

LA RECIENTE JURISPRUDENCIA DEL TRIBUNAL  
DE ESTRASBURGO Y DEL TRIBUNAL SUPREMO  
EN CANADÁ EN RELACIÓN CON EL DERECHO  
A LA MUERTE DIGNA

The Jurisprudence of the European Court of Human  
Rights and the Supreme Court of Canada on the Right  
to Die with Dignity

SANTIAGO CAÑAMARES ARRIBAS

Universidad Complutense de Madrid

sca@der.ucm.es

**Cómo citar/Citation**

Cañamares Arribas, S. (2016).

La reciente jurisprudencia del Tribunal de Estrasburgo  
y del Tribunal Supremo en Canadá en relación con el derecho a la muerte digna.  
*Revista Española de Derecho Constitucional*, 108, 337-356.  
doi: <http://dx.doi.org/10.18042/cepc/redc.108.11>

**Resumen**

Las cuestiones relacionadas con el final de la vida están adquiriendo una enorme importancia en las sociedades occidentales como consecuencia del aumento de la esperanza de vida y de la consolidación del derecho a la autonomía del paciente. La legislación y la jurisprudencia comparadas no son uniformes a la hora de precisar el alcance de dicha autonomía. Este trabajo analiza las grandes tendencias que presenta en nuestro ámbito jurídico el llamado *derecho a la muerte digna* a la luz de las decisiones judiciales más recientes del Tribunal de Estrasburgo y del Tribunal Supremo de Canadá.

**Palabras clave**

Eutanasia; suicidio asistido; autonomía; derecho comparado; Consejo de Europa; Canadá.

**Abstract**

The issues related to end of life situations have acquired great importance in today's society, due to the increase in life expectancy as a result of the advances in medicine and the consolidation of the patient's rights to autonomy. However, from a comparative approach neither legislation nor the case-law gives a clear answer to what scope should be recognized to this autonomy. This paper is focus on the different trends that can be currently found in wester legal systems in relation to the so called *right to die with dignity* in the light of the most recent pronouncements of the Strasbourg Court and the Supreme Court of Canada.

**Keywords**

Euthanasia; assisted suicide; autonomy; Comparative Law; Council of Europe; Canada.

## SUMARIO

---

I. INTRODUCCIÓN. II. LA EVOLUCIÓN DE LA JURISPRUDENCIA DEL TRIBUNAL EUROPEO DE DERECHOS HUMANOS: DE PRETTY A LAMBERT. III. LOS CONTRASTES DE LA JURISPRUDENCIA DEL TRIBUNAL SUPREMO CANADIENSE: LAS SENTENCIAS RODRÍGUEZ Y CARTER: 1. Rodríguez vs. Attorney General. 2. Carter vs. Canada (Attorney General). IV. VALORACIONES CONCLUSIVAS. BIBLIOGRAFÍA.

---

## I. INTRODUCCIÓN

Las cuestiones relacionadas con el final de la vida están adquiriendo una enorme trascendencia en las sociedades occidentales como consecuencia de dos importantes razones: de un lado, el aumento de la esperanza de vida y, de otro, los avances en el reconocimiento jurídico de nuevas esferas de libertad al final de la propia existencia que se proyectan, de una manera principal, sobre el derecho a la autonomía del paciente<sup>1</sup>. Este derecho, que deriva del derecho a la intimidad y a la vida privada, protege un espacio de autodeterminación del individuo que, en este contexto, se traduce en el respeto a las decisiones adoptadas en relación con su integridad corporal y con el trance final de su vida.

A la hora de precisar el alcance de dicha autonomía, la legislación y la jurisprudencia comparadas han mantenido posiciones dispares que han oscilado entre interpretaciones amplias que dan cobijo a la eutanasia y al suicidio asistido junto a otras que solo admiten el rechazo de algunos tratamientos médicos con objeto de aliviar el sufrimiento del paciente y humanizar el proceso del final de la vida. Quizá una buena muestra de tales diferencias se localiza en el ámbito europeo, donde solo algunos estados han legalizado la eutanasia y el suicidio asistido<sup>2</sup> frente a la mayoría que ha mantenido las pro-

---

<sup>1</sup> Así se recoge en el documento aprobado por el Comité de Bioética del Consejo de Europa, «Guía sobre el proceso de toma de decisiones relativas al tratamiento médico en situaciones del final de la vida. Disponible en: [http://www.coe.int/t/dg3/health-bioethic/Activities/09\\_End%20of%20Life/Guide/Guide%20FdV%20esp.pdf](http://www.coe.int/t/dg3/health-bioethic/Activities/09_End%20of%20Life/Guide/Guide%20FdV%20esp.pdf) (última visita, 5 de febrero de 2015).

<sup>2</sup> En Holanda se encuentra vigente la Termination of Life on Request and Assisted Suicide [Review Procedures] Act, de 1 de abril de 2002). Sobre esta regulación *vid.*, Buijsen (2004: 87-113).

hibiciones<sup>3</sup> —reforzadas a través del derecho penal— en línea con la posición marcada por el Consejo de Europa<sup>4</sup> y, muy destacadamente, del Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH o Tribunal de Estrasburgo).

También fuera del continente europeo es posible detectar la misma dicotomía. La excepción más significativa viene representada por el derecho canadiense, donde a través de una reciente Ley de 17 de junio de 2016<sup>5</sup>, se ha reconocido el derecho al suicidio asistido de quienes se encuentran bajo una condición médica grave e irremediable y pueden adoptar una decisión responsable en este campo. La aprobación de esta norma ha venido motivada por el fallo del Tribunal Supremo en la Sentencia Carter que, como analizaremos a lo largo de estas páginas, rompió con la doctrina anterior de prevalencia del derecho a la vida frente a la autonomía del paciente<sup>6</sup>. Sin embargo, no se trata de un caso, excepcional, ya que el Tribunal Constitucional colombiano hace algunos años adoptó la misma postura e invitó al legislador a actuar en el mismo sentido<sup>7</sup>, si bien la norma no resultó finalmente aprobada.

En todo caso, aunque estas posturas siguen teniendo un carácter excepcional, cabe apreciar en el derecho occidental una progresiva aceptación del llamado *derecho a decidir la propia muerte*, que gravita sobre la pérdida del

---

En Bélgica se aprobó la Ley de Eutanasia de 28 de mayo de 2002 (Moniteurbelge, de 22 de junio de 2002); sobre su contenido, *vid.* Doyez (2004: 114-142).

En Luxemburgo se promulgó la Ley sobre Eutanasia y Suicidio Asistido de 16 de marzo de 2009 (*vid.* Memorial, Journal Officiel du Grand-Duché de Luxembourg, 16 mars 2009).

