

SEÑORES JUECES DE LA CORTE CONSTITUCIONAL DEL ECUADOR

CASO N.º 67-23-IN

***AMICUS CURIAE*: ORGANIZACIÓN DIGNIDAD Y DERECHO**

Índice

I. Comparecencia	3
II. Antecedentes	3
III. Declaración	4
IV. Sobre la acción de inconstitucionalidad	4
Presunción de constitucionalidad y carga argumentativa	4
V. Sobre la eutanasia y la solicitud de la accionante	7
Definiciones y distinciones	7
Solicitud de la parte accionante	8
VI. Marco Constitucional Ecuatoriano	9
VII. Problemáticas relacionadas con la despenalización de la eutanasia	11
Sobre la autonomía y la libertad de elección	12
Eutanasia y los derechos de los niños	14
Coerción para grupos vulnerables	15
Problemas para los médicos y el personal de salud	17
VIII. Sobre la supuesta vulneración de los derechos constitucionales de la accionante	18
Sobre la vulneración a la dignidad y el derecho a la vida	19
Sobre la vulneración a la muerte digna	21
Sobre la vulneración a la autonomía y el libre desarrollo de la personalidad	22
Sobre la vulneración a la integridad personal y la prohibición de tratos crueles	23
La demanda se fundamenta en meras inconformidades	24
IX. Petición	24
X. Autorización	24
XI. Notificaciones	25

I. Comparecencia

1. **Dignidad y derecho**, organización sin fines de lucro que tiene por objeto social promover y defender los Derechos Humanos y el Estado de Derecho en el Ecuador, con domicilio en la ciudad de Quito, Av. Orellana E9-195 y Av. 6 de Diciembre, Edificio Alisal de Orellana, ofs. 502-504, debidamente representada por los abogados María de Lourdes Maldonado, en su calidad de Presidenta, y Pablo A. Proaño, en su calidad de Coordinador General, comparecemos respetuosamente ante ustedes en el caso No. 67-23-IN, al amparo de lo previsto por el artículo 12 de la Ley Orgánica de Garantías Jurisdiccionales y Control Constitucional, en calidad de *amicus curiae* en relación con la acción de inconstitucionalidad 67-23-IN propuesta contra el artículo 144 del COIP.

II. Antecedentes

2. El 10 de febrero de 2014, se publicó en el Registro Oficial Suplemento No. 180, el Código Orgánico Integral Penal (COIP), cuyo texto final fue aprobado por la Asamblea Nacional, el 14 de enero del mismo año.
3. Con fecha 8 de agosto de 2023, se presentó la demanda que dio origen a esta acción, por la cual la accionante pretende:
 - (1) Que se reconozca el derecho a la muerte digna, cuando las personas que padecen intensos sufrimientos físicos o emocionales por una enfermedad o lesión grave o incurable deciden someterse a un procedimiento eutanásico.
 - (2) Que se declare la constitucionalidad del artículo 144 del COIP y que se considere aplicable y no punible, en el contexto de una muerte digna, cuando se cumplan los siguientes requisitos:
 1. Declaración de consentimiento, libre, informado e inequívoco de la persona que ejerce su derecho a morir dignamente.
 2. Padecimiento de intenso sufrimiento físico o emocional
 3. Diagnóstico de enfermedad o lesión grave incurable.
 4. Realización de procedimiento de muerte digna por parte de una persona profesional.
 - (3) Que se disponga que los miembros del personal médico, cuando se cumplen los requisitos anteriores, no podrán ser procesados penal, ni civil, ni administrativa, ni éticamente y en consecuencia, están exentos de responsabilidad por practicar procedimientos eutanásicos.
4. Con fecha 29 de septiembre de 2023, el Tribunal de la Sala de Admisión conformado por los jueces Jhoel Escudero Soliz, Enrique Herrería Bonnet y Carmen Corral Ponce admitieron, por voto de mayoría, la demanda de la causa 67-23-IN, negando la solicitud de suspensión provisional del artículo 144 del COIP y sugiriendo que el caso sea priorizado por cumplir prima facie con los requisitos establecidos en la Resolución 003-CCE-PLE-2021. Cabe

destacar que la jueza Carmen Corral emitió un voto salvado que no se puede encontrar en la ficha de la causa.

III. Declaración

5. Antes de proceder con la argumentación jurídica, la organización Dignidad y derecho desea expresar su solidaridad con la accionante, la señora P.R. ante la enfermedad que padece y ante el sufrimiento que esta enfermedad le causa a ella, a su familia, amigos y personas cercanas. Para la preparación de este escrito se han leído y estudiado todas y cada una de sus palabras y las de los médicos que la acompañan que están presentes en el expediente, de modo que somos conscientes del dolor físico y emocional que produce esta terrible enfermedad y del impacto tan duro que tiene en la calidad de vida de quien la padece y sus allegados. Por ello, declaramos que ninguno de los argumentos jurídicos esgrimidos en esta contestación debe considerarse como un ataque personal o una muestra de indolencia hacia la accionante o su familia, para quienes tenemos el mayor respeto y consideración, además de ofrecer toda la ayuda que esté a nuestro alcance.
6. Nuestra organización está comprometida con la defensa de los derechos humanos, del Estado de Derecho y la dignidad de todas las personas, especialmente de aquellas en situación de vulnerabilidad como P.R. Por ello, aunque en este caso nuestra postura no coincida con lo solicitado por la accionante, seguiremos trabajando sin descanso para mejorar las condiciones y ayudas disponibles para personas con ELA y sus familias, buscando soluciones efectivas dentro del marco legal existente.

IV. Sobre la acción de inconstitucionalidad

7. La acción de inconstitucionalidad en nuestro ordenamiento jurídico tiene como finalidad “garantizar la unidad y coherencia del ordenamiento jurídico a través de la identificación y la eliminación de las incompatibilidades normativas, por razones de fondo o de forma, entre las normas constitucionales y las demás disposiciones que integran el sistema jurídico.”¹ Esta acción se recubre de una serie de principios y disposiciones de obligatoria observancia para la declaratoria de inconstitucionalidad, como veremos a continuación.

Presunción de constitucionalidad y carga argumentativa

8. Entre los aspectos de la acción de inconstitucionalidad que no han sido adecuadamente recogidos por la parte accionante, debemos destacar que existe, según el artículo 76.2 de la LOGJCC, una presunción de constitucionalidad de las disposiciones jurídicas. Es decir, que una norma que ha sido emitida de forma válida por los órganos y con el procedimiento

¹ LOGJCC. art. 74.

correspondiente, debe ser considerada por esta Corte prima facie como una norma constitucionalmente válida, ante la cual, la parte accionante tiene la carga probatoria para eliminar dicha presunción.

