

El rechazo y la interrupción del tratamiento de soporte vital en el derecho español

Gonzalo Arruego Rodríguez

Facultad de Derecho
Universidad de Zaragoza

Abstract

A la luz de algunos supuestos de hecho acaecidos recientemente en nuestro derecho, el presente estudio examina la naturaleza constitucional y el vigente régimen jurídico de los supuestos de rechazo y solicitud de interrupción del tratamiento médico, con la finalidad de proporcionar una respuesta constitucionalmente adecuada a la siguiente pregunta: ¿permite el ordenamiento jurídico español rechazar o solicitar la suspensión de los denominados tratamientos de soporte vital?

In the light of some recent cases, this paper examines the constitutional nature and the current Spanish regulation of the patient's rights to refuse and withdraw a medical treatment, with the aim of providing the constitutionally accurate answer to the following question: under the current Spanish legislation, is it possible to refuse or to withdraw the life-support treatment?

Title: The Spanish regulation of the refusal and withdrawal of the life support-treatment.

Keywords: fundamental right to life; fundamental right to physical and moral integrity; refusal and withdrawal of the medical treatment; life-support treatment.

Palabras clave: derecho fundamental a la vida; derecho fundamental a la integridad física y moral; rechazo y suspensión del tratamiento médico; tratamiento de soporte vital.

Sumario

1. Introducción
2. El anclaje iusfundamental del principio de autonomía del paciente y del rechazo al tratamiento médico
 - 2.1. Significado y naturaleza del derecho fundamental a la vida
 - 2.2. Autonomía del paciente y derecho fundamental a la integridad física y moral
 - 2.3. Algunas proyecciones de los derechos fundamentales a la libertad ideológica y religiosa y a la intimidad corporal en la autonomía del paciente
3. La regulación del rechazo y de la interrupción del tratamiento en el derecho español
 - 3.1. Régimen jurídico
 - 3.2. Eventuales límites
4. Conclusiones a la luz de algunos supuestos recientes
5. Tabla de sentencias
6. Bibliografía citada

1. Introducción

Como se sabe, los parámetros con arreglo a los que se rigen las relaciones médico asistenciales han sufrido profundas transformaciones a lo largo de las últimas décadas, transformaciones acompañadas, además, por los vertiginosos avances experimentados por la ciencia médica. Básicamente, ahora aquellas se construyen desde el reconocimiento y respeto a los derechos del paciente; unos derechos que, entre otros, delimitarían un espacio de autonomía o libre decisión en el ámbito sanitario progresivamente ampliado, además, por las posibilidades materiales que ofrecen aquellos. Especialmente relevante sería, asimismo, la naturaleza iusfundamental atribuida a las principales manifestaciones o consecuencias de ese espacio de autodeterminación consciente y libre. Un vínculo con los derechos fundamentales que, si más o menos evidente en algunos supuestos, no deja de plantear numerosas interrogantes y tensiones en otros.

En este contexto, el presente estudio tiene por objeto examinar, desde la perspectiva de los derechos fundamentales, algunas de las manifestaciones de ese espacio de autodeterminación del paciente; concretamente, las facultades tanto de rechazar un determinado tratamiento médico, como de interrumpirlo mediante la retirada del consentimiento inicialmente otorgado para su prestación. La finalidad última, a raíz del intenso debate social y doctrinal generado por algunos recientes supuestos de hecho, sería responder a la pregunta de si, con arreglo al ordenamiento jurídico español, el paciente adulto y capaz, y en una decisión que no compromete bienes ni derechos ajenos a su esfera jurídica, puede rechazar o solicitar la suspensión de los denominados tratamiento de soporte vital.

Amén de otros principios y valores constitucionales tales como la libertad (artículo 1.1 CE), la dignidad humana o el libre desarrollo de la personalidad (artículo 10.1 CE), la construcción jurisprudencial y la discusión doctrinal en torno al anclaje iusfundamental de estas expresiones de la autonomía del paciente han girado, fundamentalmente, en torno al rol que en este ámbito corresponde a los derechos fundamentales a la vida y a la integridad física y moral (artículo 15 CE), a la libertad ideológica y religiosa (artículo 16.1 CE) y a la intimidad (artículo 18.1 CE) Por ello, las siguientes páginas se abren con el examen de la doctrina constitucional en torno a dichos derechos fundamentales al objeto de establecer cuál es la naturaleza constitucional de aquellas facultades. Una vez identificada, se procederá al análisis de su actual régimen jurídico y sus eventuales restricciones para, finalmente, proporcionar una respuesta constitucionalmente adecuada a aquella pregunta, a la luz de los datos e interrogantes suscitados por algunos acontecimientos recientemente acaecidos en nuestro ordenamiento jurídico.

2. El anclaje iusfundamental del principio de autonomía del paciente y del rechazo al tratamiento médico

2.1. Significado y naturaleza del derecho fundamental a la vida

La consolidada delimitación del derecho fundamental a la vida realizada por el Tribunal Constitucional, lo excluye inequívocamente como soporte iusfundamental del principio de autonomía del paciente. Sin embargo, y tal y como se mostrará, ello no significa en ningún caso negar su trascendencia en esta materia.

La doctrina del Tribunal Constitucional en torno al objeto y contenido del derecho a la vida, se construye sobre la afirmación de que el artículo 15 de la Constitución protege la vida humana como realidad puramente biológica y, por lo tanto, ajena a cualquier tipo de consideraciones subjetivas de naturaleza cualitativa por parte de su titular. Esta interpretación de su objeto, que conduce a definir su contenido en términos estrictamente negativos o reaccionales, se acompaña, además, de una discutible caracterización de su significado, naturaleza y posición en el sistema de derechos fundamentales consagrado por la norma fundamental. En este sentido, el Tribunal ha reiterado que, como expresión del valor superior del ordenamiento jurídico “vida humana”, el derecho fundamental a la vida constituye, junto con la dignidad de la persona consagrada en el artículo 10.1 CE, el “*prius* lógico y ontológico” para la existencia de los restantes derechos fundamentales; una afirmación especialmente evidente con relación al derecho a la vida, concebido como el “derecho fundamental esencial y troncal” en tanto que “supuesto ontológico sin el que los restantes no tendrían existencia posible”¹. Esta especial posición y significado constitucionales lo definirían, en suma, como un derecho fundamental dotado de “una singular fuerza expansiva”² e, incluso, de un carácter “absoluto e ilimitable”³.

¹ STC 53/1985, Pleno, 11.4.1985, FJ 3 (MP: Gloria Begué Cantón y Rafael Gómez-Ferrer Morant); en un sentido similar se ha pronunciado el Tribunal Europeo de Derechos Humanos en su Sentencia *Pretty c. el Reino Unido*, 4^a, 29.4.2002, § 37 y la Corte Interamericana de Derechos Humanos, entre otras, *Caso Villagrán Morales y otros c. Guatemala*, 19.11.1999, § 144. En la mencionada sentencia, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos afirmó, incluso, que sus consideraciones en torno a la relación entre el rechazo a un tratamiento médico y los derechos garantizados por el artículo 8 del Convenio, en ningún caso significaban “negar el principio de la *santidad de la vida* protegido por la Convención”, § 65.

² ATC 304/1996, 2^a (3^a), 28.10.1996, FJ 3 (MP: José Gabaldón López, Fernando García-Mon y González-Regueral).

³ STC 48/1996, 2^a, 25.3.1996, FJ 2 (MP: Rafael de Mendizábal Allende); la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha afirmado que, atendido su carácter fundamental, cualquier perspectiva restrictiva con relación a su interpretación ha de ser excluida, *Caso Villagrán Morales y otros c. Guatemala*, 19.11.1999, § 144. Sin embargo, a la luz del artículo 1.1 CE calificar la vida humana como “valor superior del ordenamiento jurídico” carece de fundamento, al igual que afirmar el carácter absoluto e ilimitable del derecho fundamental a la vida; así lo demuestran, por otra parte, la propia jurisprudencia constitucional, la Constitución o el Código Penal. Pese a los reiterados esfuerzos del Tribunal, quien afirma expresamente que su juicio ha de desenvolverse necesariamente dentro de los estrictos límites de la argumentación jurídico-constitucional, en ocasiones surge la impresión de que el sentido de su doctrina está marcado por prejuicios de naturaleza estrictamente valorativa; son especialmente duros, en este sentido, los votos particulares formulados a la STC 53/1985 por los magistrados Díez-Picazo y

Tal y como se ha indicado, en opinión del Tribunal Constitucional el objeto del derecho fundamental a la vida es la vida humana como devenir o proceso biológico que se inicia con la gestación y que finaliza con la muerte⁴. Ambos momentos delimitarían, así, el ámbito de protección del artículo 15 CE⁵, cuyo contenido normativo no se reduciría, en consecuencia, a proclamar los derechos fundamentales a la vida y a la integridad física y moral. En este sentido, y siendo cierto que sólo la persona viva es titular de los derechos fundamentales que consagra⁶, la vida humana en formación *viable*⁷ desde un estricto punto de vista biológico, constituiría un bien jurídicamente protegido con carácter autónomo al amparo del artículo 15 CE⁸.

Rubio Llorente; desde un punto de vista distinto, “Si bien se lee, el TC no dice lo que evidentemente no puede decir: afirma que el derecho a la vida es un *prius* lógico y ontológico y un derecho fundamental esencial y troncal. Pero *no dice que este derecho se imponga a otros derechos fundamentales*, pues en la Constitución no hay una jerarquía entre derechos fundamentales. La relación entre derechos fundamentales se articula a través de la técnica de la delimitación de cada derecho y, para el supuesto de colisión entre derechos, mediante técnicas de ponderación y de proporcionalidad. Pero los derechos fundamentales configuran *un sistema*, de tal modo que en ningún caso cabe tal prevalencia de un derecho que suponga la radical anulación de otro derecho fundamental” (CHUECA, 2008, p. 4, cursivas en el original).

⁴ STC 53/1985, Pleno, 11.4.1985, FJ 5.

