

EL DERECHO A LA VIDA PRIVADA EN LA JURISPRUDENCIA DEL TRIBUNAL EUROPEO DE DERECHOS HUMANOS: ¿UN “CABALLO DE TROYA” PARA LEGITIMAR/LEGALIZAR LA EUTANASIA? * **

Right to Private Life in the Jurisprudence of the European Court of Human Rights: “A Trojan Horse” to Legitimise/Legalise Euthanasia?

JUANA MARÍA GONZÁLEZ MORENO***

Fecha de recepción: 18/06/2020
Fecha de aceptación: 20/07/2020

Anales de la Cátedra Francisco Suárez
ISSN: 0008-7750, núm. 55 (2021), 409-432
<http://dx.doi.org/10.30827/ACFS.v55i0.15518>

RESUMEN El Tribunal Europeo de Derechos Humanos ha rechazado que el artículo 2 del Convenio Europeo de Derechos Humanos (derecho a la vida) incluya un derecho a morir; en cambio, ha reconocido que el artículo 8 del mismo Convenio (derecho a la vida privada) comprende la autodeterminación de la persona sobre cómo y cuándo poner fin a su vida. Sin embargo, como explicamos en este trabajo, los presupuestos conceptuales en que apoya su interpretación del derecho a la vida privada son discutibles y, en consecuencia, es dudoso que este derecho sirva de fundamento, de “caballo de Troya”, para legitimar/legalizar la eutanasia (activa, particularmente).

Palabras clave: derecho a la vida privada, eutanasia, ayuda al suicidio, jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos

ABSTRACT European Court of Human Rights has refused that article 2 of European Convention on Human Right (right to life) contains a right to die; whereas it has recognised that article 8 of the same one (right to respect for private life) includes the person self — autodetermination about how and when to put an end to their life. However, as we explain in this paper, the conceptual basis in which supports its interpretation of right to private life are disputable and it’s consequently uncertain that this right is useful (as a “Trojan horse”) for legitimising/legalising the euthanasia (active, particularly).

Keywords: “right to privacy”, euthanasia, assisted suicide, jurisprudence of the European Court of Human Rights

* Para citar/citation: González Moreno, J. M. (2021). El derecho a la vida privada en la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos: ¿un “caballo de Troya” para legitimar/legalizar la eutanasia? *Anales de la Cátedra Francisco Suárez* 55, pp. 409-432.

** Investigación desarrollada en el marco del Grupo de Investigación SEJ-587, “Economía y fiscalidad frente al envejecimiento poblacional”, financiado por la Consejería de Economía y Conocimiento de la Junta de Andalucía.

*** Universidad de Málaga. Facultad de Derecho. Bulevar Louis Pasteur, s/n, 29010 Campus de Teatinos, Málaga (España). Email: jmgmfiloder1@uma.es
Número ORCID: 0000-0002-8198-1060.

1. INTRODUCCIÓN

No faltará quien crea que la pregunta es impertinente¹. ¿Por qué preguntarse si el derecho a la vida privada es un “caballo de Troya” para legitimar/legalizar la eutanasia cuando el Tribunal Europeo de Derechos Humanos ya ha resuelto de forma decidida casos de eutanasia (activa) con arreglo a este derecho? Más aún: con su sentencia en el caso *Gross vs. Suiza*, de 2013, está claro —podrían decir algunos/as— que el Tribunal Europeo de Derechos Humanos (en adelante, TEDH), considera que el derecho a la vida privada puede ser violado si los Estados no cumplen con la obligación (procedimental) de garantizar el acceso efectivo al suicidio asistido, cuando dicho acceso lo permiten en sus legislaciones² —Suiza, en el caso en cuestión— incluso a personas que no padecen una enfermedad terminal³. Asunto resuelto.

1. Y también el tema, en medio de la “crisis del coronavirus” en que nos encontramos. Una crisis que ha convertido en “virales” las acusaciones a los gobiernos europeos (de Bélgica, Francia, España) por practicar *de facto* eutanasias en las residencias de personas mayores, debido a la falta de recursos sanitarios (*vid.* por ejemplo: L., I. y Mergen, 2020); y que pone de manifiesto el mundo paralelo que es el mundo del Derecho.
2. Es la interpretación que parecen haber hecho quienes han elaborado la Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia, Proposición 122/000020 presentada por el Grupo Parlamentario Socialista, *Boletín Oficial de las Cortes Generales, Congreso de los Diputados*, XIV Legislatura, Serie B: Proposiciones de Ley, 31 de enero de 2020, Núm. 46-1, pp. 1-11), actualmente en tramitación, al citar únicamente esta sentencia del TEDH, y al extraer de ella el argumento de que el Tribunal Europeo “consideró que no es aceptable que un país que haya despenalizado conductas eutanásicas no tenga elaborado y promulgado un régimen legal específico, precisando las modalidades de práctica de tales conductas eutanásicas” (Exposición de Motivos, I), dando a entender así que en España están despenalizadas las conductas eutanásicas y que sólo falta ese régimen legal específico que concrete las modalidades de práctica de las mismas, cuando no es así: la eutanasia activa directa está prohibida (*vid.* artículo 143.4 del Código Penal vigente).
3. En el caso, la demandante, que no padecía ninguna enfermedad terminal, alegaba que las autoridades suizas, al privarle de la posibilidad de obtener una dosis letal del medicamento necesario para suicidarse, habían violado su derecho a decidir de qué manera y en qué momento debe acabar su vida. En la primera sentencia sobre el caso, la sentencia de Sala de 14 de mayo de 2013, el Tribunal estimó que se había violado el artículo 8 del Convenio de Roma al no existir en Suiza directivas jurídicas claras y completas que permitan saber si una persona que no padece una enfermedad terminal puede obtener dicha dosis letal (STEDH (67810/10), *Gross c. Suiza*, de 14 de mayo de 2013, párrafos 65, 69). En la STEDH (67810/10), de la Gran Sala, *Gross c. Suiza*, de 30 de septiembre de 2014, párrafo 36, el Tribunal consideraría que existió abuso de derecho por parte de la demandante, al haberse omitido deliberadamente información relevante (concretamente, sobre su muerte) con el fin de que prosiguiera el proceso ante el TEDH.

Sin embargo, convendría caminar más despacio. Hay que tomar nota de que esta sentencia fue recurrida ante la Gran Sala del TEDH y dejada sin efecto tras la sentencia de la Gran Sala, de 2014, y hay que tener en cuenta, sobre todo, que la postura del TEDH ante lo que él da en llamar “situaciones al final de la vida”⁴ (no “eutanasia”) no es fácil de establecer. Es cierto que el TEDH, desde su primera sentencia, en el caso *Pretty*⁵, ha ido dando pasos hacia un reconocimiento de la autonomía de la persona en relación al cómo y al cuándo dejar esta vida. Y ello porque, si bien en la sentencia de este caso excluía que el derecho a la muerte pudiera estar contenido en el derecho a la vida (artículo 2 del Convenio Europeo para la Protección de los Derechos y Libertades fundamentales, “el Convenio de Roma”, de 1950)⁶, entendía comprendida en el derecho a la vida privada (artículo 8 del Convenio de Roma) la autodeterminación de la persona en cuanto a la forma y el momento en que la vida acaba⁷, además de hacer una serie

-
4. El TEDH elude el término “eutanasia”, e igualmente las concepciones abstractas, y prefiere términos más naturalísticos, como “situaciones al final de la vida” o “retirada de tratamientos”, como se constata en la clasificación que hace de los casos sobre “situaciones de fin de vida” en dos grupos. Por un lado, los casos en que los/as demandantes alegan el derecho a morir y/o piden ayuda para suicidarse (Decisión del TEDH (48335/99) *Sanles Sanles c. España*, de 26 de octubre de 2000; STEDH (2346/2000) *Pretty c. Reino Unido*, de 29 de abril de 2002; STEDH (31322/07) *Haas c. Suiza*, de 26 de junio de 2011; STEDH (497/09) *Koch c. Alemania*, de 17 de diciembre de 2012; STEDH (67810/10) *Gross c. Suiza*, de 14 de mayo de 2013; STEDH (67810/10), de la Gran Sala, *Gross c. Suiza*, de 30 de septiembre de 2014; Decisión del TEDH (2478/15 y 1787/15) *Nicklinson et Lamb c. Reino Unido*, de 23 de junio de 2015). Por otro lado, los casos en que los/as demandantes cuestionan la administración o la retirada de un tratamiento médico (STEDH (61827/00), *Glass c. Reino Unido*, de 9 de marzo de 2004; Decisión del TEDH (19807/06) *Burke c. Reino Unido*, de 11 de julio de 2006; Decisión del TEDH (55185/08) *Ada Rossi y otros c. Italia*, de 16 de diciembre de 2008; STEDH (46043/14), *Lambert y otros c. Francia*, de 5 de junio de 2015; Decisión del TEDH (39793/17) *Gard y otros c. Reino Unido*, de 27 de junio de 2017). Puede leerse el recuento que el TEDH hace de su propia jurisprudencia, en su sentencia en el caso *Lambert*, párrafos 137 y 138, y también: *Cour Européenne des Droits de l’Homme*, 2017, pp. 24, 25.
 5. STEDH *Pretty*, en el que la demandante, Diane Pretty, que se encontraba paralizada debido a una enfermedad degenerativa incurable, consideraba que el rechazo de las autoridades británicas a conceder a su marido inmunidad si la ayudaba a suicidarse, así como la prohibición de ayuda al suicidio prevista en el derecho británico vulneraban los artículos 2, 3, 8, 9 y 14 del Convenio de Roma.
 6. Concretamente, según el TEDH, no cabe tal derecho (en el derecho a la vida) porque el Estado tiene la obligación de proteger la vida; no puede interpretarse que el derecho a la vida conlleve un aspecto negativo, no puede interpretarse el artículo 2 del Convenio de Roma como si otorgara el derecho diametralmente opuesto, el derecho a morir (STEDH *Pretty*, párrafos 39 y 40).
 7. *Vid.* STEDH *Pretty*, concretamente el párrafo 67.

de consideraciones sobre la dignidad, la libertad y la calidad de vida de las personas al final de la vida.

