

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 v. Canadá*

*Fernando Rey Martínez**

ASSISTED SUICIDE AS A FUNDAMENTAL RIGHT. COMMENTARY TO THE DECISION OF THE CANADIAN SUPREME COURT IN *CARTER V. CANADA* (6 FEBRUARY 2015)

ABSTRACT: In its judgment in *Carter v. Canada*, on February 6, 2015, the Supreme Court of Canada has come to recognize that medical help to die (physician-assisted suicide and active euthanasia direct) is a fundamental right. Examining the validity of the criminal law prohibiting assisted suicide (including hospice), has concluded that it is unconstitutional to deny medical help to die adult patients relevant to the request as a result of an illness or disability that causes them permanent and irreversible intolerable suffering. This paper analyzes and critically evaluates this relevant decision.

KEYWORDS: physician-assisted suicide; Euthanasia; Informed consent; Patient's right to make decisions at the end of his life; Legal problems of euthanasia in Canada

SOMMARIO: 1. Introducción: la ayuda médica a morir, de delito a derecho fundamental. – 2. Análisis de la Sentencia. – 3. Valoración crítica. – 4. Conclusión: una sentencia epocal y no sólo episódica, pero con una argumentación discutible.

1. Introducción: la ayuda médica a morir, de delito a derecho fundamental

Carter v. Canadá no sólo es una Sentencia relevante porque revoque completamente la doctrina que la Corte Suprema de Canadá estableció en *Rodriguez v. British Columbia* (1993), donde sostuvo la validez constitucional de la prohibición penal de ayuda médica a morir en ciertos casos, sino porque ofrece, por unanimidad, una argumentación y un fallo que, muy probablemente, está llamado a convertirse en un modelo de inspiración de numerosos ordenamientos durante los próximos años. *Carter* será invariablemente invocada por todos aquellos que defiendan la despenalización del suicidio asistido y/o de la eutanasia activa directa. No estamos hablando ya de la ayuda médica en el morir, donde podríamos incluir la eutanasia activa indirecta (las medidas paliativas que provoquen un acortamiento de la vida) o la eutanasia pasiva (limitación del esfuerzo terapéutico), que son consideradas generalmente válidas, sino, más estrictamente, de la ayuda médica a morir.

Pues bien, la Corte Suprema canadiense considera que prohibir de modo absoluto este tipo de ayuda, en ciertos casos, viola diversos derechos fundamentales. Aún más: de la Sentencia se

* *Catedrático de Derecho Constitucional, Universidad de Valladolid. Invited contribution.*

desprende, en sentido positivo, que la ayuda médica a la muerte es, bajo ciertas condiciones, un auténtico derecho fundamental. De modo que lo que todavía es considerado en casi todos los ordenamientos, incluido el nuestro, una conducta penalmente reprochable, pasa a ser valorado ahora en Canadá como un nuevo derecho fundamental.

En los últimos años es posible discernir un estándar comparado común, que en ocasiones se modifica como consecuencia de una suerte de oleada que irrumpe por encima de las fronteras estatales, en relación con las decisiones del enfermo sobre el final de su propia vida. Hitos de este estándar son, en primer lugar y de modo principal, el cambio de paradigma en la relación médico/paciente que ha supuesto el principio de autonomía y, correlativamente, de consentimiento informado, con la facultad que otorga a sus titulares de decidir sobre los propios tratamientos sanitarios y su interrupción, incluso aunque sean de soporte vital. La medicina paliativa, incluso aunque suponga un acortamiento de la vida (por ejemplo, respecto de las sedaciones terminales en caso de síntomas refractarios), ha pasado a considerarse un derecho del paciente. Por otro lado, el principio de autonomía se ha ido ampliando a los menores de edad, pero mayores de 16 años, y a todas las personas en el caso de no poder tomar decisiones por sí mismos, a través del llamado testamento vital (que, no obstante, recibe muchas otras denominaciones).

Sin embargo, no hay consenso por el momento sobre el reconocimiento de las formas de ayuda a morir. Más bien, la mayoría de Estados siguen inclinándose por su prohibición penal (incluido el nuestro) y son escasos los que permiten la eutanasia activa directa (Holanda, Bélgica o Luxemburgo) o el suicidio asistido por médico y no la eutanasia (Oregón o Washington). Y siempre lo hacen como una excepción del deber estatal de proteger la vida, que incluye la punición de este tipo de conductas. Ahora, sin embargo, la Corte Suprema de Canadá ofrece munición ideológico-jurídica a una revisión intelectual profunda del estándar común sobre este asunto. Ciertamente, la Sentencia del caso *Carter* no es tan clara en la definición de los temas más críticos, pero no me cabe duda alguna de que está llamada a convertirse en una decisión influyente que, quizá, sea la primera de otras de su género en las jurisdicciones constitucionales de diversos países.

Pero antes de seguir valorando y pronosticando, comencemos por el principio, esto es, por analizar con precisión y la mayor objetividad posible los argumentos de la Sentencia *Carter* para que el lector extraiga sus propias conclusiones. A continuación, ofreceré algunos de los aspectos más críticos que suscita la decisión.

2. Análisis de la Sentencia

En los cuatro primeros párrafos, la Sentencia expone sintéticamente el problema social al que se enfrenta, el conflicto jurídico en que se traduce y el fallo que se alcanza. El problema social: en Canadá es delito asistir a otra persona para poner fin a su vida; por tanto, las personas con una enfermedad grave e irreversible no pueden pedir asistencia médica para morir y «están condenadas a vivir con un sufrimiento serio e intolerable» (párrafo –en adelante, p.- 1). Una persona en esta situación tiene dos opciones: suicidarse prematuramente, a menudo por medios violentos o peligrosos; o puede sufrir hasta fallecer por causas naturales. Esta elección «es cruel» (p. 1).

El conflicto jurídico: la cuestión en este caso es determinar si la prohibición penal que obliga a las personas a tener que hacer tal elección lesiona su derecho a la vida, libertad y seguridad del art. 7 de la Carta canadiense de Derechos y Libertades (en adelante, CCDL) y/o la igualdad jurídica de trato del art. 15. Se trata de un problema que obliga a ponderar valores de gran importancia en conflicto. De un lado, la autonomía y dignidad de un adulto capaz que pide la muerte como respuesta a su condición médica grave e irreversible. De otro lado, la santidad de la vida y la necesidad de proteger al vulnerable de eventuales abusos y errores (p. 2). El Tribunal se inclinará por la primera opción.

