

JUECES *para la* DEMOCRACIA

INFORMACION Y DEBATE

R. Sáez, La inseguridad, lema de campaña electoral.
C. Conde-Pumpido Torurón, Que las armas cedan ante la toga. **J. Cid Moliné**, El sistema penitenciario en España. **J. J. López Ortega**, La orden de detención europea. **I. J. Subijana Zunzunegui**, Apunte sobre la justicia. **M. A. García García**, La reforma del Estatuto del Ministerio Fiscal. **E. Garzón Valdés**, El papel del poder judicial en la transición a la democracia. **C. Juanatey Dorado**, La disponibilidad del derecho a la vida en USA. **J. González Calvet**, La competencia territorial en el procedimiento laboral. **M. Carmona Ruano**, El impacto jurídico del 11 de septiembre. **A. Juanes Peces**, Guatemala: su realidad penitenciaria.

45

noviembre/2002

La disponibilidad del derecho a la vida en la jurisprudencia y en la legislación de los Estados Unidos de América*

Carmen JUANATEY DORADO

I. INTRODUCCION

En Estados Unidos, el debate jurídico en relación con el derecho del individuo a poner fin a su vida no difiere en gran medida del que ha tenido lugar en el resto del mundo occidental. No obstante, presenta algunas importantes peculiaridades debidas, en parte, a las profundas raíces que el sentimiento religioso tiene en la sociedad americana y, en parte, a la complejidad de su sistema jurídico procesal y constitucional.

En concreto, el debate jurídico se desencadena, principalmente, a raíz de una serie de casos relativos a enfermos (en unos casos se trataba de pacientes dependientes de alimentación, ventilación o hidratación asistidas y, en otros, de enfermos terminales no dependientes de tales tratamientos) que solicitaban —bien ellos mismos o bien sus familiares— que se permitiese a sus médicos interrumpir el tratamiento o, incluso, que se les proporcionase medicación o algún otro medio para poner fin a sus vidas. Por esta razón, la discusión en torno a la disponibilidad de la propia vida se ha centrado fundamentalmente en el ámbito médico; en concreto, y en primer término, en el derecho del paciente a interrumpir o rechazar la aplicación de un tratamiento médico dirigido a salvar su vida (los llamados *right to die* casos); y, en segundo término y dando un paso más allá, sobre el denominado “derecho a la asistencia médica al suicidio” (*physician-assisted suicide*), esto es, el derecho del paciente a recibir ayuda médica para poner fin a su vida (mediante la prescripción o, incluso, la administración de una dosis letal)¹.

* Este trabajo lo he realizado durante mi estancia en la Universidad de Cornell (desde febrero de 2001 a enero de 2002). Agradezco a la Cornell Law School las facilidades que me dio durante ese tiempo para trabajar en este y en otros proyectos. A la Generalitat Valenciana por haberme concedido una ayuda durante parte de mi estancia. Y, por supuesto, a la Universidad de Alicante, Institución a la que, en último término, debo el haber podido disponer de ese año sabático.

¹ En general, en la doctrina y en el *jurisprudencia* americanas, el término “suicidio” se emplea normalmente en sentido restrictivo, para hacer referencia sólo a los casos en los que el paciente solicita que se le proporcione medicación o algún otro medio para poner fin a su vida, dejando fuera los casos en los que el enfermo solicita la interrupción del tratamiento, aunque esto signifique su muerte. De hecho, la expresión “derecho a morir” es muy controvertida y es generalmente utilizada, en la doctrina y en la *jurisprudencia* americanas, para aludir únicamente a los segundos supuestos, esto es, a los casos de interrupción de tratamientos salvadores. Sobre el derecho a morir y el derecho a la ayuda al suicidio pueden verse, entre otros, Meisel, A.: *The right to die*, T. I y II, 2 ed., John Wiley & Sons, Inc. New York/Chichester/Brisbane/Toronto/Singapore, 1995; Sunstein, C.R.: “The right to die”, 106 *Yale L.J.*, págs. 1123-1163, 1997; Hardaway, R.M., Peterson, M.K. y Mann, C.: “The right to die and the Ninth Amendment: compassion and dying after Glucksberg and Vacco”, 7 *Geo. Mason L. Rev.*, págs. 313 y ss., 1999; Urof-

skowski, M.: *Lethal Judgments: Assisted Suicide and American Law*, Lawrence K., University Press of Kansas, 2000; Lewis, P.: “Rights discourse and assisted suicide”, 27 *American Journal of Law and Medicine*, págs. 45-99, 2001.

Todos esos casos dieron lugar a una serie de decisiones judiciales en las que los tribunales se vieron obligados a dar respuesta a muchas cuestiones relativas al derecho de los individuos a decidir sobre su vida y su muerte, y a cuál sería el alcance de tal derecho. Por ejemplo: ¿Debe permitirse a los médicos interrumpir un tratamiento a solicitud del paciente, aunque ello conlleve la muerte de este? ¿En qué casos y cuál sería el fundamento de ese derecho? ¿Debería, incluso, permitirse al médico causar “activamente” la muerte del paciente y, si fuese así, cuál sería aquí el fundamento de este derecho? ¿Y qué pasa con los pacientes incompetentes, esto es, con aquellas personas incapaces para poder tomar decisiones libres, informadas y responsables acerca de su tratamiento? ¿Puede una persona incompetente obtener ayuda para morir? ¿En qué casos? ¿Sólo en el caso de enfermos que previamente fueron competentes y manifestaron de algún modo sus deseos en relación con esta cuestión? ¿O también cuando no se puedan conocer tales deseos, bien porque el paciente nunca los manifestó o bien porque nunca estuvo en condiciones de hacerlo? ¿Quiénes podrían, en su caso, tomar decisiones en nombre de personas incompetentes?

De las respuestas, no siempre coincidentes, que los tribunales han ido dando a estas cuestiones me ocuparé a continuación, para, posteriormente, comentar brevemente la situación legislativa en este país.

II. LA DISPONIBILIDAD DE LA VIDA EN LA JURISPRUDENCIA DE LOS ESTADOS UNIDOS

1. Introducción

En este epígrafe me centraré en algunas de las decisiones jurisprudenciales más relevantes en relación con el derecho de los individuos a disponer de su vida. En ellas se reflejan los principales argumentos que se han venido manejando a favor y en contra del reconocimiento de un derecho al suicidio asistido que incluiría no sólo el derecho a rechazar un tratamiento salvador, sino también el derecho a recibir ayuda médica para morir.

En primer término, comentaré algunas de las resoluciones procedentes de diferentes tribunales estatales. A continuación, me referiré al caso de Nancy Cruzan, que dio lugar a la primera sentencia del

ski, M.: *Lethal Judgments: Assisted Suicide and American Law*, Lawrence K., University Press of Kansas, 2000; Lewis, P.: “Rights discourse and assisted suicide”, 27 *American Journal of Law and Medicine*, págs. 45-99, 2001.

Tribunal Supremo Federal en relación con el derecho a morir. Finalmente, comentaré los dos recursos presentados contra las leyes de los Estados de Washington y de Nueva York, en las que se castigan conductas de auxilio al suicidio; ambos recursos dieron lugar a dos pronunciamientos (uno del Tribunal Federal del Noveno Circuito y el otro del Tribunal Federal del Segundo Circuito), en los que se declaró la inconstitucionalidad del castigo de la ayuda al suicidio, si bien, como veremos, sobre la base de diferentes fundamentos. Estos dos pronunciamientos dieron lugar, a su vez, a dos sentencias del Tribunal Supremo Federal, emitidas conjuntamente el 26 de junio de 1997. En ellas, el Tribunal Supremo revoca las decisiones de los Tribunales de Circuito, declara la constitucionalidad de las leyes recurridas, y niega la existencia de un derecho constitucional al suicidio, que incluya el derecho al auxilio médico al suicidio (physician-assisted suicide).

2. Algunas resoluciones judiciales

2.1. El caso de Karen Ann Quinlan

En 1975, el caso de Karen Quinlan abrió un amplio debate nacional sobre el derecho a morir. La joven Karen se encontraba en estado de coma permanente y dependía de un respirador artificial para poder vivir. Tras varios meses en ese estado, sus padres firmaron un protocolo para autorizar a los médicos que la trataban a desconectar el respirador. Sin embargo, a pesar de que estos últimos pensaban que Karen jamás se recuperaría, rechazaron desconectar el aparato por temor a ser denunciados por homicidio. En consecuencia, los padres de Karen decidieron solicitar autorización judicial. El Tribunal de primera instancia rechazó la petición de los Quinlan y declaró que "no existe un derecho constitucional a morir que pueda ser alegado por los padres en nombre de su hijo adulto incompetente"².

En la apelación, el Tribunal Supremo de New Jersey³ revocó la decisión del Tribunal de primera instancia y declaró que "todos los ciudadanos tienen un derecho a morir reconocido en el common law y constitucionalmente protegido a través del derecho a la intimidad (privacy)"⁴, enunciado por el Tribunal Supremo Federal en *Griswold v. Connecticut*⁵. El Tri-

bunal se apoyó en este caso y en uno posterior relativo al aborto (*Roe v. Wade*)⁶ para concluir que la Constitución garantiza ciertas áreas de privacidad y que el derecho a la intimidad (privacy) es lo suficientemente amplio como para abarcar, bajo determinadas circunstancias, la decisión de los pacientes de rechazar un tratamiento médico.

Además, el Tribunal afirmó que este derecho puede ser ejercitado también por los ciudadanos en situación de incompetencia. Y, en el caso concreto de Karen, el Tribunal, unánimemente, llegó a la conclusión de que su decisión, caso de haber estado lúcida, habría sido, sin duda, la de interrumpir el tratamiento, y que su derecho a la autonomía (privacy), dadas las concretas circunstancias del caso, podía ser ejercitado en su nombre por su representante o guardián. Es decir, a pesar de que Karen no había hecho previamente ninguna manifestación concreta sobre cuáles serían sus deseos en el caso de una posible situación de incapacidad para decidir, el Tribunal basó su decisión en la autodeterminación de Karen, mediante la aplicación del llamado estándar del juicio sustituido (substituted judgement)⁷. Esto es, el Tribunal no se basó en pruebas sobre la efectiva voluntad de la paciente manifestada con anterioridad (pues carecía de ellas), sino que recurrió a un juicio hipotético, para tratar de reconstruir cuáles hubiesen sido sus deseos si hubiese tenido que decidir cuando era competente.

Asimismo, el Tribunal Supremo de New Jersey tuvo presente también el interés del Estado en preservar la vida y, para resolver el conflicto planteado en los casos como el de Karen, estableció un test (balancing test) a efectos de ponderar los intereses del Estado y los del individuo. De forma que, de acuerdo con el Tribunal, "el interés del Estado en preservar la vida se debilita y el derecho a la privacy aumenta a medida que la enfermedad avanza y el pronóstico empeora. Finalmente, llega un punto en que los intereses del individuo vencen a los del Estado".

Este caso llevó, por una parte, a la opinión pública

cho a la privacy o autonomía personal. Esta resolución interpretó este derecho en un sentido mucho más amplio del que se le había otorgado hasta ese momento y sentó un precedente decisivo en el reconocimiento de un derecho a la intimidad (privacy) entendido como autonomía.

