continuar con su vida en el estado en que se encuentra.

Tras la declaración de diversos testigos, el Tribunal Supremo pudo concluir que la voluntad de Eulana no era vivir en las condiciones en que lo hacía. El Tribunal Supremo no consideró indispensable la reconstrucción directa de una especie de testamento biológico efectivo de Eulana,

que contuviera sus precisas declaraciones anticipadas de tratamiento o *advanced directives*, sino que estimó que era suficiente “*averiguar si la petición de interrupción del tratamiento formulada por el padre en calidad de tutor refleja las orientaciones vitales de la hija*”³⁴.

La decisión tomada por el Tribunal Supremo en la sentencia 21748/2007 generó un gran revuelo en el plano social y político. Tanto el senado como el parlamento italiano interpusieron cuestiones por conflictos de poderes, alegando que la *Corte di Cassazione* había “*traspasado los límites de la función que el ordenamiento le encomienda, ejerciendo de hecho un poder legislativo en una materia no disciplinada por ley y fundamentando su decisión en presupuestos no deducibles del ordenamiento vigente, ni tan siquiera mediante la aplicación de criterios hermenéuticos*”³⁵. El Tribunal Constitucional Italiano señaló que el conflicto de poderes es un instrumento a utilizar cuando existen indicios de que los jueces se sirven de la legislación como un mero esquema formal para encubrir decisiones de producción normativa, pero no es un medio que pueda utilizarse para impugnar una decisión judicial cuando lo que se pretende es criticar el modo en que el tribunal ha seleccionado y utilizado el material normativo vigente para interpretar la legislación en aras de dar solución a un caso concreto. Así mismo, la *Corte Costituzionale* señala que el parlamento tiene la potestad de adoptar una normativa específica sobre esta materia no reglada en cualquier momento. Es por ello que, la Corte Constitucional italiana desestima los recursos por conflicto de poderes.

III.IV Perspectiva reciente del Tribunal Europeo de Derechos Humanos

Tras haber realizado un recorrido por jurisprudencia internacional, es importante acudir ahora a jurisprudencia en el ámbito europeo que nos permita reflexionar sobre cómo se construye la despenalización del suicidio asistido dentro de Europa y cuáles son sus límites. Por ello, examinaremos dos sentencias que permitirán comprender si un Estado democrático, en concreto Suiza, puede incorporar a su sistema normativo una despenalización a la muerte asistida acotando el ámbito en el que los ciudadanos pueden acceder a este auxilio de forma que no se produzca un

³⁴ Tribunal de Apelación de Milán, decreto de 9 de julio de 2008, núm. 88, pp. 51-51.

³⁵ Cámara de los diputados, *Deliberazione per l'elevazione di un conflitto di attribuzioni innanzi alla Corte Costituzionale nei confronti della Corte di Cassazione e della Corte di Appello di Milano*

efecto de pendiente resbaladiza. Ya se estudió cómo en el caso de Sue Rodríguez, parte del Tribunal afirmó que era posible que los Estados elaborasen un sistema normativo para evitar este efecto, estableciendo límites y comprobaciones para garantizar el acceso al auxilio al suicidio asistido únicamente a determinados ciudadanos.

Se abordará en primer lugar el estudio del caso Haas contra Suiza EDJ 2011/911 con fecha de 20 de enero de 2011, dictada por la Sección Primera del Tribunal Europeo de Derechos Humanos. El señor Ernst G. Haas es un enfermo afectado por un trastorno bipolar severo. Había cometido durante los 20 años de enfermedad dos intentos de suicidio y se había sometido a diversos tratamientos psiquiátricos. El 1 de julio de 2014 se hace miembro de la asociación Dignitas, una asociación dedicada a proporcionar la asistencia al suicidio en Suiza. El señor Haas considera que su trastorno supone una imposibilidad de vivir dignamente y es por ello que busca adquirir 15 gramos de pentobarbital sódico, sustancia que le permitirá poner fin a su vida de forma indolora.

Antes de continuar con la exposición de los hechos de este caso, es necesario apuntar que, en Suiza el art. 115 del Código Penal titulado “*incitación y asistencia al suicidio*” señala que solo se pena la incitación o el auxilio al suicidio cuando siga un móvil egoísta, con una pena de privación de libertad de hasta 5 años. Así mismo, la Ley Federal de Estupeficientes de 3 de octubre de 1951 regula el control y uso de sustancias psicotrópicas junto con las disposiciones establecidas por la Ley Federal de Medicamentos y Dispositivos Médicos del 15 de diciembre del 2000. La Convención del 1 de enero de 1971 sobre sustancias psicotrópicas, así como el artículo primero de la Ley Federal de Estupeficientes califican el pentobarbital sódico como sustancia psicotrópica. De otro lado, el artículo 10 de la Ley Federal de estupeficientes señala qué médicos están autorizados a prescribir dicha sustancia, infiriéndose de la lectura del conjunto del articulado que dicha sustancia está sometida a prescripción médica en Suiza, y además, antes de poder recetar la misma, es necesario que el paciente pase por un protocolo psicológico estricto, sometiéndose a un examen por parte de un psicólogo independiente que valora la capacidad del paciente, su autonomía y la reiteración de su voluntad (Antecedentes 19-24).

Haas consultó a varios médicos psiquiatras, sin que ninguno accediese a su requerimiento de prescribir la sustancia, por no cumplir con las condiciones que la pericia psiquiátrica exigía.

