



FACULTAD DE DERECHO

**MUERTE DIGNA EN ESTADOS UNIDOS:
ANÁLISIS DE LA REGULACIÓN DEL
AUXILIO AL SUICIDIO A NIVEL ESTATAL**

¿Excepción o camino hacia la despenalización?

Autor: Ana Garayalde Urquía

5º E-3 A

Derecho Constitucional

Tutor: Federico Montalvo Jääskeläinen

Madrid
Junio 2017

Resumen: El objetivo de este trabajo ha sido el de realizar un análisis de la evolución del derecho a una muerte digna, estudiando su regulación actual en Estados Unidos, y haciendo una comparativa para reflejar las similitudes y diferencias entre los Estados que lo han regulado. El suicidio asistido es el acto llevado a cabo por una persona, que sufre una enfermedad irreversible, para acabar con su vida. Cuenta con la ayuda de un tercera persona que le proporciona los medios para hacerlo, y los conocimientos necesarios para llevarlo a cabo. En Estados Unidos, el Tribunal Supremo todavía no ha reconocido un derecho a morir y ha establecido que la competencia para regular el derecho al suicidio asistido corresponde al gobierno estatal, y no al federal. Una vez analizada la regulación actual en Estados Unidos, y viendo su extensión a otros países europeos, se ha llegado a la conclusión final de que es necesario el establecimiento de unas mayores garantías y controles que regulen su aplicación en la práctica para que ello no pueda derivar a una situación de pendiente resbaladiza. Ha de regularse esta materia de forma extensa para proteger a los pacientes y profesionales médicos, estableciendo, a ser posible, una regulación a nivel federal.

Palabras Clave: Suicidio asistido, derecho a la vida, integridad física, pendiente resbaladiza, dignidad.

Abstract: The aim of this research paper has been to analyse the evolution of the right to die in the United states as well as its current regulation, and a comparison showing the similarities and differences between the States that have effectively managed to regulated it. Physician- assisted suicide is the act carried out by a person, who suffers an irreversible illness, to end his life. A third person provides the means to do it and the necessary knowledge to carry it out. The Supreme Court of the United States has not yet recognized a right to die, and has established that the competence to regulate the right to assisted suicide rests at State level, not Federal. Once the current regulation in the United States has been analysed, and its extension to other European countries has been taken into account, the conclusion that has been reached, is that it is necessary to establish greater guarantees and control measures so that its application in practice does not lead to a slippery slope situation. This matter should be regulated extensively to protect patients and medical professionals, establishing, if possible, a regulation at the federal level.

Key words: Physician assisted-suicide, right to life, privacy, slippery slope, dignity.

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS	3
ÍNDICE DE FIGURAS	3
LISTADO DE ABREVIATURAS EMPLEADAS	4
Introducción.....	5
1. Evolución jurisprudencial del derecho a una muerte digna en EEUU	15
1.1. Reanimación y órdenes para no ser reanimado.....	16
1.2. El caso Quinlan 1976	16
1.3. El caso Saikewicz 1977	18
1.4. El caso Conroy 1985	20
1.5. El caso Cruzan 1990.....	22
1.6. El caso Vacco v. Quill y Washingotn v. Glucksberg; 1997	23
2. El auxilio al suicidio en EEUU.....	24
2.1 El caso de Oregón	24
2.2 Comparativa de la regulación actual en los diferentes Estados.....	28
2.3 La falta de protocolo legal del Estado de Montana	35
3. Aplicación y problemas	41
3.1 Consecuencias de la descentralización de Estados.....	41
3.1.1 El problema del turismo de la muerte	41
3.2 La denominada pendiente resbaladiza	45
3.2.1 Consideraciones socio económicas del suicidio asistido.....	48
3.2.2 Como forma de evitar los cuidados paliativos	51
4. Reflexión final.....	55
4.1 Evolución: Hipótesis de futuro en EEUU	55
4.2 Regulación en EEUU y su posible impacto en Europa.....	60
Bibliografía.....	64
Legislación	64
Jurisprudencia Europea	64
Jurisprudencia Americana	64
Obras doctrinales	64

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Síntesis de la regulación de los distintos Estados.....	26
Tabla 2: Requerimientos a cumplir por el paciente.....	28
Tabla 3: Protocolo a cumplir por el médico.....	30
Tabla 4: Solicitud de la medicación por parte del paciente.....	31
Tabla 5: Otros aspectos a tener en consideración.....	32

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: El modelo básico de pendiente resbaladiza.....	44
Figura 2: La mecánica de la pendiente resbaladiza.....	45

LISTADO DE ABREVIATURAS EMPLEADAS

Art: Artículo

CE: Constitución Española

EEUU: Estados Unidos

ONU: Organización de las Naciones Unidas

STC: Sentencia del Tribunal Constitucional

STS: Sentencia del Tribunal Supremo

TC: Tribunal Constitucional

TS: Tribunal Supremo

Introducción

Despertar otro día más, sabiendo que la vida no tiene sentido, y que ya no hay felicidad en vivir así; sino solamente dolor y agonía. Sufrir un dolor físico inimaginable, pero también psicológico al ver como tu familia se ve obligada a presenciar como tu cuerpo y mente van degradándose físicamente poco a poco, de forma lenta y dolorosa, sin poder hacer nada al respecto, perdiendo a su vez el honor y la dignidad de tu persona.

Esta impotencia de observar como un ser querido se va desvaneciendo sin poder hacer nada por evitar que el dolor continúe es aquello que el suicidio asistido viene a resolver. La posibilidad de dar al individuo autonomía para decidir si quiere acabar con esta situación o por el contrario, desea seguir viviendo de esa forma.

Existe en la actualidad, un gran debate filosófico acerca del suicidio. La sociedad busca evitar la posibilidad de que cualquier individuo lleve a cabo el suicidio, pero parece contradictorio permitir que una persona se pueda suicidar sin ningún tipo de consecuencias penales, de forma libre y voluntaria, mientras que en el caso de que reciba ayuda para llevar a cabo este mismo acto, se condene a aquél que participó en el mismo. El efecto es el mismo: la muerte, pero el nexo causal no: en una ocasión se condena y otra, se deja impune. Se pone así de manifiesto una cierta injusticia, por la cuál una persona con capacidad para tomar decisiones lleva a cabo el suicidio sin consecuencias, mientras que otra, muy enferma, sin poder realizar esta acción fácilmente pide ayuda para la misma, y ésta es denegada, vista como moralmente inaceptable. Parece así, que la inmoralidad procede de la prestación de ayuda, no del acto de acabar con la vida en sí mismo. Se pone así énfasis, en la diferencia entre el derecho a morir, que parece ser muy diferente del derecho a matar.

Parece interesante traer a colación la cita de Jesús a Pedro en el Evangelio de Juan Capítulo 21 versículo 18, que viene a decir “ cuando eras más joven, te vestías y andabas por donde querías; pero cuando seas viejo extenderás las manos y otro te vestirá y te llevará a donde no quieras”. Es evidente que existe un momento en el que el

enfermo pierde la disponibilidad y autonomía. Pone su voluntad a merced de la sociedad, que no le permite elegir por sí mismo, sino que toma medidas sobre sus decisiones, limitándolas, y condenando aquellas que considera incorrectas.

El problema se centra en tratar de buscar la conciliación del derecho a la vida con los temas humanitarios y preguntarse ¿dónde está la humanidad de permitir que un ser humano con una enfermedad terminal, alguien a quien las medicinas ya no van a ayudar, continúe sufriendo, alargando un proceso doloroso que podría evitar?. Parece atender frontalmente contra su dignidad.

Ante este dilema, los sistemas ofrecen tres soluciones posibles: la eutanasia, los cuidados paliativos, y el suicidio asistido.

La definición de eutanasia es la de asesinato sin dolor de un paciente que sufre una enfermedad incurable y muy dolorosa, o que se encuentra en situación de coma irreversible. Dentro de dicho concepto se puede encuadrar, la activa, que supone provocar de forma directa la muerte del paciente, mientras que la pasiva supone dejar de suministrar los medicamentos o desenchufar aquellos aparatos que mantienen con vida al paciente, para que este acabe muriendo de forma natural.

Los cuidados paliativos por el contrario, son definidos por la Organización Mundial de la Salud como “ un conjunto coordinado de intervenciones sanitarias dirigidas a mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias. Se trata de medidas de prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana y el tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales que pueden ser realizados tanto en casa como en el hospital.”

Entre las ventajas de estos cuidados paliativos podemos destacar, que no existe un derecho fundamental que se vea afectado por la decisión de tomar una medicina que

reduce o elimina el dolor, pues el derecho a la vida no está en riesgo. Esto supone que tampoco va a existir una responsabilidad para el médico que lo suministra ni para el Estado que está velando por la salud de sus ciudadanos tratando de ayudar a curar la enfermedad. Los problemas éticos y morales no entran en consideración cuando hablamos de cuidados paliativos.

Sin embargo, no todo es positivo. También existen problemas derivados de los mismos: puede que no sean suficientes para aliviar el dolor, y por tanto no satisfacen el deseo principal del paciente: su muerte. Otro problema deriva de temas socioeconómicos. Se trata de una nueva rama de la medicina a la que no todos los ciudadanos tienen acceso por su coste. El Estado a su vez, no puede permitirse suministrar a todos sus pacientes tales cuidados por lo que se genera una cierta injusticia o discriminación hacia ciertos individuos de la población que se lo pueden permitir, y otros que no tienen acceso a los mismos.

Centrándonos en este trabajo en el auxilio al suicidio, se denomina así "la colaboración, o prestación coadyuvante que ofrezca una cierta significación y eficacia en la realización del proyecto que preside a un sujeto de acabar con su propia existencia" (Sentencia del Tribunal Supremo 2031/1994 de 23 de noviembre). Entendemos por tanto, que el auxilio al suicidio es aquel en el que se le proporciona a una persona los medios necesarios para suicidarse, pero siendo el paciente, quien, voluntariamente decide acabar con su vida.

Todas las alternativas son de una forma u otra polémicas, pues afectan a la esencia de la persona. Aquellos derechos que se pueden ver vulnerados ante esta decisión constituyen las raíces de los derechos fundamentales. La decisión afecta entre otros a derechos fundamentales como es el derecho a la vida; sin duda el más importante. Todos los demás derechos regulados en las constituciones y demás textos legales giran en torno y se configuran en atención al mismo. Sólo se podrán garantizar cualesquiera derechos, si el individuo esta vivo, y por ello, supone el presupuesto elemental e indispensable de todo derecho y es por ello que forma parte de los derechos civiles y de primera

generación. Aparece regulado de forma continua en la historia, desde textos medievales como “La Magna Carta” hasta la Declaración Universal de Derechos Humanos de la ONU de 1948 pasando por textos tan importantes como la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano nacida de la Revolución Francesa o el Preámbulo de la Constitución Americana, que hoy en día continúa vigente.

En nuestra legislación española, este derecho también se halla muy protegido, siendo regulado en el artículo 15 de la CE que forma parte del Título I “De los derechos y deberes fundamentales”. La CE garantiza el derecho a la vida frente a los ataques de terceros o del propio sujeto estableciendo así el Estado un régimen de protección (STC 2127/ 1996). El motivo de tal protección es la condición sine qua non del resto de los derechos regulados en la misma.

Todos estos derechos han de tener un núcleo esencial, o contenido mínimo que ha de salvaguardarse en todo caso.

El problema ante el que nos encontramos frecuentemente es el de la arbitrariedad. A la persona se le limita la posibilidad de adquirir una sustancia que acabe con su vida pero se le permite llevar a cabo todo tipo de tratamientos médicos o cuidados paliativos que puedan reducir el dolor. La pregunta es: ¿A quién debe concederse la capacidad para tomar una decisión tan importante como es la de acabar con su propia vida?

Históricamente, experiencias aterradoras como el genocidio llevado a cabo durante la segunda Guerra Mundial (Holocausto) han puesto el acento en la necesidad de regular el derecho a la vida y la necesidad de penar todo atentado contra el mismo, construyendo así un cierto coto vedado en las constituciones para estos derechos tan importantes. De tal forma el artículo 3 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos establece que “Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”. Asimismo, el artículo 2 de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión europea establece que “ toda persona tiene derecho a la vida”. Siendo estos textos

tan relevantes, parecen establecer una barrera infranqueable para todo aquel que atente contra el derecho a la vida. De tal protección deriva la obligación del Estado del deber de acción. Ello supone garantizar la convivencia de la sociedad teniendo así la obligación de promover la efectiva realización de los derechos y libertades fundamentales.

Sin embargo, en ocasiones, el derecho a la vida puede entrar en conflicto con otros derechos fundamentales como son: libertad e integridad física. La libertad ha evolucionado de forma que hoy en día constituye uno de los derechos fundamentales más importantes, o como afirma en Tribunal Constitucional, la justificación ética de la restricción al derecho a la vida en el suicidio asistido reside “en el respeto a la libertad individual, que junto con la justicia, igualdad y el pluralismo son los valores supremos de nuestro ordenamiento jurídico”¹

Existe por un lado el Estado que debe velar por la vida de sus ciudadanos, respetando siempre sus derechos fundamentales y por el otro el individuo que debería tener potestad de poder tomar decisiones sobre su propio cuerpo. Por ello, en algunos casos se considera que los derechos subjetivos han de quedar mermados o limitados a favor de la dimensión objetiva. Como se sabe, la teoría del derecho subjetivo de construcción alemana establece que los límites a los derechos subjetivos están constituidos no sólo por los derechos subjetivos de los demás sino también por el interés superior de la colectividad. ¿Queda de esta forma limitada o anulada la dimensión subjetiva del derecho?” La respuesta es no.