² Sobre el caso de K. Quinlan puede verse, Urofski, M.: *Let-hal...*, ob. cit., págs. 36-39.

³ *Quinlan, in re*, 355 A.2d 647 (N.J. 1976)

⁴ A través del derecho a la privacy, esto es, del derecho a la intimidad entendido como autonomía personal, el Tribunal Supremo Federal viene protegiendo, desde hace más de cuarenta años, decisiones individuales de carácter altamente personal, frente a la interferencia estatal. Sin embargo, se trata de una categoría muy discutida, debido a su ambigüedad y a la ausencia de un reconocimiento expreso de la misma en la Declaración de Derechos. Sobre esto puede verse, Beauchamp, T.L. y Faden, R.R.: *A history and Theory of Informed consent*, Oxford University Press, New York, 1986; Bennet, C.J.: *Regulating Privacy: Data Protection and Public Policy in Europe and the United States*, Cornell University Press, Ithaca and London, 1992.

⁵ *Griswold v. Connecticut* 381 U.S. 479 (1965). En esta sentencia, el Tribunal Supremo declaró la inconstitucionalidad de la ley del Estado de Connecticut que penaba el uso de anticonceptivos dentro del matrimonio, por considerar que infringía el dere-

⁷ La expresión "juicio sustituido" es, en ocasiones, utilizada para hacer referencia no sólo a estos casos en los que se acude a una reconstrucción hipotética de la voluntad del paciente, sino también a los supuestos en los que la decisión judicial se basa en la voluntad previamente expresada por el paciente cuando era competente. Sobre esto puede verse, Tomas-Valiente Lanuza C.: *La disponibilidad de la propia vida en el Derecho Penal*, Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, Madrid, 1999, págs. 188-190.

a afianzarse en la creencia de que el Derecho tenía que adaptarse a los nuevos cambios tecnológicos en el ámbito de la medicina. La gente pensaba que debería reconocerse un derecho constitucional a morir; esto es, que entre los derechos explícita o implícitamente protegidos en la Constitución tenía que estar el derecho a la autonomía del individuo: los americanos tenían derecho a morir en paz y con dignidad si ellos así lo deseaban.

En realidad, desde los comienzos del siglo XX, la relación médico-paciente en EEUU se había caracterizado por una posición prevalente del médico: este último decidía no sólo cómo tratar al paciente, sino también lo que era mejor para él —el paciente era un mero sujeto pasivo en dicha relación. Sin embargo, esta situación comienza a cambiar a partir de los años 60 y 70 debido, por un lado, al surgimiento de los movimientos a favor de los derechos civiles, de los derechos de la mujer y, más en concreto, del movimiento a favor de los derechos del paciente; y, por otro lado, a la fuerza de las antiguas normas del common law sobre la autonomía del individuo⁹. Todos estos movimientos contribuyeron a afianzar en la sociedad americana la idea de que el poder que hasta entonces detentaba el médico debía pasar al paciente para que éste tuviese un mayor control sobre el final de su vida. Así, ya desde el comienzo de los años 70, incluso antes de esta resolución del Tribunal Supremo de New Jersey, el 62% de los americanos estaban de acuerdo en que los enfermos terminales deberían tener el derecho a rechazar cualquier tratamiento destinado a prolongar su vida artificialmente⁹.

Por otra parte, esta resolución judicial dio lugar a toda una serie de pronunciamientos (en su mayor parte procedentes de Tribunales Supremos de diferentes Estados) que incluían en la *privacy* el derecho del paciente a rechazar o interrumpir un tratamiento salvador¹⁰. Además, a partir de esta decisión, muchos tribunales aceptaron la idea de que los pacientes incompetentes tienen el mismo derecho que los pacientes competentes, pero que el consentimiento informado —necesario para considerar la decisión libre y responsable— debe ser obtenido de otro modo: bien a través de una previa declaración del enfermo en situación de competencia, o bien a través de la decisión de su representante¹¹. El fun-

damento de la mayor parte de estas resoluciones radica en la idea de que la privación de la posibilidad de rechazar o interrumpir tratamientos en los supuestos de pacientes incompetentes vulneraría su derecho a la igualdad de trato (protegido a través de la cláusula de la igualdad).

2.2. El caso de Joseph Saikiewicz

Un año después del caso Quinlan, el Tribunal Supremo de Massachusetts juzgó el caso de Joseph Saikiewicz. Se trataba de un deficiente mental desde su nacimiento que padecía leucemia en estado terminal (a diferencia, pues, de Karen Quinlan, Saikiewicz nunca había sido competente). Los médicos dictaminaron que, sin tratamiento, el paciente podría vivir a lo sumo unos meses y probablemente sin gran sufrimiento; con quimioterapia, habría de un 30 a un 50 por ciento de probabilidades de que la enfermedad remitiese durante quince meses o quizás algo más, pero el tratamiento sería muy doloroso y sufriría desagradables efectos colaterales. Además, pensaban que Saikiewicz no entendería las razones del tratamiento y, debido al dolor, era de prever que no cooperaría¹².

El representante legal de Saikiewicz, nombrado judicialmente, aconsejó que no se le tratase. El juez que conoció del asunto dio la razón al representante legal alegando, entre otras cosas, el derecho a la *privacy* del paciente, su edad y condición, y la escasa calidad de vida que tendría, incluso en el caso de que el tratamiento tuviese éxito.

El Tribunal Supremo de Massachusetts confirmó la decisión¹³, pero rechazó que se entrase a considerar la idea de la calidad de la vida, sobre la base de que se trataba de una cuestión ajena al Derecho. El Tribunal fundó su decisión en un análisis de costes y beneficios: por un lado, estarían los padecimientos que supondría el tratamiento y, por otro lado, los limitados beneficios que conllevaría, y la conclusión fue que aquéllos eran muy superiores a estos. Al igual que en el caso de Karen Quinlan, el Tribunal dejó clara la relevancia de la autonomía personal y el derecho del paciente a decidir sobre su vida, bien por sí mismo o, como en este caso, a través de su representante. Es decir, el Tribunal recurrió a la vía del juicio sustituido y se basó en la hipotética decisión que el paciente hubiese adoptado caso de haber sido competente¹⁴.

No obstante, esta decisión difiere de la adoptada en Quinlan en la insistencia del Tribunal en que, en

estos quienes decidan en nombre del pariente incompetente; otros, por el contrario, entienden que debe tratarse siempre de un representante nombrado judicialmente y que ha de actuar en colaboración con el médico.

⁹ Durante siglos los jueces habían decidido sobre casos relativos a los derechos de los pacientes, valiéndose de una utilización combinada de la legislación vigente, de los precedentes existentes sobre el caso y del sentido común. En general, se aceptaba la idea de un derecho a no aceptar intromisiones en el cuerpo en contra de la voluntad del paciente; de modo que, un tratamiento médico no autorizado constituía "assault" y "battery" (históricamente, bajo el término "assault" se hacía referencia únicamente al intento o a la amenaza de lesionar o de constreñir la voluntad de otro y, bajo el término "battery" se hacía referencia a esas acciones en grado de consumación. Actualmente, en la mayor parte de los Códigos penales, ambos supuestos se engloban bajo el término "assault"). Ahora bien, el common law hacía referencia a la idea de la autonomía individual, más que a la idea de la existencia de un derecho a morir (Urofski, M.: *Lethal...*, Ob. cit., págs. 40-45).

¹⁰ Ob. cit., págs. 39-45

¹¹ Una amplia referencia a estas resoluciones puede verse en Tomas-Valiente Lanuza, C.: "La disponibilidad...", ob. cit., págs. 176, nota 56.

¹² No obstante, mientras que algunos jueces o tribunales consideran que, caso de que existan parientes cercanos, deben ser

¹³ Sobre el caso de J. Saikiewicz puede verse, Urofski, M.: *Lethal...*, ob. cit., págs. 50-54.

¹⁴ Superintendent of Belchertown State School v. Saikiewicz, 370 N.E.2d 417 (Tribunal Supremo de Massachusetts, 1977). Algunos autores critican las resoluciones jurisprudenciales que, como ésta, presentan la solución de estos casos de pacientes incompetentes como derivada de la autodeterminación del sujeto mediante la aplicación del juicio sustituido. Sobre las críticas dirigidas a esta hipotética reconstrucción de la voluntad del paciente puede verse, Tomás-Valiente Lanuza, C.: *La disponibilidad...* ob. cit., págs. 188-192 y nota 109.

caso de pacientes incompetentes, la última palabra la tiene la autoridad judicial. Esto es, a juicio del Tribunal, aunque los deseos de la familia o de los representantes legales, o las recomendaciones de los comités éticos de los hospitales, deben ser tenidos en cuenta, la decisión final corresponde a la autoridad judicial, y la decisión ha de adoptarse a través de un juicio contradictorio en el que estén representados los intereses del paciente¹⁵.

2.3. *El caso del hermano Charles Fox*

El hermano Charles Fox, durante una intervención quirúrgica, sufrió una parada cardiorrespiratoria con falta de oxígeno en el cerebro (anoxia), teniendo que depender a partir de ese momento de un respirador para poder vivir. Unos años antes, durante la discusión del caso de Karen Quinlan, Fox había comentado a su amigo y director espiritual, el padre Philip Eichner, que si alguna vez se encontraba en una situación de enfermedad terminal y sin capacidad para tomar decisiones, él no quería ser mantenido vivo por medios extraordinarios. De acuerdo con ello, el padre Philip Eichner, intentando llevar a cabo los deseos de su amigo, solicitó que el respirador fuese desconectado.

Los médicos del hospital, aunque consideraban que Charles Fox nunca se recuperaría, rechazaron desconectar el respirador. Eichner, entonces, solicitó de la autoridad judicial ser nombrado representante legal de Fox. El Tribunal accedió a la solicitud y, aunque rechazó basar su decisión sobre un supuesto derecho constitucional a la intimidad (privacy), estableció que el derecho a la autodeterminación personal reconocido por el common law autorizaba la interrupción del tratamiento. El fiscal del distrito recurrió la decisión ante el Tribunal de Apelaciones de Nueva York, el cual, a pesar de que en el momento en que tenía que decidir sobre el asunto, Fox había muerto, decidió resolver la apelación por considerar que se trataba de una cuestión de extrema relevancia y que muy probablemente volvería a plantearse en el futuro¹⁶.

El Tribunal de Apelaciones de Nueva York¹⁷, basándose en el derecho a la autonomía personal, aceptó la posibilidad de interrumpir tratamientos salvadores en supuestos de pacientes incompetentes, siempre que estos hubiesen expresado previamente y de forma clara e indubitada su decisión contraria a que, en caso de enfermedad terminal, se prolongase su vida por medios técnicos. Es más, el Tribunal declaró, apartándose así de la decisión del Tribunal Supremo de Massachusetts en Quinlan, que si había pruebas claras de los deseos del paciente no era necesario solicitar autorización judicial

ni ningún otro procedimiento especial para proceder a la interrupción del tratamiento.

