

MUERTE DIGNA. ALGUNAS REFLEXIONES A PROPÓSITO DE DOS SENTENCIAS SOBRE EUTANASIA Y SUICIDIO ASISTIDO

Geraldina GONZÁLEZ DE LA VEGA

SUMARIO: I. *Introducción: la vida y su imposición.* II. *Formas de asistencia para la muerte digna.* III. *Dos sentencias: Colombia y Canadá.* IV. *Breve análisis de ambas sentencias.* V. *Conclusión.*

I. INTRODUCCIÓN: LA VIDA Y SU IMPOSICIÓN

Una de las máximas del liberalismo es la autonomía sobre la propia vida y el propio cuerpo. La definición de la “buena vida” detrás de cualquier concepto de libertad se coloca como el fundamento de toda reflexión que apueste por reconocer a la persona la facultad para autodeterminarse.

En este sentido, el tema de la muerte digna se enclava directamente en el reconocimiento liberal de la autonomía de la persona. Vale recordar la frase lapidaria de John Stuart Mill:¹ “Sobre sí mismo, sobre su propio cuerpo y espíritu, el individuo es soberano”, pues la discusión sobre la moralidad y legalidad de la muerte elegida se incrusta directamente allí.

Ello nos lleva a meditar sobre dos cuestiones: una, respecto del valor de la vida, y, otra, respecto de qué conductas pueden ser sancionadas penalmente.

El primer aspecto ha sido discurrido de manera abundante, pero uno de los textos más emblemáticos en la discusión jurídica sobre la vida (análisis a partir del aborto y de la eutanasia) es el de Ronald Dworkin,² quien conclu-

¹ Stuart Mill, John, *On Liberty*, 1859.

² Dworkin, Ronald, *Life's Dominion. An Argument about Abortion, Euthanasia, and Individual Freedom*, New York, Vintage Books, Random House, 1993. Me refiero en específico al capítulo 3, titulado “What is sacred?”, en donde el filósofo discurre acerca del concepto de sacralidad de la vida.

ye que los desacuerdos sobre el valor de la vida son espirituales, y que por tanto el concepto de vida y su disposición no podrá ser pacífico en tanto las personas sostengamos diversas convicciones éticas y religiosas. El análisis de Dworkin se acerca a la concepción de la sacralidad de la vida desde el concepto de valor que se le otorga a ésta, y concluye que las convicciones sobre la vida descansan en creencias similares, pero diferentes en formas muy relevantes, creencias sobre cómo y por qué la vida humana es inviolable.³

Emily Jackson,⁴ en su debate con John Keown, ataca la concepción de “sacralidad de la vida”, pues, por un lado, se basa en una concepción incompatible con un Estado laico, y por otro, en que debe aceptarse que hay personas que consideran que su vida ya no los beneficia —lo cual no es igual a aceptar que existen vidas que no tengan valor—.⁵

De manera similar, Peter Singer⁶ analiza desde un punto de vista utilitarista el concepto de sacralidad de la vida, pero lo hace diseccionando lo que se entiende por vida. Es decir, parte por definir la vida de quién (especismo) y en qué momento (evolución o degeneración de la vida humana) debe ser entendida como sagrada. El “derecho a la vida”, concluye Singer, está relacionado con los efectos que puede tener el quitar la vida a alguien, la capacidad de tener deseos relevantes, la capacidad de concebirse a sí mismo con un futuro y el respeto a la autonomía.⁷ Sin embargo, el autor concluye que ninguno de los cuatro aspectos es aplicable cuando hablamos de eutanasia voluntaria; es decir, cuando la persona misma es quien desea su propia muerte.

El segundo aspecto, respecto de qué conductas pueden ser sancionadas penalmente, ha sido de igual forma tratado de manera amplia, y, al igual que con el concepto de vida humana, no existen conclusiones pacíficas.

Uno de los debates más representativos sobre el fundamento de la prohibición de ciertas conductas por parte del Estado fue el sostenido por H.

³ *Ibidem*, p. 81.

⁴ Jackson, Emily, *Debating Euthanasia*, Portland and Oregon, Hart Publishing, 2012.

⁵ La autora refiere a lo planteado por James Rachels: “Imaginemos que nos dan la oportunidad de elegir entre dos muertes. Una es a los 80 años de edad, muriendo tranquilamente y sin dolor a través de una inyección letal. La otra es a los 80 años y unos días, pero de una enfermedad muy dolorosa lo cual implica que esos días los pasaremos aullando de dolor, acompañados por nuestra familia sin que ésta pueda hacer nada”. Jackson reflexiona: “Estoy preparada para creer que habrá quienes, por su fe, elegirían la segunda opción; sin embargo, muchas otras personas, con base en sus propios intereses y los de su familia, elegirían la primera. Sin embargo, en la mayoría de países la muerte en paz está prohibida”. *Ibidem*, p. 39.

⁶ *Practical Ethics*, Cambridge, 2011.

⁷ *Ibidem*, p. 84.

L. A. Hart⁸ y Patrick Devlin.⁹ Para Devlin, el derecho penal está basado en un principio moral;¹⁰ sostiene que una sociedad está legitimada para imponer su moralidad con la finalidad de preservar su forma de vida (*way of life*) y los valores comunitarios que le distinguen (*distinctive communal values*); por el otro lado, Hart critica la concepción de sociedad y moralidad de Devlin y concluye, apoyado en Mill, que el único propósito para el cual puede ser ejercido el poder sobre cualquier miembro de una comunidad civilizada en contra de su voluntad es para prevenir el daño a terceros. Critica a Devlin explicando que su punto de vista no se fundamenta ni en mandamientos divinos ni en principios racionales, sino más bien en la intolerancia, en la repulsión y en la indignación.

Y es precisamente sobre la base de estos fundamentos que, en mi opinión, se sustenta la prohibición del suicidio asistido y la eutanasia en la mayoría de países del planeta, pues ¿en qué medida afecta a terceros el hecho de que una persona considere que su vida ya no vale la pena vivirla? No existen razones, ni siquiera paternalistas, para prohibirle a una persona morir, más que las que se encuentran fundamentadas en un perfeccionismo moral.