El fallo: la prohibición penal (art. 241 b) Criminal Code) de la muerte asistida por médico es nula en la medida en que priva a un adulto capaz de dicha asistencia cuando la persona afectada claramente consienta la terminación de su vida y tenga una condición médica (incluyendo enfermedad y discapacidad) que le provoque sufrimientos permanentes intolerables.

La Sentencia desarrolla a continuación estos cuatro primeros párrafos. El punto de partida es, pues, que el Código Penal canadiense (art. 241 b) tipifica como delito ayudar a una persona a suicidarse, incluido, por tanto, un suicidio en contexto eutanásico. Además, en 1993, el propio Tribunal Supremo sostuvo, en *Rodriguez v. British Columbia*, que dicha prohibición era plenamente constitucional, aunque por una mayoría ajustada de 5 a 4 magistrados. Reconocer ahora que la prohibición penal es contraria a la Charter suponía la dificultad adicional de tener que revocar aquel precedente y justificar el cambio.

Por eso, lo primero que hace el Tribunal es mostrar que ha cambiado el contexto de la decisión, tanto en el debate interno canadiense como en el derecho comparado. Internamente, se invocan debates parlamentarios recientes, Informes de expertos y el debate social. Como ejemplos despenalizadores del derecho comparado, aunque con diversas fórmulas, se traen a colación Holanda, Bélgica, Luxemburgo, Suiza, Oregón, Washington, Montana y Colombia. En el caso *Rodriguez*, de 1993, el Juez Sopinka observaba que ninguna democracia permitía en ese momento la ayuda a morir. Obviamente, la situación ha cambiado, aunque, con honestidad (poco común en sentencias de este tipo), se reconoce que la ayuda médica a morir sigue siendo delito en la mayoría de los países.

El caso del que trae origen la causa debuta en 2009, cuando a Gloria Taylor le diagnostican una esclerosis lateral amiotrófica (ELA), que provoca debilidad muscular progresiva. La señora Taylor no quería «morir lentamente, paso a paso» (p. 11) y planteó una demanda ante el Tribunal Supremo de la Columbia Británica impugnando la constitucionalidad de los artículos del Código Penal que prohíben la ayuda médica a morir. La Señora Taylor se enfrentaba a lo que ella mismo describió como una «cruel elección» entre suicidarse por sí misma mientras pudiera o perder cualquier control sobre el momento y forma de su muerte (p. 13). Finalmente, la señora Taylor falleció.

La cuestión fundamental planteada era, pues, la de si la prohibición penal de la ayuda al suicidio (art. 241 b) Criminal Code) lesiona el derecho de los reclamantes a la vida, libertad y seguridad personales (art. 7 CCDL) y/o a la igualdad jurídica de trato (art. 15 de la CCDL). Antes de examinar este problema, la Corte valora tres asuntos preliminares: la definición de “muerte asistida por médico” o “ayuda a morir”; la cuestión competencial y la duda de si el tribunal inferior del que procedía la causa, la Corte Suprema de la Columbia Británica, podía o no desvincularse del precedente establecido por la Corte Suprema de Canadá en *Rodriguez* (ya que la Corte de la Columbia Británica

había declarado, en contra de lo decidido por ésta, que la prohibición penal de la ayuda al suicidio era contraria a la Charter). La cuestión competencial y la revocación del precedente no plantean mayores dificultades (pp. 42-53): la modificación legal de la prohibición de la ayuda médica a morir, en la medida en que versa sobre una competencia concurrente, corresponde tanto al Estado federal como a las Provincias, «dependiendo del foco de la regulación». Y, por otro lado, los tribunales inferiores están sometidos, como cumple en un sistema de common law, a los superiores, pero pueden apartarse del precedente si se plantea una nueva interpretación jurídica o si hay cambios en las circunstancias que «modifiquen sustancialmente los parámetros del debate», lo que ocurre precisamente en este asunto ya que se propone una nueva interpretación del art. 7 de la Charter (derecho a la vida, libertad y seguridad personales) y se han producido cambios respecto de la prueba del control de los potenciales riesgos del abuso asociado a la ayuda médica a morir.

Más interesante es la cuestión preliminar de la definición de «muerte asistida por médico» o «ayuda médica a morir» (p. 40). A juicio del Tribunal, por estas expresiones, que serían equivalentes, hay que entender «la situación en la que un médico receta o administra medicamentos que intencionalmente provocan la muerte del paciente a petición de éste». A mi juicio, éste es uno de los puntos fundamentales de la valoración crítica de la Sentencia porque, como tendré oportunidad de desarrollar más adelante, el Tribunal introduce aquí un cambio subrepticio del objeto de su examen en la medida en que, en principio, éste debería versar sobre el suicidio asistido por médico, esto es, sobre si la prohibición penal absoluta de ayuda médica al suicidio lesiona los derechos fundamentales al no permitir que el médico ayude al paciente a que éste sea el que ponga fin a su vida, previa asistencia médica; pero no, como, sin embargo, sostiene el Tribunal, a que sea el médico quien provoque directamente la muerte de su paciente. Es decir, el objeto del proceso parece ser (y así se anuncia por el propio Tribunal cuando lo identifica: por ejemplo, en el párrafo 4) el suicidio asistido por médico, pero, en realidad, la Sentencia versa sobre el suicidio asistido por médico, pero también sobre la eutanasia activa directa. Esto implica sutiles valoraciones subyacentes del Tribunal, no justificadas en la Sentencia. En particular: la supresión de las diferencias entre la figura del suicidio asistido por médico y la de la eutanasia activa directa, diferencias que son jurídicamente relevantes ya que hay Estados que permiten una pero no otra: por ejemplo, los Estados norteamericanos vecinos de la Columbia británica, de donde procede este caso, como Washington y Oregón permiten el suicidio asistido por médico, pero no la eutanasia activa directa. Dado que el argumento principal que el Tribunal valora como posible obstáculo para permitir la ayuda médica a morir es el riesgo de abusos, precisamente la diferencia entre el suicidio asistido por médico y la eutanasia activa directa conjura en gran medida tales riesgos. Sobre esto volveremos más adelante. Retomemos el análisis de la cuestión fundamental: ¿infringe la norma penal el derecho a la vida, la libertad y seguridad personales (art. 7 de la Carta canadiense de derechos y libertades, en adelante CCDL)?

El Tribunal, en la misma línea que la Sentencia de la Corte de la Columbia británica de la que trae causa, va a fallar que (1º) sí limita esos derechos para, en un momento posterior, (2º) examinar si se trata de límites justificables, concluyendo que no.