⁵ Ello explicaría, por ejemplo, por qué los gametos humanos o el cuerpo humano fallecido no estarían protegidos por el artículo 15 de la Constitución [STC 116/1999, Pleno, 17.6.1999, FJ 7 (MP: Pablo García Manzano) y ATC 149/1999, 1ª, 14.6.1999, FJ 2 y STC 3/2005, 2ª, 17.1.2005, FJ 8 (MP: Eugeni Gay Montalvo)] En el contexto de las técnicas de reproducción asistida, la duda surge con relación a la protección constitucional de los pre-embiones viables *in Vitro*, pues aunque el concepto de viabilidad utilizado por el juez de la Constitución parece referirse exclusivamente a la potencialidad de desarrollo del producto de la fecundación en sí mismo considerado, también podría inferirse de su doctrina que la protección que dispensa el artículo 15 CE lo es desde su implantación en el seno materno.

⁶ STC 53/1985, Pleno, 11.4.1985, FJ 6; STC 212/1996, Pleno, 19.12.1996, FJ 3 (MP: Pedro Cruz Villalón); STC 116/1999, Pleno, 17.6.1999, FJ 4; STC 3/2005, 2ª, 17.1.2005, FJ 8 y ATC 149/1999, 1ª, 14.6.1999, FJ 2.

⁷ La vida humana viable, única amparada por el artículo 15 CE, es definida por el Tribunal como aquella capaz “de vivir” y “desarrollarse hasta dar lugar a un ser humano” en el sentido del artículo 10 de la Constitución (STC 212/1996, Pleno, 19.12.1996, FJ 5); por ello, la protección constitucional de aquellas realidades biológicas “no viables” habrá de buscarse, en su caso, en otros preceptos de la Constitución, señaladamente el artículo 10.1 CE. Para la “valoración biológica de la viabilidad se tienen en cuenta criterios de carácter morfológico y criterios de carácter genético” ROMEO MALANDA (2006, p. 115, en nota) Nótese, en cualquier caso, que el concepto de viabilidad, utilizado por el Tribunal Constitucional a la luz de lo dispuesto en la antigua normativa sobre técnicas de reproducción asistida, ha desaparecido en la actual Ley 14/2006, de 26 de mayo, de *Técnicas de reproducción asistida humana* (BOE 126, 27.5.2006).

⁸ En un principio, la protección constitucional del *nasciturus* con carácter autónomo *ex* artículo 15 CE, fue simplemente asumida por el Tribunal como puro dato de hecho [STC 75/1984, 2ª, 27.6.1984, FJ 6 (MP: Francisco Rubio Llorente)] para, posteriormente, asentarse sobre la afirmación de que, como etapa del proceso vital, los *nascituri* son encarnación del “valor superior del ordenamiento jurídico vida humana” (STC 53/1985, Pleno, 11.4.1985, FJ 5) Pese a haber reiterado que el *nasciturus* no es titular del derecho fundamental a la vida, no puede ocultarse que esta doctrina presenta ciertos matices, e incluso contradicciones, que en ocasiones sugieren, cuando no afirman expresamente, una concepción distinta de la naturaleza jurídica de la vida humana en formación [por

Identificado así su objeto, su contenido poseería una naturaleza estrictamente negativa o reaccional, pues se limitaría a proteger al individuo frente a todo comportamiento que, en sentido estricto, supusiera un ataque o amenaza hacia su vida interpretada como se ha indicado⁹. Con relación al poder público, el derecho fundamental impondría dos clases de obligaciones. En primer lugar y desde un punto de vista negativo, abstenerse de toda conducta lesiva del mismo. En segundo lugar y desde una perspectiva positiva, adoptar todas las medidas precisas para salvaguardar la vida humana frente a cualquier ataque o amenaza proveniente de otro individuo; en otras palabras, trasladar la obligación negativa que primariamente le vincula a él a las relaciones entre particulares¹⁰. Este segundo deber, que recaería especialmente sobre el legislador, sería en opinión del juez de la Constitución independiente de la voluntad del titular del derecho y operaría, incluso, cuando ni siquiera “quepa hablar, en rigor”, de dicho titular¹¹. El

ejemplo, STC 53/1985, Pleno, 11.4.1985, FFJJ 5 y 7; STC 212/1996, Pleno, 19.12.1996, FJ 12 ó ATC 304/1996, 2ª (3ª), 28.10.1996, FJ 3].

⁹ Ello explica, por ejemplo, por qué denegar una pensión de viudedad es ajeno al contenido del artículo 15 CE [ATC 241/1985, 2ª, 17.4.1985, FJ 2 (MP: Luis Díez-Picazo y Ponce de León, Francisco Tomás y Valiente y Francisco Pera Verdaguer)] o por qué es preciso distinguir entre la “reparación del estricto daño personal” sufrido en un accidente, sí sujeto a las exigencias del artículo 15 CE, y “la restauración del equilibrio patrimonial perdido como consecuencia de la muerte o de las lesiones personales padecidas”, ajeno a su ámbito [STC 181/2000, Pleno, 29.6.2000, FJ 8 (MP: Pablo García Manzano)] Es cierto, sin embargo, que en ocasiones el juez de la Constitución sugiere una concepción más amplia de las conductas frente a las que permite reaccionar el derecho fundamental (ATC 24/1994, 1ª, 24.1.1994).

¹⁰ STC 120/1990, Pleno, 27.6.1990, FJ 7 (MP: Fernando García-Mon y González-Regueral, Eugenio Díaz Eimil y José Vicente Gimeno Sendra); ya la STC 53/1985, Pleno, 11.4.1985, FJ 7, había introducido esta doctrina con relación a los deberes que la Constitución impone como consecuencia de la consagración de la vida humana en formación como bien jurídico constitucionalmente protegido. En torno a las exigencias constitucionales de naturaleza penal derivadas del artículo 15 CE, véanse las SSTC 212/1996, Pleno, 19.12.1996 y 116/1999, Pleno, 17.6.1999. Con relación a la reiterada doctrina del Tribunal Europeo de Derechos Humanos acerca de las obligaciones de naturaleza positiva dimanantes del artículo 1 del Convenio, específicamente en relación con sus artículos 2 y 3, es clásica la cita de la Sentencia *Osman c. Reino Unido*, Gran Cámara, 28.10.1998, especialmente § 115 y 116; sobre estas cuestiones véanse en la reciente doctrina española, entre otros, DOMÉNECH (2006) y BARCELONA (2007).

¹¹ En sentido similar, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos ha trasladado su doctrina de las obligaciones positivas a aquellos supuestos en los que la amenaza a la vida o integridad de la persona deriva de su propia conducta. Así, en la Sentencia *Keenan c. Reino Unido*, 3ª, 3.4.2001, examina “si las autoridades conocieron o debieron haber conocido” que la persona “se encontraba en una situación de riesgo de cometer suicidio real e inmediata y, de ser así, si tomaron todas aquellas medidas que razonablemente podía esperarse de ellas para prevenir ese riesgo”, a la luz de los siguientes parámetros. En primer lugar, que las personas que se encuentran bajo la custodia de las autoridades públicas están en una situación especialmente vulnerable y que aquellas tienen el deber de protegerlas. En segundo lugar, que las autoridades penitenciarias deben desarrollar sus obligaciones de manera compatible con los derechos y libertades del individuo afectado. En este sentido, “existen medidas y precauciones para disminuir el riesgo de auto infligirse daño sin afectar a la autonomía personal. La necesidad y la razonabilidad de adoptar medidas más restrictivas con relación a un recluso depende de las circunstancias del caso”, § 91. Nótese que la situación de reclusión, y el correlativo deber que pesa sobre los poderes públicos con relación a los encarcelados, parece ser utilizado, exclusivamente, como criterio para determinar si los poderes

tribunal parece excluir, así, cualquier posibilidad de concebir el derecho a la vida como un derecho de libertad¹². Desde esta perspectiva, y como expresamente afirma en una problemática argumentación, el derecho fundamental a la vida poseería “un contenido de protección positiva que impide configurarlo como un derecho de libertad que incluya el derecho a la propia muerte”¹³.

Ahora bien, enfrentado a la evidencia de que en ocasiones los seres humanos disponen de su vida, el juez de la Constitución apela al hecho de que la posibilidad de disponer fácticamente de aquélla es consecuencia de que “la vida [es] un bien de la persona que se integra en su círculo de libertad”. Por lo tanto, dicho acto dispositivo no sería sino mera manifestación de *agere licere* en cuanto que acto no prohibido por el ordenamiento jurídico, pero en ningún caso un derecho subjetivo; y menos aún de naturaleza fundamental, pues ello significaría lesionar el contenido esencial del derecho a la vida¹⁴.

Tal y como se expuso *supra*, el principio de autonomía del paciente y, consecuentemente, su derecho a consentir o rechazar un tratamiento médico, es ajeno al ámbito de protección del derecho fundamental a la vida así concebido. Este hecho, sin embargo, no obsta para que dicho

públicos “conocían o deberían haber conocido” el riesgo que para sí mismo suponía la persona, hecho que caracterizaría este deber como general y, por lo tanto, independiente de su situación jurídica.

¹² No obstante, de nuevo en este caso su argumentación resulta en ocasiones ambigua; por ejemplo, cuando afirma que, interpretada a la luz de los derechos fundamentales consagrados en los artículos 15, 16 y 18 de la Constitución, la dignidad es un valor inherente a la persona “singularmente manifestada en la autodeterminación consciente y responsable de la propia vida y que lleva consigo la pretensión de respeto por parte de los demás”, STC 53/1985, Pleno, 11.4.1985, FJ 8.

¹³ En el ámbito del Convenio Europeo de Derechos Humanos: “The consistent emphasis in all the cases before the Court has been the obligation of the State to protect life. The Court is not persuaded that ‘the right to life’ guaranteed in Article 2 can be interpreted as involving a negative aspect (...). It is unconcerned with issues to do with the quality of living or what a person chooses to do with his or her life. To the extent that these aspects are recognised as so fundamental to the human condition that they require protection from State interference, they may be reflected in the rights guaranteed by other Articles of the Convention, or in other international human rights instruments. Article 2 cannot, without a distortion of language, be interpreted as conferring the diametrically opposite right, namely a right to die; nor can it create a right to self-determination in the sense of conferring on an individual the entitlement to choose death rather than life”, Sentencia *Pretty c. Reino Unido*, 4ª, 29.4.2002, § 39.