9. En palabras de esta misma Corte, en el párrafo 104 de la sentencia 36-16-IN/22 y acumulados:

*“es necesario reiterar (...) la necesidad de que en los casos de acciones públicas de inconstitucionalidad, los accionantes cumplan con cierta carga argumentativa que permita a este Organismo hacer un pronunciamiento en el marco del control abstracto de constitucionalidad, considerando además, que **la mera invocación de una norma o principio constitucional puede no ser suficiente para realizar el análisis de la alegada inconstitucionalidad.**” (énfasis añadido)*

10. Es por ello que la misma norma prevé un estándar de argumentación mayor que el de otras garantías jurisdiccionales, pues el artículo 79.5.b) establece que una demanda, para ser admitida, tiene que tener **“argumentos claros, ciertos, específicos y pertinentes”** que prueben una incompatibilidad normativa, o de interpretación, como es el caso. El estándar del argumento claro opera como un test *sine qua non* para que la Corte pueda activar su control ante presuntas violaciones de derechos constitucionales causadas por actos jurisdiccionales:

*“55. Para que esta Corte pueda emitir un pronunciamiento sobre las alegadas vulneraciones a derechos constitucionales la acción extraordinaria de protección debe necesariamente contener un argumento claro sobre el derecho violado y la relación directa e inmediata, por acción u omisión de la autoridad judicial, **con independencia de los hechos que dieron lugar al proceso.** La existencia de dicho argumento es fundamental para que la Corte Constitucional pueda ejercer de manera adecuada el correspondiente control a la actividad de los órganos que ejercen jurisdicción y verificar que en el ejercicio de dicha jurisdicción no se produzcan vulneraciones de derechos constitucionales. **La falta de argumento acerca de las presuntas vulneraciones de derechos impide que esta Corte efectúe el referido control e identifique si existe vulneración de los mismos**”² (énfasis añadido).*

11. Si bien esta condición no implica que la Corte deba rechazar la acción por falta de este requisito,³ sí debe establecer un límite en cuanto al alcance de la declaratoria de incompatibilidad que este órgano puede ejercer, puesto que si no hay una exposición de argumentos claros, específicos y pertinentes la Corte puede abstenerse de analizar la constitucionalidad de las normas impugnadas.⁴
12. En ese caso, es importante recalcar a este organismo que, con independencia de los hechos del caso, esta Corte no puede hacer caso omiso de los estándares y principios, por una necesidad imperiosa de asistir a una persona en un caso particular o aplicar el control constitucional de forma idéntica que en derecho comparado.

² Sentencia No. 2996-17-EP/19, párr. 55.

³ Sentencia 1967-14-EP/20, párr. 21.

⁴ Sentencia 80-16-IN/21, párr. 16.

13. Así lo reitera la jueza Daniela Salazar en su voto salvado dentro de la sentencia 35-12-IN/20:

*“(…) 25. Este cuidado se refleja en el cumplimiento irrestricto de los principios que guían el control abstracto, evidenciando así que la Corte ha tomado adecuada consideración de las razones o fundamentaciones expuestas por los órganos democráticos de los cuales emanaron las normas impugnadas y **ha desvirtuado tales razones por completo**, habilitando así su último recurso, esto es, la posibilidad de desechar total o parcialmente una norma del ordenamiento jurídico ecuatoriano y legislar de forma positiva su reemplazo. De ahí que, la Corte **debe partir desde el presupuesto que la norma en cuestión es constitucional y dirigir su análisis a desvanecer tal presunción en su totalidad**, antes de proceder a una declaratoria de inconstitucionalidad que conlleve a la expulsión de la norma del ordenamiento jurídico. 26. A la luz de los principios que rigen el control abstracto en Ecuador, la Corte Constitucional debe guardar un grado de deferencia al poder legislativo, permitiendo en lo posible la permanencia de las disposiciones en el ordenamiento jurídico (principio 4). Ello implica ejercer una cierta **autorrestricción al momento de determinar que una norma es inconstitucional, agotando todas las interpretaciones que permitan la vigencia de la norma en el ordenamiento jurídico (…)**.” (énfasis añadido)*

14. Adicionalmente, la Sentencia 80-16-IN/21 establece que es obligación de los accionantes “argumentar y demostrar la inconstitucionalidad demanda”, de modo que “la mera invocación de una norma o principio constitucional no es suficiente para constitucionalizar un argumento” de una supuesta incompatibilidad constitucional.⁵

15. Analizando la jurisprudencia de la Corte, podemos determinar el alcance del estar normativo:

- a. Un **argumento** mínimamente completo⁶ existe cuando reúne, al menos, tres elementos: una tesis o conclusión que afirma, en este caso, la incompatibilidad de una interpretación restrictiva del 144 del COIP, una base fáctica de la consecuencia de esta incompatibilidad y una justificación jurídica clara, cierta, específica y pertinente que explique dicha incompatibilidad. Sin argumento sino sólo con una mera alegación, no procede el análisis de constitucionalidad.⁷
- b. Un argumento es **específico** cuando se individualiza la argumentación respecto de las disposiciones impugnadas, de modo que si una disposición impugnada no tiene un argumento de su impugnación, no corresponde hacer el análisis.⁸
- c. Un argumento es **claro**, apoyándonos en la acepción común de la palabra por cuanto no hay desarrollo jurisprudencial al respecto, se refiere a un argumento que se distingue bien, que no deja lugar a duda o incertidumbre.

⁵ Sentencia 80-16-IN/21, párr. 15.

⁶ En base a la Sentencia 1907-14-EP/20, párr. 18.

⁷ Sentencia 47-15-IN/21, párr. 27, Sentencia 80-16-IN/21, párr. 15.

⁸ Sentencia 16-09-IN/20

- d. Un argumento es **cierto**, apoyándonos en la acepción común de la palabra por cuanto no hay desarrollo jurisprudencial al respecto, cuando es verdadero, seguro o acertado.
 - e. Un argumento es **pertinente** cuando, apoyándonos en la acepción común de la palabra por cuanto no hay desarrollo jurisprudencial al respecto, pertenece o corresponde a la discusión, en este caso, al marco jurídico aplicable para acciones de inconstitucionalidad
16. La falta de alguno de estos elementos constituye motivo suficiente para que lo pueda ser considerado a la hora de deslegitimar la presunción de constitucionalidad que posee la norma impugnada.
17. En consecuencia, para desvirtuar la presunción de constitucionalidad hace falta una importante carga argumentativa, misma que no se cumple en la presente demanda, por cuanto no se logra determinar de qué forma la norma impugnada atenta contra (i) el supuesto derecho a morir dignamente, (ii) la dignidad y el derecho a la vida, (iii) libre desarrollo de la personalidad, (iv) autonomía, (v) integridad física y prohibición de tratos crueles, inhumanos y degradantes, como detallaremos a continuación.

V. Sobre la eutanasia y la solicitud de la accionante

18. Para poder desarrollar adecuadamente las temáticas relacionadas con la acción de inconstitucionalidad, necesitamos en primer lugar establecer las definiciones y distinciones en relación a la eutanasia.

Definiciones y distinciones

19. La Asociación Médica Mundial define la **eutanasia activa** como el acto deliberado que pone fin a la vida de una persona, a petición propia o de algún familiar.⁹ En diversas investigaciones se distingue la eutanasia pasiva de la eutanasia activa.
20. La **eutanasia pasiva** implica la cesación o no inicio de medidas terapéuticas fútiles o innecesarias en un enfermo que se encuentre en situación terminal. Jurisprudencialmente, la Corte reconoce esta posibilidad en su sentencia 679-18-JP/20 (párrafo 88). Además, la Ley de Derechos y Amparo del Paciente en su artículo 6 protege el derecho de toda persona a decidir sobre si acepta o no un tratamiento médico:

⁹ WWA, ARCHIVED: WMA DECLARATION ON EUTHANASIA, 2019. Recuperado de <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-on-euthanasia/>

“Art. 6.- DERECHO A DECIDIR.- Todo paciente tiene derecho a elegir si acepta o declina el tratamiento médico. En ambas circunstancias el centro de salud deberá informarle sobre las consecuencias de su decisión.”

