

Título: La asistencia al suicidio ¿un derecho constitucional? El caso de Canadá

Autores: Lafferrière, Jorge Nicolás - Zabaleta, Daniela B.

Publicado en: DFyP 2015 (julio), 13/07/2015, 223

Cita Online: AR/DOC/1596/2015

Sumario: I. Introducción.— II. El caso: Carter v. Canadá (Attorney General).— III. Reflexiones sobre la justicia en el final de la vida.— IV. Conclusión.

#### I. Introducción

Al igual que sucede en nuestro ordenamiento penal (1), tanto la asistencia como la instigación al suicidio se encuentran penados en Canadá. El artículo 14 de su Criminal Code —de ahora en adelante Code— prevé que ninguna persona puede consentir en que otro le cause la muerte, y el inciso b) del artículo 241 reprime con prisión de hasta catorce años a toda persona que asista o instigue a otra a cometer suicidio, sin importar si el suicidio efectivamente se consuma o no (2). Con estas dos provisiones legales, Canadá prohíbe penalmente la asistencia al suicidio. Mas, esta situación cambió el pasado 6 de febrero de 2015 cuando el Máximo Tribunal de ese país determinó en los autos Carter v. Canadá (Attorney General) que las mencionadas disposiciones penales se contraponían con ciertos derechos reconocidos por la carta magna canadiense.

Abocaremos el presente comentario al análisis del fallo referido. Describiremos sus antecedentes, contenido y fundamentos. Señalaremos también alguno de los interrogantes que plantea para finalmente concluir con una serie de reflexiones acerca de lo que la asistencia al suicidio implica.

#### II.- El caso: Carter v. Canada (Attorney General)

##### II. a) Antecedentes

Tanto la tentativa de suicidio como su asistencia e instigación fueron penalmente perseguidas en Canadá desde la sanción de su Código Penal en 1892. Tras verificar que el castigo a los suicidas no era una herramienta eficaz para evitar que tales atentados contra la vida continúen sucediendo, en 1972, el Parlamento decidió despenalizar la tentativa de suicidio pero mantuvo la prohibición de asistir o instigar a una persona para cometerlo en los artículos 14 y de 241 inciso b) del Code; prohibición que fue cuestionada por primera vez en 1992 por una mujer de 42 años de edad, Sue Rodriguez, con diagnóstico de esclerosis lateral amiotrófica (E.L.A).

La esclerosis lateral amiotrófica — también conocida como enfermedad de Lou Gehrig en referencia al jugador de beisbol de los Yankees de Nueva York que la padeció (3) — es una enfermedad progresiva causada por la degeneración de las neuronas motoras y raíces neurales que controlan los movimientos musculares voluntarios (4). Si bien Sue, al momento de interponer la demanda, todavía podía valerse por sus propios medios, sabía que iba a llegar el momento en que no iba a poder tragar, hablar, caminar o moverse sin la asistencia de otra persona. Consecuentemente, Sue planteó la inconstitucionalidad de los artículos 14 y 241 del Code siendo que, a su entender, atentaban principalmente contra la libertad y seguridad de su persona protegidos en la Constitución Nacional, al impedir que alguien con una enfermedad terminal como la suya pueda recibir asistencia médica para terminar con su vida (5).

Cabe destacar que la asistencia al suicidio —tema que en el presente comentario nos convoca— no debe confundirse con la eutanasia. Es que si bien muchas veces se emplean como términos análogos, estrictamente hablando existe una diferencia conceptual entre ambos. Mientras que el suicidio asistido implica proporcionar en forma intencional y con conocimiento a una persona los medios y/o procedimientos necesarios para suicidarse (v gr. brindarle asesoramiento acerca de dosis letales de medicamentos o prescribir o suministrar medicamentos que pongan fin a su vida); la eutanasia es definida por la Real Academia Española como la "acción u omisión que, para evitar sufrimientos a los pacientes desahuciados, acelera su muerte con su consentimiento o sin él" (6) (7).

Por tanto, cuando hablamos de eutanasia referimos a casos en que un tercero activa los mecanismos que terminarán con la vida de una persona. En cambio, cuando hablamos de suicidio asistido hacemos referencia a los casos en que la persona que decide poner fin a su vida se vale de la ayuda que otra puede brindarle siendo la misma persona que quiere suicidarse la que activa los mecanismos tendientes a terminar con su vida y no quien la auxilia. Tanto el caso Rodriguez como el caso Carter, son claros ejemplos de esto último.

Como se mencionó, en el caso Rodriguez, la actora pretendía valerse de la asistencia de un médico para poner fin a su vida. Para ello, interpuso una demanda por la cual procuró la declaración de inconstitucionalidad de los artículos 14 y 241 del código penal canadiense y fundamentó su demanda en la violación de los artículos 7 (8), 12 (9) y 15 inciso 1º (10) de su Constitución Nacional, esto es, en la violación al derecho a la vida, a la libertad, a la seguridad, al trato digno, y a la igualdad ante la ley.

En 1993, el caso llegó, a la Suprema Corte de Justicia de Canadá, quien, en una votación sumamente dividida (11), rechazó la demanda.

Para así decidir, el voto mayoritario del Máximo Tribunal canadiense analizó que:

1) Los valores de "libertad" y "seguridad" a que alude el artículo 7° de la Carta Magna no pueden ser interpretados sin tener en consideración el otro valor que este artículo protege: la inviolabilidad de la vida y aun cuando la muerte parece inminente, elegir el modo y tiempo de la propia muerte constituye una elección consciente de la muerte por sobre la vida.

2) Si bien la prohibición contenida en el artículo 241 inciso b) del Code afecta el derecho a la autonomía personal de la actora, la limitación a este derecho resulta justificada dado que no se contrapone con los "principios de justicia fundamental" a que alude la última parte del artículo 7° de la Constitución.

3) Cuando hablamos de un "principio de justicia fundamental" aludimos a aquellos principios positivos sobre los cuales existe cierto consenso social en que forman parte de la noción misma de justicia.