¹⁴ STC 120/1990, Pleno, 27.6.1990, FJ 7; pese a ello, la definición del acto de libre disposición de la propia vida como una simple manifestación de *agere licere* presenta algunas dificultades. Amén de su posible contingencia, no puede ocultarse que dicha caracterización se compadece mal, en primer lugar, con la afirmación de que el reconocimiento de la facultad de disponer de la propia vida como derecho subjetivo sería contrario al contenido esencial del derecho fundamental proclamado en el artículo 15 de la Constitución y, en segundo lugar, eventualmente y en función de los motivos subyacentes, con la normativa penal vigente. A la luz de todo ello, sostener que “arrostrar la propia muerte es una manifestación de libertad genérica”, resulta problemático. En torno a la difícil constitucionalidad de la tipificación de la acción del suicida en sí mismo considerada, en un marco constitucional delimitador de un espacio de libertad que no toleraría la ingerencia del poder público en estos supuestos, véanse, entre otros, ROMEO CASABONA (1994) y TOMÁS-VALIENTE (1999) y (2003).

derecho posea una trascendental importancia en el ámbito médico asistencial pues, bajo ciertas condiciones, su preservación legitimaría restricciones en los derechos fundamentales del paciente de otro modo proscritas.

2.2. Autonomía del paciente y derecho fundamental a la integridad física y moral

La doctrina del Tribunal Constitucional acerca del objeto y contenido del derecho fundamental a la integridad física y moral es paralela a la del derecho fundamental a la vida. Ello es así hasta el extremo de que son numerosas las ocasiones en las que el juez de la Constitución se refiere simultánea e indiferenciadamente a ambos. Pese a ello, el derecho fundamental a la integridad física y moral presenta, en la construcción del Tribunal, una faceta adicional de especial trascendencia en el ámbito médico asistencial.

Al igual que sucede con el derecho fundamental a la vida, el Tribunal ha concebido el objeto y el contenido del derecho en sentido estricto. En este sentido, salvaguardaría a la persona como realidad biológica en su doble dimensión física y psicológica¹⁵. En otras palabras, el sustrato del derecho fundamental estaría constituido por el “cuerpo y el espíritu” del individuo y preservaría, así, la “inviolabilidad de la persona” en su doble dimensión corporal y espiritual. De este modo, el derecho fundamental poseería una naturaleza estrictamente negativa o reaccional y no sólo protegería al individuo frente a toda agresión en su cuerpo en su doble vertiente física y psíquica, sino que, además, proscibiría toda intervención no consentida en aquellos bienes¹⁶.

Así, y en primer lugar, el derecho fundamental a la integridad física y moral permite a su titular reaccionar frente a todos aquellos comportamientos que le infligieran, o que fueran susceptibles de infligirle, un daño, menoscabo, sufrimiento o padecimiento físico o psicológico. Al igual que con relación al derecho fundamental a la vida, no sería preciso para apreciar vulneración del derecho ni la existencia de una actividad directamente encaminada a su lesión, ni su efectiva

¹⁵ Esta caracterización de la integridad moral es la que se desprende, entre otras, de las STC 53/1985, Pleno, 11.4.1985; 221/2002, 2ª, 25.11.2002 (MP: Guillermo Jiménez Sánchez) o STC 160/2007, 1ª, 2.7.2007 (MP: María Emilia Casas Baamonde). Asimismo, es la que corresponde con la doctrina que puede inferirse de la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, que suele referirse a la integridad física y psicológica de la persona, al igual que la versión inglesa de la *Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea* habla de integridad “física y mental”, y de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, para quien los supuestos lesivos de la integridad psicológica y moral, pese a su distinta índole e incluso en aquellas situaciones más vinculadas, por ejemplo, a aspectos culturales, suelen coincidir en la causación de un daño o sufrimiento psicológico y/o emocional (entre otros, *Caso Blake c. Guatemala*, 24.1.1998, § 115, donde el trato dispensado a un cadáver, “contrario a los valores culturales, prevalecientes en la sociedad guatemalteca, transmitidos de generación a generación (...) intensificó el sufrimiento de los familiares”).

¹⁶ STC 120/1990, Pleno, 27.6.1990, FJ 8; específicamente con relación a la integridad física, el Tribunal ha reiterado que el derecho protege “la incolumidad corporal”, es decir, no sufrir lesión o menoscabo no consentido en el cuerpo o apariencia externa. Por ello, que una intervención coactiva genere dolor, malestar o riesgo para la salud, significaría un plus de afectación del derecho, pero no una *conditio sine qua non* para su vulneración [STC 207/1996, 1ª, 16.12.1996, FJ 2 (MP: Vicente Gimeno Sendra)].

causación, pues también se han identificado como agresiones aquellas conductas activas u omisivas que generan una situación de riesgo o amenaza de menoscabo de los bienes que protege¹⁷. Sin embargo, y una vez aceptado que no cualquier riesgo o amenaza es susceptible de vulnerar el derecho fundamental, el problema radicaría en determinar cuál ha de ser su intensidad para apreciar su lesión¹⁸.

En segundo lugar, el derecho fundamental a la integridad física y moral posee una vertiente que proscribe cualquier intervención no consentida en el cuerpo en su doble dimensión física y psíquica; es decir, permite al individuo reaccionar frente a injerencias en el sustrato del derecho fundamental que no cuenten con su aquiescencia¹⁹. Aunque esta segunda faceta implica *de facto* cierto poder de disposición sobre el propio cuerpo, ha de reseñarse que esta facultad no sería tanto consecuencia del reconocimiento del derecho como libertad, sino el resultado mediato o derivado de una prohibición: la de intervenir en el cuerpo y espíritu del individuo sin contar con su anuencia²⁰.

¹⁷ Entre otras, STC 119/2001, Pleno, 24.5.2001, FJ 5 (MP: Manuel Jiménez de Parga y Cabrera); STC 221/2002, 2ª, 25.11.2002, FJ 4; 220/2005, 1ª, 12.9.2005, FJ 4 (MP: Pablo Pérez Tremps); STC 62/2007, 1ª, 27.3.2007, FJ 3 (MP: Javier Delgado Barrio) y STC 160/2007, 1ª, 2.7.2007, FJ 2; esta doctrina desempeñaría un importante papel en materia medioambiental y en el ámbito de la normativa tuitiva laboral, especialmente con relación a la mujer embarazada. En el ámbito del Convenio Europeo de Derechos Humanos, véanse las Sentencias *López Ostra c. España*, Cámara, 9.12.1994 y *Moreno Gómez c. España*, 4ª, 16.11.2004.

¹⁸ Así, si en unas ocasiones el Tribunal simplemente habla de un “riesgo para la salud” o de un “riesgo relevante” [SSTC 35/1996, 2ª, 11.3.1996, FJ 3 (MP: José Gabaldón López) y 221/2002, 2ª, 25.11.2002, FJ 4], en otras exige un “grave riesgo”, “peligro grave e inmediato”, “peligro grave y cierto”, “riesgo palmario y manifiesto” o “riesgo constatado de producción cierta, o potencial pero justificado *ad casum*” [SSTC 7/1994, 1ª, 17.1.1994, FJ 2 (MP: Miguel Rodríguez-Piñero y Bravo-Ferrer); 119/2001, Pleno, 24.5.2001, FJ 6; 5/2002, 1ª, 14.1.2002, FJ 4 (MP: Pablo García Manzano); 220/2005, 1ª, 12.9.2005, FJ 4 y 62/2007, 1ª, 27.3.2007, FJ 3, respectivamente] En materia conexa aunque diversa, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos exige con relación al deber positivo de los poderes públicos “de adoptar las medidas adecuadas para proteger a aquellas personas cuya vida está en peligro como consecuencia de la conducta criminal de un tercero”, impuesto por el artículo 2 del Convenio, que se trate de un “riesgo real e inmediato” y que no constituya una carga desproporcionada (Sentencia *Osman c. Reino Unido*, Gran Cámara, 28.10.1998, § 116) Asimismo, tanto el Tribunal, como la Corte Interamericana de Derechos Humanos incorporando su doctrina, han sostenido que la mera amenaza de someter a alguien a una conducta prohibida por los artículos 3 y 5 del Convenio y de la Convención, respectivamente, puede bajo ciertas circunstancias considerarse lesiva de aquellos siempre que fuera “real e inmediata” (Sentencia *Cambell y Cosans c. Reino Unido*, Cámara, 25.2.1982, § 26 y *Caso Villagrán Morales y otros c. Guatemala*, 19.11.1999, § 165).

¹⁹ Así lo ha afirmado reiteradamente el Tribunal Constitucional (entre otras, STC 120/1990, Pleno, 27.6.1990, FJ 8) y así se desprende también de la doctrina del Tribunal Europeo de Derechos Humanos (Sentencias *Pretty c. Reino Unido*, 4ª, 29.4.2002; *Y. F. c. Turquía*, 4ª, 22.7.2003 y *Glass c. Reino Unido*, 4ª, 9.3.2004) e, incluso, del Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas (*Caso C-377/98, Holanda c. El Parlamento Europeo y el Consejo*, 9.10.2001).

²⁰ La inexistencia de un poder de libre disposición sobre el cuerpo propio de naturaleza iusfundamental es patente en la STC 215/1994, Pleno, 14.7.1994, FJ 2 (MP: Julio Diego González Campos) e, incluso, en la STC 120/1990, Pleno, 27.6.1990, FJ 7. Ello explica, de modo similar a como sucedía con relación al derecho fundamental a la vida, la existencia en nuestro ordenamiento jurídico de algunos tipos delictivos. Sin embargo, ha defendido la caracterización del derecho fundamental a la integridad física y moral como un auténtico derecho de libertad CANOSA (2006).

Con arreglo a esta doctrina, en el ámbito médico asistencial el derecho fundamental a la integridad física y moral constituye el principal anclaje iusfundamental del principio de autonomía del paciente y, consiguientemente, de la exigencia de su previo consentimiento informado a toda intervención en el ámbito de su salud²¹. En este sentido, cuando una persona consiente, elige, rechaza o retira el consentimiento previamente manifestado a cualquier intervención o tratamiento, está ejerciendo su derecho fundamental a la integridad física y moral. Ha de reiterarse una vez más, sin embargo, que estas manifestaciones del principio de autonomía del paciente no serían consecuencia del reconocimiento de una facultad iusfundamental de autodeterminación vital, sino el resultado de un derecho estrictamente reaccional que prohíbe cualquier interferencia no consentida en los bienes que protege²².