Haas comenzó entonces a exigir a las autoridades suizas que proporcionasen dicha sustancia sin necesidad de prescripción médica. La Oficina Federal de Salud Pública alegó que la necesidad de obtener prescripción médica se mantenía, así como la Dirección de Salud del Cantón de Zurich y el Tribunal Administrativo de dicho Cantón. Alegaban además que el artículo 8 de la Convención Europea de Derechos Humanos no imponía a los Estados miembro una obligación positiva de crear las condiciones para permitir la comisión de un suicidio sin riesgo de fracaso y sin dolor. Ante este rechazo, el señor Haas envió una carta a 170 psiquiatras en la que solicitaba que se le atendiese a fin de poder conseguir la receta. Ningún médico respondió a su petición afirmativamente. Fue entonces cuando decidió acudir al Tribunal Europeo de Derechos Humanos fundamentando su demanda en una vulneración del artículo 8 del Convenio.

El Tribunal entiende que la apreciación de “vida privada” consagrada en el artículo 8 del Convenio engloba una noción extensa, no susceptible de una definición exhaustiva. Aún así, en el fundamento jurídico número 51 señala que la decisión de un individuo de decidir de que manera y en que momento poner fin a su vida, así como su capacidad de actuar en consecuencia de esta decisión, es un aspecto que encaja en la concepción de vida privada del artículo 8 de la Convención³⁶. A continuación, el Tribunal señala las diferencias que existen entre el caso en cuestión y el caso Pretty, pues no se trata ahora la impunidad de una persona ante un acto de auxilio al suicidio de otra, sino de discernir si en virtud del artículo 8, si el Estado puede establecer limitaciones de cara a que un ciudadano pueda acceder a la medicación necesaria para poner fin a su vida, a sabiendas de que la medicación es la única forma, según el señor Haas, de suicidarse de forma digna.

El Tribunal pone en relación los artículos 8 y 2 del Convenio, para señalar que si bien existe un margen de autonomía individual, el artículo segundo impone a las autoridades un deber de protección de colectivos vulnerables, incluso contra actos con los cuales amenazan su propia vida.

³⁶Haas v. Suiza EDJ 2011/911 de 20 de enero de 2011, FJ 51: *A la lumière de cette jurisprudence, la Cour estime que le droit d'un individu de décider de quelle manière et à quel moment sa vie doit prendre fin, à condition qu'il soit en mesure de forger librement sa propre volonté à ce propos et d'agir en conséquence, est l'un des aspects du droit au respect de sa vie privée au sens de l'article 8 de la Convention.*

Esta última disposición obliga a las autoridades nacionales a evitar que una persona muera si su decisión no se toma libremente y con pleno conocimiento (FJ 54).

A continuación, la Corte señala que existe un amplio margen de discreción nacional acerca de la despenalización del auxilio al suicidio. Mientras ciertos Estados la despenalizan con ciertas condiciones, otros optan por una protección de la vida en un sentido más estricto y siguen penalizando esta conducta en cualquier situación. Así las cosas, el Tribunal *“aceptó el deseo del solicitante de suicidarse de manera segura, digna e indolora y sin sufrimiento innecesario, especialmente en vista de la gran cantidad de intentos fallidos de suicidio que a menudo tuvieron graves consecuencias para las víctimas y sus familiares. Sin embargo, el Tribunal opina que el régimen establecido por las autoridades, a saber, el requisito de una prescripción médica para evitar abusos, tiene el objetivo legítimo de proteger en particular a cualquier persona de la toma de decisiones apresuradas, así como para prevenir el abuso, en particular para evitar que una paciente incapaz de discernir obtenga una dosis letal de pentobarbital de sodio”* (FJ 56). Esto es aún más cierto en el caso de un país como Suiza, cuya ley permite el suicidio asistido. Cuando un país opta por un enfoque más liberal, son necesarias medidas apropiadas para prevenir los abusos.

El Tribunal comparte la opinión de la Corte Federal suiza, según la cual el derecho a la vida garantizado por el artículo 2 de la Convención obliga a los Estados a establecer un procedimiento capaz de garantizar que una decisión de un individuo de poner fin a su vida corresponde efectivamente a una decisión libre y meditada. *“El Tribunal consideró que el requisito de una orden médica, emitida sobre la base de un examen psiquiátrico completo, era un medio para cumplir este requisito”* (FJ 58). *“En vista de lo anterior, y teniendo en cuenta el margen de apreciación disponible para las autoridades nacionales en esta área, la Corte considera que, aun suponiendo que los Estados tienen la obligación positiva de adoptar medidas para facilitar el suicidio con dignidad, las autoridades suizas no incumplieron esta obligación en el presente caso”* (FJ 61).

El caso Haas demuestra por tanto tres aspectos que son de gran importancia para valorar el encaje de la despenalización del suicidio asistido en nuestros sistemas legales. En primer lugar, que existe un encaje de la decisión de un individuo sobre cómo y cuando terminar su vida en el

artículo 8 del Convenio; en segundo lugar, que existe un margen de apreciación nacional que permite a los Estados elaborar sus propios sistemas legales para habilitar a los individuos a tomar esta decisión y por último, que esta decisión nunca debe ser completamente libre para los ciudadanos, sino que el Estado debe intervenir estableciendo límites en consonancia con el artículo 2 del Convenio. Esta intervención estatal es precisamente la que permite que el auxilio al suicidio tenga un encaje en nuestros ordenamientos al proteger a colectivos vulnerables y asegurar que la decisión por parte del individuo es libre.