Sin embargo, el Tribunal dejó claro que ante la ausencia de pruebas acerca de los deseos del paciente, en ningún caso cabría proceder a la desconexión de un reanimador, o de un respirador artificial, ni tampoco a la interrupción de cualquier tratamiento médico semejante. Esto es, el Tribunal cerraba las puertas a la posibilidad de interrupción de tratamientos salvadores en caso de enfermos incompetentes que nunca fueron competentes o que, aun habiéndolo sido, no expresaron cuál sería su voluntad en tales supuestos. De hecho, este mismo Tribunal, y por la misma época, rechazó la solicitud de la madre de John Storar, deficiente mental de 52 años que padecía un cáncer en estado muy avanzado con continua pérdida de sangre, de suspender la transfusión de sangre a su hijo¹⁸. El Tribunal denegó la demanda por considerar que no se puede dejar morir a un paciente incompetente por el mero hecho de que otra persona, incluso tan cercana a él como su madre, piense que eso es lo mejor para él. Con esta declaración, el Tribunal cerraba la posibilidad de que un representante legal o un pariente cercano adoptasen decisiones en este campo, en nombre de personas incompetentes que nunca han estado en condiciones de poder emitir un consentimiento válido.

2.4. *El caso de Clarence Herbert*

Clarence Herbert se encontraba en coma y sin esperanza alguna de recuperar la consciencia a juicio de los médicos que le trataban. La familia, de acuerdo con los deseos manifestados por Clarence cuando era competente, solicitó la desconexión del respirador. Los médicos desconectaron el reanimador, pero el paciente continuó respirando por sí mismo, por lo que, poco después, la familia y los médicos decidieron interrumpir la alimentación intravenosa. Clarence murió seis días después. El fiscal acusó a los médicos, Robert Nedjl y Neil Barber, de homicidio (murder), pero el juez que conoció del caso en primera instancia absolvió de los cargos¹⁹. El fiscal recurrió de nuevo y, finalmente, el caso llegó en apelación ante el Tribunal de Apelaciones de California, el cual dictó una sentencia absolutoria y abordó algunas cuestiones de particular interés en relación con el derecho a morir²⁰.

En primer lugar, el Tribunal declaró que, aunque exista una diferencia emocional entre un respirador artificial y la alimentación intravenosa, ambas son dos formas de tratamiento médico.

En segundo lugar, a juicio del Tribunal, un médico no debería realizar conductas "activas", tales como inyectar una dosis letal a un paciente, pues eso constituiría homicidio (murder); sin embargo, el Tribunal consideró que la acción de los médicos de suprimir la alimentación intravenosa es una omisión

¹⁵ Sin embargo, con posterioridad al caso Saikiewicz y debido, en gran medida, a la fuerte oposición de los médicos a tener que defender sus decisiones profesionales ante un tribunal, un tribunal de apelación de Massachusetts sostuvo que los médicos no necesitan autorización judicial para "no resucitar" (Urofski, M.: *Lethal...*, pág. 51).

¹⁶ Sobre el caso de C. Fox puede verse, ob. cit., págs. 51-53

¹⁷ Eichner v. Dillon, 426 N.Y.S. 2d 517 (New York, 1980).

¹⁸ Matter of Storar, 420 N.E.2d 64 (Tribunal de Apelaciones de Nueva York, 1981).

¹⁹ Sobre el caso de C. Herbert puede verse, Urofski, M.: *Lethal...*, ob. cit., pp. 46-48.

²⁰ Barber v. Superior Court, 195 Cal.Rptr. 484 (Tribunal de Apelaciones de California, 2 Distrito, 1983).

y no una conducta activa; en estos casos, la causa real de la muerte no es la interrupción del tratamiento sino la enfermedad subyacente.

Y, en tercer lugar, afirmó que, aunque los médicos pueden responder penalmente tanto por acciones positivas como por acciones omisivas, la interrupción de un tratamiento no constituirá delito siempre que el médico actúe de buena fe y su actuación no sea irrazonable de acuerdo con los estándares médicos²¹.

2.5. El caso de Jack Kevorkian

Del Dr. Jack Kevorkian —o “Dr. Death” como en seguida le denominaron los medios de comunicación—, se dice que ha ayudado a morir a más de 130 personas²²; de hecho, en algunos casos, grabó sus actuaciones para, posteriormente, dar a conocer a la opinión pública los hechos. Desde el año 1990, en que ayudó a morir a Janet Adkins, fue procesado en varias ocasiones por homicidio (murder), pero resultó absuelto en todas ellas. La razón es que el Estado de Michigan no castigaba la conducta de ayuda al suicidio²³ y sus actuaciones se limitaban a facilitar una “muerte dulce” a enfermos terminales mediante el uso de una máquina, inventada por él mismo, que los propios pacientes ponían en funcionamiento pulsando un botón.

Finalmente, en 1998, un programa de televisión emitió una grabación en la que podía verse a J. Kevorkian administrar una dosis letal a Thomas Youk, de 52 años de edad, el cual deseaba morir antes de que su enfermedad avanzase tanto que no estuviese en condiciones de poder tomar decisiones sobre su vida. Kevorkian, entonces, fue procesado por homicidio (murder in the first degree). Durante el proceso, Kevorkian no negó los hechos y el jurado pudo ver la grabación que había sido emitida por la televisión. El juez consideró que en un proceso por homicidio (murder), a diferencia de los procesos previos en los que Kevorkian se había limitado a ayudar al suicidio, el consentimiento del sujeto pasivo era irrelevante. En abril de 1999, el jurado lo declaró culpable de homicidio (murder in the second degree). Kevorkian fue condenado a una pena de prisión de 10 a 25 años²⁴.

2.6. El caso de Nancy Cruzan

El caso de Nancy Cruzan fue el primero que llegó en apelación ante el Tribunal Supremo Federal, que tuvo que pronunciarse así por vez primera sobre

cuestiones relacionadas con el derecho a morir²⁵. Nancy se encontraba, como consecuencia de un accidente de coche, en un estado vegetativo sin ofrecer respuesta cognitiva alguna, pero su corazón y sus pulmones funcionaban autónomamente y, a juicio de los médicos, podrían seguir haciéndolo treinta años más. Tras siete años en este estado irreversible, sus padres decidieron solicitar autorización judicial para que le fuese retirada la alimentación parenteral.

El juez que conoció en primera instancia autorizó la interrupción de la alimentación, pero el fiscal recurrió la decisión por considerar que de acuerdo con la legislación del Estado de Missouri no existían pruebas claras y fehacientes de que la decisión de Nancy hubiese sido la que sus padres habían adoptado. El recurso fue resuelto por el Tribunal Supremo de Missouri, el cual, por cuatro votos a tres, dio la razón al fiscal y revocó la decisión del juez de primera instancia. Los Cruzan, entonces, recurrieron en apelación ante el Tribunal Supremo Federal.

En su resolución, el Tribunal Supremo de los Estados Unidos²⁶, en primer lugar, reconoció la existencia de un derecho a morir, pero enfatizó que tal derecho no deriva de un derecho constitucionalmente protegido a la intimidad (privacy), sino del derecho a la autonomía individual firmemente asentado en el common law y confirmado en la cláusula del proceso debido de la Decimocuarta Enmienda a la Constitución. Esto es, el Tribunal quiso claramente apartarse de las previas decisiones de los tribunales estatales que enmarcaban el derecho a morir en el derecho a la privacy, y prefirió configurarlo como una manifestación de la libertad (liberty interest) protegida dentro de la XIV Enmienda²⁷.

Es de presumir que el Tribunal pretendía con ello eludir el configurar el derecho a rechazar tratamientos médicos como un derecho fundamental, dado que este es el carácter que se ha dado al derecho a

²⁵ Antes del caso Cruzan, muchos de los casos en los que los tribunales se opusieron a la interrupción de un tratamiento médico fueron recurridos en apelación ante el Tribunal Supremo Federal; en los recursos, se alegaba, en defensa del derecho a interrumpir el tratamiento, la existencia de un derecho a morir protegido constitucionalmente a través del derecho a la intimidad (privacy). Sin embargo, el Tribunal Supremo no admitió los recursos, sin que pueda conocerse el por qué, puesto que el Tribunal no está obligado a fundamentar su decisión en estos casos; en consecuencia, sólo cabe conjeturar cuáles pueden haber sido las razones que le llevaron a no admitir los recursos. Según Urofski, la razón pudiera ser que todos esos casos habían sido resueltos por Tribunales estatales y el Tribunal Federal, a menos que aprecie una clara violación del Derecho federal, no revisa las decisiones de los tribunales de los Estados basadas en fundamentos razonables (Urofski, M.: *Lethal...* ob. cit., pág. 57).

²⁶ Cruzan v. Director, Missouri Department of Health, 497 U.S. 261 (1990).

²⁷ La doctrina y la jurisprudencia americanas aceptan que la cláusula del proceso debido, en su vertiente procesal, garantiza un proceso justo (esto es, un procedimiento con todas las garantías en los casos en los que se limite alguno de los bienes individuales citados en la cláusula: la vida, la libertad y la propiedad); pero, además, dicha cláusula, en su aspecto sustantivo, proporciona una fuerte protección frente a la interferencia estatal cuando se limiten libertades y derechos fundamentales. La cláusula del proceso debido, en su aspecto sustantivo, otorga al Tribunal la posibilidad de controlar el contenido de las leyes en los casos en que parezca cuestionable la legitimidad estatal para intervenir en ciertas materias. Una amplia referencia bibliográfica sobre esta cuestión puede verse en Tomás-Valiente, C.: *La disponibilidad...* ob. cit., págs. 161-167.

²¹ De hecho, prácticamente todos los Estados americanos en sus “Natural Death Acts” establecen que cuando como consecuencia de la interrupción de un tratamiento, realizada de acuerdo con la previa declaración del paciente, se produce la muerte, dicha interrupción no constituye suicidio ni homicidio.

²² Urofski, M.: *Lethal...*, ob. cit., pág. 65

²³ En septiembre de 1998, el Estado de Michigan aprobó una ley que castiga expresamente la ayuda al suicidio. Un comentario sobre el castigo del suicidio asistido en Michigan puede verse en Werner, A.C.: “The Michigan Legislature persists in prohibiting assisted-suicide”, 77 U. Det. Mercy L. Rev., 2000, págs. 875-926.

²⁴ Ob. cit., págs. 65-85.

la privacy y a las libertades concretas que se han ido incluyendo en el mismo. Así, si se aceptase su categorización como derecho fundamental, ello conllevaría, a su vez, la aplicación del estándar de control llamado de "escrutinio estricto" en la revisión de las leyes o actos del poder estatal que pretendan limitar tal derecho. De acuerdo con ello, la ley que limite un derecho fundamental sólo será válida si se prueba la existencia de un interés estatal perentorio (compelling state interest), para cuya protección, además, el Estado tiene que haber utilizado los medios menos lesivos de entre los posibles. La aplicación de este criterio significa, de acuerdo con la doctrina constitucional americana mayoritaria, una fuerte presunción de inconstitucionalidad de la ley o acto, difícil de superar. Sin embargo, los derechos no fundamentales conllevan un estándar de revisión llamado de la mera "relación racional" que permite declarar la validez de las leyes que limiten tales derechos con la simple demostración de que la ley persigue, de forma adecuada, un interés público legítimo. En este caso, por el contrario, opera una presunción de constitucionalidad de la ley, de manera que una pretensión de inconstitucionalidad enjuiciada bajo este estándar tiene escasas posibilidades de éxito²⁸.