El legislador en los distintos países se encuentra ante este dilema: la legalización del suicidio asistido supone hacer una ponderación de derechos y considerar qué debe primar: si el derecho a la vida, teniendo en cuenta que si se regula de forma absoluta,

¹ Cohen-Almagor, R. (2008). *The right to die with dignity: an argument in Ethics and Law*. Revista electrónica de Health Law & Policy, pp. 2-8.

podría suponer la privación al individuo de su autonomía para tomar decisiones sobre su vida y cuerpo . Por el contrario, si se considera que prima el derecho a la libertad, y por tanto se permite un ataque a la vida, podría suponer un grave riesgo no sólo a los individuos sino a las comunidades de forma colectiva, permitiendo atentar contra el derecho más importante que posee el ser humano y sin el cuál el resto de derechos carecen de sentido: su vida.

El derecho penal supone la mayor intromisión que el Estado puede hacer respecto de las decisiones tomadas por sus ciudadanos. En un sistema democrático se entiende que tan solo deberían castigarse todas aquellas conductas que atacan de forma intolerable los derechos de los demás ciudadanos, privando a éstos de su libertad. El derecho expresado por el filósofo Immanuel Kant es “una coexistencia de libertades” y el valor superior del mismo es la libertad, tratando de que se alcance el mayor grado posible de libertad para cada uno. Es por ello que solo se puede justificar la constitución de un Estado de derecho si se reconoce a cada individuo una cierta autonomía en sus decisiones, y el límite está en garantizar la libertad de los demás a su vez. Es por ello que en caso del auxilio al suicidio entra en conflicto el derecho la vida con la autonomía del individuo. Así el artículo 10 de la CE afirma la dignidad y el libre desarrollo de la persona como fundamento del orden político y de la paz social. Por ello, estas deben garantizarse de forma libre y tan solo pueden ser restringidas en la medida en que invadan libertades ajenas.

También se debe entrar a considerar algo tan importante como es la dignidad humana. El hombre conserva su dignidad hasta el momento de su muerte y por lo tanto, se está produciendo una vulneración de la dignidad humana al permitir a alguien sufrir, o que la familia tenga que ver a un ser querido pasar por una degradación física semejante. Ello parece inhumano e intolerable. Si no hay solución médica alguna, siendo la enfermedad así irreversible, parece incluso más correcto permitirle acabar con su vida, pues de lo contrario, se produciría un grave atentado a su dignidad. Como dijo *Stephen Hawking* “*Mantener a alguien vivo contra sus deseos es la última indignidad*”. “*Yo consideraría el auxilio al suicidio sólo si me encontrase en una situación de dolor*”

grave o llegase a sentir que no tengo nada más que aportar y que tan sólo soy una carga para todos los que me rodean". ¿Es posible por tanto acortar dicho sufrimiento?

¿Es el derecho a la vida, un derecho tan importante e inalienable que deba protegerse ante cualquier situación, de forma absoluta, o cabe que sea legítima la regulación del suicidio asistido?. ¿Tiene así la vida un valor intrínseco e independiente de los intereses del individuo? Y en tal caso, ¿ Existe un derecho inherente al Estado que permite que éste pueda imponer su voluntad por encima de la del propio individuo?. Estos son algunos de los problemas a los que se enfrenta la despenalización del suicidio asistido.

Al tratarse de un conflicto entre derechos tan importantes como el de la vida y la libertad de la persona, podemos decir que se trata de un conflicto difícil en el que no cabe reducir de forma proporcional uno de ellos para evitar el sacrificio total del otro, sino que se ha de reducir de forma absoluta. Para ello ha establecido el TC que al examinar un conflicto entre dos derechos, éstos han de ser un valor constitucionalmente reconocido y cuya prioridad sobre un derecho fundamental deba resultar de la propia Constitución (STC 22/1984). El principio de proporcionalidad ha de examinar el beneficio que vaya a aportar dicha limitación del derecho para la sociedad, así como el perjuicio que dicha limitación puede causar al individuo y decidir cual ha de ser limitado.

Sin embargo, la respuesta a todas estas cuestiones no es sencilla ni existe una respuesta única para todas ellas. La solución no es evidente y ha de encontrarse en cada caso concreto, realizando una ponderación de todos aquellos derechos que estén en juego en cada caso "balancing test". En algunos casos primó el derecho a la vida y en otros, caso *Quinlan*² usando el "balancing test", se considero que debía prevalecer el derecho a la autonomía del paciente y a su integridad física

² *In Re Quinlan* (70 N.J. 10 (1976))

La imposibilidad de dar una respuesta única y absoluta ha configurado una dispersión normativa de gran amplitud ofreciendo numerosos modelos de respuestas al problema del suicidio asistido. En concreto, en Estados Unidos seis Estados han legalizado y permitido la posibilidad de llevar a cabo el suicidio asistido, si bien con ciertas limitaciones al mismo. En Europa, numerosos Estados también lo han permitido, si bien las regulaciones presentan grandes divergencias

Pero esta dispersión normativa ha llevado a su vez a una discriminación negativa, una desigualdad no justificada en la que cabe plantearse ¿Porqué en ciertos países si está legalizado el suicidio asistido? ¿está justificado ese trato diferente?. La respuesta es no. En ese tertium comparationis se pone latente el atentado que supone esto al derecho a la igualdad entre los diferentes países americanos y europeos, permitiendo en algunos llevar a cabo tales actos, y condenando estos mismos en otros, con penas de prisión.

Habiendo dejado claro que las inquietudes que se han manifestado en esta introducción no son exclusivas de los Estados Unidos, sino que más bien, constituyen una problemática universal, no es extraño que en otros países ya se haya empezado a avanzar en la regulación de estos derechos. Merece la pena destacar el caso de los países europeos ya que su regulación es sustancialmente diferente a la de los estados americanos, lo cual plantea la disyuntiva de pensar si se trata de una degeneración del modelo, la denominada pendiente resbaladiza o si por el contrario, se trata de una nueva tendencia a la cual se orientan las nuevas sociedades, y por consiguiente, sus sistemas legislativos.

Como acabo de poner de manifiesto, no existiendo aun una solución uniforme sobre el tema, en este trabajo se procederá a realizar un análisis de la regulación actual sobre el suicidio asistido en Estados Unidos, analizando las diferencias existentes entre los diferentes modelos de cada Estado para ver de esa forma la problemática existente en los diferentes ordenamientos jurídicos actuales a la hora de regular este conflicto.

Es por ello que este trabajo busca sentar las bases de la legislación para así llegar luego a poder concluir acerca de cuál es el camino que nos espera, a nivel americano, pero también a nivel europeo. Se busca poder sacar conclusiones a la pregunta de si se trata el suicidio asistido de una excepción o por el contrario, será esta la norma general.

Metodología y estructura

La metodología seguida en este trabajo ha consistido en realizar un estudio sobre la regulación del auxilio al suicidio en el sistema americano a nivel estatal. Para ello, se ha visto primero la evolución seguida por el derecho a una muerte digna, desde los casos jurisprudenciales a la regulación legal con el objetivo de poder sacar conclusiones acerca del previsible desarrollo de esta figura en el futuro.

Para ello hay que tener en cuenta no sólo aspectos generales de tipo filosófico, social o económico sino también cuestiones culturales como la especial idiosincrasia del pueblo americano que influye de manera determinada en esta cuestión.

A raíz de la metodología empleada se puede extraer la siguiente estructura:

- El primer capítulo analiza la evolución jurisprudencial del derecho a una muerte digna en Estados Unidos hasta llegar al caso de Oregón, primer Estado en legalizar el auxilio al suicidio en Estados Unidos.
- El segundo epígrafe está centrado en un desarrollo de la regulación existente en la actualidad en los siete diferentes Estados que han legalizado el auxilio al suicidio.
- El tercer apartado estudia las consecuencias de la aplicación de la regulación al auxilio al suicidio en la práctica. Los riesgos y problemas que pueden llegar a originarse.
- En las conclusiones se busca, a partir del análisis previo, responder a la pregunta original: ¿Nos encontramos ante una excepción o por el contrario, es esto un camino hacia la despenalización?. Se hace una reflexión crítica del futuro hacia

el que estamos encaminados y del posible impacto que esta evolución puede tener en Europa.

1. Evolución jurisprudencial del derecho a una muerte digna en EEUU

Las inquietudes de la sociedad por derechos fundamentales tales como la vida, se traducen en una serie de casos jurisprudenciales que serán analizados a continuación. En esta primera fase, vamos a ver los hitos más importantes que han marcado la evolución de la regulación del derecho a una muerte digna así como los conceptos clave elaborados por la jurisprudencia para resolver los mismos. Es necesario realizar este análisis evolutivo para así comprender la regulación actual, que comenzará con el caso de Oregón, pionero en la regulación del derecho a una muerte digna, y que sentará las bases para la regulación de todos los demás Estados que posteriormente regularán este derecho de forma análoga.

En la primera sección de la Constitución norteamericana se constituye como depositario del poder judicial al Tribunal Supremo. De tal forma, este configurará en Estados Unidos la creación de la doctrina acerca del derecho a una muerte digna.

En concreto, la lucha a favor de la legalización de la eutanasia y del suicidio asistido en Estados Unidos vió sus primeros frutos a raíz de los casos *Washington v. Glucksberg*³ y *Vacco v. Quill*⁴ donde el Tribunal Supremo sostuvo que las leyes de los Estados de Washington y de Nueva York que prohibían dichas legalizaciones no violaban la cláusula de protección de la cuarta enmienda de la Constitución americana¹. La Corte expresamente mantuvo que no existe un derecho constitucional como es el derecho a morir o a llevar a cabo un suicidio asistido, pero se dejó abierta la posibilidad de que los estados pudiesen legalizar tales derechos si así lo estimaran conveniente.

³ *Washington v. Glucksberg* (521 U.S. 702 (1997))

⁴ *Vacco v. Quill* (521 U.S. 793 (1997))

1.1. Reanimación y órdenes para no ser reanimado

Muchos años antes de que pudiera incluso entrar en consideración una cuestión tal como el derecho a morir, existía en el ámbito médico una tendencia por investigar diferentes técnicas que trataran de lograr reanimar⁵ a sus pacientes. Poder volver a oír los latidos de un corazón que ya estaba silenciado, pudiendo así revivir a aquellos pacientes que estaban al borde de la muerte, fue una gran noticia, la cual fue seguida del entendimiento de que quizá aquellas personas no lograsen sobrevivir a dicha situación y permaneciesen en un estado vegetativo o sufriesen un alto grado de discapacidad. Este destino, parecía indicar, que de haber tenido la oportunidad los pacientes de elegir, lo más probable es que lo hubiesen rechazado. Una vez llegada a esa conclusión, se estableció una regulación que permitía la posibilidad de rechazar la reanimación del paciente cuando la situación inicial fuese irreversible o muy perjudicial para éste.

Esta lucha entre derechos tales como como la autonomía del paciente y la autodeterminación de la persona, hicieron que los tribunales, adoptaran de forma general una presunción a favor de la reanimación, sabiendo que la omisión o el rechazo al tratamiento sería una decisión irreversible y que podría llegar a generar una responsabilidad muy grande para el Estado.

1.2. *El caso Quinlan 1976*: El derecho constitucional de pacientes incompetentes de rechazar un tratamiento médico.

La doctrina sobre el derecho a morir tiene su origen en el caso Quinlan. En este caso, Karen Quinlan era una joven que se encontraba en estado de coma permanente y por tanto permanecía enganchada a un respirador artificial para continuar con vida. Los padres, convencidos de que no había nada que hacer, tras varios meses firmaron un protocolo dando una autorización a los médicos para que éstos pudieran desconectarla

⁵ Reanimar al paciente hace referencia al denominado “resuscitation” de EEUU. Según la definición de la RAE reanimar significa: hacer que una persona recupere el conocimiento y vuelva a tener una actividad cardíaca y respiratoria normal.

de la máquina. Los médicos ante el miedo de ser condenados por un homicidio no quisieron desconectarla por lo que los padres solicitaron una autorización judicial, la cual fue denegada por el Tribunal competente que estableció que “ no existe un derecho constitucional a morir que pueda ser alegado por los padres en nombre de su hijo incompetente”.

El caso se recurrió y en apelación el Tribunal Supremo de New Jersey revocó la decisión estableciendo el Tribunal Supremo Federal en *Griswold vs Connecticut*⁶ que si existe un derecho a morir reconocido por el sistema de Common Law y que además este derecho se halla constitucionalmente protegido mediante la “privacy”⁷.

A raíz de dicha solución y del caso *Roe vs. Wade*⁸ sobre el aborto, el Tribunal procedió a concluir que la Constitución americana concede ciertas áreas de “privacy” como garantía y que por tanto, el derecho de “privacy” es muy amplio y recoge bajo su paraguas, siempre sujeto a que se den una serie de circunstancias, un derecho de los pacientes a rechazar un tratamiento médico. Este derecho también abarca la posibilidad de ser usado por pacientes en situación de incompetencia.

En *Quinlan*, de forma unánime, el Tribunal decidió que el derecho a la autonomía y “privacy” de Karen podría ser ejercitado por su representante legal. Surge aquí una nueva forma de interpretar el caso basado en el “substituted judgement”, en virtud del cual, dado que no existía ninguna manifestación sobre la voluntad del paciente de qué hacer en caso de que tuviese que ser desenchufada, el Tribunal dictó su solución basándose en la autodeterminación de Karen, tratando de establecer qué es lo que

⁶ *Griswold v. Connecticut* (381 U.S. 479 (1965))

⁷ El término hace referencia al concepto de *privacy* americano entendido como la intimidad e integridad física de cada persona. Derecho que garantiza que nadie pueda entrar en mi cuerpo ni en el de los demás.