Para completar este análisis, se procede a examinar ahora el caso Gross contra Suiza, EDJ 2013/54284 con fecha de 14 de mayo de 2013. A este fallo aplica la misma legislación que hemos examinado en el caso anterior, por lo que es de especial conveniencia abordar su trato en este momento. La señora Gross llevaba años expresando el deseo de terminar con su vida, no por una enfermedad, sino por que el paso del tiempo hace que sea menos ágil física y mentalmente y no esta dispuesta a pasar por este deterioro de sus facultades. En 2005, tras un intento fallido de suicidio, la señora Gross recibió un tratamiento psiquiátrico que no consiguió cambiar su perspectiva sobre el deseo de morir. Debido a las posibles consecuencias que podía tener un nuevo intento de suicidio fallido, la señora Gross quería acabar con su vida ingiriendo una dosis de pentorbital sódico. Buscando apoyos, contactó con la asociación pro-auxilio asistido EXIT. La asociación contestó a la petición de la señora Gross indicando que sería difícil encontrar un médico dispuesto a proporcionar la receta necesaria para adquirir dicha sustancia.

El 20 de octubre de 2008, el psiquiatra T emitió un informe sobre la capacidad de la señora Gross para formar su propia voluntad. El profesional observó que el deseo de terminar su vida no emanaba de una enfermedad o una patología previa. Sin embargo, concluyó que la señora Gross era perfectamente consciente y capaz de formar su propia voluntad. Desde una perspectiva médica, el señor T no veía inconveniente en que la señora Gross pudiera obtener la sustancia, pero se negaba a expedir la receta para no confundir los roles de un médico experto con los de un psiquiatra que valoraba la situación. El representante de la señora Gross contactó con diversos médicos que no quisieron proporcionar la receta a la paciente.

El Comité de Salud del Cantón de Zurich, al que también acudieron la señora Gross y su representante, invocó el artículo 8 del Convenio para indicar que el Estado no tenía obligación de proporcionar los medios para que un ciudadano se suicidara. El Tribunal Administrativo del Cantón de Zurich en mayo de 2009 rechazó igualmente la petición de la señora Gross e indicó, que la paciente no sufría ninguna enfermedad terminal, supuesto que eximiría de responsabilidad al médico que la ayudase a morir. El Tribunal Supremo Federal rechazó en abril de 2010 la petición de la demandante considerando que, por una parte, no existía obligación del Estado a proporcionar la dosis de pentorbital sódico, y por otra, que las limitaciones impuestas por la legislación estatal en la materia, en aras de conseguir una congruencia entre los artículos segundo y octavo del Convenio, debían ser tomadas de forma muy restrictiva, necesitando la señora Gross un examen preceptivo y una prescripción médica. Agotadas las vías de reclamación internas, el 10 de noviembre de 2010, la señora Gross interpuso una demanda contra la Confederación Suiza ante el Tribunal Europeo de Derechos Humanos.

La demanda de la señora Gross gira entorno al artículo 8 del Convenio, considerando la demandante que la negativa del Estado suizo a autorizar la prescripción de pentorbital sódico convertía en ilusorio su derecho a decidir sobre cómo y cuando acabar con su vida. A juicio de la señora Gross, este medicamento es el único que garantizaría un medio digno, eficaz e indoloro de terminar con su vida y el Estado, debía asumir la responsabilidad de suministrarla porque es el encargado y por tanto tiene la obligación de garantizar que los ciudadanos puedan ejercer los derechos del Convenio. La señora Gross entendía que el propio Estado vulneraba su derecho a decidir sobre un derecho incardinado en el artículo 8 del Convenio. Por su parte, el Estado Suizo acude al segundo apartado del artículo 8 del Convenio, que señala que la interferencia de una autoridad pública sólo es posible cuando esté prevista por ley y se trate de una medida necesaria para salvaguardar la seguridad nacional, la seguridad pública, el bienestar económico del país, la defensa del orden, la prevención de infracciones penales, la protección de la salud y de la moral y la protección de la salud y los derechos de los demás. La negativa a proporcionar el medicamento a la señora Gross tiene su fundamento en esta excepción recogida en el propio texto del artículo. El Estado ha elaborado legislación interna para establecer límites que ayuden a proteger el bienestar, la salud y la autonomía ciudadana. Estas limitaciones tienen además una justificación en el artículo 2 del Convenio, pues en aras de este artículo, el Estado tiene la obligación de impedir

el suicidio de personas que carecen de autonomía suficiente para tomar esta decisión. El libre acceso generaría un riesgo de abuso que el Estado suizo debe impedir a través de limitaciones legales. Es por ello, que la negativa de proporcionar el medicamento por parte del Estado no puede esgrimirse como una vulneración de su derecho a tomar una decisión libre sobre cómo y de qué forma poner fin a su vida.

El fallo de la sección segunda del tribunal en el caso de la señora Gross, da un giro sorprendente tras tratar las alegaciones hechas por las partes. Para el tribunal queda sentado que la noción de vida privada consagrada en el artículo 8 del Convenio incorpora el derecho de una persona a decidir cómo y cuando quiere acabar su vida (FJ 60). En *Pretty c. Reino Unido* ya se indicó que impedir que una persona llevase a cabo lo que estimaba un final de vida digno, podía suponer una interferencia a este derecho, lo que vino a confirmarse en *Haas c. Suiza*. El propio artículo 8 protege a personas frente a interferencias arbitrarias de la autoridad pública, al sentar que las limitaciones a su ejercicio deben estar amparadas por ley y ser medidas estrictamente necesarias para la salvaguarda de intereses públicos. Así mismo, estas limitaciones legales protegen a las personas en su toma de decisiones y relaciones interpersonales, evitando abusos que pueden surgir por interferencias en la autonomía de la voluntad de la persona que toma la decisión de poner fin a su vida.