21. De forma congruente, como bien establece la accionante en la página 3 de la demanda, el artículo 144 del COIP tiene como verbo rector “matar”. En el caso de la eutanasia pasiva, se determina que lo que mata al paciente es la enfermedad que padece, mas no el retirar el tratamiento que alarga su vida. Esto significa que el artículo 144 del COIP **no penaliza la eutanasia pasiva**, siempre y cuando sea el paciente o su representante el que decida, anticipadamente o en el presente y con voluntad libre de vicios, declinar cierto tratamiento o medios que le permitan continuar con su vida, con independencia de si vive o muere después de retirado dicho tratamiento o medios.
22. Además, hay otros términos que deben distinguirse para entrar a una adecuada discusión, como el concepto de una **eutanasia indirecta**, misma que consiste en quitar o evitar el dolor o sufrimiento de una persona en sus últimos momentos, aunque esto pueda acortar su vida. Este supuesto tampoco está penado en el Ecuador.
23. En consecuencia, la **eutanasia activa**, aquella que está penada por el artículo 144 del COIP, consiste en la acción directa e intencionada encaminada a favorecer la muerte de una persona que padece una enfermedad avanzada y terminal.
24. Se diferencia de la **distanasia** o encarnizamiento terapéutico, que prolonga la vida, dificultando la llegada de la muerte, pero acentuando los sufrimientos de un enfermo terminal de forma innecesaria, contradiciendo la ética médica. Esta definición está más relacionada con la muerte digna, cuestión abordada por esta Corte Constitucional, y por lo tanto,
25. También se distingue de la **adistanasia u ortotanasia**, que no alarga ni acorta el tiempo de vida, sino que acompaña al paciente terminal con cuidados paliativos, mitigando en lo posible el dolor y sufrimiento.

Solicitud de la parte accionante

26. En la demanda, la parte accionante solicita una interpretación conforme del artículo 144 del COIP, de modo que no se establezcan “sanciones penales a quienes participan en el ejercicio del derecho a la muerte digna o eutanasia, en los casos en que las personas que padecen sufrimientos o dolores intensos físicos o emocionales, por tener una enfermedad o lesión física grave o incurable, deciden libre y voluntariamente poner fin a su vida para detener esos dolores.”¹⁰
27. Lo que aparentemente no queda claro es si la parte accionante está solicitando la inconstitucionalidad en miras a no penalizar la eutanasia activa o la pasiva. Esto se desprende

¹⁰ Demanda de la acción 67-23-IN, p. 2.

de que en algunos párrafos se menciona la imposibilidad de asistir, actuar en favor de la muerte de una persona¹¹ de forma que se acerca más a la eutanasia activa, pero en otros se refiere a una “interferencia”, “injerencia” o “imposición”, “obstaculización”, “condicionamiento” respecto de la autonomía y libertad del paciente,¹² en relación a la libertad que tiene el paciente de permitir la eutanasia pasiva, cuestión que, como vimos, no está penalizada. En otros apartados simplemente se refiere a la capacidad de “morir dignamente”¹³, sin distinción de si se refiere a eutanasia pasiva, activa, indirecta o distanasia y cuidados paliativos.

28. A pesar de esta aparente confusión de conceptos, finalmente la pretensión radica en “Reconocer el derecho a la muerte digna, cuando las personas que padecen intensos sufrimientos físicos o emocionales por una enfermedad o lesión grave o incurable deciden someterse a un procedimiento eutanásico.”¹⁴
29. Cuando se habla de procedimiento eutanásico, se debería entender el mismo como eutanasia activa, siento esta la pretensión real de la parte accionante, aunque no se especifique el método o modo de aplicar la eutanasia. Es decir, la accionante está solicitando una interpretación conforme de la Corte Constitucional de modo que la interpretación literal del 144 del COIP no afecte su supuesto derecho “a morir dignamente” o a la eutanasia activa, así como otros derechos constitucionales.

VI. Marco Constitucional Ecuatoriano

30. Siguiendo esta línea, es fundamental analizar el marco legal que impide atender la pretensión de la demanda de inconstitucionalidad, en la forma en la que ha sido planteada. La Constitución del Ecuador, dentro del reconocimiento del derecho a la libertad, en su art. 66 (1) garantiza: “1. El derecho a la inviolabilidad de la vida. No habrá pena de muerte”.
31. En consecuencia, en el sistema constitucional ecuatoriano, toda persona tiene derecho a que se respete su vida y nadie puede ser privado de ella arbitrariamente.
32. Este mismo reconocimiento consta en el art. 4 de la Convención Americana de Derechos Humanos, y otros instrumentos internacionales como el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP), que en su artículo 6(1) manda: “[t]odo ser humano tiene el derecho inherente a la vida. Este derecho será protegido por la ley. Nadie será privado arbitrariamente de su vida.” Igual reconocimiento encontramos en la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), artículo 6(1): “Todo niño tiene el derecho inherente a la vida”.

¹¹ *Ibid.* p. 3, 4, 5.

¹² *Ibid.* p. 9, 13, 20.

¹³ *Ibid.* p. 16, 18.

¹⁴ *Ibid.* p. 42.

33. La CIDH ha enfatizado que los Estados tienen el deber de adoptar medidas de tipo penal, civil o administrativa con el objeto de evitar toda privación arbitraria de la vida, e incluso establece condiciones cuándo la privación del bien jurídico vida es lícita. Así, para la imposición de la pena de muerte, por ejemplo, se exige el cumplimiento de una serie de requisitos para su aplicabilidad, con el objeto de que esta figura sea utilizada de la manera más restrictiva posible.
34. Es claro que el derecho a la vida comprende no sólo el derecho de toda persona de no ser privada de la vida arbitrariamente, sino el derecho a que se garantice una existencia digna. La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), en su artículo 10 establece lo siguiente:
- “Los Estados Partes reafirman que todo ser humano tiene los derechos inherentes a la vida y tomarán todas las medidas necesarias para garantizar su efectividad y disfrute por parte de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás.”
35. Sobre los presupuestos de una vida digna, la Constitución del Ecuador, en su artículo 66 (2), reconoce: “2. El derecho a una vida digna, que asegure la salud, alimentación y nutrición, agua potable, vivienda, saneamiento ambiental, educación, trabajo, empleo, descanso y ocio, cultura física, vestido, seguridad social y otros servicios sociales necesarios”.
36. Como vemos, y en lugar de reconocer el “derecho a morir”, tanto la Constitución del Ecuador como los tratados internacionales rechazan implícitamente esta noción. Al contrario, estos instrumentos incluyen fuertes protecciones para enfermos, discapacitados y ancianos: las personas más afectadas por la legalización de eutanasia. Por ejemplo, el artículo 23 de la CDN reconoce: “[un] niño con discapacidad física o mental debe disfrutar de una plena y una vida digna, en condiciones que aseguren la dignidad, promuevan la autosuficiencia y facilitar la participación activa del niño en la comunidad”.
37. En cuanto pronunciamientos no vinculantes de los órganos de supervisión de cumplimiento de tratados de la ONU, han expresado preocupaciones sobre la práctica de la eutanasia. Por ejemplo, las Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos sobre Países Bajos afirma: “[e]l Comité sigue preocupado por el alcance de la eutanasia y el suicidio asistido en el Estado parte. El Comité reitera sus recomendaciones anteriores a este respecto e insta a que se revise esta legislación a la luz del reconocimiento del Pacto del derecho a la vida”¹⁵.
38. Por su parte, órganos internacionales como la World Medical Association, categóricamente negaron tolerar o aceptar la práctica de la eutanasia y el suicidio asistido como actividad

¹⁵ Organización de las Naciones Unidas. Comité de Derechos Humanos. Nonagésima sexta sesión (CCPR/C/NLD/CO/42), 5 de agosto de 2009, §7.

médica justificable¹⁶. Además, recomendaron a todas las asociaciones médicas nacionales del mundo, evitar participar de estos actos¹⁷.