Ambos temas nos traen de vuelta al principio liberal sobre la autonomía para decidir sobre la vida propia (cómo vivirla y cómo acabar de vivirla), pues prohibirnos a toda costa acabar con la vida que creemos indigna, implica, precisamente, la imposición de un modelo de “vida buena”, significa que lo que sea que yo como individuo crea que deba ser una vida digna no

⁸ *Law, Liberty and Morality*, 1963. Este texto inició el debate sobre la imposición de la moral a través del derecho penal.

⁹ Devlin sostiene en *The Enforcement of Morals* (1965) que “el Estado tiene el poder de legislar sobre cuestiones morales para protegerse a sí mismo en contra de comportamientos que puedan desintegrar a la sociedad y sus instituciones”.

¹⁰ A pesar de esta concepción, Lord Devlin con base en el principio de doble efecto (*double effect principle*) participó en el proceso en que se absolvió a John Bodkin Adams, quien fue acusado de asesinar a dos de sus pacientes Edith Alice Morrell y Gertrude Hullett. En este caso (R vs. Adams de 1957) se resolvió que un médico puede administrar medicamentos como heroína o morfina a sus pacientes aun y cuando éstos puedan provocar la muerte (como intención secundaria) pues está autorizado a hacer todo lo que sea necesario para aliviar el dolor. “Puede ser evitada la responsabilidad por homicidio si se proporciona al paciente medicamento que le beneficia, a pesar de que se tenga conocimiento de que como efecto secundario podría provocarle la muerte”. Cita de Devlin J: “A life shortened by weeks or months is just as much murder as one shortened by years... However, a doctor is entitled to do all that is proper and necessary to relieve pain and suffering even if such measures may incidentally shorten life”.

tiene relevancia, y que el concepto de vida y muerte me será impuesto por otros, a quienes, además, no les toca vivir bajo mi piel.¹¹

Cuando una persona decide de manera autónoma que su vida debe llegar a un fin ¿puede el Estado imponerle continuar viviéndola? ¿Quién decide sobre el momento en que nuestra existencia debe cesar? Si vivimos en un Estado laico, ¿puede el Estado imponernos un concepto de vida y sancionar, a partir de éste, a quien no lo comparta aun cuando no se lastime a terceros?

Básicamente, una puede percibir la imposición de determinados dogmas fundamentados en convicciones religiosas —que en un Estado laico no pueden imperar— a la hora de repasar las razones¹² clásicas para estar en contra de la muerte con asistencia médica:

- La vida es sagrada y no es un bien disponible.
- Es obligación del Estado proteger el derecho a la vida.
- Todas las personas tienen derecho “a completar su obra”.
- La eutanasia o el suicidio asistido refleja tendencias de los Estados totalitarios comunistas o fascistas donde los débiles deben ser eliminados.
- Permitir quitarse la vida a una persona con una enfermedad terminal, con dolor incurable o cierto padecimiento discapacitante, desvalora la vida de otras personas en las mismas circunstancias (discriminación).
- No hay seguridad de que la eutanasia o el suicidio asistido no puedan ser practicados en personas vulnerables (pendiente resbaladiza).
- La prohibición del suicidio asistido y la eutanasia protege a los más vulnerables.
- Los médicos tienen como obligación cuidar la salud (la vida).

En cambio, si se repasan los argumentos a favor, subyace a ellos el principio liberal que prima la autonomía de las personas para decidir su propio concepto de “vida buena”:

- La prohibición protege un concepto demasiado amplio de vida, pues impone a las personas vivir en contra de sus propios deseos.
- La prohibición lastima el derecho a la muerte digna.

¹¹ Siempre es bueno recordar la frase de Atticus Finch en *Matar a un ruiseñor*, de Harper Lee, “nunca entiendes realmente a una persona hasta que no consideras las cosas desde su punto de vista, hasta que te metes bajo su piel y caminas con ella...”.

¹² Estas razones se han obtenido de las sentencias de la Corte Constitucional de Colombia y de la Corte Suprema de Canadá, que adelante se analizarán.

- La prohibición limita el derecho a la autonomía.
- La prohibición limita el libre desarrollo de la personalidad.
- La prohibición priva de su derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad a adultos competentes que sufren de una condición médica irremediable y grave que les causa un sufrimiento físico o psicológico intolerable.
- La prohibición priva a adultos que están impedidos físicamente, de su derecho a ser tratados igual que otros que pueden, por sí mismos, quitarse la vida.
- La sanción penal de la eutanasia y el suicidio asistido como homicidio es inequitativa con respecto a la ausencia de sanción cuando un médico retira tratamientos que finalmente producirá la muerte (disparidad).

Peter Singer¹³ reconoce cuatro razones por las cuales debe respetarse el “derecho a la vida” de las personas, las cuales fueron referidas párrafos arriba. Dichas razones pueden asimismo encuadrarse en estos argumentos, pues en mi opinión el derecho a morir se desprende del derecho a vivir, si entendemos éste como el derecho a vivir una vida digna, y no el derecho a vivir como sea y a toda costa. Resulta evidente, en la línea liberal que se viene sosteniendo, que el derecho a morir dignamente puede perfectamente razonarse a través de las mismas premisas que Singer plantea: el miedo a una muerte indigna, dolorosa o llena de sufrimiento; el deseo de no vivir más (debido a un sufrimiento físico o psicológico, presente o futuro);¹⁴ la habilidad de desear no continuar con la existencia propia (por las razones que sean) y el respeto a la autonomía.

No escapa que el debate sobre la asistencia médica para morir requiere del delineado de cuestiones que han ocupado a la filosofía durante toda la historia: ¿qué es la vida?, ¿cuál es el contenido esencial del derecho a la vida?, ¿existe un derecho a morir?

A ello, se siguen cuestiones estrictamente jurídicas, que nos permiten delimitar el tema sobre quiénes y bajo qué circunstancias pueden elegir

¹³ Singer, Peter, *op. cit.*, *passim*, capítulos 4 y 7. El miedo a la propia muerte como un efecto, el tomar en cuenta el deseo de vivir, el deseo de continuar con la existencia propia y el respeto a la autonomía.

¹⁴ Existe un fuerte debate respecto del sufrimiento psicológico, pues no es “objetivamente” perceptible (casos como el de una mujer deprimida, el de una mujer abusada sexualmente durante la mayor parte de su vida, el de un hombre pedófilo, por mencionar algunos que han aparecido en las noticias). Asimismo, otro tema que se discute es el de las enfermedades degenerativas y los deseos de morir en un futuro.

morir, si pueden o no hacerlo con asistencia médica, si la profesión médica permite la ayuda al suicidio. Y las cuestiones más específicas, sobre si las normas que prohíben la asistencia para la muerte son constitucionales y si una corte puede regularlo o debe ser discutido en un parlamento.

