

LA JURISPRUDENCIA DEL TEDH SOBRE EL DERECHO A LA DISPOSICIÓN DE LA PROPIA VIDA

THE ECHR'S CASE-LAW ON THE RIGHT TO DIE

Dr. JORGE ANTONIO CLIMENT GALLART

Profesor Asociado de Derecho Internacional Público de la Universidad de Valencia,

Abogado

Jorge.climent@uv.es

RESUMEN: A través del presente texto se ha estudiado la jurisprudencia del TEDH sobre el derecho a la disposición de la propia vida. Con carácter previo se analizan los diferentes conceptos relacionados con el tema y también se hace una especial mención al concepto “margen de apreciación nacional”, por ser especialmente relevante en esta cuestión.

PALABRAS CLAVE: derecho a la disposición de la propia vida; derecho a la autodeterminación del paciente; eutanasia; suicidio asistido.

ABSTRACT: This article provides a review of ECHR's case-law on the right to die. Previously, the different concepts related to the subject are analyzed and a special mention is also made of the concept of “national margin of appreciation”, as it is especially relevant in this matter.

KEY WORDS: right to die; patient's right to self-determination; euthanasia; assisted suicide.

FECHA DE ENTREGA: 24/07/2017/ FECHA DE ACEPTACIÓN: 12/12/2017.

SUMARIO: I. INTRODUCCIÓN.- II. UNA ACLARACIÓN CONCEPTUAL PREVIA.- III. EL MARGEN DE APRECIACIÓN NACIONAL Y EL DERECHO A LA DISPOSICIÓN DE LA PROPIA VIDA.- IV. JURISPRUDENCIA DEL TEDH SOBRE EL DERECHO A LA DISPOSICIÓN DE LA PROPIA VIDA.- 1. Caso Lambert y otros contra Francia.- 2. Caso Pretty contra el Reino Unido.- 3. Caso Hass contra Suiza.- 4. Caso Gross contra Suiza.- V. CONCLUSIONES.

I. INTRODUCCIÓN.

Debemos comenzar la redacción de este artículo advirtiendo al lector qué no es, ni pretende ser, el presente texto. Así pues, no hemos querido realizar un estudio general sobre el derecho a la disposición de la propia vida, puesto que nada habríamos podido aportar a lo que tan exhaustivamente ha sido estudiado por distintos autores pertenecientes a diferentes áreas del Derecho, como Penal, Constitucional, o Civil, o incluso de otras disciplinas, como la Filosofía o las Ciencias Religiosas.

Este artículo pretende, sin más aspiraciones, exponer ante el lector cuál es el tratamiento que el TEDH ha dado a este tema, y, especialmente, si de su posición se puede deducir una tesis que sea aplicable para todos los países miembros del Consejo de Europa.

II. UNA ACLARACIÓN CONCEPTUAL PREVIA.

Con carácter previo a estudiar la posición del TEDH, sí creemos oportuno intentar delimitar diferentes conceptos que suelen ser objeto de confusión cuando se trata este tema. Por su precisión terminológica, vamos a tener presente en todo momento, y al mismo nos remitimos, el [“Informe sobre la eutanasia y la ayuda al suicidio”](#) elaborado por el Comité Consultivo de Cataluña, Organismo dependiente del Departamento de Salud de la Generalidad de Cataluña.

Lo primero que cabe distinguir son los conceptos enfermedad irreversible y enfermedad terminal. Por irreversible entenderemos la afectación grave o potencialmente grave que con los conocimientos médicos disponibles no se puede curar. Por enfermedad terminal cabe entender aquella que también es incurable, pero que, además, se encuentra en estado avanzado y que en un período corto de tiempo progresará indefectiblemente hacia la muerte.

En ambos casos, nos encontramos ante enfermedades que no tienen cura, pero en la terminal, el fallecimiento se prevé relativamente inminente, mientras que en la irreversible no necesariamente.

A ambos tipos de enfermos se les reconoce el derecho a la autodeterminación (o también llamado derecho a la autonomía personal). Se entiende por este la potestad de elegir, por parte del paciente, entre las diferentes opciones médicas existentes. Con esta concepción se supera la visión paternalista que caracterizaba a la Medicina, conforme la cual, el sanitario era el que estaba en mejores condiciones para decidir lo que era bueno para el enfermo. Ahora es el paciente el que decide lo que es lo mejor para sí, en base a su conciencia, creencias, ideología, etc., en definitiva, en base a su libertad. De hecho, el consentimiento informado es una manifestación del derecho a la autonomía personal. Es únicamente el paciente quien está legitimado para autorizar si se le interviene o no, tras haber recibido información precisa al respecto.