Ello significa, en primer lugar, que una intervención médica realizada sin contar con o en contra de la voluntad del paciente constituirá, *prima facie*, vulneración del derecho a la integridad a menos que esté constitucionalmente legitimada²³. En segundo lugar, que la negativa a recibir o someterse a un tratamiento médico es, en sí misma considerada, ejercicio del derecho fundamental a la integridad física y moral. Es decir, no necesita estar cualificada como manifestación de otro derecho fundamental, señaladamente el derecho a la libertad ideológica y religiosa o a la intimidad, y todo ello con independencia, obviamente, de que además pudiera estar amparada por cualquiera de ellos. En suma, el puro y simple rechazo del tratamiento por parte del individuo libremente manifestado tiene acomodo, como tal, en el contenido normativo del derecho a la integridad física y moral, sean cuales fueren las razones o motivos esgrimidos para ello²⁴.

²¹ Así lo reconoce expresamente la *Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea*, que contiene la que, hasta la fecha, probablemente sea la proclamación más minuciosa del derecho a la integridad. Por un lado, y bajo el epígrafe "Derecho a la integridad de la persona", su artículo 3 consagra el derecho a la integridad física y psíquica junto a un conjunto de previsiones específicamente referidas al ámbito de la biomedicina, tales como la garantía del principio de consentimiento informado y la prohibición de prácticas eugenésicas, de selección de personas, de conversión del cuerpo humano o de cualquiera de sus partes en objeto de lucro y de clonación reproductora de seres humanos. Por otro, su artículo 4 prohíbe la tortura y las penas o tratos inhumanos o degradantes. Un excelente catálogo de algunas de las dificultades generadas por esta nueva faceta del derecho a la integridad en CHUECA (2009).

²² Recuérdese que si caracterizar el derecho fundamental a la vida como un derecho de libertad que incluya la facultad de disponer de la vida propia vulneraría su contenido esencial (STC 120/1990, Pleno, 27.6.1990, FJ 7), el mismo razonamiento podría aplicarse a un omnímodo poder de disposición sobre el cuerpo propio.

²³ STC 120/1990, Pleno, 27.6.1990, FJ 8, entre otras. En el contexto del Convenio Europeo de Derechos Humanos, la imposición de un tratamiento médico en ausencia de consentimiento del enfermo adulto y capaz, constituiría una afección de los derechos garantizados por el artículo 8.1 de la Convención cuya legitimidad dependería del canon establecido en su apartado segundo (Sentencias *Pretty c. Reino Unido*, 4ª, 29.4.2002 y *Glass c. Reino Unido*, 4ª, 9.3.2004).

²⁴ SSTC 120/1990, Pleno, 27.6.1990, FJ 8 y 48/1996, 2ª, 25.3.1996, FJ 2; visión especialmente reforzada por la STC 154/2002, Pleno, 18.7.2002, FJ 9 (MP: Pablo Cachón Villar).

Es cierto, sin embargo, que la amplitud con la que el Tribunal Constitucional ha identificado esta segunda vertiente del derecho fundamental, que en principio permitiría a su titular oponerse a “toda clase de intervención” no consentida en su “cuerpo y espíritu”, ha sido matizada en sentido restrictivo en algunos pronunciamientos, con el resultado de dificultar el anclaje iusfundamental del consentimiento informado con relación a ciertas intervenciones en el ámbito sanitario. Esta línea argumental, que parece interpretar la segunda dimensión del contenido del derecho fundamental en conexión con la primera, comportaría que el consentimiento prestado a todas aquellas intervenciones sanitarias que no supusieran “lesión o menoscabo del cuerpo”, no tendría acomodo en el derecho a la integridad y habría de reconducirse, siempre que ello fuera posible, a otras posiciones jurídicas de naturaleza iusfundamental²⁵. Esta operación, sin embargo, plantearía fundamentalmente dos tipos de problemas. En primer lugar, la dificultad para encontrar anclaje iusfundamental a algunas manifestaciones de la autonomía del paciente. En segundo lugar, la fragmentariedad de su protección constitucional en aquellos casos en que sí gozara de dicha cobertura, atendida la distinta naturaleza de los derechos fundamentales que se la prestarían. Parece razonable, en este sentido, mantener una interpretación amplia de la segunda vertiente del contenido del derecho, tal y como por otra parte se desprende de la mayoría de los pronunciamientos del Tribunal²⁶.

2.3. Algunas proyecciones de los derechos fundamentales a la libertad ideológica y religiosa y a la intimidad corporal en la autonomía del paciente

También los derechos fundamentales a la libertad ideológica y religiosa y a la intimidad están íntimamente relacionados con la autonomía del paciente. Por lo que respecta al primero, su ejercicio en el ámbito médico asistencial ha planteado, principalmente, dos órdenes de cuestiones íntimamente relacionadas. En primer lugar, la posibilidad de rechazar a su amparo determinados tratamientos sanitarios y, en segundo lugar, exigir que su prestación se realice de forma respetuosa con las personales creencias y convicciones. Ambas han sido objeto de análisis por el Tribunal Constitucional y, en algunos casos, han encontrado reflejo en la normativa sanitaria.

El rechazo a un tratamiento médico fundado en la profesión de ciertas creencias o convicciones, no sólo sería ejercicio del derecho fundamental a la integridad física y moral sino, asimismo, expresión de la dimensión externa del derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa, que protege, siempre dentro de la Constitución, la exteriorización de aquellas y la adecuación de

²⁵ STC 207/1996, 1ª, 16.12.1996, FJ 3, que distingue entre “inspecciones y registros corporales”, que consisten en cualquier género de reconocimiento del cuerpo humano, e “intervenciones corporales”, consistentes en la extracción del cuerpo de determinados elementos externos o internos o en su exposición a radiaciones.

²⁶ Así por ejemplo, el artículo 3 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, *básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica* (BOE 274, 15.11.2002), define el concepto de “intervención en el ámbito de la sanidad” como “toda actuación realizada con fines preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores o de investigación”.

la conducta a las mismas sin sufrir por ello coerción o compulsión²⁷. En suma, esta vertiente del derecho fundamental prestaría también cobertura al principio de autonomía del paciente en todos aquellos supuestos cuyo ejercicio no fuese sino una exteriorización de sus convicciones y creencias. La segunda cuestión, la adecuación de la asistencia médica a los valores, convicciones y creencias del enfermo, ha encontrado progresivamente cierto reflejo en la vigente legislación sanitaria²⁸. Ahora bien, como ha puesto de manifiesto el Tribunal Constitucional, en un modelo asistencial como el derivado de la Constitución española, los problemas surgen a la hora de cohonestar las exigencias eventualmente dimanantes del artículo 16.1 CE, con “el carácter público y la finalidad constitucionalmente reconocida del sistema” de salud y su correlativa configuración “como un régimen legal” en el que aportaciones, prestaciones, niveles y condiciones, están determinados no por un acuerdo de voluntades, sino por reglas que se integran en el ordenamiento jurídico²⁹. En este sentido, en el único supuesto que ha conocido hasta la fecha, el juez de la Constitución ha mostrado cierta preocupante tendencia a construir su razonamiento casi exclusivamente sobre la base de la denominada *lex artis*, un modo de proceder que, llevado al extremo, privaría incluso de significado al principio de autonomía del paciente³⁰. Sin embargo, parece razonable distinguir entre aquellas exigencias que efectivamente supusieran violentar la naturaleza de un sistema que además gestiona recursos escasos, y aquellas que, más sencillamente, pretendiesen que la asistencia sanitaria se prestase en ciertas condiciones perfectamente posibles³¹. Baste considerar, a mero título de ejemplo, que solicitar que la realización de un tratamiento se adecue a las creencias del paciente, es probablemente muy distinto que exigir una determinada prestación sanitaria como consecuencia de la profesión de determinadas convicciones.

El derecho fundamental a la intimidad posee una proyección múltiple en el ámbito sanitario. Han sido las exigencias dimanantes de dicho derecho en la vertiente que podría denominarse privacidad, las que principalmente han sido objeto de desarrollo y concreción normativa a través del complejo entramado de derechos, deberes y garantías relativos, básicamente aunque no sólo, a la obtención y utilización de los datos concernientes a la salud del paciente. Sin embargo, el derecho posee una segunda dimensión, la intimidad corporal, que también fundamentaría el rechazo de un tratamiento o intervención médica en determinados supuestos. La intimidad

²⁷ Nótese, que el contenido de los derechos fundamentales a la libertad ideológica y religiosa no puede agotarse en la facultad reconocida al individuo de adoptar, en su fuero interno, unas personales y determinadas convicciones. Necesariamente ha de extenderse a la posibilidad de actuar y conducirse de forma coherente con ellas y de exteriorizarlas [entre otras, STC 19/1985, 2ª, 13.2.1985, FJ 2 (MP: Jerónimo Arozamena Sierra) y específicamente en el contexto de la asistencia sanitaria, STC 120/1990, Pleno, 27.6.1990, FJ 10].

²⁸ Por ejemplo, bien que con importantes precisiones y matices, el artículo 10. 2 c) de la Ley 3/2005, de 8 de julio, de información sanitaria y autonomía del paciente de la Comunidad Autónoma de Extremadura (BOE 186, 5.8.2005).

²⁹ STC 65/1987, Pleno, 21.5.1987, FJ 7 (MP: Luis López Guerra).

³⁰ STC 166/1996, 2ª, 28.10.1996, FJ 3 (MP: Fernando García-Mon y González-Regueral).

³¹ Véase, en este sentido, el voto particular formulado a la STC 166/1996, 2ª, 28.10.1996, por el Magistrado González Campos.

corporal, como parte integrante del concepto más amplio de intimidad personal, no abarcaría sin embargo la totalidad del cuerpo físico del individuo, por tratarse de una noción puramente cultural que el Tribunal delimita a través del concepto socialmente arraigado de “recato corporal”; concepción que, ocasionalmente, combina con una delimitación estrictamente subjetiva³². Obviando los problemas que plantea la comprensión exclusivamente social o cultural de la intimidad corporal, el derecho fundamental otorgaría al individuo la facultad de oponerse a aquellas indagaciones o pesquisas que quisieran efectuarse en su cuerpo y que, por las partes de aquel sobre las que recayesen o por los medios utilizados para su realización, pudieran reputarse contrarias al “sentimiento de pudor”; es decir, siempre que su oposición se sustentara en una concepción socialmente conforme del “pudor” o “recato corporal”.