2.1. La prohibición penal de la ayuda médica a morir como límite de los derechos a la vida, la libertad y seguridad personales

2.1.1. Derecho a la vida

La prohibición penal de muerte asistida por médico provoca el efecto de forzar a algunas personas a suicidarse preventivamente por el miedo a no ser capaces de hacerlo cuando alcancen, por la evolución de su enfermedad, un grado de sufrimiento intolerable. Esta afirmación, sostiene el Tribunal, no ha sido cuestionada. Por tanto, concluye que la prohibición impugnada priva a algunos individuos de su vida (p. 58).

Sin embargo, la Sentencia no se pronuncia sobre la cuestión de si la protección constitucional de la vida tutela la calidad de la vida y, por consiguiente, si abarca el derecho a morir con dignidad. Sólo se compromete el derecho constitucional a la vida cuando la amenaza para ella es resultado de la acción de los poderes públicos, incluida la legislación. El derecho a la vida se limita al «derecho a no morir» (p. 61). Los antecedentes, el *case-law*, sugieren que el derecho a la vida sólo se ve afectado cuando la ley o la acción de los poderes públicos producen la muerte o un riesgo elevado de muerte a una persona, directa o indirectamente. El problema de la libertad de un paciente para decidir su muerte o de la muerte digna ha sido abordados, afirma la Sentencia, en relación con el derecho a la libertad y/o la seguridad, no respecto del derecho a la vida, de modo que los trata más adelante.

Así pues, el Tribunal se niega a reconocer en términos absolutos un derecho constitucional a morir con dignidad, pero, seguramente buscando cierto equilibrio, y de modo más coherente con el fallo que alcanza en este caso, también se niega a aceptar que el derecho a la vida exija una prohibición total de ayuda a morir, esto es, que las personas «no puedan ser perdonadas» de su derecho a vivir (p. 63). Esto crearía, según la Sentencia, un «deber de vivir» más que un «derecho a la vida» y negaría la validez del consentimiento para rehusar o retirar los tratamientos de soporte vital. «La santidad de la vida es uno de los valores sociales fundamentales», pero ello no significa que se convierta en «una obligación de que toda vida humana se preserve a toda costa». Y así como el Derecho ha llegado a reconocer que, bajo ciertas circunstancias, es legítima la elección de una persona sobre el final de su vida (se está refiriendo a la eutanasia pasiva o limitación de esfuerzo terapéutico y a la eutanasia activa indirecta, entre cuyas medidas está la sedación terminal), también «de esa elección fundamental estamos hablando ahora» (p. 63). Este es un punto clave del razonamiento de la Sentencia. Más tarde la valoraremos, pero es preciso observar por el momento que el Tribunal funda la cobertura constitucional del derecho a la ayuda médica a morir (que comprende, como antes dijimos, no sólo el suicidio asistido por médico sino también la eutanasia activa directa) en el mismo principio que legitima la limitación del esfuerzo terapéutico y la medicina paliativa de efectos letales colaterales. Hay aquí una sutil elección valorativa por parte del Tribunal canadiense que, hasta donde se me alcanza, nunca antes había hecho otra jurisdicción constitucional con tanta contundencia. Esta es una de las novedades principales de la Sentencia.

2.1.2. Derecho a la libertad y seguridad personales

La libertad protege «el derecho a adoptar elecciones personales fundamentales de modo ajeno a interferencias estatales» y la seguridad «abarca una noción de autonomía personal» que implica,

entre otras cosas, «el control sobre la propia integridad corporal» también sin injerencias de los poderes públicos (p. 64). Es interesante observar que el debate constitucional sobre estas cuestiones varía en cada ordenamiento según se reconozcan los derechos fundamentales (o no, y cómo) en los respectivos catálogos constitucionales. En este caso, lo que en Canadá llaman derecho a la «seguridad personal» no coincide con lo que en nuestro ordenamiento constitucional se llama «derecho a la libertad y seguridad personal» del art. 17 CE, sino, más bien, con el derecho del art. 15 CE a la integridad «física y moral». Pues bien, también en este punto el Tribunal Supremo hace suyas las conclusiones del Tribunal de la Columbia británica: la prohibición de asistencia médica a morir limita el derecho a la libertad y seguridad de la señora Taylor porque afecta a la «toma de decisiones médicas que son personales y fundamentales», imponiendo «daño y estrés psicológico» y privándola «del control sobre su integridad corporal» (p. 65). Según el Tribunal Supremo, la respuesta penal a una condición médica grave e irremediable es «un asunto crítico» respecto de la dignidad y autonomía. El ordenamiento permite a las personas que se hallan en esta situación pedir sedación paliativa, rehusar la nutrición e hidratación artificial, o solicitar la retirada de los equipos de soporte vital, pero, hasta ahora, les deniega el derecho a pedir ayuda médica para morir. Esto afecta a su capacidad para adoptar decisiones relativas a su integridad corporal y a recibir cuidados médicos y, por tanto, limita su libertad. Dejar que personas como la señora Taylor sigan sufriendo de un modo intolerable y permanente, lesiona su derecho a la seguridad personal (p. 66).

La Sentencia conecta este nuevo derecho a recibir asistencia médica a morir con el derecho del paciente a tomar las decisiones con autonomía. Se trataría de una facultad más de este derecho a «decidir sobre el propio destino» que habilita a las personas adultas a dirigir el curso de sus cuidados médicos y que subyace al concepto de «consentimiento informado» (p. 67). Es el mismo principio que opera en los casos que afectan al derecho a rehusar el consentimiento a un tratamiento médico o a pedir que el tratamiento sea interrumpido (p. 67). He aquí el punto: la sentencia *Carter* elimina, dentro del parámetro común comparado en estas materias, la distinción entre eutanasia pasiva y activa indirecta, de un lado, y la eutanasia activa directa de otro. Las hace coincidir dentro del mismo derecho de autonomía del paciente a adoptar decisiones médicas en relación con el final de la vida.

La decisión sobre vivir o dejar de hacerlo se enmarca, según el Tribunal, en el contexto de los valores y experiencia vital de cada persona; ésta debe tener el control de su integridad corporal. Representa la respuesta de cada uno, profundamente personal, al dolor serio y al sufrimiento. Impedir esta decisión lesiona el derecho a la libertad y seguridad personales. Y, por tanto, la Sentencia concluye que el art. 241 b) del Código Penal, en la medida en que prohíbe la asistencia médica a morir a adultos capaces que piden tal ayuda como resultado de una condición médica grave e irremediable que cause un sufrimiento permanente e intolerable, infringe los derechos de libertad y seguridad personales del art. 7 CCDL.