En relación al tema que estamos tratando, el derecho a la autonomía es trascendental, puesto que, como consecuencia del mismo, el paciente puede optar legalmente por el rechazo al tratamiento, aun cuando dicha decisión pueda comportar su fallecimiento.

En este punto, debemos tener en cuenta que dicho rechazo puede ser expresado en diferentes momentos:

Estando plenamente consciente, antes de que se proceda a llevar a cabo una determinada actuación médica o, incluso una vez iniciado el tratamiento, el paciente también podría optar por rechazar que se continúe con el mismo.

O bien, en un momento muy anterior, expresado a través del documento de instrucciones previas o voluntades anticipadas, también conocido como testamento vital. Así pues, si en dicho documento se recoge el deseo de no ser intervenido en caso de estar inconsciente, aun cuando dicho rechazo pueda comportar su fallecimiento, dicha voluntad deberá respetarse.

Los otros dos conceptos referidos a dos prácticas sanitarias que se considera que entran dentro de la buena praxis médica serían la limitación del esfuerzo terapéutico y la sedación terminal. En ambos se busca lo mismo: evitar el sufrimiento innecesario del paciente en sus últimos días de vida.

¿Cómo se consigue evitar ese padecimiento innecesario del enfermo?

En el caso de la limitación del esfuerzo terapéutico, rechazando actuaciones médicas que solo tienen por finalidad prolongar la vida del paciente cuando el mismo esté abocado irreversiblemente a la muerte, evitándose así el tan inhumano encarnizamiento u obstinación terapéutica. En el de la sedación terminal, aplicando un tratamiento farmacológico que consiga aliviar el grave padecimiento, aun cuando como consecuencia del mismo, se pueda acortar la vida del paciente.

En todo caso, el respeto hacia el rechazo al tratamiento, la limitación del esfuerzo terapéutico y la sedación terminal se encuentran amparadas como formas de buena *praxis* médica.

El problema vendrá precisamente con los dos siguientes conceptos: el suicidio asistido y la eutanasia. Aceptar la legalidad de estas acciones supone aceptar que existe un derecho a la disposición de la propia vida, siendo que ello no ha sido entendido así por los legisladores de distintos países europeos, entre los que se encuentra el español.

Llegados a este punto, podemos aseverar que los conceptos más controvertidos y que suelen reproducirse de manera confusa son los de suicidio asistido, eutanasia y homicidio por compasión.

En el suicidio asistido se requiere la existencia de dos personas: el paciente y un tercero. El paciente debe padecer una enfermedad irreversible o terminal. En ambos casos, le debe producir graves sufrimientos físicos y/o psicológicos. Debe ser el propio paciente el que le solicite al tercero que le proporcione un medicamento para poder poner fin a su vida sin padecimientos. Cuando ese tercero es un médico, hablamos de suicidio médicamente asistido. Lo más importante, en este caso, es que es el propio paciente el que ejecuta directamente la acción que comportará la muerte. El tercero se limita a suministrarle el fármaco, pero será el propio enfermo quien se lo tome.

Esta es la principal diferencia con la eutanasia. Así pues, en la eutanasia es el tercero el que, previa petición del paciente, le inyecta la sustancia que pondrá fin a su vida. En otras palabras, aquí el tercero es el autor directo e inmediato de la muerte del paciente. Es su acción la que, directamente, pone fin a la vida del enfermo.