4) Para reconocer qué "principio de justicia fundamental" se aplica a un caso particular se debe estudiar el common law y la historia del delito, su razón de ser y los principios en que se fundamenta. En el caso del suicidio asistido, debemos decir que desde la sanción del Criminal Code, Canadá siempre lo prohibió; que dicha prohibición cumple con el objetivo estatal de proteger la vida y a los más vulnerables; que normas similares a la contenida en el artículo 241 aparecen insertas en los ordenamientos jurídicos de las restantes democracias occidentales; y, que no existe consenso a favor de la despenalización del suicidio asistido pero sí existe consenso en que la vida humana debe ser respetada (lo cual se ve reflejado por ejemplo en la prohibición de la pena de muerte). Consecuentemente, la prohibición general contenida en los artículos del Code sobre el suicidio asistido no resulta ser arbitraria o injusta, sino que refleja la participación del Estado en la protección de las personas vulnerables.

5) El artículo 241 del Code no infringe el artículo 12 de la Constitución de Canadá toda vez que el Estado no somete a Sue Rodriguez a ninguna forma de trato o castigo cruel o inusual. La mera prohibición por parte del estado en que determinada medida no se realice, no puede ser considerada como un "trato" en los términos del artículo 12 de la Constitución. Se requiere una intervención del Estado más activa en la operación.

6) En lo que hace la alegada afectación al derecho de igualdad ante la ley contenido en el artículo 15 de la constitución canadiense, basta con decir que se encuentra claramente justificada en virtud del artículo 1 de la Carta.

A pesar de lo resuelto en este caso, la discusión en torno a la asistencia al suicidio —en especial, la que puede brindar un médico— no cesó en Canadá, erigiéndose en uno de los debates centrales en la agenda parlamentaria.

Entre 1991 y 2010 se debatieron en la Cámara de Diputados al menos seis proyectos de ley tendientes a despenalizar el suicidio asistido, aunque ninguno de ellos fue sancionado. Por su parte, en el Senado también se consideró el tema, lográndose en 1995 un informe favorable sobre asistencia al suicidio y eutanasia.

Más recientemente, en 2011, la Royal Society of Canada (12) publicó un informe sobre las decisiones al final de la vida en el cual se recomendaba que el Code sea modificado para que se permita, en ciertas circunstancias, la asistencia al suicidio.

Asimismo, en 2012, el comité "Morir con Dignidad" de la legislatura de Quebec exhortó a que se hagan cambios en la legislación tendientes a permitir la asistencia al suicidio como un cuidado apropiado al final de la vida. En respuesta a tal recomendación, el 5 de junio de 2014, por 94 votos a favor y 22 en contra, la Asamblea Nacional de Quebec aprobó el Bill 52 donde se considera que el paciente tiene derecho a recibir cuidados paliativos y también ayuda a morir en ciertos casos de excepción. Al respecto, el artículo 26 (13) de la ley, exige que se trate de pacientes con seguro médico, mayores de edad y capaces de prestar consentimiento válido, que estén al final de sus vidas, y que sufran de una enfermedad seria e incurable; que se encuentren en un estado irreversiblemente avanzado de disminución de sus capacidades y que dicho estado lea ocasione un sufrimiento físico o psíquico intolerable.

Asimismo, el Bill requiere que sea el paciente quién solicite la asistencia médica al suicidio prestando su consentimiento libre e informado en un formulario, que deberá firmar y datar. En caso de no poder hacerlo, un tercero puede firmar o datar el consentimiento por el paciente (conf. art. 27) (14). El consentimiento es esencialmente revocable (conf. art. 28) (15). Después de que el médico verifica que el consentimiento prestado por el paciente es apto y se encuentra libre de toda coacción (conf. art. 29) (16), debe suministrar la asistencia al suicidio y quedarse con el paciente hasta que muera (conf. art. 30) (17).

## II. b) Contenido y fundamentos del fallo

Frente al panorama descrito en el acápite anterior, en 2012, una ciudadana canadiense de British Columbia decidió nuevamente cuestionar la validez constitucional de las disposiciones relativas al suicidio asistido contenidas en el Código Penal. El caso —que se caratuló como *Carter v. Canada (Attorney General)*—, llegó ante la Suprema Corte de Justicia del país quien, en un sorpresivo giro de 180 grados, sentenció el 6 de febrero de 2015, cambiando la jurisprudencia imperante en la materia sentada por el *leading case* *Rodriguez*.

La sentencia reconoce su origen en la demanda presentada por Gloria Taylor, una mujer a quien, en 2009, se le había diagnosticado esclerosis lateral amiotrófica, la misma enfermedad que padeció la actora del caso *Rodriguez*.

Debido al debilitamiento de sus músculos, para el año 2010, Taylor no podía caminar sin la ayuda de una silla de ruedas y necesitaba contar con asistencia para la mayoría de sus tareas diarias. No quería aguantar mucho sufrimiento más, deseando, en el futuro mediato, recibir asistencia médica para terminar con su vida. El problema era que la práctica no estaba legitimada en Canadá y tampoco contaba con los medios económicos suficientes para viajar a los lugares donde sí la estuviera. Entonces, se enfrentó ante la cruel decisión de terminar con su vida de manera anticipada (mientras podía valerse de su propio cuerpo) o entregarse al sufrimiento que padecía y que eventualmente le causaría la muerte.

Tal disyuntiva, llevó a que Taylor junto con Hollis Johnson y Lee Carter (marido e hija, respectivamente, de Kathleen Carter, una mujer canadiense que había logrado su muerte al viajar en el año 2010 a una clínica en Suiza, donde la asistencia al suicidio se encuentra legalizada), el doctor William Schoichet (médico de British Columbia que estaba dispuesto a brindar asistencia al suicidio de no estar prohibido) y la British Columbia Civil Liberties Association (una asociación que trabaja en el tema de las decisiones relativas al final de la vida), plantearan la inconstitucionalidad de los artículos 14 y 241 inciso b) del Código Penal por cuanto impiden la asistencia médica en el suicidio de una persona y, por lo tanto, violan su derecho a la vida, libertad, seguridad e igualdad ante la ley.

En primera instancia, se hizo lugar a la demanda.

Partiendo del análisis actual de ley y la praxis concerniente a los cuidados al final de la vida, la jueza de primera instancia concluyó en que:

1) Sólo se considera ético el suicidio asistido por un médico siempre que se trate de adultos competentes, que hayan prestado su consentimiento informado, se encuentren grave e irremediamente enfermos y que quieran el suicidio para evitar sufrimientos ulteriores.