2.2. Examen de si los límites al derecho a la vida, la libertad y la seguridad son o no legítimos.

Admitido que la prohibición penal limita los derechos constitucionales de la señora Taylor y los que se hallan en su situación, la cuestión siguiente es la de determinar si dichos límites están justificados o no. En este punto, el razonamiento del Tribunal Supremo se hace particularmente complejo porque, en realidad, somete este análisis a un doble juicio: a) De un lado, a los criterios de

justificación específicos de los límites al derecho a la vida libertad y seguridad personales que se halla en el propio art. 7 CCDL donde se reconocen estos derechos (el criterio de concordancia de los límites con «los principios fundamentales de justicia»). b) De otro lado, al juicio general de proporcionalidad.

2.2.1. El criterio de “los principios fundamentales de justicia”

El art. 7 CCDL no promete que el Estado nunca limite los derechos a la vida, la libertad o seguridad personales, sino que nunca lo hará de una manera que viole «los principios fundamentales de justicia». El precepto no cataloga cuáles son esos principios; ha sido la jurisprudencia del Tribunal Supremo la que los ha ido identificando, sobre todo, tres: (1º) La Ley que limita los derechos del art. 7 CCDL no ha de ser arbitraria: tiene que existir una conexión racional entre el objeto de la Ley y el límite que impone a los derechos. La Ley es arbitraria cuando obliga a «pagar un precio en términos de derechos», sin obtener a cambio el bien público que se dice ser el objeto o finalidad de la Ley (p. 83). (2º) No debe ser overbroad (sobreinclusiva), esto es, no debe lesionar los derechos de las personas de una manera que no guarde relación con la finalidad de la Ley (p. 85). (3º) No debe ser burdamente desproporcionada a su finalidad (p. 89).

Cada uno de estos tres principios implica una comparación con el objeto de la Ley impugnada, de modo que el primer paso debe ser, en este caso, definir el objeto de la prohibición de la muerte asistida por médico. Pues bien, el Tribunal observa que tal objeto (o finalidad) es proteger a las personas vulnerables, evitando que fueran inducidas a suicidarse o a que un tercero pusiera fin a su vida en un periodo de especial debilidad.

Pues bien, el Tribunal considera que los límites a los derechos que conlleva la prohibición penal de la ayuda médica a morir no es arbitraria, en la medida en que una prohibición absoluta del suicidio es una medida que puede proteger a los enfermos vulnerables, pero sí es sobreinclusiva. El Gobierno canadiense acepta que no todas las personas que pueden pedir ayuda a morir son vulnerables. El Tribunal de la Columbia británica dio por hecho que la señora Taylor era una persona capaz, bien informada y libre de toda coerción. De ello se desprende que la limitación de sus derechos no está conectada en este caso a la finalidad de proteger a personas vulnerables.

2.2.2. El criterio de proporcionalidad

Tras concluir que la prohibición penal de la ayuda médica a morir es un límite de los derechos a la vida, la libertad y seguridad personales de la señora Taylor, un límite no justificado porque es sobreinclusivo, el Tribunal pasa a examinar si se trata de límites que superan el juicio de proporcionalidad (que se halla insito en el art. 1 CCDL), esto es, si la prohibición penal persigue una finalidad pressing and substantial; si es una medida conectada racionalmente a dicha finalidad; si se limita mínimamente el derecho en cuestión y, por último, si existe proporción entre los beneficios y los costes de la limitación del derecho. El Tribunal acepta que el límite persigue una finalidad primordial, la defensa de los enfermos vulnerables. También considera que, en principio, el examen judicial debe ser deferente con el Legislador en una materia de tanta complejidad como ésta: «el Parlamento asume una tarea difícil al regular este asunto; debe pesar y ponderar la perspectiva de quienes podrían estar en riesgo en un régimen permisivo, frente la de aquellos que piden ayuda

médica para morir» (p. 98). Pero el Tribunal de la Columbia británica y ahora el Supremo sostienen que la prohibición penal absoluta del suicidio no es «una respuesta regulatoria compleja» y, por tanto, el grado de deferencia a conceder al Parlamento debe reducirse.

La Sentencia sí cree que la prohibición penal del suicidio es una medida conectada racionalmente a la finalidad de proteger a las personas enfermas vulnerables; se trata de un «método racional de evitarlos» (p. 100). Sin embargo, valorando si la medida es la menos limitativa del derecho, concluye que no. Esta cuestión, como señala el Tribunal, «es el corazón de este caso» y fue el foco principal de la actividad probatoria (p. 103). En opinión del Tribunal Supremo de la Columbia británica, la prohibición penal absoluta hubiera resultado necesaria si se demostrara que: (1º) los médicos fueran incapaces de asegurar la competencia, voluntariedad y no ambivalencia de los pacientes cuando toman la decisión; (2º) los médicos no pudieran comprender o aplicar el requerimiento de consentimiento informado para el tratamiento médico; (3º) o si se probara que en otros países hay abuso de los pacientes, falta de cuidados o una pendiente resbaladiza respecto de la terminación de la vida. Pues bien, el Tribunal del que trae origen la causa sostuvo que una regulación permisiva con las debidas garantías era capaz de proteger a los enfermos vulnerables del abuso y del error. Los médicos podrían asegurar la competencia y plena libertad de los enfermos para decidir y podrían aplicar el estándar del consentimiento informado a este tipo de pacientes, como lo vienen haciendo sin problemas para los casos de limitación de esfuerzo terapéutico o de medicina paliativa con efecto colateral letal. También afirmó que no había pruebas concluyentes de que en los ordenamientos permisivos hubiera riesgos más altos de abuso o de error. El Tribunal Supremo hace suyas estas conclusiones (p. 109).

Aunque somete a valoración adicional el argumento comparado y el de la pendiente resbaladiza, a partir del Informe de un experto en bioética que designó el Gobierno canadiense, Etienne Montero, sobre la práctica de la eutanasia en Bélgica. El Gobierno consideraba que las pruebas del Informe del señor Montero demostraban la inevitable expansión de los criterios que garantizan el acceso a la ayuda médica a morir, incluso en un sistema de límites estrictos (se recuerda, en efecto, la ampliación de la eutanasia para menores, para personas con desórdenes psiquiátricos, etc.). El Tribunal Supremo no acepta estas conclusiones. Primero, porque el régimen de Bélgica es el producto de una cultura jurídica y médica muy diferente a la canadiense. En Bélgica, ya existía una práctica de la eutanasia antes de la regulación jurídica. Esta distinción sería relevante. Segundo, porque los casos descritos por el profesor Montero son el resultado de la aplicación de las normas belgas, que arrojan escasa luz sobre qué reglas podrían existir en Canadá.