Una ruta interpretativa que ha consolidado en sentencias posteriores⁸. Fundamentalmente, haciendo uso de sus habilidades interpretativas (creativas), que, aplicadas a los términos “vida privada” contenidos en ese precepto —términos que ha entendido como una esfera de libertad, de libre desarrollo de la personalidad⁹—, le han permitido extender el derecho a la vida privada, a situaciones muy diversas —quizás más de lo que debieran—, entre ellas, las “situaciones al final de la vida”¹⁰. De manera que, todo pareciera indicar que el TEDH, que había erigido el derecho a la vida en una muralla contra la eutanasia¹¹, al excluir —sin hacer explícitos los motivos de fondo¹²— el derecho a morir del derecho a la vida, como hemos dicho, ha convertido el derecho a la vida privada en un “caballo de Troya”.

No obstante, este desplazamiento del foco de interés hacia el derecho a la vida privada hace necesario profundizar en el análisis de algunas fisuras, de algunos puntos oscuros que, sobre todo desde el punto de vista conceptual, presenta este derecho en su aplicación por parte del TEDH a las “situaciones al final de la vida”. Aparte de la contradicción que supone excluir el derecho a morir o a la muerte del derecho a la vida, y, al mismo tiempo, reconocer ese componente de autodeterminación en relación al cómo y al cuándo poner fin a la propia vida, que es lo que hace el Tribunal en su sentencia en el caso *Pretty*, los presupuestos conceptuales de que parte en sus sentencias sobre las “situaciones al final de la vida”, sus conceptos de autonomía, dignidad, libertad, calidad de vida, entre otros, así como los vínculos entre estos conceptos, y otros aspectos sustantivos, son discutibles¹³.

8. Vid. STEDH *Pretty*, párrafos 61, 65 y 67; STEDH *Haas*, párrafo 51, donde se contienen expresamente estos términos; STEDH *Koch*, párrafos 51 y 52.

9. El TEDH reitera en sus sentencias que la noción “vida privada” contenida en el artículo 8 del Convenio de Roma es una noción más amplia que la noción de “intimidad” (*privacy*) y que engloba una esfera en la que toda persona puede construir libremente su personalidad y disfrutar en sus relaciones con otras personas y con el mundo exterior. Y así le consta a quien analiza su jurisprudencia (vid. Roagna, 2012, p. 12).

10. Lo señala expresamente en *Haas*, párrafos 50 y 51, por ejemplo.

11. Expresión que tomamos de Byk, 2003, p. 115.

12. Motivos entre los que pueden estar los prejuicios religiosos —en las grandes religiones monoteístas, la vida es un bien del que el hombre no puede disponer— o el tabú que siempre ha imperado en torno a la muerte en Occidente al considerársela como “el más terrible de los accidentes” (Jacquard, 1998, p. 114); o como algo irracional (Morin, 1994) y, por tanto, no abordable científicamente e incluso ni siquiera pensable (Jankélévitch, 1994, pp. 26-36).

13. Una discusión que, de hecho, se ha suscitado en el seno del Tribunal Europeo, como atestigua la Opinión separada formulada en el caso *Lambert*, en la que no se aceptan los

La tesis que sostenemos en este trabajo es que el abordaje de la vertiente sustantiva del derecho a la vida privada que realiza el TEDH es un abordaje ambiguo, impreciso, difuso, como vamos a ver a continuación, y esto hay que tenerlo en cuenta a la hora de valorar si en su jurisprudencia se ha resuelto o no (o si se ha resuelto bien o mal) la problemática de la eutanasia¹⁴. Y, sobre todo, antes de extraer del mismo pautas para los órdenes jurídicos internos en aras a promover su despenalización/regulación. Particularmente en España, donde se viene registrando una tendencia a reivindicar la autonomía en los momentos finales de la vida —aunque a partir de categorías jurídicas diferentes al derecho a la vida privada— por parte de un sector de la doctrina¹⁵, y en las iniciativas parlamentarias¹⁶.

2. AUTONOMÍA, DIGNIDAD, LIBERTAD, CALIDAD DE VIDA: CONCEPTOS Y VÍNCULOS BORROSOS

De entrada puede apreciarse que el Tribunal Europeo no aborda las “situaciones al final de la vida” en clave conflictual, esto es, como situaciones que impliquen un conflicto entre derechos, principios y valores básicos, como la vida, la autonomía, la dignidad¹⁷. Fundamentalmente porque la

-
- conceptos de autonomía, dignidad, libertad, que inspiran la solución dada por la mayoría del Tribunal en este caso (*vid.* STEDH *Lambert*, Opinión en parte discordante de los/as jueces/as Hajiyev, Sikuta, Tsotsoria, De Gaetano et Gritco, especialmente los puntos 1 a 5).
14. Contrariamente a lo que afirman Sartori (2018, p. 38) y Bachelet (2011, p. 127), que el TEDH no ha resuelto bien dichas situaciones porque se ha remitido al margen de apreciación de los Estados —según la regla establecida por el propio Tribunal de que procede tal remisión cuando hay cuestiones éticas complejas de por medio y no hay consenso entre los Estados miembros—, creemos que el TEDH sí hace un abordaje sustantivo de las “situaciones al final de la vida”, aunque dicho abordaje no sea explícito y, por tanto, hay que profundizar en el análisis de las consideraciones sustantivas (sobre bienes, valores, relaciones entre estos) que se contienen en su jurisprudencia. Otra cuestión es la valoración crítica que merece el tratamiento que hace el TEDH de los aspectos procedimentales, por ejemplo, la “falta de consenso” entre los Estados a la que alude, aspectos en los que no podemos entrar en este trabajo.
 15. *Vid.* Cerrillo Vidal, 2020, pp. 15, 20; Casado, 2016, pp. 18, 26.
 16. Así en la Proposición de Ley Orgánica sobre regulación de la eutanasia, *cit.*, aunque a partir de un planteamiento conflictual entre el derecho a la vida y a la integridad física y moral, y otros derechos constitucionales como la dignidad, la libertad o la autonomía de la voluntad, en cuyo caso “el bien de la vida puede decaer en favor de los demás bienes y derechos con los que debe ser ponderado” (*vid.* su Exposición de Motivos, I).
 17. En contraste con el planteamiento que adopta la Proposición de Ley Orgánica sobre regulación de la eutanasia, al que nos hemos referido en la nota anterior, y con el de un sector de nuestra doctrina que estima que la eutanasia implica un conflicto de valores básicos

vocación del Tribunal es hacer efectivo el Convenio de Roma, particularmente los derechos contenidos en el mismo¹⁸, entre los que no hace distinciones, ni señala la existencia de conflictos. Y en mérito a esa vocación lo que ha establecido son las condiciones que han de cumplir los límites a los derechos, condiciones para cuya supervisión aplica, siguiendo en este sentido la jurisprudencia del Tribunal Constitucional alemán, las técnicas del control de razonabilidad y el test de proporcionalidad, con las que se trata ante todo de procurar un equilibrio entre principios, derechos y valores¹⁹.