2) No existen riesgos de tener un régimen permisivo, toda vez que el procedimiento empleado por los médicos para la obtención del consentimiento informado del paciente que quiere terminar con su vida es lo suficientemente efectivo como para detectar los casos en que la decisión del enfermo se encuentra coaccionada o resulta ambivalente.

3) Los hechos del presente caso, el derecho que se discute y el contexto en el que se da, son distintos a los que se presentaron, alegaron y dieron en *Rodriguez*, por lo que el Tribunal se encuentra autorizado a revisar dicho precedente jurisprudencial.

Teniendo presente tales premisas, la a quo analizó los artículos constitucionales en juego.

Respecto de la garantía contenida en el artículo 15 de la Constitución (principio de igualdad ante la ley), expuso que la prohibición del Code sobre la asistencia de un médico en el suicidio es discriminatoria para las personas con una discapacidad física (toda vez que la única alternativa con la que cuentan para terminar con su propia vida es la inanición y deshidratación) y no se encuentra justificada dado que un sistema muy limitado y bien monitoreado de asistencia al suicidio puede igualmente cumplir con el objetivo de cuidar a los vulnerables que persigue la prohibición penal.

Asimismo, consideró que se vulnera el derecho a la vida amparado por el artículo 7° de la Constitución porque la falta de permisión del suicidio asistido puede llevar a los pacientes a quitarse su vida con anterioridad a lo que lo harían de estar legitimada esta práctica (18). También destacó que la prohibición de asistencia al suicidio impide una decisión médica fundamental y personal (dado que recae sobre el propio cuerpo), llevando a que las personas que quieren contar con esta asistencia sufran de dolor y estrés psicológico perfectamente evitable. De allí que, al no poder decidir y tener que soportar un dolor intolerable, las personas con enfermedades como la de la Sra. Taylor ven su autonomía y dignidad afectadas, conceptos estos que se encuentran protegidos por los otros dos derechos que menciona el artículo 7° de la Carta Magna (la libertad y seguridad) (19).

Por lo tanto, encontrándose comprometidos los artículos 7 y 15 de la Constitución Nacional por la prohibición penal contenida en los artículos 14 y 241 inciso b), la magistrado de primera instancia declaró que la prohibición a la asistencia médica al suicidio era inconstitucional pero supeditó la operatividad de esta declaración al plazo de un año y otorgó a Taylor una excepción constitucional para que con anterioridad a ese año pueda lograr su cometido de ser asistida para terminar con su vida.

Si bien Taylor falleció antes de poder utilizar la excepción otorgada, el fallo fue apelado. La Cámara revocó la sentencia de primera instancia y rechazó la demanda por considerar que no habían ocurrido cambios sociales ni en la legislación que autorizaran a los jueces a apartarse del precedente Rodríguez.

El caso llegó a la Suprema Corte de Justicia de Canadá quien analizó si se podía apartar de lo resuelto en el caso Rodríguez; si el Parlamento podía legislar acerca del suicidio asistido al involucrar la salud de las personas (materia concurrente entre la nación y las provincias); y si se afectaban derechos constitucionales. Todos los planteos fueron resueltos por la afirmativa, por lo que se revocó el fallo de la Cámara de Apelaciones e hizo lugar a la demanda, conforme los mismos fundamentos que la jueza de primera instancia. La única particularidad respecto de lo resuelto por el fallo de primera instancia estuvo dada porque la Corte consideró que era mejor declarar la invalidez de la prohibición de los artículos del Code y suspender la operatividad de tal declaración por 12 meses para que el Parlamento legisle sobre el tema pero no otorgar durante ese plazo excepciones constitucionales puntuales para quienes promuevan acciones como la de la Sra. Taylor.

Existen varias cosas que merecen destacarse en relación a lo resuelto por la Corte en *Carter v. Canada (Attorney General)*.

En primer lugar, se trató de una decisión unánime. Mientras que en Rodríguez cinco magistrados habían considerado la constitucionalidad de la prohibición de los artículos 14 y 241 inc b) del Code y cuatro jueces habían votado por su negativa, en Carter los nueve miembros que componen el Máximo Tribunal estuvieron de acuerdo en que el suicidio asistido por un médico debía permitirse en Canadá. Asimismo, se trató de un fallo escrito "by the court" (por la Corte), por todos ellos y no por un juez preopinante con adhesión del resto. Esto demuestra la importancia del tema y lo histórico de la sentencia.

En segundo lugar, la sentencia dio un plazo de un año para que el gobierno legisle sobre el tema en base a los parámetros sentados por el pronunciamiento. Al respecto, cabe señalar que la Corte estableció: 1) que no cualquier persona puede asistir en el suicidio a otra sino que solo los médicos se encuentran autorizados para hacerlo aunque nada en el pronunciamiento los obliga a que lo hagan; 2) que los legitimados para acceder a esta práctica son los adultos competentes, que consienta claramente en el suicidio y que tengan una condición (ya sea una enfermedad o una discapacidad) grave e incurable que les cause un sufrimiento psíquico o físico duradero e intolerable para las circunstancias en que se encuentra el sujeto; 3) que la legislación a sancionarse debe proteger a los médicos que no quieran asistir a otros en el suicidio por razones de objeción de conciencia o por razones de religión.

Como puede apreciarse, el fallo no evacúa todas las eventualidades que pueden presentarse ante un caso de asistencia al suicidio, por lo que será tarea legislativa resolverlas. Entre algunas de las temáticas que deberá abordar el Parlamento podemos señalar: si los pacientes pueden consentir anticipadamente en que el suicidio asistido le sea practicado (v gr. un paciente con alzheimer); cómo se va controlar o prevenir los abusos; o qué va a pasar si todos los médicos de una institución se niegan a practicar el suicidio asistido.

Por último, cabe resaltar que el fallo no menciona la palabra "terminal" como calificativo necesario de la condición que debe atravesar el paciente que desea recibir asistencia médica en su suicidio. Se habla de condición grave e incurable, pero no terminal, palabras que involucran conceptos distintos. Una condición es "terminal" cuando es grave e irreversible y cuando la muerte se prevé muy próxima, y es "incurable" cuando dicha condición no puede curarse o sanarse. Consecuentemente podemos tener un paciente con una condición terminal e incurable o pacientes con una condición incurable pero no terminal. Hace unos años ejemplo de los primeros eran los pacientes de S.I.D.A, hoy son ejemplos de los últimos. El avance de la ciencia ha permitido que hoy en día un paciente con síndrome de inmunodeficiencia adquirida, pueda disfrutar de su vida aunque no se halla descubierto aún un tratamiento que elimine por completo el virus del organismo. Entendemos que hubiera sido más restrictivo que el fallo aluda a los pacientes terminales como requisito para acceder a esta práctica.