Tampoco acepta la Sentencia el argumento de la pendiente resbaladiza aportado por el Gobierno canadiense. Éste afirmó que hay muchas posibles fuentes de error y muchos factores que pueden recaer sobre un paciente vulnerable a la hora de tomar una decisión y, por tanto, provocar el riesgo de que personas sin un deseo racional y meditado de morir pidan, sin embargo, la ayuda para morir: daño cerebral, depresión, enfermedad mental, coerción, influencia indebida, manipulación psicológica o emocional, prejuicios sociales contra personas mayores, discapacitados y enfermos, error diagnóstico, etc. Frente a esta tesis, considera el Tribunal Supremo que tales riesgos pueden ser limitados a través de un sistema de garantías cuidadosamente diseñado y controlado. En su opinión,

«un daño teórico y especulativo como el que sugiere el Gobierno, no puede justificar una prohibición absoluta» (p. 119).

En conclusión, la Sentencia falla que la prohibición absoluta de la ayuda al suicidio no es la medida limitativa del derecho menos gravosa y, por consiguiente, es desproporcionada.

A partir de toda esta argumentación y fallo, el Tribunal indica que no sirve la excepción de la prohibición de ayuda al suicidio al caso de la señora Taylor, sino que, con carácter general, «el Parlamento debe tener la oportunidad de dictar un remedio apropiado» (p. 125). En otras palabras, el Parlamento canadiense y los provinciales, en el ámbito de sus respectivas competencias, deben dictar una nueva regulación que esté conforme con la doctrina vertida en la Sentencia. Esta doctrina identifica como inválida una prohibición penal de ayuda médica a morir para un adulto competente que (1º) consienta claramente la terminación de su vida; (2º) que tenga una determinada condición médica: enfermedad o discapacidad que le cause sufrimientos permanentes, intolerables e irremediables. El Tribunal suspende la declaración de invalidez de la norma penal impugnada durante un plazo de doce meses. Ése será, pues, el plazo que tendrá el legislador canadiense para dictar una nueva regulación de la ayuda médica a morir acorde con la doctrina del Tribunal Supremo.

Un último asunto que aborda el Tribunal en la Sentencia es el relativo a la objeción de conciencia de los médicos a la hora de prestar asistencia para dar muerte a los enfermos que se lo pudieran pedir. El Tribunal remite este asunto a la regulación legislativa que habrá de dictarse. Pero matiza que «nada de la declaración de invalidez que establecemos obliga a los médicos a prestar asistencia a morir» (p. 132). Al revés, hace notar que «la decisión del médico de participar en una muerte asistida es un asunto de conciencia y, en algunos casos, de creencias religiosas» (p. 132) Con esto no quiere la Sentencia «adelantarse a la respuesta legislativa», pero sí subrayar que «deben reconciliarse los derechos de los pacientes con los de los médicos» (p. 132).

3. Valoración crítica

Ya he adelantado algunos de los temas más importantes que suscita esta Sentencia: el reconocimiento de la ayuda médica a morir como derecho fundamental, aunque sea bajo ciertas condiciones; la ampliación del objeto del litigio desde la prohibición penal de la ayuda al suicidio en general a la eutanasia activa directa y no sólo al suicidio asistido por médico; y la erosión de las fronteras, hasta ahora bastante firmes en la mayoría de los Estados democráticos, entre las conductas de ayuda en el morir (medicina paliativa que colateralmente acorta la vida y limitación de esfuerzo terapéutico) y de ayuda a morir (eutanasia activa directa).

Pero, obviamente, el caso *Carter* presenta muchas otras aristas de interés. Dividiré el análisis en los aspectos formales, de un lado, y los de fondo, de otro.

3.1. Aspectos de forma

Lo primero que llama la atención de la Sentencia es la belleza de su tono narrativo y la claridad y el orden expositivos. Estamos en presencia de otro producto más de la tradición del «juez razonador anglosajón». La Sentencia incorpora un índice que permite al lector seguir sin perderse la argumentación. En los cuatro primeros párrafos se explica, con tanta precisión como claridad, el

problema social subyacente, el conflicto jurídico que plantea y el fallo. El resto del texto es la profundización de esos cuatro párrafos de la introducción. Por supuesto, enriquece la Sentencia la figura procesal de los *amicus curiae* porque la participación de expertos cualificados en un asunto de tanta importancia social permite afinar la argumentación. También se permite citar con toda naturalidad autores concretos. Y qué decir de esos párrafos cortos, precisos, donde no sobra una palabra. Es una Sentencia llena de músculo y sin apenas colesterol. Por otra parte, del mismo modo en que actúan otros tribunales, como el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, por ejemplo, cuando el Tribunal Supremo canadiense examina el contraste de la norma impugnada con diversos elementos, en cuanto concluye que existe en relación con alguno de ellos, ya no pasa a examinar el resto (así, por ejemplo, una vez que asevera que la prohibición penal del suicidio lesiona el derecho a la vida, libertad y seguridad personales del art. 7 CCDL, ya no enjuicia si también viola el derecho de igualdad del art. 15 CCDL). Todo esto permite aligerar el texto de la Sentencia; lo hace más pragmático y menos profesoral. El contraste con la innecesariamente retórica forma de las Sentencias del Tribunal Constitucional español (y de muchos otros tribunales) es evidente

Es destacable, asimismo, la clasificación de los casos judiciales citados. Ciertamente, en un sistema de *common law* como el canadiense, el orden y la claridad en el momento de fijar los antecedentes judiciales no sólo es deseable, sino exigible porque allí el precedente tiene fuerza vinculante. Pero resulta difícil no envidiar el modo en que la Sentencia ordena los casos citados, entre aquellos de cuya doctrina se aparta («distinguished»), de los que aplica («applied»); los que rechaza («disapproved») y los que simplemente cita en apoyo puntual de la argumentación en la medida en que están relacionados («referred to»). No veo razón alguna, sino todo lo contrario, en aras a la seguridad jurídica, para no importar, con las matizaciones necesarias, esta clarificación conceptual a la jurisprudencia constitucional española.