39. Ninguna normativa incluye la posibilidad del suicidio asistido (eutanasia positiva) como garantía de la vida digna. Todas las disposiciones están dirigidas a garantizar a las personas la mejor forma de estar acompañadas cuando sufren enfermedades incurables o se encuentran en estado terminal.
40. Evidentemente, esto incluye la posibilidad de que las personas puedan renunciar a procedimientos médicos innecesarios o aquellos que tengan por objeto exclusivamente continuar con su vida padeciendo sufrimientos innecesarios. Así, el art. 6 de la Ley de Derechos y Amparo al paciente, reconoce este derecho de decisión:

“Art. 6.- DERECHO A DECIDIR.- Todo paciente tiene derecho a elegir si acepta o declina el tratamiento médico. En ambas circunstancias el centro de salud deberá informarle sobre las consecuencias de su decisión”.

VII. Problemáticas relacionadas con la despenalización de la eutanasia

41. La eutanasia es un tema ampliamente discutivo y debatido en foros nacionales e internacionales. Para poder hacer un adecuado análisis, es pertinente primero analizar en algunos aspectos este marco de experiencias en países donde está legalizado, de modo que esta magistratura tenga claro todos los elementos que deberían estar sujetos a discusión en el

¹⁶ “La AMM reitera su fuerte compromiso con los principios de ética médica y que se debe mantener el máximo respeto para la vida humana. Por lo tanto, la AMM se opone firmemente a Eutanasia y suicidio asistido por un médico. (...) A los efectos de esta declaración, la eutanasia se define como un médico que administra deliberadamente una sustancia letal o realiza una intervención para provocar la muerte de un paciente, con capacidad de decisión voluntaria del propio paciente. (...)”

WMA Statement on Physician-Assisted Suicide, adopted by the 44th World Medical Assembly, Marbella, Spain, September 1992 and editorially revised by the 170th WMA Council Session, Divonne-les-Bains, France, May 2005.

¹⁷ “La Asociación Médica Mundial reafirma su firme convicción de que la eutanasia está en conflicto con los principios éticos básicos de la medicina (...) recomienda encarecidamente a todas las asociaciones médicas nacionales y los médicos que se abstengan de participar en la eutanasia, incluso si la legislación nacional lo permite o lo despenaliza bajo ciertas condiciones. En 2013, en su 194.º Sesión del Consejo de la Asociación Médica Mundial en Bali, Indonesia, la AMM, reafirmando una serie de resoluciones anteriores y afirmaciones (desde 1987 en adelante hasta 2005), resolvió que reafirma su firme convicción de que la eutanasia está en conflicto con principios éticos básicos de la práctica médica, y fuertemente alienta a todas las asociaciones médicas nacionales y a los médicos abstenerse de participar en la eutanasia, incluso si la legislación nacional lo permite o lo despenaliza bajo ciertas condiciones.

Resolución de la AMM sobre Eutanasia, reafirmada con una revisión menor por la 194ª AMM Sesión del Consejo, Bali, Indonesia, abril de 2013.

caso de una declaratoria de inconstitucionalidad y permisión de la eutanasia activa, misma que no procede como veremos en apartados siguientes.

42. Los resultados obtenidos con la despenalización de la eutanasia en el derecho comparado, han puesto en evidencia serios problemas en cuanto a su interpretación y aplicabilidad. Para explicar de una mejor manera estos problemas, a continuación haremos una breve referencia a los más relevantes:

Sobre la autonomía y la libertad de elección

43. La experiencia en los países que han despenalizado la eutanasia o el suicidio asistido, revela que un alto porcentaje de estos casos son resueltos no por decisión del propio paciente, sino de las personas a su cargo, sus familias, los médicos, los hospitales, los centros de asistencia social o el Estado.
44. Además, la manifestación de voluntad de la persona que solicita el suicidio asistido o la eutanasia, en gran mayoría de los casos se sustenta en factores ajenos a su deseo personal de morir dignamente, sino que es forzado por situaciones que suponen un riesgo significativo de coerción y abuso, exponiendo, como veremos a continuación, a los más vulnerables.
45. En los Países Bajos, en el año 1990, hubieron 1.000 casos (0,08% de las muertes) donde se facilitó la eutanasia sin el requerimiento explícito del paciente y 4.000 casos en los cuales se aplicaron tratamientos para acortar la vida de los pacientes que no solicitaron dicho tratamiento. En Holanda se refleja que el 59% de procedimientos se practican sin requerimiento explícito del paciente. En este país, los tribunales se han pronunciado a favor de la eutanasia en los casos en los que los pacientes no lo han solicitado expresamente, dictaminando incluso que los médicos "no tienen que verificar el deseo actual de morir" de los pacientes que han solicitado previamente la eutanasia pero que, ya no son mentalmente competentes para hacer la solicitud.
46. Es más, en un claro detrimento de la libertad personal, en este país se exige por parte de los pacientes una declaración clara y expresa, oral o escrita, como el testamento en vida, en la cual el paciente debe hacer constar su deseo de que su vida no termine por eutanasia. Caso similar es el que ocurre, en los Estados Unidos donde se refleja un 54% de pacientes que recibieron la inyección letal, sin haberlo requerido por sí mismos.
47. Elementos tales como la dependencia de ayuda, los costos económicos u otras condiciones particulares de ciertas enfermedades, constituyen los supuestos para la toma de decisión de las personas que solicitan la eutanasia, para sí mismos o para quienes están bajo su cuidado. Por citar un ejemplo, los datos sugieren que la mayoría de los habitantes de Oregon que se suicidan por medios médicos, lo hacen debido a que se vuelven dependientes de los demás, en

números significativamente más altos que los que lo solicitan debido a un manejo inadecuado del dolor o al miedo al dolor¹⁸.

48. Igual es el caso de la eutanasia por motivos psiquiátricos, en los cuales el consentimiento del paciente puede verse afectado por razones propias de la enfermedad que padece, por lo que es claro que se trata de un consentimiento viciado, que debe ser apreciado al momento de decidir a favor de la eutanasia.
49. Existen casos en que la voluntad del paciente puede cambiar y luego no tiene la posibilidad de oponerse a su decisión inicial. Los deseos de un paciente pueden cambiar debido a cambios en su atención médica, y los factores no médicos, como la juventud relativa o tener hijos pequeños, que con el debido acompañamiento, pueden afectar la forma en que un paciente quiere dirigir su atención.
50. Algunos estudios en los Países Bajos demuestran que las familias requieren eutanasia de una manera más frecuente que los pacientes por sí mismos. “La incapacidad de los familiares para hacer frente a la situación” fue citada por los médicos como una de las principales razones (32% de los casos) para interrumpir la vida sin el consentimiento de los pacientes.¹⁹
51. En muchas ocasiones los médicos y el personal de enfermería que asiste a los pacientes les presionan para que soliciten la eutanasia. En 2001, el médico holandés Wilfrid van Oijen acabó con la vida de una mujer de 84 años a petición de sus hijas, y no de la suya propia. La mujer tenía problemas cardíacos y estaba cada vez más postrada en cama, pero no tenía dolor e incluso había dicho que no quería morir, pero que no podía cuidar de sí misma. Expresó el deseo de estar con sus hijas que la cuidaban en casa, pero el cuidado se volvió una carga para las hijas, por lo que van Oijen le dio medicamentos para acelerar el proceso de morir.²⁰
52. En el caso de los pacientes cuyo deseo de acelerar su muerte es la desesperación, esta puede no ser un estado constante, sino que puede variar en relación con el dolor y la adaptación a las circunstancias de la enfermedad. Para otros, esta decisión puede fundamentarse en un deseo de ejercer control sobre su muerte y evitar experiencias que esperan que sean dolorosas e indignas, potencialmente reflejando y reforzando el estigma sobre la discapacidad. Esto subraya la necesidad de que la sociedad promueva una comprensión de la dignidad como algo distinto del sentimiento de ser digno. Sin embargo, de manera más práctica, además de las discusiones sobre la atención, hay opciones disponibles que pueden ayudar a abordar estas