Cabe destacar el caso de Suiza, cuyo Código Penal en su art. 115 condena el auxilio al suicidio de quien se mueve por fines egoístas, habiéndose entendido que la asistencia al suicidio en caso de enfermos terminales no cubre este tipo penal.

<sup>3</sup> Sobre la situación entre los países europeos, *vid.* Vogel (2010: 1-18), disponible en: <http://www.iustel.com>.

<sup>4</sup> La posición del Consejo de Europa sobre estas cuestiones ha quedado reflejada en el Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina (Convenio de Oviedo) de 4 de abril de 1997. También en la Recomendación de la Asamblea Parlamentaria 1418 (1999) sobre la protección de los Derechos Humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos.

<sup>5</sup> Bill C-14, an Act to amend the Criminal Code and to make related amendments to other Acts (medical assistance in dying). Disponible en: <http://eol.law.dal.ca/wp-content/uploads/2016/07/Bill-C-14-Royal-Assent.pdf> (última visita, 6 de octubre de 2016).

<sup>6</sup> Carter *vs.* Canada (Attorney General), 2015 SCC 5.

<sup>7</sup> *Vid.* sentencias del Tribunal Constitucional, de 20 de mayo de 1997 y de 15 de diciembre de 2014.

carácter hegemónico del derecho a la vida frente a otros derechos fundamentales, principalmente, del derecho a la intimidad y a la vida privada. Sin duda, estas tendencias jurisprudenciales tienen una inmediata repercusión en el ámbito legislativo no tanto por el hecho —como ha ocurrido en Canadá— de que se haya invitado al legislador a permitir el suicidio asistido de quienes se encuentran bajo determinadas circunstancias clínicas sino porque, en general, han ido marcando las coordenadas de la legislación vigente sobre la llamada *muerte digna*.

A lo largo de este trabajo se analizarán las grandes tendencias que presenta, en nuestro ámbito jurídico, el llamado *derecho a la muerte digna*, a la luz de las decisiones judiciales más recientes pronunciadas por el TEDH y del Tribunal Supremo (TS) de Canadá.

## II. LA EVOLUCIÓN DE LA JURISPRUDENCIA DEL TEDH: DE PRETTY A LAMBERT

El punto de partida de la doctrina del TEDH en relación con el derecho a la muerte digna se encuentra en la Sentencia *Pretty vs. Reino Unido*, (2002)<sup>8</sup> donde se desestimó la demanda de una ciudadana británica, aquejada de una enfermedad neurodegenerativa (ELA), que consideraba que la legislación penal británica que prohibía el suicidio asistido (*Suicide Act*)<sup>9</sup> vulneraba varios derechos fundamentales consagrados en el Convenio Europeo de Derechos Humanos, a saber, el derecho a la vida, a la vida privada y la prohibición de tratos inhumanos o degradantes.

El TEDH rechazó, en primer lugar, la alegada vulneración del derecho a la vida de la demandante por entender que este derecho no comprende un contenido negativo capaz de amparar el derecho a no vivir, afirmaba que «[N]o se puede interpretar, sin distorsión del lenguaje, que el art. 2 confiere un derecho diametralmente opuesto, a saber el derecho a morir; tampoco puede crear un derecho a la autodeterminación en el sentido de que conceda a todo individuo el derecho a escoger la muerte antes que la vida»<sup>10</sup>.

En segundo lugar, en relación con la vulneración de su derecho a la vida privada, el TEDH afirmó que «no podía excluir» que el derecho a morir pu-

<sup>8</sup> Sentencia *Pretty vs. United Kingdom*, de 29 de abril de 2002.

<sup>9</sup> La *Suicide Act* (1961), dispone en su art. 2.1 que «Toda persona que facilite, aliente, recomiende u organice el suicidio o una tentativa de suicidio de un tercero será sometida, tras su acusación, a una pena máxima de reclusión de catorce años».

<sup>10</sup> *Vid.* *Pretty vs. United Kingdom*, ap. 39 *in fine*.

diera encontrar cobertura en el marco del art. 8 del Convenio, en la medida en que la demandante se veía impedida por la Ley de evitar lo que, en su opinión, sería un final de vida indigno y penoso. Sin embargo, concluyó que se trataba de una restricción admisible del citado derecho, ya que estaba prevista por la ley y perseguía el fin legítimo de preservar la vida; vinculándose, por tanto, con la protección de los derechos fundamentales de los demás. Igualmente, consideró que resultaba necesaria en una sociedad democrática, ya que la prohibición fue concebida para preservar la vida de los más débiles y vulnerables contra los actos tendentes a poner fin a su vida o a ayudar a poner fin a esta. Además, resultaba proporcionada, puesto que resultaba preceptiva la intervención del *Director of Public Prosecutions* para iniciar el procedimiento penal, y solo se preveía una pena máxima, lo cual permitía imponer condenas atenuadas, a tenor de las exigencias del interés público, que fueran adecuadas en términos de castigo y disuasión.

En fin, la Corte también rechazó la alegación de padecimiento de tratos inhumanos y degradantes que la demandante hacía derivar de la falta de asunción por parte del Estado británico de sus obligaciones positivas para evitar el sufrimiento y la agonía que le depararía su enfermedad. El TEDH entendió, por el contrario, que el art. 3 del Convenio debía ser interpretado en armonía con su art. 2, de forma que, en este caso, solo impone al Estado la obligación positiva de proporcionar el tratamiento adecuado para combatir la enfermedad. Por tanto, tales obligaciones positivas no se extienden a aceptar el compromiso de no perseguir judicialmente a quien asiste al suicidio ni a la creación de un marco legal para cualquier otra forma de suicidio asistido.

Posteriormente, la Sentencia Haas *vs.* Suiza (2011)<sup>11</sup> puso de manifiesto, de un modo más contundente, que el derecho de una persona a decidir el modo y manera de acabar con su vida —siempre que esté en disposición de formar libremente su propio juicio y actuar en consecuencia— constituye uno de los aspectos protegibles del derecho a la vida privada. Sin embargo, en un contexto legislativo en que el suicidio asistido se encontraba despenalizado, el TEDH subrayó que no existe un consenso entre los Estados miembros del Consejo de Europa acerca de la existencia de un derecho del ciudadano a decidir cuándo y por qué medios terminar con su vida. En consecuencia, admitió que los estados gozan de un amplio margen de apreciación para proporcionar mayor protección al derecho a la vida frente a otros derechos fundamentales, como el derecho a la autonomía que deriva del derecho a la vida privada.