Ahora bien, ¿qué razones puede uno tener para la muerte? Fundamentalmente se habla de dos: autonomía (que implica voluntad y consentimiento), y el alivio del sufrimiento (siempre se habla de que para solicitar la muerte asistida debe existir un sufrimiento, algunas legislaciones hablan solamente de un dolor físico, mientras que otras, como la belga, reconoce el sufrimiento psicológico).

Sobre estas cuestiones se han ocupado las sentencias que se analizarán adelante, una de la Corte Constitucional de Colombia; otra, de la Corte Suprema de Canadá. En ambos casos los jueces enfrentaron estas cuestiones. La sentencia colombiana se ocupó de la eutanasia; la sentencia canadiense, del suicidio asistido. En ambas, la consecuencia es la muerte del paciente. Sin embargo, su valoración moral y, por ende, su valoración jurídica, difiere por cuanto hace a la participación del médico. Veamos.

II. FORMAS DE ASISTENCIA PARA LA MUERTE DIGNA

A pesar de que todos podríamos estar de acuerdo en que la vida digna y la autonomía son valores que debemos privilegiar en las personas, no siempre hay acuerdos sobre la permisibilidad moral (y legal) de las prácticas en que médicos asisten a sus pacientes para acabar con la vida.

Usualmente hay menos objeciones con respecto a que los médicos sirvan a estos valores para facilitar el suicidio (suicidio asistido) que con respecto a que los médicos activamente le quiten la vida a sus pacientes (eutanasia). Mientras que la valoración que se da a la suspensión de tratamientos, por cuanto implica una omisión —y no una acción, como en las otras dos variantes—, es diametralmente distinta.¹⁵

Existen al menos dos supuestos en que puede hablarse de muerte asistida:

1. Paciente consciente y competente

¹⁵ Singer concluye que la distinción entre la acción (suicidio asistido y eutanasia) y la omisión (suspensión de tratamientos) se debe a que su valoración se fundamenta en una ética que juzga los actos de acuerdo con normas morales específicas (no matarás); mientras que ambas cuestiones serán irrelevantes para quienes juzguen los actos de acuerdo con una ética consecuencialista, pues al final, en ambos casos el paciente muere, y además, agrego, en el caso de la suspensión de tratamientos, el paciente muere muchas veces con sufrimiento. *Cfr. op. cit.*, p. 181.

- Suspensión de tratamiento
 - Fin de la vida (eutanasia o suicidio asistido)
2. Paciente inconsciente e incompetente
- No puede haber ni eutanasia ni suicidio asistido¹⁶

1. *Breve excursio sobre la autonomía*

Un principio bioético en que se debe fundar todo análisis sobre la muerte asistida es el de autonomía, y en tanto el paciente no está consciente, no podemos hablar de decisiones autónomas. En este sentido, para analizar la asistencia en la muerte se requiere que el paciente elija libremente, y se requiere de la ayuda activa del médico.

La autonomía es el derecho de formar y perseguir lo que uno concibe como bueno, libre del escrutinio e interferencia. En la filosofía kantiana se ha destacado la racionalidad como condición relevante para la autonomía, y precisamente se refiere a la tarea en que cada persona evalúa, calibra, sopesa y asigna un orden —un orden que responderá a pautas que revelan la disposición moral y emocional de uno mismo—. ¹⁷

John Christma¹⁸ explica:

La idea de autodeterminación contiene dos componentes: la independencia de la deliberación propia y la elección sin la manipulación de los demás, y la capacidad de autogobierno... Para gobernarse a sí mismo, se debe estar en posición para actuar competentemente y desde los deseos (valores, condiciones, etcétera) que son, en cierto sentido, propios... Ello lleva a dos tipos de concepciones de la autonomía: las condiciones de competencia, que incluyen varias capacidades de pensamiento racional, autocontrol y el estar libre de patologías debilitantes, autocompasión sistemática y otras; y las condiciones de autenticidad, que incluyen la capacidad de reflejarse en y respaldar (o identificarse con) los deseos propios, valores y otros.

¹⁶ Peter Singer sí reconoce que puedan existir, y basa su análisis en el paternalismo, por un lado y, otro, en las reflexiones en torno al aborto eugenésico. Escapa al objetivo de este trabajo la reflexión sobre si debe hablarse de eutanasia involuntaria y no voluntaria, pero se recomienda revisar las del autor, pues lo analiza de manera más detallada. Véase capítulo 7 de su texto, *op. cit.*

¹⁷ Álvarez, Silvina, *La autonomía personal de las mujeres. Una aproximación a la autonomía relacional y la construcción de las opciones*, primer borrador, Seminario de la Facultad de Derecho de la Universidad de Palermo, 13 de diciembre de 2012.

¹⁸ Christman, John, "Autonomy in Moral and Political Philosophy", en Zalta, Edward N. (ed.), "The Stanford Encyclopedia of Philosophy" (Spring 2011 Edition), traducción libre.

Proteger la autonomía puede involucrar no solamente la ausencia de interferencia por parte del Estado, sino que puede requerir la provisión de recursos que permitan que una persona tenga un conjunto considerable de opciones.

Por otro lado, Joseph Raz¹⁹ explica que para ser autónoma, una persona requiere no solamente una elección, sino que le sea proporcionado un rango adecuado de elecciones. Aquí precisamente se enclava parte de la discusión sobre la muerte asistida, pues argumentan algunos que el paciente puede pensar que sus opciones son menores (no ha tenido tratamiento paliativo adecuado, tuvo un diagnóstico equivocado, no le fue explicado de manera correcta su padecimiento, no ha tenido acceso a tratamiento psiquiátrico por depresión, etcétera), y por tanto su elección sobre su muerte puede no obedecer a una decisión autónoma.