⁸ *Roe v. Wade* (410 U.S. 113 (1973))

hubiese decidido la paciente en caso de haber podido hacerlo cuando era competente; sustituir su juicio.

Comienza así una tendencia a otorgar un poder mayor al paciente sobre la del médico y a darle al mismo la posibilidad de poder decidir sobre su propia vida, reconociendo que existe un derecho a rechazar un tratamiento médico, no sólo para los pacientes capaces de otorgar su consentimiento en el momento, sino también para los incompetentes. La justificación es que en caso de que esto no fuese así, se vería vulnerado el derecho a la igualdad de trato del paciente.⁹

En la sentencia del TS, es importante destacar que se creó el denominado *balancing test* a efectos de determinar una ponderación de los intereses del individuo y del Estado. Así, el test se aplica de forma que a medida que la enfermedad va avanzando y el pronóstico se agrava, aumenta el derecho a la “privacy” y se debilita el interés del Estado por tratar de salvaguardar la vida del paciente. Existe un punto clave, en el cual, la balanza gira a favor de los derechos individuales del paciente, siendo vencidos de tal forma los intereses del Estado. El TS procedió a aclarar que están exentos de responsabilidad todos los profesionales médicos que procedan a desenchufar a sus pacientes para el caso de que no haya solución posible al caso. En ningún caso serán éstos condenados por homicidio si lo hacen de forma legal.

1.3. *El caso Saikewicz 1977*: EL derecho constitucional de pacientes incompetentes de rechazar un tratamiento médico cuando no hay familia para decidir

Un año después del caso Quinlan, se planteó un problema con el caso de Joseph Saikewicz¹⁰, un hombre de 67 años que sufría la enfermedad de leucemia. El problema

⁹ Protección constitucional otorgada en la cláusula de igualdad

¹⁰ *Superintendent of Belchertown State Sch. v. Saikewicz* (373 Mass. 728 (1977))

fue que en este caso, el paciente no tenía ningún miembro familiar vivo que pudiese tomar la decisión sobre si continuar o cesar el tratamiento médico para salvar su vida.

Para resolver este caso el TS usó el criterio de decisión substituta¹¹ o juicio hipotético formulando la siguiente pregunta: ¿qué hubiese hecho el paciente en caso de estar vivo y poder expresar sus deseos al respecto?. La Corte, usando una ponderación de derechos, procedió a respetar la autonomía que el paciente, y entendió que el paciente, dado la opción de elegir, habría rechazado el tratamiento, pues teniendo esa enfermedad (tenía una edad mental de dos años), ni siquiera habría entendido porqué le estaban haciendo un tratamiento médico. Éste se basó en la hipotética decisión que el paciente hubiese escogido si hubiese sido competente. Esta decisión substituta buscaba realizar un análisis de la situación más orientado a los intereses del individuo (tomando la decisión en base a sus circunstancias concretas y personales) y tratando de poner fin a la posibilidad de que los tribunales tomaran una decisión tan importante y valiosa como desenchufar a un paciente o no en base a sus propios criterios.

El Tribunal Supremo confirmó la solución dada al caso pero entendió que se había hecho una consideración implícita de la calidad de vida, cuestión que era ajena al derecho y por tanto no debía tratarse. Se tomó la decisión final teniendo en cuenta las ventajas y los inconvenientes que podían derivar de llevar a cabo el tratamiento. Viendo que los beneficios que pudieran derivar del mismo eran escasos con respecto al sufrimiento del tratamiento, se llegó a la conclusión de que lo mejor era no hacerlo.

La solución dada al caso fue muy criticada desde distintos puntos de vista. Por un lado, se llevaba a cabo una cierta discriminación hacia los discapacitados¹², y por último suponía una carga insostenible a los tribunales, dado que estos eran los competentes

¹¹ Este concepto deriva del “substituted judgment” elaborado de forma jurisprudencial por primera vez en el caso Saikewicz. Ver *Belchertown State Sch. v. Saikewicz*, 370 N.E.2d 417 (Mass. 1977)

¹² Ver conferencia dada por Alan Stone en Harvard Law School, el 20 de Octubre de 1997

para decidir qué hacer con cada caso, y la decisión final correspondía en todo caso a la autoridad judicial.

1.4. *El caso Conroy 1985*: Creación de un derecho más allá del derecho a rechazar un tratamiento médico

Las consecuencias acarreadas por la doctrina en este caso eran mucho mayores que en el caso de Quinlan dado que extendía el derecho a rechazar tratamiento a casos mucho más frecuentes como son el derecho a rechazar un tubo de alimentación. En este caso Claire Conroy¹³ no se encontraba en estado vegetativo sino que teniendo Alzheimer y otros problemas, rechazó que se le diese agua y comida a través de un tubo de alimentación. De esta forma se entendía que pudiendo tragar e ingerir el alimento de forma normal, si rechazaba esto, estaba llevando a cabo un suicidio, contra el cual existía una larga tradición de jurisprudencia americana. El tribunal por tanto se planteó, si el suicidio es algo que siempre queremos tratar de prevenir, o si en ciertos casos, debería permitirse.

El problema no era sólo la posibilidad de rechazar tanto el agua como la comida, sino plantear si un tubo de alimentación podía quitarse una vez que se había insertado en el paciente. Para determinar esto, el tribunal planteó llevar a cabo 3 tests:

En primer lugar, siempre debe anteponerse la autonomía del paciente, por lo que si este ha manifestado previamente su voluntad, esta siempre ha de ser respetada y tomada en consideración. En caso de que la persona no pudiese hacerlo, el juicio hipotético sería valorado.

¹³ *Conroy* (98 N.J. 321 (1985))

En segundo lugar, entra en consideración el denominado “*parens patriae*”, es decir, el poder ejercido por el Estado para la determinación de la vida de sus ciudadanos teniendo en cuenta los mejores intereses de éste cuando fuese incompetente el mismo para decidir. En este caso, si existe algún tipo de evidencia que muestre un deseo por parte del paciente de no recibir tratamiento, entonces el tribunal llevara a cabo el prueba objetiva limitada (“*limited objective test*”), en el que se exige que el coste de continuar con el tratamiento claramente sobrepasa el beneficio de cesar el tratamiento.

Sin embargo, el tercer test supone que no haya ningún tipo de evidencia de cuál es el deseo del paciente, en este caso operará la presunción a favor de preservar la vida del paciente. El tratamiento se considera algo favorable y por lo tanto para cesar el mismo, éste debe considerarse inhumano o los inconvenientes para el paciente de recibir dicho tratamiento deberían ser muy superiores al posible beneficio.

Este caso concreto es extremadamente relevante pues rechaza todos los criterios tradicionales establecidos para las decisiones sobre la vida y la muerte, y sienta un precedente al establecer que el paciente tiene permiso para poder rechazar todo tipo de tratamiento siempre que su consentimiento sea manifestado de forma expresa, sin limitarse sólo al médico.

A pesar de que para el caso concreto Claire Conroy no cumple ninguno de los tests, se establece un nuevo derecho que va más allá del simple derecho a rechazar un tratamiento.

1.5. *El caso Cruzan 1990*: Existencia de un derecho constitucional a morir

En este caso¹⁴ el TS se planteó la existencia de un derecho a morir constitucionalmente reconocido: ¿Existe un derecho a morir?. En el caso, Nancy Cruzan tuvo un accidente de coche en el que sufrió graves golpes que le llevaron a un estado de coma permanente. Los padres declararon su intención de desenchufarla pero el hospital rechazó dicha petición a menos que se obtuviese una declaración judicial que lo aprobase. Se alegaron como pruebas un testimonio de una de sus amigas en las que Nancy había declarado que no querría continuar con su vida a no ser que la pudiese vivir de forma normal. La Corte determinó que existía un derecho fundamental a acabar con los procedimientos para prolongar la vida basado en la Constitución federal del Estado de Missouri.

Sin embargo esta decisión fue sometida a apelación, basándose en argumentos similares a los establecidos en *Saikewicz*. La Corte estableció que el interés del Estado por preservar la vida es muy grande y los padres no tienen el derecho o la competencia para decidir sobre tal cuestión. Se hizo primar la obligación paternal del Estado con respecto a sus ciudadanos y el hecho de que es éste quien determina mediante sus leyes estatales el poder que corresponde a los tutores. De esta forma un testimonio no era suficiente prueba para rechazar el tratamiento y se necesitaban pruebas claras y convincentes.

El TS concluye de forma que el derecho a “la privacy” permite que si una persona no se encuentra capacitada para tomar por sí misma una decisión, sean otros quienes la tomen por ella. Sin embargo, si se define como derecho de “liberty”, en tal caso, estas obligando al paciente a que se pronuncie por sí mismo, no permitiendo a otros hacerlo

¹⁴ *Cruzan v. Director, Missouri Dept. of Health* (497 U.S. 261 (1990))

por él. El tribunal establece que no hay un derecho automático de los parientes o tutores a decidir por él, sino que ha de haber una prueba clara con la decisión del paciente.¹⁵

1.6. *El caso Vacco v. Quill y Washington v. Glucksberg; 1997*: Constitucionalidad del derecho a morir.

En estos casos la doctrina analiza los problemas asociados con el suicidio asistido en los estados de Washington y de Nueva York. En ambos estados la regulación era prohibitiva y se consideraba delincuente a toda persona que ayudase a llevar a cabo el auxilio al suicidio. Sin embargo, muchos alegaban la inconstitucionalidad de esta norma prohibitiva pues ésta violaba las cláusulas de protección igualitaria de la 14ª enmienda.

El tribunal de apelación (Circuit Court) da como primer argumento la injusticia que supone permitir a aquellos que están enchufados, no permanecer en tal situación, mientras que a otros, que se encuentran en la misma situación médica, pero que no se encuentran enchufados no se les permite tomar drogas para acelerar la muerte. La decisión entonces se subordina al balancing test en el que se ponderan los intereses tanto del Estado como del individuo. El tribunal se apoyó en que este “liberty interest” venía no sólo de tradición histórica sino también de las situaciones cambiantes reguladas en varios casos como los de *Roe vs. Wade* y *Planned Parenthood*. El tribunal determinó que la función del Estado es preservar la vida y prevenir el suicidio.

El tribunal establece que la finalidad con la que se realiza el rechazo al tratamiento o el suicidio asistido no son iguales. En el caso de omisión, se trata de cumplir los deseos del paciente y de respetar su autonomía en la medida en la que el tratamiento puede

¹⁵ En la decisión *Cruzan v. Director, Missouri department of health* (1990) el Tribunal Supremo estableció que no existe un derecho constitucionalmente reconocido a morir, sino que tan sólo cabe la libertad para rechazar un tratamiento.

suponer un trato degradante y doloroso. Por el contrario, en el suicidio asistido la intención de quien lo realiza debe ser necesariamente la de matarle, por lo que el tribunal admite la distinción usada entre actuación (suicidio asistido) y omisión (rechazo a un tratamiento). No existe por tanto el derecho a morir sino sólo un derecho a rechazar una intromisión al cuerpo indeseada.

El núcleo central de la argumentación del TS se basa en la distinción entre un derecho constitucional como sería el derecho de privacy y un mero interés. El primero de ellos, tiene carácter absoluto, es decir, debe prevalecer sobre cualquier otra consideración, al tratarse de un derecho fundamental del individuo, mientras que el mero interés no es más que una mera situación que puede ponerse en contraposición o conflicto con otros intereses. En este caso, se trataría de buscar el equilibrio entre el interés de la persona o libertad del mismo, con el interés del Estado de salvaguardar la vida. El TS que debería dar la primacía al individuo si reconociera constitucionalmente un derecho a la privacy, sin embargo, puede arbitrar o ponderar la situación del Estado y del individuo si sólo lo define como un interés.

Como conclusión, no existe un derecho constitucional a morir así como tampoco un derecho al suicidio asistido. Pero reconociendo un interés el TS deja abierta la posibilidad a los estados de legalizar el suicidio asistido con sus leyes si así lo desearan. Por el contrario, si hubiese reconocido un derecho constitucional sería obligatorio para todos los Estados acatarlo y nula cualquier regulación que se opusiera al mismo.

2. El auxilio al suicidio en EEUU

2.1 El caso de Oregón

En numerosas ocasiones, varios Estados de EEUU intentaron legalizar el fenómeno de suicidio asistido, sin éxito. Oregón fue, el que por primera vez logró aprobar un texto legal, la Ley de Muerte con Dignidad. Texto que fue aprobado en concordancia con la regulación establecida en en el artículo IV, sección I, de la Constitución de Oregón. Su

aprobación se llevo a cabo con el voto favorable del 51% de la población, es decir, mediante iniciativa popular, sin necesidad de que interviniese el legislador a nivel estatal. Texto que reguló, por primera vez en la historia americana el auxilio al suicidio el día 8 de Noviembre de 1994¹⁶. La particularidad del procedimiento (hecho mediante un referéndum), llevado a cabo por este Estado, dificultó la posible imitación del modelo por otros Estados americanos pero sirvió como una gran fuente de inspiración a los otros seis Estados que hoy en día también han legalizado este derecho, sentando las bases y los principios básicos a partir de los cuales se configura el derecho del suicidio asistido en el ordenamiento jurídico.

La preocupación por legalizar el suicidio asistido en Oregón comenzó con la muerte de unas 130 personas, ayudadas por el Dr. Kevorkian. La preocupación por acabar con esta situación, unida al factor de que Oregón era uno de los Estados menos religiosos de Estados Unidos, que a su vez otorgaba una gran relevancia al principio de autonomía personal, fueron los factores que impulsaron la regulación por primera vez en ese Estado.