Pero si aquí decimos que el Tribunal Europeo no aborda las “situaciones al final de la vida” en clave conflictual es sobre todo porque asigna decididamente a la vida en su tramo final un componente de libertad. Así, en *Pretty*, aunque, según el Tribunal, la injerencia en el derecho a la vida privada que supone la prohibición de ayuda al suicidio contemplada en el Reino Unido vendría a superar el test de la proporcionalidad porque en el balance entre autonomía personal y salud y seguridad públicas, pesan más estas últimas consideraciones²⁰, el Tribunal afirma expresamente —podría

-
- y primordiales para cualquier ser humano. Un conflicto que se entiende planteado entre “vida” versus “libertad”, o “vida” versus “dignidad” o entre “sacralidad de la vida” versus “calidad de vida” (*vid.* por ejemplo, Eser, 1984; Ansuátegui, 1999, pp. 93-106; Ollero, 2006, p. 146) y respecto al que se considera que la principal dificultad radica en fijar la posible jerarquía de esos valores (*vid.* Marcos del Cano, 2019, p. 16), y que ha de hacerse una “equilibrada ponderación de todos los bienes e intereses relevantes en juego” (así, por ejemplo, Marcos del Cano y De Castro Cid, 1999, p. 377). Ello, entendemos, con el fin de que ninguno de los principios, bienes o valores sea sacrificado, que es lo que se pretende con la ponderación (con más detalle, sobre este último aspecto, puede verse: Cabra, 2017, p. 361).
18. Su vocación es hacer que los derechos del Convenio de Roma no sean teóricos o ilusorios sino prácticos y efectivos, como ha dicho, entre otras sentencias, en su STEDH, *Airey*, de 9 de octubre de 1979, párrafo 24).
 19. *Vid.* Freixes, 1995; Barnes, 1998, p. 16. Como resume Bindi, el test de la proporcionalidad, en la jurisprudencia del Tribunal Constitucional alemán, en la que ha asumido un papel esencial en materia de derechos fundamentales, supone una argumentación articulada en tres momentos: a) idoneidad de los medios elegidos con relación al fin perseguido por el legislador; b) necesidad de que el medio elegido sea lo más contenido posible; c) proporcionalidad entre sacrificio impuesto y ventaja conseguida (Bindi, 2016, pp. 304, 305). Este control de la proporcionalidad de las medidas derogatorias a las disposiciones del Convenio de Roma por parte del TEDH actúa especialmente sobre el margen de apreciación concedido a los Estados para equilibrar las obligaciones que se derivan de dicho Convenio y los propios intereses estatales. Así, en los casos sobre ayuda al suicidio, el TEDH ha tenido que valorar si la prohibición de la ayuda al suicidio que contemplan algunos Estados entra en el margen de apreciación de éstos y la injerencia en los derechos de la persona que dicha prohibición supone es proporcionada.
 20. Sobre todo, si se tiene en cuenta, sigue añadiendo el Tribunal Europeo, que la prohibición mencionada tiene como fin proteger a personas que padecen enfermedades terminales (muchas de las cuales son vulnerables) frente al riesgo de abusos (*vid.* STEDH, *Pretty*, párrafos 72 y 74).

decirse en un plano discursivo y conceptual²¹— que “la forma en que una persona escoge pasar los últimos instantes de su existencia forma parte del acto de vivir, y tiene derecho a solicitar que esto también sea respetado”²², e inscribe esta autodeterminación en el derecho a la vida privada (no en el derecho a la vida²³). Al mismo tiempo, también en su sentencia en el caso *Pretty*, introduce una serie de referencias a la vida, a la dignidad, a la libertad y a la calidad de vida, como puede leerse en el siguiente párrafo:

La dignidad y la libertad del hombre son la esencia misma del Convenio. Sin negar de 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. (STEDH *Pretty*, párrafo 65).

Ahora bien, determinar el significado que el Tribunal atribuye —que es el significado al que él se atiene²⁴—, a los bienes y valores a los que hace referencia, y los vínculos que existen entre tales bienes y valores, es más difícil de lo que parece a simple vista. En el párrafo transcrito puede percibirse la atención a la dignidad y a la libertad en relación a los momentos finales de la vida humana, aunque no se precisa el significado de esos valores. Tampoco está clara la relación que existe entre la dignidad, la libertad y la calidad de vida. En principio, parece que el Tribunal plantea una dicotomía

-
21. Lo que constituye un aspecto a destacar si tenemos en cuenta que los aspectos sustantivos, conceptuales, son escasamente abordados, o no abordados en forma explícita, por el Tribunal Europeo en su jurisprudencia, como hemos dicho en la nota 14. Pues en los casos sobre “situaciones al final de la vida”, el Tribunal, a la hora de decidir si se han vulnerado o no los derechos del Convenio de Roma por parte de los Estados, se concentra en los aspectos procedimentales, esto es, en la valoración del cumplimiento o no por los Estados de las obligaciones negativas (de abstención) y positivas (de hacer) que se derivan de los artículos 2 y 8 del Convenio de Roma.
 22. STEDH *Pretty*, párrafo 64.
 23. Pueden releerse los párrafos 38 y 39 de su sentencia en el caso *Pretty*.
 24. El TEDH tiende a desarrollar conceptos autónomos, con independencia de lo que los conceptos signifiquen en los órdenes nacionales y, en consonancia con ello, a la hora de valorar la vulneración o no de un derecho tiene en cuenta el significado, la esencia de este derecho según su jurisprudencia, no según lo establecido en el Estado nacional. Lo que no quita que, en ocasiones, haya recogido y reelaborado conceptos y categorías jurídicas pertenecientes a las tradiciones jurídicas nacionales (*vid.* Costa, 2004).

entre “sacralidad de la vida” y “calidad de vida” —el (recurrente) conflicto entre “vida *versus* dignidad”, o “santidad de la vida *versus* calidad de vida” en que buena parte de la doctrina traduce el tema de la eutanasia—, pero en esa dicotomía, el Tribunal parece optar por la “calidad de vida”, que es la que, siguiendo con la lectura del párrafo, se vería comprometida por la edad muy avanzada o por el estado de grave deterioro físico o mental en que pueden encontrarse algunas personas o, como había dicho en el párrafo anterior al transcrito, en los casos en que enfermedades degenerativas pueden provocar un deterioro gradual del estado de la persona y un aumento de su sufrimiento físico y mental.

Siguiendo con la interpretación del párrafo 65 de *Pretty*, también puede decirse que, en lo que se refiere a los momentos finales de la vida humana, la dignidad y la libertad son equiparadas a “calidad de vida”, o bien que la “calidad de vida” es una modalidad o una especie respecto del género que serían “la dignidad y la libertad”. Y estas consideraciones sobre la “calidad de vida” que hace el Tribunal Europeo, al igual que ocurría con las consideraciones sobre la autodeterminación de la persona en los momentos finales de su existencia, no las hace en relación a la vida o el derecho a la vida, sino en relación al derecho a la vida privada. El Tribunal Europeo no integra estas consideraciones en la vida (de hecho, más bien pone especial empeño en su exclusión). Puede leerse que:

El artículo 2 del Convenio no está redactado de la misma forma. No tiene ninguna relación con las cuestiones relativas a la calidad de vida o a lo que una persona ha escogido hacer con ella. En la medida en que estos aspectos son reconocidos tan fundamentales para la condición humana que requieren una protección contra las injerencias del Estado, pueden reflejarse en los derechos consagrados por el Convenio u otros instrumentos internacionales en materia de derechos humanos. No se puede interpretar, sin distorsión del lenguaje, que el artículo 2 confiere un derecho diametralmente opuesto, a saber, el derecho a morir... (STEDH *Pretty*, párrafo 39).

De modo que la atención a la “calidad de vida” en el marco del derecho a la vida privada vendría a significar que las circunstancias antes mencionadas (la edad muy avanzada, el grave deterioro físico o mental que comprometen la “calidad de vida”), serían las que habilitan a la persona a disponer de su “vida privada” en los últimos momentos de su existencia. (De lo que se está tratando no es de que el Tribunal Europeo, en mérito a esas circunstancias, esté exigiendo a los Estados que protejan a las personas que se encuentren en las mismas). Si bien puede notarse, apurando el análisis, que el TEDH no habla de “vida digna”, en el sentido de que la vida

humana —no la “vida privada”— conlleve un ingrediente de libertad y/o dignidad, o de “calidad de vida” (entendida como vida con significación o sin sufrimientos por motivos de salud), que son los conceptos en torno a los que se ha situado, durante mucho tiempo —y quizás con mejor juicio— el foco de atención en torno al derecho a morir, o a la eutanasia²⁵. El TEDH alude a la dignidad, sin decir qué entiende por la misma —cuando se trata de un valor problemático²⁶ y que puede propiciar distintas concreciones²⁷—, y se remite a la “calidad de vida”, desde la dignidad y la libertad, eso sí.

Sin embargo, el concepto de “calidad de vida” (en relación a los momentos finales de la vida) que parece estar latente en su argumentación es algo difuso: es dejado en parte al albur de la persona (es la propia persona la que valora la afectación que la edad muy avanzada o un estado de ruina física o mental puedan tener en su percepción de sí misma y de su identidad personal, o la que percibe su final como indigno y penoso y la que elige evitarlo)²⁸. Y esta pauta, dejar la calidad de vida, o la dignidad, si tenemos en cuenta el vínculo (borroso) que se establece entre ellas, a la apreciación individual, como parece ser la tónica del TEDH²⁹ —y también, dicho sea de