En este sentido, existen situaciones (como la gestación subrogada, la prostitución, o el suicidio asistido, por ejemplo) en que se plantea la cuestión sobre si el Estado debe protegernos de nuestras elecciones imprudentes.²⁰ Pero, más bien aquí la pregunta debe plantearse un paso atrás: debe cuestionarse sobre la naturaleza de la elección (¿había otras opciones?, ¿la capacidad para tomar decisiones autónomas fue comprometida por el entorno?). En dichas circunstancias la sociedad debe proveer de recursos y apoyo que enriquezcan el desarrollo de las capacidades para ejercitar un control autónomo sobre la vida propia. Así, quienes defienden el derecho a morir dignamente argumentan que esto puede solucionarse poniendo requisitos elevados para que se pueda acceder a la eutanasia o suicidio implicando, precisamente, la existencia de segundas opiniones médicas, acceso a consultas psiquiátricas, entre otros.

Por otro lado, también es relevante deshacerse de estereotipos y reconocer la diversidad de elecciones y la posibilidad de que una persona pueda, voluntariamente, tomar una decisión determinada, por más que nosotros no podamos compartirla. Percibir como vulnerable e impedirle tomar una decisión sobre su propia vida a una persona por su disminuido estado de salud, me parece que la re-vulnera,²¹ pues no toma en serio sus deseos y disminuye su capacidad de agencia.

¹⁹ *The Morality of Freedom*, Oxford, Clarendon Press, 1988, pp. 369 y ss.

²⁰ Imprudentes desde algunas concepciones morales, no quiero yo decir que lo sean, pero sí que bajo determinadas concepciones sobre moralidad, algunas personas consideran que lo son, pues se trata de temas límite.

²¹ Evoco el concepto de revictimización.

2. *Conceptos sobre muerte digna. Distingamos*

- Eutanasia (E) es el acto que realiza un médico para producir la muerte (con toda la intención) de un paciente, sin dolor, y a petición de éste (voluntad) para terminar con un sufrimiento intolerable. Por ejemplo: inyectar morfina con la finalidad de que el paciente muera.
- El suicidio²² médicamente asistido (SMA) es la ayuda que da un médico a una persona en respuesta a su solicitud, proporcionándole los medios para quitarse la vida, y que la persona sea quien realice la acción final que causa la muerte. Por ejemplo: el médico proporciona al paciente unas pastillas para producirse la muerte.
- Suspensión de tratamiento (ST), implica dejar morir al paciente —también llamada eutanasia pasiva—. Es el retiro de cuidados u omisión de cuidados. Por ejemplo: retirar el respirador o ventilador o dejar de proporcionar alimento y agua al paciente.

3. *Asimetría moral y legal en los tres supuestos de asistencia para la muerte*

Ahora bien, existe una dificultad²³ respecto del análisis moral —y legal— de los supuestos, pues si los tres casos son iguales con respecto a las razones que los llevan a decidir la muerte (el sufrimiento), los sujetos que intervienen (su calidad y su intencionalidad) y sus resultados (la muerte): ¿por qué se separan para ser valorados moralmente —y legalmente—?

En su capítulo, R. G. Frey²⁴ plantea que resulta increíble que el hecho de que un paciente con una enfermedad terminal esté —o no— conectado a un sistema de respiración artificial pueda transformar un caso moralmente (y legalmente), pues parece que el poder de un derecho a rehusarse a recibir tratamiento es más fuerte que el derecho a quitarse la vida a través de

²² Tradicionalmente, la palabra “suicidio” ha sido entendida como un acto negativo. Intenté en este trabajo no utilizar la palabra; sin embargo, me parece que es difícil evitarla, en tanto que existen tantos tipos de muerte asistida que requieren ser distinguidos. Más bien, creo, lo que debe hacerse es desprender del concepto de suicidio el tono negativo, culturalmente relacionado con la doctrina católica sobre la indisposición de la propia vida —por ser donada— y ubicarlo en un ámbito liberal que nos permita reapropiarnos de nuestras vidas.

²³ Sobre el tema de la asimetría moral en las tres posibilidades véase Dworkin, Gerald, Frey, R. G. y Bok, Sissela. *Euthanasia and Physician-Assisted Suicide. For and Against*, Cambridge University Press, 1998, y Jackson, Emily y Keown, John, *Debating Euthanasia*, Oxford, Portland and Oregon, Hart Publishing, 2012; Singer, Peter, *Practical Ethics*, cit.

²⁴ Dworkin, Gerald, Frey, R. G. y Bok, Sissela, *op. cit.*, loc 412 de 2485 (versión Kindle).

la asistencia médica. Sin embargo, argumenta, ambos están anclados en el derecho a suicidarse, y ambos se miran con distinta fuerza moral. Concluye que esta diferencia se ha convertido en un límite artificial en la forma de quitarse la vida, pues en el caso de la ST se obliga a alguien a permanecer vivo en contra de su voluntad. En el caso del SMA (y de la E), se previene que alguien se quite la vida.

En este sentido, Frey ataca los argumentos de asimetría, pues estima que hay una diferencia moralmente relevante entre la intencionalidad y/o la causalidad: no es lo mismo matar que dejar morir, ni la intención de matar, con la probabilidad de que muera, actuar que omitir. Es lo mismo que Singer destaca como ética del acto y ética de las consecuencias.

Frey plantea lo que llama el “caso por antonomasia de suicidio médicamente asistido (SMA)”: un paciente competente e informado que padece una enfermedad terminal, solicita voluntariamente la asistencia de su médico para morir (cuya solicitud ha sobrevivido el tratamiento por depresión), y a partir de éste, repasa cuestiones básicas que pretenden desvelar que las prohibiciones no tienen un respaldo lógico, y sí una base moral específica, que se impone a la generalidad.

En un caso como éste, ¿puede un médico permisiblemente proporcionar a este paciente los medios para morir? Si la respuesta es no, difícilmente habrá un caso en que un médico pueda asistir a su paciente para morir. Así, se llama al punto central de la cuestión:

Si el médico puede proporcionar estos medios a petición de un paciente con una enfermedad terminal (permisiblemente recetar la dosis letal de una cierta droga) con el conocimiento (hasta una certeza práctica) de que el paciente los usará para quitarse la vida.

Quedan pues demasiadas interrogantes:

¿Cuál es la diferencia moral entre la E y el SMA?

¿No puede igualmente acusarse al médico de lo que prevé que de lo que pretende?²⁵

¿Pretende —quiere— el médico la muerte de su paciente?

¿No puede acusarse por “homicidio por piedad” (eutanasia) al médico que aunque no da muerte a su paciente, sí prevé y pretende ésta?

Pretender la muerte de su paciente, ¿no es lo mismo que matarlo?