Sólo encuentro un reproche a la Sentencia *Carter* en cuanto a su modo de argumentar, pero es ya una cuestión de fondo, y es el doble estándar de examen al que somete el límite que a los derechos a la vida, la libertad y seguridad personales conlleva la prohibición penal absoluta del suicidio. La argumentación, inevitablemente, se espesa y resulta algo repetitiva. Por un lado, como se recordará, se examina esa norma a la luz de los «principios fundamentales de justicia» que se albergan en el art. 7 CCDL como límite específico de los derechos mencionados; y, por otro, se enjuicia la norma desde el principio general de proporcionalidad que se ubica en el art. 1 CCDL. Desde el primer estándar, el específico, el Tribunal observa que la norma penal es sobreinclusiva. Desde el segundo, el general, que no es indispensable y, por tanto, que es desproporcionada.

Ambos estándares son bastante próximos y, a mi juicio, el específico del art. 7 podría subsumirse sin demasiados problemas en el general del art. 1 en el punto relativo a la necesidad de que la medida limitativa de derechos persiga una finalidad pública «substancial» (en Estados Unidos exigen que sea «compelling») y sea adecuada a dicha finalidad (una medida limitativa de derechos por sobreinclusiva no es adecuada). Y el estándar general también podría entenderse subsumido en el criterio de los «principios fundamentales de justicia» (porque, sin duda, el juicio de proporcionalidad forma parte de ellos).

3.2. Análisis de contenido

En cuanto al tema de fondo en sí, me parece que se pueden plantear a la argumentación del Tribunal, al menos, las siguientes diez dudas u objeciones.

1. El Tribunal convierte una conducta penalizada como delito en Canadá (y en la mayoría de los países comparables) nada menos que en un nuevo derecho fundamental. En una Sentencia anterior, de hace 22 años, *Rodriguez v. Canada*, dijo justo lo contrario. La propia Sentencia del caso *Carter* reconoce que se trata de un asunto sobre el que no hay consenso social (entre médicos, asociaciones de personas discapacitadas, etc.) y el legislador, en los últimos años, se ha mostrado intensamente dividido sobre el particular, de modo que diversos intentos de legalizar la ayuda médica a morir no llegaron a fructificar. Ahora el Tribunal lo impone. Parece un caso ejemplar de descarado activismo judicial.

El fallo de la Sentencia abre un proceso de diálogo en un plazo de un año con el Parlamento para que éste regule la materia desde las nuevas claves. Una sentencia semejante sería de difícil importación a nuestro ordenamiento, dados los más estrechos límites a los que se somete nuestra jurisdicción constitucional. Esto no quiere decir, sin embargo, que los argumentos de *Carter* no puedan llegar a convertirse en influyentes tanto en la arena política como en la judicial, sobre todo si, eventualmente, los incorporaran el Tribunal de Estrasburgo o el de Costa Rica. Ya hay otros precedentes de materias, como la homosexualidad, que hasta hace no mucho eran tipos penales y pasaron a convertirse en derechos fundamentales sin solución de continuidad.

2. El Tribunal cambia subrepticamente y sin justificar el objeto del caso, que debía ser el examen de la validez constitucional de la prohibición penal de la ayuda al suicidio (que, por tanto, comprendía también la prohibición de la ayuda médica al suicidio del enfermo terminal), y lo transforma en un examen de la ayuda médica a morir, que, además del suicidio asistido por médico, abarca la eutanasia activa directa respecto de dicho tipo de enfermos. Habría una confusión conceptual, no sabría decir si interesada o no, si advertida o no, entre el suicidio asistido por médico y la eutanasia activa directa. Y esto tiene su importancia porque si la finalidad de la prohibición penal de la ayuda médica a morir es evitar riesgos y abusos, evidentemente, tal y como demuestran los hechos, en el suicidio asistido por médico se garantiza mejor la plena libertad (y su menor vulnerabilidad, al menos prima facie) del paciente que toma la decisión que en la eutanasia, donde siempre se corre el peligro de la pendiente resbaladiza. En otras palabras, la argumentación de la Sentencia *Carter* sería más adecuada y coherente si se hubiera limitado estrictamente a la forma de ayuda médica a morir que es el suicidio asistido por médico que a la otra forma de ayuda médica a morir que es la eutanasia activa directa.

No es casual, en este sentido, que en el elenco que hace la Sentencia de los precedentes de países que, en Derecho comparado, permiten la ayuda médica a morir (p. 8), se mezclen, sin mayor precisión, los países que permiten suicidio asistido por médico y eutanasia directa (por ejemplo, Holanda o Bélgica) y los que permiten sólo el primero (por ejemplo, Oregón o Washington).

3. Uno de los puntos centrales de la Sentencia es que borra por completo las diferencias entre la ayuda médica en el morir (cuidados paliativos que acortan la vida; limitación de esfuerzo terapéutico) y la ayuda médica a morir (suicidio asistido por médico, eutanasia médica activa directa). El Tribunal considera que todas esas conductas forman parte del derecho de autodeterminación médico. Evidentemente, hay autores que también niegan esa distinción. Para algunos, no habría diferencias entre el acto médico que interrumpe un tratamiento de soporte vital, una sedación paliativa terminal o el acto que pone fin directamente a la vida del paciente que sufre una enfermedad irreversible.

Pero, siendo honestos, esa distinción sigue siendo crítica porque, a esta fecha, la mayoría de países democráticos permite la ayuda médica en el morir, pero prohíbe la ayuda médica a morir. No es lo mismo matar o suicidarse que dejarse morir. En los dos primeros casos, la causa de la muerte es el acto de un tercero o del propio paciente, mientras que, en el tercero, la causa de la muerte es la enfermedad subyacente. De modo que para sortear tal diferenciación verdaderamente fundamental, debería ser condición inexcusable que se intentara justificar persuasivamente. Sin embargo, el Tribunal canadiense la da por evidente y no dedica ni una sola línea a explicarla. La crítica que cabe formular a la Sentencia no es tanto por qué opta por esa solución (que pudiera ser plausible en ciertos casos), sino por qué no argumenta las razones que le llevan a hacerlo.

Obsérvese que el Tribunal podría haber argumentado que la prohibición penal de la ayuda al suicidio en general era contraria a la Charter porque era sobre-inclusiva al no permitir, excepcionalmente y bajo ciertas garantías, que se permitiera el suicidio asistido por médico. Ésta hubiera sido una solución limpia y elegante. La regla penal seguiría siendo válida en cuanto se adicionara la excepción correspondiente. Pero el Tribunal no se limita a eso; va mucho más allá: configura la ayuda médica a morir como un nuevo derecho fundamental, aunque sea de configuración legislativa posterior. Y lo hace, da este giro de 180 grados, sin aportar una argumentación mínima. Esto hace que el legislador canadiense se vea constreñido demasiado en su actividad regulatoria, porque tendrá que legalizar el suicidio asistido pero también la eutanasia activa directa.