¹⁸ DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES, OREGON HEALTH DIVISION, CENTER FOR DISEASE PREVENTION AND EPIDEMIOLOGY, OREGON’S DEATH WITH DIGNITY ACT: THE SECOND YEAR’S EXPERIENCE 3 (2000).

¹⁹ Distinctions between “medical” and “nonmedical” interventions, or “ordinary” and “extraordinary” means of care are often not clean cut or universally agreed on. See NEIL M. GORSUCH, THE FUTURE OF ASSISTED SUICIDE AND EUTHANASIA 209 (2006), en 110.

²⁰ Herbert Hendin, *The Dutch Experience*, in THE CASE AGAINST ASSISTED SUICIDE 117 (Kathleen Foley & Herbert Hendin, eds., 2002), en 115.

preocupaciones, y lo que las impulsa, sin el paso irrevocable de poner fin a la vida del paciente.

Eutanasia y los derechos de los niños

53. Siguiendo con este análisis, es menester detenerse en el caso de los niños. Legislaciones que en un inicio no preveían o limitaban esta posibilidad, poco a poco han extendido esta opción con el grave riesgo que significa para garantizar el derecho a la vida de este grupo de atención prioritaria del estado.
54. En los Países Bajos la eutanasia se extiende ahora incluso a los niños. Los datos sugieren de los casos reportados solo del 15 al 20% de la eutanasia infantil cumplió con los estándares mínimos para la aplicación de la eutanasia que son "la presencia de sufrimientos desesperados e insoportables y una calidad de vida muy precaria, el consentimiento de los padres, la consulta con un médico independiente y su acuerdo con los médicos tratantes, y la realización del procedimiento de acuerdo con las normas médicas aceptadas".
55. En 2004, el Hospital Universitario de Groningen, en estrecha colaboración con un fiscal de distrito, redactó el Protocolo de Groningen para la eutanasia de recién nacidos y fue "ratificado" por la Asociación Nacional Holandesa de Pediatras. Según este protocolo se requiere que el médico y un médico independiente confirmen un determinado diagnóstico y pronóstico y un "sufrimiento desesperado e insoportable", que ambos padres den su consentimiento y que se sigan las normas médicas al llevar a cabo el procedimiento. Sin embargo, un estudio de 2006 encontró que el 16% de los casos de eutanasia infantil no fueron discutidos con los padres durante el año 2000.
56. La Corte Constitucional Colombiana estableció el derecho constitucional a "morir con dignidad" en el año 2014, y en el año 2017 extendió este "derecho" para los menores de edad, desde los 6 años.
57. Es por eso que es sumamente importante el caso de quienes no pueden tomar la decisión por sí mismos, como los niños y adolescentes que pueden ser sacrificados a petición de sus padres o de terceros, con lo cual, la decisión sobre la vida de estas personas, no les es propia. Esto genera serios riesgos para el Estado, como protector de los niños y las niñas, las libertades individuales y la protección y promoción de los derechos humanos. Favorecer la eutanasia activa y el suicidio asistido puede ser la puerta a una pendiente resbaladiza que después sea muy difícil de detener. Un fin aparente y humanamente loable pensando en el sufrimiento de adultos con enfermedades incurables, y puede terminar en la aceptación de eutanasias por pobreza como en Canadá, o en la eutanasia de 15 a 20 recién nacidos sin pronósticos terminales por año, como en Países Bajos²¹.

²¹ Verhagen y Sauer, «The Groningen Protocol — Euthanasia in Severely Ill Newborns». (<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmp058026#:~:text=The%20Groningen%20Protocol%20for%20Euthanasia,are%20simply%20not%20being%20reported.>)

Coerción para grupos vulnerables

58. Curiosamente, quienes más se han opuesto a la imposición de la eutanasia, son las organizaciones internacionales que defienden los derechos de las personas con discapacidad. Esto es así, porque estas organizaciones rechazan el “deber de morir” que se esconde detrás del supuesto derecho a morir con dignidad. Manifiestan que la accesibilidad, los dispositivos de asistencia, la atención médica y otras cosas que las personas con discapacidades necesitan para vivir sus vidas plenamente pueden llegar a ser extremadamente costosas y ser un factor relevante al momento de decidir quienes tienen o no que renunciar a estos beneficios.
59. El siglo XX fue testigo de varios esfuerzos para limitar la carga impuesta a la sociedad por los pobres y las personas con discapacidad. A manera de ejemplo citaremos dos casos denunciados en Canadá. Roger Foley, un ciudadano canadiense con una enfermedad crónica que necesitaba asistencia extensa, presentó una demanda contra un hospital, funcionarios de salud y el gobierno canadiense después de afirmar que se le negó la atención de calidad que necesitaba para vivir en casa, pero se le informó de sus opciones relacionadas con una "muerte médicamente asistida"²². Caso similar es el de Sean Tagert, un padre de 42 años con ELA, quien sin el apoyo de las autoridades sanitarias para recibir la atención médicamente indicada de veinticuatro horas del día y poder estar en compañía de su hijo, puso fin a su vida bajo el proceso de muerte médicamente asistida de Canadá²³.
60. Así, la eutanasia y el suicidio asistido se constituyen como mecanismos de presión o coherción contra los grupos más vulnerables: los ancianos, las personas solas, los enfermos o afligidos, quienes pueden sentirse presionados -real o imaginariamente, a requerir una muerte anticipada. El mensaje que se envía en contra de estas personas es el de buscar la muerte, en lugar de asegurarles los cuidados necesarios para atender su situación.
61. La determinación de qué vida se considera digna de ser vivida y cuál no, supone una presión para todos aquellos grupos vulnerables. “Se ha demostrado que una mentalidad de derecho a morir ejerce una presión psicológica sobre las personas vulnerables, y esta presión plantea la cuestión de si se puede ejercer una autonomía real en estas condiciones”.
62. Estudios en Oregon, EEUU, revelan que desde que comenzó la recopilación de datos, el 90% de los que terminaron con sus vidas con medicamentos letales citaron la "pérdida de autonomía" como una preocupación, seguida de cerca por "menos capaces de participar en actividades que hacen que la vida sea agradable" (89,3%). Muchos también expresaron temor

²² *Chronically ill man releases audio of hospital staff offering assisted death*, CTV NEWS (Aug. 2, 2018), <https://www.ctvnews.ca/health/chronically-ill-man-releases-audio-of-hospital-staff-offering-assisted-death-1.4038841?cache=yes%3FautoPlay%3Dtrue%3FautoPlay%3Dtrue>. Foley también alegó que su condición se deterioró debido a la atención deficiente de las personas a su cuidado.