### III. Reflexiones sobre la justicia en el final de la vida

Luego de presentar los antecedentes y contenidos de la sentencia, formulamos algunas reflexiones que se vinculan con las exigencias de la justicia en el final de la vida humana. En efecto, como en toda cuestión jurídica, se trata de discernir qué es lo justo en virtud de las exigencias de la dignidad humana.

Ciertamente, las dramáticas situaciones descritas en el fallo que comentamos nos mueven a una compasión profunda y a reconocer los hondos problemas éticos y jurídicos implicados en el fin de la vida. Los casos considerados en la sentencia se refieren a situaciones terminales, en las que el suicidio asistido se presenta como una vía de escape para adelantar una muerte casi segura. Con todo, justamente en virtud de la compasión creemos que estamos obligados a preguntarnos si tal anticipación provocada de la muerte por el suicidio asistido es una conducta justa y compasiva y, sobre todo, cuáles son las consecuencias que tal decisión proyecta a futuro.

Nuestro análisis partirá de los argumentos esgrimidos en la sentencia que comentamos y se concentrará en dos de las grandes cuestiones que están en juego en este debate sobre la legalización del suicidio asistido: la resignificación del derecho a la vida en términos de disponibilidad de la vida y la exaltación de la autonomía personal. Luego formularemos unas reflexiones críticas conclusivas.

### III. a) El derecho a la vida y la disponibilidad de la vida

En la sentencia Carter la Corte Suprema de Canadá señala que en el caso estaban implicados los artículos 1, 7 y 15 de la Carta Canadiense de Derechos y Libertades vinculados a la vida, la libertad y la seguridad (sección 7) y a la igualdad (sección 15), y que ya hemos mencionado.

Cuando ingresa en el análisis del derecho a la vida, la Corte sostiene, por un lado, en el considerando 62, que los precedentes señalan que el derecho a la vida está en juego cuando la ley o las acciones del estado imponen la muerte o incrementan el riesgo de muerte de una persona, de manera directa o indirecta. Y en el considerando 63 agrega que dicho lo anterior, no está de acuerdo en torno a que el derecho a la vida requiera la prohibición absoluta de la asistencia en la muerte o que los individuos no puedan renunciar ("waive") su derecho a la vida. Para la Corte, "esto crearía un "deber de vivir", más que un "derecho a la vida", y generaría la cuestión de la legalidad de cualquier consentimiento a un retiro o rechazo a tratamientos para salvar o sustentar la vida". Y agrega: "La santidad de la vida es uno de nuestros valores sociales más fundamentales. La sección 7 está enraizada en un profundo respeto por el valor de la vida humana. Pero la sección 7 también abarca la vida, libertad y seguridad de la persona durante el pasaje a la muerte. Y es por esta razón que la santidad de la vida ya no requiere que toda vida humana sea preservada por todos los medios (Rodríguez, at p. 595, per Sopinka J.). Y es por esta razón que la ley ha llegado a reconocer que, en ciertas circunstancias, la opción de un individuo de poner fin a su vida merece respeto. Es hacia esta opción fundamental que nosotros ahora nos volvemos".

Para la Corte, el derecho a la vida no significa un respeto absoluto de la vida física sino que involucraría el derecho a poner fin a la propia vida en ciertas circunstancias.

### III. b) La exaltación de la autonomía

El segundo eje de la sentencia consiste en sostener que la prohibición del suicidio asistido constituye una afectación de la libertad e integridad personal. En efecto, para la Corte, "la respuesta de un individuo a una condición médica grave e irremediable es un asunto crítico para su dignidad y autonomía. La ley permite a las personas en esta situación requerir sedación paliativa, rechazar la nutrición y la hidratación, o requerir la remoción de los mecanismos de soporte vital, pero le niega el derecho a requerir la asistencia médica para morir. Esto interfiere con su capacidad de tomar decisiones sobre su integridad corporal y la atención médica y por tanto afecta la libertad. Y al dejar a personas como la Sra. Taylor en un sufrimiento intolerable duradero, invade la seguridad de la persona" (considerando 66).

Y luego en el considerando 68 vuelve sobre el tema y concluye que la posibilidad de decidir optar por la muerte en caso de serio dolor y sufrimiento se vincula profundamente con la integridad personal y negar tal posibilidad invade la libertad y seguridad de la persona.

En síntesis, para la Corte, prohibir el suicidio asistido es una afectación del derecho a la vida y la autonomía personal. Y esa afectación es ilegítima porque no surge de principios fundamentales de justicia (considerandos 70 y siguientes). Hemos resumido los argumentos centrales de la sentencia. Ahora nos permitimos formular algunas reflexiones críticas en lo que entendemos es una peligrosa relativización del derecho a la vida.

### III. c) Una reflexión crítica sobre la disponibilidad de la vida humana

La línea argumental de la sentencia que comentamos conduce a una resignificación del derecho a la vida a partir de la exaltación absoluta de la autonomía personal. Ello tiene graves consecuencias en tanto la vida humana, en su aspecto más básico y fundamental, el biológico, queda relativizada y convertida en bien disponible en función del criterio de autonomía.

Ahondar en el derecho a la vida supone comenzar por reconocer que la vida es siempre un don, como bien señala el sociólogo Pedro Morandé: "...nadie se ha dado a sí mismo la existencia, sino que la vida de cada uno es un don recibido de otros... La existencia de cada persona es verdaderamente un 'milagro', un acontecimiento

de la más alta contingencia. Sin embargo, lejos de estar obligados a considerar esta improbabilidad como un principio de equivalencia y de sustituibilidad de todos los que existen, como pretende hacerlo la organización funcional de la sociedad, la razón descubre en esta 'fragilidad' precisamente el valor absoluto de cada ser humano, único e irrepetible, llamado a una vocación particular, al desarrollo de su propia finalidad"[\(20\)](#).