En segundo lugar, el Tribunal dejó claro que junto al derecho a morir se encuentra también el interés del Estado en proteger la vida de los individuos y que ambos intereses deben ser valorados en cada caso a efectos de determinar cuál debe prevalecer. De acuerdo con ello, entró a valorar el problema de cuál es el grado de prueba sobre la voluntad del paciente que a los Estados les es legítimo exigir para permitir que se interrumpa o que no se inicie un tratamiento salvador. En este sentido, el Tribunal Federal declaró que esa no es una cuestión que corresponda al Derecho Federal, sino al Derecho de cada Estado; y, en su opinión, las leyes de Missouri (al igual que las de Nueva York y las de Maine) al establecer un estándar de prueba tan estricto (una prueba "clara y convincente" de los deseos de la paciente) a efectos de declarar la prevalencia del derecho a la autonomía del individuo, no limitan excesiva o indebidamente este derecho. No obstante, el Tribunal en este punto dejó claro que otros Estados podían establecer requisitos menos rígidos.

En consecuencia, los Cruzan acudieron de nuevo al juez de primera instancia presentando pruebas, a través del testimonio de amigos de Nancy, de que suprimir la alimentación artificial hubiese sido la decisión que ella habría adoptado caso de haber estado consciente, y el juez accedió a su petición. El fiscal, dada la simpatía general del público hacia la causa de los Cruzan, decidió retirar al Estado del caso: políticamente no resultaba rentable continuar en la lucha contra los deseos de la familia²⁹.

2.7. El caso *Compassion in Dying v. Washington*

En Washington, algunos defensores de la legalización del suicidio asistido interpusieron una de-

manda contra las normas de ese Estado que penalizan esa conducta. La demanda, presentada ante el Tribunal Federal de Distrito para el Distrito Oeste de Washington, se dirigía, en concreto, contra la norma que castiga el ayudar a (o causar) el suicidio de otro como una forma de "felony" (delito de carácter grave) con pena de prisión superior a cinco años y multa.

Los demandantes eran tres enfermos terminales, cinco médicos que trataban a estos y a otros pacientes terminales y la organización "Compassion in Dying". Cada uno de estos tres grupos basaban su reclamación en diferentes razones. Los enfermos alegaban que la norma atentaba, por un lado, contra su libertad para obtener ayuda médica al suicidio sin interferencias estatales, protegida por la cláusula del proceso debido de la Decimocuarta Enmienda; y, por otro lado, contra su derecho a la igualdad de trato. Los médicos alegaban su derecho, infringido por la norma, a la práctica de la medicina de acuerdo con su buen juicio profesional lo que, en su opinión, incluía la prestación de asistencia médica a enfermos terminales para poner fin a su sufrimiento, aunque ello conllevara su muerte. Finalmente, "Compassion in Dying" alegaba su derecho a ayudar a los enfermos terminales a ejercitar su derecho constitucional a decidir sobre su vida.

El Tribunal da la razón a los demandantes por entender que, efectivamente, el Estado de Washington vulnera su libertad y basa su decisión en la jurisprudencia del Tribunal Supremo Federal³⁰, de acuerdo con los siguientes argumentos.

1) El Tribunal Supremo Federal había declarado en una larga serie de casos que decisiones tan personales en la vida de los individuos como las relativas al matrimonio, la procreación, la contracepción, las relaciones familiares o la educación de los hijos, estaban protegidas por la Constitución. Y, en concreto, en *Parenthood v. Casey*³¹, había indicado que las decisiones relativas a la esfera más íntima y personal del individuo constituyen el núcleo central de la libertad protegida en la XIV Enmienda. De acuerdo con ello, y aunque *Casey* se refería al aborto, el Tribunal de Distrito afirma que la decisión de un paciente terminal de poner fin a su propia vida pertenece, al igual que la decisión de una mujer de interrumpir o no su embarazo, a la esfera más íntima y personal en la vida de un ser humano, y es la más clara manifestación de su dignidad y autonomía personal; en su opinión, el sufrimiento de un enfermo terminal no puede considerarse menos íntimo o personal, o menos merecedor de protección frente a interferencias estatales, que el de una mujer embarazada.

2) En el caso Cruzan, el Tribunal Supremo Federal había declarado que la Constitución garantiza el derecho de toda persona competente para rechazar un tratamiento médico, incluido el necesario para salvar su vida. En coherencia con ello, el Tribunal de Distrito declara que, desde una perspectiva constitucional, no cabe establecer diferencia alguna entre la decisión de un enfermo terminal competente de

²⁸ Ob. cit., pág. 219.

²⁹ Urofski, M.: *Lethal...*, ob. cit., págs. 62-63.

³⁰ *Compassion in Dying v. Washington*, 850 F. Supp. 1454 (W.D. Wash. 1994).

³¹ *Planned Parenthood v. Casey*, 505 U.S. 833 (1992).

rechazar un tratamiento médico, aunque ello le conduzca a la muerte, y la decisión de un enfermo terminal competente de poner fin a su vida, mediante la ingestión de una sustancia recetada por su médico.

3) Tanto en *Casey* como en *Cruzan*, el Tribunal Supremo había declarado que los diferentes aspectos o manifestaciones de la libertad (*liberty interests*) protegidos en la XIV Enmienda no son absolutos y, en consecuencia, la cuestión era qué estándar de revisión utilizar para determinar si el Estado había traspasado el ámbito constitucionalmente protegido. En este sentido, el Tribunal de Distrito adopta el estándar de revisión enunciado en *Casey* y afirma que son dos los intereses del Estado que se contraponen a los intereses individuales reclamados por los demandantes: el interés del Estado en prevenir el suicidio y el de evitar posibles abusos y presiones sobre los sujetos. Ahora bien, en su opinión, mientras que el Estado tiene un interés legítimo en tratar de impedir el suicidio, por ejemplo, de los jóvenes, no ocurre lo mismo en el caso de pacientes terminales; impedir el suicidio de estos últimos significaría únicamente prolongar un proceso de muerte normalmente doloroso y ello supondría una interferencia excesiva del Estado en los derechos de los individuos. Además, el Tribunal entiende que, desde el punto de vista del argumento del interés del Estado en proteger a las personas de potenciales abusos, por un lado, no hay ningún fundamento que permita establecer diferencias entre los casos de interrupción de un tratamiento que conduce a la muerte y aquellos en los que se proporciona un medicamento que conduce a ese mismo resultado: en ambos supuestos los sujetos pueden ser, igualmente, objeto de abusos. Y, por otro lado, para prevenir posibles conductas abusivas ya existe el "test" para evaluar la competencia de los individuos y la voluntariedad de su decisión, con independencia de que el Estado, si así lo desea, pueda establecer más mecanismos de control.

Como conclusión de todo ello, el Tribunal admite que la ley del Estado de Washington limita excesiva e injustificadamente los intereses de los individuos.

4) En lo referente a la posible vulneración del derecho a la igualdad de trato, los demandantes alegaban que el Estado de Washington vulneraba la Constitución, al tratar desigualmente a dos grupos de personas situadas en igualdad de circunstancias: los pacientes terminales dependientes de un respirador o de un aparato similar para poder vivir, y los que encontrándose igualmente en una situación terminal no dependían de un tratamiento para poder vivir. De hecho, invocaban el *Natural Death Act* del Estado de Washington en el que se declara que toda persona adulta tiene un derecho fundamental a decidir sobre todo lo relativo al cuidado de su salud, incluyendo la decisión, en el caso de pacientes terminales o en estado de inconsciencia permanente, de suspender o no aceptar un tratamiento médico para salvar su vida. El Tribunal, efectivamente, no encuentra entre los dos grupos de individuos arriba mencionados diferencia alguna que justifique la diferencia de trato que establece la ley al limitar, en igualdad de situación, los de-

rechos fundamentales de sólo uno de esos grupos. En conclusión, el Estado de Washington viola también el derecho a la igualdad recogido en la XIV Enmienda.

El Estado de Washington apela y el Tribunal de Apelación del Noveno Circuito revoca la decisión del Tribunal de Distrito por una mayoría de dos votos frente a uno³². Resumidamente, los argumentos son los siguientes.

1) En *Cruzan* el Tribunal Supremo Federal, efectivamente, había afirmado la existencia de un derecho a morir protegido constitucionalmente, pero limitado por el interés del Estado en preservar la vida y fundado en el derecho a mantener el propio cuerpo libre de intromisiones externas. En consecuencia, tal fundamento no puede ser aplicado al suicidio asistido, pues a través de éste lo que se pretende no es que los demás se abstengan de invadir nuestra integridad corporal, sino que, por el contrario, lo que se pretende es que la lesionen³³.

2) En los doscientos cinco años de tradición jurídica americana ningún tribunal había aceptado la existencia de un derecho constitucional a ayudar al suicidio ajeno y, en consecuencia, un Tribunal Federal no debería crear un derecho desconocido en el pasado y contrario a la protección de la vida humana, lo cual corresponde al poder legislativo (*government*) de acuerdo con la Constitución³⁴.

3) El Tribunal de Distrito había olvidado los intereses del Estado que se contraponen al derecho a morir como, por ejemplo: no hacer actuar a los médicos como homicidas de sus pacientes; no someter a los mayores de edad y a los incapaces a posibles presiones para consentir su propia muerte; proteger a los pobres y a las minorías de posibles abusos y presiones; defender a los minusválidos e incapaces de la antipatía y la indiferencia social; e impedir abusos como los que, a juicio del Tribunal, habían tenido lugar en Holanda. En definitiva, el Estado tie-

³² *Compassion in Dying v. Washington*, 49 F3d 586 (9th Cir. 1995). Un comentario sobre esta sentencia puede verse en, Stone, H. y Winslade, W.J.: "El auxilio médico al suicidio y la eutanasia en los Estados Unidos", en *El tratamiento jurídico de la Eutanasia. Una perspectiva comparada* (coord. Díez Ripollés y Muñoz Sánchez), Tirant lo Blanch, Valencia, 1996, págs. 387-389.

³³ Según Tomás-Valiente Lanuza, el Tribunal, en esta sentencia, se basa en un concepto restringido del derecho a la intimidad para fundamentar la facultad de rechazar tratamientos médicos. No se trataría, pues —afirma esta autora—, de una manifestación de un derecho general a decidir sobre las cuestiones más íntimas o centrales para un individuo (concepto amplio de intimidad o *privacy*), sino únicamente de un mero concepto físico de la intimidad o *privacy*, más propiamente relacionado con la IV Enmienda, la cual se refiere al derecho de los habitantes a que "sus personas, domicilio, documentos y efectos se hallen a salvo de pesquisas y aprehensiones arbitrarias" (Tomás-Valiente Lanuza, C.: *La disponibilidad...*, ob. cit., pág. 222).