Pero fue a partir del caso Elvin Sinnard cuando se inició la regulación de la actual Ley de Muerte con Dignidad. Éste, decidió matar a su mujer para acabar con su enfermedad cardíaca crónica, que le estaba provocando un gran sufrimiento. Acudió a la sociedad Hemlock (asociación a favor de la muerte) que le aconsejó llevar a cabo dicha acción.

En 1990, algunos médicos, abogados y el propio Sinnard propusieron la denominada ley.

¹⁶ Oregon Department of Human Services(2003). Fifth annual report on Oregon's Death with Dignity act. Portland, Oregon: Department of Human Services.

Unos años más tarde, se declaró inconstitucional el caso *Lee v. Oregon*¹⁷ pues el tribunal consideró que se estaba llevando a cabo una fuerte discriminación al tratar de forma distinta a los enfermos terminales de los no terminales, atacando de esta forma su derecho a la igualdad. El juez Hogan concluyó que efectivamente esta ley era discriminatoria, pues violaba la decimocuarta enmienda de la Constitución referida a la igualdad de protección y que establece que “ningún Estado podrá crear o implementar leyes que limiten los privilegios o inmunidades de los ciudadanos de Estados Unidos. No se puede negar a persona alguna dentro de su jurisdicción la protección legal e igualitaria”.

De esta forma, se hacía una distinción y por ello discriminación en función del grado de enfermedad que tuviera el paciente. Aquéllos que tuvieran una enfermedad terminal recibían una menor protección constitucional contra el suicidio, y además el requisito de capacidad se establecía sólo en un momento inicial, con el otorgamiento del medicamento, y no en el momento efectivo de suministro, pudiendo mediar entre medias un cambio de circunstancias. Tampoco se llevaba a cabo un examen psiquiátrico de la enfermedad, lo que pone en evidencia la gran cantidad de defectos de esta ley regulatoria.

Sin embargo, a pesar de su relevancia constitucional la Ninth Circuit Court of appeals no pudo entrar a resolver el caso por cuestiones procedimentales.

El Estado de Oregon volvió a someter a referéndum en 1997 la Ley de Muerte con Dignidad, y un 60% de la población rechazó derogarla, demostrando así una mayoría a favor de la legalización del suicidio asistido, que habiendo sido aprobada en 1994 con

¹⁷ *Lee v. State of Oregon* (891 F. Supp. 1439 (D. Or. 1995))

un voto favorable del 51% de la población, de nuevo obtenía una mayoría para mantenerla en vigor.¹⁸

Posteriormente ocurrieron ciertos eventos que volvieron a generar un gran debate acerca de la aplicación y constitucionalidad de la ley, pero lo más relevante sucedió el día 17 de junio de 2006 cuando el asunto llegó al TS, y éste falló confirmando la decisión de sus tribunales inferiores.

En la *Sentencia Gonzales v. Oregon*,¹⁹ el TS se pronunció por primera vez sobre la materia y estableció que no se trata de un asunto de gobierno federal sino estatal. La opinión mayoritaria, aclaró que la Ley de Sustancias Controladas no permitía al fiscal general establecer una prohibición a los médicos para poder recetar la medicación usada en el auxilio al suicidio, si una ley estatal así lo permitía.

Pero la relevancia de la sentencia proviene de la aclaración por el Juez Scalia, de que la decisión de permitir o no el auxilio al suicidio no corresponde a las instituciones federales sino a las estatales. La materia que regula este derecho está dentro de los poderes que confiere a los Estados Unidos su Constitución. Éstos caen dentro del ámbito de la moralidad pública, es decir, del poder de policía de los Estados.

De esta forma el Tribunal estableció que las prohibiciones a nivel estatal no violaban los derechos constitucionales de los pacientes, y se dejó a cada Estado de forma individual la libertad de permitir o prohibir dicha práctica. A continuación analizaré los requisitos

¹⁸ Rey Martínez, F. (2008). *El debate de la eutanasia y el suicidio asistida en perspectiva comparada. Garantías de procedimiento a tener en cuenta ante su eventual despenalización en España*. Revista de Derecho Político, N°71-72, pp. 439-477.

¹⁹ *Gonzales v. Oregon* (546 U.S. 243 (2006))

establecidos por la Ley de muerte con Dignidad que se ha aplicado desde 1998, si bien cabe mencionar, que éste Estado ha tratado de establecer numerosas garantías en el procedimiento al exigir requisitos como la mayoría de edad, la voluntariedad, la capacidad. Se ha buscado asegurar que en ningún caso el paciente se verá coaccionado o forzado a tomar una decisión tan importante, y que éste conoce plenamente las consecuencias de sus actos.²⁰

2.2 Comparativa de la regulación actual en los diferentes Estados

Una vez que Oregon sienta las bases de una regulación legal al suicidio asistido, podemos establecer cuatro criterios básicos diseñados legalmente para salvaguardar los intereses de los médicos y los pacientes implicados. En este epígrafe, voy a exponer las principales diferencias y similitudes de regulación entre los diferentes Estados usando estos cuatro criterios.

Antes de ello, es significativo conocer la forma de aprobación de cada texto legal así como el orden cronológico de las mismas y los requisitos más esenciales de cada Estado. La tabla 1 muestra a modo de síntesis lo datos más relevantes a conocer de la regulación de cada Estado.

Tabla 1: *Síntesis de la regulación de los distintos Estados*

Estados	Fecha de aprobación	Cómo fue aprobada (votos a favor)	Se necesita la residencia?	Edad mínima	Esperanza de vida en número de meses	Número de solicitudes al médico
1º. Oregon	8 de Noviembre 1994	Ballot Measure 16	Si	18	≤ 6 meses	Dos de forma oral (con un mínimo de 15 días en medio) y una escrita
2º. Washington	4 de Noviembre 2008	Initiative 1000 (58%)	Si	18	≤ 6 meses	Dos de forma oral (con un mínimo de 15 días en medio) y una escrita
3º. Montana	31 de Diciembre 2009	Corte Suprema de Montana: <i>Caso Baxter vs. Montana</i> (5-4)	Si	*	*	*
4º. Vermont	20 de Mayo 2013	Act 39 (Bill S.77 "End of Life Choices")	Si	18	≤ 6 meses	Dos de forma oral (con un mínimo de 15 días en medio) y una escrita
5º. California	11 de Septiembre 2015	ABX2-15 <i>End of Life Option Act</i>	Si	18	≤ 6 meses	Dos de forma oral (con un mínimo de 15 días en medio) y una escrita
6º. DC	5 Octubre 2016	B21-0038 <i>Death with Dignity Act</i> de 2016 (3-2)	Si	18	≤ 6 meses	Dos de forma oral (con un mínimo de 15 días en medio) y una escrita
7º. Colorado	8 Noviembre 2016	Proposition 106, <i>End of Life Options Act</i> (65%)	Si	18	≤ 6 meses	Dos de forma oral (con un mínimo de 15 días en medio) y una escrita

Fuente: Elaboración propia

Tras esta visión general proporcionada por la Tabla 1, podemos diferenciar los cuatro criterios más relevantes que existen en la actualidad en EEUU para poder acceder al tratamiento del suicidio asistido. Con estos criterios podremos ver las diferencias más significativas entre los diferentes Estados.

- **Primer criterio:** Requerimientos a cumplir por el paciente:

Similitudes

- 1) Mayoría de edad: 18 años como mínimo.
- 2) Requisito de residencia en el Estado de origen.
- 3) Capacidad del paciente para poder tomar decisiones por sí mismo y comunicarlas de forma consciente.
- 4) El diagnóstico de una enfermedad terminal que suponga la muerte en 6 meses.

Estos cuatro requisitos son exigidos por todos los Estados salvo el de Montana que no tiene un protocolo legal todavía.

Diferencias

Además, el Estado de California se diferencia respecto al resto al exigir de forma adicional:

- Ser física y mentalmente capaz de auto administrarse la medicación que le ayuda a morir

Tabla 2: *Requerimientos a cumplir por el paciente*

Estados	≥18 años	Residencia de origen	Capacidad para tomar decisiones por sí mismo	Enfermedad terminal (plazo: 6 meses)	Capacidad de autoadministración de la medicación: Física y mental
1º. Oregón	Si	Si	Si	Si	No
2º. Washington	Si	Si	Si	Si	No
3º. Montana	No regulado	Si	No regulado	No regulado	No regulado
4º. Vermont	Si	Si	Si	Si	No
5º. California	Si	Si	Si	Si	Si
6º. DC	Si	Si	Si	Si	No
7º. Colorado	Si	Si	Si	Si	No

Fuente: Elaboración propia

- **Segundo criterio:** Protocolo a cumplir por el médico:

Similitudes:

- 1) El médico deberá estar licenciado en el mismo Estado que el paciente que lo solicita
- 2) El diagnóstico debe establecer que se trata de una enfermedad terminal. Al paciente han de quedarle seis meses de vida o menos.
- 3) El médico deberá certificar tal diagnóstico así como también que el paciente es mentalmente capaz de tomar y comunicar la decisión.
- 4) Si cualquiera de los médicos que ha examinado al paciente determina que su juicio no es voluntario o está nublado, el paciente deberá ser enviado al análisis psicológico que se estime procedente.

- 5) El médico que le atienda deberá en todo caso informar a su paciente de todas las alternativas posibles que éste tiene, es decir: ir al hospital, usar cuidados paliativos y otros tratamientos médicos que ayuden con el dolor.

De nuevo estos requisitos se aplican de forma común a todos los Estados salvo el de Montana que aún no lo regula.

Diferencias:

Además en Oregón, Washington y Colorado también es necesario que:

- El médico que atienda al paciente pida a éste que notifique a su pariente más cercano de que va a efectuar una solicitud para obtener la medicación necesaria para morir.

Colorado incluye varios requisitos más al incluir también los siguientes requisitos:

- El médico debe remitir al paciente a un profesional en el ámbito de la salud mental que esté acreditado como tal
- El paciente deberá ser informado de que la medicación debería tomarse en un lugar privado en presencia de otra persona.

Tabla 3: *Protocolo a cumplir por el médico*

Estados	Médico licenciado en el mismo Estado que el paciente	Enfermedad terminal: ≤ 6 meses	Certificación del diagnóstico y de la capacidad mental del paciente	El juicio del paciente ha de ser consciente y la decisión voluntaria	Información de todas las alternativas posibles al paciente	Informar al paciente de que comunique a su pariente más cercano de la solicitud	Médico remite al paciente a un profesional	Paciente informado que la medicación ha de tomarse en presencia de otro
1º. Oregón	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No
2º. Washington	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No
3º. Montana	*	*	*	*	*	*	*	*
4º. Vermont	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	No
5º. California	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	No
6º. DC	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	No
7º. Colorado	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si

Fuente: Elaboración propia

- **Tercer criterio:** Solicitud de la medicación por parte del paciente. Se hará en el siguiente orden cronológico:

Similitudes

- 1) Primero deberá hacer una solicitud de forma oral al médico
- 2) Deberá mediar un plazo de 15 días entre la primera y la segunda solicitud oral
- 3) Se deberá realizar una segunda solicitud oral al médico.
- 4) Además deberá realizarse una solicitud por escrito

Diferencias:

Existen dos requisitos adicionales que se aplicarán en los Estados de Oregón, DC, Vermont y Washington que establecen también la necesidad de que:

- La solicitud por escrito se haga 48 horas antes de comprar la medicación
- Se deberá comprar la medicación en una farmacia.

Tabla 4: *Solicitud de la medicación por parte del paciente*

Estados	1º Solicitud de forma oral al médico	2º Plazo de 15 días en medio	3º Segunda solicitud oral al médico	4º Ha de realizarse también una solicitud por escrito	La solicitud por escrito debe hacerse 48 horas antes de comprar la medicación	Se debe comprar la medicación en una farmacia
1º. Oregón	Si	Si	Si	Si	Si	Si
2º. Washington	Si	Si	Si	Si	Si	Si
3º. Montana	*	*	*	*	*	*
4º. Vermont	Si	Si	Si	Si	Si	Si
5º. California	Si	Si	Si	Si	No	No
6º. DC	Si	Si	Si	Si, en este caso antes de la segunda solicitud oral	Si	No
7º. Colorado	Si	Si	Si	Si	No	No

Fuente: Elaboración propia

- **Cuarto criterio:** Otros aspectos a tener en consideración:

Similitudes:

- 1) El uso de la ley no puede afectar el estado de salud de un paciente, de su vida o de sus seguros médicos
- 2) Los médicos y encargados sanitarios no están obligados a participar en el proceso.

Diferencias:

De forma particular, el Estado de California establece:

- La necesidad de que haya traductores disponibles para todos aquellos que no hablen inglés

Además, el Estado de Oregón establece:

- La exención de responsabilidad a los farmacéuticos, quienes también están protegidos de responsabilidad por prescribir recetas médicas para los pacientes.