La vida física está inescindiblemente unida al cuerpo humano y el cuerpo humano es la persona humana. Ser persona y vivir son realidades inseparables. Lógicamente, la protección del cuerpo y la toma de decisiones sobre el propio cuerpo, corresponde a la persona humana. Pero ello en el marco de una consideración general de la persona como un ser llamado a la vida y que recibe la vida como don y no como un bien disponible. Sambrizzi sostiene que "el derecho a la vida entraña el deber de respetar la propia vida, de la que no se puede disponer, por cuanto el hombre no es dueño de sí mismo ni de su vida, y quien resuelve quitársela, no está renunciando al derecho a la vida, sino a la vida misma, y con ella, a la libertad que se proclama defender, que ya no se puede ser ejercida por quien tomó esa decisión y la ejecutó"[\(21\)](#).

La Corte canadiense sostiene que la ley ya permite tomar decisiones sobre la muerte, como ocurre con la renuncia a medidas de soporte vital. Creemos que tal argumento no es admisible. En efecto, existe una decisiva distinción entre la renuncia al encarnizamiento terapéutico y el suicidio asistido [\(22\)](#). Por un lado, en cuanto al objeto, en la renuncia a un tratamiento no se provoca la muerte, sino que la muerte ocurre de forma inminente e inevitable y sólo se ha rechazado un tratamiento que no produciría ningún beneficio y no tendrían ningún efecto terapéutico y era desproporcionado a las posibilidades de mejoría [\(23\)](#). En cambio, en el suicidio asistido nos encontramos con una acción cuyo objeto consiste en provocar la muerte de manera deliberada y eso es siempre un injusto por las exigencias del derecho a la vida. Y también hay una distinción en cuanto a la intención, pues en el suicidio asistido la intención es causar la muerte y en la renuncia a tratamientos no se busca provocar la muerte.

Armando Andruet aporta claridad sobre la distinción entre eutanasia y renuncia al encarnizamiento terapéutico desde la perspectiva de la intención del agente: "Sostener que la intención del agente en una situación y en otra, es la misma: dar muerte al paciente, es introducir una confusión, cuando no una falsedad de los mismos actos racionales, y sin duda alguna, que si efectivamente existiera la nombrada intención en el agente, poco importa si su acción es activa —positiva o negativa— o pasiva. Más reconociendo en el médico que cumple su praxis profesional desde una dimensión de libertad y con igual libre intencionalidad, pues no se tiene porque presumir que dejar de otorgar terapias extraordinarias, desproporcionadas u optativas es lo mismo que querer matar al paciente, aunque no por ello ignore la posibilidad de que se muera"[\(24\)](#). En este sentido, Andruet trae a colación la importancia de la teoría de la acción de doble efecto o principio del voluntario indirecto, y reafirma que hay "una diferencia radical entre 'dar muerte' y 'consentir el morir': el primero es un acto supresivo de la vida, el segundo es aceptarla hasta la muerte"[\(25\)](#).

Por otra parte, el principio de autonomía es insuficiente para procurar legitimar la disponibilidad de la vida, como sostiene Quintana: "la autonomía por sí misma no provee de ninguna razón para obrar; nadie actúa sólo para realizar la autonomía, sino para realizar libremente conductas valiosas"[\(26\)](#). Son muchas las situaciones jurídicas en las que se impone un cuidado de la vida y nadie puede considerar que ello afecte su autonomía. En efecto, por qué obligamos a usar cinturón de seguridad o caso al conducir autos o motos si una persona no quiere usarlos y considera que es parte de su autonomía, o damos un distinto valor a cada vida.

Si la vida es un bien disponible por el propio sujeto, cabe preguntarse qué impedirá que a futuro sean otros los que decidan por él en su mejor interés. Es de hecho lo que ha sucedido en Holanda y Bélgica con las leyes de Eutanasia, que se iniciaron a partir de casos de enfermedad terminal y a pedido de los enfermos y luego se amplió la aplicación de la eutanasia a pacientes inconscientes o niños [\(27\)](#).

También podríamos preguntarnos por qué es inadmisibles la esclavitud, si una persona puede decidir la disposición de su propia vida [\(28\)](#). Es decir, por qué se habría de cercenar la autonomía de la voluntad de quien decide someterse por completo a otro en una forma de esclavitud si se le permite disponer de su vida para que un "otro" se la quite. Tampoco se permite a la persona disponer de órganos que le signifiquen la pérdida de la vida y ello no configura una violación de su autonomía.

Si la vida es un bien disponible, ¿por qué podría el Estado tomar medidas para impedir que una persona parada en el borde de un alto edificio quiera suicidarse? ¿Por qué permitiríamos a algunos suicidarse en caso de enfermedad terminal y a otros no? Creemos que subyace aquí una confusión entre la idea del suicidio como hecho que escapa a la realidad jurídica por la muerte de la propia persona, y la idea del suicidio como un derecho. Sostener el suicidio como un derecho conduce a un individualismo radical donde toda noción de solidaridad social se diluye y se abandona al otro en su angustia y soledad. Por otra parte, cuando se pretende consagrar un derecho al suicidio en las enfermedades terminales, nos preguntamos qué mensaje enviamos como

sociedad a los enfermos terminales. Es el mensaje de que la vida no vale la pena de ser vivida si no es útil. Es una claudicación del derecho en la protección y ayuda al vulnerable.

Pilar Zambrano explica bien el trasfondo antropológico que subyace en este dilema: "si lo que el Derecho valora no es la vida humana en sí misma, sino la vida en tanto que deseada o querida por su propio titular, la conclusión salta a la vista: pérdida la capacidad de valorarse y quererse a uno mismo, se pierde también la propia condición de ser valioso y apetecible o susceptible de ser querido. Esta conclusión puede ser coherente con las premisas de una filosofía antropológica, ética y política utilitarista, pero difícilmente encaje con nuestra normativa y con nuestra práctica constitucional que... prescribe el principio general de que toda persona es igualmente digna"<sup>(29)</sup>.