³⁴ El Tribunal recurre aquí a un argumento "originalista". La llamada corriente "originalista" rechaza la posibilidad de que el poder judicial, y en especial el Tribunal Supremo, cree derechos no expresamente reconocidos en la Constitución. En términos muy generales, podría decirse que el originalismo defiende que la interpretación judicial de la Constitución debe partir únicamente del análisis del texto y de las intenciones originales de los constituyentes. La finalidad fundamental de esta corriente doctrinal es la de limitar el poder de los jueces constitucionales frente al poder legislativo. La corriente contraria sería la que promueve un "activismo judicial": se parte de la existencia de cláusulas abiertas en el texto constitucional, que permiten la creación de derechos no recogidos expresamente en el mismo.

ne legítimos intereses que proteger y, por tanto, la ley no es inconstitucional.

4) No existe vulneración del derecho a la igualdad de trato. El trato desigual responde a la clara diferencia existente entre la situación de cada uno de los dos grupos de enfermos terminales a los que hacen referencia los demandantes: el derecho de uno de esos grupos a rechazar tratamientos salvadores se basa, no en el derecho a la autonomía del individuo o *privacy* en sentido amplio, sino en el más limitado derecho a mantener el propio cuerpo libre de intromisiones externas.

Los demandantes solicitan una nueva vista ante el Noveno Circuito (*rehearing "en banc"*) y, aunque tal petición es raramente aceptada, se admite en este caso dada la extrema relevancia del mismo.

El Tribunal, integrado por once jueces y por una mayoría de ocho votos frente a tres, revoca la decisión del Tribunal de Apelación y confirma la existencia de un derecho constitucional a morir, más amplio que el mero derecho a la ayuda en la muerte, que incluye el derecho al suicidio asistido³⁵. La argumentación puede resumirse así.

1) La Constitución protege el derecho a decidir el momento y la forma de la muerte como un aspecto de la libertad (*liberty interest*) protegido en la cláusula del proceso debido de la Décimocuarta Enmienda. De manera que prohibir a un médico que pueda prescribir a un paciente terminal, que voluntaria y conscientemente se lo solicita, una medicación para poner fin a su vida viola el derecho a un proceso debido.

2) El argumento de la historia y la tradición jurídica sólo puede jugar un papel muy limitado: por un lado, los tiempos han cambiado y las circunstancias actuales nada tienen que ver con las del siglo diecinueve; y, por otro lado, el propio Tribunal Supremo ha rechazado el punto de vista de que la cláusula del proceso debido sólo protege derechos o libertades que posean "pedigrí histórico".

3) Ninguno de los aspectos o manifestaciones de la libertad (*liberty interests*) tiene carácter absoluto y, en consecuencia, habrá que analizar cuáles son los intereses del Estado que se contraponen, en este caso, a los intereses del individuo, a fin de realizar una ponderación (*balancing*) entre los mismos. De acuerdo con ello, identifica seis importantes intereses del Estado: preservar la vida; impedir el suicidio; evitar la intervención de terceras personas en la decisión e impedir posibles influencias arbitrarias, ilegítimas o indebidas; proteger a los familiares y seres queridos; proteger la integridad de la profesión médica; y, por último, evitar las negativas consecuencias que podrían derivarse de la impunidad de la ayuda al suicidio.

4) El Tribunal de Apelación no realizó una ponderación de los intereses en conflicto, sino que se limitó a aplicar un mero *test* de base racional (*rational-*

basis test), dando por sentado que si, de acuerdo con *Cruzan*, existía un derecho al suicidio, se trata de un derecho limitado y su papel es secundario respecto de los intereses del Estado. Sin embargo, existe una fuerte similitud entre los supuestos relativos al derecho a morir (*right to die cases*) y los casos de aborto, y la ponderación de intereses en juego puede dar resultados diferentes a lo largo de la vida, en función del momento y de las circunstancias concurrentes. Así, del mismo modo que en *Roe v. Wade* el Tribunal Supremo había establecido que en el primer trimestre del embarazo priman los intereses de la mujer, mientras que en el último trimestre priman los del Estado, en los casos relativos al derecho a morir, el resultado de la ponderación variará en función de las circunstancias concretas. El derecho a morir es un importante aspecto de la libertad, protegido por la cláusula del proceso debido (en su aspecto sustantivo). Los intereses del individuo prevalecen aquí en principio frente a los del Estado, salvo que exista una poderosa razón en contra, que no se da en este caso. En definitiva, el Estado puede establecer límites a ese derecho a morir respecto de determinados grupos de personas, pero la prohibición total es excesiva e injustificada y, en consecuencia, ilegítima³⁶.

5) La exigencia de restricción judicial, puesta de manifiesto por el Tribunal de Apelación, no queda contradicha por permitir al individuo ejercer su derecho a elegir. Lo que se hace con ello es dejar las decisiones relativas al derecho a morir fuera del ámbito de los poderes públicos (*government*) y ponerlas en manos de aquellos a quienes les pertenecen: los individuos. El alcance de la resolución, afirma el Tribunal, se limita a permitir que los individuos puedan decidir libre y responsablemente sobre cuestiones que afectan de manera esencial a su misma existencia e impedir la interferencia estatal en tales decisiones; ello no obliga a nadie a cometer suicidio, sino que permite que cada individuo actúe conforme a sus propias convicciones, impidiendo que las convicciones de unos se impongan sobre las de los otros.

2.8. El caso *Quill v. Vacco*

El otro caso que, junto al de Washington, fue revisado por el Tribunal Supremo Federal tuvo lugar en el Estado de Nueva York. El médico Timothy Quill, en unión de otros dos médicos y tres enfermos terminales (estos últimos, lamentablemente, murieron antes de la celebración del juicio), presentaron una demanda ante el Tribunal del Distrito Sur de Nueva York con la finalidad de que la ley de ese Estado que castiga la ayuda al suicidio fuese declarada inconstitucional³⁷.

El Tribunal del Distrito Sur de Nueva York rechazó la demanda y afirmó, por un lado, que los pacientes

³⁵ *Compassion in Dying v. Washington*, 79 F.3d 790 (Noveno Cir. 1996). Sobre los argumentos de esta sentencia pueden verse, Urofski, M.: *Lethal...*, ob. cit., 105-119; Martyn S.R. y Bourguignon, H.J.: "Physician-assisted suicide: the lethal flaws of de Ninth and Second Circuit decisions", en *85 Calif. L. Rev.*, 1997, págs. 371 ss.

³⁶ En realidad, el Noveno Circuito centró su decisión en la violación de la cláusula del proceso debido y, por tanto, no consideró necesario entrar en la posible infracción de la cláusula de la igualdad.

³⁷ El Código penal de Nueva York castiga la ayuda al suicidio como *manslaughter* (homicidio —felony en segundo grado).

no tienen derecho fundamental alguno al suicidio asistido y, por otro lado, que el Estado tiene un obvio interés en preservar la vida y proteger a las personas más vulnerables; en consecuencia, de acuerdo con la Constitución, en ausencia de un derecho individual especificado en el texto constitucional, el Estado tiene facultad discrecional para decidir cómo proteger sus intereses. En definitiva, el Tribunal consideró que el Estado de Nueva York no violaba ni la cláusula de la igualdad ni la libertad protegida en la Decimocuarta Enmienda³⁸.

El caso llegó en apelación ante el Segundo Circuito³⁹. Este Tribunal se plantea, en primer lugar, si el derecho al suicidio podría calificarse como una libertad fundamental. En este sentido, reconoce que, efectivamente, existen derechos que, a pesar de no tener un reconocimiento expreso en la Constitución, son objeto de un alto nivel de protección judicial; y entre estos derechos se encuentran libertades fundamentales, tan ligadas al concepto de libertad expresamente protegido en la Constitución, que no cabría hablar de justicia ni de libertad si tales libertades fuesen sacrificadas. Sin embargo, el Tribunal, basándose en *Bowers v. Hardwick*⁴⁰, donde el Tribunal Supremo había negado la existencia de un derecho constitucional a la práctica sexual consentida de sodomía, declina definir el derecho al suicidio asistido como un derecho implícito en la libertad expresamente reconocida en la Constitución. Y, declara además que, puesto que el Tribunal Supremo había sido reticente o muy comedido a la hora de incluir la *privacy* entre los derechos protegidos en la cláusula del proceso debido y había rechazado extender el significado de la *privacy*, él (el Tribunal del Segundo Circuito), debía ser incluso más renuente a llevar a cabo una interpretación extensiva, dada su posición dentro de la jerarquía judicial.

En segundo lugar, el Tribunal ve poca diferencia entre el suicidio asistido y la retirada de tratamientos, y rechaza los argumentos empleados por la jurisprudencia para justificar la diferencia entre los mismos. Por un lado, la desconexión de un aparato de ventilación, alimentación o hidratación asistidas, es una conducta que causa la muerte (por asfixia, inanición o deshidratación, respectivamente), sin que pueda decirse que (a diferencia del suicidio asistido) en tales supuestos, se trata de una muerte natural derivada de la enfermedad subyacente. Y, por otro lado, los pacientes que solicitan la interrupción del tratamiento "quieren" la muerte, por lo que también concurre en este tipo de acción el elemento subjetivo propio del suicidio.

En tercer lugar, una vez establecido que se trata de supuestos iguales o muy semejantes a los que la ley del Estado de Nueva York otorga consecuencias jurídicas distintas, el Tribunal procede a analizar si tal desigualdad de tratamiento está justificada y emplea para ello un simple "test de base racional"

(rational-basis test)⁴¹. Se trataría de ver qué interés podría tener el Estado que pudiese esgrimirse frente a los deseos de una persona competente y racional de no prolongar su sufrimiento causado por una enfermedad terminal; y el Tribunal no encuentra ningún interés legítimo que justifique una diferencia de trato entre este supuesto y los supuestos de interrupción o no iniciación de un tratamiento.

En coherencia con lo anterior, el Tribunal concluye que la ley de Nueva York vulnera la cláusula de igual protección, dado que no es posible encontrar ningún interés legítimo del Estado cuya protección justifique impedir a un médico prescribir medicamentos a un paciente mentalmente competente.

2.9. *Washington v. Glucksberg* y *Vacco v. Quil* ⁴²

Estos dos últimos casos llegaron ante el Tribunal Supremo Federal en 1996. En junio de 1997, el Tribunal Supremo dictó dos sentencias declarando que la Constitución no protege un derecho a la ayuda al suicidio⁴³.