Por último, Oregón y Washington establecen:

- Que el departamento de servicios humanos y sanitarios exige cumplir la ley, y se exige a los médicos que informen de las prescripciones médicas al estado

Tabla 5: *Otros aspectos a tener en consideración*

Estados	El uso de la ley no puede afectar el estado de salud de un paciente, de su vida o sus pólizas de seguro	Los médicos y los sistemas de salud no están obligados a participar	Debe haber traductores disponibles	Los médicos y pacientes deberían cumplir la ley y son protegidos criminalmente de prosecución	El departamento de servicios humanos y sanitarios exige cumplir la ley y se exige a los médicos que informen de las prescripciones médicas al estado
Est. Oregón	Si	Si	No	Si	Si
Est. Washington	Si	Si	No	No	Si
Est. Montana	*	*	*	*	*
Est. Vermont	Si	Si	No	No	No
Est. California	Si	Si	Si	No	No
Est. DC	Si	Si	No	No	No
Est. Colorado	Si	Si	No	No	No

Fuente: Elaboración propia

2.3 La falta de protocolo legal del Estado de Montana

El 31 de Diciembre de 2009, como consecuencia de la resolución dictada para el caso *Baxter v. Montana*, el TS del Estado de Montana determinó que el suicidio asistido no era ilegal. Sin embargo, el Estado de Montana, a diferencia de otros seis Estados que regulan esta cuestión, carece en la actualidad de un protocolo legal.²¹ A pesar de ello, el TS si ha fijado algunos criterios que son necesarios para la solicitud de la medicación letal. Los pacientes han de ser mayores de edad, mentalmente competentes para tomar decisiones respecto a su salud y tener una enfermedad terminal para poder ser considerados competentes a la hora de solicitar la medicación letal. La Constitución también establece otras garantías legales como la protección del derecho a la “privacy”

²¹ Kaveny, C. (2010). *Peaceful and private; Montana’s Supreme Court rules on assisted suicide*. *Revista electrónica de Commonweal*, pp.1-3.

y dignidad del paciente así como el amparo de bajo la ley de de aquellos médicos o profesionales que asistan al paciente en el procedimiento. A continuación analizaré el caso de Baxter v. Montana, del 5 de Diciembre del 2008, que supuso el origen de la legalización en dicho Estado del suicidio asistido.

Robert Baxter, un camionero ya retirado de 76 años, sufría una enfermedad terminal de leucemia linfocítica, por lo que pidió al tribunal que regulase un derecho a recibir ayuda al suicidio. En la solicitud se basó en las secciones 4²² y 10²³ del artículo II de la Constitución de Montana.

De acuerdo con esta solicitud, el TS se pronunció sobre si existía realmente un derecho constitucionalmente recogido que otorgase un derecho a recibir y proveer la ayuda que fuese necesaria para morir. El juez McCarter estableció que en virtud del Artículo II, secciones 4 y 10 de la Constitución de Montana, si debería existir el derecho a una muerte digna para aquellos pacientes que tuviesen una enfermedad terminal y fueran competentes para hacerlo. Sin embargo, el 31 de diciembre de 2009 el Fiscal General de Montana revocó dicha decisión.

Pero el Tribunal volvió a pronunciarse y estableció que no hay indicación alguna en la ley del Estado de Montana de que el suicidio asistido prestado a aquellos pacientes que sufren una enfermedad terminal, y sean mentalmente competentes para hacerlo vaya en contra del orden público.

²² La sección 4 regula la dignidad de la persona: Establece que es inviolable y que debe ser otorgada en todo caso, sin que quepa su denegación o ningún tipo de discriminación conforme a la misma

²³ La sección 10 regula el derecho a la “privacy”: Establece que a no ser que exista un interés fundamental por parte del Estado por protegerlo, el derecho a la privacy de cada persona de forma individual ha de considerarse esencial para un estado libre y no ha de ser infringido en ningún caso.

De esta forma, el derecho al suicidio asistido se encuentra asegurado por tres derechos constitucionales en la Constitución de Montana.

- El primero, al afirmar que existe una igualdad de protección o “ equal protection”.

Así la Corte Suprema juzga el caso con arreglo a la cláusula que establece que “ todo el mundo debería tener un trato igual respecto a la protección en las leyes”. Se afirma que existe un tratamiento constitucional diferente para aquellos que “rechazan” un tratamiento médico, de aquellos que “deciden llevar a cabo” el suicidio asistido. Es decir, se hace hincapié en la legalidad del acto de omisión (simplemente rechazar el tratamiento) como contraposición a la ilegalidad del acto cuando éste busque proporcionar asistencia para morir. De esta forma, se estaría violando una regla básica en la Constitución como es la de protección igual a todos aquellos que se encuentran en una circunstancia parecida.

Al revisar el caso *Vacco*, el TS concluyó que la clasificación legislativa es diferente y es por ello, que también merece un tratamiento diferente. En el caso de rechazar el tratamiento, el paciente muere a causa de la enfermedad. En cambio, en el caso de suicidio asistido es la droga que se le da lo que acaba con su vida²⁴ . El Tribunal también toma en consideración otra distinción importante como es la motivación que impulsa el acto. En el primer caso el médico tan sólo está respetando y obedeciendo los últimos deseos del paciente, mientras que en el caso del suicidio asistido la intención del médico tiene la única finalidad de que es tan solo que su paciente muera, siendo el único fin de la acción: causar la muerte. Por ello, haciendo referencia de nuevo a la sentencia *Vacco*, el TS formula su decisión basándose en la distinción en base al tipo de acto realizado. De tal forma, si hablamos del derecho a desenchufar a una persona, es el paciente quien toma la decisión pues cuenta con ese derecho de libertad con respecto a la intromisión de un médico en su cuerpo; es una simple omisión. Mientras que en el caso del suicidio asistido se necesita una actuación positiva del médico dirigida a matar de forma activa al paciente. En base a estos argumentos el tribunal concluye que no

²⁴ *Vacco*, 521 U.S. at 801

existe vulneración alguna a la cláusula de igualdad y ello no justifica el reconocimiento de un derecho a morir.

- El segundo, al revisar el caso *Armstrong* y concluir que la dignidad de cada individuo es un derecho fundamental e inviolable protegido por la Constitución. Toda persona, debería poder decidir sobre las cuestiones más trascendentales de sus vida por sí misma, respondiendo a sus convicciones personales. De tal forma, un tratamiento que supone una degradación de la persona y que quita valor a las mismas, supondría una violación directa y manifiesta al derecho constitucionalmente protegido de la dignidad.

En este caso el TS amplió los límites, protegiendo este derecho, por ser tan importante, incluso en los casos en los que no esté expresamente recogido en la Constitución Federal como dignidad. El TS hace referencia al mismo en el contexto de otros derechos individuales²⁵.

- El tercer y último: El derecho a la “privacy”, que aparece regulado en la Constitución como un derecho necesario para garantizar la configuración de una sociedad libre y que por lo tanto no deberá ser infringida salvo que exista una obligación del Estado que justifique ese ataque²⁶. Así lo establece el TS que considera este derecho como uno de los más protegidos constitucionalmente, siendo tan extensa esta protección, que incluso se pone por encima de otros derechos otorgados por la Constitución americana (*Armstrong*). Este derecho incluye también la autonomía personal de cada paciente para realizar juicios médicos que afecten a su integridad y salud y de esta forma el TS concluye que no existe ningún derecho más sagrado o protegido por la ley que el derecho de todo individuo a tener la posesión y el control de su persona, siendo ésta libre de toda interferencia externa.

²⁵ ver *Rosenblatt v. Baer*, 383 U.S. 75, 92 (1996) el derecho a la protección a la reputación individual, *Cruzan v. Dir., Mo. Dep’t of Health* 497 U.S 261, 289 (1990).

²⁶ Es un derecho fundamental y por tanto solo puede ser limitado en la medida en que exista un interés mayor por parte del Estado, al tener éste una obligación de velar por el cuidado y bienestar de sus ciudadanos.

Con estos argumentos el TS termina por consolidar esta doctrina protectora del derecho a la “privacy” y autonomía personal a la hora de tomar la decisión sobre nuestra propia vida, recordando a su vez la inviolabilidad del derecho a la dignidad en la Constitución.

Sobre estos derechos el TS confirma que existe un derecho a decidir sobre el suicidio asistido para toda aquella persona que sea competente para solicitarlo y tenga una enfermedad terminal.

Además en *Armstrong* ya se había dictaminado la necesidad de asistencia de un médico para llevar a cabo el suicidio asistido, pues en el caso de que no se hiciese así, lo más probable sería que el individuo se suicidase de forma indigna. Es por ello que la autorización para llevar a cabo el acto debe acompañarse a su vez de una despenalización legal del comportamiento del profesional que preste la ayuda y no calificar su acto como homicidio.

También resulta interesante el análisis que hace el tribunal en este caso sobre las obligaciones del Estado que pueden llegar a limitar tal derecho, que son los siguientes:

- La preservación de la vida de sus ciudadanos como consecuencia de su obligación de velar por el bienestar de sus ciudadanos.
- El interés más importante de un Estado es la protección de la vida humana. Es por ello que la legalización del suicidio podría resultar contradictoria, pues está atentando directamente contra la vida de sus ciudadanos, algo que trataba de proteger. Es por ello que debe aclararse, que el interés del Estado por preservar la vida es de forma general, pero parecería muy difícil llegar a imaginar que un Estado quisiese proteger la vida de una persona que está sufriendo muchísimo y cuyo enfermedad terminal, de todas formas, va a acabar con su vida en un espacio temporal muy breve, pues ni siquiera los cuidados paliativos curan la enfermedad, tan solo la apaciguan. Es tan sólo en esos casos, donde el interés u obligación del Estado disminuye o se pondera a favor de otros derechos constitucionales del individuo como son su dignidad o “privacy”. Se debe llevar

a cabo ese balancín test entre los intereses del Estado y los del individuo, y sólo en casos extremos (enfermedad terminal), deberán prevalecer estos últimos sobre los del Estado permitiendo así la muerte del individuo.

El juez O'Connor también muestra su preocupación por el riesgo que supone esta decisión para los grupos más vulnerables. Éstos pueden verse expuestos a abusos potenciales, en los que otros deciden por ellos llevar a cabo el suicidio asistido, y la decisión por tanto, no es del todo voluntaria. Pero el Tribunal concluye que se puede ejercer este interés del estado sin que haya una necesaria negación del derecho constitucional de la persona a morir dignamente.

- Por último se plantea si la protección de la integridad y la ética de la profesión médica se va a ver afectada por esta decisión.

El tribunal se pronuncia sobre todos estos aspectos y concluye que el derecho a la “privacy” y dignidad humana juntos suponen el reconocimiento de un derecho a los pacientes que sean competentes y tengan una enfermedad terminal a morir con dignidad. De esta forma se prestará la posibilidad a todo paciente en estas situaciones para que tenga derecho a la asistencia de un médico cuando así lo solicite. Este derecho también incluye una protección al profesional que le ayude a hacerlo al exigirle responsabilidad por su actuación. El Estado es consciente de que debe proteger la vida de forma general pero considera que no es incompatible con el derecho del paciente a recibir una muerte digna.

La resolución del caso Baxter v. Montana determinó que los pacientes que fueran competentes y enfermos terminales podían pedir la medicación letal que acabase con sus vidas. El TS de Montana sostuvo que aunque no existe un derecho constitucional al suicidio asistido en Montana, tampoco existe una regulación en contra.

Sin embargo en el caso, el Tribunal evito contestar de forma directa a la pregunta presentada en el caso ¿ Es el suicidio asistido un derecho garantizado por la Constitución del Estado de Montana?. Dado que, como hemos dicho, en la actualidad

no hay un protocolo legal y este derecho no fue creado a través de la legislación, la protección ofrecida por el Estado de Montana al suicidio asistido es mucho más tenue que la protección de otros Estados como Oregón y ello podría causar ciertas desprotecciones constitucionales a la hora de su aplicación.

3. Aplicación y problemas

3.1 Consecuencias de la descentralización de Estados

La descentralización o posibilidad de regulación diferente en cada Estado es una consecuencia de la decisión del TS que deja libertad a cada Estado de regular o no regular esta cuestión y en su caso, de hacerlo de manera diferente. Esto da lugar a que pueda haber Estados donde exista el auxilio al suicidio y otros en los que no exista, así como también, casos en los que los requisitos (necesidad de residencia, procedimiento más o menos riguroso) tengan un régimen más flexible que otros. Cuando una situación así ocurre, lógicamente se plantea la cuestión de si es posible, o en su caso, ¿cómo evitar el llamado turismo de la muerte o desplazamiento de una persona residente en un Estado con legislación restrictiva a otro que permite el suicidio asistido o que lo hace con requisitos muy ligeros?. Esto, incluye también la posibilidad de desplazarse al extranjero para buscar una legislación más benévola. La pregunta es: ¿sería posible evitar el turismo de la muerte?

3.1.1 El problema del turismo de la muerte

Cuando hoy en día un sujeto con una enfermedad terminal opta por morir de forma anterior a lo esperado y hace un viaje a alguno de los Estados que han legalizado el suicidio asistido, éste viaje sin regreso se denomina el “turismo de la muerte”²⁷.

²⁷ Foster, C. (2015). Suicide tourism may change attitudes to assisted suicide, but not through the courts. *Journal of Medical Ethics*, vol. 41, n.8.

Este fenómeno de forma amplia hace referencia al turismo de la muerte médico²⁸ que de forma planificada se van a llevar a cabo en lugares distintos al de residencia, lo cual lleva a tener en cuenta las cuestiones éticas, legales, políticas y económicas de tal medida.

Una subespecie de este turismo médico sería el turismo de la muerte. Una gran parte de la población americana busca viajar a otros países, buscando recibir un tratamiento similar al estadounidense con un coste muy inferior. Esta decisión no sólo esta basada en ventajas económicas sino también en la posibilidad de evitar los requisitos legales más estrictos a cumplir en EEUU para poder acceder a recibir dichos tratamientos. Esto hace que para muchos sea interesante el viaje a Suiza.

La última consideración a tener en cuenta es que en algunos países europeos no es necesario ser residente para recibir el auxilio al suicidio, por oposición a los procedimientos legales requeridos en Estados como Washington, California...

Se podría ver así una cierta analogía con el caso del aborto. En países como Irlanda en el que era considerado ilegal, aproximadamente 7000 mujeres al año viajaban a Reino Unido para abortar. Se pone así de manifiesto una discriminación por razón de la riqueza y un atentado a la igualdad de las personas. Parece que todos aquellos que se pudieran permitir económicamente un viaje a suiza o el coste del tratamiento podrían tener acceso al tratamiento de suicidio asistido, mientras que otros ciudadanos, cuyos países consideren ilegal esta práctica y no tienen los medios necesarios, nunca llegarían a tener esta posibilidad.