-
25. Así, en España, en las iniciativas legislativas para despenalizar la eutanasia de los años 2000 y 2004, que incidían en los conceptos de “vida digna” y el “derecho a la muerte digna”, o en la disponibilidad de la vida humana; y en un sector de la doctrina que ha enfatizado la vinculación de la dignidad (entendida fundamentalmente como autonomía de la voluntad) con la vida, y que ha derivado del concepto de “vida digna” el derecho a la propia muerte o a la muerte digna (*vid.* por todos/as: Marín Gámez, 1998, p. 113). Para otro sector de la doctrina, en cambio, la dignidad es más bien el valor inherente de todo individuo y de la humanidad en su conjunto y se predica de toda vida, también de la vida terminal (*vid.* por todos/as: Sánchez Cámara, 2019).
 26. Más aún: noción vaga o puramente retórica o política y que, por lo mismo, sería inútil para resolver dilemas bioéticos específicos, como señala Andorno (2011, p. 131). O, como expresa Grewe, valor venerado y consensual, valor refugio, valor que sirve de parapeto retórico para esconder el desconcierto o lo arbitrario del juez (Grewe, 2014, p. 3). Incluido el desconcierto o lo arbitrario del Tribunal Europeo, si tenemos en cuenta que, según esta autora, cuando no hay consenso entre los jueces que componen este Tribunal, éste no utiliza la dignidad para promover un derecho, que es lo que ocurre en relación a las cuestiones relativas al comienzo de la vida y de la muerte (*vid.* Grewe, 2014, p. 8).
 27. Como resume Lowenthal, mientras para un sector de la doctrina la dignidad es inherente a toda vida, en cuyo caso no se respeta la dignidad de persona a la que no se deja existir, para otro sector la dignidad reside en las condiciones de esta vida, de tal manera que desde esta óptica sufrimientos inhumanos no son humanamente dignos (Löwenthal, 2008-2009, p. 5).
 28. STEDH *Pretty*, párrafos 65 y 67.
 29. Así en relación a otros temas como la contaminación medioambiental, en que ha utilizado el artículo 8 del Convenio de Roma y ha señalado el vínculo entre ese precepto y la “calidad de vida” de los recurrentes, además de expresar que “the “quality of life” is a very subjective characteristic which hardly lends itself to a precise definition” (STEDH

paso, de algunas iniciativas legislativas españolas para la despenalización de la eutanasia³⁰—, merece algún reparo. Implica posicionarse a favor de un concepto relativista, no ontológico de dignidad o de calidad de vida (en relación con la muerte), dependiente de las percepciones de cada persona³¹. Lo que supondría contradecir el significado que a la dignidad, concretamente, asigna nuestra tradición cultural y jurídica, en la que se viene entendiendo que es constitutiva³², que no depende de la percepción subjetiva³³;

-
- (53157/99, 53247/99, 53695/00, 56850/00) *Ledyeva y otros c. Rusia*, de 26 de marzo de 2007, sentencia final disponible sólo en inglés, párrafo 90). Un subjetivismo que, a nuestro juicio, trae consigo complicaciones en el terreno conceptual y en el terreno de la práctica (por ejemplo, determinar hasta dónde llega, o debe llegar, su protección en el marco del derecho a la vida privada y, con arreglo a ello, valorar la actuación de los Estados, y del propio TEDH).
30. Que la dignidad es un concepto que cada persona define es algo que se dice en la Proposición de Ley (Orgánica) de reforma de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, de despenalización de la eutanasia y la ayuda al suicidio, presentada por el Parlamento de Cataluña (*Boletín Oficial de las Cortes Generales, Congreso de los Diputados*, XIV Legislatura, Serie B: Proposiciones de Ley, 20 de diciembre de 2019, Núm. 16-1). Textualmente, que “La persona tiene derecho a vivir el proceso de final de vida según su concepción de dignidad” (Proposición de Ley, p. 2).
 31. En contraste con el sentido menos relativista que el TEDH parece otorgar a la dignidad en temas como la prostitución y la trata de seres humanos, al considerar que éstas constituyen en sí mismas un atentado contra la dignidad humana, y que no es necesario determinar si los hechos en cuestión constituyen “esclavitud”, “servidumbre” o “trabajo forzado u obligatorio”, que son las calificaciones jurídicas contenidas en el artículo 4 del Convenio de Roma (*vid. STEDH (60561/14), S.M. c. Croacia*, de 19 de julio de 2018, párrafos 54, 56 y 62).
 32. Tanto en la concepción cristiana como en la concepción moderna o secularizada, la dignidad es algo sustancial, es constitutiva, intrínseca al ser humano —o más exactamente, al género humano, no a un individuo en particular, no al hombre, como afirma Hennette-Vauchez (2008, p. 81). En la concepción moderna o secularizada de la dignidad, en concreto, que es desde la que un sector de la doctrina considera que es legítima una ley que permita la eutanasia, la dignidad emana de la libertad moral como único derecho innato de todos, y la dignidad humana sustancial no puede perderse en ningún supuesto (*vid. Valls*, 2005, p. 5). Esta concepción es la que, al menos si nos atenemos a lo que dice expresamente, habría acogido nuestro Tribunal Constitucional (*vid. SsTC 120/1990*, de 27 de junio, FJ 4.º, y 53/1985, de 11 de abril, FJ 8.º).
 33. En realidad, el TEDH puede estar pensando, más que en la dignidad o en la calidad de vida, en la conciencia de la dignidad o de la calidad de vida, que sería otra cuestión (sobre esta distinción, siguiendo a Garzón Valdés, *vid. Pérez Triviño*, 2007). Pero, contradice, en todo caso, lo dicho en su marco jurídico, el Consejo de Europa, en el que la Asamblea parlamentaria desde hace tiempo ha venido pidiendo a los Estados miembros que respeten y protejan la dignidad de las personas que padecen enfermedades incurables y de aquellas que estén próximas a morir —dignidad de la que no se dice que sea algo variable, dependiente de las percepciones de éstos—, y que mantengan la prohibición absoluta de poner fin intencionalmente a la vida de dichas personas (*vid. Recomendación 1418 (1999)* de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, sobre la protección de los derechos del hombre y de la dignidad de los enfermos incurables y moribundos, de 1999, párrafo 9).

y supondría, sobre todo, relativizar esa vinculación de las “situaciones al final de vida” (o la eutanasia) con la dignidad o con la calidad de vida, que se proclama. Sólo si interpretamos que el TEDH (en el párrafo 65 de *Pretty*) en realidad no vincula la calidad de vida con la dignidad ni con la libertad o la autonomía se eliminarían esas consecuencias. Quizás por lo mismo, esto es, porque para el Tribunal Europeo la dignidad o la calidad de vida en dichas situaciones dependen de la percepción de la propia persona, lo que hace difícil establecer un parámetro o standard fijo de protección, en las sentencias posteriores a *Pretty* las referencias a la dignidad o a la calidad de vida se van disipando. En lo que insistirá, en adelante, será en la autonomía de la persona (en su derecho a decidir de qué manera y en qué momento su vida debe tener fin)³⁴.

3. LA AUTONOMÍA COMO CONSENTIMIENTO (A ACTOS Y/O PROCESOS EUTANÁSICOS)

Lo que en *Pretty* el TEDH enunciaba como “la forma en que una persona escoge pasar los últimos instantes de su existencia forma parte del acto de vivir”, en sentencias posteriores es designado como “el derecho de una persona a decidir de qué manera y en qué momento su vida debe acabar, siempre que la persona esté en condiciones de formar libremente su voluntad al respecto y de actuar en consecuencia”³⁵. El sentido que el Tribunal Europeo da a la noción de “vida privada” en tanto libertad, libre desarrollo de la personalidad, sentido que el propio Tribunal recuerda en sus sentencias³⁶, es el que le permite inscribir ese derecho en el derecho a la vida privada, una inscripción que implica, por tanto, un reconocimiento de la autonomía de la persona en los momentos finales de la vida.

Ahora bien, el modo en que este Tribunal se refiere a ese derecho, donde una vez que lo enuncia, sigue diciendo “siempre que la persona esté en condiciones de formar libremente su voluntad al respecto y de actuar en consecuencia”, parece dar a entender que la autodeterminación men-

34. Especialmente en sus sentencias sobre casos de ayuda al suicidio posteriores a *Pretty*. Puede verse cómo en el caso *Koch*, aunque se refiere al derecho de la persona a ejercer su elección de evitar lo que a sus ojos constituiría una vida indigna y penosa (en línea con el relativismo aceptado en *Pretty*), pone el acento en el derecho del individuo a decidir de qué manera y en qué momento su vida debe tener fin, retomando lo dicho en el párrafo 51 de su sentencia el caso *Haas* (vid. STEDH *Koch*, párrafo 51 y 52).

35. Son los términos que utiliza expresamente para designar este derecho en *Haas*, párrafo 51, y los volverá a repetir en *Koch*, párrafo 52; *Gross*, 2013, párrafo 58.

36. Vid. sin ir más lejos, STEDH *Haas*, párrafo 50.

cionada es entendida como “consentimiento”. Otra serie de referencias contenidas en sus sentencias van esa línea. Así, las referencias en relación a la voluntad del paciente en la toma de decisión, cualquiera que sea el modo de expresión, por ejemplo, a la hora de consentir o no cuidados médicos; a la existencia de un consenso europeo sobre ese rol primordial que desempeña la voluntad del paciente en la toma de la decisión; y al principio del consentimiento de los cuidados médicos como uno de los aspectos del derecho al respeto de la vida privada, de manera que —estima el Tribunal— la imposición de un tratamiento médico sin el consentimiento del paciente si es adulto y sano mentalmente constituye un atentado a su integridad física que puede constituir una violación de los derechos protegidos por el artículo 8 del Convenio³⁷, al igual que ocurre en caso de imponerse tratamientos médicos a menores de edad sin contar con el consentimiento parental³⁸. Incluso la voluntad del paciente es uno de los criterios para determinar si se está o no ante un caso de “obstinación irracional” en el mantenimiento de la vida³⁹. Asimismo, el Tribunal alude a los distintos instrumentos que existen en el Derecho comparado, y sobre todo en las normas y resoluciones del Consejo de Europa para los casos en que no sea posible obtener el consentimiento de la persona, bien porque se trate de personas incapaces por naturaleza para expresarlo (personas que padecen enfermedades o deficiencias mentales y recién nacidos) o bien porque siendo capaces, se hallan en estado de inconsciencia (así, testamentos vitales, directivas anticipadas, representantes)⁴⁰. Normas y resoluciones que son las que, en definitiva, sigue el TEDH en lo que al consentimiento en relación con tratamientos y cuidados médicos se refiere⁴¹.