Tras establecer estos cimientos, que ya conocíamos del caso *Haas c. Suiza*, en el fundamento jurídico 63, el tribunal sienta que, si bien en el caso *Haas* se examinaba la petición del solicitante de acceder al pentorbital sódico sin prescripción médica, en el caso actual se aborda un problema diferente. El tribunal se plantea si el Estado no ha proporcionado pautas suficientes para definir bajo qué circunstancias los médicos deben prescribir la dosis de pentorbital sódico en casos como el de la señora Gross. El Tribunal Europeo de Derechos Humanos observa que el Tribunal Supremo Federal suizo fundamentó su sentencia de 2010 en base a unas pautas de ética médica sobre el cuidado de los pacientes al final de su vida, pautas elaboradas por una organización no gubernamental, en concreto, la Academia Suiza de Ciencias Médicas, y que no tienen consideración de norma con rango de ley. La sección primera de estas pautas define su ámbito de aplicación, señalando que un médico debe guiarse por las mismas cuando el paciente que solicita la dosis de pentorbital sódico es un paciente que sufre de una enfermedad terminal. Dado que la

señora Gross no padece ningún tipo de enfermedad, su caso no cae dentro del ámbito de aplicación de estas pautas éticas. Así mismo, el tribunal observa que el gobierno suizo no ha emitido ningún tipo de pauta sobre cuando un médico debe proporcionar la dosis de pentorbital sódico cuando un paciente no sufre una enfermedad terminal, como es el caso de la señora Gross. Esta ausencia de una guía legal clara es la que genera que los médicos no prescriban la sustancia a personas como la señora Gross, lo cual se sustenta en declaraciones de testigos médicos que, en el caso, señalaron que no prescribieron la sustancia a la demandante porque las pautas éticas aplicables no se lo permitían (FJ 65).

De esta forma, el tribunal concluye que la ausencia de regulación en la ley suiza genera situaciones de incertidumbre en pacientes y médicos, pues la ley interna no prevé las pautas necesarias para acotar el ejercicio del derecho consagrado en el artículo 8 del Convenio. El artículo 1 del Convenio señala que los Estados firmantes deben asegurar que sus ciudadanos pueden ejercer los derechos y libertades consagrados en el mismo en su jurisdicción. *“Es fundamental para la protección de esta maquinaria, que los sistemas nacionales establezcan medidas de reparación por incumplimiento de la normativa del Convenio, con la Corte ejerciendo un papel de supervisión sujeta al principio de subsidiariedad”*. El tribunal considera que son las autoridades nacionales las que deben establecer pautas legales sobre las circunstancias en las cuales un individuo, que no sufre una enfermedad terminal, puede acceder a la dosis de medicación letal necesaria para poner fin a su vida. La ausencia de una guía clara en la legislación interna Suiza vulnera el ejercicio del artículo 8 del Convenio por la demandante.

En este fallo, el tribunal sienta con claridad máxima que si un Estado abre la puerta a la posibilidad de que los ciudadanos puedan acceder al suicidio asistido, deben legislar sobre las pautas y condiciones en las cuales una persona puede acceder a las mismas, pues la ausencia de legislación interna en la materia genera que el derecho consagrado en el artículo 8 pueda resultar meramente ilusorio y por tanto ineficaz. Cabe destacar que, en un voto particular, los jueces Raimondi, Jociene y Karakas argumentaron que la legislación interna suiza sí es contundente al establecer limitaciones a los pacientes que quieren acceder a una dosis de pentorbital sódico para poner fin a su vida. Alegan que las pautas éticas elaboradas por la Academia Suiza de Ciencias Médicas, la jurisprudencia interna y la legislación suiza en materia de prescripción de sustancias

psicotrópicas en conjunto establecen una guía clara para los médicos suizos. En la medida en que esas pautas internas existen, no se puede alegar que su derecho ha sido vulnerado si la limitación a la señora Gross ha sido impuesta en virtud de normativa amparada por el artículo 8 del Convenio, que prevé una intervención de la autoridad pública para evitar el abuso. Destacan la jurisprudencia sentada en el caso Haas contra Suiza, que preveía que cuando un Estado adoptaba legislación que permitiese el auxilio al suicidio, este debía adoptar medidas en consonancia con el artículo 2 del Convenio para prevenir decisiones en ausencia de autonomía suficiente. Estos jueces consideran que, dentro de un margen de apreciación nacional, el Estado suizo sí ha cumplido con la obligación de establecer límites definidos y por tanto, no puede considerarse que la aplicación de esos límites convierta un derecho en ilusorio, pues la señora Gross nunca tuvo ese derecho por no cumplir las condiciones previstas en la legislación interna.

Finalmente, cabe destacar que, tras el pronunciamiento de la Sección Segunda del Tribunal Europeo de Derechos Humanos en mayo de 2013, la cuestión llegó a la Gran Sala a petición del gobierno suizo en agosto del mismo año. El 7 de enero de 2014, el gobierno suizo informó al tribunal que había llegado a su conocimiento que la señora Gross había fallecido el 10 de noviembre de 2011, cuando consiguió que un médico le prescribiera la dosis de pentorbital sódico. Este hecho no se había conocido por el tribunal al dictar la sentencia en mayo de 2013, por lo que el gobierno suizo solicitó que se declarase la nulidad de la sentencia por abuso de derecho por parte de la demandante. La Gran Sala estimó que el pronunciamiento de la Sección Segunda se había realizado asumiendo que la señora Gross vivía, y que, de haber conocido su fallecimiento, esto habría afectado a la decisión del tribunal. El representante de la señora Gross, su abogado, quien interpuso la demanda frente a la Sección Segunda no había cumplido su deber, como representante legal, de informar sobre hechos relevantes y no realizar declaraciones que llevasen a confusión del Tribunal. Por nueve votos contra ocho, se dictó la inadmisibilidad de la demanda por abuso de derecho en los términos del artículo 35.3 del Convenio.

CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES

La muerte ha dejado de ser un hecho natural en muchos casos para acabar convirtiéndose en un proceso, en el marco del cual muchos pacientes demandan tomar sus propias decisiones. El ser humano no puede eludir la muerte, pero con los avances médicos y tecnológicos, resulta posible en ciertas circunstancias controlar su proceso y prolongar la vida del paciente más allá de sus deseos. Una descripción de esta nueva tesitura la encontramos en un fragmento de la opinión del juez disidente Brennan en la sentencia U.S. Supreme Court, *Cruzan vs. Director* de 1990: “*La tecnología médica ha creado una zona de crepúsculo de animación suspendida en la cual la muerte comienza mientras que la vida, en cierta forma, continua. Algunos pacientes no quieren que parte de sus vidas sean sostenidas únicamente por tecnología médica. Prefieren un plan de acción médica que permita que la naturaleza siga su curso y les permita morir con dignidad*”³⁷.

La Constitución, incluye valores y orientaciones de actuación para poderes públicos y ciudadanos en relación con determinados objetivos previamente consensuados, pero esto no integra un orden absoluto de valores, sino sólo en lo relativo a la vida en común. Por ello existen silencios constitucionales, que son consecuencia de la naturaleza jurídica y no ético-moral de la norma constitucional. Esto implica que, “*si bien la constitución compone un marco de reglas y opciones, en ningún caso alcanza a querer ser, ni proponer, ni mucho menos imponer, un ideal de vida personal.*”³⁸ Sin embargo, nos podemos plantear, ante los pronunciamientos de nuestro Tribunal Constitucional basados en la supremacía del valor de la vida, si existe en nuestro ordenamiento jurídico una indisponibilidad absoluta de la propia vida. Esto resulta paradójico, pues la negación de los intentos de un ciudadano de disponer, en ciertas circunstancias, de su propia vida, descansa en el derecho a la vida de ese mismo ciudadano. En palabras de Ricardo Chueca Rodríguez, en su artículo sobre el marco constitucional del derecho a la vida, “*se niega cualquier tipo de disposición de la propia existencia desde el derecho del mismo ciudadano a su*

³⁷ U.S. Supreme Court, *Cruzan vs. Director, Missouri Dept. of Health*, 497 U.S. 261 (1990).

³⁸ Chueca, R., “*El marco constitucional del derecho a la propia vida*”, *Revista Española de Derecho Constitucional*, ISSN: 0211-5743, núm. 85, enero-abril (2009), pp. 99-123.

existencia”. Así, un derecho fundamental, está incardinando en su seno una prohibición, y un mandamiento a los poderes públicos para obligar a ciudadanos a ejercer un derecho cuando quizás, es el propio sujeto quien rechaza al objeto del derecho.

Así las cosas, la normativa legal o el ordenamiento infra constitucional, ha puesto en marcha espacios de decisión autónoma que empezaban a ser necesarios dados los avances de las terapias médicas modernas. 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 abren las puertas al consentimiento informado del paciente ante cualquier intervención, la renuncia al tratamiento o incluso, en su artículo 14, las instrucciones previas: *“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”*.

Nuestros ordenamientos se abren cada vez más a la generación de espacios de autodeterminación, pues no debemos olvidar que la Ley 41/2002 procede de la transposición al ordenamiento español de estipulaciones del Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina³⁹, ratificado por España el 4 de abril de 1999. Esto supone que existen casos en los que los pacientes pueden rechazar los tratamientos que prolongan sus vidas, optando por que la naturaleza siga su curso⁴⁰. Sin embargo, no debemos olvidar que junto a este tipo de casos, encontramos casos como el de

³⁹ Convenio relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina, Oviedo, 4 de abril de 1997. Entrada en vigor del 1 de enero de 2000.

⁴⁰ Sentencia de la Cámara de los Lores de 4 de febrero de 1993, Airedale N.H.S Trust vs. Bland: *“I wish to add that, in cases of this kind, there is no question of the patient having committed suicide, nor therefore of the doctor having aided or abetted him in doing so. It is simply that the patient has, as he is entitled to do, declined to consent to treatment which might or would have the effect of prolonging his life, and the doctor has, in accordance with his duty, complied with his patient’s wishes”*.

Dianne Pretty, que no tiene un tratamiento médico que mantenga su vida y no puede por sus propios medios acabar con la misma, lo que le produce un estado de dolor, ansiedad y sufrimiento constante hasta el final de sus días. Así, Dianne solicitaba la ayuda de su marido para alcanzar la muerte, lo que se situaría tal acto dentro de un supuesto de suicidio asistido penado por la sección segunda del *Suicide Act* de 1991. La diferencia entre un caso y otro es simplemente, que en el primero, existe un tratamiento médico que prolonga la vida al cual el paciente tiene derecho a rechazar, mientras que en el segundo, atendiendo a la legislación y jurisprudencia vigente en España, deberíamos dejar que la naturaleza siguiera su curso, produciendo una situación de sufrimiento y agonía sobre la paciente. Así, puede observarse que en realidad la defensa del valor superior de la vida en nuestro ordenamiento cede en casos en los que el paciente toma una decisión de desconexión, pero no lo hace cuando existe una dificultad médica o instrumental debido a que se necesita de la intervención de un tercero para poner fin a la vida.

La defensa de la vida como valor superior o *sancity of life* parece aplicarse en casos complejos, en los que debe intervenir un auxilio externo, cuando el legislador no ha regulado los límites, casos y procedimiento para validar la intervención de ese tercero, dejando entonces el caso en manos de la legislación penal, que sancionará dicha actuación como un hecho delictivo. Sin embargo, ante un caso de cesación de un tratamiento médico por voluntad del paciente, no existe problema en que el valor superior de la vida ceda frente al derecho a la integridad física consagrado en el art. 15. Esta doble concepción del valor superior de la vida resulta chocante cuando el legislador cuenta con medios para regular las limitaciones a la intervención de un tercero para poner fin a la vida de un paciente de modo que resulten siempre compatibles con la autonomía y la voluntad del mismo. Tal decisión, en un ámbito de la esfera puramente privada del paciente, solo supondría una obligación de actuar para el Estado, por ejemplo, suministrando una dosis de la medicación necesaria, si el paciente y el tercero superasen los límites o cortafuegos previstos por el propio legislativo, pero nunca en otro caso. Además, el legislativo tiene en sus manos el poder de decisión sobre quién debe administrar el tratamiento, pudiendo designar que lo hagan facultativos médicos formados para ello, y en qué momento.