¿Hay diferencia moral entre un médico que “mata” a su paciente (muerte) con uno que pretende que muera (aliviar sufrimiento)?

²⁵ Aquí entrarían las cuestiones sobre el llamado doble-efecto. Dicha doctrina, que deriva de una concepción tomista, es frontalmente rebatida por Singer en su texto *Practical Ethics*, pues sostiene que tienen que mirarse las consecuencias sobre las acciones, y no solamente la intención en éstas.

La suspensión de tratamientos (ST) se refiere ya sea al retiro de tubos o apagado de máquinas, así como a la omisión deliberada de proporcionar alimentos y agua al paciente. En el primer caso, el paciente muere de la enfermedad o padecimiento previo que lo colocó en esa situación; en el segundo, el paciente muere de hambre y deshidratación.

En ambos casos precede una decisión médica previamente solicitada por el paciente. Aquí el paciente no pide al médico que lo mate, sino que pide al médico que acepte su plan de morir.

El SMA: la decisión del médico de proporcionar al paciente los medios para quitarse la vida es la causa de la muerte de éste. La responsabilidad de proporcionar la pastilla es del médico; la responsabilidad en la decisión de tomarla, es del paciente.

La suspensión de tratamientos (ST): el médico toma la decisión (con determinados requisitos que cumplir) de retirar los tubos o apagar las máquinas; por ello, él continúa con la responsabilidad; el resultado es causa de la decisión que él toma, pero la muerte se produce por otras razones (la enfermedad o padecimiento “sigue su curso”).

La eutanasia (E): la inyección de morfina es suficiente para producir la muerte del paciente; proporcionar las pastillas o desconectar la máquina, no.

En el SMA hay una decisión sucesiva a la prescripción médica: que el paciente decida tomar la pastilla para morir. En la ST hay una decisión previa del médico, retirar los tratamientos para permitir que la salud del paciente siga su curso y desemboque en la muerte. En la E hay una decisión que provoca la muerte.

En los tres casos hay una colaboración entre el paciente y el médico. El elemento de certeza de que la muerte se producirá es prácticamente el mismo si en el caso del SMA el médico está prácticamente seguro de que el paciente tomará la dosis (lo cual hace que no haya gran diferencia entre la E y el SMA). Y lo mismo puede decirse de la ST, si el médico tiene una certeza práctica de que el paciente morirá al retirar el tratamiento.

¿Lo relevante para una sanción de tipo penal es, entonces, quién actúa al último en la cadena hacia la muerte?

4. Derecho a decidir sobre la vida propia. El papel del médico

Finalmente, quisiera apuntar el tema de la objeción de conciencia, que a pesar de que escapa a los objetivos del presente trabajo, debe ser mencionado.

Si el médico se toma en serio el plan de muerte de su paciente, y al tomar ciertas decisiones se llega a ese resultado (la muerte), el médico habrá respetado una decisión autónoma. En este sentido, el paciente se entiende como una persona competente, informada y autónoma.

En los tres casos que se han repasado, el médico se toma en serio la autonomía del paciente. Son tres casos en que el médico interactúa de distintas formas con su paciente para producir su muerte. En los tres casos las medidas adoptadas son efectivas para producir la muerte.

La autonomía significa libertad para la autodeterminación. El “auto-gobierno” sin control externo o influencia externa. Sin embargo, resulta de suma relevancia mencionar que la autonomía del paciente no puede reducir al médico a un medio para sus fines, de la misma forma que el médico no puede reducir al paciente a un medio para la realización de sus convicciones, y el respeto a las convicciones o creencias de un médico debe formar parte de la relación médico-paciente en los casos de muerte asistida.

III. DOS SENTENCIAS. COLOMBIA Y CANADÁ

<i>Colombia 1997</i>	<i>Canadá 2015</i>
<i>Revisión abstracta</i>	<i>Revisión concreta</i>
Norma que prohíbe el homicidio piao- doso o eutanasia (con pena disminu- da de seis meses a tres años). Análisis: 1) La piedad como elemento necesario y relacionado con 2) El consentimiento: — el principio de dignidad. — el derecho a la vida. — la autonomía. — obligaciones del Estado respecto de la garantía y respeto de dichos derechos. 3) Regulación de la muerte digna	Normas que prohíben el suicidio asistido con penas normales (hasta catorce años). Análisis: 1) Vinculatoriedad del precedente 2) Transgresión de los derechos a la vida, la libertad y la seguridad. 3) Cumplimiento de estándares para la restricción de los derechos y libertades reconocidos en la Carta.

Resuelve: la norma es constitucional, pero establece una causa de justificación (no hay delito) para el médico que lo practique si media consentimiento del paciente (regulación de su práctica en la sentencia) que sufre de alguna condición terminal.	Resuelve: declara a la prohibición como inválida a la luz de la Carta; sin embargo, suspende doce meses dicha declaración y establece ciertos lineamientos: a) apela al legislador para emitir regulación, y b) establece dos parámetros para su regulación: consentimiento y condición médica.
--	---

1. *Caso Colombia (1997)*

La Corte Constitucional de Colombia resolvió hace ya casi veinte años, que la eutanasia practicada por médicos no es ilegal, y por ende no podrá derivarse responsabilidad por la vía del artículo 326 del Código Penal de Colombia, que establece una pena para las personas que priven de la vida a otra por razones pietísticas.

En este caso, un ciudadano²⁶ interpuso la demanda, pues consideró que la redacción del artículo 326 del Código Penal de Colombia viola diversos principios constitucionales, entre ellos la inviolabilidad del derecho a la vida y el derecho a la igualdad y no discriminación, al desvalorar la vida de personas con enfermedades terminales o muy dolorosas.

La Corte Constitucional colombiana (CCC) concluye que la norma impugnada es exequible,²⁷ es decir, es constitucional; pero además, concluye que la eutanasia practicada por médicos, en que concurra la voluntad libre del sujeto pasivo, no será sancionada por la ley penal, toda vez que se trata de una conducta justificada. El texto del artículo 326 del Código Penal es el siguiente:

Homicidio por piedad

El que matare a otro por piedad, para poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave o incurable, incurrirá en prisión de seis meses a tres años.

Los argumentos de la Corte fueron que el homicidio pietístico o eutánico es “la acción de quien obra por la motivación específica de poner

²⁶ En Colombia, los ciudadanos pueden interponer demandas de análisis abstracto de normas.