²³ *B.C. man with ALS chooses medically assisted death after years of struggling to fund 24-hour care*, CBC NEWS (Aug. 13, 2019), <https://www.msn.com/en-ca/news/canada/bc-man-with-als-chooses-medically-assisted-death-after-years-of-struggling-to-fund-24-hour-care/ar-AAFKuYa?li=AAggNb9&%253Bsreref=rss>.

de ser una carga para los miembros de la familia, incluido el 46,7% de todos los pacientes desde la legalización, pero aumentó al 59% entre los que terminaron con sus vidas en 2019.

63. La legalización de la eutanasia también puede fomentar la coerción económica, tanto por la carga financiera de las familias como por el ahorro para la sociedad en su conjunto. Recientemente, se publicó un estudio en Canadá que trataba de argumentar que "la legalización de la asistencia médica para morir podría reducir el gasto anual en atención médica en todo Canadá entre \$ 34.7 millones y \$ 138.8 millones"²⁴.
64. La legalización de la eutanasia envía el mensaje de que algunos grupos son una carga para la sociedad y que la sociedad estaría mejor sin ellos. Esto conduce inevitablemente a una visión utilitarista de las personas humanas, que permite el "sacrificio" de ciertos grupos en beneficio de otros grupos que no son demasiado costosos de cuidar. Como observó el Grupo de Trabajo sobre la Vida y la Ley del Estado de Nueva York: "Los límites en el reembolso hospitalario basados en la duración de la estadía y el grupo de diagnóstico, la caída de los ingresos hospitalarios y la necesidad social de asignar dólares para la salud pueden influir en las decisiones de los médicos a pie de cama... Bajo cualquier nuevo sistema de prestación de atención médica, como en la actualidad, será mucho menos costoso administrar una inyección letal que atender a un paciente durante todo el proceso de muerte"²⁵.
65. No se trata de una posición marginal, de hecho, varios funcionarios de todo el mundo la han respaldado más o menos abiertamente. Un ex gobernador de Colorado ha defendido abierta y repetidamente la opinión de que los ancianos tienen el deber de morir para hacer espacio (y ahorrar recursos) para los jóvenes²⁶. En el 2014, un ministro de Salud lituano sugirió que la eutanasia podría ser una solución para los pobres²⁷ y un ministro de finanzas japonés dijo que se debería permitir que los ancianos "se apresuren y mueran" para aliviar la presión sobre el Estado para que pague por su atención médica²⁸. La baronesa Warnock, una destacada especialista en ética en el Reino Unido, sugirió de manera similar que los enfermos de demencia pueden tener el "deber de morir"²⁹.
66. Por último, una encuesta en Ohio encontró que "los más propensos a oponerse a la práctica [de PAS] eran los negros, las personas de 65 años o más y las personas con bajos niveles de ingresos y educación", lo que evidencia, que son los grupos más vulnerables quienes estarían amenazados con la posible despenalización de la eutanasia.

²⁴ Aaron J. Trachtenberg & Braden Manns, *Cost analysis of medical assistance in dying in Canada*, 189 CAN. MED. ASS'N J. E101, E101 (2017)

²⁵ NEW YORK STATE TASK FORCE ON LIFE AND THE LAW, WHEN DEATH IS SOUGHT: ASSISTED SUICIDE AND EUTHANASIA IN THE MEDICAL CONTEXT 123 (1994) [hereinafter NYS TASK FORCE ON LIFE AND THE LAW], disponible en https://www.health.ny.gov/regulations/task_force/reports_publications/when_death_is_sought.

²⁶ GORSUCH, supra nota 17, en 131.

²⁷ *Euthanasia could be option for poor, says Lithuanian health minister*, BIOEDGE (Jul 26, 2014), disponible en https://www.bioedge.org/bioethics/euthanasia_could_be_option_for_poor_says_lithuanian_health_minister/11071.

²⁸ Let elderly people 'hurry up and die', says Japanese minister, GUARDIAN (Jan 22, 2013), available at <https://www.theguardian.com/world/2013/jan/22/elderly-hurry-up-die-japanese>.

²⁹ Baroness Warnock: Dementia sufferers may have a 'duty to die', TELEGRAPH (Sept 18, 2008), disponible en <https://www.telegraph.co.uk/news/uknews/2983652/Baroness-Warnock-Dementia-sufferers-may-have-a-duty-to-die.html>.

Problemas para los médicos y el personal de salud

67. Otro asunto que ha generado preocupación son las posibles afectaciones para la profesión médica por una serie de factores que deben ser detenidamente analizados, como son: la distorsión de la relación médico-paciente y la desconfianza que puede generarse ante propuestas que alternen los intereses del paciente; la distorsión entre las ventajas de las innovaciones médicas, la ciencia y los intereses de terceros; la violación del juramento hipocrático, entre otros.
68. La medicina siempre ha operado sobre el principio básico de preservar la vida y promover la restauración de la salud. En definitiva, se pide a los médicos y al personal de salud, en la medida de lo posible, curar las enfermedades y aliviar los dolores y sufrimientos del paciente. La eutanasia socava estos principios básicos y pone necesariamente en peligro la integridad de la profesión médica. Como afirma la Sociedad Americana de Geriátrica:

“La legalización del suicidio asistido por un médico crearía un dilema moral para los geriatras. La mayoría de las personas de edad experimentan enfermedades graves y progresivas durante períodos prolongados antes de morir y necesitan importantes apoyos sociales, financieros y médicos. Con demasiada frecuencia, estos recursos no están disponibles, son de calidad inadecuada, no están cubiertos por el seguro y no son proporcionados por los programas públicos de derechos. Al colaborar en la causa de muertes prematuras, cuando se ha hecho tan difícil seguir viviendo, los geriatras se convertirían en cómplices de una política social que conserva eficazmente los recursos de la comunidad eliminando a quienes necesitan servicios. Al negarse a ayudar con los suicidios porque la pobreza relativa y la situación social desfavorecida de un paciente se consideran coercitivas, los geriatras condenarían a sus pacientes, y a sí mismos, a vivir a través de las dificultades no deseadas del paciente durante el tiempo restante³⁰.”

69. Además, la eutanasia y el suicidio asistido puede forzar situaciones donde se debilite la confianza entre pacientes y médicos, en tanto no sea posible distinguir las posibilidades de curar o dañar. Los pacientes no pueden estar seguros de los intereses que les mueven a los médicos que les asisten. Sabemos que los proveedores de atención médica pueden resolver muchos problemas, pero no el último: si bien la muerte puede retrasarse, no se puede evitar para siempre. Cada paciente tendrá que decidir qué es lo que le importa de su propia muerte, si prolongar la vida o aceptar su progresión y para esto, se requiere una relación médico-paciente de confianza y buena comunicación, tomando en cuenta que el paciente se encuentra en una posición vulnerable debido a la enfermedad, los factores asociados a la vejez y, potencialmente, la discapacidad.