De manera que puede decirse que el Tribunal Europeo, en relación a las “situaciones al final de la vida” (que incluyen la eutanasia y/o ayuda al

37. SsTEDH *Pretty*, párrafos 63, 180; *Haas*, párrafo 51; *Lambert*, párrafos 72, 74.

38. STEDH *Glass*, párrafos 70, 75.

39. STEDH *Lambert*, párrafo 158.

40. Así, la Recomendación 1418 (1999) de la Asamblea parlamentaria del Consejo de Europa, ya mencionada, pone especial énfasis en que se respete la autodeterminación de la voluntad de las personas que padezcan enfermedades incurables y de aquéllas que estén próximas a morir, y de ahí toda una serie de prevenciones, en su punto 9, siempre que aquella voluntad no tenga por objeto el deseo de morir; y la Resolución 1859 (2012) de la Asamblea parlamentaria del Consejo de Europa, titulada “Proteger los derechos humanos y la dignidad de la persona”, la cual recuerda los principios de autonomía de la persona y de consentimiento incorporados en el Convenio europeo sobre Derechos Humanos y Biomedicina, de Oviedo, de 1997.

41. *Vid.* por ejemplo, la STEDH *Lambert*, párrafo 178, donde se refiere a la Guía sobre el proceso decisional relativo a los tratamientos médicos en las situaciones de fin de vida del Consejo de Europa.

suicidio), adopta la percepción dominante: su percepción como actos (o procesos) médicos, respecto a los cuales las personas —a las que se designa como “pacientes”— únicamente tienen que dar su consentimiento. El consentimiento del individuo y la búsqueda del mismo cuando no puede manifestar su voluntad o carece de capacidad de obrar, a través de los instrumentos oportunos es el eje en torno al que gira la “autonomía” en los momentos finales de la vida humana. Fundamentalmente para poner coto al paternalismo (médico, ante todo)⁴². No es de la autonomía como “capacidad del individuo para configurar su vida como crea conveniente según sus planes, valores y circunstancias en que se desarrolla”⁴³, o en tanto “soberanía en la toma de decisiones”⁴⁴, de lo que el TEDH o las normas europeas están tratando.

Sin entrar en la cuestión de si absolutizar el consentimiento del/a paciente para legitimar la eutanasia supone una desvaloración del valor vida por parte del médico/a que accede a lo pedido por el/la paciente⁴⁵, cuestión que implica un determinado posicionamiento en la dicotomía autonomía/dignidad o vida/dignidad o calidad de vida —dicotomía que, como hemos dicho más arriba, es la que articula las discusiones doctrinales, pero que no compartimos⁴⁶—, lo que no puede negarse es la centralidad del consentimiento en la jurisprudencia del TEDH al abordar las “situaciones al final de la vida”. Una centralidad que en realidad significa que este Tribunal se hace eco de la contractualización de la vida humana, en general, a que estamos asistiendo en nuestro tiempo, en buena medida debida a la influencia de la jurisprudencia y la doctrina norteamericanas, que ha

42. Es lo que, según Ollero, hacen todos los proyectos en relación con la eutanasia, que ponderan el principio de autonomía sobre el de beneficencia, o autonomía frente al paternalismo médico (Ollero, 2011, p. 8). Aunque también hay quien considera que se puede justificar la eutanasia con argumentos similares a los que justifican el paternalismo en algunos casos (*vid.* siguiendo a Garzón Valdés, Calsamiglia, 1993, p. 351).

43. Como define a la autonomía Marcos del Cano (2019, p. 16).

44. Que es como conceptúa la autonomía Dworkin (1994, p. 74).

45. Es lo que afirma, por ejemplo, Andorno (2012 [1998], p. 169-170): que ni la autonomía tiene un valor absoluto, ni el médico es un mercenario al servicio de cualquier deseo del paciente, y si el médico accede es porque no confiere valor a su vida, no le confiere valor intrínseco a la vida del enfermo.

46. No compartimos esta percepción conflictual, o dicotómica, porque creemos que es posible articular autonomía y dignidad, en el tema que nos ocupa y también en otras problemáticas (*vid.* nuestra propuesta de articulación a propósito de la gestación por sustitución en González Moreno, 2019). En concreto, en relación a las “situaciones al final de la vida”, autonomía y dignidad, o autonomía y vida, son conceptos que no necesariamente están en contradicción: el disfrutar de una auténtica autonomía puede ir de la mano de una mayor valoración de la propia vida.

querido pasar por el tamiz del contrato también la relación entre médico/a y paciente, y particularmente, los actos y procesos eutanásicos. Ha sido precisamente la doctrina norteamericana la que ha puesto especial empeño en la búsqueda de la voluntad presumida o deseos expresados por la persona antes de devenir incapaz, en nuestra opinión como una forma de legitimar esa contractualización de la vida en sus momentos finales⁴⁷, si bien, pese a todo su empeño, no ha podido salvar algunas objeciones, como son: una, que siempre habrá dudas sobre cuál fue la voluntad auténtica de la persona (sobre la forma y el momento en que su vida acaba), y otra, que la voluntad expresada por la persona (en testamentos vitales, directivas anticipadas...) en pro de determinados tratamientos médicos, puede haber cambiado con el tiempo.

Por otra parte, reducir la autonomía a consentimiento a actos eutanásicos —por más que, en concreto, los que actos que pueden ser consentidos según el TEDH, sean sólo la retirada de tratamientos médicos, y no así los actos de terceros de causación o auxilio al suicidio—, significa, asimismo, que el Tribunal se pliega a la medicalización de la vida en sus momentos finales. No obstante, ello supone, paradójicamente, contradecir el esquema de la autonomía de que parte el propio TEDH al incardinar las “situaciones al final de la vida” en la “vida privada”: la autonomía es traducida a términos de salud o de enfermedad, de envejecimiento o declive físico o psíquico y se (re)presenta a las personas como “pacientes”⁴⁸. Así como también supone inscribir ese esquema en un orden biopolítico: se enfatiza la autonomía (consentimiento), para evitar incurrir en paternalismo, remitiendo al individuo la responsabilidad de sus decisiones, en este caso, las decisiones en el momento final de su vida. Una remisión de responsabilidad que constituiría una forma de “biopolítica delegada”, en el sentido que atribuyen a estos términos Memmi y Taïeb (2009, p. 7), como una forma

47. Es muy conocida la postura de Ronald Dworkin, quien propone “volver a la vida”, esto es, indagar en la vida de la persona a la hora de determinar sus intereses en el momento de su muerte (Dworkin, 1994, pp. 248-257), postura compartida por buena parte de la doctrina española, así, por ejemplo, por Calsamiglia (1993, pp. 351, 352) quien señala que el problema que presenta esa postura es quién reconstruye la vida del afectado/a.

48. Algo en lo que peca, creemos, la Proposición de Ley Orgánica para la regulación de la eutanasia, actualmente en trámite en el Congreso, la cual enfatiza bienes y valores como la dignidad, libre desarrollo de la personalidad, al mismo tiempo que habla de “pacientes” y de acceso a prestaciones sanitarias (que es en lo que se tiene que traducir el “derecho a una prestación de ayuda al suicidio” que pretende regular). Y también quienes consideran la eutanasia (activa voluntaria, en concreto) como una cuestión de autonomía, la circunscriben al ámbito médico, e incluso la califican como una relación entre dos personas, quien la solicita y quien accede a practicarla, médico/a y paciente —como es la posición de Casado (2016, pp. 18, 26)— como si de una relación contractual se tratara.

de control sobre la vida y la salud que realiza el Estado no en forma directa sino a través de los propios individuos, a quienes se carga todo el peso de la responsabilidad. Más aún: el énfasis en el “consentimiento informado” de las personas que padecen enfermedades terminales, o degenerativas, y con grandes padecimientos, más que un límite al paternalismo puede constituir un mecanismo de desresponsabilización del personal médico, cuyo poder, sobre todo en lo que atañe a las “situaciones al final de la vida”, no puede ignorarse⁴⁹. Sin embargo, el TEDH es escasamente crítico a este respecto⁵⁰; las iniciativas legislativas despenalizadoras/reguladoras de la eutanasia insisten en que un motivo que las justifica es el proporcionar seguridad al personal sanitario, y reducir la conflictividad; e incluso en la doctrina se concibe la despenalización/regulación de la eutanasia como un medio para acabar con la clandestinidad de las prácticas eutanásicas ilegales (en vez de pensar en que quizás sea más necesario un reforzamiento de los controles al personal sanitario).

4. AUTONOMÍA (CONSENTIMIENTO), ENFERMEDAD, VULNERABILIDAD: *TOTUM REVOLUTUM*

Que las decisiones de las personas que padecen enfermedades terminales o soportan graves padecimientos físicos y psíquicos sean libres (y, para hablar en romance, que, en mérito a esa libertad o consentimiento, asuman su responsabilidad), es la gran objeción que, en la doctrina —ya inabarcable— se viene haciendo al abordaje de las “situaciones al final de la vida” desde la autonomía. Porque es difícil autenticar la verdadera voluntad de la persona enferma y se corre un riesgo al dar primacía a esa voluntad, que está determinada en extremo por la enfermedad, por la avanzada edad o por el debilitamiento físico y psíquico.