---

<sup>11</sup> Sentencia Haas *vs.* Suiza, de 20 de enero de 2011.

Al mismo tiempo, aquellos estados que han legalizado estas prácticas disfrutaban también de un amplio margen de apreciación a la hora de determinar cuáles son sus obligaciones positivas, ya que tampoco existe un consenso en relación con cuáles son estas en el marco del art. 8 del Convenio. De este modo, en *Hass* se concluyó que las autoridades suizas no violaron sus obligaciones positivas en relación con el derecho a la vida privada al negarse a administrar, sin receta médica, una dosis letal de un compuesto farmacéutico a un ciudadano aquejado por un trastorno bipolar afectivo para que pudiera suicidarse de una manera digna, segura y desprovista de sufrimientos innecesarios. El TEDH consideró que la exigencia de prescripción médica para la obtención del fármaco perseguía el objetivo legítimo de proteger a las personas contra una decisión precipitada, así como de prevenir abusos y, sobre todo, evitar que un paciente incapaz de discernir obtuviera una dosis letal. Se trataba, por tanto, una restricción admisible de su derecho a la vida privada.

Fue en la Sentencia *Gross vs. Suiza*<sup>12</sup>, donde se sobredimensionó el derecho a la autonomía para decidir el final de la propia existencia. En esta sentencia, el TEDH consideró, al resolver la demanda de una mujer octogenaria que, estando en pleno uso de sus facultades, deseaba acabar con su vida para evitar un deterioro de su estado físico y mental, que la ausencia de unas directrices claras en la legislación suiza acerca de cuándo se puede prescribir el pentobarbital sódico a las personas que no se encuentran en un estado terminal entrañaba una vulneración del art. 8 del Convenio. De esta manera, aunque sin tomar partido acerca de cuál debe ser el contenido de dichas directrices, Suiza quedó obligada a adoptar una normativa que regulara más ampliamente el acceso al suicidio asistido<sup>13</sup>.

A esta sentencia se formularon votos particulares por parte de tres jueces que entendieron que la normativa suiza para acceder al suicidio asistido no provocaba la vulneración apreciada por la mayoría ya que resultaba suficientemente clara, limitando este derecho únicamente a favor de quienes se encontraban en una situación de enfermedad terminal. Consideraron que entraba dentro del margen de apreciación del Estado determinar cuáles eran las con-

---

<sup>12</sup> Sentencia *Gross vs. Suiza*, de 14 de mayo de 2013.

Sobre la evolución de la postura del TEDH que supone esta sentencia, *vid.* Beltrán Aguirre (2013: 79-86).

<sup>13</sup> Esta sentencia fue recurrida en revisión ante la Gran Sala, que consideró en su decisión de 30 de septiembre de 2014, con base en lo dispuesto en el art. 35 del Convenio, que la demanda presentada era abusiva en tanto la demandante había fallecido por la administración de la dosis letal reclamada antes incluso de que la Sala resolviera sobre el fondo de su petición en la sentencia recurrida.

diciones para acceder al suicidio asistido, en tanto que el derecho a la vida privada del que aquel deriva puede estar sujeto a restricciones basadas en el interés público. Además, para la disidencia la exigencia de receta médica resultaba legítima para evitar, en estas circunstancias, decisiones precipitadas, para prevenir el abuso y garantizar que un paciente que carece de la capacidad de entender las consecuencias de sus acciones no obtenga una dosis letal del compuesto farmacéutico.

Por último, en la Sentencia Lambert *vs.* Francia (2015)<sup>14</sup>, la Gran Sala del TEDH clarificó su posición en relación con el derecho a morir con dignidad, al resolver la demanda presentada por los padres y dos hermanos de un paciente en estado vegetativo permanente frente a la decisión de Francia —adoptada por su Consejo de Estado— de autorizar la retirada de su nutrición e hidratación parenteral. Los demandantes consideraron que tal decisión entrañaba una vulneración, entre otros, del derecho a la vida y del derecho a no recibir tratos inhumanos o degradantes, consagrados respectivamente en los arts. 2 y 3 del Convenio. Conviene advertir que este caso se presenta por la Corte no como un supuesto de eutanasia, sino de obstinación terapéutica<sup>15</sup>.

Consta en los antecedentes de esta sentencia que en 2013 el equipo médico que trataba a Vincent Lambert decidió retirarle la nutrición e hidratación conforme a lo previsto en la Ley francesa sobre Derechos de los Pacientes y del Final de la Vida, de 22 de abril de 2005<sup>16</sup>, que tiene por objeto evitar la obstinación terapéutica<sup>17</sup>. Allí se establece un protocolo para su retirada en que se toma en consideración no solo el criterio del equipo médico habitual, sino también el de otros facultativos sobre la situación clínica del paciente, así como la voluntad de este último, expresada por sí mismo o por sus familiares, en caso de hallarse en situación de absoluta dependencia.

En varias ocasiones los tribunales franceses estimaron la petición de los padres de Lambert de que el equipo médico reanudara los cuidados requeridos para mantener a su hijo con vida. Sin embargo, el Consejo de Estado en

<sup>14</sup> Disponible en: <http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-155352>.

<sup>15</sup> *Vid.* Sentencia Lambert *vs.* Francia, ap. 141.

En contra puede verse la opinión manifestada en el voto particular a esta sentencia donde se indica que nos encontramos ante un caso de eutanasia, por mucho que se le aplique un nombre distinto (*vid.* Voto particular, ap. 9).

<sup>16</sup> Loi du 22 avril 2005 relative aux Droits des Malades et à la Fin de Vie. Journal Officiel de 23 de abril de 2005. Sobre el contenido de la legislación francesa sobre esta materia, *vid.* Dürr (2016: 54-57).

<sup>17</sup> *Vid.* Lambert *vs.* Francia, ap. 53.

su Sentencia de 24 de junio de 2014<sup>18</sup>, calificó el mantenimiento de la alimentación e hidratación del paciente como un supuesto de obstinación terapéutica. Más en concreto, aunque advirtió que mantener el citado tratamiento<sup>19</sup> en una persona que se encuentre en un estado irreversible de inconsciencia o que haya perdido su autonomía no supone, necesariamente, incurrir en obstinación terapéutica, concluyó que, en este caso, sí lo era, atendiendo a la naturaleza irreversible del daño y a su pronóstico clínico, así como a la voluntad del paciente, constatada a través del testimonio de su mujer y de uno de sus hermanos que indicaron cómo, en diversas ocasiones, había manifestado su decisión de poner fin a su vida si llegara a encontrarse en un situación de absoluta dependencia.