Como se expone en los casos analizados, especialmente en los casos de Pretty y Purdy, no podemos extraer del artículo segundo del Convenio para la protección de los derechos humanos y de las libertades fundamentales un contenido negativo al derecho a la vida consagrado en el

artículo segundo. Esto implica que no existe un derecho a morir. Sin embargo, el artículo 8 del citado Convenio abre la puerta a espacios de decisión individuales que deben ser puestos en relación con el derecho a la vida, en cuanto que consagra el respeto a la vida privada y familiar sin injerencias de la autoridad. Las injerencias al ejercicio de este derecho deben preverse por ley y ser necesarias para “*la seguridad nacional, la seguridad pública, el bienestar económico del país, la defensa del orden y la prevención del delito, la protección de la salud o de la moral, o la protección de los derechos y las libertades de los demás*” (art. 8.2 del Convenio). Para el tribunal queda sentado que la noción de vida privada consagrada en el artículo 8 del Convenio incorpora el derecho de una persona a decidir cómo y cuando quiere acabar su vida, lo que resulta claramente del estudio de los casos Gross y Haas.

Dicho esto, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos deja un margen de apreciación a los Estados al legislar en materia de muerte asistida, llegando incluso a enviar un mandato al legislativo para que la legislación prevista sea clara y taxativa, como pudimos ver en el caso Gross, en el que el alto Tribunal señala que las limitaciones del art. 8.2 del Convenio a la intervención de la autoridad pública necesitan de una regulación legal. La Corte Constitucional de Colombia llega incluso a enviar un mandato a su legislativo en los siguientes términos: “*En aras de la seguridad jurídica, la Corte exhortará al Congreso para que en el tiempo más breve posible, y conforme a los principios constitucionales y a elementales consideraciones de humanidad, regule el tema de la muerte digna*”. Así mismo, pudimos observar como en el caso de Sue Rodriguez, varios magistrados argumentaban en contra del argumento de la pendiente resbaladiza, indicando que, la prohibición general del auxilio al suicidio no resultaba proporcional al objetivo buscado, pues entendían que podía evitarse la ausencia de autonomía para los colectivos más vulnerables si el legislativo establecía ciertas limitaciones legales al ejercicio de la muerte asistida, como la comprobación de la verdadera voluntad del paciente de forma reiterada por un comité médico.

Respecto a las limitaciones legales que deben imponerse por el legislativo a la muerte asistida, la Corte Constitucional de Colombia ya sentó ciertas indicaciones en el caso estudiando, mencionando en concreto la “*1. Verificación rigurosa, por personas competentes, de la situación real del paciente, de la enfermedad que padece, de la madurez de su juicio y de la voluntad inequívoca de morir; 2. Indicación clara de las personas (sujetos calificados) que deben intervenir en el proceso; 3. Circunstancias bajo las cuales debe manifestar su consentimiento la persona que*

consiente en su muerte o solicita que se ponga término a su sufrimiento: forma como debe expresarlo, sujetos ante quienes debe expresarlo, verificación de su sano juicio por un profesional competente, etc; 4. *Medidas que deben ser usadas por el sujeto calificado para obtener el resultado filantrópico, y* 5. *Incorporación al proceso educativo de temas como el valor de la vida y su relación con la responsabilidad social, la libertad y la autonomía de la persona, de tal manera que la regulación penal aparezca como la última instancia en un proceso que puede converger en otras soluciones*". Además de estas limitaciones, encontramos en textos como el *Death with Dignity Act* del estado de Oregón, otras barreras que impedirían el fenómeno de la pendiente resbaladiza y que deben ser valoradas, como por ejemplo, que el paciente deba realizar un mínimo de dos solicitudes de recibir la medicación necesaria para poner fin a su vida con un mínimo de 15 días de separación entre ambas. Se exige también que firme una solicitud escrita al facultativo médico que lo atienda, en presencia de al menos dos testigos, estableciendo que estos no pueden tener relación de parentesco, afinidad o estar previstos en el testamento del paciente que solicite la medicación. Así mismo, dos médicos deben realizar un estudio de la autonomía y la voluntad del paciente, y si al menos uno de ellos concluye que el paciente sufre un trastorno psicológico (como una depresión), la autorización debe ser denegada y el paciente debe acudir a consultas de terapia psicológica. Así mismo, se establecen límites a las personas que pueden acceder a la medicación necesaria para provocar su muerte, señalando el *Washington Death with Dignity Act* de 2008, que en ningún caso personas que quieran provocar su muerte por razón de su edad o discapacidad física pueden acceder a la medicación, requiriéndose que los pacientes sufran una enfermedad terminal o degenerativa que cause dolor severo y su avance resulte irreversible.