En relación con el primer caso (*Washington v. Glucksberg*)⁴⁴, el Tribunal rechaza los argumentos del Noveno Circuito y afirma que la ayuda al suicidio no constituye una libertad protegida en la cláusula del proceso debido de la Decimocuarta Enmienda a la Constitución. Por un lado, el Tribunal acepta que, efectivamente, dicha cláusula protege algo más que un proceso justo y que la libertad ahí incluida es más amplia que el mero derecho a rechazar intrusiones o ataques a la integridad corporal. Pero, añade, el análisis conforme a esta cláusula requiere determinar que el aspecto de la libertad (*liberty interest*) que se demanda esté profundamente enraizado en la historia y en la tradición jurídica del país y que haya una cuidadosa descripción de la libertad

⁴¹ El Tribunal, a efectos de valorar la posible vulneración de la cláusula de igual protección, optó por el test menos estricto de los que son utilizados por la jurisprudencia del Tribunal Supremo. Así, rechazó aplicar un test de estricto escrutinio (*strict scrutiny*) o de escrutinio intermedio (*intermediate scrutiny*), y consideró que la prohibición contra la asistencia médica al suicidio es una cuestión de bienestar social (*social welfare*) que se enjuicia bajo un mero test de base racional. Esto significa que hay una fuerte presunción de constitucionalidad y, en consecuencia, la norma recurrida sólo se anulará en el caso de que sea completamente irracional, esto es, que no sirva a ningún fin estatal legítimo. Sobre esto véase, Urofski, M.: *Lethal...*, ob. cit., págs. 123-124.

⁴² Algunos comentarios sobre estas sentencias pueden verse en Urofski, M.: *Lethal...*, ob. cit., págs. 130-153; Bourguignon H.J. y Martyn S.R.: "Physician-assisted suicide: The Supreme Court's wary rejection", en *31 U. Tol. L. Rev.*, 2000, págs. 253-272; Hardaway, R.M., Peterson, M.K. y Mann, C.: "The right to die...", ob. cit., págs. 313 y ss. En este último, los autores afirman que en ninguna de estas dos sentencias el Tribunal Supremo entró a considerar si el derecho a la ayuda médica al suicidio es un derecho fundamental protegido bajo la Novena Enmienda, posición que ellos defienden.

⁴³ La decisión fue adoptada unánimemente por los nueve jueces integrantes del Tribunal, lo cual sorprendió a más de uno. Pero es que tres de los cuatro jueces —Brennan, Marshall y Blackmun— que habían declarado la existencia de un importante derecho a la autonomía en *Cruzan*, como un aspecto de la libertad protegida en la cláusula del proceso debido, ya no formaban parte del Tribunal y los jueces centristas que habían pasado a ocupar su lugar compartían la opinión de que el Tribunal tenía que ser muy cuidadoso a la hora de encontrar nuevos derechos (Urofski, M.: *Lethal...*, ob. cit., pág. 138).

⁴⁴ *Washington v. Glucksberg*, 117 S. Ct. 2258 (1997).

³⁸ *Quill v. Koppel* 870 F. Supp. 78 (S.D.N.Y. 1994).

³⁹ *Quill v. Vacco* 80 F. 3d 716 (2d Cir. 1996). Sobre los argumentos de esta sentencia pueden verse, Urofski, M.: *Lethal...*, ob. cit., 119-128; Martyn S.R. y Bourguignon, H.J.: "Physician-assisted suicide: the lethal flaws of de Ninth and Second Circuit decisions", en *85 Calif. L. Rev.*, 1997, págs. 371 y ss.

⁴⁰ *Bowers v. Hardwick*, 478 U.S. 186 (1986).

no tienen derecho fundamental alguno al suicidio asistido y, por otro lado, que el Estado tiene un obvio interés en preservar la vida y proteger a las personas más vulnerables; en consecuencia, de acuerdo con la Constitución, en ausencia de un derecho individual especificado en el texto constitucional, el Estado tiene facultad discrecional para decidir cómo proteger sus intereses. En definitiva, el Tribunal consideró que el Estado de Nueva York no violaba ni la cláusula de la igualdad ni la libertad protegida en la Decimocuarta Enmienda³⁸.

El caso llegó en apelación ante el Segundo Circuito³⁹. Este Tribunal se plantea, en primer lugar, si el derecho al suicidio podría calificarse como una libertad fundamental. En este sentido, reconoce que, efectivamente, existen derechos que, a pesar de no tener un reconocimiento expreso en la Constitución, son objeto de un alto nivel de protección judicial; y entre estos derechos se encuentran libertades fundamentales, tan ligadas al concepto de libertad expresamente protegido en la Constitución, que no cabría hablar de justicia ni de libertad si tales libertades fuesen sacrificadas. Sin embargo, el Tribunal, basándose en *Bowers v. Hardwick*⁴⁰, donde el Tribunal Supremo había negado la existencia de un derecho constitucional a la práctica sexual consentida de sodomía, declina definir el derecho al suicidio asistido como un derecho implícito en la libertad expresamente reconocida en la Constitución. Y, declara además que, puesto que el Tribunal Supremo había sido reticente o muy comedido a la hora de incluir la *privacy* entre los derechos protegidos en la cláusula del proceso debido y había rechazado extender el significado de la *privacy*, él (el Tribunal del Segundo Circuito), debía ser incluso más renuente a llevar a cabo una interpretación extensiva, dada su posición dentro de la jerarquía judicial.

En segundo lugar, el Tribunal ve poca diferencia entre el suicidio asistido y la retirada de tratamientos, y rechaza los argumentos empleados por la jurisprudencia para justificar la diferencia entre los mismos. Por un lado, la desconexión de un aparato de ventilación, alimentación o hidratación asistidas, es una conducta que causa la muerte (por asfixia, inanición o deshidratación, respectivamente), sin que pueda decirse que (a diferencia del suicidio asistido) en tales supuestos, se trata de una muerte natural derivada de la enfermedad subyacente. Y, por otro lado, los pacientes que solicitan la interrupción del tratamiento "quieren" la muerte, por lo que también concurre en este tipo de acción el elemento subjetivo propio del suicidio.

En tercer lugar, una vez establecido que se trata de supuestos iguales o muy semejantes a los que la ley del Estado de Nueva York otorga consecuencias jurídicas distintas, el Tribunal procede a analizar si tal desigualdad de tratamiento está justificada y emplea para ello un simple "test de base racional"

(*rational-basis test*)⁴¹. Se trataría de ver qué interés podría tener el Estado que pudiese esgrimirse frente a los deseos de una persona competente y racional de no prolongar su sufrimiento causado por una enfermedad terminal; y el Tribunal no encuentra ningún interés legítimo que justifique una diferencia de trato entre este supuesto y los supuestos de interrupción o no iniciación de un tratamiento.

En coherencia con lo anterior, el Tribunal concluye que la ley de Nueva York vulnera la cláusula de igual protección, dado que no es posible encontrar ningún interés legítimo del Estado cuya protección justifique impedir a un médico prescribir medicamentos a un paciente mentalmente competente.

2.9. *Washington v. Glucksberg y Vacco v. Quill*⁴²

Estos dos últimos casos llegaron ante el Tribunal Supremo Federal en 1996. En junio de 1997, el Tribunal Supremo dictó dos sentencias declarando que la Constitución no protege un derecho a la ayuda al suicidio⁴³.

En relación con el primer caso (*Washington v. Glucksberg*)⁴⁴, el Tribunal rechaza los argumentos del Noveno Circuito y afirma que la ayuda al suicidio no constituye una libertad protegida en la cláusula del proceso debido de la Decimocuarta Enmienda a la Constitución. Por un lado, el Tribunal acepta que, efectivamente, dicha cláusula protege algo más que un proceso justo y que la libertad ahí incluida es más amplia que el mero derecho a rechazar intromisiones o ataques a la integridad corporal. Pero, añade, el análisis conforme a esta cláusula requiere determinar que el aspecto de la libertad (*liberty interest*) que se demanda esté profundamente enraizado en la historia y en la tradición jurídica del país y que haya una cuidadosa descripción de la libertad

³⁸ El Tribunal, a efectos de valorar la posible vulneración de la cláusula de igual protección, optó por el test menos estricto de los que son utilizados por la jurisprudencia del Tribunal Supremo. Así, rechazó aplicar un test de estricto escrutinio (*strict scrutiny*) o de escrutinio intermedio (*intermediate scrutiny*), y consideró que la prohibición contra la asistencia médica al suicidio es una cuestión de bienestar social (*social welfare*) que se enjuicia bajo un mero test de base racional. Esto significa que hay una fuerte presunción de constitucionalidad y, en consecuencia, la norma recurrida sólo se anulará en el caso de que sea completamente irracional, esto es, que no sirva a ningún fin estatal legítimo. Sobre esto véase, Urofski, M.: *Lethal...*, ob. cit., págs. 123-124.

³⁹ Algunos comentarios sobre estas sentencias pueden verse en Urofski, M.: *Lethal...*, ob. cit., págs. 130-153; Bourguignon H.J. y Martyn S.R.: "Physician-assisted suicide: The Supreme Court's wary rejection", en *31 U. Tol. L. Rev.*, 2000, págs. 253-272; Hardaway, R.M., Peterson, M.K. y Mann, C.: "The right to die...", ob. cit., págs. 313 y ss. En este último, los autores afirman que en ninguna de estas dos sentencias el Tribunal Supremo entró a considerar si el derecho a la ayuda médica al suicidio es un derecho fundamental protegido bajo la Novena Enmienda, posición que ellos defienden.

⁴⁰ La decisión fue adoptada unánimemente por los nueve jueces integrantes del Tribunal, lo cual sorprendió a más de uno. Pero es que tres de los cuatro jueces —Brennan, Marshall y Blackmun— que habían declarado la existencia de un importante derecho a la autonomía en Cruzan, como un aspecto de la libertad protegida en la cláusula del proceso debido, ya no formaban parte del Tribunal y los jueces centristas que habían pasado a ocupar su lugar compartían la opinión de que el Tribunal tenía que ser muy cuidadoso a la hora de encontrar nuevos derechos (Urofski, M.: *Lethal...*, ob. cit., pág. 138).

⁴¹ *Washington v. Glucksberg*, 117 S. Ct. 2258 (1997).

³⁶ *Quill v. Koppel* 870 F. Supp. 78 (S.D.N.Y. 1994).

³⁹ *Quill v. Vacco* 80 F. 3d 716 (2d Cir. 1996). Sobre los argumentos de esta sentencia pueden verse, Urofski, M.: *Lethal...*, ob. cit., 119-128; Martyn S.R. y Bourguignon, H.J.: "Physician-assisted suicide: the lethal flaws of the Ninth and Second Circuit decisions", en *85 Calif. L. Rev.*, 1997, págs. 371 y ss.

⁴⁰ *Bowers v. Hardwick*, 478 U.S. 186 (1986).

que se alega. Y, en este sentido, el Tribunal afirma que ni en la historia, ni en la tradición jurídica del país, ni en el common law, ha sido reconocido un derecho a la ayuda al suicidio que pueda incluirse bajo la libertad protegida en la cláusula del proceso debido.

Por otro lado, el Tribunal muestra un evidente empeño en rechazar los argumentos del Noveno Circuito que se apoyaban en la coherencia de su decisión con las resoluciones adoptadas por el mismo alto Tribunal en Cruzan y en Casey. Así, el Tribunal Supremo indica que, efectivamente, en Cruzan, había afirmado la existencia de un derecho a rechazar un tratamiento médico no querido, pero en ningún modo pretendió dar a entender también con ello que tal derecho pudiera transformarse en un derecho a la ayuda al suicidio. Asimismo, alega que, si bien en Casey había declarado que muchos de los derechos y libertades incluidas en la cláusula del proceso debido hacen referencia a las decisiones más íntimas que una persona puede adoptar en su vida, eso no puede llevar sin más a la conclusión de que en general todas las decisiones íntimas de la persona están ahí protegidas.