La Gran Sala, en relación con la vulneración del derecho a la vida, recuerda que los estados no solo están sujetos a unas obligaciones negativas —no atentar contra la vida—, sino a otras de carácter positivo orientadas a proteger la de quienes se encuentran bajo su jurisdicción. En cuanto a las primeras, la Sentencia, basándose en que la legislación francesa de 2005 no permite ni la eutanasia ni el suicidio asistido, sino que pretende evitar la obstinación terapéutica, afirmó que el estado francés no había incumplido sus obligaciones negativas en relación con el art. 2 del Convenio<sup>20</sup>.

Por su parte, en relación con las obligaciones positivas, el TEDH entendió que, dado que no existe un consenso en el Consejo de Europa acerca de la

<sup>18</sup> Disponible en: <http://www.conseil-etat.fr/Decisions-Avis-Publications/Decisions/Selection-des-decisions-faisant-l-objet-d-une-communication-particuliere/CE-24-juin-2014-Mme-F-I-et-autres> (última visita, 15 de junio de 2015).

<sup>19</sup> Atendiendo al Consejo de Europa «un tratamiento, en sentido estricto, comprende aquellas intervenciones cuyo objetivo es mejorar el estado de salud de un paciente, actuando sobre las causas de la enfermedad. El objetivo de un tratamiento es curar la enfermedad o actuar sobre sus causas con el fin de reducir su impacto en la salud». El mismo documento pone de manifiesto la falta de consenso entre los estados a la hora de calificar la alimentación e hidratación parenteral como tratamiento, pudiendo ser considerado como un «cuidado médico»; *vid.* Guía del Consejo de Europa, para el proceso de toma de decisiones relativas al tratamiento médico en situaciones del final de la vida (2014: 13-14). Sobre su consideración como cuidado y no como tratamiento, *vid.* Serrano Ruiz Calderón (2010: 519-542).

<sup>20</sup> *Vid.* Lambert *vs.* Francia, ap. 124. Recuérdese cómo los demandantes aun admitiendo que la retirada de la alimentación e hidratación podía estar justificada en algunos supuestos para evitar la obstinación terapéutica, consideraron que en el caso de Lambert suponía aplicarle la eutanasia, ya que no se daban los requisitos establecidos a tales efectos por la Ley francesa de 2005, entre los que se cuenta que el paciente estuviera en una fase terminal de enfermedad (*vid.* ap. 125).

retirada de tratamientos de soporte vital, los estados cuentan con un amplio margen de apreciación no solo a la hora de permitir la retirada de un tratamiento de esta naturaleza, sino también para elegir los medios adecuados para llevar a cabo un juicio de ponderación entre el derecho a la vida del paciente y la protección de su derecho a la vida privada y a su autonomía personal.

En consecuencia, la sentencia consideró que Francia había cumplido con sus obligaciones positivas en relación con el derecho a la vida, ya que había aprobado un marco legislativo orientado a evitar la obstinación terapéutica, que tomaba en consideración la voluntad del paciente, así como el criterio del personal médico, y que contemplaba la posibilidad de acudir a los tribunales de justicia en caso de duda sobre la mejor decisión a adoptar en interés del paciente.

Frente a las alegaciones de los recurrentes de que el marco legislativo francés no resultaba suficientemente claro a la hora de definir algunos términos esenciales, el TEDH consideró que el Consejo de Estado en su decisión de 2014 había detallado los factores que debían ser valorados por los médicos a la hora de calificar determinado tratamiento como obstinación terapéutica: que fuera inútil o desproporcionado, o que no tuviera más efecto que mantener artificialmente la vida. Además —a juicio de Estrasburgo— en dicha decisión se habían establecido algunas garantías adicionales al precisar que para la retirada del tratamiento no era condición suficiente que el paciente estuviera en situación de inconsciencia o que hubiera perdido su autonomía de forma irreversible, sino que era necesario valorar su voluntad que, además, en caso de no ser conocida, no podía entenderse como contraria al mantenimiento de la vida. En este caso, a la vista de las declaraciones de su mujer y de otros familiares se llegó a la conclusión de que Lambert hubiera estado de acuerdo en suspender su alimentación e hidratación artificial<sup>21</sup>.

En este punto, es interesante detenerse en la argumentación contenida en el voto parcialmente disidente que formularon algunos jueces según la cual dar cobertura jurídica a que una persona absolutamente dependiente, incapaz de comunicar su voluntad acerca de su situación, pueda ser privada de dos necesidades vitales básicas —alimento y agua— con base en una serie de asunciones cuestionables constituía un paso atrás en la protección que el Convenio debe dispensar a las personas más vulnerables. En efecto, aunque los disidentes aceptaron la retirada de la alimentación e hidratación a petición del paciente en casos de personas con dependencia física severa y con los dolores a

---

<sup>21</sup> Por lo demás, el TEDH no considera oportuno detenerse en la vulneración del derecho a la vida privada y familiar del art. 8 del Convenio, por entender que tales alegaciones se encontraban subsumidas en las propias del derecho a la vida.

ella asociados, consideraron que en una decisión tan crucial resulta indispensable que conste con certeza la voluntad del paciente, ya que interpretar *ex post facto* lo que pudiera haber manifestado en conversaciones casuales expone al sistema a graves abusos<sup>22</sup>.

En todo caso, a la hora de valorar el cumplimiento por el Estado de sus obligaciones positivas derivadas del art. 2 del Convenio se debe considerar si la nutrición e hidratación reportan un beneficio al paciente. Cuando la respuesta es afirmativa surgen las obligaciones positivas del Estado de mantenerle con vida que solo ceden cuando los perjuicios superan a los beneficios en términos de bienestar del paciente (agravamiento del dolor) y en términos económicos, esto es, cuando provoca un gasto excesivo de recursos. Dado que el margen de apreciación del Estado no es ilimitado a la hora de hacer este balance de intereses, los disidentes consideraron que se debería haber reconocido un peso mayor al derecho a la vida.

### III. LOS CONTRASTES DE LA JURISPRUDENCIA DEL TRIBUNAL SUPREMO CANADIENSE: LAS SENTENCIAS RODRÍGUEZ Y CARTER

Cuando se analiza la jurisprudencia del TS canadiense en relación con el llamado *derecho a la muerte digna* es posible detectar un acusado cambio de tendencia que se ha ido operando a lo largo de las últimas décadas. Mientras a principios de los años noventa se atribuyó al derecho a la vida un carácter prevalente frente a otros derechos fundamentales, en los últimos tiempos se ha reconocido la existencia de un derecho al suicidio médicamente asistido de aquellos individuos que se encuentren en una situación clínica determinada.