4.- El Tribunal sostiene que un sistema sólido de garantías podría evitar el riesgo de abusos y errores e indica algunos requisitos que deberá seguir el protocolo de la legalización posterior de la ayuda médica a morir. Sólo podrán pedirla adultos, que sean competentes para decidir, que consientan claramente en la terminación de su vida, que tengan una enfermedad y/o discapacidad que le cause sufrimientos permanentes, intolerables e irremediables. Dado que el mayor obstáculo para considerar que los pacientes tienen el derecho a ser ayudados a morir por médico es el riesgo de abusos y de errores, la identificación de las garantías que rodean este proceso pasa a convertirse en la cuestión jurídica central. Y, sin embargo, incluso aunque se trate de una guía orientativa mínima para el legislador futuro, las garantías que se señalan parecen a todas luces insuficientes y demasiado poco precisas. No queda claro, por ejemplo, qué entender por enfermedad terminal. Algunas legislaciones, como la de Oregón, por ejemplo, la definen como aquella que arroja un pronóstico de menos de seis meses de vida. También hay dudas sobre el posible distinto régimen de enfermos y discapacitados. No resulta nítido tampoco si podrían acceder a la ayuda médica a morir las personas discapacitadas con intolerables sufrimientos, aunque no fueran terminales. Por otro lado, no se

contemplan garantías muy comunes en el derecho comparado, como la de la doble opinión médica, por ejemplo, o la determinación de un plazo de algunos días de reflexión entre la decisión de terminar con la vida y el momento de hacerlo. O la intervención de un médico psiquiatra para evaluar el grado de competencia del enfermo para decidir y para asegurar que no se halle deprimido. El concepto de sufrimiento intolerable, tan subjetivo, se propone sin acotación alguna. Se aceptan los sufrimientos psicológicos y no sólo los físicos, lo cual abre un espacio de incertidumbre considerable. Se producen muchos más problemas porque este derecho se reserva para los adultos, mayores de 18 años, por tanto, pero esto podría chocar en algunas ocasiones con el derecho a decidir en materia médica que progresivamente se viene reconociendo a los menores maduros, esto es, a los mayores de 16 años y menores de 18 (e incluso, a veces, a los menores de 16 años que acrediten cierta madurez de juicio).

En definitiva, el tono general de la Sentencia es deliberadamente ambiguo y esto se traslada (peligrosamente, a mi juicio), al terreno de las garantías. Si el legislador no contemplase un cuadro de garantías lo suficientemente estricto como para eliminar o reducir el riesgo de abuso y error, esto haría incurrir a la ley en inconstitucionalidad. Lo cual, por cierto, nos da idea de que no estamos en presencia, en realidad, de un auténtico nuevo derecho fundamental, sino que la ayuda médica a morir debería, más bien, contemplarse como una excepción legítima en ciertos casos del deber estatal de protección de la vida.

5. El argumento comparado juega un papel fundamental en la lógica de la decisión. El Tribunal, en efecto, acepta revocar la doctrina que él mismo dictó en el caso *Rodriguez* porque desde entonces se ha producido un cambio en la comprensión social del problema y, correlativamente, una modificación de la interpretación de los preceptos constitucionales de referencia. Se recuerda que hace 22 años, cuando se dictó *Rodriguez*, no había ningún país que permitiera la ayuda médica a morir y ahora, sin embargo, hay varios. El argumento comparado juega así como un elemento para meter presión despenalizadora, como si Canadá ya estuviera llegando tarde a su cita con la modernidad en este punto, a diferencia de lo que ocurre con otros Estados. Aunque hay que valorar la honestidad del Tribunal (no siempre habitual, y podríamos poner varios ejemplos de la jurisdicción constitucional española en ese sentido) al mencionar que la mayoría de países siguen considerando la ayuda médica a morir como una conducta penal.

Ya hemos hecho observar que, en la cita de países, se mezcla interesadamente unos sistemas y otros, como si todos respondieran a un mismo sistema, cuando esto no es así. Tampoco es una lista, por cierto, demasiado depurada porque se trae el ejemplo colombiano, cuando lo que hubo allí fue tan sólo una sentencia de la Corte Constitucional, la Sentencia C-239/97, de 20 de mayo de 1997, que dedujo de la Constitución de 1991 la exclusión de la antijuridicidad de la conducta del médico que, bajo ciertas condiciones, sobre todo la del consentimiento de la víctima, pusiera fin a la vida de un enfermo en fase terminal, pero en el ordenamiento colombiano nunca se ha legalizado la ayuda médica a morir.

Pero ahora me gustaría llamar la atención sobre el hecho de que, siendo el argumento comparado realmente central, en uno de los momentos cruciales de la Sentencia, esto es, cuando el Tribunal examina, a partir del informe del profesor Montero sobre la situación en Bélgica, si hay o no razones

para pensar que sí existe riesgo muy serio de que se produzca el fenómeno de la “pendiente resbaladiza”, se quita, sin embargo, de encima la cuestión rápidamente alegando que ni el ordenamiento ni la cultura belga son comparables a la canadiense. Hay una falta de coherencia argumental de la Sentencia en este punto. Tampoco se comprende, además, por qué se examina el caso belga y no el más clásico holandés, que suele ponerse como invariable demostración del argumento de la pendiente resbaladiza.