Finalmente, el Tribunal realiza un amplio análisis de los intereses del Estado en prevenir el suicidio (preservar la vida humana, proteger la integridad de la profesión médica, proteger a los más vulnerables, impedir que pueda llegarse por el efecto de la pendiente resbaladiza —slippery slope— a la justificación de la eutanasia voluntaria e, incluso, de la involuntaria)⁴⁵, y llega a la conclusión de que tales intereses son legítimos y que la ley del Estado de Nueva York que prohíbe el suicidio asistido está razonablemente conectada con su promoción y protección.

Frente a la decisión del segundo Circuito, el Tribunal Supremo Federal declara⁴⁶, por un lado, que la ley del Estado de Nueva York que prohíbe la ayuda al suicidio no establece trato desigual alguno. De acuerdo con esa norma, toda persona competente, con independencia de su estado físico, tiene derecho a rechazar un tratamiento médico dirigido a salvar su vida y, por el contrario, ninguna persona tiene derecho a recibir ayuda activa para morir. La ley es aplicable imparcialmente a toda persona y, por tanto, no vulnera la cláusula de igual protección.

Por otro lado, la distinción entre, por un lado, interrumpir o no aplicar un tratamiento médico dirigido a salvar la vida y, por otro lado, la ayuda al suicidio, que goza de un amplio reconocimiento en la tradición jurídica y en el ámbito médico, es lógica y razonable. Así, si el paciente rechaza el tratamiento y se produce la muerte, ésta es consecuencia de la enfermedad subyacente; si se toma una dosis letal, la muerte es consecuencia de esta acción. Existe una clara línea entre “permitir morir” y “matar”. Además, a juicio del Tribunal, Cruzan no proporciona fundamento alguno que permita defender que rechazar un tratamiento médico es un suicidio: el derecho ahí reconocido a rechazar tratamientos

médicos no se basa en la idea de que los pacientes tengan un general y abstracto derecho a adelantar su muerte, sino en los tradicionales y bien asentados derechos a la integridad corporal y a la libertad frente al contacto corporal no deseado.

No obstante, el Tribunal reconoce que a lo largo de toda la nación, los americanos están involucrados en un serio y profundo debate acerca de la moralidad y legalidad del suicidio asistido, y que su decisión permite que ese debate continúe como, por otro lado, debe ocurrir en una sociedad democrática. El Tribunal, aunque admite que tradicionalmente los Estados se han opuesto al suicidio asistido, a un mismo tiempo, indica que nada en su resolución pretende impedir que los Estados cambien de opinión. Esto es, el Tribunal deja la puerta abierta al debate y a la posible regulación permisiva del suicidio asistido por parte de los Estados.

3. Conclusión

A través de la lectura de esos casos creo que se puede apreciar cuál ha sido la evolución jurisprudencial en relación con el derecho a morir y, más en concreto, con el derecho al suicidio asistido. Así, mientras que muchos Tribunales estatales, aplicando la doctrina sentada por el Tribunal Federal en *Griswold v. Connecticut*, basaban sus decisiones en este campo en la protección constitucional a la intimidad, entendida como autonomía personal (*privacy*), a partir de los años ochenta, el Tribunal Federal fue desechando cada vez con mayor fuerza la idea de un derecho a morir protegido a través del derecho a la intimidad (*privacy*). Los jueces conservadores, nombrados en la época de Reagan, manifestaron, además, sus reservas frente a las decisiones adoptadas en *Griswold* y, fundamentalmente, en *Roe v. Wade*. En realidad, lo que se cuestionaban era si, en ausencia de una previsión expresa, cabía aceptar la existencia de un derecho constitucional a la intimidad (*privacy*).

Como consecuencia de ello, aunque muchos de los casos posteriores a *Quinlan* se apoyan tanto en el derecho a la autonomía procedente del common law como en el derecho a la *privacy* protegido por la Constitución, sin embargo, en los últimos años, el rechazo de los jueces conservadores al reconocimiento de un derecho a la intimidad (*privacy*) protegido constitucionalmente, ha llevado a muchos tribunales de rango inferior a dar marcha atrás respecto de la decisión del caso *Griswold* y a basarse más en las viejas reglas del common law acerca de la autonomía del individuo; esto es, en el derecho de todo individuo a mantener el propio cuerpo libre de intromisiones externas. A pesar de que algunos tribunales continúan aceptando la existencia del derecho constitucional a la *privacy*, los tribunales federales y, especialmente, el Tribunal Supremo hablan más de autonomía que de *privacy*.

No obstante, como hemos visto, el Tribunal Supremo ha dejado la puerta abierta al debate y se ha reservado la opción, para el caso de que lo considere necesario, de revisar la cuestión.

⁴⁵ Sobre el argumento de la pendiente resbaladiza puede verse, Lode E.: “Slippery slope arguments and legal reasoning” en, *87 Calif. L. Rev.*, 1999, págs. 1469-1543.

⁴⁶ *Vacco v. Quill*, 117 S. Ct. 2293 (1997).

II. LA DISPONIBILIDAD DE LA VIDA EN LA LEGISLACION AMERICANA

En ninguno de los Códigos penales de los diferentes Estados y territorios dependientes de los Estados Unidos existe una regulación específica del homicidio consentido, y el homicidio por piedad (mercy Killing) es delito en todos ellos. En realidad, ninguna de las legislaciones de los Estados Unidos concede eficacia justificante al consentimiento en el homicidio. El fundamento de esta doctrina se encuentra en el principio de que "el homicidio no es menos homicidio por el hecho de que sea cometido con el consentimiento de la víctima"⁴⁷.

La conducta suicida —consumada o en grado de tentativa—, no constituye delito en ninguno de los Estados. Sin embargo, la mayoría de estos castiga en sus Códigos la asistencia o ayuda al suicidio. La primera ley que castigó explícitamente la ayuda al suicidio se aprobó en el Estado de Nueva York, en 1828, y, posteriormente, los Estados fueron siguiendo su ejemplo. De hecho, en el momento en que la Décimocuarta Enmienda fue ratificada, el suicidio asistido era delito en la mayor parte de los Estados⁴⁸.

Por su parte, el Model Penal Code califica como homicidio la conducta de quién, de propósito, y mediante fuerza, coacción o engaño, determina a otro al suicidio; mientras que la conducta de quién simplemente presta ayuda o incita a otro a cometer suicidio es calificada como felony en segundo grado —infracción penal grave—, si el suicidio se consuma o queda en grado de tentativa, y como misdemeanor —infracción penal menos grave o leve— si el suicidio no llega intentarse⁴⁹. Esta regulación ha llevado a muchos Estados a aprobar o revisar su regulación sobre el suicidio asistido⁵⁰.

Paralelamente, los Estados han ido aprobando Natural Death Acts, siguiendo un modelo uniforme, en el que se reconoce a toda persona mayor de edad y con capacidad el derecho a rechazar, bajo determinadas circunstancias, un tratamiento médico dirigido a prolongar su vida. En concreto, las leyes autorizan a los médicos a no aplicar o a suspender las técnicas reanimadoras (life-sustaining procedure) a pacientes —como se ha dicho— mayores de edad y con capacidad, que se encuentren en estado terminal (terminal condition), siempre que éstos lo hayan solicitado previamente por escrito, por medio de documentos denominados directivas previas (advance directives) o, más concretamente, de un testamento vital (living will). Así, hacia 1992, los cincuenta Estados y el Distrito de

Columbia habían adoptado alguna forma de testamento vital⁵¹.

A través de las advance directives o del living will, los ciudadanos americanos pueden hacer una declaración acerca de qué tipo de tratamiento médico estarían dispuestos a aceptar y cuál no, en caso de encontrarse en situación de incapacidad para decidir. Normalmente, el testamento vital (living-will) incorpora uno o más tipos de directivas previas (advance directives), a través de las cuales la persona formula indicaciones sobre cuáles serían sus deseos ante determinadas eventualidades en relación con su salud; o bien nombra a una persona para que en tales circunstancias decida en su nombre. El fundamento legal de estas directivas se encuentra en el common law y en la Constitución a través de la protección del derecho a la autonomía del individuo⁵².

El problema, desde el punto de vista práctico, es que sólo una escasa minoría de ciudadanos han suscrito algún tipo de directivas previas, por lo que médicos, familia y tribunales se encuentran con la dificultad de determinar y probar cuáles serían los deseos del paciente.

Por otro lado, y en relación con la ayuda médica al suicidio (physician assisted-suicide), es interesante señalar que en el Estado de Washington, en 1991, los ciudadanos rechazaron una iniciativa electoral que, de haber triunfado, habría permitido una forma de asistencia médica al suicidio ("Death with Dignity" Measure). A pesar de que las encuestas previas eran favorables a su aprobación, la iniciativa fue rechazada por un 54 % frente a un 46% de los votantes, debido a la fuerte oposición de la iglesia católica y de gran parte del colectivo médico⁵³. Washington, entonces, aprobó una modificación de su Natural Death Act, por la cual se excluía expresamente la ayuda médica al suicidio (physician-assisted suicide) de las conductas permitidas. Por su parte, los ciudadanos de California, en 1993, y por el mismo estrecho margen (un 54% de los votantes frente al 46%), rechazaron también una iniciativa similar a la de Washington⁵⁴.

Sin embargo, en noviembre de 1994, los ciudadanos de Oregon dieron luz verde, también a través de una iniciativa electoral y por una mayoría del 52% de los votantes, al Death with Dignity Act, que legalizó la ayuda médica al suicidio (physician-assisted suicide), en el caso de enfermos terminales, adultos y competentes. Esta ley, a diferencia de las propuestas rechazadas en Washington y California, establece un mayor número de requisitos para impedir posibles abusos y asegurar que sólo los pacientes competentes, y de forma absolutamente libre y voluntaria, puedan hacer uso de la misma; además, la dosis letal no puede ser administrada por el médico, sino que debe administrársela el propio paciente.

El Death with Dignity Act de Oregon permite a en-

⁴⁷ Shaffer, C.: "Criminal Liability for Assisting Suicide", en *Columbia Law Review*, 1986, vol. 86, pág. 351.

⁴⁸ Dressler, J.: *Cases and materials on Criminal Law*, West Group, St. Paul, Minnesota, 1999, 2 ed., pág. 901.

⁴⁹ Model Penal Code & 210.5 (1) y (2) (proposed Official Draft, 1962).

⁵⁰ Los redactores del Model Penal Code indicaron que la santidad de la vida, protegida a través del homicidio, se ve también amenazada por quienes expresan su voluntad de colaborar en el suicidio de otro, aun cuando actúen con el consentimiento o ante la solicitud del suicida (American Law Institute, Model Penal Code, 210.5, Comment 5, pág.100 (Official Draft and Revised Comments, 1980). La cita la tomo de Dressler, J.: *Cases...*, ob. cit, pág. 901

⁵¹ Vease, Urofski, M.: *Lethal...*, ob. cit., pág. 55.