#### 1. RODRIGUEZ VS. ATTORNEY GENERAL

La primera decisión del TS en esta materia lo constituye la Sentencia *Rodriguez vs. Attorney General* (1993)<sup>23</sup>, donde se desestimó un recurso presentado por una mujer aquejada de ELA que, queriendo acabar con su vida a causa de su enfermedad, sostenía que el delito de auxilio al suicidio, recogido

<sup>22</sup> Afirma el voto disidente que incluso en el supuesto de que Lambert hubiera rechazado que le mantuvieran con vida en un estado de absoluta dependencia, tal declaración no ofrecería el suficiente grado de certeza acerca de su deseo de retirarle la alimentación y la hidratación. (*Vid.* Voto particular, ap. 5.)

<sup>23</sup> *Rodriguez vs. British Columbia (Attorney General)* [1993] 3 S.C.R. 519.

en el art. 241 del Código Penal canadiense<sup>24</sup>, resultaba contrario a la Carta canadiense de derechos fundamentales<sup>25</sup>, concretamente al derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de la persona (art. 7)<sup>26</sup>, a la prohibición de tratos inhumanos o degradantes (art. 12)<sup>27</sup> y al derecho a la igualdad y a la no discriminación (art. 15)<sup>28</sup>.

El TS admitió que la prohibición del suicidio asistido entrañaba una injerencia en la «seguridad de la persona» de la recurrente para tomar decisiones en relación con su propio cuerpo y sobre su integridad física y emocional, afectando, por tanto, a su autonomía privada<sup>29</sup>. Sin embargo, consideró que tales restricciones resultaban conformes a los principios de justicia fundamental que operan como límite a su ejercicio según a lo dispuesto en el art. 7 de la Carta.

Aunque el TS no identifica cuáles sean esos principios, admite que entre ellos se encuentra el de la «santidad de la vida», al que responde la prohibición de la asistencia al suicidio que persigue el objetivo de preservar la vida y proteger a los más vulnerables<sup>30</sup>. Atendiendo a su constante jurisprudencia, solo

<sup>24</sup> El art. 241 del Código Penal canadiense castiga con una pena máxima de catorce años de prisión a quien aconseje a otra persona a cometer suicidio o ayude o instigue a otra persona a cometerlo, con independencia de su efectiva comisión. Su tenor es el siguiente: «Everyone who(a) counsels a person to commit suicide, or(b) aids or abets a person to commit suicide, whether suicide ensues or not, is guilty of an indictable offence and liable to imprisonment for a term not exceeding fourteen years».

<sup>25</sup> Sobre el contenido de esta Carta, *vid.* Funston y Meehan (1994:153-197).

<sup>26</sup> Este art. tiene el siguiente tenor: «Everyone has the right to life, liberty and security of the person and the right not to be deprived thereof except in accordance with the principles of fundamental justice».

<sup>27</sup> El art. 12 de la Carta canadiense tiene la siguiente redacción: «Everyone has the right not to be subjected to any cruel or unusual treatment or punishment».

<sup>28</sup> Este precepto dispone: «(1) Every individual is equal before the and under the law and has the right to the equal protection and equal benefit of the law without discrimination based on race, national or ethnic origin, colour, religion, sex, age, or mental or physical disability. (2) Subsection (1) does not preclude any law, program or activity that has as its object the amelioration of conditions of disadvantaged individuals or groups including those that are disadvantaged because of race, national or ethnic origin, colour, religion, sex, age, or mental or physical disability».

<sup>29</sup> Atendiendo a la jurisprudencia anterior, la sentencia considera que la «seguridad de la persona» hace referencia a la integridad física y mental de cada individuo y al autocontrol sobre estos elementos, libre de cualquier interferencia por parte del Estado y de cualquier estrés psicológico o emocional impuesto por este. *Vid.* R. *vs.* Morgentaler [1988] 1 S.C.R. 30.

<sup>30</sup> Sobre este punto, *vid.* Keown, (1998: 256).

resultan contrarias a tales principios aquellas disposiciones que no guardan relación con los objetivos perseguidos con su aprobación, esto es, las que resultan arbitrarias e injustas.

A juicio del TS, la prohibición penal no podía considerarse arbitraria en tanto en cuanto respondía al objetivo del Gobierno de preservar la vida y proteger a los más vulnerables. Estos planteamientos subyacentes son parte de la concepción fundamental de la santidad de la vida y resultan detectables en la mayoría de los ordenamientos jurídicos occidentales, sin que se haya planteado la inconstitucionalidad del suicidio asistido por reputarla contraria al ejercicio de los derechos fundamentales. Tampoco podía ser considerada injusta, teniendo en cuenta el riesgo de abuso que acompaña al reconocimiento del suicidio asistido y a la dificultad de crear mecanismos adecuados de garantía.

Por otro lado, se rechaza la argumentación de que el art. 241 del Código Penal afecte a la prohibición de tratos degradantes, ya que el hecho de que la recurrente se encuentre en una situación personal que determine que una prohibición general tenga un particular impacto sobre ella no quiere decir que esté sujeta a un tratamiento degradante por parte del Estado.

Finalmente, en relación con el derecho a la igualdad, aunque la Sentencia considera que la prohibición del suicidio asistido afecta de modo diverso a quienes pueden terminar con su vida autónomamente y a los que no, advierte que el art. 1 de la Carta<sup>31</sup> admite limitaciones al ejercicio de los derechos fundamentales en la medida en que estén legalmente previstos y resulten justificados en el marco de una sociedad libre y democrática. En este caso, el TS considera que el art. 241 del Código Penal responde a un objetivo legislativo de carácter preponderante, cual es la protección de la vida humana, que resulta, a la vez, proporcionado, ya que no hay soluciones intermedias que garanticen la protección de los vulnerables, por lo que no se produce una afectación inadecuada del derecho a la igualdad. Al contrario, introducir una excepción a favor de ciertos grupos podría generar situaciones de discriminación.

## 2. CARTER VS. CANADA (ATTORNEY GENERAL)

Esta posición del TS canadiense ha experimentado un giro copernicano en la Sentencia Carter *vs.* Attorney General (2015), en la que se viene a esti-

<sup>31</sup> El art. 1 de la Carta dispone: «The Canadian Charter of Rights and Freedoms guarantees the rights and freedoms set out in it subject only to such reasonable limits prescribed by law as can be demonstrably justified in a free and democratic society».

mar un recurso presentado por Gloria Taylor —enferma de ELA— y por los familiares de Kay Carter —una enferma de estenosis espinal que se procuró el suicidio asistido en Suiza— quienes consideraron que la prohibición del suicidio asistido<sup>32</sup> vulneraba los derechos fundamentales reconocidos en los arts. 7 y 15 de la Carta canadiense.