Hay que llamar la atención, en todo caso, sobre el hecho de que el juez de la Constitución muestra una clara tendencia a limitar a la intimidad corporal la proyección del artículo 18.1 CE en el ámbito de la asistencia sanitaria. Nótese, sin embargo, que también la intimidad en su sentido más amplio puede resultar afectada, pues toda actuación médica está encaminada a obtener información acerca de la salud y del cuerpo del paciente. Este dato, sin embargo, es en ocasiones obviado en su razonamiento³³. Parece preciso recordar que la protección constitucionalmente debida a la información relativa a la salud del paciente no se limita a su uso una vez recabada, sino, en un imprescindible estadio lógico previo, a su propia obtención.

3. La regulación del rechazo y de la interrupción del tratamiento en el derecho español

3.1. Régimen jurídico

La autonomía del paciente es uno de los principios básicos informadores de la vigente normativa sanitaria; principio que, entre otros, se plasma en la necesidad de obtener su consentimiento libre e informado con carácter previo a “toda actuación en el ámbito de [su] salud” y, correlativamente, en sus derechos a elegir entre las alternativas clínicas existentes, a negarse a recibir un determinado tratamiento o a retirar en cualquier momento el consentimiento prestado³⁴.

³² STC 37/1989, 1ª, 15.2.1989, FJ 7 (MP: Francisco Rubio Llorente).

³³ Ello es manifiesto, por ejemplo, en la STC 120/1990, Pleno, 27.6.1990, FJ 12.

³⁴ El artículo 5 del *Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina* (BOE 251, 20.10.1999; en adelante Convenio de Oviedo), establece como regla general que “una intervención en el ámbito de la sanidad sólo podrá efectuarse después de que la persona afectada haya dado su libre e informado consentimiento” tras “recibir previamente una información adecuada acerca de la finalidad y la naturaleza de la intervención, así como sobre sus riesgos y consecuencias”. Además, la persona podrá, “en cualquier momento”, “retirar libremente su consentimiento”. Por su parte, el artículo 3.2 de la *Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea* proclama, como parte del contenido del derecho

En el ordenamiento jurídico español, la regulación de los derechos del individuo en el contexto médico-asistencial es relativamente reciente y, atendida la estructura territorial diseñada por el constituyente, se trata de un marco legal integrado por un complejo entramado de normas³⁵. Su origen se encuentra en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, *básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica* (BOE 274, 15.11.2002; en adelante Ley 41/2002)³⁶ Esta norma, derogó entre otras las prescripciones sobre la materia contenidas en la Ley 14/1986, de 25 de abril, *General de Sanidad*, y fue elaborada como consecuencia de las obligaciones asumidas por el Estado español como consecuencia de la ratificación del *Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina* (BOE 251, 20.10.1999; en adelante Convenio de Oviedo)³⁷ Como consecuencia de la estructura territorial del Estado, su aprobación supuso, asimismo, la apertura del proceso de adopción por parte de las Comunidades Autónomas de la correspondiente normativa de desarrollo, que se ha acompañado en algunas de las recientes reformas estatutarias con previsiones específicas en los nuevos Estatutos de Autonomía.

La Ley 41/2002 proclama entre sus principios básicos (artículo 2) la regla general de que “toda actuación en el ámbito de la sanidad” requiere “el previo consentimiento de los pacientes o usuarios” tras haber recibido “una información adecuada”³⁸. Esta regla se extiende, consiguientemente, al derecho a decidir libremente entre las opciones clínicas disponibles y a negarse al tratamiento “excepto en los casos determinados por la Ley”. Así, su artículo 8.1, relativo al consentimiento informado, prescribe que “toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso”³⁹. Obviamente, el individuo es libre de revocar en cualquier momento posterior el consentimiento

fundamental a la “integridad de la persona”, que “en el marco de la medicina y la biología se respetará[n] en particular (...) [el] consentimiento libre e informado de la persona de que se trate”.

³⁵ Aunque desborda manifiestamente el objeto de estas páginas, baste reseñar, a este respecto, que atendida la complejidad de las reservas de Ley que en materia de derechos fundamentales previó el constituyente y los problemas derivados del diseño constitucional de distribución territorial del poder, se trata de un complejo normativo que podría suscitar dudas de constitucionalidad en términos sustantivos y formales.

³⁶ En adelante, las referencias normativas se referirán, fundamentalmente, a dicha Ley y, en su caso y por los motivos que se indicarán *infra*, a la Ley 2/1998, de 15 de junio, *de salud de Andalucía* (BOE 185, 4.8.1998), modificada por la Ley 5/2003, de 9 de octubre, *de declaración de voluntad vital anticipada* (BOE 279, 21.11.2003).

³⁷ El Convenio, hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997, entró en vigor en España el 1 de enero de 2000.

³⁸ La ley define el consentimiento informado en su artículo 3 como “la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud”.

³⁹ Por su parte, el artículo 8.2 establece que, como regla general, dicho consentimiento será verbal salvo en los casos de “intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente”, en los que revestirá forma escrita.

ya otorgado, si bien en este caso la norma exige que dicha retirada se verifique formalmente por escrito (artículo 8.5)

En el hipotético supuesto de que el individuo rechace o no acepte el tratamiento prescrito por los facultativos, se prevé (artículo 21) que dicha negativa constará en todo caso por escrito y que se le propondrá “la firma del alta voluntaria” y, caso de no firmarla, que “la dirección del centro sanitario, a propuesta del médico responsable, podrá disponer el alta forzosa en las condiciones reguladas por la Ley”⁴⁰. Ahora bien, la Ley estipula que la negativa al tratamiento no tiene por qué ir indefectiblemente ligada al alta forzosa del paciente, supuesto que se producirá cuando existan tratamientos alternativos, “aunque tengan carácter paliativo”, siempre que los preste el centro sanitario y el paciente acepte recibirlos.

En suma, en el ámbito médico asistencial toda persona tiene derecho a que previamente a cualquier intervención en el ámbito de su salud se recabe su consentimiento informado. Como correlato lógico, se añaden a esta facultad la posibilidad de revocar en todo momento el consentimiento previamente otorgado y el derecho a oponerse o rechazar toda intervención o tratamiento. A la luz de la doctrina constitucional anteriormente expuesta, la peculiaridad radicaría en la naturaleza de dichas potestades, pues no se trataría de simples derechos atribuidos por la normativa que acaba de examinarse, sino de conductas todas ellas amparadas por el derecho fundamental a la integridad física y moral consagrado en el artículo 15 CE y, en función de las circunstancias concurrentes, también por los derechos fundamentales a la libertad ideológica y religiosa (artículo 16.1 CE) y a la intimidad (artículo 18.1 CE)

3.2. Eventuales límites

Ahora bien, partiendo del reconocimiento de este espacio de autodeterminación en el ámbito clínico, el ordenamiento jurídico afronta la realidad de la existencia de supuestos en los que la asistencia sanitaria se presta en ausencia o en contra de voluntad válida jurídicamente atribuible al individuo enfermo⁴¹. Dejando al margen la problemática relativa a las múltiples hipótesis de prestación del consentimiento por representación, así como los denominados supuestos de “estado de necesidad terapéutica”, no necesariamente coincidentes con los anteriores, la legislación sanitaria se refiere, generalmente, a dos casos en los que se exceptúa el principio

⁴⁰ Con arreglo al artículo 21.2, “En el caso de que el paciente no acepte el alta, la dirección del centro, previa comprobación del informe clínico correspondiente, oirá al paciente y, si persiste en su negativa, lo pondrá en conocimiento del juez para que confirme o revoque la decisión”.

⁴¹ En este contexto, y con carácter general, es necesario distinguir una pluralidad de variantes que probablemente requieran respuestas jurídicas heterogéneas. Por una parte, es preciso destacar la relevancia analítica de deslindar aquellas situaciones en las que la asistencia sanitaria se presta existiendo una voluntad válida que el ordenamiento jurídico imputa al sujeto afectado, de aquellas en las que simplemente no existe; es decir, aquellos casos de intervención en la salud en ausencia de cualquier tipo de voluntad atribuible al paciente. Por otra, y con relación al primero de ambos supuestos, han de distinguirse aquellas en las que aquél expresa personalmente su voluntad, sea anuente o de rechazo, de aquellas en las que el derecho, en atención a sus condiciones personales, recurre al expediente técnico-jurídico de la representación.

general de respeto a la autodeterminación del enfermo: aquellos que afectan a la salud pública y la denominada “urgencia o emergencia vital”.

El artículo 9.2 de la Ley 41/2002 afirma que el personal médico podrá “llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento” en dos supuestos. En primer lugar, cuando exista riesgo para la salud pública “a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley”⁴². En segundo lugar, “cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización”, supuesto en el que el legislador establece que, si las circunstancias lo permiten, se consultará “a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él”⁴³.

De conformidad con la doctrina constitucional anteriormente expuesta, ha de tenerse presente que las previsiones normativas descritas no suponen sino el establecimiento de un límite o restricción, al menos, al derecho fundamental a la integridad física y moral y, por lo tanto, habrán de quedar sujetas a los requerimientos que el ordenamiento jurídico impone a este tipo de operaciones jurídicas. En este punto, se trataría de examinar cuáles son esos requerimientos y cómo son concebidos, al objeto de identificar los datos constitucionales a cuya luz han de ser interpretadas y aplicadas aquellas normas.

Como regla general, el Tribunal Constitucional considera constitucionalmente legítima la restricción impuesta a un derecho fundamental, cuando satisface una serie de requerimientos tanto de naturaleza formal como sustantiva⁴⁴. Con relación a los de carácter formal, todo límite a un derecho fundamental habría de venir establecido mediante resolución judicial motivada y dictada al amparo de lo previsto en una norma con rango de Ley⁴⁵. Desde un estricto punto de vista material, el límite habría de poseer fundamento constitucional, respetar las exigencias derivadas del principio de proporcionalidad⁴⁶ y, cualquiera que fuese la situación derivada de su

⁴² Véase la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, *de medidas especiales en materia de salud pública* (BOE 102, 29.4.1986)

⁴³ Por su parte, el artículo 8 del Convenio de Oviedo prevé que, cuando “debido a una situación de urgencia, no pueda obtenerse el consentimiento adecuado, podrá procederse inmediatamente a cualquier intervención indispensable desde el punto de vista médico en favor de la salud de la persona afectada”.

⁴⁴ El artículo 26 del Convenio de Oviedo prevé, como regla general, que los derechos que consagra no admitirán más restricciones “que las que, previstas por la ley, constituyan medidas necesarias, en una sociedad democrática, para la seguridad pública, la prevención de las infracciones penales, la protección de la salud pública o la protección de los derechos y libertades de las demás personas”.