Tradicionalmente se ha distinguido entre eutanasia directa (y dentro de ella, la activa y la pasiva) y la indirecta. La eutanasia directa activa se correspondería con el concepto que aquí hemos dado a la eutanasia, sin más adjetivos, es decir, aquella acción mediante la cual se provoca la muerte de un enfermo, previa petición de este y con el propósito de terminar con su sufrimiento. Esta será objeto de sanción penal en algunos países del Consejo de Europa. Las otras dos suponen ejemplos de lo que antes hemos tildado como supuestos de buena *praxis* médica. Así, retirar el tratamiento por indicación del paciente (eutanasia directa pasiva) o administrar narcóticos para calmar los dolores que tienen como efecto no deseado, aunque sí probable, el fallecimiento del enfermo (eutanasia indirecta) son supuestos de prácticas médicas llevadas a cabo todos los días en los hospitales y que se encuentran amparadas por la ley. Esa es la razón por la que creemos oportuno limitar el concepto de eutanasia al supuesto recogido para la directa activa, que es la verdaderamente controvertida, desechándolo para las otras dos, que no comportan polémica alguna.

En ambos casos, en el de la eutanasia y en el del suicidio asistido, ha de existir siempre inexcusablemente una previa petición del paciente y la acción debe ser llevada a cabo con una finalidad benefactora, esto es, evitar que la persona siga sufriendo. Naturalmente, si falla alguno de estos dos requisitos, nos encontraríamos ante un homicidio.

En relación a dicha carencia, traemos a colación el concepto de homicidio por compasión. En este caso, un tercero provoca la muerte del paciente aquejado de un grave sufrimiento, pero sin contar con su petición previa. Es decir, lo hace con una buena intención (evitar que siga padeciendo), pero sin la autorización previa del paciente. Precisamente porque falta el requisito más importante, esto es, la solicitud del propio interesado, es por lo que se considera homicidio y no eutanasia.

La eutanasia y el suicidio asistido suponen entender que existe un derecho de la persona a disponer libremente de su propia vida. Y este es el auténtico punto de fricción entre las dos grandes concepciones que se han enfrentado en este tema: la que defiende la santidad de la vida y la que defiende la calidad de la vida.

Así pues, la tesis de la santidad ha encontrado su justificación principal en la religión. Los defensores de esta teoría entienden que la vida es un bien que nos ha sido otorgado por Dios, y que solo Dios nos puede quitar. Por tanto, si nosotros osamos atentar contra nuestra propia vida, en realidad estamos atentando contra la voluntad divina.

Por ello conciben el derecho a la vida como un derecho-deber. No solo tienes derecho a vivir, y por tanto, a que ni el Estado ni terceros atenten contra tu propia vida, sino que, además, tú tampoco puedes disponer de la misma.

Frente a esa posición, se encontrarían los defensores de la calidad de la vida. Esta doctrina parte de una distinción conceptual muy interesante: vida biológica-vida biográfica.

Así pues, por vida biológica se entiende aquella que se extiende hasta que falleces. Es decir, lo que normalmente entendemos por vida, sin adjetivos. Pero por vida biográfica se entiende aquella que, en virtud de nuestra libertad, nuestro libre desarrollo de la personalidad, nuestra conciencia, nuestra libertad ideológica y de pensamiento, nuestra libertad religiosa, etc., vamos construyendo con cada decisión que tomamos en nuestro día a día.

Esta distinción no es menor, puesto que explica muy bien, por qué para esta doctrina, sí que debe existir el derecho a la disposición sobre la propia vida. Así, para sus defensores, en aquellos supuestos en que, por cualquier enfermedad o accidente, una persona ya no pueda seguir desarrollando su vida biográfica, debe poder optar a poner fin a su vida biológica, si así lo desea.

Como a continuación veremos, inspiradas en estas dos grandes concepciones, la de la santidad y la de la calidad de la vida, las legislaciones de los países que forman parte del Consejo de Europa han dado una respuesta u otra a este tema.

III. EL MARGEN DE APRECIACIÓN NACIONAL Y EL DERECHO A LA DISPOSICIÓN DE LA PROPIA VIDA.

Uno de los conceptos que cualquier estudioso de la jurisprudencia del TEDH debe tener en cuenta, a fin de evitar conclusiones precipitadas, es el del margen de apreciación nacional. Este término, de construcción jurisprudencial al inicio, e introducido ya en el Preámbulo del CEDH en virtud del Protocolo número 15, nos va a explicar las razones por las que el TEDH da aparentemente diferentes respuestas ante supuestos aparentemente semejantes.

Así pues, para comprender mejor este concepto, en primer lugar debemos recordar que el TEDH es el organismo judicial creado en el seno del Consejo de Europa encargado de tutelar los derechos fundamentales reconocidos en el CEDH (y sus protocolos). Su jurisprudencia tiene como efecto conseguir precisamente una armonización hermenéutica de dichos derechos en todos los países miembros del Consejo de Europa.