En Europa, el problema del turismo de la muerte empezó con Diane Pretty en un intento

²⁸ Srinivas, R.V.(2011).Exploring the potential for American death Tourism. MSU Journal of Medicine and Law, vol. 13, pp. 97-122.

fallido por legalizar el suicidio asistido en Reino Unido y atrajo la atención del público con la muerte de Reginald Crew en Suiza. Como consecuencia Suiza procedió a legalizar el suicidio asistido para evitar el turismo de la muerte a otros países.

En el caso de EEUU, las decisiones políticas que hacen referencia a los procedimientos de acabar con la vida presentan una gran controversia y por ello son muy delicadas, pues tienen que tomar en consideración todos los aspectos morales asociados, valores tan importantes como la dignidad humana, la ética la religión.

Es por ello, que la decisión de prohibir estas prácticas por parte del Estado, aunque no sean aceptadas por todos, reflejan la preocupación existente de los sistemas políticos de cada Estado por proteger los valores y riesgos a los que pudieran estar sometidos sus habitantes si esta práctica fuese puesta en marcha.

No es extraño por tanto, que EEUU esté preocupado al ver que los ciudadanos a quienes trata de proteger con tales medidas, busquen evadir esta protección acudiendo a la jurisdicción de otro Estado que si tiene legalizado el suicidio asistido, incumpliendo de esta forma las barreras legales establecidas por su propio sistema jurisdiccional.

Aunque muchos americanos también busquen evadir la legalidad en su país viajando a Europa para consumir drogas antes de los 21 años, éste viaje no supone un gran problema para los gobiernos de Estados Unidos, mientras que el turismo de la muerte si. Aquí hay un derecho mucho mayor en riesgo, no sólo se trata de la salud de sus ciudadanos, sino de sus vidas.

A continuación realizaré un análisis sobre las diferentes formas en las que el Estado y su gobierno podrían impedir el turismo de la muerte, considerando la viabilidad, efectividad y constitucionalidad de todas las posibilidades.

Estados Unidos, está configurado con una estructura federal que da dos posibilidades a

aquellos que deseen acabar con su vida. En primer lugar, podrían optar por ir a otro país europeo²⁹ como Suiza que en el que ni siquiera se exige ser residente en su país, o, en segundo lugar, podrían viajar de forma doméstica a algún otro Estado de EEUU que si haya legalizado el suicidio asistido.

Es decir, hasta ahora aquellos Estados o países que lo han legalizado, han solicitado el requisito de residencia como uno de los presupuestos de aplicación, pero podrían quitar este requisito, pues no existe una obligación legal de exigir el mismo. Esta sería una de las formas acabar con el turismo de la muerte. Incluso serían aquellos Estados que lo regulan, y no los demás, los que deberían cumplir con los requisitos como la no violación de la cláusula de inmunidad y de privilegios de la Constitución americana mediante la restricción del derecho a viajar.

Para acabar con el turismo de muerte tanto a nivel nacional como internacional, los gobiernos estatales y federales tendrían dos opciones:

- Establecer una legislación extraterritorial: que supondría establecer prohibiciones para que los residentes del Estado pudieran someterse a un tratamiento de este tipo en un Estado diferente. Esto plantea problemas complejos de derecho internacional privado en la medida en que parece que el punto de conexión más adecuado sobre todo cuando hablamos de derecho penal es el lugar donde se producen los hechos no la nacionalidad o residencia del que los efectúe.
- Poner restricciones al derecho a viajar de los ciudadanos limitando o penalizando aquellos viajes que estuvieran permitidos para poder llevar a cabo el suicidio asistido. Esta medida es inconstitucionalmente inabarcable, por cuanto que es contrario a la Constitución restringir el derecho a viajar a otro lugar de sus ciudadanos.

²⁹ De Cruz, P. (2005). *The Terminally Ill Adult Seeking Assisted Suicide Abroad: the Extent of the Duty Owed by a Local Authority*. *Revista Medical Law Review* vol. 13 iss.2 pp.257-67.

Sin embargo, ninguna de estas dos medidas parece adecuada para solucionar el problema pues en el primer caso, no habría ningún sujeto que se pudiera penalizar por viajar a Suiza, al haberse suicidado este, y en el otro caso las limitaciones para poder viajar a otro Estado vecino en EEUU podrían incluso llegar a ser efectivas pero serían inconstitucionales o políticamente imposibles de llevar a cabo.

3.2 La denominada pendiente resbaladiza

Al observar ciertos elementos de forma colectiva se pueden extraer las siguientes observaciones sobre las leyes que regulan el auxilio al suicidio: No existe un único modelo de suicidio asistido, se permite llevar a cabo este procedimiento a una gran variedad de pacientes (aquellos que sufren enfermedades terminales o no terminales, enfermedades físicas o mentales, con competencia o sin ella...). Todas estas consideraciones dan lugar a el análisis de la “slippery slope”. El concepto de “slippery slope” o pendiente resbaladiza³⁰ es un concepto filosófico y legal bastante complejo que viene a sostener que una excepción a la ley es seguida por más excepciones hasta llegar a un punto en el que se alcanza aquello que de forma inicial hubiese parecido completamente inaceptable.

Se puede interpretar este concepto partiendo del razonamiento de que la aceptación de un tipo de suicidio asistido dará lugar a otro tipo, aún menos aceptable de suicidio asistido.

Otra interpretación sería concebir el suicidio asistido, que un primer momento se reguló y así sucesivamente pensando que sería la última opción a elegir por el paciente, cuando ninguna otra fuese posible para aliviar el sufrimiento, es decir, para situaciones concretas y muy difíciles. Sin embargo, podría llegar a convertirse con el tiempo en la

³⁰ Shariff, M.J.(2012,June). Assisted death and the slippery slope- finding clarity amid advocacy, convergence, and complexity.Current oncology, vol. 19, n.3, pp.143-153.

primera solución a escoger, la opción más fácil y accesible para acabar con el sufrimiento, en lugar de buscar cualquier otra alternativa.

De forma gráfica, se podría representar de la siguiente manera:

A: Lo que se busca permitir



B: Lo que se busca evitar

Figura 1: El modelo básico de pendiente resbaladiza

El punto A constituiría el permiso otorgado a los médicos para llevar a cabo el suicidio asistido, a solicitud voluntaria de todos aquellos pacientes que estuvieran sufriendo de forma absolutamente intolerable. Mientras que el punto B sería la consecuencia de una implementación extensiva y amplia del punto A; es decir aquello que en un primer momento se trató de evitar. Sosteniendo este argumento A nunca puede ser igual a B.

El punto A tendría establecidos unos requisitos expresamente tasados (como supuestamente hacen los Estados de Oregón, Washington...) como son: una enfermedad terminal, que queden menos de 6 meses hasta la muerte, un consentimiento informado y voluntario...y el punto B sería una mala aplicación de los mismos, sobrepasando los límites legalmente establecidos en un primer momento. Esta situación puede traer consecuencias nefastas sobre un Estado, al permitir, finalmente, que sus ciudadanos lleven a cabo el suicidio de una forma legal y sencilla. Este argumento por ello establece que se sigue una rampa lógica en la que lo normal es que acabemos permitiendo B una vez que hayamos permitido y legalizado A.

Se trata así de identificar aquellos factores que de forma positiva pueden colaborar o ayudar a dar estabilidad a un cierto estado de cosas, así como aquellos factores que desestabilizan el modelo y podrían causar precisamente ese desliz de la situación A a la B.

Esta situación se puede ver reflejada en la siguiente figura:

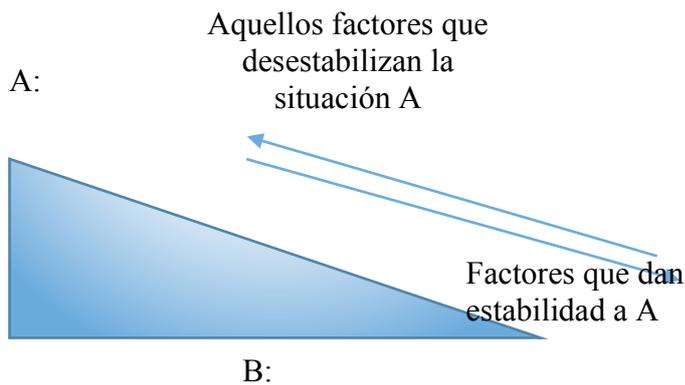


Figura 2: La mecánica de la pendiente resbaladiza

Este modelo tiene dos tipos de pendientes. Una que es lógica que establece que estamos mentalmente más proclives a aceptar B una vez que hayamos permitido A. Otra pendiente que es más empírica o psicológica que establece que el efecto de aceptar A, es que a través de un proceso social o psicológico, antes o después acabaremos aceptando B también. De tal forma que el argumento sería, si A siempre va a derivar a B, lo mejor sería no permitir A.

Sin embargo, en la actualidad ya son muchos los Estados que regulan este fenómeno y por ello, conscientes de que existe en la realidad esta tendencia a la pendiente resbaladiza, el descenso por ella parece inevitable y es por ello que los Estados deben proceder a actuar sobre ello, tomando las medidas que sean necesarias para evitar que continúe incrementándose el número de casos permitidos y el resultado sea catastrófico. Algunas de las medidas que pueden ser llevadas a cabo por los Estados serían las de establecer controles más rigurosos para asegurar que los requisitos establecidos

legalmente son efectivamente comprobados y sancionar a aquellas organizaciones que no los obedezcan.

3.2.1 Consideraciones socio económicas del suicidio asistido

Existe un interés evidente por parte del Estado americano de tratar de ahorrar en los gastos dedicados a las personas mayores en sus últimos días de vida. Numerosos incentivos financieros ponen de manifiesto como muchos de los Estados tratan de facilitar el suicidio asistido para no hacer frente a unos costes médicos elevadísimos en esos últimos años de vida de las personas mayores. Antes de entrar en detalle sobre el sistema sanitario americano y las posibles consideraciones socioeconómicas derivadas del mismo han de tenerse en cuenta los siguientes elementos:

En primer lugar, al hablar de la regulación sobre el suicidio asistido, siempre se esta trabajando sobre un esquema ideal, es decir, partiendo de los presupuestos de que se trata de una persona debidamente informada, perfectamente consciente que además toma de forma voluntaria la decisión de acortar su vida. Se debe aclarar en este aspecto, que de forma general esta situación no es la realidad, por varios motivos:

1. Porque resulta muy planteable hasta qué punto una persona que se encuentra en una situación en la que está sufriendo un dolor muy intenso, es totalmente objetiva a la hora de tomar una decisión como la de elegir la muerte.
2. Porque en muchas ocasiones coexiste la enfermedad física con la depresión ligada a la situación en la que se encuentra el paciente.

Por estos dos motivos, es discutible que una decisión tomada en esas condiciones pueda ser calificada como voluntaria y libre.

Otra cuestión importante a tener en consideración es la posible influencia que pueda ejercer el médico en la toma de esa decisión del paciente, lo que lleva a considerar varias cuestiones:

- Primero: ¿quién es el que debería iniciar la conversación sobre ese tema?, es decir, ¿es lícito permitir que el médico pueda sugerir esta posibilidad al paciente si éste no la pide por sí mismo?.
- Segundo: Cabe plantearse si existe la seguridad de que el paciente recibe efectivamente de su médico la información adecuada sobre las opciones, y en particular, sobre los cuidados paliativos que se le pueden suministrar y que pueden aliviar su dolor.
- Tercero: Hay que tener en cuenta la relación médico paciente, muchas veces, sobre todo en sitios pequeños en los que ésta, es una relación de muchos años basada en la confianza. Ello puede llevar a que el paciente valore excesivamente o haga un caso especial a lo que le dice su médico. Habría que plantearse por tanto, y ello debe servir de enlace con las cuestiones socio económicas que pueden resumirse a continuación, lo siguiente: ¿Hasta que punto pueden influir en la decisión a tomar por el paciente circunstancias que no son exclusivamente médicas o de tipo médico sino que afectan a la economía el sistema sanitario como tal.

Vamos a referirnos especialmente al denominado “managed care” o asistencia gestionada sobre la cual conviene hacer algunas consideraciones.

Durante mucho tiempo el sistema sanitario ha funcionado sobre la base “ fee for service” según el cual el paciente o su compañía de seguros pagaban por los tratamientos que recibía el enfermo de forma individual. Como consecuencia del incremento de los costes generales de los tratamientos y del hecho de que mediante este sistema el médico no solo no tenía ningún incentivo para ahorrar, sino que por el contrario, cuantas más pruebas hacia más ganaba, se disparó el coste de la asistencia sanitaria en EEUU.

La respuesta a esta situación fue la introducción del managed care, según el cual existe un control sobre las prescripciones que efectúan los médicos a sus pacientes y se incentiva el ahorro de costes.

En la práctica, puede revestir varias formas. Es posible que se controle a los médicos que prescriben muchas recetas, excluyéndoles de la lista de médicos habilitados. También es posible, que se pague un bonus a aquellos médicos que consiguen ahorrar costes al sistema, incluso, existe un método según el cual se le paga al médico una cantidad fija por paciente (flat fee), independientemente de las necesidades de este.

Todo ello tiene las siguientes consecuencias:

En primer lugar, existe una presión muy importante sobre los médicos para ahorrar costes y una de las maneras de conseguir esto es promover el suicidio asistido frente a unos cuidados paliativos que, especialmente en los meses antes de la muerte, son tremendamente onerosos.³¹

Además, como he mencionado anteriormente, la relación médico paciente juega un papel muy importante en la decisión que toma este último por lo que existe el riesgo de que la libertad del enfermo se vea coartada por cuestiones que son ajenas a la ciencia médica como tal, y estén basadas en relaciones personales y cuestiones de confianza.