²⁷ Es decir, es válida. En Colombia, la Corte realiza el análisis de exequibilidad de las normas; es decir, de constitucionalidad de las normas.

fin a los intensos sufrimientos de otro”. Y que el tipo precisa de unas condiciones objetivas en el sujeto pasivo que se encuentre padeciendo intensos sufrimientos, provenientes de lesión corporal o de enfermedad grave o incurable.

Posteriormente, la Corte procede a resolver las siguientes interrogantes:

¿Desconoce o no, la Carta, la sanción que contempla el artículo 326 del Código Penal para el tipo de homicidio piadoso?, y

¿Cuál es la relevancia jurídica del consentimiento del sujeto pasivo del hecho?

Asimismo, se realiza un análisis del derecho a la vida y la autonomía a la luz de la Constitución de 1991²⁸ a partir de las siguientes premisas:

- Principio de dignidad como fundamento de todos los derechos y como valor objetivo que irradia todas las normas del sistema.
- El derecho a la vida implica el derecho a la muerte digna.

Otro aspecto analizado fue, la vida como valor constitucional, y la obligación del Estado de protegerla y su relación con la autonomía de las personas. Se determinó que el Estado tiene deberes de proteger la vida, pero que esta obligación tiene como límite la autonomía y la dignidad de las personas.

La Corte analizó la cuestión acerca de enfermos terminales y el homicidio por piedad y el consentimiento del sujeto pasivo, y determinó que el derecho fundamental a vivir en forma digna implica el derecho a morir dignamente, y que el Estado no está obligado a la preservación de la vida como valor abstracto.

La Corte, al final de su sentencia, emite una regulación respecto de la muerte digna, la cual establece las pautas que debía cumplir una ley,²⁹ y concluye que la eutanasia practicada por un médico no es antijurídica, y por lo tanto el juez debe exonerar de responsabilidad a los médicos que la practiquen.

Las premisas en que se basa esta decisión son:

- El principio de dignidad como fundamento de todos los derechos y como valor objetivo que irradia todas las normas del sistema.

²⁸ Y realiza un reenvío a la sentencia T-493 de 1993, donde la Corte determinó la legalidad de la suspensión de tratamientos.

²⁹ Se trata de una sentencia sustitutiva, pues llena un vacío normativo y determina pautas para la labor legislativa y exhortativa, pues apela al Congreso para que legisle.

- La vida es un derecho que pende del principio de dignidad, y que comprende, también, el derecho a la muerte digna.
- Al ser la vida un valor constitucional, el Estado tiene el deber de protegerla; sin embargo, ésta tiene como límite la autonomía y la dignidad de las personas.
- En el caso de enfermos terminales, el Estado no está obligado a la preservación de la vida como valor abstracto
- Un paciente, con la capacidad de comprender la situación en que se encuentra, puede solicitar a un médico que acabe con su vida.

A pesar del exhorto de la CCC al legislador, no se cumplió con la sentencia. En 2014, una mujer con cáncer terminal solicita la eutanasia, y le es negada; presenta un amparo ante la CCC basada en la sentencia de 1997. La mujer murió durante su trámite; sin embargo, la Corte igualmente resuelve y nuevamente exhorta al Congreso a regular el derecho fundamental a morir dignamente, tomando en consideración los criterios que en la misma establece.

2. Caso Canadá 2015

En 2009, Gloria Taylor, una mujer con esclerosis lateral amiotrófica, presentó una demanda para revisar la constitucionalidad del artículo del Código Criminal, que sanciona la asistencia del suicidio. Se unieron, entre otros, a la demanda los familiares de la señora Kathleen Carter, a quien ayudaron a morir dignamente en Suiza.

La jueza de primera instancia en British Columbia le dio la razón apartándose del precedente del caso Rodríguez vs. British Columbia (1993). Por este motivo, en la corte de apelación, Taylor y Carter sufrieron un revés, pues los magistrados consideraron que la jueza no debía apartarse de este precedente.

El asunto llega a la Suprema Corte en apelación. La Corte reitera los argumentos de la jueza de primer grado y determina que el precedente de Rodríguez es distinto (se usa la doctrina del *distinguishing*), pues no se trata de un caso igual, y desde entonces el debate ha evolucionado.

Los artículos del Código Penal que fueron impugnados son los siguientes:

14. No person is entitled to consent to have death inflicted on him, and such consent does not affect the criminal responsibility of any person by whom death may be inflicted on the person by whom consent is given.

21. (1) Every one is a party to an offence who . . . (b) does or omits to do anything for the purpose of aiding any person to commit it; or . . . (2) Where two or more persons form an intention in common to carry out an unlawful purpose and to assist each other therein and any one of them, in carrying out the common purpose, commits an offence, each of them who knew or ought to have known that the commission of the offence would be a probable consequence of carrying out the common purpose is a party to that offence.

22. (1) Where a person counsels another person to be a party to an offence and that other person is afterwards a party to that offence, the person who counselled is a party to that offence, notwithstanding that the offence was committed in a way different from that which was counselled. (2) Everyone who counsels another person to be a party to an offence is a party to every offence that the other commits in consequence of the counselling that the person who counselled knew or ought to have known was likely to be committed in consequence of the counselling (3) For the purposes of this Act, "counsel" includes procure, solicit or incite.

222. (1) A person commits homicide when, directly or indirectly, by any means, he causes the death of a human being.

(2) Homicide is culpable or not culpable. (3) Homicide that is not culpable is not an offence. (4) Culpable homicide is murder or manslaughter or infanticide. (5) A person commits culpable homicide when he causes the death of a human being, (a) by means of an unlawful act; .

241. 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.

Según la Corte, dos de estas normas están en el centro de la revisión constitucional:

- La sección 241(b), que determina que cualquier persona que auxilie o incite a otra a cometer suicidio, comete una ofensa penal.
- La sección 14, que establece que ninguna persona puede consentir su propia muerte.

Son estos dos artículos los que prohíben la asistencia para morir. Las secciones 21, 22 y 222 son aplicables mientras la norma de asistencia para morir sea entendida como ilegal o un delito. La sección 241 (a) no contribuye a la prohibición del suicidio asistido.

La cuestión presentada es si la prohibición criminal que pone a una persona en la posición de elegir entre quitarse la vida (muchas veces de manera violenta y por medios peligrosos) o continuar sufriendo hasta que muera de

causas naturales viola los derechos a la vida, a la libertad y a la seguridad de la persona y al trato igual por y ante la ley.