De dicha organización internacional forman parte 47 países, que van desde Portugal hasta Rusia. No encontramos, por tanto, ante Estados que responden a tradiciones jurídicas, históricas, culturales y religiosas muy distintas. Eso provoca que, en determinados asuntos, no haya un mínimo consenso necesario para poder conseguir dicha armonización. Este es un claro ejemplo de ello: Así pues, hay países que tienen legalizado tanto el suicidio asistido como la eutanasia, como son Holanda, Bélgica y Luxemburgo, otros en los que solo se permite el suicidio asistido pero no la eutanasia, como es el caso de Suiza, y otros en los que ambas opciones no solo no están permitidas, sino que incluso están sancionadas penalmente, como ocurre en España. Ante esta tesitura, el TEDH adopta una actitud de autocontención: Precisamente para no imponer una determinada interpretación como única compatible con el CEDH, acepta en esos casos el llamado “margen de apreciación nacional”, esto es, entiende que cada Estado está en mejor situación para responder ante determinados temas (especialmente los complejos como el presente) respecto de los que no existe una unanimidad europea.

Ello nos va a explicar por qué en este tema la inmensa mayoría de las sentencias suelen ser desestimatorias, habida cuenta que el TEDH acepta, en sus fundamentos jurídicos, que es el propio Estado el que está en mejores condiciones para evaluar las restricciones de los derechos afectados.

No obstante, el “margen de apreciación nacional” ha sido objeto de profundas críticas, puesto que el mismo puede servir de excusa perfecta para que el TEDH, acogiéndose a la autocontención, no entre a revisar el fondo de asuntos especialmente sensibles para el Estado demandado. Además, la consecuencia práctica de su asunción supone admitir que el alcance y contenido concreto de los derechos (que se determinan a través de su interpretación) dependa del lugar en que se ejerciten. Ello comporta una auténtica quiebra de los principios de igualdad y de seguridad jurídica.

Con independencia de las anteriores críticas, la realidad actual es que se trata no solo de un concepto consolidado en la jurisprudencia del TEDH, sino que, como decíamos, el Protocolo número 15 ha previsto su incorporación en el texto del Preámbulo del CEDH.

IV. JURISPRUDENCIA DEL TEDH SOBRE EL DERECHO A LA DISPOSICIÓN DE LA PROPIA VIDA.

En relación al asunto del derecho a la disposición sobre la propia vida, el TEDH se ha enfrentado, fundamentalmente, a dos tipos de supuestos:

En primer lugar, aquel en el que el paciente ejerce su derecho a la autonomía personal y muestra su rechazo al tratamiento, aun cuando ello tenga como consecuencia su fallecimiento.

En segundo lugar, aquel en el que el paciente solicita al Estado el suicidio asistido o que no se sancione penalmente a quien le asista al suicidio.

Con el fin de evitar equívocos, deseamos destacar que en el presente epígrafe hemos seleccionado aquellas sentencias que consideramos más relevantes. Conscientemente hemos decidido dejar al margen aquellas otras resoluciones del TEDH que no entran en el fondo del asunto, siendo que se limitan a inadmitir o desestimar las demandas por cuestiones puramente procedimentales.

1. Caso Lambert y otros contra Francia.

El primer supuesto ha sido tratado por la Gran Sala del TEDH, en la Sentencia que resuelve el caso Lambert y otros contra Francia de 5 de junio de 2015.

Los hechos son, de manera resumida, los siguientes:

El Sr. Lambert tuvo un accidente de tráfico, sufriendo como consecuencia del mismo un grave traumatismo craneoencefálico, con resultado de tetraplejía,

quedando además en estado vegetativo. Sobrevive gracias a la hidratación y nutrición enteral.

Tras cinco años de hospitalización, y múltiples pruebas médicas, se concluyó que su estado era irreversible. Ello llevó al médico al cargo, tras consultarlo con la esposa, a interrumpir la alimentación y reducir la hidratación.

Esta decisión fue recurrida ante la Justicia a través de una solicitud de medidas urgentes por parte de los padres del paciente, siendo que el juez, aceptó dicho recurso, ordenando al hospital restablecer la alimentación e hidratación asistidas.