La enfermedad terminal o degenerativa es, ante todo, un factor que afecta a la autenticidad de la autonomía. Pero también tiene otro campo de acción en relación con las “situaciones al final de la vida” o, en relación a la

49. Un poder que se ejerce incluso a nivel conceptual: la definición de las enfermedades, de “las situaciones al final de la vida” (eutanasia, obstinación terapéutica...) y de la propia muerte (la “muerte de Estado” o la muerte oficial, articulada en la actualidad en torno al concepto de muerte cerebral) está a cargo de los/as médicos/as, que son una forma de *biopoder* (vid. sobre esto Memmi, Taïeb, 2009).

50. Solo en el caso *Glass* se cuestiona el comportamiento de los/as médicos/as, y las autoridades sanitarias, los cuales, según el Tribunal, se dedicaron todo el tiempo a intentar imponer sus puntos de vista a la demandante, a tratar de conseguir su consentimiento para imponer la administración de diamorfina a su hijo (STEDH *Glass*, párrafos 81, 82).

eutanasia: constituye una razón alternativa en que se trata de fundamentar la eutanasia, frente a la fundamentación en la autonomía (que es la vía de justificación que hoy está cobrando mayor peso), e incluso es una razón que se trata de articular junto con la autonomía⁵¹.

Ahora bien, lo que puede apreciarse en la jurisprudencia del TEDH es que no se expresa en ella que la enfermedad terminal o degenerativa justifique la legalización de la eutanasia. Aunque tampoco se tiene en cuenta si la enfermedad puede afectar a la autonomía (o al consentimiento, que es lo que termina constituyendo el núcleo del derecho a decidir la forma y el momento en que la vida acaba), cuando en realidad, ese autonomía estaría bastante determinada en el plano de la realidad, constitutivamente determinada, diríamos, por el padecimiento de graves sufrimientos físicos o psíquicos o por una enfermedad terminal, que constituyen la situación en que (o para la que) aquel derecho ha sido configurado (jurisprudencialmente).

Así, el Tribunal, en los casos que ha tenido que decidir, le consta la situación particular de las personas a las que una enfermedad (terminal o degenerativa) ha provocado un deterioro gradual de su estado y un aumento de su sufrimiento físico y mental —enfermedad que les impide poner en práctica su voluntad de poner fin a su vida—, e incluso tiene en cuenta la edad muy avanzada o el estado de grave deterioro físico o mental en que pueden encontrarse algunas personas, como circunstancias que afectan a su calidad de vida, como dice expresamente en *Pretty*. Asimismo, el Tribunal considera que el padecer una enfermedad terminal puede ser una circunstancia que coloque a la persona en una situación de vulnerabilidad, y que dicha vulnerabilidad —cuyo concepto no precisa— no puede darse por presupuesta (se necesitan pruebas que lo acrediten)⁵². Sin embargo, puede observarse cómo el Tribunal distingue la valoración de la vulnerabilidad de la demandante de la cuestión de su autonomía o consentimiento en tanto

51. La autonomía y la enfermedad (terminal), o la libertad y el no sufrir, son el par de razones (justificadoras) que se esgrimen en el debate en torno a la eutanasia según Sádaba (2006, p. 3) y Suárez Llanos (2012, p. 340), razones en que se habrían basado las legislaciones de los pocos países de nuestro contexto que han regulado la eutanasia y/o el suicidio asistido: Suiza, Holanda, Bélgica y Luxemburgo.

52. *Vid.* STEDH *Pretty*, párrafo 73. Ello significaría, a nuestro juicio, que el Tribunal no adopta un concepto naturalista de vulnerabilidad en el sentido de que se trate una característica asociada de modo permanente al “ser enfermo/a terminal”. Pero tampoco considera los factores estructurales que determinan la vulnerabilidad. Y, en todo caso, el TEDH no “construye” derechos —en el caso que nos ocupa, la autodeterminación sobre la forma y el momento en que la vida acaba— sobre la base del concepto de vulnerabilidad (concepto en el que, por cierto, modernamente se pone el acento en los discursos éticos y jurídicos, y sobre el que habría mucho que puntualizar).

persona “sana mentalmente, que sabe lo que quiere”, y de esta distinción o valoración separada de la vulnerabilidad y de la autonomía también se desprende que no percibe la enfermedad, o la vulnerabilidad, como limitantes de la autonomía (consentimiento) —punto muy discutible— sino más bien como legitimadoras de la protección de la vida y la salud de los Estados vía prohibición (que no flexibilización) del suicidio asistido⁵³. De hecho, el TEDH repara en estas circunstancias de enfermedad o vulnerabilidad no en el marco del derecho a morir (o, mejor dicho, en la vertiente sustantiva del derecho a la vida privada en que se incardina el mismo) sino en el marco de la evaluación del cumplimiento por parte de los Estados de las obligaciones positivas que se derivan de los artículos 2 y 8 del Convenio, como circunstancias que no confieren al individuo el derecho a exigir del Estado que permita o facilite su muerte⁵⁴.

En resumen, la posición del Tribunal es que inserta la valoración de la enfermedad en el marco de la autonomía —y no al revés—, y no ve que la enfermedad afecte a la autonomía. Enfermedad y autonomía parecen cuestiones perfectamente *compatibles* en el esquema médico o de la salud, desde el que el TEDH contempla las “situaciones al final de la vida”. Todo el esquema de valoración de estas situaciones está construido —en la jurisprudencia del TEDH y, dicho sea de paso, también en los órdenes jurídicos internos— desde la perspectiva médica, de la salud. Desde esta perspectiva se estima que esas situaciones (padecimientos ligados a enfermedad terminal, o a la avanzada edad y el deterioro físico y mental de la persona), limitan o habilitan, según la postura pro o en contra que se adopte, los actos o procesos médicos (de ayuda a morir) respecto a los que la persona únicamente tiene que prestar su consentimiento. Fuera del esquema quedan los determinantes de la autonomía. No sólo la enfermedad, o la propia (des) atención médica, sino también las presiones sociales y familiares (téngase en cuenta que la atención a mayores y dependientes suele ser percibida como una carga financiera para el Estado o/o para la familia), o la situación de soledad y desamparo en que se encuentran muchas personas en nuestras sociedades actuales. Todos ellos, factores que están en el trasfondo de muchas demandas de “autonomía” en el momento de la muerte y que

53. Como es lo que afirma en *Pretty*, párrafos 73 y 74. Sólo al interno del Tribunal Europeo, algunos de sus integrantes parecen ser conscientes de la determinación que ejerce la enfermedad sobre la autonomía y de la vulnerabilidad que afecta a quienes padecen enfermedades terminales o degenerativas. *Vid.* Opinión en parte discordante de los jueces Hajiyev, Sikuta, Tsotsoria, De Gaetano y Gritco, puntos 1 y 2).

54. STEDH *Pretty*, párrafos 54 y 55.

obligarían a reconsiderar el concepto de autonomía ante la muerte de que parten la jurisprudencia del TEDH⁵⁵, y los discursos jurídicos, en general.

5. LA AUTONOMÍA (CONSENTIMIENTO) COMO DERECHO A DISPONER DEL PROPIO CUERPO

Es criticable asimismo la interpretación que hace el TEDH del “principio de autonomía” en los momentos finales de la vida, como “derecho a efectuar elecciones concernientes al propio cuerpo”, que es una expresión literal que encontramos en su primera sentencia, en el caso *Pretty*⁵⁶. Una interpretación que no extraña que el TEDH proyecte al tema que nos ocupa porque, de modo general, es la interpretación que se contiene en su jurisprudencia sobre el derecho a la vida privada, al entender comprendida en la “vida privada” la disposición del propio cuerpo⁵⁷.

Hablar de “libre disposición del cuerpo” presupone una escisión de la racionalidad respecto del cuerpo y los sentimientos, una escisión de la mente o el espíritu del cuerpo que no es posible en la realidad, y que es criticable. “No tenemos cuerpo, somos cuerpo”⁵⁸, el “Yo” no está escindido ni tiene una relación de propiedad con el propio cuerpo. Adoptar esta óptica de la escisión —que es desde la que se ha definido tradicionalmente el sujeto moderno y la que ha inspirado, y aún inspira, el Derecho y, como vemos, la jurisprudencia en relación a las “situaciones al final de la vida”, además de la doctrina⁵⁹— implica considerar las “situaciones al final de la vida” como actos médicos que sólo tienen que ver con el cuerpo, cuando, sin ir más lejos, existe una miríada de sentimientos que detonan las enfermedades

55. Una reconsideración que podría venir de la mano de las teorías relacionales sobre la autonomía que han visualizado cómo la capacidad de acción del sujeto está determinada, sobre todo, por la interacción social (*vid. por todos/as*: Nedelsky, 1989, 2011). Determinación que, añadimos aquí, tiene lugar igualmente en los momentos finales de la vida.