⁴⁵ Sin embargo, y como consecuencia de las circunstancias concurrentes en el concreto supuesto de hecho, el juez de la Constitución ha admitido excepcionalmente la legitimidad de ciertas restricciones impuestas a los derechos fundamentales pese a no estar amparadas por resolución judicial. Por ejemplo, como consecuencia de las peculiaridades del contexto penitenciario (STC 37/1989, 1ª, 15.2.1989, FJ 7) o, en el caso de la STC 207/1996, 1ª, 16.12.1996, FJ 4 y ante la falta de reserva de jurisdicción en el artículo 15 CE, reconociendo la posibilidad de que, por razones acreditadas de urgencia y necesidad, la Ley autorice a la policía judicial a practicar “intervenciones corporales leves” y “simples inspecciones y reconocimientos”.

⁴⁶ En su jurisprudencia relativa a las denominadas “intervenciones corporales”, el Tribunal suele añadir un conjunto de exigencias que, en puridad, no son sino expresión del principio de proporcionalidad. Se trata,

imposición, no conllevar en ningún caso “menosprecio para la estima que en cuanto ser humano merece la persona”⁴⁷. Sin embargo, el uso del concepto de contenido esencial que hace el juez de la Constitución en esta materia, plantea numerosas dificultades⁴⁸.

En la jurisprudencia constitucional recaída hasta la fecha, y pese a que en ocasiones el razonamiento del Tribunal pudiera sugerir lo contrario, dos han sido los argumentos esgrimidos para sostener la legitimidad constitucional de la asistencia sanitaria no consentida⁴⁹. Atendido el objeto de estas páginas y el carácter contingente del primero de ellos, pues sólo concurriría en determinados supuestos atendido el *status* jurídico del individuo que soporta la restricción de sus derechos⁵⁰, conviene detenerse en el de alcance universal⁵¹: la protección de la vida humana

básicamente, de que la intervención no suponga ni objetiva ni subjetivamente un riesgo o quebranto para la salud de la persona que la padece y que se realice por personal sanitario que deberá ser especializado si así lo requiere su naturaleza (véanse, entre otras, las SSTC 7/1994, 1ª, 17.1.1994, FJ 3; 35/1996, 2ª, 11.3.1996, FJ 4 y 207/1996, 1ª, 16.12.1996, FJ 4).

⁴⁷ STC 120/1990, Pleno, 27.6.1990, FJ 4.

⁴⁸ Pueden compararse, por ejemplo, los FFJJ 8 y 6, respectivamente, de las STC 120/1990, Pleno, 27.6.1990 (MP: Jesús Leguina Villa) y STC 137/1990, Pleno, 19.7.1990 (MP: José Luis de los Mozos de los Mozos y Vicente Gimeno Sendra).

⁴⁹ Fundamentalmente, han sido dos los ámbitos en los que se ha examinado las posibles restricciones al derecho fundamental a la integridad física y moral: las intervenciones corporales en el marco penitenciario y en el contexto de las necesidades probatorias en el seno del proceso y la asistencia sanitaria no consentida.

⁵⁰ La contingencia del primero de los argumentos se explica por el hecho de que, por el momento, la doctrina del Tribunal Constitucional en torno a la naturaleza y límites de la asistencia sanitaria no consentida, nace de examinar la legitimidad de distintas decisiones judiciales que, ante el progresivo agravamiento de su estado de salud, autorizaron la alimentación forzosa de un grupo de presos pertenecientes a un grupo terrorista que había iniciado una huelga de hambre reivindicativa contra la política penitenciaria del Gobierno [STC 120/1990, Pleno, 27.6.1990; STC 137/1990, Pleno, 19.7.1990; STC 11/1991, Pleno, 17.1.1991 (MP: Fernando García-Mon y González-Regueral) y STC 67/1991, Pleno, 22.3.1991 (MP: Fernando García-Mon y González-Regueral)] En opinión del Tribunal, la relación especial de sujeción que media entre reclusos y poderes públicos (artículo 25.2 CE), unida al deber de los últimos de preservar la vida, salud e integridad de los primeros [artículo 3.4 de la Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, *General Penitenciaria* (BOE 239, 5.10.1979; en adelante LOGP)], legitimaría la restricción al derecho fundamental a la integridad física y moral consistente en suministrar tratamiento médico no consentido en todos aquellos supuestos en los que su vida corriese peligro (STC 120/1990, Pleno, 27.6.1990, FFJJ 6 y 8) Esta doctrina, sin embargo, habría desbordado las legítimas restricciones de derechos fundamentales al amparo del artículo 25.2 CE derivadas de la situación de prisión, estableciendo un diferente *status* del paciente en función de su situación de libertad o de reclusión (frente a lo sostenido con relación al derecho fundamental a la vida por la STC 48/1996, 2ª, 25.3.1996, FJ 1) Por el contrario, y tal y como sugieren otros pronunciamientos [STC 57/1994, 2ª, 28.2.1994, FJ 6 (MP: Julio Diego González Campos)], parece razonable interpretar las potencialidades de la remisión contenida en aquel precepto constitucional sin desvincularla del contexto en que se inserta; es decir, el ámbito penitenciario y sus especialidades.

⁵¹ Aunque en un primer momento pudiera parecer que son la relación especial de sujeción y la alegada ilegitimidad de la huelga de hambre los argumentos principales en el razonamiento del Tribunal, la centralidad de la preservación de la vida humana es manifiesta en sus conclusiones, donde desaparece toda referencia a aquellas y la alimentación forzosa de los presos se justifica, exclusivamente, en términos de salvaguarda de sus vidas (STC 120/1990/12, Pleno, 27.6.1990) Es más, el deber que impone el artículo 3.4 LOGP se vincula

como bien jurídico constitucionalmente protegido y valor superior del ordenamiento jurídico-constitucional con anclaje en el artículo 15 CE.

En la tesis del Tribunal, la restricción de derechos fundamentales que significa la prestación no consentida de la asistencia médica, es constitucionalmente legítima por estar encaminada a preservar otro bien jurídico constitucionalmente protegido de especial trascendencia constitucional, la vida humana. La licitud de la asistencia sanitaria no consentida se situaría, así, en el contexto del significado y naturaleza atribuido por el juez de la Constitución al derecho fundamental a la vida: una vez caracterizado como expresión de un valor superior del ordenamiento jurídico y delimitado en términos estrictamente negativos, se legitima la imposición del tratamiento médico en aras de su preservación. Esta conclusión, además, sería coherente con la afirmación de que el reconocimiento de un derecho a la propia muerte contravendría el contenido esencial del derecho fundamental a la vida.

4. Conclusiones a la luz de algunos supuestos recientes

Con arreglo a la doctrina constitucional descrita y al marco normativo actualmente vigente ¿puede una persona adulta, capaz y en una decisión libre y personal que sólo a ella afecta, rechazar o retirar el consentimiento previamente otorgado a un tratamiento médico aún cuando dicha decisión comporte inevitablemente su muerte? Como se sabe, esta cuestión se planteó recientemente en la forma de solicitud de suspensión o retirada del tratamiento de soporte vital (“suspensión del tratamiento con ventilación mecánica”) por parte de Doña Inmaculada Echeverría; solicitud que, como consecuencia de la rueda de prensa que ofreció en octubre del año 2006, reabrió en España el debate en torno a la eutanasia⁵². Inmaculada Echeverría era una mujer de 51 años residente en Granada que, como consecuencia de la distrofia muscular que padecía desde los once años, había pasado los últimos años de su vida tumbada en una cama y conectada a un respirador. En el año 2006 y con arreglo a la normativa vigente, otorgó un

directamente a la garantía de “bienes constitucionales consagrados como son la vida y la salud de las personas”. La ambivalencia de esta doctrina fue puesta de manifiesto por sus primeros comentaristas, véanse RUIZ MIGUEL (1993, p. 140) y TOMÁS-VALIENTE (1999, pp. 329 y ss.) Recuérdese, asimismo, que de la doctrina del TEDH podría inferirse, incluso, la existencia de un deber general de los poderes públicos de proteger la vida de sus ciudadanos incluso frente a amenazas derivadas de su propia conducta (Sentencia *Keenan c. Reino Unido*, 3^a, 3.4.2001).

⁵² En fechas cercanas, concretamente en mayo de 2006, Jorge León Escudero, un cuadrapléjico de 53 años residente en Valladolid que había perdido la movilidad en brazos y piernas como consecuencia de un accidente y que precisaba de un respirador, solicitó ayuda para “morir con dignidad” a través de su página web. El 5 de mayo de 2006 fue hallado muerto en su domicilio. Su respirador había sido desconectado y junto a su cuerpo se encontró un vaso vacío que, al parecer, había contenido un sedante. También en enero de 2007, una mujer de 69 años conocida como Madeleine Z y que padecía la enfermedad de Lou Gehrig, se suicidó tras ingerir, aparentemente, un coctel de drogas en su residencia de Alicante con la ayuda de otros dos miembros de la Asociación Derecho a Morir Dignamente. Un debate similar se ha abierto en Italia con especial intensidad a raíz de los casos de Piergorgio Welby y, sobre todo y más recientemente, de Eluana Englaro; con relación a estas cuestiones en la doctrina constitucional italiana véanse, entre otros, CASONATO (1995) y (2008) y VERONESI (2007).

testamento vital. Aunque su petición no alcanzó finalmente los tribunales, sí fue objeto de un informe de la Comisión Autonómica de Ética e Investigación Sanitarias de Andalucía y de un dictamen del Consejo Consultivo de Andalucía, que sostuvieron la legitimidad de su petición. Inmaculada Echeverría falleció finalmente el 14 de marzo de 2007, cuando el personal médico desconectó su respirador tras haberla sedado para evitar todo sufrimiento⁵³ y haber confirmado, una vez más, cuál era su voluntad.

Concretamente, la cuestión que fue objeto de examen por el Dictamen del Consejo Consultivo de Andalucía fue “si el derecho a rechazar el tratamiento y el respeto a la autonomía de la paciente pueden verse limitados o excepcionados en este caso por una posible colisión con otros elementos de nuestro ordenamiento jurídico”⁵⁴.