Se trata de una cuestión que requiere la ponderación entre valores que compiten: la autonomía y la dignidad de un adulto competente que busca la muerte como respuesta a una condición médica grave e irremediable, y la inviolabilidad de la vida y la necesidad de proteger a los vulnerables.

La Corte concluye que la prohibición del suicidio asistido por un médico es inválida, pues priva a un adulto competente de tal asistencia cuando:

- 1) la persona afectada claramente consiente la terminación de su vida, y
- 2) la persona sufre una condición médica grave e irremediable (incluyendo enfermedad, padecimiento o discapacidad) que cause sufrimiento permanente que es intolerable por el individuo bajo las circunstancias de su condición.

Para llegar a dicha conclusión, la Corte analiza la medida desde varios aspectos que le son planteados; destacan:

- a. Como cuestión de precedente: concluye que Rodríguez es distinguible, y por tanto no aplicable,
- b. Como cuestión competencial: concluye que no hay una invasión de competencias,
- c. Como violación a la sección 7 de la Carta canadiense: que protege el derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad, y
- d. Como violación a la sección 1 de la Carta canadiense, que establece los requisitos para las restricciones a los derechos reconocidos en la Carta.

Respecto de la violación al derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona, la Corte, primero, realiza un análisis sobre su contenido esencial y concluye que:

- La formulación del derecho a la vida no requiere de una prohibición absoluta de la asistencia para morir, o que los individuos no puedan renunciar a ella, pues ello implicaría un “deber vivir” en lugar de un “derecho a la vida”, y cuestionaría la legalidad de cualquier tipo de consentimiento otorgado para suspender tratamientos que prolonguen la vida, por ejemplo.
- Reconoce que la sección 7 también comprende la vida, la libertad y la seguridad de la persona, durante su proceso de muerte, y por esta razón la inviolabilidad de la vida no puede ser entendida como que la vida humana deba ser preservada a cualquier costo.

- La libertad protegida en la sección 7 protege el derecho a tomar decisiones personales fundamentales libres de la interferencia del Estado.
- La seguridad de la persona comprende la noción de autonomía persona, que involucra el control sobre la integridad corporal libre de interferencias del Estado.

La sección 7 garantiza que el Estado no interferirá en los derechos allí reconocidos de manera que viole los principios de justicia fundamental. Para determinar si el Estado los viola, o no, la Corte analiza la medida en tres gradas, las cuales deben ser contrastadas con el objeto de la ley, en este caso el objeto de la prohibición del suicidio asistido (proteger la vida y proteger a los vulnerables):

- Arbitrariedad. La norma no es arbitraria, pues existe una conexión racional entre el objetivo de la ley (evitar que una persona en estado de vulnerabilidad sea inducida a cometer suicidio en un momento de debilidad).
- Amplitud (*overbreadth*). Se concluye que la norma es desmedida para el cumplimiento de su objetivo, pues no toda persona que desea cometer suicidio es vulnerable; la limitación de sus derechos no está, en algunos casos, conectada con la protección de personas vulnerables. La prohibición tan amplia extiende a su ámbito a conductas que no están relacionadas con el objetivo de la norma.

Desproporcionalidad. La medida no es proporcional al objeto, pues impacta de manera relevante en los derechos y libertades de la persona. El impacto negativo en la vida, libertad y seguridad es muy severo, pues no permite a las personas decidir sobre sus cuerpos, orillándolas a tomar decisiones que, de no existir la prohibición, no tomarían.

La sección 1 garantiza que los derechos y libertades reconocidos serán limitados únicamente en la ley, y de manera justificada dentro de una sociedad libre y democrática. La Corte realiza nuevamente un test para revisar los límites a los derechos que comprende las tres gradas clásicas, y concluye que los medios están conectados lógicamente con el objetivo de la norma; sin embargo, el núcleo del caso descansa en la grada de análisis sobre el mínimo perjuicio, pues se trata, precisamente, de medir el perjuicio que la medida causa al disfrute de los derechos de las personas. Y después de estudiar la evidencia presentada por las partes; es decir, por científicos, profesionales y expertos, la corte de apelación concluyó que el perjuicio es alto.

En ambos testes, la Corte Suprema concluye que a pesar de que el objeto de la medida es lícito y justificado dentro de una sociedad libre y democrática, su perjuicio y amplitud son tan altos y graves que lastiman derechos y libertades protegidos por la propia Carta. Se trata, pues, de una medida sobreinclusiva; es decir, al incluir a todas las personas en todos los casos en la prohibición, protege a unos (a los vulnerables), pero lastima a otros (a los no vulnerables que desean morir), y ello transgrede derechos y libertades.

Concluye que la norma impugnada debe ser invalidada, pues no cumple con los principios de justicia fundamental ni con los principios para la limitación de los derechos y libertades garantizados en la Carta: “The prohibition on physician-assisted dying infringes the right to life, liberty and security of the person in a manner that is not in accordance with the principles of fundamental justice”.

La Corte, al invalidar la norma del código criminal, que prohibía el suicidio asistido por un médico, dio un plazo de un año al gobierno (que vencía el 6 de febrero de 2016) para reglamentar la práctica, por lo que la decisión no tendría efecto hasta entonces.

Sin embargo, la Corte anuncia el 15 de enero de 2016, que el suicidio asistido por parte de un médico puede realizarse ya bajo ciertas condiciones, y otorga al gobierno cuatro meses más para emitir el reglamento (hubo cambio de gobierno en noviembre de 2015,³⁰ y por esta razón se atrasó su emisión).

La sentencia resuelve tres preguntas:

- 1) Si la Corte debe otorgar la extensión de la suspensión de la declaración de invalidez;
- 2) Si Quebec debe ser eximido de la extensión de la suspensión;
- 3) Si durante la extensión de la suspensión, la Corte puede otorgar una excepción a aquellos que deseen terminar con su vida de acuerdo con las determinaciones tomadas en *Carter vs. Canadá* (deberán solicitar un amparo para que se les conceda la excepción).

La Corte responde de manera positiva a las tres preguntas. Y fue votada 5-4.