Como dice Morandé, esta resignificación del derecho a la vida, que se traslada de la protección de la vida física, a la disponibilidad de la vida humana, resulta útil para un modelo de organización funcional de la sociedad, en el que la persona humana pierde peso ontológico y se descompone en sus funciones y servicios, de tal manera que cuando ya no resulta útil o significativa su existencia, pueda quedar ser descartada sin mayores estorbos jurídicos. Lógicamente, nadie sostiene tan abiertamente un tal argumento de descarte, pero es la consecuencia lógica a la que conduce este tipo de decisiones que dan primacía a la autonomía personal y deconstruyen los contenidos del derecho a la vida.

En definitiva, que la ley prohíba "disponer" de la propia vida por un suicidio asistido es una forma de desafiar un paradigma individualista que en el fondo deja a cada ser humano "librado a su suerte" y no se hace cargo del otro en un acompañamiento solidario. Hace falta replantear la idea de que toda situación terminal supone una situación de indignidad y llamar la atención sobre la importancia de la dimensión relacional de la persona, la atención del enfermo y los cuidados paliativos. En efecto, en todo el debate en torno a la eutanasia suelen primar enfoques individualistas que terminan aislando al enfermo y dejándolo solo ante la decisión. Creemos que otro camino es posible, apelando a la solidaridad y relacionalidad humana.

#### IV. Conclusión

Con la sentencia *Carter v. Canada (Attorney General)*, Canadá se inscribe en la línea de aquellos países <sup>(30)</sup> que autorizan la asistencia al suicidio como una práctica acorde con la dignidad y libertad de los seres humanos. Tal licencia parte de la premisa de considerar la vida como un bien disponible. Entendemos que ello no es correcto. La vida es un don y como tal merece ser respetada. La eutanasia y la asistencia al suicidio, como muchas de las prácticas que hoy se intentan legitimizar (v gr. el aborto), suponen una falsa compasión. La muerte nunca puede ser la solución al problema. Quien se encuentra enfermo o sufriendo debe ser asistido no para que muera, sino para que viva. Los médicos, especialmente, tienen este deber. Por tanto, exigir que un médico coopere en procurarle a un paciente la muerte no sólo atenta contra el derecho a la vida sino contra los postulados de la misma ciencia que estudió.

(1) El artículo 83 de nuestro Código Penal reza: "Será reprimido con prisión de uno a cuatro años, el que instigare a otro al suicidio o le ayudare a cometerlo, si el suicidio se hubiese tentado o consumado". El bien jurídicamente protegido es la vida humana. Quien instiga o ayuda a otra persona a cometer suicidio, revela el menosprecio que tiene por la vida ajena; él no mata, pero induce al otro a que se mata o lo ayuda a que lo haga. Este menosprecio es el que fundamenta la represión penal. Fontán Balestra, *Carlos Derecho Penal Parte Especial*, 17<sup>o</sup> edición, Ed. Abeledo Perrot, 2008, p. 71.

(2) s. 241 of the Criminal Code: Counselling or aiding suicide "Everyone who (a) counsels a person to commit suicide, or (b) aids or abets a person to commit suicide, whether suicide ensues or not, is guilty of an indictable offence and liable to imprisonment for a term not exceeding fourteen years". R.S., 1985, c. C-46, s. 241; R.S., 1985, c. 27 (1st Supp.), s. 7. (" Toda persona que (a) aconseje a otra en cometer suicidio o, (b) asista o instigue a otra a cometer suicidio, sea que el suicidio se consume o no, es culpable de una ofensa procesable y responsable de prisión por un término no mayor a catorce años") Corresponde aclarar que las traducciones corresponden a los autores de este texto.

(3) La condición es llamada Enfermedad de Lou Gerig, en honor al Jugador de beisbol de los New York Yankess, quien fue diagnosticado con la enfermedad en 1939 y murió de ella en 1941 a la edad de 37 años de edad. Cit. [http://medicina.ufm.edu/index.php/Enfermedad\\_de\\_Lou\\_Gehrig](http://medicina.ufm.edu/index.php/Enfermedad_de_Lou_Gehrig)

(4) Conforme la Real Academia Nacional de Medicina esclerosis lateral amiotrófica [ingl. amyotrophic lateral sclerosis] es "una de las enfermedades degenerativas difusas de las motoneuronas caracterizadas por la presencia de lesiones de la médula espinal, donde se aprecia una desmielinización o esclerosis de la vía corticoespinal en los cordones laterales, y amiotrofia por degeneración de las motoneuronas del asta anterior. La variedad esporádica de causa desconocida es la más frecuente y alrededor del 5 % de los casos se heredan con carácter autosómico tanto dominante como recesivo. Se han descrito ligamientos a varios locus y se han clonado

al menos cuatro genes (SOD 1, alsina, senataxina y VAPB). Hay diversas variedades, de base genética heterogénea, complicadas con demencia y parkinsonismo. El cuadro clínico empieza bien por las motoneuronas corticales en forma de paraparesia espástica y paresia pseudobulbar con reflejos exaltados y signo de Babinski, bien por las motoneuronas de los núcleos bulbares con atrofia de la lengua, disfagia y disfonía, o bien por las motoneuronas medulares con fasciculaciones, amiotrofias, pseudomiotonía y disminución de los reflejos musculares. A lo largo de la evolución se asocian, sin embargo, los síntomas y signos de afectación difusa de todas las motoneuronas. En las fases precoces no hay trastornos sensitivos ni del control de los esfínteres. Tampoco se ve deterioro cognitivo salvo que se asocie demencia de tipo frontal. Es una enfermedad de mal pronóstico que produce la muerte del paciente, generalmente por la insuficiencia respiratoria, en un período de uno a cuatro años". Cit. <http://dtme.ranm.es/terminos/esclerosis-lateral-amiotrofica.html?id=68>

(5) La Sra. Rodríguez pretendía que un médico le ponga a su disposición los medios tecnológicos que estimare corresponder con los cuales ella, cuando no pudiese "disfrutar más de su vida", fuese "su propia mano" al momento de elegir terminarla.

(6) Cit. <http://buscon.rae.es/drae/srv/search?id=zDd1tX8QPDXX2TfQz5Fn>. Existe un segundo significado de eutanasia que señala la Real Academia Española y que refiere a la "muerte sin sufrimiento". En realidad lo que se quiere es evitar que una persona que se encuentra cercana a la muerte sufra en el proceso.