Con carácter posterior, y a la vista de la irreversibilidad de las lesiones, y de que la situación no iba a avanzar, el médico al cargo, decidió mantener diferentes reuniones con un equipo de seis doctores para tratar la cuestión. Como resultado de las mismas, cinco de los seis médicos se mostraron a favor de interrumpir el tratamiento.

También mantuvo reuniones con la familia del paciente (ya no solo con su esposa, sino también con sus padres y sus ocho hermanos), siendo que su mujer y seis de los ocho hermanos eran partidarios de interrumpir el tratamiento, mientras que los otros dos hermanos y sus padres no. En relación a esta cuestión, su esposa y uno de los hermanos manifestaron que, en el pasado, el paciente, estando consciente, les había indicado verbalmente que si se diese una situación como esa, no quería que se le estuviese manteniendo artificialmente con vida. Esta afirmación no fue negada en ningún momento por los padres ni por el resto de los hermanos.

Tras este período consultivo, el médico al cargo anunció su intención de interrumpir la nutrición e hidratación y ello en base a: la naturaleza irreversible de las lesiones cerebrales, la inutilidad del tratamiento, sin otro efecto que el mantenimiento artificial de la vida, y que el paciente había manifestado en el pasado su rechazo al tratamiento.

Esta decisión fue de nuevo impugnada por los padres, y el juez de instancia les volvió a dar la razón. Esta sentencia fue recurrida ante el Consejo de Estado francés por la esposa, uno de los hermanos y el propio centro hospitalario. Este organismo, con carácter previo a resolver, y dada cuenta de la trascendencia y gravedad del asunto en cuestión, decidió hacer partícipes, en calidad de peritos, a un panel de tres médicos especialistas designados directamente por el propio Consejo. Así mismo, instó a diferentes organismos médicos y bioéticos para que manifestasen su parecer sobre el caso.

Como resultado de todo ello, el Consejo de Estado llegó exactamente a las mismas conclusiones a las que había llegado el médico que había estado al cargo del paciente, considerando que la hidratación y alimentación asistidas suponían, dada

cuenta la irreversibilidad de las lesiones, un claro ejemplo de obstinación terapéutica. Además, también tuvo en cuenta que el paciente había indicado verbalmente cuál era su voluntad para un caso como el presente.

Los padres y dos de los hermanos decidieron interponer una demanda ante el TEDH, siendo que este desestimó íntegramente la misma. Y ello, fundamentalmente, porque entendió que el derecho a la autonomía del paciente supone una manifestación del derecho a la vida privada del artículo 8 CEDH que debe ser, en todo caso, respetado.

Así, el TEDH, citando literalmente uno de los fundamentos jurídicos de la sentencia que resuelve el caso *Pretty* contra el Reino Unido (analizada a continuación), indica que: “En materia médica, el rechazo a aceptar un tratamiento concreto puede, de forma ineludible, conducir a un desenlace fatal, pero la imposición de un tratamiento médico sin el consentimiento del paciente si es adulto y sano mentalmente se interpretaría como un ataque a la integridad física del interesado que afecta a los derechos protegidos por el artículo 8.1 CEDH. Una persona puede reivindicar su derecho a ejercer su elección de morir rechazando un tratamiento que pudiera prolongar su vida”.

Por tanto, para el TEDH no queda duda de que el paciente es el actor principal en el proceso de la toma de decisiones médicas que le afectan. Y su voluntad deberá ser respetada aun cuando ello pueda comportar su muerte. En el presente caso, el TEDH entiende que al no haberse podido comprobar el deseo del enfermo a través de un documento de instrucciones previas, se tuvo que recurrir al testimonio de la propia familia, a fin de que la misma adverase cuál habría sido la voluntad del enfermo en caso de estar en una situación de dependencia vital como en la que se encontraba.

2. Caso *Pretty* contra el Reino Unido.

El otro supuesto al que se ha enfrentado el TEDH es el relativo a la petición de suicidio asistido, o, al menos, que no se sancione a quien pueda prestar tal asistencia. Son varias las sentencias en las que se ha pronunciado al respecto. Nosotros nos vamos a centrar en las que consideramos como las tres principales.