⁵² Un amplia información sobre estas directivas previas puede verse en Lieberman A.D., M.D. y J.D.: *Advance medical directives*, West Group, Cumulative Supplement Issued, August, 2001.

⁵³ Lewis, P.: "Rights discourse...", ob. cit., 47, nota 7.

⁵⁴ Ob. cit., 47, nota 8.

fermos terminales, con un pronóstico de menos de seis meses de vida, solicitar la prescripción de una dosis letal de drogas para poner fin así a un sufrimiento insoportable. Dos médicos deben afirmar el carácter incurable e irreversible de la enfermedad y la condición terminal del paciente; la solicitud debe ser formulada, al menos, en tres ocasiones, y la segunda ha de ser por escrito y ante dos testigos (uno de ellos no puede ser pariente del enfermo, ni tener intereses económicos que se deriven de su muerte, ni estar relacionado con los servicios sanitarios). El paciente puede rescindir la solicitud en cualquier momento y tras quince días de espera después de la última petición, el médico debe ofrecer al enfermo la posibilidad de renunciar. A partir de ese momento, si el enfermo persiste en su decisión, el médico puede proceder a prescribir la medicación letal⁵⁵.

Con la finalidad de impedir la entrada en vigor de esta ley, quince días antes de dicha fecha, un grupo de médicos y de pacientes, algunos de ellos terminales, presentaron una demanda contra la misma. En la demanda alegaban que la ley vulneraba la primera y la cuarta Enmiendas a la Constitución, el Americans with Disabilities Act, el Rehabilitation Act y el Religious Freedom Restoration Act. El Juez Federal que conoció de la demanda en primera instancia declaró la inconstitucionalidad de la ley, por considerar que la misma no establecía suficientes garantías frente a posibles abusos. En la apelación, sin embargo, el Noveno Circuito, revocó la decisión del juez de primera instancia y declaró que los jueces federales no tenían jurisdicción sobre el asunto. En un segundo intento de tratar de impedir la entrada en vigor de la ley, sus oponentes —quienes contaban con un fuerte apoyo de la iglesia católica— se movilizaron y consiguieron que, en el otoño de 1997, se sometiese a votación una iniciativa electoral (Measure 51) que de haber sido aprobada hubiese impedido la aplicación del Death with Dignity Act. La Measure 51 fue rechazada por un 60% de los votantes; en esta ocasión, pues, un número mayor votantes, respecto de la iniciativa de 1994, se mostró favorable a permitir la ayuda médica al suicidio⁵⁶.

La información existente hasta el momento sobre la experiencia en Oregón muestra que la ley está funcionando positivamente y sin que existan indicios de abusos. Por lo que respecta a los tres primeros años de funcionamiento se sabe que, en 1998, un total de veintitrés personas solicitaron una dosis letal, de acuerdo con lo dispuesto en la ley; de ellas, quince decidieron tomar la medicación, seis murieron antes de su administración y dos seguían vivas en enero de 1999. En 1999, treinta y tres personas

solicitaron la prescripción; veintiséis tomaron la medicación, cinco murieron antes de tomarla y dos de ellos seguían viviendo en enero de 2000. En 2000, treinta y nueve personas solicitaron la prescripción, veintisiete murieron tras su administración (una de ellas había solicitado la medicación el año anterior), ocho murieron de la enfermedad que padecían y cinco continuaban viviendo en diciembre de 2000. Las muertes causadas por la administración de la medicación letal representaron una cifra de 6 de cada 10.000 muertes en Oregón en el año 1998, y 9 de cada 10.000 en 1999 y 2000. Además, frente a los temores de los oponentes a la legalización de que la ley sería utilizada por los más desfavorecidos: pobres, personas con un bajo nivel educativo y ciudadanos carentes de cobertura sanitaria⁵⁷, los datos muestran que los pacientes no eran más pobres, ni su nivel educativo inferior, ni carecían de seguro sanitario o de los debidos cuidados paliativos⁵⁸. Asimismo, frente a lo que algunos temían, la ley tampoco ha supuesto un estímulo para el suicidio de los jóvenes en el Estado de Oregón, y los médicos han actuado cumpliendo los requisitos establecidos en la ley⁵⁹.

A pesar de la buena marcha de la ley, el Congreso está intentando, de forma indirecta, impedir su aplicación, mediante la aprobación del Pain Relief Promotion Act⁶⁰, que modificaría el Controlled Substances Act of 1970. Esta reforma sancionaría a los médicos que “intencionalmente prescriban, distribuyan o administren determinadas sustancias controladas (particularmente barbitúricos, esto es, las sustancias normalmente utilizadas para ayudar a morir a un paciente y evitar su sufrimiento), con la finalidad de causar la muerte de una persona o de ayudarle a causarse la muerte”. Las sanciones que se prevén son la retirada de la licencia para prescribir dichas drogas, sanciones civiles e, incluso, penas de más de veinte años de prisión. El Congreso dio luz verde a la propuesta, pero fue rechazada en el

⁵⁷ Este temor que resultaría infundado en países donde todos los ciudadanos tienen derecho a la asistencia sanitaria pública y gratuita, adquiere mucho sentido en un país como Estados Unidos en el que uno de cada seis habitantes carece totalmente de cobertura sanitaria y otros muchos millones de ciudadanos sólo tienen una cobertura parcial, de manera que la hospitalización y la asistencia sanitaria pueden arruinar a una familia (véase, Urofski, M.: *Lethal...*, ob. cit., pág. 96).

⁵⁸ Véase, Chin, A.E.: “Legalized physician-assisted suicide in Oregon. The first year’s experience”, *340 New England Journal of Medicine*, 1999, págs. 577 y ss; Batt, C.A.: “The Pain Relief...”, ob. cit., págs. 303-307.

⁵⁹ Orentlicher, D.: “The implementation...”, ob. cit., págs. 489-491. Para más información sobre la experiencia en Oregón, la Oregon Health Division ha publicado tres informes anuales, el último de ellos, sobre los tres primeros años de experiencia del Death with Dignity Act, que puede consultarse en, Oregon Health Division, Oregon’s Death with Dignity Act: Three years of legalized physician-assisted suicide (2001), <http://www.ohd.hr.state.or.us/chs/pas/ar-index.htm> (consultado el 1 de noviembre de 2001). Además, el Task Force to improve the Care of Terminally Ill Oregonians, ha publicado una guía dirigida al personal sanitario a fin de informar sobre las complejas cuestiones que rodean la aplicación del Death with Dignity Act. Entre otras cosas, se indica que los médicos no están obligados a asistir al suicidio de su paciente, pero sí a ponerle en contacto con personal sanitario que atenderá su solicitud. Véase, O’Brien, C.N., Madek, G.A. y Ferrera, G.R.: “Oregon’s guidelines...”, ob. cit., págs. 331-333.

⁶⁰ Una reforma semejante se había propuesto ya en el año 1998 bajo el nombre de Lethal Drug Abuse Prevention Act. Véase, Batt, A.: “The Pain Relief...”, ob. cit., págs. 307-309.

⁵⁵ Algunos comentarios sobre esta ley pueden verse en, Urofski, M.: *Lethal...*, ob. cit., pp. 101-104; Orentlicher, D.: “The implementation of Oregon’s Death with Dignity Act”, en *6 Psychol. Pub. Pol’y & L.*, 2000, pp. 489 y ss; O’Brien N., Madek, G.A., Ferrera, G.R.: “Oregon’s guidelines for physician-assisted suicide: a legal and ethical analysis”, en *61 U. Pitt. L. R.*, 2000, págs. 329 y ss; Lewis, P.: “Rights discourse...”, ob. cit., págs. 45-99; Batt, C.A.: “The Pain Relief Promotion Act of 1999 and physician-assisted suicide: a call for Congressional self-restraint”, *38 San Diego L. Rev.*, 2001, págs. 303-306, nota 36; Hillard, D. Y Dombink, J.: *Dying right. The death with dignity movement*, Routledge, New York/London, 2001, págs. 69-119.

⁵⁶ Urofski, M.: *Lethal...*, ob. cit., págs. 103-104.

Senado, en el año 2000; no obstante es previsible que vuelva a presentarse nuevamente⁶¹.

Recientemente, el Fiscal General (Attorney General), en un nuevo intento de impedir la aplicación de la ley, ha dictado una orden por la que autoriza a los agentes federales a actuar contra los médicos que prescriban drogas letales a pacientes terminales, incluidos aquellos que actúen conforme a lo dispuesto en el Death with Dignity Act de Oregon. De acuerdo con dicha orden, los médicos que prescriban tales sustancias verán revocadas sus licencias para prescribir cualquier tipo de drogas⁶². No obstante, un juez federal de Portland ha dejado sin efecto temporalmente la orden⁶³.

Siguiendo el ejemplo de Oregon, otros muchos Estados han presentado propuestas para la legalización de la ayuda médica al suicidio. Así, en Maine, en noviembre de 2000, se celebró un referéndum para legalizar el physician-assisted suicide, que fue rechazado por un estrecho margen (un 51,5% frente al 48,5%). Otros Estados que han votado iniciativas semejantes son Arizona, California, Connecticut, Hawaii, Louisiana, Massachusetts, Minnesota y New Hampshire; todas ellas rechazadas⁶⁴.

Es también interesante señalar que un grupo de autores, procedentes de diferentes campos (dere-

cho, medicina, filosofía y economía), han propuesto un modelo de regulación del suicidio asistido para pacientes que padezcan una enfermedad terminal que les produzca un dolor insoportable. La propuesta prevé una serie de requisitos expresamente destinados a prevenir posibles errores en las tomas de decisión y a proporcionar protección legal a los médicos que acepten las solicitudes de los pacientes⁶⁵.

En definitiva, el debate sigue abierto. Por un lado, los Estados están actualmente discutiendo sobre el derecho a morir y la legalización de, al menos, alguna forma de suicidio asistido. Por otro lado, el estrecho margen de votos entre los partidarios y los detractores de la legalización en Washington, California y Maine, y los resultados en el Estado de Oregon, muestran que un amplio número de americanos estaría a favor de la legalización de alguna forma de suicidio asistido. Ahora, la atención está centrada en Oregon y en conocer si, efectivamente, la aplicación de la ley se limita a los casos ahí previstos o si, por el contrario, está dando lugar a los abusos y a la pendiente resbaladiza que muchos se temían. Los datos existentes hasta el momento, como hemos visto, muestran que la ley se está aplicando correctamente, sin que existan indicios de abusos de ningún tipo.

⁶¹ Ob. cit., pp. 298 y ss.; Lewis, P.: "Rights discourse...", ob. cit., pág. 48, nota 10.

⁶² *New York Times* de 7 de noviembre de 2001.

⁶³ *New York Times* de 11 de noviembre de 2001.

⁶⁴ Lewis, P.: "Rights discourse...", ob. cit., pág. 48, nota 10.

⁶⁵ Baron, C.H., Bergstresser, C., Brock, D.W., Cole, G.F., Dorfman, N.S., Johnson, J.A., Schnipper, L.E., Vorenberg, J. y Wanzer, S.H.: "A Model State Act to authorize and regulate physician-assisted suicide", en *33 Harv J. On Legis.*, 1996, págs. 1-34.