(7) La existencia o falta de consentimiento del paciente y el método utilizado por quien acelera la muerte del paciente, clasifica a la eutanasia en voluntaria (con el consentimiento del paciente) o involuntaria y en activa (cuando se ejerce un acto para matar a la persona) o pasiva (si la voluntaria omisión de un acto provoca directamente la muerte).

(8) El artículo 7° de la constitución canadiense reza: "Everyone has the right to life, liberty and security of the person and the right not to be deprived thereof except in accordance with the principles of fundamental justice"(Toda persona tiene el derecho a la vida, libertad y seguridad de su persona y tiene el derecho a no ser privado del mismos excepto de acuerdo con los principios fundamentales de justicia)

(9) El artículo 12° de la Constitución canadiense dispone que "Everyone has the right not to be subjected to any cruel and unusual treatment or punishment" (Toda persona tiene el derecho a no ser sujeto a ningún tratamiento o castigo cruel o inusual) [traducción de los autores].

(10) En el artículo 15 inciso 1° de la Carta Magna de Canadá se lee que : "(1) Every individual is equal before and under the law and has the right to the equal protection and equal benefit of the law without discrimination and, in particular, without discrimination based on race, national or ethnic origin, colour, religion, sex, age or mental or physical disability" (Todo individuo es igual ante la ley y tiene el derecho a ser protegido y beneficiado por la ley sin discriminación alguna, en especial, sin discriminación basada en raza, nacionalidad, origen étnico, color, religión, sexo, edad o discapacidad física o psíquica) [traducción de los autores]

(11) El fallo mayoritario del Máximo Tribunal contó con la disidencia de cuatro jueces: Lamer C.J., L'Heureux Dubé, Cory y McLachlin JJ, jueza esta última que también votó en el caso Carter. McLachlin J. votó junto con L'Heureux-Dubé J., y concluyeron que la prohibición del Código Penal viola el artículo 7 de la Constitución y no se encuentra justificado bajo el artículo 1° de la misma. El juez Lamer C.J., según su voto, sostuvo que la prohibición contenida en el artículo 241 viola el principio de igualdad ante la ley a que hace referencia el artículo 15 de la constitución canadiense y es una prohibición que tampoco se encuentra justificada conforme el artículo 1° de dicha carta magna Finalmente, el juez Cory J. coincidió con los demás disidentes y dijo que el artículo 241 del Code viola tanto el derecho contenido en el artículo 7° como el protegido por el artículo 15° y no encuentra proporcionalidad bajo la mirada del artículo 1° de la Constitución

(12) La Royal Society of Canada es el colegio senior canadiense de distinguidos académicos, artistas y científicos <http://www.rsc.ca/>

(13) 26. Only a patient who meets all of the following criteria may obtain medical aid in dying: 1) be an insured person within the meaning of the Health Insurance Act (chapter A-29); 2) be of full age and capable of giving consent to care; 3) be at the end of life; 4) suffer from a serious and incurable illness; 5) be in an advanced state of irreversible decline in capability; and 6) experience constant and unbearable physical or psychological suffering which cannot be relieved in a manner the patient deems tolerable. The patient must request medical aid in dying themselves, in a free and informed manner, by means of the form prescribed by the Minister. The form must be dated and signed by the patient. The form must be signed in the presence of and countersigned by a health or social services professional; if the professional is not the attending physician, the signed form is to be given by the professional to the attending physician ("Solo el paciente que reúne los siguientes criterios puede obtener asistencia médica en el morir: 1)ser una persona asegurada conforme los

parámetros de la Health Insurance Act (capítulo A-29); 2) ser mayor de edad y capaz de prestar consentimiento para ser cuidado; 3) estar al final de la vida; 4) sufrir de una enfermedad grave e incurable; 5) estar en un estado irreversiblemente avanzado de disminución de la capacidad; y 6) experimentar constante e intolerable sufrimiento físico o psicológico que no pueda ser aliviado de una manera tal que el paciente lo tolere. El paciente debe requerir la asistencia médica al suicidio personalmente, de una manera libre e informada, mediante el formulario prescripto por el Ministerio. El formulario deberá firmarse y datarse por el paciente. El formulario deberá firmarse en la presencia de y contrafirmarse por un profesional de la salud o del servicio social; si el profesional no es el mismo que atenderá al paciente, deberá darle dicho profesional el formulario al médico que atenderá al paciente).

(14) 27. If the patient requesting medical aid in dying cannot date and sign the form referred to in section 26 because the patient cannot write or is physically incapable of doing so, a third person may do so in the patient's presence. The third person may not be a member of the team responsible for caring for the patient, a minor or a person of full age incapable of giving consent. ("Si el paciente que requiere la asistencia médica al suicidio no puede datar o firmar el formulario a que se refiere la sección 26 porque no puede escribir o porque se encuentra incapacitado físicamente de hacerlo, una tercera persona puede hacerlo en presencia del paciente. Esta tercera persona no puede ser miembro del equipo responsable de cuidar al paciente, menor de edad o una persona mayor pero incapaz de consentir").

(15) 28. A patient may, at any time and by any means, withdraw their request for medical aid in dying. A patient may also, at any time and by any means, request that the administration of medical aid in dying be put off ("El paciente puede, en cualquier tiempo y por cualquier medio, retirar el pedido para recibir asistencia médica en el suicidio. Asimismo, el paciente puede, en cualquier tiempo y en cualquier momento, requerir que la administración de la asistencia médica al suicidio sea pospuesta").