Comenzaremos por la que supuso el “leading case”, como es la que resuelve el caso *Pretty* contra el Reino Unido de 29 de abril de 2002, dictada por la Sección Cuarta del TEDH.

Así, los hechos se pueden resumir del siguiente modo:

La Sra. *Pretty* padecía de ELA (esclerosis lateral amiotrófica). Se trata de una enfermedad neurodegenerativa irreversible. Comporta que la persona vaya

perdiendo la capacidad de movimiento de los músculos del cuerpo, hasta que finalmente muere por insuficiencia respiratoria, debido al debilitamiento de los músculos implicados en la respiración. Es decir, se trata de una muerte agónica.

Esta mujer, que por el estado avanzado de la enfermedad, ya se encontraba paralizada de cuello para abajo, solicitó a las autoridades británicas que no se iniciara ningún procedimiento penal contra su marido si este, accediendo a sus deseos, la ayudaba a suicidarse. Debemos tener en cuenta que en el momento de la petición, en el Reino Unido el suicidio asistido estaba sancionado penalmente. La contestación de las autoridades fue negativa. Tras agotar los recursos internos, decidieron acudir al TEDH, el cual también desestimó la demanda.

De los diferentes derechos alegados, nosotros nos vamos a centrar en el derecho a la vida (art. 2 CEDH) y en el derecho al respeto a la vida privada (art. 8 CEDH).

La Corte Europea consideró que no existía violación del artículo 2 CEDH, puesto que el derecho a la vida no incluye, como contenido negativo del mismo, el derecho a la propia muerte, ni de la mano de un tercero ni con la ayuda de una autoridad pública.

En cuanto a la vulneración del artículo 8 CEDH, el TEDH mantiene una tesis muy interesante. Considera que la legislación británica que prohíbe el suicidio asistido restringe el derecho al respeto a la vida privada, al impedirle elegir un final que no sea indigno y penoso. De manera no tan clara como sería deseable, reconoce que el derecho a poner fin su vida encontraría su amparo en el artículo 8 CEDH.

Así pues, indica literalmente que: “la demandante padece los efectos devastadores de una enfermedad degenerativa que va a llevar consigo un deterioro gradual de su estado y un incremento de su sufrimiento físico y mental. La interesada desea atenuar este sufrimiento ejerciendo una elección consistente en poner fin a sus días con la ayuda de su marido.

La dignidad y la libertad del hombre son la esencia misma del Convenio. Sin negar en forma alguna el principio del carácter sagrado de la vida protegido por el Convenio, el Tribunal considera que la noción de calidad de vida toma todo su significado desde el punto de vista del artículo 8. En una época en la que se asiste a una sofisticación médica creciente y a un aumento de la esperanza de vida, muchas personas temen que se les fuerce a mantenerse vivas hasta una edad muy avanzada o en un estado de ruina física o mental en las antípodas de la percepción aguda que ellas tienen de sí mismas y de su identidad personal.

(...) La demandante en este caso se ve impedida por la Ley para ejercer su elección de evitar lo que, en su opinión, será un final indigno y penoso. El Tribunal no puede

excluir que esto representa una vulneración al derecho de la interesada al respeto de su vida privada, en el sentido del artículo 8.1 del Convenio”.

A pesar del reconocimiento de tal derecho, a su vez manifiesta que la restricción llevada a cabo por las autoridades británicas resulta legítima. Y ello porque tal limitación tiene como finalidad evitar que se puedan dar situaciones de abusos, esto es, que se pueda aplicar el suicidio asistido a personas que no lo hayan solicitado expresamente o a aquellas cuya petición venga viciada. Es decir, para el TEDH la prohibición británica del suicidio asistido tiene como fin precisamente proteger a aquellos que se encuentran en una situación de especial vulnerabilidad y dependencia.

Además, indica el TEDH que la petición de la demandante tampoco podría ser atendida, puesto que de estimar la misma, se estaría concediendo una especie de impunidad, con carácter previo, a quien va a cometer un delito. Ello supondría un grave quebranto del Estado de Derecho.

3. Caso Hass contra Suiza.

La siguiente sentencia que vamos a analizar es la que resuelve caso Hass contra Suiza, de fecha 20 de enero de 2011, dictada por la Sección Primera del TEDH. Este es un supuesto muy distinto al anterior, porque Suiza sí que permitía el suicidio asistido, siempre que se hiciera con fines altruistas. Sin embargo, si se apreciaban fines egoístas, la ayuda al suicidio seguiría considerándose delictiva.