6. Otro de los puntos más discutibles de esta Sentencia es, a mi juicio, la restrictiva determinación de la finalidad de la prohibición penal de la ayuda al suicidio, que sería la protección a las personas vulnerables (enfermas terminales con graves padecimientos) frente a su propia decisión en un contexto tan difícil. Efectivamente, este objetivo es uno de los que cabe inferir de dicha prohibición. Pero hay muchos más, que ni se mencionan en la Sentencia, ni, por tanto, se argumentan a fondo en ella. En una cultura muy cercana a la canadiense, la norteamericana, están muy perfilados en diversos y conocidos informes, los intereses que podrían llevar a un Estado a prohibir, legítimamente, la ayuda médica a morir. Y entre ellos no sólo está la prevención del riesgo de abuso y error sobre personas vulnerables, sino también otros tan importantes como el de preservar la vida de los ciudadanos (que la Sentencia desecha sin mayor argumentación alegando tan sólo que, en un razonamiento circular, si se admitiera, no podría haber cambios legales en clave despenalizadora – lo cual no es tampoco cierto), prevenir los suicidios (¿alguien quiere una sociedad de suicidas?) o mantener la integridad de la profesión médica. Con el cambio de régimen, el médico pasa a tener una nueva función que ya no será sólo la de sanar y evitar el dolor, sino la de matar, aunque sea por compasión. Y, lo que es peor, tendrá que comprobar la libertad y competencia del enfermo para poder tomar esa decisión, asumiendo una responsabilidad decisiva sobre la vida de otro ser humano. Y esto no se obvia simplemente afirmando, como se hace en la Sentencia, que se le debe reconocer un derecho a la objeción de conciencia en estos casos. Porque la cuestión subsiste para los médicos que no la aleguen. No es casual que el reconocimiento de la ayuda médica a morir se haya hecho después de que la Asociación Médica canadiense haya permitido, desde 2014, a los médicos que lo deseen por razones de conciencia, participar en suicidios asistidos y/o eutanasias. El impulso legalizador ha venido acompañado en todos los casos con un cierto apoyo por parte de la profesión médica. Esta situación no se produce en España, donde todas las asociaciones médicas siguen rechazando sin ambigüedad el suicidio asistido y la eutanasia.

Por no hablar de los aspectos simbólicos de la despenalización. La prohibición la ayuda médica a morir refleja la gravedad con que el ordenamiento contempla la decisión de privarse de la vida o de privarla a otro y la renuencia a aceptar o promover tales decisiones. Si se despenalizaran, ello reflejaría un cambio de valoración hacia esas conductas. Se convertirían en una medida más del arsenal de tratamientos médicos, con el riesgo añadido que ello supone.

El Tribunal obvia una argumentación que, por naturaleza, es mucho más compleja, al seleccionar, interesadamente, un campo de juego, es decir, de argumentación, mucho más fácil y acotado (y aún así, sigue suscitando enormes dudas y dificultades).

7. La construcción teórica que la Sentencia hace del derecho a la protección de la vida es también problemática. La Sentencia busca un equilibrio transaccional: ni reconoce un ambiguo derecho a morir con dignidad, ni sostiene que el derecho a la vida impida aceptar por completo la ayuda médica a morir. Pero no se pronuncia sobre una cuestión fundamental, cual es si el derecho a la vida incluye la facultad de disponer de ella, al menos en ciertos casos (y, si es así, en cuáles y bajo qué circunstancias). Y, por otro lado, considera que la prohibición penal del suicidio fuerza a algunas personas a suicidarse antes de que su enfermedad avance y no puedan llegar a hacerlo por sí mismas. Este hecho, sin embargo, no se demuestra con estadísticas, aunque se aporte el testimonio de algunos casos, quizá para compensar y maquillar (si se me permite la expresión), la carencia de demostración de la dimensión cuantitativa y cualitativa del problema. Concluir que la prohibición impugnada priva a algunas personas de su vida, como hace la Sentencia, es mucho concluir sin presentar algunas explicaciones y demostraciones adicionales, más allá de algunos testimonios para predisponer emocionalmente al lector a su favor.

8. Ligado al problema anterior, cabe plantear la cuestión de en qué precepto constitucional se debería colgar el nuevo derecho a la ayuda médica a morir. El Tribunal lo ubica en la penumbra del derecho a la vida, la libertad y seguridad personales (art. 7 CCDL), pero subsiste la duda no sólo de su relación con el derecho a la vida (en la medida en que no se reconoce que el derecho a la protección jurídica de la vida incluya la facultad de disponer de ella), sino, incluso, de su encaje en el derecho de libertad y seguridad personales. Porque el derecho a la ayuda médica a morir, aunque sea manifestación de la libertad y de la seguridad (esto es, la integridad personal) de las personas, es, en mi opinión, un nuevo derecho, bastante controvertido, por lo demás, y de contornos, en cuanto a su contenido y límites, ciertamente borrosos. De ahí que la mejor solución técnica desde el punto de vista de Derecho Constitucional fuera, en mi opinión, reconocerlo expresamente en el texto constitucional (en este caso, de la Charter de derechos) a través de una previa reforma.

9. El Tribunal emplea dos argumentos principales para considerar que la prohibición penal absoluta del suicidio y, por tanto, de la ayuda médica a morir es nula por desproporcionada: que se trata de una medida sobre-inclusiva, en la medida en que la finalidad de la prohibición es proteger a las personas vulnerables en un periodo de especial debilidad, pero resulta que no todos los enfermos en situación terminal lo son (empezando por la señora Taylor); y que es una medida que no es indispensable ya que los médicos pueden asegurar la protección de los enfermos terminales ante el abuso y/o el error. Un tercer argumento central es la inocuidad de la tesis de la pendiente resbaladiza, precisamente porque podría evitarse mediante un sistema serio de garantías. Ya hemos visto algunas de las trampas argumentales de este razonamiento, entre otras: la prohibición de la ayuda médica a morir puede perseguir otras finalidades además de la protección de las personas vulnerables; el argumento de la pendiente resbaladiza es más relevante de lo que ha aceptado considerar la Sentencia; las dudas acerca de que la ayuda a morir y la ayuda médica en la muerte sean dos caras de una misma moneda: la autonomía del paciente.

10. Por último, el reconocimiento del derecho de los médicos a la objeción de conciencia en estos casos, que se remite, no obstante, a la posterior regulación legal, parece razonable, aunque habría que hacerla extensiva a todo el personal sanitario que participe en el proceso.

4. Conclusión: una sentencia epocal y no sólo episódica, pero con una argumentación discutible

La Sentencia *Carter* está llamada a influir en el debate (transnacional) contemporáneo sobre el derecho a morir con dignidad. Es, en este sentido, una Sentencia epocal y no sólo episódica. El Tribunal Supremo levanta acta de nacimiento como nuevo derecho fundamental de la ayuda médica a morir (suicidio asistido por médico y eutanasia médica activa directa).

No obstante, su argumentación, a mi juicio, no es especialmente sólida, coherente o consistente. Se podría haber alcanzado una solución semejante por otras vías de razonamiento. Estoy entre los que creen que ayudar a una persona a morir en contexto eutanásico, y siempre que se asegure el consentimiento y la libertad de la decisión, debería ser una conducta penalmente no reprochable. Pero esta posibilidad debería ser justificada de una manera mucho más persuasiva de la que utiliza el Tribunal canadiense en *Carter*.