De conformidad con el marco constitucional descrito *supra*, la petición formulada por Inmaculada Echeverría no sería sino ejercicio del derecho fundamental a la integridad física y moral y, en su caso, a la libertad ideológica y religiosa. Y así aparecería reflejado en la vigente normativa sanitaria que, tal y como se ha mostrado, exige como regla general que toda intervención en el ámbito de la salud se realice con el consentimiento de la persona afectada y otorga al paciente los derechos a rechazar un tratamiento médico y a retirar en cualquier momento el consentimiento previamente otorgado. En el presente caso, además, las previsiones de la Ley 41/2002 habrían de completarse con lo preceptuado por la Ley 2/1998, de 15 de junio, *de salud de Andalucía* (BOE 185, 4.8.1998; en adelante *Ley 2/1998, de salud de Andalucía*)⁵⁵ En este sentido, su artículo 6 ñ) consagra el derecho de la persona a “que se respete su libre decisión sobre la atención sanitaria que se le dispense”, debiéndose a tal efecto y como regla general obtener su previo consentimiento informado que puede ser libremente revocado, y su artículo 6 p) el derecho a negarse al tratamiento⁵⁶. Afirmada la existencia del derecho, la cuestión quedaría reconducida a sus eventuales límites; es decir, a si resultaba de aplicación alguna de las previsiones normativas que excepcionan en determinados supuestos la autonomía del paciente.

⁵³ “Una última consideración debe realizarse sobre los actos ejecutivos de la desconexión de la ventilación mecánica, que han de ser adoptados observando todas las medidas necesarias para evitar sufrimiento físico y mental a la víctima, incluida si fuera necesario la sedación profunda. En caso contrario, se le estaría dispensando un trato inhumano y degradante que viene expresamente vetado por la Constitución (art. 15) y castigado por el Código Penal como delito contra la integridad moral (art. 173.1)”, Dictamen del Consejo Consultivo de Andalucía, p. 56 (en adelante Dictamen).

⁵⁴ Dictamen p. 2; un segundo problema fue el relativo a “las posibles consecuencias jurídicas de la actuación de los profesionales sanitarios en caso de proceder a la desconexión solicitada por la paciente con el previsible resultado del fallecimiento de la misma”.

⁵⁵ Aunque no en vigor en aquel momento, el artículo 22.2 de la Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, *de reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía* (BOE 68, 20.3.2007) establece, entre otros derechos de los pacientes y usuarios del sistema andaluz de salud, el consentimiento informado y el acceso a los cuidados paliativos.

⁵⁶ En este caso, el paciente deberá “firmar (...) el documento pertinente, en el que quedará expresado con claridad que (...) ha quedado suficientemente informado y rechaza el tratamiento sugerido” (artículo 8.6).

Tal y como se indicó *supra*, existen básicamente dos situaciones en las que es legítimo intervenir en el ámbito de la salud de la persona sin necesidad de contar con su consentimiento. En primer lugar, cuando existe un riesgo para la salud pública [artículos 9.2 a) de la Ley 41/2002 y 6 ñ) 1. de la Ley 2/1998, *de salud de Andalucía*] En segundo lugar, “Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización” [artículo 9.2 b) de la Ley 41/2002]⁵⁷ Obviamente, y dado que la petición de Inmaculada Echeverría no planteaba ningún problema de salud pública y se trataba de una decisión personal de una persona capaz que no afectaba a bienes o derechos ajenos a su esfera jurídica, la duda era si resultaba de aplicación la segunda excepción; es decir, se trataba de determinar el alcance de los denominados supuestos de “urgencia o emergencia vital”⁵⁸.

Más allá de una u otra concepción de los derechos fundamentales involucrados en la asistencia sanitaria no consentida, es decir, si son o no derechos de libertad que otorguen al individuo un poder de disposición sobre la vida y el cuerpo propios⁵⁹, la clave para una interpretación constitucionalmente adecuada de los supuestos de urgencia vital, radica en determinar si el sistema constitucional de derechos fundamentales tolera la imposición de una asistencia médica en contra de la voluntad del sujeto cuando no están en juego derechos o bienes constitucionales ajenos. Yendo más allá, se trataría en última instancia de delimitar el ámbito constitucionalmente definido de *agere licere* del individuo; es decir, un espacio de libertad que, sin revestir en sí mismo naturaleza iusfundamental, no toleraría, a la luz de la Constitución, intromisión alguna por parte del poder público⁶⁰.

Desde esta perspectiva, la forma en la que jurisprudencia constitucional ha resuelto hasta la fecha estas situaciones, es decir, en términos de la existencia de un conflicto entre derechos fundamentales del propio individuo o entre sus derechos fundamentales y otros bienes y valores constitucionales pertenecientes a su esfera jurídica, debe ser rechazado. Quizá con origen en una problemática concepción del significado y naturaleza de la doble dimensión de los derechos

⁵⁷ Por su parte, el artículo 6 ñ) 4. de la Ley 2/1998, *de salud de Andalucía*, habla de la existencia de “peligro inminente de lesión grave irreversible o de fallecimiento que exija una actuación urgente, salvo que la declaración de voluntad vital anticipada disponga otra cosa”.

⁵⁸ Un examen pormenorizado de estas cuestiones en ARRUEGO (2008).

⁵⁹ No puede ocultarse, sin embargo, que en determinadas circunstancias y atendido el actual contexto biomédico y los avances que experimenta, una tal interpretación parece cada vez más plausible.

⁶⁰ “La Constitución, como categoría jurídico-normativa, puede ser vista como un sistema preceptivo (...) Pero no integra un orden absoluto de valores, sino sólo en lo relativo a la vida en común. Y, por ello, hay -debe haber- lo que daremos en denominar *silencios constitucionales* (...) si bien la constitución compone un marco de reglas y opciones, en ningún caso alcanza a querer ser, ni proponer, ni mucho menos imponer, un ideal de vida personal (...) De modo que, entre la norma constitucional y el *agere licere*, hay un espacio de oportunidad en el que se desenvuelve la mayor parte de la vida social: un espacio de valoración cambiante que sólo encontrará en la constitución los perfiles contramayoritarios, tan necesarios, en materia de derechos fundamentales. En definitiva, la Constitución impide muchas cosas a los poderes públicos, pero es harto dificultoso pretender anclar en la Constitución prohibiciones de comportamiento de disposición sobre el propio cuerpo” (Chueca, 2009; cursivas en el original).

fundamentales, este modo de proceder habría posibilitado algún entendimiento de aquellos que comprometería seriamente su indemnidad. Básicamente, al hilo de su vertiente objetiva se transformaría su naturaleza y, de ser primariamente derechos subjetivos, se los convertiría en institutos, bienes o valores a los que se atribuiría un determinado contenido o fines y a cuyo cumplimiento se subordinarían vertiente subjetiva y acción de los poderes públicos. Es decir, no sólo se postergaría lo que los derechos fundamentales primariamente son, derechos subjetivos, sino que, además, se los funcionalizaría respecto de los bienes, valores o institutos que pretendidamente encarnan y que, derivados inicialmente de su vertiente subjetiva, llegarían a oponerse a ella para limitarla o instrumentalizarla⁶¹.

Por el contrario, normas como las contenidas en los artículos 1.1, 9.2, 10.1 ó 53.1 de la Constitución, son la expresión del compromiso constitucional por asegurar la vigencia real y efectiva de los derechos fundamentales como lo que principalmente son; es decir, derechos subjetivos cuya titularidad ostentan las personas no de forma aislada sino en el seno de las relaciones sociales. Por ello, el artículo 10.1 CE se refiere, entre otros, al respeto a los derechos de los demás como “fundamento del orden político y de la paz social”. A la luz de todo ello, toda restricción de los derechos fundamentales del individuo cuya justificación radicara en la preservación de sus propios derechos e intereses estaría constitucionalmente proscrita; en otras palabras, cuando su conducta no comprometiera otros bienes o valores constitucionales ajenos a su esfera jurídica⁶².

Por lo tanto, los denominados supuestos de “urgencia o emergencia vital” no pueden ser interpretados como límites, sino como meras excepciones al principio general de autonomía del paciente. Este tipo de previsiones normativas regulan aquellas situaciones en las que, como consecuencia de las circunstancias fácticas y personales concurrentes, es preciso intervenir en el ámbito de la salud del sujeto afectado para salvaguardar su integridad e incluso su vida, sin que pueda expresar su consentimiento o rechazo. Nótese que, a pesar de la confusión generada por el distinto lenguaje utilizado por los diversos legisladores, en estas circunstancias la posibilidad de obtener el consentimiento informado del paciente resulta imposible por su propia naturaleza. Por

⁶¹ En torno a estas cuestiones es clásica la cita de BÖCKENFÖRDE (1993). Con relación a la “teoría de los derechos fundamentales constitucionalmente adecuada a la Constitución española”, “nada hay en la CE que apunte a una prevalencia de la dimensión institucional sobre la dimensión subjetiva del derecho y menos aún al sacrificio de ésta, ni siquiera allí donde la estructura institucional puede tener mayor presencia, como en el caso del derecho de propiedad (art. 33 CE) (STC 37/1987, FJ 2º). Los derechos fundamentales no están funcionalizados y no están regulados para que su ejercicio sirva a determinados fines o valores, salvo el derecho a la educación (art. 27.2 CE). Las instituciones derivadas de la dimensión objetiva de los derechos pueden ser fuente de delimitación del contenido subjetivo, pero ni del principio democrático ni del principio social del artículo 1.1 ni de las regulaciones concretas de los derechos cabe deducir servidumbres al ejercicio de los derechos, ni una jerarquización o preferencia de unos sobre otros”, BASTIDA FREIJEDO *et alii* (2004, p. 79).

⁶² Como expresamente afirma el artículo 26 del Convenio de Oviedo, como regla general y entre otras, no caben más restricciones a los derechos que consagra que las que, “previstas por la ley, constituyan medidas necesarias, en una sociedad democrática, para (...) la protección de los derechos y libertades de las demás personas”.

ello, algunas de las normas que al regular estas situaciones han decidido incluir una referencia a la voluntad del afectado no utilizan el término “consentimiento” sino “autorización”⁶³.

En suma, tres serían, básicamente, los elementos que identificarían este tipo de situaciones: la gravedad, pues existe un riesgo cierto de que la integridad o la vida del individuo sufran un importante menoscabo; la urgencia, pues dicho riesgo impone una intervención médica perentoria; y la imposibilidad de que el paciente manifieste su voluntad con relación a la intervención sanitaria que precisa. Este último y crucial elemento está presente, por ejemplo, en el artículo 6. ñ) 4. de la Ley 2/1998, *de salud de Andalucía*, que autoriza este tipo de intervenciones “salvo que la declaración de voluntad vital anticipada disponga otra cosa”; evidentemente, también cuando no existe “testamento vital” pero la persona manifiesta libre y conscientemente su voluntad contraria en ese preciso instante. En definitiva, a través de este tipo de previsiones normativas el ordenamiento jurídico presta su cobertura o autoriza la realización de intervenciones médicas no contrarias a la voluntad libre y conscientemente expresada por el paciente, sino, precisamente, en su ausencia.