56. Puede leerse el párrafo 66 de la sentencia del TEDH en el caso *Pretty*.

57. A título de ejemplo, en la STEDH (42758/1998 y 45558/1998) *K.A y A.D. c. Bélgica*, de 17 de febrero de 2005, donde se evaluaba si las penas impuestas a personas participantes en juegos sadomasoquistas extremos podían constituir violación del artículo 8 del Convenio de Roma, el Tribunal expresaba que “El derecho a mantener relaciones sexuales deriva del derecho a disponer de su cuerpo, parte integrante de la autonomía personal” (párrafo 85).

58. Lo dice Savater (2008 [1999], pp. 86, 87) y, en términos parecidos, Anne Phillips, cuando afirma que el cuerpo no es algo que *se tiene*, sino que *es* (*vid.* Phillips, 2011, pp. 724-748).

59. Que es en lo que incurre la doctrina cuando hace referencia a la libertad, a la autonomía como decisión sobre el cuerpo como objeto (*vid. por ejemplo*, Sádaba, 2006, p. 4).

terminales⁶⁰. Y, además, esa escisión permite —discursivamente y en el plano de la realidad— la instrumentalización del cuerpo, la patrimonialización del ser humano —cosa que está prohibida⁶¹— y, en consecuencia, atenta contra la dignidad de la persona, por más vaga o retórica que se considere esta noción, como ya expresamos.

El TEDH, por otra parte, no ha tenido en cuenta, en relación a las “situaciones al final de la vida” una pauta importante que, en su marco jurídico, ha señalado la Asamblea parlamentaria del Consejo de Europa, en concreto, que los actos realizados conforme a la voluntad (o actos consentidos) pueden constituir un atentado contra la dignidad, en este caso, contra la dignidad de las personas que padecen enfermedades incurables o que están próximas a morir⁶². La distinción entre autonomía (consentimiento) y dignidad, que es lo que se desprende de esas afirmaciones, no la encontramos en la jurisprudencia del TEDH en relación a las “situaciones al final de la vida” sino en relación a otros temas, en los que, dicho sea de paso, lo que ha priorizado finalmente ha sido la existencia o no de libre consentimiento, no la dignidad⁶³.

-
60. Emociones tanto de la persona que padece la enfermedad (la esperanza de curarse, las ganas de vivir, el miedo al dolor y a la muerte...) como de quienes le procuran compañía. *Vid.* por ejemplo, un inventario de estas emociones en González Moreno, 2008, pp. 160-163.
 61. De hecho, una serie de disposiciones del Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina, de Oviedo, de 1997, ya han establecido que el cuerpo humano y sus partes están fuera del comercio de los hombres (*vid.* los artículos 4 y 21).
 62. Así en la Recomendación 1418 (1999) del Consejo de Europa, a la que nos hemos referido ya en varias ocasiones, en su letra v. se dice que “[se adoptarán las medidas necesarias] para que, sin perjuicio de la responsabilidad terapéutica última del médico, la voluntad expresada por un enfermo incurable o un moribundo en lo que concierne a una forma particular de tratamiento sea tomada en cuenta, siempre que no comporte atentado a su dignidad de ser humano” (hemos conservado los términos expresos que utiliza la Recomendación). De modo que la voluntad —en definitiva, la autonomía (consentimiento)— tendría como límite la dignidad. Una distinción que no suele hacer la mayor parte de la doctrina y de la jurisprudencia, al entender básicamente la dignidad como autonomía de la voluntad.
 63. Así, en el caso *K.A y A.D. c. Bélgica*, de 2005, que mencionamos en nota más arriba, el TEDH resolvió que había habido violación del artículo 8 del Convenio de Roma porque faltaba el consentimiento libre de uno de los participantes en los juegos sadomasoquistas extremos, y no entró a valorar la cuestión de la dignidad, cuando, como dice Hennette-Vauchez (2008, p. 68, siguiendo a Fabre-Magnan), el Tribunal podría haber validado el procedimiento belga en base al principio de dignidad. Y de donde se desprende también, a nuestro juicio, que el TEDH prioriza, le da más relevancia al libre consentimiento —si se da o no el mismo a una determinada actividad o práctica— que a la dignidad. En definitiva, confirma el protagonismo de la autonomía, entendida como libre consentimiento.

6. CONCLUSIÓN

El TEDH, a juzgar por lo expresado en sus sentencias sobre las “situaciones al final de la vida” (que son las que él dice abordar), se permite muchas licencias en su interpretación del Convenio de Roma. Ha excluido el derecho a la muerte del derecho a la vida, pero al mismo tiempo —y paradójicamente— ha asignado a la vida en su tramo final un componente de libertad al incardinar en el derecho a la vida privada la autodeterminación en cuanto a la forma y el momento en que la vida acaba, así como otra serie de consideraciones sobre la dignidad, la libertad y la calidad de vida.

Sin embargo, el reconocimiento que el Tribunal Europeo hace de la autonomía de la persona en los momentos finales de la vida contiene imprecisiones. Lo que entraña un riesgo de confusión y de contradicciones, no sólo al interno de su jurisprudencia, sino, sobre todo, en los órdenes jurídicos nacionales, en los que sus sentencias no sólo tienen el efecto de “cosa juzgada” para los casos que resuelve⁶⁴ sino de “cosa interpretada”⁶⁵, y en los que no se sabe traducir muy bien las pautas que se desprenden de la jurisprudencia del TEDH, en concreto para resolver una problemática de actualidad como es la despenalización/legalización de la eutanasia (activa, sobre todo).

No está clara la relación que el TEDH establece entre el derecho a la vida privada, o la autonomía, que es su eje —en su jurisprudencia—, con esos otros bienes y valores como la dignidad o la calidad de vida, que pone en juego en relación a los momentos finales de la vida, ni tampoco el significado que le atribuye exactamente a estos bienes y valores (cuando no deja al albur de las personas la determinación subjetiva de dicho significado). Es particularmente criticable que la autonomía que el Tribunal ha querido predicar de la vida en los momentos finales, quede reducida a prestar consentimiento (o no) a actos y procesos (médicos) eutanásicos —un consentimiento cuya autenticidad puede verse afectada cuando se padecen enfermedades terminales o que provocan grandes sufrimientos—. Y también es criticable que, en definitiva, dé su anuencia al enfoque imperante, el enfoque médico —cuasi contractual— de los problemas que plantea el deseo de morir en casos de enfermedad (terminal o degenerativa) o incluso

64. Inclusive, son precedentes. El Tribunal señala en *Pretty* cómo, aunque no tiene la misión de formular opiniones en abstracto, las sentencias que dicta en los asuntos individuales son en mayor o menor medida, precedentes y la decisión en un caso puede ser aplicada en otros casos (STEDH *Pretty*, párrafo 75).

65. Constituyen un canon que ha de ser tenido en cuenta por nuestros/as jueces/as a la hora de interpretar y aplicar las normas jurídicas (recuérdese el 10, 2 de la Constitución española).

ante el deterioro físico y psíquico que se produce con la edad—, porque este enfoque, que contradice esa proyección hacia la autonomía que pretende el TEDH, deja de lado, además, otros determinantes de carácter estructural de la autonomía. Asimismo, es muy criticable su percepción de la autonomía en los momentos finales de la vida como libre disponibilidad del propio cuerpo, pues supone una escisión de la persona (de sus dimensiones racional, corporal, afectiva), y propicia la patrimonialización del ser humano.

Todas estas cuestiones conceptuales que se plantean en la jurisprudencia del TEDH y, sobre todo, las imprecisiones en torno a la autonomía de la persona en los momentos finales de la vida, creemos que no pueden obviarse. De ellas depende el *quid* de la cuestión que indicábamos en la Introducción de este trabajo. Es decir, la cuestión si el derecho a la vida privada, que es la categoría jurídica en que el TEDH ha incardinado el abordaje de las “situaciones al final de la vida”, es realmente un “caballo de Troya”, esto es, una forma de vencer la resistencia del derecho a la vida (del que se ha excluido expresamente el derecho a morir o a la muerte) y de conseguir un fundamento a la despenalización/legalización de la eutanasia. O si, por el contrario, el derecho a la vida privada es, al igual que el derecho a la vida, una muralla frente a la misma, que es lo que más bien parece, a la vista de todo lo que hemos explicado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andorno, R. (2011). Four paradoxes of human dignity. En J. Joerden, E. Hilgendorf, N. Petrillo, F. Thiele (eds.). *Menschenwürde und moderne Medizintechnik* (pp. 131-140). Series: Interdisziplinäre Studien zu Recht und Staat, n.º 50, Baden-Baden: Nomos Verlag.
- Andorno, R. (2012). *Bioética y dignidad de la persona*. Madrid: Tecnos.
- Ansuátegui Roig, F. J. (1999). Capítulo VI. Eutanasia: dilemas relevantes. En Francisco Javier Ansuátegui Roig (coord.). *Problemas de la eutanasia* (pp. 88-122). Madrid: Dykinson.
- Bachelet, O. (2011). Le droit de choisir sa mort: les ambiguïtés de la Cour de Strasbourg. *ERES, Revue Internationale de Droit Pénal*, 2011/1, vol. 82, 109-127.
- Barnes, J. (1998). El principio de proporcionalidad. Estudio preliminar. *Cuadernos de Derecho Público*, núm. 5 (septiembre-diciembre), 15-49.
- Bindi, E. (2016). Test de proporcionalidad en el “Age of Balancing”. *Revista de Derecho Político*, n.º 96, mayo-agosto, 291-330.
- Byk, C. (2003). Le droit à la vie et l’euthanasie-Le cas Pretty. *Regard éthique - L’euthanasie*, Volume I, aspects éthiques et humains, 115-117.
- Cabra Apalategui, J. M. (2017). Conflictos de derechos y estrategias argumentativas. *Anales de la Cátedra Francisco Suárez*, n.º 51, 357-380.