Finalmente, hay una última cuestión que resulta muy interesante para el en EEUU, por el hecho de que a diferencia de los países europeos basados en un sistema de seguridad social generalizada, el sistema de salud americano es en gran medida privado y voluntario. Supone plantearse, si la situación de penuria económica de los enfermos y en especial, el deseo de no hacer soportar a su familia unos costes médicos muy altos, acaba influyendo en la decisión del enfermo. Es posible incluso, y se ha dado el caso de que se ofrezcan productos de seguro a los enfermos, con dos precios distintos. Uno que incluye la posibilidad de cuidados paliativos caros con una prima muy alta, y otro,

³¹ Calandrillo, S.P.(1999).Corralling Kevorkian: Regulating Physician-Assisted Suicide in America .Virginia Journal of Social Policy & the Law,vol. 7, n.1, pp.68-102.

básico, que de alguna manera avocaría al paciente a tomar una decisión que igual en otras circunstancias no hubiera asumido libremente.

Finalmente, en algunas ocasiones, los fármacos contra el dolor de última generación son mucho más efectivos pero mucho más caros, por lo que si el médico para ahorrar costes trata al paciente con medicamentos más baratos pero menos efectivos, puede estar indirectamente influyendo en la decisión que tome el paciente en la medida en que pudiendo aliviar efectivamente el dolor, sin embargo, la asistencia recibida deja al paciente, con un sufrimiento que le puede inducir al suicidio asistido.

De esta forma, desde una perspectiva más económica, se podría concluir que el sistema sanitario americano no ayuda en la decisión del paciente a optar por cuidados paliativos, sino más bien al contrario, parece incentivar al paciente a optar por una vía que quizás no sea la correcta, pero que es la menos costosa y más sencilla de llevar a cabo: la de acabar con su vida mediante el suicidio asistido.

3.2.2 Como forma de evitar los cuidados paliativos

Dentro de una consideración más social del deber de proteger la vida nos encontramos la posibilidad de acudir a los cuidados paliativos. En sus inicios, la idea de poder llevar a cabo el suicidio asistido era la última opción. Sólo en ausencia de cualquier otro tratamiento, se tomaba esta opción en consideración.

En la actualidad, sin embargo, los cuidados paliativos han quedado relegados a un segundo plano y ya no son obligatorios en aquellas jurisdicciones que han legalizado el suicidio asistido. Incluso algunos países europeos como Bélgica solicitaron la obligatoriedad de imponer a los pacientes el requisito de hacer una consulta sobre los cuidados paliativos, pero dicha solicitud fue denegada.

Con la legalización del suicidio asistido la utilidad de los cuidados paliativos, así como la obligación de consultar acerca de los mismos, fue puesta en duda. Al principio la tendencia de los tribunales fue la de rechazar la posibilidad del suicidio asistido en la medida en que otros tratamientos alternativos estuvieran disponibles, a pesar de que el paciente los hubiera rechazado. Si existían tratamientos alternativos, el suicidio asistido no era una opción a considerar.

Sin embargo, posteriormente esta postura entró en conflicto con un principio visto como éticamente aceptable de que los pacientes deberían tener el derecho de rechazar cualesquiera tratamientos alternativos, si así lo estimasen oportuno.

De esta forma, la ley fue modificada para adaptarse al cambio y permitió la elección del suicidio asistido, incluso en los casos en los que el paciente hubiese rechazado otros tratamientos disponibles y menos lesivos para su salud. Ello derivó en que se pusiese en duda los sistemas de prevención del suicidio, pues en base a los derechos de autonomía y libertad, deberían darse los mismos derechos a aquellos que solicitaran el suicidio asistido, frente a aquellos que quisieran suicidarse de forma ordinaria. La pregunta era ¿dónde estaba la distinción entre una y otra?

Esto pone de evidencia que el fenómeno de la pendiente resbaladiza de forma social existe. Por poner otro ejemplo, en Suiza también se decidió reducir el número de médicos encargados de los cuidados paliativos.³² La evidencia demostraba que facilitar cuidados paliativos a los pacientes requería mucho más tiempo, dinero y complicaciones técnicas por parte de los hospitales, por lo que se pasó a sustituir los mismos por el suicidio asistido, una solución mucho más fácil y ventajosa para el Estado desde el punto de vista económico.

³² Hoffman, S. (2013). *Euthanasia and Physician- assisted suicide: A comparison of E.U and U.S law.*

Sin embargo, existen estudios médicos que demuestran que cuanto mayor es el conocimiento por parte de los pacientes acerca de los cuidados paliativos, menos proclives son estos a elegir el suicidio asistido, pues son plenamente conscientes de lo que esta última alternativa supone. Un estudio médico recientemente publicado reveló que la mayoría de pacientes que elegían el suicidio asistido tenían más de 80 años, se encontraban en coma o sufrían una enfermedad como demencia. Esto ponía en evidencia que todos aquellos pacientes que no entendiesen la magnitud del problema, o la solución ofrecida, se mostraban más vulnerables de cara a recibir un tratamiento como el suicidio asistido en lugar de recibir los cuidados paliativos, que podrían ser más adecuados, aunque más costosos para paliar su sufrimiento. Es por ello que debería darse una mayor protección legal frente a dichas prácticas para estos pacientes especialmente vulnerables, en lugar de optar por la solución más sencilla y menos costosa desde el punto de vista de los familiares o del Estado encargados de cuidar a estos pacientes.

Ante esta problemática ha de buscarse una posible respuesta. ¿Cuál sería la solución posible para el caso de que los cuidados paliativos no fueran suficientes para acabar con el sufrimiento del paciente?

El doctor Zylicz, un especialista en cuidados paliativos y suicidio asistido ha realizado un análisis estableciendo en primer lugar, los principales motivos por los que los pacientes se ven inclinados a solicitar el suicidio asistido:

- El miedo al futuro que les espera
- El deseo y la necesidad de control
- La depresión
- El sufrimiento y dolor extremos así como otros síntomas
- El cansancio de la enfermedad que sufren

Existen soluciones posibles para todos ellos, pues sólo un 10-15% aproximadamente del dolor no puede ser tratado con medicinas o cuidados paliativos.³³ Para todo lo demás existe una sedación paliativa que supone proporcionar al paciente un medicamento que le induce a un estado de inconsciencia, en el que el paciente no percibe el dolor. Es una forma ética de evitar el dolor, y no busca acelerar la muerte como es el caso del suicidio asistido. La idea es lograr el bienestar del paciente con la dosis mínima necesaria de sedación.

El problema es que la pérdida de dignidad y esperanza y el sentimiento de ser una carga lleva a muchos pacientes directamente a acudir al suicidio asistido de forma inmediata. Pero también existen medidas para mejorar ese sentimiento de dignidad perdido. La combinación con los cuidados paliativos parece la mejor solución al problema, pero la legalización del suicidio asistido ha puesto en riesgo esta solución ampliando los casos en los que se ofrece a pacientes que ni siquiera sufren una enfermedad terminal sino que simplemente alegan que están cansados de vivir. Esta legalización supone un grave riesgo a largo plazo y atenta contra los valores más fundamentales de nuestra sociedad, haciendo inefectivos e innecesarios también todos aquellos programas que buscan la prevención del suicidio, pues toda aquella persona que desee morir, puede hacerlo. Parece por tanto, que estas medidas son una manera que tiene el Estado de ahorrar sin cumplir con lo que debería ser su principal obligación: la protección de la vida de sus ciudadanos.

Para concluir me parece muy significativa la cita de Cicely Saunders , pionera en cuidados paliativos “Tú importas porque eres tú, y tú importas hasta el último momento de tu vida. Nosotros haremos todo lo que podamos, no sólo para ayudarte a morir apaciblemente, sino también para ayudarte a vivir hasta que mueras”. Esta es la mejor forma de conservar la dignidad.

³³ Tsou, J.Y. (2013). Depression and suicide are natural kinds: implications for physician-assisted suicide. *International Journal of Law and Psychiatric* vol.36,pp. 461-470.

4. Reflexión final

4.1 Evolución: Hipótesis de futuro en EEUU

Resulta una labor muy arriesgada y compleja la de intentar efectuar una previsión acerca de lo que va a ocurrir en un país, en relación con una cuestión muy concreta como es la del suicidio asistido. La evolución legislativa de este fenómeno depende no sólo de fenómenos sociales sino también de la coyuntura política que se da en un momento determinado.

Es esta conclusión tratar de hacer una reflexión final sobre lo que en mi opinión debería ser la evolución de la regulación del suicidio asistido, pero previamente a hacer ésta voy a referirme a los aspectos políticos que sin ninguna duda tendrán una influencia determinante en la evolución a corto plazo.

Recientemente, se ha suscitado un gran debate entre la doctrina y jurisprudencia de Estados Unidos acerca de cómo debería evolucionar la regulación del auxilio al suicidio en Estados Unidos, sobre todo con motivo de la elección del candidato Neil Gorsuch por parte del Presidente Donald Trump para formar parte del Tribunal Supremo.

Este candidato está en contra de toda forma de suicidio asistido e incluso ha escrito un libro, “The Future of Assisted Suicide and Euthanasia” en el que manifiesta su oposición desde un punto de vista tanto moral como legal a esta práctica. Defiende un punto de vista en el que todo ser humano tiene un valor intrínseco, y escribe en su libro, que toda forma intencional de privar al ser humano de su vida es incorrecto.

En cuanto a la opinión del propio Presidente Trump, en su campaña electoral, no declaró su oposición a la eutanasia. A la pregunta de si los pacientes terminales deberían tener derecho a acabar con sus vidas mediante el suicidio asistido, el Presidente

respondió “ Si, pero sólo después de un examen psicológico que demuestre que el paciente comprende todas las consecuencias de esta decisión”.

Después de haber señalado las circunstancias políticas actuales en Estados Unidos que pueden influir en la regulación del suicidio asistido, voy a plantear desde un punto de vista legislativo lo que debería ser el futuro del suicidio asistido, intentando contestar a las siguientes preguntas:

1. ¿ Es mejor regular o no regular esta cuestión?
2. Si admitimos que es mejor legislar sobre el suicidio asistido, ¿cómo debería ser esa regulación?

La cuestión es: si es mejor que el suicidio asistido se convierta en una situación de hecho, como ocurre en muchos sitios, donde los médicos de manera más o menos tolerada prescriben medicamentos que se asemejan al suicidio asistido, según el caso, y que no obliga a los Estados a tomar decisiones de carácter ético, o si por el contrario, es más conveniente proceder a regular esta situación.

La solución más correcta a mi juicio, sería la de regular el suicidio asistido de forma rigurosa y para supuestos concretos, evitando de esta forma, el problema de la pendiente resbaladiza, es decir, regulando la cuestión con sus correspondientes garantías y salvaguardas. Ello, por supuesto, generaría una gran oposición por una gran parte de la población que estaría en contra de su legalización por motivos éticos, religiosos etc. Pero las ventajas derivadas de una buena regulación podrían compensar la lucha necesaria contra los sectores de oposición a la regulación.

Esta mención a tratar de evitar que el suicidio se pueda llevar a cabo de forma clandestina, merece hacer una comparativa con la situación del aborto. Parece que la regulación de forma exclusiva en sólo algunos de los Estados de EEUU supone una

violación de la libre circulación de las personas y viola el derecho a la igualdad. Tener o no la posibilidad de acceder a este derecho va a depender en última instancia del mayor poder adquisitivo o capacidad económica de las personas. Todos aquellos individuos que tengan la suficiente capacidad económica para viajar a Oregón por ejemplo, siempre que también cumplan los requisitos legalmente establecidos, tendrían acceso al derecho al suicidio asistido, mientras que aquellos otros con un poder adquisitivo bajo, carecerían de él. Esta situación en la práctica, genera grandes desigualdades entre las personas, y podría desencadenar en que aquellos que no puedan acceder al suicidio asistido por la vía legal y ordinaria, llevaran a cabo el mismo por otros cauces mucho más peligrosos. Como he mencionado, esta situación se produce de forma análoga en el caso del aborto, en el que todas aquellas personas que poseen menos recursos, acaban realizando tales actos en la clandestinidad.

Como he dicho previamente, sería recomendable, llevar a cabo una regulación adecuada del suicidio asistido por los siguientes motivos:

- En primer lugar, para la protección del paciente:

Regularía sus derechos y le otorgaría al paciente una cierta seguridad jurídica. Si algo fuese mal en el procedimiento, el paciente o su familia tendrían abierta la vía legal para demandar por daños y perjuicios al médico encargado, lo cual supondría un gran incentivo para que las cosas se hiciesen de forma correcta por miedo a una posible demanda.

Otro argumento a considerar, sería el hecho de que regular esta materia supondría establecer un procedimiento que contase con las necesarias garantías y protecciones a las personas más vulnerables. Tendría que regular los derechos de los incapacitados, de los menores, pero fundamentalmente que la decisión se tomase efectivamente de forma libre e informada.

- En segundo lugar, para la protección de los médicos o profesionales intervinientes:

Los médicos deberían tener la libertad de decidir si quieren practicar o no estas intervenciones en virtud de la cláusula de conciencia, pero a través de esta regulación se verían también protegidos contra las posibles acciones penales que pudieran derivar en el caso de que colaborasen en este tipo de actos.

En las situaciones no reguladas, ocurre de forma frecuente, que el médico por consideraciones vinculadas con la dignidad humana o el deseo de no querer hacer sufrir a un paciente, se situaría en una posición que puede acarrearle graves problemas jurídicos y profesionales.