(16) 29. Before administering medical aid in dying, the physician must 1) be of the opinion that the patient meets all the criteria of section 26, after, among other things, (a) making sure that the request is being made freely, in particular by ascertaining that it is not being made as a result of external pressure; (b) making sure that the request is an informed one, in particular by informing the patient of the prognosis for the illness and of other therapeutic possibilities and their consequences; (c) verifying the persistence of suffering and that the wish to obtain medical aid in dying remains unchanged, by talking with the patient at reasonably spaced intervals given the progress of the patient's condition; (d) discussing the patient's request with any members of the care team who are in regular contact with the patient; and (e) discussing the patient's request with the patient's close relations, if the patient so wishes; 2) make sure that the patient has had the opportunity to discuss the request with the persons they wished to contact; and 3) obtain the opinion of a second physician confirming that the criteria set out in section 26 have been met. The physician consulted must be independent of both the patient requesting medical aid in dying and the physician seeking the second medical opinion. The physician consulted must consult the patient's record, examine the patient and provide the opinion in writing. ("Antes de administrar asistencia médica al suicidio, el médico debe 1) formar su opinión de que el paciente cumple los criterios del artículo 26, después de que, entre otras cosas (a) se asegure de que la petición es hecha libremente, en particular averiguando que no se realice por como consecuencia de presión externa; (b) se asegure que la petición se encuentre informada, especialmente informado al paciente del pronóstico de la enfermedad y de otras terapias y sus consecuencias; (c) verificando la presencia de sufrimiento y que el deseo de obtener asistencia médica al suicidio permanece inalterada, al hablar con el paciente en intervalos espaciados de tiempo conforme el progreso de su condición; (d) discutiendo el pedido de paciente con otros miembros del equipo de cuidado que se encuentran regularmente en contacto con el paciente; y (e) discutiendo el pedido de paciente con las relaciones más cercanas del paciente, si el paciente así lo desea; 2) asegurarse de que el paciente tenga la oportunidad de discutir el pedido con la persona que desee contactarse; y 3) obtener la opinión de un segundo médico de que se cumplen los requisitos del artículo 26. El médico consultado deberá ser independiente del paciente que pide la asistencia médica al suicidio y del médico que busca su opinión. El médico consultado deberá consultar los antecedentes del paciente, examinar al paciente y emitir una opinión escrita").

(17) 30. If a physician determines, subsequent to the application of section 29, that medical aid in dying may be administered to a patient requesting it, the physician must administer such aid personally and take care of and stay with the patient until death ensues. If the physician determines that medical aid in dying cannot be administered, the physician must inform the patient of the reasons for that decision. ("Si un médico determina, como consecuencia de aplicar lo dispuesto por el artículo 29, que la asistencia médica al suicidio debe ser administrada al paciente requirente, el médico debe administrar tal alude personalmente y cuidarlo y quedarse con el paciente hasta que muera. Si el médico determina que la asistencia al suicidio no debe ser administrada, el médico debe informar la paciente las razones de su decisión").

(18) Es curiosa esta peculiar interpretación que se hace acerca de la afectación del derecho a la vida. Mientras que en Rodríguez la Suprema Corte estableció que los derechos a la "libertad" y "seguridad" a que también alude el artículo 7° de la Carta Magna no debían ser considerados aisladamente del otro derecho que protegía ese artículo (el derecho a la vida) y se hablaba de su inviolabilidad — más precisamente el fallo de 1993 utiliza la frase "santidad de la vida"—; en Carter se establece que el derecho a la vida se limita al derecho a no morir y que este derecho se encuentra comprometido cuando la ley o la acción del estado impone la muerte o incrementa su riesgo, directa o indirectamente (como lo haría la prohibición de asistencia al suicidio) y que impedir la asistencia al suicidio es crear un deber de vivir más que respetar el derecho a la vida.

(19) Mientras que el derecho a la libertad mencionado en el artículo 7° involucra la protección genérica del derecho de los individuos para elegir qué hacer y qué no hacer sin interferencias del estado; el derecho a la seguridad de las personas envuelve la noción de autonomía en lo que hace al control de las dediciones sobre el propio cuerpo.

(20) MORANDÉ, Pedro, "Vida y persona en la posmodernidad", en AA.VV., ¿Qué es la vida? La bioética a debate, SCOLA, Angelo (Coord.), Madrid, Ediciones Encuentro, 1999, p. 118.

(21) SAMBRIZZI, Eduardo A., "Muerte digna: Modificación de la ley 26529 sobre derechos del paciente", La Ley, Suplemento Especial Identidad de género — Muerte digna, 2012 (mayo), p. 123.

(22) Para mayor desarrollo del tema ver LAFFERRIERE, JORGE NICOLÁS, "La eutanasia y la justicia en el final de la Vida", en Tratado de Derechos Constitucionales, Julio César Rivera (h) y otros (Directores), Abeledo-Perrot, 2014, p. 822-862.

(23) Consideramos que la renuncia a la hidratación y la alimentación deben considerarse cuidados ordinarios y por tanto no sería lícita su renuncia.

(24) ANDRUET, Armando, Bioética, derecho y sociedad. Conflicto, ciencia y convivencia, 1ra. ed., Alveroni Ediciones, Córdoba, 2004, p. 299.

(25) ANDRUET, Armando, Bioética, derecho y sociedad..., cit., p. 300.

(26) QUINTANA, Eduardo, "El fin de la vida humana y sus prolegómenos: consideraciones ética-jurídicas", en AA.VV., Estudios de Derecho Civil en el Bicentenario, CONTE GRAND, Julio (Director), EDUCA, Buenos Aires, 2011, p. 637.

(27) El sitio Lifesitenews.com informó que, según datos de la Real Asociación Médica Holandesa, 650 bebés murieron en 2013 bajo la ley 26.691 de eutanasia, puesto que los doctores o los padres de las víctimas consideraban que su sufrimiento sería muy difícil de soportar. Cit. <http://centrodebioetica.org/2015/01/650-bebes-muertos-por-eutanasia-en-holanda/>

(28) Andrés OLLERO trata con inteligencia este argumento en torno a la eutanasia y el carácter irrenunciable de la libertad y también del derecho a la vida (Ollero, Andrés, Bioderecho. Entre la vida y la muerte, 1ra. ed., Eitorial Aranzadi, Navarra, 2006, p. 205).

(29) ZAMBRANO, Pilar, "Sobre la moralidad y la juridicidad de la suspensión de tratamientos médicos vitales", La Ley, 2005-B, 265.

(30) Actualmente, la asistencia al suicidio es legal en Holanda, Suiza, Bélgica, algunos estados de Estados Unidos y de Australia. Asimismo, a principios de este año, la Corte Constitucional de Colombia, autorizó en supuestos específicos tal práctica.

## Información Relacionada

Voces:

PERSONA HUMANA ~ FIN DE LA EXISTENCIA DE LAS PERSONAS ~ SUICIDIO ~ DERECHO  
COMPARADO ~ JURISPRUDENCIA EXTRANJERA

Fallo comentado: [Suprema Corte de Canadá ~ 2015-02-06 ~ Carter c. Canadá.](#)