Los hechos se resumen del siguiente modo: Nos encontramos ante un enfermo, afectado de trastorno bipolar grave durante más de veinte años, que había cometido dos intentos de suicidio, y había estado ingresado varias veces en distintas clínicas psiquiátricas.

Esta persona, harto de vivir con esta enfermedad, tenía la intención de suicidarse pero de un modo indoloro, no traumático. Para ello, pretendía que se le suministrara pentobarbital sódico, que es una sustancia que proporciona una muerte dulce. Resulta fundamental tener en cuenta que en Suiza el suministro de dicho fármaco está sujeto a prescripción médica. Además, para que el médico pueda recetar el pentobarbital, será necesario que, con carácter previo, haya aplicado un riguroso protocolo psiquiátrico en el paciente. El mismo tiene como fin, precisamente, distinguir aquellos supuestos en que la decisión de suicidarse responde a una verdadera voluntad de morir de aquellos otros en que la misma no supone más que un síntoma de una enfermedad que debe ser tratada.

En nuestro caso, el interesado solicitó dicho medicamento en una farmacia, siendo que se le negó su venta al carecer de receta firmada por un galeno. A la vista de esta

negativa, decidió acudir directamente a las autoridades estatales solicitando que se le autorizara a obtener tal medicación sin necesidad de la receta sanitaria. Dicha petición fue desestimada tanto en la vía administrativa como en la posterior judicial.

Ante este rechazo, el enfermo finalmente envió una carta a 170 psiquiatras en la que pedía que se le atendiese a fin de poder conseguir la receta. Ningún médico respondió afirmativamente a su petición.

Ante esta tesitura decidió acudir al TEDH, fundamentando la demanda en una presunta vulneración del artículo 8 CEDH.

En este caso, lo interesante es que el TEDH reconoce, ya de manera clara y taxativa, sin ambigüedades, el derecho de disposición sobre la propia vida.

Así pues, indica que “el derecho de una persona a decidir de qué forma y en qué momento debe terminar su vida, siempre y cuando esté en condiciones de forjar libremente su voluntad y actuar en consecuencia, es uno de los aspectos del derecho al respeto de la vida privada en el sentido del artículo 8 CEDH”.

Y en relación con el supuesto de hecho en concreto, “reconoce la voluntad del demandante de suicidarse de forma segura, digna y sin dolor ni sufrimientos superfluos, atendiendo especialmente al elevado número de suicidios que fracasan y que a menudo tienen graves consecuencias para las víctimas y sus familiares”.

Todo ello no obstante, considera que la restricción llevada a cabo por las autoridades suizas a este derecho resulta legítima. Así pues, el que se exija prescripción médica para el suministro del pentobarbital sódico tiene como objetivo proteger a cualquier persona de una decisión precipitada que no tiene vuelta atrás. Asegurarse de que solo un médico pueda prescribir dicho fármaco, tras la práctica del correspondiente protocolo psiquiátrico, garantiza que la voluntad del suicidio responda, de verdad, a una decisión libre, autónoma, meditada y reiterada de una persona con capacidad de discernimiento.

4. Caso Gross contra Suiza.

La última sentencia que vamos a analizar es la que resuelve caso Gross contra Suiza, de fecha 14 de mayo de 2013, dictada por la Sección Segunda del TEDH. Este es un supuesto muy interesante, porque aquí la peticionaria ni tan siquiera estaba enferma cuando llevó a cabo la petición del pentobarbital sódico. Se trataba de una anciana que deseaba poner fin a sus días, antes que la degradación física y psíquica avanzara.

Habida cuenta de la obligatoriedad legal suiza de contar con un informe psiquiátrico previo para la dispensación del pentobarbital, como hemos visto anteriormente, esta mujer decidió acudir a un especialista, el cual indicó que la misma era capaz de

formar su propio juicio, y que su deseo de morir estaba razonado y bien considerado. Así mismo, informaba que no tenía objeción alguna a que se le prescribiera el pentobarbital, pero que él se abstenía de hacerlo, por cuanto no quería confundir los roles de perito y de médico.