³⁰ Felicia Cohn & Joanne Lynn, *Vulnerable People: Practical Rejoinders to Claims in Favor of Assisted Suicide*, in THE CASE AGAINST ASSISTED SUICIDE 250 (Kathleen Foley & Herbert Hendin, eds., 2002), citando a Joanne Lynn et al., *American Geriatrics Society on Physician-Assisted Suicide: Brief to the United States Supreme Court*, 45 J. AM. GERIATRICS SOC'Y. 489 (1997).

70. Como se expuso en líneas anteriores, los deseos de un paciente pueden cambiar debido a cambios en su atención médica y la evidencia sugiere que los pacientes que discuten sus deseos con sus médicos tienen más probabilidades de recibir atención de acuerdo con lo que desean; no obstante, se ha evidenciado que en los países con legislaciones favorables a la eutanasia en muchos casos la aceleración de la muerte se les plantea como única opción, destacando el riesgo de una influencia inadvertida.
71. La mayoría de las asociaciones médicas de todo el mundo se han opuesto sistemáticamente a esta práctica, como la Organización Mundial de la Salud, la Asociación Médica Americana, el Colegio Americano de Médicos, la Asociación Médica Canadiense, la Asociación Médica Británica, el Real Colegio de Médicos, la Asociación Médica Alemana y más de 20 otras.
72. La Asociación Médica Americana sobre el Suicidio Asistido por Médicos, en la declaración adoptada por la 44ª Asamblea Médica Mundial, en Marbella, España, en septiembre de 1992 se pronunció de la siguiente manera: "El suicidio asistido por médicos, al igual que la eutanasia, no es ético y debe ser condenado por la profesión médica. Cuando la asistencia del médico está dirigida intencional y deliberadamente a permitir que una persona ponga fin a su propia vida, el médico actúa de manera poco ética"
73. Otro problema para el personal médico es que se les impone la carga de la determinación del tiempo de vida de las personas. Usualmente se presentan problemas en el momento de determinar qué enfermedad es terminal y cuanto tiempo de vida le resta a la persona. Un estudio de 2011 practicado en 1622 pacientes determinó que el tiempo de vida previsto por los médicos solo se cumplió en un 34% de los casos. Una encuesta realizada en 1999 a médicos de Oregón mostró que "uno de cada seis no confiaba en encontrar información confiable sobre la prescripción letal, y uno de cada cuatro no confiaba en determinar la esperanza de vida de seis meses"³¹. El problema con los pronósticos médicos es que se basan en promedios estadísticos, que son casi inútiles para determinar lo que le sucederá a cada paciente considerado de manera individual.

VIII. Sobre la supuesta vulneración de los derechos constitucionales de la accionante

74. Una vez analizado el marco constitucional y legal vigente, así como las problemáticas surgidas en relación con la eutanasia, procedemos a individualizar y analizar cada uno de los argumentos de los accionantes, verificando así el cumplimiento de los estándares contenidos en nuestra legislación y desarrollados en apartados precedentes:

³¹ Linda Ganzini, et al., *Oregon physicians' attitudes about and experiences with end-of-life care since passage of the Oregon Death with Dignity Act*, 285 JAMA 2363, 2368 (2001).

Sobre la vulneración a la dignidad y el derecho a la vida

75. La parte accionante alega en su demanda que existiría una vulneración a la dignidad humana cuando “no prevalece el fin que deciden las personas para sus vidas, en uso de su autonomía y libertad, y se imponen fines ajenos que provienen del Estado, la ética, la religión y los valores que una persona no comparte” y cuando “se obliga a la persona a vivir en contra de sus propias preferencias y libertades, vivir mal y con dolores (...) y en circunstancias que pueden ser humillantes (...)”³². Sin embargo, a pesar de referirse en su argumentación al paciente, concluye indicando que no se debe penalizar a quienes asisten a personas que padecen sufrimientos o lesiones graves, siendo esta penalización un atentado contra la dignidad de dichas personas pues las priva de una atención médica profesional.
76. Llama la atención de este apartado la velocidad con la que la parte accionante concluye en la despenalización. Si analizamos el argumento, podemos encontrar los siguientes elementos:
- Premisa 1: la dignidad de una persona se menoscaba cuando se atenta contra su libertad y autonomía, y se imponen fines o valores ajenos.
- Premisa 2: obligar a que una persona viva contra su decisión de morir o con dolores intensos y condiciones humillantes es una imposición de estos valores y fines.
- Premisa 3: el tipo penal de homicidio simple sin excepción obliga a la persona a vivir en contra de su decisión, le impide ejercer su derecho a decidir hasta cuándo vivir, le impone valores sobre la vida ajeno a quien padece la enfermedad, y le conmina a someterse a condiciones humillantes.
- Conclusión 1 y premisa 4: El tipo penal sin excepciones vulnera la dignidad de una persona cuando se le obliga a vivir contra su decisión de morir.
- Premisa 5: privarle a esta persona de asistencia médica especializada para proporcionar un procedimiento de eutanasia activa es atentar contra su dignidad.
- Conclusión final: se debe despenalizar la eutanasia activa.
77. Como se ve, el error en este argumento es considerar la conclusión 1 como una premisa más para la despenalización de la eutanasia activa. En realidad, según el marco constitucional vigente, en efecto prolongar la vida de una persona enferma contra su voluntad es un atentado a sus derechos. Sin embargo, aquí lo que hay es una confusión de supuestos, pues no es lo mismo una persona que puede, a pesar de no recibir tratamiento alguno, sobrevivir y seguir viviendo (independientemente de su deseo o no de morir) y de otra que no puede.
78. Aquella persona que no puede sobrevivir sin tratamiento, ante su voluntad de terminar el tratamiento, terminaría su vida, lo cual no se colige en la discusión. Entonces, la pregunta sería si, ante una persona que, a pesar de ser privada de tratamientos, sobrevive contra su voluntad,

³² Demanda 67-23-IN, p. 6.

sería contrario a su dignidad impedirle morir. Y otro presupuesto es el de permitir que un médico ejecute un procedimiento que termine con su vida.

79. En definitiva, a esta magistratura le corresponde analizar si es compatible con la dignidad de una persona el aplicarse o serle aplicado un procedimiento que termine con su vida, en circunstancias de dolores y sufrimiento físico o que puedan ser humillantes para él o para otras personas. Esto dependerá, ciertamente, del concepto de dignidad que posee nuestro ordenamiento.
80. Esa Corte ha determinado, sin que esto implique un concepto unívoco o cerrado, que la dignidad es:
- “aquella condición inherente a la esencia misma de las personas, que en una íntima relación con el libre desarrollo de su personalidad, a su integridad y a su libertad, le dotan de características especiales que trascienden lo material y que tienden a una profunda consolidación en el más alto nivel de la tutela, protección y ejercicio de los derechos humanos.”³³
81. Si la dignidad es una condición inherente a la esencia de cada persona, atentar contra esta esencia sería atentar contra esta dignidad, pues su esencia precede a su libertad. La libertad es consecuencia de esta esencia y no al revés, por lo tanto, la esencia debe protegerse por encima de la libertad. Esto es coherente con el artículo 66.1 de nuestra Constitución, que prohíbe la pena de muerte, puesto que el constituyente prefiere mermar la libertad de una persona antes de atentar contra su vida.
82. En ese sentido, también se puede colegir que la esencia de cada persona reside en su existencia, no sólo física inanimada, como un cadáver o un recuerdo, sino también vital, en cuanto a su vida biológica. Sin vida, una persona no tiene “esencia”. Por lo tanto, atentar, en nombre de la libertad, contra la vida de una persona, no tiene cabida en nuestro ordenamiento jurídico.
83. Los otros supuestos que expone la parte accionante, donde se establece la no absolutez de la vida biológica, presuponen una situación donde se confronta una vida contra otra. Enfrentar la protección de una vida versus otra no es lo mismo que el presente caso, donde se confrontan la libertad vs. la vida de una persona. En este caso, al alegarse la libertad de la persona afectada en su decisión de morir, se trata de presupuestos distintos.
84. Es allí donde la eutanasia pasiva cobra sentido, pues no se trata de un ejercicio que atenta contra la vida de la persona, sino un ejercicio de la libertad personal que tiene como consecuencia, en algunos casos pero no en todos y no de forma unívoca y segura, la muerte. Se han demostrado cientos de casos de personas que sobreviven aun sin soporte vital.
85. En el caso de personas que sobreviven sin soporte vital, nuestro ordenamiento presupone que debe salvaguardarse la esencia de esa persona y otorgarle todos los mecanismos necesarios

³³ Sentencia 116-12-JH/21, párr. 50.

para su mejoría o su no padecimiento, pero no anteponer la libertad, incluso de la misma persona, contra su propia dignidad.