Así mismo, la ausencia de indicaciones concretas en la materia lleva incluso a encontrarnos con casos como el de Debby Purdy, en el cual observamos como el Tribunal abre la puerta a que la fiscalía general del Estado no persiga ciertos actos delictivos cometidos por ciudadanos británicos de acuerdo con un código interno de la fiscalía. Así mismo observamos como el Tribunal señala que las actuaciones de la fiscalía respecto a los delitos relacionados con la muerte asistida deben ser aclarados en aras de la seguridad jurídica de los ciudadanos, que no pueden conocer si serían o no perseguidos por delitos de auxilio al suicidio. Resulta cuanto menos extraño que, por falta de legislación interna, se acabe dejando en manos de la fiscalía en qué casos deben perseguirse este tipo de delitos, y en mi opinión, esto resulta atentatorio contra la seguridad jurídica de los

ciudadanos. El Tribunal Europeo abrió con los casos de Dianne Pretty y Debbie Purdy un margen de apreciación nacional, pero este margen, en caso de apostar por la no persecución del suicidio asistido en ciertos casos, debe tener un respaldo legal preciso y taxativo, en concordancia con las disposiciones el art. 8.2 del Convenio y en aras de garantizar la seguridad jurídica de aquellos que deciden auxiliar a un tercero a poner fin a su vida.

Por último, en materia de autonomía del paciente, observamos como en el caso de Eluana Englaro el Tribunal Supremo italiano considera la posibilidad de reconstruir la voluntad del paciente en ausencia de un documento de instrucciones previas. Esta flexibilidad puede resultar peligrosa, especialmente cuando nos situamos ante casos de personas de una avanzada edad, que no han dejado un documento de instrucciones previas y que, tras el paso del tiempo, los encargados de su cuidado (familiares principalmente) toman una decisión por el paciente. Es por ello, que sentar legislación en materia de muerte asistida ayudaría a que la población se familiarizase con este tipo de documentos reduciendo los casos en los que encontramos pacientes dependiendo de un tratamiento médico para mantener su vida durante un tiempo prolongado sin que los facultativos médicos conozcan la verdadera voluntad del paciente.

Desde una opinión personal, el artículo 15 de nuestro texto constitucional, tiene un encaje similar al artículo segundo del Convenio con su artículo octavo. Nuestro legislador puede encontrar un camino que permita en casos tasados a pacientes a acceder al suicidio asistido, en aras de la autonomía individual y la integridad física y moral, derechos fundamentales que también deben inspirar nuestro ordenamiento jurídico. Este encaje debe realizarse a través de limitaciones legales precisas, taxativas y atendiendo a la protección de colectivos minoritarios que puedan resultar desprotegidos en sus tomas de decisiones, respetando siempre la voluntad del paciente y comprobando que tiene juicio y capacidad suficientes para tomar la decisión de poner fin a su vida de forma anticipada. Así mismo, pueden limitarse los casos en los cuales el paciente puede acceder al suicidio asistido a supuestos de enfermedades terminales severas donde el paciente sufra dolor y malestar, para evitar caer en una pendiente resbaladiza. El legislativo debe prever también con claridad qué sujetos estarían autorizados para intervenir en el proceso y qué medicamentos se suministrarían en caso de haber superado las limitaciones previstas. Así mismo, puede optarse por un sistema como el de Washington o Oregón, en los que el facultativo médico proporciona únicamente la medicación y esta debe ser ingerida por el propio paciente, o puede optarse por

modelos como el de Suiza, Luxemburgo, Holanda o Bélgica en los que se habilita al personal sanitario a suministrar el medicamento.

Los cambios médicos han llegado para quedarse, y avanzan a una velocidad nunca vista. Con la inversión de las pirámides poblacionales europeas encontraremos cada vez más casos en los que los pacientes demandan autonomía a la hora de decidir sobre los momentos finales de su vida. Ante este fenómeno, los ordenamientos deben revisar los instrumentos legales que poseen para seguir siendo eficaces en la defensa de los derechos fundamentales de los ciudadanos. El rechazo al tratamiento médico fue visto como la apertura de un nuevo espacio de autonomía individual, y esto puede avanzar hacia un reconocimiento más amplio del derecho general de autodeterminación, especialmente en el ámbito de una decisión tan privada y personal como es la muerte. La legislación penal dirigida a penalizar determinados supuestos de asistencia al suicidio y su despenalización en ciertos casos son opciones de política criminal, compatibles con el artículo 15 de nuestra constitución si se articulan como es debido. El espacio constitucional para abordar una regulación en materia de muerte asistida y final de la vida existe y tiene cabida en nuestro ordenamiento jurídico.

BIBLIOGRAFÍA

Legislación

Ley 41/2002, de 14 de noviembre reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE núm. 274 de 15 de noviembre de 2002)

Constitución Española (BOE núm. 311 de 29 de diciembre de 1978)

Convenio para la protección de los derechos humanos y de las libertades fundamentales (BOE núm. 243, de 10 de octubre de 1979, páginas 23564 a 23570).

Ley orgánica 10/1995 de 23 de noviembre del Código Penal (BOE núm. 281 de 24 de noviembre de 1995)

Revised Code of Washington, Natural Death Act de 1979, título 70, capítulo 70.122

Rights of the Terminally Ill Act de 1995, *Northern Territory of Australia*

Oregon's Revised Statute, Death with Dignity Act, chapter 127.800 – 127.995

Revised Code of Washington, The Washington Death With Dignity Act de 2009, título 70, capítulo 70.245

Law Reform Commission of Canada, “*Euthanasia, Aiding Suicide and Cessation of Treatment*”, 1982, informe 28, p. 46

Jurisprudencia

Tribunal Constitucional

Sentencia del Tribunal Constitucional 53/1985 de 11 de abril (BOE núm. 119, de 18 de mayo de 1985)

Sentencia del Tribunal Constitucional 231/1988 de 2 de diciembre (BOE núm. 307, de 23 de diciembre de 1998)

Sentencia de Tribunal Constitucional 120/1990 de 27 de junio (BOE núm. 181, de 30 de julio de 1990)

Sentencia del Tribunal Constitucional 137/1990 de 19 de julio (BOE núm. 181, de 30 de julio de 1990)

Sentencia del Tribunal Constitucional 11/1991 de 17 de enero (BOE núm. 38, de 13 de febrero de 1991)

Sentencia del Tribunal Constitucional 154/2002 de 18 de julio (BOE núm. 188, de 07 de agosto de 2002)

Audiencia Provincial de A Coruña

Auto de la Sección Segunda de la Audiencia Provincial de A Coruña 242/1998 de 11 de noviembre de 1998

Corte Suprema de los Estados Unidos de América

Rodriguez v. British Columbia (Attorney General), 30/09/1993, Supreme Court Judgment, case number: 23476.