Por lo tanto, tampoco este tipo de previsiones resultaban de aplicación a la solicitud de Inmaculada Echeverría. Similares conclusiones alcanzó en su Dictamen el Consejo Consultivo de Andalucía, si bien tras un recorrido argumental que presenta algunas peculiaridades.

Pese a la consolidada doctrina constitucional analizada páginas atrás, y probablemente como consecuencia de que la petición de Inmaculada Echeverría conduciría inevitablemente a su muerte, el Consejo Consultivo centró su examen casi exclusivamente en el significado y contenido del derecho fundamental a la vida, sin prácticamente mención del derecho fundamental a la integridad. De hecho, y tras analizar la jurisprudencia del Tribunal Constitucional y del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, afirmó que la respuesta a las cuestiones suscitadas debía de encontrarse en la específica legislación en torno a la autonomía del paciente.

Así, y tras el estudio de la Ley 41/2002 y de la Ley 2/1998, *de salud de Andalucía*, el Consejo concluyó que, siempre con relación a adultos capaces que expresen libremente su voluntad, “la regulación básica y autonómica han concebido el principio de autonomía de la voluntad del paciente en unos términos tan amplios que no dejan lugar a dudas sobre la posibilidad de que la falta de consentimiento para una determinada intervención o asistencia, la revocación del mismo o el rechazo de un determinado tratamiento sean decisiones lícitas, aun cuando puedan acarrear situaciones que comprometan gravemente la salud del paciente y lleven incluso a la muerte”⁶⁴. El Dictamen excluyó la posibilidad de aplicar las dos excepciones previstas al principio de autonomía del paciente. Evidentemente, la cláusula de salud pública y, con relación a las situaciones de “urgencia vital”, puesto que “el legislador exige que no sea posible conseguir su

⁶³ Tal es el caso del artículo 9.2 b) de la Ley 41/2002.

⁶⁴ Dictamen, p. 48.

autorización, en cuyo caso impone la consulta, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él”⁶⁵. En definitiva, incluso en aquellos supuestos en que su vida se encontrara en peligro, no sería posible imponer un tratamiento médico en contra de la voluntad libremente expresada de un paciente capaz.

En suma, el Consejo entendió que el ordenamiento jurídico español permite “que cualquier paciente que padezca una enfermedad irreversible y mortal pueda tomar una decisión como la que ha adoptado doña I.E.”. En tales circunstancias, se trataría “de una petición amparada por el derecho a rehusar el tratamiento y su derecho a vivir dignamente (*sic*), sin estar exceptuada por ninguna de las previsiones legales específicamente examinadas en este fundamento jurídico que permitirían continuar la asistencia médica en contra del consentimiento de la paciente”. Por ello, “resulta exigible la conducta debida por parte de los profesionales sanitarios para que sea respetado el derecho de la misma a rehusar los medios de soporte vital que se le aplican”⁶⁶.

5. Tabla de sentencias

Jurisprudencia Tribunal Constitucional

<i>Tribunal y fecha</i>	<i>Referencia</i>	<i>Ponente</i>
TC, 27.6.1984	STC 75/1984	Francisco Rubio Llorente
TC, 13.2.1985	STC 19/1985	Jerónimo Arozamena Sierra
TC, 11.4.1985	STC 53/1985	Gloria Begué Cantón y Rafael Gómez-Ferrer Morant
TC, 17.4.1985	ATC 241/1985	Luis Díez-Picazo y Ponce de León, Francisco Tomás y Valiente y Francisco Pera Verdaguer.
TC, 21.5.1987	STC 65/1987	Luis López Guerra
TC, 27.6.1990	STC 120/1990	Fernando García-Mon y González-Regueral, Eugenio Díaz Eimil y José Vicente Gimeno Sendra
TC, 19.7.1990	STC 137/1990	José Luis de los Mozos de los Mozos y Vicente Gimeno Sendra
TC, 17.1.1991	STC 11/1991	Fernando García-Mon y González-Regueral
TC, 22.3.1991	STC 67/1991	Fernando García-Mon y González-Regueral
TC, 17.1.1994	STC 7/1994	Miguel Rodríguez-Piñero y Bravo-Ferrer
TC, 24.1.1994	ATC 24/1994	José Vicente Gimeno Sendra, Fernando García-Mon y González-Regueral, Pedro Cruz Villalón
TC, 28.2.1994	STC 57/1994	Julio Diego González Campos
TC, 14.7.1994	STC 215/1994	Julio Diego González Campos
TC, 11.3.1996	STC 35/1996	José Gabaldón López
TC, 25.3.1996	STC 48/1996	Rafael de Mendizábal Allende
TC, 28.10.1996	ATC 304/1996	José Gabaldón López, Fernando García-Mon y González-Regueral
TC, 28.10.1996	STC 166/1996	Fernando García-Mon y González-Regueral

⁶⁵ Dictamen, p. 36.

⁶⁶ Dictamen, pp. 49 y 50; la existencia de este problemático y confuso “derecho a vivir dignamente”, que el Dictamen sólo menciona en una ocasión, no es sustentado en argumento jurídico alguno.

TC, 16.12.1996	STC 207/1996	Vicente Gimeno Sendra
TC, 19.12.1996	STC 212/1996	Pedro Cruz Villalón
TC, 14.6.1999	ATC 149/1999	Pedro Cruz Villalón, Pablo García Manzano Toledo y Fernando Garrido Falla
TC, 17.6.1999	STC 116/1999	Pablo García Manzano
TC, 29.6.2000	STC 181/2000	Pablo García Manzano
TC, 24.5.2001	STC 119/2001	Manuel Jiménez de Parga y Cabrera
TC, 14.1.2002	STC 5/2002	Pablo García Manzano
TC, 18.7.2002	STC 154/2002	Pablo Cachón Villar
TC, 25.11.2002	STC 221/2002	Guillermo Jiménez Sánchez
TC, 17.1.2005	STC 3/2005	Eugeni Gay Montalvo
TC, 12.9.2005	STC 220/2005	Pablo Pérez Tremps
TC, 27.3.2007	STC 62/2007	Javier Delgado Barrio
TC, 2.7.2007	STC 160/2007	María Emilia Casas Baamonde

Jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos

<i>Tribunal y fecha</i>	<i>Referencia</i>
TEDH, 9.12.1994	<i>López Ostra c. España</i>
TEDH, 29.10.1998	<i>Osman c. Reino Unido</i>
TEDH, 3.4.2001	<i>Keenan c. Reino Unido</i>
TEDH, 29.4.2002	<i>Pretty c. Reino Unido</i>
TEDH, 22.7.2003	<i>Y. F. c. Turquía</i>
TEDH, 9.3.2004	<i>Glass c. Reino Unido</i>
TEDH, 16.11.2004	<i>Moreno Gómez c. España</i>

Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos

<i>Tribunal y fecha</i>	<i>Referencia</i>
CIDH, 24.1.1998	<i>Caso Blake c. Guatemala</i>
CIDH, 19.11.1999	<i>Caso Villagrán Morales y otros c. Guatemala</i>

Jurisprudencia del Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas

<i>Tribunal y fecha</i>	<i>Referencia</i>
TJCE, 9.10.2001	<i>Caso C-377/98, Holanda c. El Parlamento Europeo y el Consejo</i>

6. Bibliografía citada

ARRUEGO RODRÍGUEZ, G. (2008), "La naturaleza constitucional de la asistencia sanitaria no consentida y los denominados supuestos de urgencia vital", *REDC*, n. 82.

BARCELONA LLOP, J. (2007), *La garantía europea del derecho a la vida y a la integridad personal frente a la acción de las fuerzas del orden*, Thomson-Civitas, Cizur Menor.

BASTIDA FREIJEDO, F. *et alii* (2004), *Teoría General de los Derechos Fundamentales*, Tecnos, Madrid.

BÖCKENFÖRDE, E. W. (1993), *Escritos sobre derechos fundamentales*, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, (traducción de REQUEJO PAGÉS, J. L. y VILLAVERDE MENÉNDEZ, I.)

CANOSA USERA, R. (2006), *El derecho a la integridad personal*, Lex Nova, Valladolid.

CASONATO, C. (1995), *Diritto a la riservatezza e trattamenti sanitari obbligatori*, Università di Trento, Trento.

--- (2008) "Consenso e rifiuto delle cure in una recente sentenza della Cassazione", *Quaderni costituzionali*, n. 3.

CHUECA RODRÍGUEZ, R. (2008), "Los derechos fundamentales a la vida y a la integridad física: el poder de disposición sobre el final de la vida propia", *Derecho y Salud*, Vol. 16, XVI Congreso "Derecho y Salud".

--- (2009) "El marco constitucional del final de la vida propia", *REDC*, n. 85, (en prensa; original consultado por cortesía del autor).

DOMÉNECH PASCUAL, G. (2006), *Derechos fundamentales y riesgos tecnológicos*, CEPC, Madrid.

ROMEO CASABONA, C., M^a (1994), *El derecho y la bioética ante los límites de la vida humana*, Editorial Centro de Estudios Ramón Areces, Madrid.

ROMEO MALANDA, S. (2006), "Responsabilidad penal por la omisión de tratamientos médicos a recién nacidos gravemente discapacitados (a la vez, una reflexión sobre el concepto del nacimiento en el orden jurídico español)", *Derecho y Salud*, Vol. 14.

RUIZ MIGUEL, A. (1993), "Autonomía individual y derecho a la propia vida (Un análisis filosófico-jurídico)", *RCEC*.

TOMÁS-VALIENTE LANUZA, C. (1999), *La disponibilidad de la propia vida en el derecho penal*, CEPC, Madrid.

--- (2003) "La disponibilidad de la propia vida: aspectos constitucionales", *El derecho a la vida*, Tribunal Constitucional-CEPC, Madrid.

VERONESI, P. (2007), *Il Corpo e la costituzione. Concretezza dei "casi" e astrattezza della norma*, Giuffrè, Milano.