- Calsamiglia Blancafort, A. (1993). Sobre la eutanasia. *Doxa*, n.º 14, 337-358.
- Casado, M. (2016). Argumentos para el debate en torno a la eutanasia. En Albert Royes (coord.). *Morir en libertad* (pp. 17-34). Colección de Bioética, Barcelona: Edicions de la Universitat de Barcelona.
- Cerrillo Vidal, J. A. (2020). Las justificaciones de la muerte asistida. *Recerca, Revista de Pensament i anàlisi*, núm. 25 (2), 1-20.
- Costa, J.-P. (2004). Concepts juridiques dans la jurisprudence de la Cour Européenne des droits de l'homme: de l'influence de différentes traditions nationales. *Revue trimestrel des droits de l'homme*, n.º 57, 101-110.
- Cour Europeenne des Droits de l'Homme (2017). *Guide sur l'article 8 de la Convention-Droit au respect de la vie privée et familiale*. Estrasburgo: Conseil de l'Europe.
- Dworkin, R. (1994). *El dominio de la vida. Una discusión acerca del aborto, la eutanasia y la libertad individual*. Barcelona: Ariel.
- Eser, A. (1984). Entre la "santidad" y la "calidad" de la vida. Sobre las transformaciones en la protección jurídico-penal de la vida. *Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales*, tomo 37, 747-782.
- Freixes, T. (1995). Las principales construcciones jurisprudenciales del Tribunal Europeo de Derechos Humanos. El standard mínimo exigible a los sistemas internos de derechos en Europa. *Cuadernos constitucionales de la Cátedra Fadrique Furió Ceriol*, n.º 11-12, 97-115.
- González Moreno, J. M. (2008). *Une mort très douce*, de Simone de Beauvoir. Une relecture à partir du paradigme de l'émotion. En Thomas Stauder (éd.). *Simone de Beauvoir cents ans après sa naissance. Contributions interdisciplinaires de cinq continents* (159-168). Tubinga: Gunter Narr Verlag.
- González Moreno, J. M. (2019). Les stratégies pour légaliser la "gestation pour autrui". Une remise en question à partir de la dignité et l'autonomie des femmes. Ponencia en el XXIX World Congress of the International Association for Philosophy of Law & Social Philosophy, Lucerna (Suiza), 11 de julio de 2019. Disponible en: <https://riuma.uma.es/xmlui/handle/10630/18144>
- Grewe, C. (2014). La dignité de la personne humaine dans la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme. *Revue générale du droit* (www.revuegeneraledudroit.eu), Études et réflexions, núm. 3, 1-12.
- Hennette-Vauchez, S. (2008). Une dignitas humaine? Vieilles outres, vin nouveau. *Droits*, 2008/2, n.º 48, 59-86.
- Jacquard, A. (1998). *Pequeña filosofía para no filósofos*. Galaxia Gutenberg, Círculo de Lectores.
- Jankélévitch, V. (1994). *Penser la mort?* París: Éditions Liana Levi.
- L., I. y Mergen, S. (2020). Crise du coronavirus dans les maisons de repos: "C' était de l'euthanasie passive. *Radio Télévision Belge de la Communauté Française*, 16/05/2020, https://www.rtbf.be/info/societe/detail_crise-du-coronavirus-dans-les-maisons-de-repos-c-etait-de-l-euthanasie-passive?id=10502740 [Consultada: 17/06/2020]

- Löwenthal, P. (2008-2009). Ambiguïtès des droits de l'homme. *Droits fondamentaux*, n.º 7, janvier 2008-décembre 2009, 1-29.
- Marcos del Cano, A. M. (2019). ¿Es necesaria la regulación jurídica de la eutanasia en España? *El Cronista del Estado social y democrático de Derecho*, n.º 79, 12-21.
- Marcos del Cano, A. M. y De Castro Cid, B. (1999). Eutanasia y debate sobre la jerarquía de los valores jurídicos. *Persona y Derecho*, n.º 41, 353-378.
- Marín Gámez, J. Á. (1998). Reflexiones sobre la eutanasia: una cuestión pendiente del derecho constitucional a la vida. *Revista Española de Derecho Constitucional*, n.º 54, 85-118.
- Memmi, D., Taïeb, E. (2009). Les recompositions du "faire mourir": vers une biopolitique d'institution. *Sociétés contemporaines*, 2009/3, n.º 75, 5-15.
- Morin, E. (1994). *El hombre y la muerte*. Barcelona: Ed. Kairós, 2.ª edición.
- Nedelsky, J. (1989). Reconceiving Autonomy: Sources, Thoughts and Possibilities. *Yale Journal of Law and Feminism*. Vol. 1.7-36.
- Nedelsky, J. (2011). *Law's Relations. A relational theory of self, autonomy, and law*, Oxford: Oxford University Press.
- Ollero, A. (2006). *Bioderecho. Entre la vida y la muerte*. Madrid: Thomson-Aranzadi.
- Ollero, A. (2011). Reflexiones sobre el Anteproyecto de Ley reguladora de los derechos de la persona ante el proceso final de la vida. *Revista General de Derecho Canónico y Derecho Eclesiástico del Estado* 27 (2011), 1-19.
- Pérez Triviño, J. L. (2007). La relevancia de la dignidad humana. Un comentario. *Doxa*, n.º 30, 159-163.
- Phillips, A. (2011). It's My Body and I'll Do What I Like With It: Bodies as Objects and Property. *Political Theory*, 39 (6), 724-748.
- Roagna, I. (2012). *La protection du droit au respect de la vie privée et familiale par la Convention européenne des droits de l'homme*. Série des précisions des droits de l'homme du Conseil de l'Europe, Estrasburgo: Conseil de l'Europe.
- Sádaba, J. (2006). Eutanasia y Ética. *Revista de Bioética y Derecho*, n.º 8, octubre, 1-7.
- Sánchez Cámara, I. (2019). El valor y la dignidad de la vida terminal. Prolegómenos filosóficos para una crítica de la eutanasia. *Cuadernos de Bioética*, 30 (98), 43-53.
- Sartori, D. (2018). End-of-life issues and the European Court of Human Rights. The value of personal autonomy within a "proceduralized" review. *Questions of International Law*, Zoom—in 52, Jun 30, 23-43.
- Savater, F. (2008). *Las preguntas de la vida*. Barcelona: Ariel, 1.ª edición de 1999.
- Suárez Llanos, L. (2012). La ley de la muerte. Eutanasias, éticas y derechos. *Anuario de Filosofía del Derecho*, XXVIII, 323-371.
- Valls, R. (2005). El concepto de dignidad humana. *Revista de Bioética y Derecho*, n.º 5, 1-5.

JURISPRUDENCIA CITADA

Sentencia del TEDH, *Airey*, de 9 de octubre de 1979.

Decisión del TEDH (48335/99) *Sanles Sanles c. España*, de 26 de octubre de 2000.

Sentencia del TEDH (2346/2000) *Pretty c. Reino Unido*, de 29 de abril de 2002.

Sentencia del TEDH (61827/00) *Glass c. Reino Unido*, de 9 de marzo de 2004.

Sentencia del TEDH (42758/1998 y 45558/1998) *K.A y A.D. c. Bélgica*, de 17 de febrero de 2005.

Decisión del TEDH (19807/06) *Burke c. Reino Unido*, de 11 de julio de 2006.

Sentencia del TEDH (53157/99, 53247/99, 53695/00, 56850/00) *Ledyeva y otros c. Rusia*, de 26 de marzo de 2007.

Decisión del TEDH (55185/08) *Ada Rossi y otros c. Italia*, de 16 de diciembre de 2008.

Sentencia del TEDH (31322/07) *Haas c. Suiza*, de 26 de junio de 2011.

Sentencia del TEDH (497/09) *Koch c. Alemania*, de 17 de diciembre de 2012.

Sentencia del TEDH (67810/10) *Gross c. Suiza*, de 14 de mayo de 2013.

Sentencia del TEDH (67810/10), de la Gran Sala, *Gross c. Suiza*, de 30 de septiembre de 2014.

Sentencia del TEDH (46043/14) *Lambert y otros c. Francia*, de 5 de junio de 2015.

Decisión del TEDH (2478/15 y 1787/15) *Nicklinson et Lamb c. Reino Unido*, de 23 de junio de 2015.

Decisión del TEDH (39793/17) *Gard y otros c. Reino Unido*, de 27 de junio de 2017.

Sentencia del TEDH 60561/14, *S.M. c. Croacia*, de 19 de julio de 2018.

Sentencia del Tribunal Constitucional español 120/1990, de 27 de junio. Recurso de amparo 443/1990. Caso de los presos del GRAPO.

Sentencia del Tribunal Constitucional español 53/1985, de 11 de abril. Recurso previo de inconstitucionalidad 800/1983. Sobre despenalización parcial del aborto.