Cruzan vs. Director, Missouri Dept. of Health, 25/06/1990, Supreme Court Judgement, 497 U.S. 261

Corte Constitucional de Colombia

C-239/97 del 20 de mayo de 1997 de la Corte Constitucional de Colombia

Tribunal Europeo de Derechos Humanos

Pretty contra Reino Unido, EDJ 2346/02, de 29 de abril de 2002

Gross contra Suiza, EDJ 2013/54284, de 14 de mayo de 2013

Haas contra Suiza, EDJ 2011/911, de 20 de enero de 2011

Cámara de los Lores Británica

House of Lords, “*Opinions of The Lords of Appeal for judgment in this cause. R (on the application of Purdy) (Appellant) v. Director of Public Prosecutions (Respondent)*”, 30 de julio de 2009.

Airedale N.H.S Trust vs. Bland, de 4 de febrero de 1993.

Corte de Casación Italiana

Corte di Cassazione 21748/2007, de 4 de octubre de 2007.

Tribunal de Apelación de Milán

Tribunal de Apelación de Milán, decreto de 9 de julio de 2008, núm. 88.

Obras doctrinales

Álvarez Gálvez, I. (2015). Un comentario sobre el caso de Gross c. Suiza(Tribunal Europeo de Derechos Humanos, caso No 67810/10). *Revista Tribuna Internacional*, 4(8), 228-238.

Álvarez Vélez, M. (2008). *Lecciones de Derecho Constitucional*. Valencia: Tirant lo Blanch.

Betancourt, G. (mayo-agosto de 2011). Limitación del esfuerzo terapéutico versus eutanasia: una reflexión bioética. *Revista de Humanidades Médicas*, 11(2).

Campione, R. (2013). *Razonamiento judicial y razonamiento legislativo a partir del caso Englaro*. Universidad Pública de Navarra.

Cherny, N. et al. (2009). European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliat Med*, 581-593.

Chueca Rodríguez, R. (enero-abril de 2009). El marco constitucional del final de la propia vida. *Revista española de derecho constitucional*(85), 99-123.

- Climent Gallart, J. (febrero de 2018). La jurisprudencia del TEDH sobre el derecho a la disposición de la propia vida. *Actualidad Jurídica Iberoamericana*(8), 124-137.
- Corte europea de Derechos Humanos. (2019). *End of life and the European Convention on Human Rights*. Press Unit of the European Court of Human Rights.
- Guerra Vaquero, A. (2015). La protección de la salud y el derecho a la integridad física en tiempos de crisis. *Revista de Derecho UNED*, 16, 1265-1292.
- J Roy, D. et al. (1994). Regarding euthanasia. *European journal of palliative care*, 1-4.
- Martínez León, M. et al. (2014). Análisis ético y médico-legal de la eutanasia en la Unión Europea. *Anales de la Real Academia de Medicina y Cirujía de Valladolid*, 51.
- Martínez Zorrilla, D. (2010). *Metodología jurídica y argumentación*. Madrid: Marcial Pons.
- Materstvedt, J. et al. (2003). *Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force*. Palliative Medicine.
- Radbruch, L. et al. (2015). Euthanasia and physician-assisted suicide: A white paper from the European Association for Palliative Care. *Palliative Medicine*, 1-13.
- Ruiz Miguel, A. (mayo-agosto de 2010). Autonomía individual y derecho a la propia muerte. *Revista española de derecho constitucional*(89), 11-43.
- Sánchez Zorrilla, M. (2011). La metodología en la investigación jurídica: características generales y pautas peculiares para investigar en el derecho. *Revista telemática de filosofía del derecho*(14), 317-358.
- Sepulveda, C. et al. (agosto de 2002). Palliative Care: The World Health Organization's global perspective. *J Pain Symptom Management*, 24(2), 99-96.

Recursos de internet

Mouzo, J., “*La renta lleva a los ricos a morir en casa y a los pobres en el hospital*”, *El País*, 17 de julio de 2019. (disponible en https://elpais.com/ccaa/2019/07/17/catalunya/1563391312_851775.html; última consulta 25/01/2020).

J. Álvarez, R. “*Veinte años después de Ramón Sampedro, la eutanasia aún es ilegal*”, *El Mundo*, 12 de enero de 2018. (disponible en <https://www.elmundo.es/papel/historias/2018/01/12/5a57cd35ca474137048b464b.html>; última consulta 1/02/2020).

Useros, V., “*Regulación jurídica del derecho a morir: formas de Eutanasia*”, *El Mundo*, 19 de mayo de 2019. (disponible en <https://www.elmundo.es/comunidad-valenciana/2019/05/19/5cdff0c421efa0b8478b4582.html>; última consulta 1/02/2020).

Cámara de los diputados, *Deliberazione per l'elevazione di un conflitto di attribuzioni innanzi alla Corte Costituzionale nei confronti della Corte di Cassazione e della Corte di Appello di Milano* (disponible en <https://www.unipvlawtech.eu/files/cameraconflittoattribuzionedecisione.pdf>; última consulta 10/4/2020)