En relación con el derecho a la vida, el TS afirma en esta sentencia, basándose en el planteamiento del tribunal inferior (*trial court*), que no comprende un contenido negativo —un derecho a morir— de modo que resulta afectado cuando hay una amenaza para la vida derivada de la acción de gobierno o de las leyes<sup>33</sup>. Curiosamente, la prohibición penal del suicidio asistido tendría ese efecto perverso en tanto puede empujar a algunas personas a acabar con su vida prematuramente por el temor de que sean incapaces de hacerlo cuando llegue un momento en que su sufrimiento sea intolerable.

Igualmente considera que quedan afectados los derechos a la libertad y seguridad de la persona que se vinculan, respectivamente, con la autonomía individual y la calidad de vida. La libertad comprende el derecho a tomar decisiones fundamentales sin interferencia por parte del Estado y resultaría injerida por el contenido de la prohibición penal. Por su parte, la seguridad de las personas, que incluye la autonomía personal, resulta afectada con cualquier actuación del Estado que provoque en el individuo un sufrimiento físico o psicológico.

A juicio de la Corte, tales injerencias no resultan conciliables con los principios de la justicia fundamental. Conviene advertir que la «santidad de la vida» no se considera ya entre ellos, sino que se tiene solamente como un valor social fundamental<sup>34</sup>. En consecuencia, atendiendo a la jurisprudencia más reciente en torno al art. 7 de la Carta<sup>35</sup>, se sostiene que dichos principios exi-

<sup>32</sup> Se alegaron tanto el art. 241 del Código Penal como el art. 14 que tiene la siguiente redacción: «No person is entitled to consent to have death inflicted on him, and such consent does not affect the criminal responsibility of any person by whom death may be inflicted on the person by whom consent is given».

<sup>33</sup> Constatando que el art. 7 de la Carta integra no solo el derecho a la vida, sino también la libertad y la seguridad de la persona en el paso de la vida a la muerte, concluye que el derecho a la vida no implica la conservación de la existencia a cualquier coste. *Vid.* Carter *vs.* Canada, aps. 61-63.

<sup>34</sup> Más en concreto afirma la Sentencia: «In determining whether the deprivation of life, liberty and security of the person is in accordance with the principles of fundamental justice under s 7, courts are not concerned with competing social interests or public benefits conferred by the impugned law». *Vid.* Carter *vs.* Canada, ap. 79.

<sup>35</sup> Se refiere a la doctrina del Tribunal Supremo canadiense en la Sentencia Bedford *vs.* Canada (Attorney General) 2013 SCC 72, [2013] 3 S.C.R. 1101, ap. 93 y ss.

gen que la limitación no sea arbitraria, demasiado amplia en sus términos, y que no tenga consecuencias desproporcionadas sobre tales derechos y libertades. Como punto de partida la sentencia señala que el objetivo de la prohibición no es proteger la vida en cualquier circunstancia, sino tutelar a las personas más vulnerables de ser inducidas a cometer suicidio en un momento de debilidad. Desde este punto de vista, la prohibición total del suicidio asistido resulta pertinente, de modo que no puede calificarse la norma como *arbitraria*. Sin embargo, resulta demasiado amplia en sus términos (*overbroad*), ya que también afecta a quienes no forman parte de esas personas vulnerables.

Por otro lado, la Sentencia sostiene que la prohibición penal no resulta amparada por el art. 1 de la Carta, porque que, aunque entraña una limitación prevista por la ley y responde a un objetivo legítimo en el marco de una sociedad democrática, resulta desproporcionada, ya que existen medios menos lesivos para alcanzar tal objetivo. Dicho de otra manera, el carácter vulnerable de quienes demandan el suicidio asistido podría ser valorado de modo individualizado a través de los procedimientos aplicados por el personal médico en relación con el consentimiento informado y con la capacidad de decisión de los pacientes para rechazar determinados tratamientos al final de la vida.

Finalmente, el TS se pronuncia indirectamente sobre la cuestión de la objeción de conciencia de los médicos que pueden ser llamados a participar en un proceso de asistencia al suicidio de algún paciente<sup>36</sup>. Admitiendo que se trata de una materia que sobre la que debe pronunciarse el legislador, recuerda que en la Sentencia *R. vs. Morgentaler* —donde se decidió que el delito de aborto<sup>37</sup> afectaba la seguridad de la persona *ex art. 7* de la Carta— ya se puso de manifiesto que la ley no puede forzar a un médico a participar en tales prácticas en contra de su conciencia. De esta forma, el TS advierte que los derechos fundamentales tanto de los médicos como de los pacientes deben ser armonizados.

<sup>36</sup> Sobre esta cuestión, *vid.* Navarro-Valls y Martínez-Torrón (2012: 159 y ss.); Ruiz Calderón (2008: 501-525).

<sup>37</sup> El art. 251 del Código Penal canadiense tuvo, en la parte que nos interesa, el siguiente tenor: «(1) Everyone who, with intent to procure the miscarriage of a female person, whether or not she is pregnant, uses any means for the purpose of carrying out his intention is guilty of an indictable offence and is liable to imprisonment for life. (2) Every female person who, being pregnant, with intent to procure her own miscarriage, uses any means or permits any means to be used for the purpose of carrying out her intention is guilty of an indictable offence and is liable to imprisonment for two years».

A la luz de este posicionamiento, el TS instó al legislativo a regular el suicidio médico asistido<sup>38</sup> de aquellos pacientes que claramente lo consientan por encontrarse en una situación médica grave e irremediable (incluyendo los supuestos de enfermedad y de discapacidad) que les provoque un sufrimiento continuo que podría ser considerado como intolerable para el individuo atendidas sus propias circunstancias.

#### IV. VALORACIONES CONCLUSIVAS

Cada vez resulta más frecuente reclamar ante los tribunales el derecho a una muerte digna. Sin embargo, salvo algunas excepciones, en la mayoría de los países la eutanasia y el suicidio asistido siguen siendo un delito a pesar de que no han faltado iniciativas —también en España— a favor de su legalización<sup>39</sup>. La cuestión, desde un punto de vista jurídico, resulta compleja, ya que

<sup>38</sup> Se trata, como se ha señalado, de un descarado caso de activismo judicial. Aunque la invitación dirigida al Parlamento parece limitarse al suicidio asistido, se ha sostenido que la sentencia no solo configura el suicidio médico asistido como un derecho fundamental, sino que eleva a la misma categoría la eutanasia activa directa, como consecuencia de una confusión conceptual entre ambas realidades. *Vid.* Rey (2015: 5 y ss.).