A la vista de ello, la mujer se dirigió a diversos psiquiatras, solicitándoles que le prescribieran el pentobarbital sódico, manifestando estos que no tenían problema alguno en hacerlo, siempre y cuando se les asegurase que no se les sancionaría, ni que se les incoarían procedimientos judiciales contra ellos. Como eso no podía ser garantizado por la mujer, pues no dependía de ella, los médicos rechazaron prescribir el medicamento.

Tras recurrir al Consejo de Salud, el mismo rechazó la solicitud, manifestando que la previa prescripción médica un requisito imprescindible para el suministro del fármaco. Dicha decisión fue impugnada judicialmente, siendo que todas las instancias internas confirmaron la desestimación inicial.

A la vista de ello, la mujer decidió acudir al TEDH, alegando una presunta vulneración del derecho a la vida privada del artículo 8 CEDH. La Corte Europea amparó su demanda.

Deseamos destacar que en este caso, el TEDH no es que se aparte de la doctrina sentada por el anterior caso *Hass*, sino que fundamenta su decisión en una razón distinta. Aquí lo que considera el TEDH es que la actuación del Estado no respetó el principio de seguridad jurídica imprescindiblemente ligado al de legalidad. Así pues, viene a señalar que aun cuando en Suiza se reconoce la posibilidad del suministro del pentobarbital, y se indica claramente que el mismo solo puede ser suministrado previa prescripción médica, no se recoge legalmente en qué casos sí puede o no debe ser suministrado. Esta ausencia de directrices legales claras es probable que tenga un efecto paralizador en los médicos que, de otra manera, estarían dispuestos a proporcionar a alguien como la demandante, la receta médica solicitada. Esto se confirma por las respuestas que los psiquiatras dieron declinando la petición de la demandante por miedo a ser sancionados o a que se incoaran procedimientos judiciales contra ellos.

Y en relación a dicha carencia normativa, “el Tribunal concluye que la demandante debe haber sufrido un grado de angustia e incertidumbre con respecto a la medida de su derecho a acabar con su vida que no hubiera ocurrido si hubieran existido directrices claras, aprobadas por el Estado definiendo las circunstancias bajo las cuales los médicos están autorizados a prescribir la receta solicitada en casos donde un individuo ha llegado a una decisión seria, en el ejercicio de su libre albedrío, de poner fin a su vida.” Esta ausencia normativa, y las angustiosas consecuencias que tuvo en la demandante, es lo que sirve de fundamento al TEDH para considerar

que, efectivamente, se vulneró el derecho de a demandante al respeto a su vida privada del artículo 8 CEDH.

No obstante, merece ser destacado que esta sentencia fue objeto de revisión por la Gran Sala, a petición del Estado Suizo, siendo que la misma consideró, mediante sentencia de fecha 30 de septiembre de 2014, que la demanda era abusiva, y, por tanto, la declaró inadmisibile. La consecuencia práctica de ello, es que revocó el fallo por una cuestión puramente procedimental: La mujer había fallecido antes de que se dictara sentencia por la Sección Segunda. Sin embargo, este óbito no fue comunicado al TEDH, lo cual habría comportado automáticamente el archivo del caso.

A pesar de lo anterior, creemos que la apuesta decidida del TEDH por consolidar el derecho a elegir cómo y cuándo morir, como manifestación del derecho al respeto a la vida privada del artículo 8 CEDH, no puede quedar orillada por la Sentencia de la Gran Sala.

V. CONCLUSIONES.

Llegados a este punto, y para finalizar, podemos concluir que para el TEDH:

- 1º) El derecho a la autonomía personal en el ámbito sanitario supone una manifestación del derecho al respeto a la vida privada del artículo 8 CEDH.
- 2º) Este derecho a la autodeterminación personal conlleva que el paciente pueda incluso rechazar un tratamiento médico, aun cuando de ello se pueda derivar su fallecimiento.
- 3º) Este derecho a la autonomía personal también comporta que el paciente pueda decidir cuándo y cómo desea morir. Es decir, que el derecho a la disposición de la propia vida se encontraría amparado por el artículo 8 CEDH.
- 4º) En relación con el derecho a la disposición de la propia vida, el TEDH interpreta que son los Estados los que, en virtud del margen de apreciación nacional, están en mejores condiciones para determinar el alcance de las restricciones al mismo.