IV. BREVE ANÁLISIS DE AMBAS SENTENCIAS

La sentencia de Colombia tiene un enfoque discursivo-emotivo. Se trata de una sentencia poco analítica que intenta dar contenido a los derechos que

³⁰ Mientras esto se escribe sigue pendiente de aprobación la iniciativa enviada por el primer ministro canadiense, Justine Trudeau, durante el primer semestre de 2016.

considera involucrados y a ciertos principios constitucionales (como la piedad y la solidaridad); sin embargo, se pierde en la argumentación, y me parece que ello es problemático, pues la Corte lo declara constitucional, pero me parece que el demandante tiene razón en sus conceptos de invalidez, ya que la norma no incorpora el concepto de consentimiento.

La Corte resuelve el problema diciendo que el médico que lo realice con el consentimiento de la víctima no será sancionado; sin embargo, me queda la duda sobre qué sucede con el homicidio por piedad cuando el sujeto activo no es médico y el sujeto pasivo no ha consentido.³¹

La Corte basa su razonamiento en un elemento ausente de la norma: el consentimiento, y no lo incorpora, y al encontrarnos frente a una norma penal, me parece que resulta en suma problemático, pues éstas no admiten interpretación. Creo que la tipificación del homicidio por piedad, en su caso, debe hacerse de forma que medie siempre el consentimiento del paciente, pues de otra forma se deja abierta la posibilidad de la eutanasia no voluntaria o involuntaria, lo cual me parece sumamente problemático.³²

En cambio, la sentencia de Canadá realiza un enfoque analítico más cuidadoso, al correr el test, primero, para revisar si se garantizan los derechos de la sección 7 de la Carta Canadiense de Derechos, y luego, para revisar si la limitación de los derechos es razonable.

Nos parece que comparativamente, la sentencia canadiense es una sentencia redonda, que amarra los argumentos y no deja cabos sueltos. Ambas sentencias analizan el derecho a la muerte digna; la Corte Suprema de Canadá lo hace desde el aspecto de la voluntad como autonomía, mientras que la Corte Constitucional de Colombia lo hace desde el consentimiento.

³¹ Se nos ocurre, por ejemplo, el caso de un hombre que mata por piedad, por iniciativa propia y sin preguntarle a su madre con un cáncer terminal doloroso, pues teme que sufrirá más en las próximas semanas; sin embargo, ella tenía interés en conocer a su nieto, que nacería una semana más tarde. O el caso de una mujer que mata, por piedad, a otra joven que fue atropellada en un sitio alejado de la ciudad, con una fractura expuesta muy dolorosa. Me parece muy problemático que en ambos casos la sanción sea la de un homicidio por piedad y no la de un homicidio simple.

³² Claro que hay situaciones excepcionales en donde podría ser posible pensar en este tipo de muerte; sin embargo, creo que allí la ley penal debe actuar de otra manera (a través de excluyentes, por ejemplo). El tipo del Código Penal del Distrito Federal me parece un buen ejemplo: artículo 127. Al que prive de la vida a otro, por la petición expresa, libre, reiterada, seria e inequívoca de éste, siempre que medien razones humanitarias y la víctima padeciera una enfermedad incurable en fase terminal, se le impondrá prisión de dos a cinco años.

V. CONCLUSIÓN

Mientras esto se escribe, son apenas cinco países³³ los que permiten la eutanasia, y cinco países³⁴ y cinco estados de los Estados Unidos (Oregon, Washington, Vermont, California y Montana) los que permiten la muerte asistida. El proceso de legalización inició en 1994, y en Oregon se permitió el SMA por la vía de la iniciativa ciudadana hasta 2002; el Parlamento holandés aprobó la ley que permite la eutanasia, y ello impulsó los cambios en los países vecinos: Bélgica y Luxemburgo. Suiza es conocida por ser un oasis para el suicidio asistido, ya que se permite realizar a los extranjeros y sin asistencia médica; por ello, muchas personas con posibilidades de viajar (de salud y económicas) se trasladan a ese país para acabar con sus vidas.

Tres son las razones que presentan quienes se oponen a la muerte asistida: 1) la protección de los vulnerables, 2) la pendiente resbaladiza, y 3) la sacralidad de la vida. Dichas razones han sido ampliamente discutidas por expertos en filosofía moral. Los argumentos sobre la protección de los vulnerables y la pendiente resbaladiza (que normalmente evocan al nazismo) se caen por su propio peso: es evidente que la permisibilidad de la asistencia para la muerte traería consigo una serie de medidas y requisitos para, precisamente, evitar, por un lado, la muerte de personas vulnerables y la muerte indiscriminada de pacientes (o personas que “no deben seguir viviendo”), mientras que el tercer argumento que evoca diversas concepciones morales, no puede ser sostenido en una sociedad plural y diversa. Como al principio de este artículo se explicó: las concepciones sobre la vida son, todas, su enorme importancia; sin embargo, descansa sobre una diversidad de fundamentos religiosos y éticos, que son irreconciliables.

Tal y como se planteó en la llamada “Amicus de los filósofos”,³⁵ presentada ante la Corte Suprema de los Estados Unidos: existe un principio moral general y constitucional de que toda persona competente tiene el dere-

³³ Holanda, Bélgica, Luxemburgo, Irlanda y Colombia. Sin embargo, en Colombia, a pesar de la sentencia, no ha habido hasta ahora modificación legal alguna.

³⁴ Suiza, Alemania, Japón, Albania y Canadá (aunque en Canadá no ha sido aprobada la iniciativa, la sentencia de la Corte Suprema permite el suicidio asistido a través de un amparo).

³⁵ Se trata de una *amicus curiae* presentada en el caso *Washington et al. vs. Glucksberg* ante la Corte Suprema de los Estados Unidos, que fue firmada por Ronald Dworkin, Thomas Nagel, Robert Nozick, John Rawls, Thomas Scanlon y Judith Jarvis Thomson. Consultada en el sitio del New York Review of Books. Disponible en: <http://www.nybooks.com/articles/1997/03/27/assisted-suicide-the-philosophers-brief/>. Última consulta el 16 de julio de 2016.

cho a tomar decisiones personales que invocan convicciones fundamentales religiosas o filosóficas sobre el valor que uno mismo le da a la vida.

El concepto de vida —qué vida y en qué condiciones debe vivirse— encierra concepciones tan individuales, así como ideas de vida buena y de vida digna, y mientras no se dañe a otros, cada persona tiene el derecho a definir las por sí mismo. No puede ser el Estado quien, en nombre de nuestro derecho a la vida, nos imponga cómo y cuánto vivirla.