<sup>39</sup> En España, en 2012 se presentó ante el Congreso de los Diputados una proposición de Ley Orgánica sobre Disponibilidad de la Propia Vida, que propuso dotar de una nueva redacción al art. 143.4 del Código Penal y modificar algunos artículos de la Ley de Autonomía del Paciente para introducir su derecho a decidir libremente, una vez informado, el tratamiento médico que se le vaya a aplicar «como presupuesto del reconocimiento de la voluntad de morir del afectado, teniendo en cuenta la conveniencia de que las situaciones eutanásicas se resuelvan, en la medida de lo posible, en un contexto médico-asistencial». Disponible en: [http://www.congreso.es/public\\_oficiales/L10/CONG/BOCG/B/B\\_050-01.PDF#page=1](http://www.congreso.es/public_oficiales/L10/CONG/BOCG/B/B_050-01.PDF#page=1).

Más recientemente, en este mismo año, el Parlamento Vasco aprobó una moción dirigida al Gobierno de la Nación para permitir el suicidio asistido, mediante la modificación del Código Penal. En fin, aunque con un contenido claramente diferenciable, cabe aludir al Proyecto de Ley Reguladora de la Persona ante el Proceso Final de la Vida. *Vid.* Boletín Oficial de las Cortes Generales, Congreso de los Diputados, de 17 de junio de 2001. Disponible en: [http://www.congreso.es/public\\_oficiales/L9/CONG/BOCG/A/A\\_132-01.PDF](http://www.congreso.es/public_oficiales/L9/CONG/BOCG/A/A_132-01.PDF) (última visita, 4 de noviembre de 2015). Un comentario crítico sobre el contenido del Proyecto puede verse en Ollero, A (2011). Entre los partidarios del reconocimiento de este derecho ha habido algunas propuestas sobre la posible configuración del derecho a morir en el derecho español. Moreno Antón (2003: 25-30); Tomás-Valiente Lanuza (2005) y Parejo Guzmán (2005). En el Reino Unido, el Parlamento votó mayoritariamente en contra de un proyecto de ley

en las situaciones propias del final de la existencia aparece, junto a la necesaria del derecho a la vida, la autonomía del paciente que permite rechazar tratamientos médicos y que, en su formulación más amplia, podría amparar un derecho decidir cuándo y cómo morir con ayuda médica.

La respuesta del derecho a estos dilemas parte de la protección del derecho a la vida que niega que exista un derecho a morir. Así el TEDH afirmó en la Sentencia *Pretty* (2002) que solo mediante una distorsión del lenguaje puede entenderse que exista un derecho a no vivir que ampare el suicidio asistido. Del mismo modo, el TS de Canadá ha considerado que el derecho a la vida no incluye un derecho a no vivir. Se puede decir, por tanto, que el contenido esencial de este derecho proporciona a su titular una protección frente a actuaciones de terceros o del Estado que puedan menoscabar su vida o su integridad física<sup>40</sup>.

Sin embargo, los sistemas jurídicos occidentales reconocen al individuo la capacidad de decidir el final de la propia existencia con base en su derecho a la libre autodeterminación, salvando su tensión con el derecho a la vida a través de la prevalencia de una voluntad consciente y madura de su titular que tendría que ser comprobada mediante medios fehacientes. En este punto, la diferencia crucial entre el Tribunal de Estrasburgo y el TS canadiense se encuentra en que para este último el derecho a recibir asistencia médica para morir en la fase final de la vida se vincula, de modo directo, con los derechos fundamentales reconocidos en la Carta, mientras que para el TEDH su eventual vinculación con algún derecho fundamental tiene un carácter derivado que no se traduce directamente en la obligación de los estados de ayudar a los ciudadanos a terminar con su vida<sup>41</sup>.

En este punto es interesante traer a colación la postura del Tribunal Constitucional español en su Sentencia 120/1990, de 27 de junio, cuando, en su fundamento jurídico séptimo, hizo referencia a que el derecho a la vida goza de un contenido de protección positiva que impide configurarlo como

---

—*Assisted dying bill*— para legalizar el suicidio médicamente asistido de enfermos terminales. Disponible en: <http://services.parliament.uk/bills/2015-16/assisteddying-no2.html> (última visita, 14 de octubre de 2015). En todo caso, al margen de la eutanasia y del suicidio asistido, en España las comunidades autónomas han ido aprobando su propia normativa en relación con la muerte digna en ejercicio de sus competencias en materia sanitaria, con objeto de proteger la dignidad de la persona en su proceso de morir, asegurar la autonomía de los pacientes, desde el respeto a su voluntad en dicho proceso, y proporcionarles una atención de calidad. *Vid.* Moreno Antón (2016: 1- 35); BarralViñals (2016:58-67).

<sup>40</sup> Marchei (2015:88).

<sup>41</sup> En este sentido, *vid.* Martín (2015).

un derecho de libertad que incluya el derecho a la propia muerte. «Ello no impide, sin embargo, reconocer que, siendo la vida un bien de la persona que se integra en el círculo de su libertad, pueda aquella fácticamente disponer sobre su propia muerte, pero esa disposición constituye una manifestación del *agere licere*, en cuanto que la privación de la vida propia o la aceptación de la propia muerte es un acto que la ley no prohíbe, pero no un derecho subjetivo que implique la posibilidad de movilizar el apoyo del poder público para vencer la resistencia que se oponga a la voluntad de morir, ni mucho menos, un derecho subjetivo de carácter fundamental en el que esa posibilidad se extiende incluso frente a la resistencia del legislador, que no puede reducir el contenido esencial del derecho».

En todo caso, como apunta John Keown, profesor de Ética en la Universidad de Georgetown, la legalización de estas prácticas puede ser peligrosa en tanto en cuanto se asientan sobre unos planteamientos que pueden acabar justificando otros comportamientos rechazables. Es el argumento de la llamada «pendiente resbaladiza» (*slippery slope*) que suele traerse a colación en estos casos: cuando se admite la eutanasia voluntaria (a petición del paciente) para ahorrarle un sufrimiento intolerable es difícil no aplicarla, con la misma pretensión, también sobre otros que no pueden solicitarla (incapaces y menores)<sup>42</sup>. Coincido plenamente con el voto particular a la Sentencia Lambert cuando afirma que aplicar la eutanasia cuando no consta con certeza la voluntad del paciente entraña graves abusos en la protección de los derechos humanos de los más vulnerables<sup>43</sup>.