Finalmente, también sería bueno regular de forma adecuada el suicidio asistido en el futuro, para que los intervinientes económicos y en particular las compañías de seguros dispusieran de la información pública necesaria para diseñar sus pólizas y sistemas de cobertura en general.

Por todo lo anterior, asumiendo que es mejor regular que no regular, resulta conveniente plantearse cómo debería ser esa regulación, en particular en cuanto a los siguientes aspectos:

- 1) Legislación federal o estatal: Considero que es preferible una regulación federal de esta materia, pero también habría que plantearse como llevar a cabo ésta considerando:

En primer lugar, la posible extensión o no extensión de la regulación federal o generalizada por parte de los Estados. Si se optara por la solución de regular de forma federal el suicidio asistido, se podría evitar el problema del turismo de la muerte.

Además, habría que tener en cuenta que no es suficiente con generalizarlo, sino que haría falta que la regulación fuese uniforme, pues perdería su funcionalidad si unos

Estados tuviesen una regulación más estricta que otros. De ahí deriva la necesidad de una regulación federal en todos los EEUU, que encontraría su punto de apoyo en la existencia de un derecho a morir. Sin embargo, el TS no ha querido reconocer hasta la fecha actual un derecho a morir como tal.

Esto supone un obstáculo muy importante ya que si no existe un derecho fundamental que defender, el reparto de funciones entre el Estado federal y los Estados a nivel particular, tiende, como así ha dicho el Tribunal Supremo a hacer que la regulación proceda de estos últimos. La única esperanza sería que se efectuara, a la vista de la evolución sociológica de la sociedad americana, una revisión del derecho a la “privacy” que permitiera su regulación federal. Es decir, dentro de los conceptos generales que han sido establecidos por la Constitución de Estados Unidos, la labor del TS es la de interpretar dichos conceptos, adaptándose los mismos en cada momento a la situación actual de cada país. Por ello si se modificase el derecho a la “privacy” y lo regulase el gobierno federal estableciendo unos criterios comunes o presupuestos tasados que permitiesen este derecho a morir, la sociedad americana probablemente se beneficiaría enormemente de esta decisión.

Otra posibilidad, sería que se introdujera este derecho por vía de enmienda a la Constitución americana. Si ello no ocurre, seguiremos con la legislación estatal, posiblemente extendida a más Estados, y por lo tanto con los problemas ya vistos de diferencia de requisitos y del llamado turismo de la muerte.

- 2) Decidir si se opta por una regulación muy estricta, o por el contrario, si debería optarse por una regulación más laxa y flexible, adaptable a un gran número de casos.

En este último punto, considero que lo más adecuado es inclinarse por una regulación estricta, por varios motivos:

El primero y más fundamental, que, como hemos visto en este trabajo el derecho que aquí se pone en riesgo es el más importante de todos los que un ser humano puede poseer: el derecho a la vida. De forma que este sólo podría ser limitado o atacado si existe una consideración muy particular, en el que el sufrimiento de la persona es tan intolerable, que en este caso, ni siquiera la defensa del derecho a la vida sería justificable. Existen ciertos supuestos en los que la obligación del Estado por proteger a sus ciudadanos vencería o se limitaría a favor del apaciguamiento del sufrimiento de un ser humano.

El problema es, que ello no da lugar a que la sociedad pueda convertir el derecho a morir en la primera opción posible para el paciente sino que ésta ha de ser sin duda, la última a considerar. Por lo tanto, el objetivo de la regulación sería reconocer al paciente un derecho a morir, pero también evitar los posibles abusos por parte de el Estado, los médicos, compañías de seguro etc., pues parece relativamente sencillo tratar de atentar contra la decisión de una persona respecto a su vida. Se trata de defender al paciente, porque éste es el objetivo primordial, asegurar que nadie se vea entrometido en su decisión de acabar con su vida o continuar viviendo. Y es que es tan fundamental este derecho a la vida, que es por ello que existen numerosas alternativas como son los cuidados paliativos que pueden disminuir el dolor de su paciente sin tener que acabar con su vida. Pueden prolongar los últimos días de vida del paciente, reduciendo el dolor de forma que éste pueda tener derecho a unos pocos días más de vida.

4.2 Regulación en EEUU y su posible impacto en Europa

Vistos los problemas derivados de la regulación del auxilio al suicidio en Estados Unidos voy a proceder a analizar su posible impacto en Europa tratando de contestar a su vez a la pregunta inicial de si se trata de una excepción o de un camino hacia la despenalización en los países europeos?

En la actualidad, el auxilio al suicidio es legal en pocos países europeos. El CEDH reguló en su artículo 2 el derecho a la vida, tratando de configurar este derecho como primordial e inatacable. Es por ello, que todas las jurisdicciones que procedieron a su legalización trataron de establecer medidas de protección y barreras legales que pudiesen prevenir el mal uso, o incluso abuso de estas prácticas en su aplicación. Algunos de los requisitos que fueron exigidos son los siguientes: un consentimiento informado, la capacidad necesaria para poder tomar decisiones, la voluntariedad del acto, de forma similar al modelo establecido por Estados Unidos. Sin embargo, la realidad y los datos analíticos del número de suicidios asistidos llevados a cabo en la práctica en Europa es una prueba suficiente para corroborar que las leyes y las protecciones legales establecidas han sido continuamente ignoradas y trasgredidas.

A nivel europeo, un número estimado de 910 personas al año reciben el tratamiento de suicidio asistido sin que haya constancia de un consentimiento expreso previo de dichos pacientes, y además, la mitad de los casos llevados a cabo no son posteriormente comunicados a las autoridades. La realidad es que, a pesar de que esta práctica fue aprobada de forma inicial pensando en los casos extremadamente graves, hoy en día existen jurisdicciones que incluso extienden los supuestos de suicidio asistido a menores, recién nacidos, y personas con discapacidad. Parece que el requisito de tener una enfermedad terminal ya no es necesario.

Un ejemplo de la mala aplicación práctica del suicidio asistido serían los Países Bajos, que incluso han llegado a plantear la legalización para toda aquella persona mayor de 70 años que no desee seguir viviendo, siendo aceptable “ que estén cansados de la vida”. Este país, ha pasado de permitir que el suicidio asistido fuera la última opción, a permitir en la actualidad, que sea la primera. Naciones Unidas ha establecido que esta regulación viola la Declaración de los Derechos Humanos porque atenta contra los derechos de seguridad, e integridad física de las personas. De esta forma, podríamos decir que la legalización del suicidio asistido conlleva muchos riesgos que afectan a los valores primordiales de las sociedades y además no contiene los controles o

presupuestos de seguridad necesarios para asegurar que sólo se de para casos tasados y muy difíciles, extendiéndose de forma resbaladiza a muchos otros.

Tanto en Estados Unidos como en Europa, la autonomía y la libertad del individuo son sin duda valores fundamentales en la sociedad actual, pero tienen límites. Uno de ellos, es el de proteger la comunidad a una escala mucho mayor. Es por ello que en nuestra sociedad existen controles de velocidad, de alcoholemia etc.... y por ello la pregunta es ¿ en qué se diferencian estos controles de los establecidos para el suicidio asistido?. ¿ No debería el derecho a la vida, un derecho constitucionalmente fundamental en todos los aspectos, recogido y protegido de manera mucho más exclusiva?

Sin embargo, este tema no es nada sencillo, y siempre existe el riesgo de acabar con la pendiente resbaladiza, aceptando supuestos que en un primer momento resultaban ser absolutamente intolerables., como ha sucedido en Europa. La excepción de la excepción y el tratar de conceder a todo el mundo la garantía de sus derechos puede tener el efecto opuesto al que se trataba de evitar: acabar por legalizar todo tipo de supuestos que permitan llevar a cabo el suicidio asistido haciendo que éste sea la norma general y no la excepción.

Otra consecuencia de la mala aplicación en Europa del suicidio asistido ha sido que en muchos de ellos, se ha llegado a considerar que el fenómeno del suicidio asistido es tan sólo una forma de discriminación hacia aquellas personas que sufren una enfermedad crónica, pues a estas personas se les obliga a sufrir más que a aquellas que tienen una enfermedad terminal y para las que el suicidio asistido es una posibilidad legal. Existen también riesgos a que el sistema no pueda predecir cuando los casos no son voluntarios sino que las personas están sometidas a una presión externa.

Tras una visión de la problemática de aplicación del suicidio asistido en Europa, así como de la dispersión normativa existente en los diferentes países europeos, se podría concluir que el modelo europeo no es una analogía del americano, sino que más bien es

autónomo. Estados Unidos ha permitido de forma estatal regular el fenómeno, pero todos aquellos Estados que han procedido a su legalización han partido de las cautelas y bases normativas establecidas por la Ley de Muerte con Dignidad de Oregón. De ésta forma, al hacer la comparativa se han visto pequeñas modificaciones o diferencias legislativas, pero de forma global, existe una cierta protección o seguridad jurídica para sus ciudadanos en EEUU. No se puede decir lo mismo de países europeos como Suiza, Países Bajos, Bélgica, que han ampliado esta regulación de forma que el suicidio asistido ya no es excepción.

Finalmente, con la elección de Neil Gorsuch, el futuro de la regulación del suicidio asistido en Estados Unidos podría tender hacia la excepción, mientras que el futuro de Europa parece encaminarse más bien hacia la despenalización del mismo. Sin embargo, no se puede generalizar esta suposición pues en Europa coexisten numerosos países, y muchos de ellos, teniendo en cuenta las consideraciones tanto éticas como legales que se pueden ver implicadas en el proceso de legalización del suicidio asistido han mostrado su oposición a dicha regulación por los posibles riesgos que ello puede conllevar. Muchos, han optado por extender y mejorar los sistemas de cuidados paliativos, a pesar de que ello suponga un mayor coste económico, además de tratar de llevar a cabo una efectiva información a sus ciudadanos sobre los posibles riesgos y consecuencias derivados de estas decisiones.

Bibliografía

Legislación

- Constitución Española de 1978
- Constitución de los Estados Unidos de Norteamérica de 1787
- Declaración Universal de los Derechos Humanos 1948
- Convenio Europeo de Derechos Humanos de Roma de 1950

Jurisprudencia Europea

- *Pretty v. The United Kingdom*, 35 E.H.R.R 1 (2002)

Jurisprudencia Americana

- *Gonzales v. Oregon* (546 U.S. 243 (2006))
- *In Re Quinlan* (70 N.J. 10 (1976))
- *Superintendent of Belchertown State Sch. v. Saikewicz* (373 Mass. 728 (1977))
- *Conroy* (98 N.J. 321 (1985))
- *Cruzan v. Director, Missouri Dept. of Health* (497 U.S. 261 (1990))
- *Vacco v. Quill* (521 U.S. 793 (1997))
- *Washington v. Glucksberg* (521 U.S. 702 (1997))
- *Griswold v. Connecticut* (381 U.S. 479 (1965))
- *Roe v. Wade* (410 U.S. 113 (1973))
- *Lee v. State of Oregon* (891 F. Supp. 1439 (D. Or. 1995))

Obras doctrinales

- Calandrillo, S.P.(1999).Corralling Kevorkian: Regulating Physician-Assisted Suicide in America .Virginia Journal of Social Policy & the Law,vol. 7, n.1, pp.68-102.

- Cohen-Almagor, R. (2008). *The right to die with dignity: an argument in Ethics and Law*. Revista electrónica de Health Law & Policy, pp. 2-8, disponible en <http://ssrn.com/abstract=1292302> (última consulta en 21/03/2017).

- De Cruz, P. (2005). *The Terminally Ill Adult Seeking Assisted Suicide Abroad: the Extent of the Duty Owed by a Local Authority*. Revista Medical Law Review vol. 13 iss.2 pp.257-67.

- Foster, C. (2015). Suicide tourism may change attitudes to assisted suicide, but not through the courts. Journal of Medical Ethics, vol. 41, n.8.

- Hoffman, S. (2013). *Euthanasia and Physician- assisted suicide: A comparison of E.U and U.S law*. Copia electrónica disponible en <http://ssrn.com/abstract=2041561> (última consulta el 03/06/2017).

- Juanatey Dorado, C. (2002). La disponibilidad del derecho a la vida en la jurisprudencia y en la legislación de los Estados Unidos de América. Alicante, España: Jueces para la democracia.

- Kaveny, C. (2010). *Peaceful and private; Montana's Supreme Court rules on assisted suicide*. Revista electrónica de Commonweal, pp.1-3, disponible en <http://www.cweal.org> (última consulta el 01/06/2017).

- McLellan, F.(2001). US Government undercuts Oregon's assisted-suicide law. The Lancet vol.358, pp.1788.

- Oregon Department of Human Services(2003). Fifth annual report on Oregon's Death with Dignity act. Portland, Oregon: Department of Human Services.
- Rey Martínez, F. (2008). *El debate de la eutanasia y el suicidio asistida en perspectiva comparada. Garantías de procedimiento a tener en cuenta ante su eventual despenalización en España*. Revista de Derecho Político, N°71-72,pp. 439-477.
- Shariff, M.J. (2012). *Assisted death and the slippery slope-finding clarity amid advocacy, convergence, and complexity*. Revista electrónica de Current Oncology, pp. 143-154, disponible en <http://ssrn.com/abstract=2195766> (última consulta en 15/03/2017).
- Srinivas, R.V.(2011).Exploring the potential for American death Tourism. MSU Journal of Medicine and Law, vol. 13, pp. 97-122.
- Tsou, J.Y. (2013). Depression and suicide are natural kinds: implications for physician-assisted suicide. International Journal of Law and Psychiatric vol.36,pp. 461-470.
- Youngner, S. (2003). The case against assisted suicide for the right to end-of-life care. Baltimore,Maryland,:Johns Hopkins University.