No podemos esperar que el derecho proporcione una respuesta a cuál es el modo de enfrentarse dignamente a la muerte. Su papel consiste en garantizar que la dignidad humana sea respetada en el trance final de la vida, lo cual genera, sin duda, la obligación de los poderes públicos de proporcionar una atención específica orientada a controlar los síntomas y a mantener la calidad de vida del paciente<sup>44</sup>. De hecho, los ordenamientos occidentales coinciden en

---

<sup>42</sup> Keown (2015: 23).

Algunos ejemplos sobre el efecto de la «pendiente resbaladiza» en Bélgica (derivado de la despenalización de la eutanasia en 2002), pueden verse en Montero (2013: 95 y ss.).

<sup>43</sup> Incluso quienes defienden la legalización de estas prácticas consideran que uno de los puntos más problemáticos es el riesgo de abuso que puede producirse en especial derivada de presiones familiares y médicas. *Vid.* Ruiz Miguel (2010: 36 y ss.).

<sup>44</sup> *Vid.* Recomendación 1418 (1999) de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa sobre protección de los derechos humanos y de la dignidad de enfermos terminales y moribundos. El consenso es tan amplio que incluso quienes abogan por su despenalización proponen, como presupuesto, la implantación de una medicina paliativa de calidad. *Vid.* Tomás-Valiente Lanuza (2005: 39).

prohibir la obstinación terapéutica —en tanto hay consenso en que prolongar artificialmente la vida es contrario a la dignidad humana— y en admitir los cuidados paliativos como medio para humanizar el proceso de la muerte. No ocurre lo mismo con el suicidio asistido y la eutanasia que suponen terminar con la vida de una persona, aunque sea con intención compasiva. De ahí que, atendiendo a la jurisprudencia comparada, resulte difícil sostener que los estados están obligados a proteger los derechos humanos proporcionando ayuda médica a los ciudadanos para terminar con su vida cuando se encuentran en una fase terminal de su enfermedad.

### Bibliografía

- Barral Viñals, I. (2016). La dignidad en el momento de la muerte: la autodeterminación del paciente acerca del fin de la propia vida. *El Cronista del Estado Social y Democrático de Derecho* (61), 58-67.
- Beltrán Aguirre, J. L. (2013). El Tribunal Europeo de Derechos Humanos y el suicidio asistido: cambio sustancial de postura en su sentencia de 14 de mayo de 2013. *Aranzadi doctrinal* (5), 79-86.
- Buijssen, M. (2004). Eutanasia in The Netherlands. National Legislation and International Law. En B. Ars y E. Montero (eds.). *Suffering and Dignity in the Twilight of Life* (pp. 87-113). The Hague: Kugler Publications.
- Doyez, B. (2004). The Regulation of Euthanasia in Belgian Law. En B. Ars y E. Montero (eds.). *Suffering and Dignity in the Twilight of Life* (pp. 114-142). The Hague: Kugler Publications.
- Dürr, D. (2016). La muerte digna. *El Cronista del Estado Social y Democrático de Derecho* (61), 54-57.
- Funston, B. W. y Meehan, E. (1994). *Canada's Constitutional Law in a Nutshell*. Toronto: Carswell.
- Keown, J. (1998). The Legal Revolution: from «Sanctity of Life» to «Quality of Life» and Autonomy. *Journal of contemporary Health Law and Policy* (14), 253-285.
- Marchei, N. (2015). La Corte Europea de diritti dell'uomo e il «diritto a morire». *Quaderni di Diritto e Política Ecclesiastica* (1), 85-98.
- Martín, I. (2015). La eutanasia y el suicidio asistido. Posiciones religiosas y jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos. *Revista General de Derecho Canónico y de Derecho Eclesiástico del Estado* (38), 1-33. Disponible en: [http://www.iustel.com/v2/revistas/detalle\\_revista.asp?id\\_noticia=416093&texto=](http://www.iustel.com/v2/revistas/detalle_revista.asp?id_noticia=416093&texto=).
- Montero, E. (2013). *Cita con la muerte*. Madrid: Rialp. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7559/citarj.v5i1.98>.
- Moreno Antón, M. (2003). Elección de la propia muerte y derecho: hacia el reconocimiento jurídico del derecho a morir. *Revista General de Derecho Canónico y de Derecho Eclesiástico del Estado* (3), 1-44. Disponible en: [http://www.iustel.com/v2/revistas/detalle\\_revista.asp?id\\_noticia=401386&texto=](http://www.iustel.com/v2/revistas/detalle_revista.asp?id_noticia=401386&texto=).

- (2016). Dignidad humana y final de la vida en las disposiciones autonómicas. *Revista General de Derecho Canónico y de Derecho Eclesiástico del Estado* (40), 1-53. Disponible en: [http://www.iustel.com/v2/revistas/detalle\\_revista.asp?id\\_noticia=417113&texto=](http://www.iustel.com/v2/revistas/detalle_revista.asp?id_noticia=417113&texto=).
- Navarro-Valls, R. y Martínez-Torrón, J. (2012). *Conflictos entre conciencia y Ley. Las objeciones de conciencia*, Madrid: Iustel.
- Ollero Tassara, 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), 1-19. Disponible en: [http://www.iustel.com/v2/revistas/detalle\\_revista.asp?id\\_noticia=410954&texto=](http://www.iustel.com/v2/revistas/detalle_revista.asp?id_noticia=410954&texto=).
- Parejo Guzmán, M. J. (2005). *La eutanasia, ¿un derecho?* Madrid: Aranzadi.
- Rey, F. (2015). La ayuda médica a morir como derecho fundamental (Comentario crítico de la Sentencia de la Corte Suprema de Canadá de 6 de febrero de 2015, Asunto Carter vs. Canadá). *Diario La Ley*, 1-26.
- Ruiz Miguel, A. (2010). Autonomía individual y derecho a la propia muerte. *Revista Española de Derecho Constitucional* (89), 11-43.
- Serrano Ruíz Calderón, J. M. (2008). Eutanasia y objeción de conciencia. *Anuario de Derechos Humanos* (9), 501-525.
- (2010). Alimentación: cuidado y tratamiento. Una deriva irracional y una posible enmienda en la eutanasia por omisión. *Anuario de Derechos Humanos* (11), 519-542.
- Tomás-Valiente Lanuza, C. (2005). *Posibilidades de regulación de la eutanasia solicitada*. Madrid: Fundación Alternativas.
- Vogel, J. (2010). Eutanasia: un estudio comparado de las legislaciones europeas, con especial referencia al caso alemán. *Revista General de Derecho Público comparado* (6), 1-18. Disponible en: [http://www.iustel.com/v2/revistas/detalle\\_revista.asp?id\\_noticia=408551&texto=](http://www.iustel.com/v2/revistas/detalle_revista.asp?id_noticia=408551&texto=).