86. De este modo, anteponer la libertad de una persona por sobre la posibilidad de mantener su vida, su esencia, sería contrario a la dignidad, en un estricto sentido jurídico, puesto que la muerte presupone el fin de la vida, de la esencia de una persona y, por lo tanto, de su dignidad.
87. En definitiva, se debe desechar la pretensión de que el concepto constitucional de que la dignidad humana estaría vulnerado por el 144 del COIP, no sólo porque hemos demostrado que no es así, sino porque la argumentación no es conducente a explicar con suficiencia la supuesta incompatibilidad normativa.

Sobre la vulneración a la muerte digna

88. En relación al supuesto derecho a la muerte digna, es importante recordar a esta magistratura que tal derecho no existe ni en nuestra Constitución ni en tratados internacionales de derechos humanos. Si bien puede estar reconocido por otras legislaciones, el derecho comparado no es una fuente de derecho conforme al artículo 425 de nuestra Constitución.
89. En ese caso, se deben diferenciar las pretensiones de la parte accionante, puesto que el objeto propio de la acción de inconstitucionalidad no es la de declarar el reconocimiento de un “nuevo” derecho, sino estrictamente “garantizar la unidad y coherencia del ordenamiento jurídico a través de la identificación y la eliminación de las incompatibilidades normativas”.
90. Esta acción, como se determinó en acápites anteriores, se rige por principios estrictos que buscan garantizar en lo posible la permanencia de las normas impugnadas. Realizar la declaratoria de un derecho constitucional no reconocido expresamente en el texto constitucional y en tratados internacionales de derechos humanos sería una extralimitación de las funciones de esta Corte, un atentado contra la seguridad jurídica y una desnaturalización de la acción de inconstitucionalidad.
91. Si bien nuestra Constitución reconoce que existen derechos innominados, esta magistratura debe recordar que se rige bajo los parámetros del principio de legalidad, bajo los cuales ninguna institución, entidad o funcionario público puede actuar por fuera de las competencias que le otorga la Constitución y la ley.
92. En ese sentido, no sólo debe rechazarse una supuesta vulneración a un derecho inexistente, sino que la Corte debe inhibirse de declarar este u otros “nuevos” derechos que se solicitan por vía de acciones de inconstitucionalidad.

Sobre la vulneración a la autonomía y el libre desarrollo de la personalidad

93. La parte accionante alega que la referida norma atenta contra los derechos a la autonomía y el libre desarrollo de las personas “de manera desproporcionada”. Para abordar este argumento, es necesario retomar la distinción conceptual.
94. La forma lícita en la que cualquier persona puede ejercer su autonomía y libertad de desarrollar su personalidad en casos de enfermos terminales e incurables es ejercitando su derecho a no recibir tratamiento médico, consagrado en la Ley de Derechos y Amparo del Paciente, lo que constituye la eutanasia pasiva y la adistanacia.
95. Ahora bien, el artículo 144 del COIP sí establece una limitación al ejercicio de estos derechos, pero no es de ninguna manera desproporcionada como alega la parte accionante. En primer lugar, porque existen muchas restricciones a esta autonomía en sus diferentes dimensiones. El derecho penal establece con claridad tipos penales que configuran un límite a la autonomía, la libertad de expresión, la prohibición de la tortura, la declaratoria de interdicción, etc.
96. En ese sentido, la Corte Constitucional reconoce limitaciones a la autonomía y al libre desarrollo de la personalidad: “En efecto, sólo aquellas limitaciones que tengan un explícito asidero en el texto constitucional y no afecten el núcleo esencial del anotado derecho son admisibles desde la perspectiva de la Carta Política.”³⁴ Como se ha mencionado, la Constitución le otorga un valor altísimo a la vida humana, declarandola como protegida desde la concepción y prohibiendo explícitamente la pena de muerte.
97. En ese sentido, la autonomía y el libre desarrollo de la personalidad deben ser objeto de protección al punto que puedan ejercerse en todas las circunstancias. Justamente, la privación de la vida en un procedimiento eutanásico pone fin a esta autonomía y a esta libertad de desarrollo, hasta el punto que la persona no puede volver a cambiar de decisión. Es la extinción total, radical, profunda e irreversible de esta autonomía, el obstáculo final e infranqueable del desarrollo de la personal, de los que el Estado tiene el más alto deber de proteger.
98. Además, la experiencia extranjera nos demuestra que existen casos donde personas que solicitaron la eutanasia cambian su decisión³⁵, sobre todo cuando reciben el adecuado acompañamiento psicológico y cuidados paliativos.³⁶ ¿Cómo puede esta magistratura proteger

³⁴ Corte Constitucional del Ecuador, 751-15-EP/21.

³⁵En el Estado de Oregon, entre 1998 y 2004, **de las 325 peticiones de suicidio asistido, 117 terminaron cambiando su voluntad.** Es decir, el 36% se arrepintió y cambió su decisión. Ref. *Reportes anuales del Departamento de Servicios Humanos de Oregon. Niemeyer, D. (2005). Seventh Annual Report on Oregon's Death with Dignity Act. Oregon Department of Human Services, Offices of Disease Prevention and Epidemiology.*

³⁶Arrepentid tras solicitar la eutanasia: “Sé que no quiero morir”. ABC. Recuperado de: https://www.abc.es/sociedad/abci-no-tenga-muchas-ganas-vivir-pero-no-quiero-morir-202206232321_noticia.html

esta autonomía y desarrollo de la personalidad de personas con depresión³⁷ u otras que los incapaciten para dilucidar cuál es su verdadera intención? ¿Cómo puede proteger la autonomía de las personas que no pueden expresar su consentimiento y la decisión de su vida o muerte quedaría en manos de terceras personas? Estas cuestiones deben ser abordadas antes de considerar desproporcionada la restricción de esta autonomía y libertad de desarrollo.

99. En conclusión, el argumento de la parte accionante tampoco permite dilucidar con claridad y certeza las razones por las que el artículo 144 del COIP sería contrario a los derechos constitucionales de autonomía y desarrollo de la personalidad, pues falla al determinar que esta afectación sería desproporcionada, hasta el grado de requerir su inconstitucionalidad.

Sobre la vulneración a la integridad personal y la prohibición de tratos crueles

100. Siguiendo la línea de lo anterior, es necesario retomar la argumentación de la parte accionante en este caso. Cuando se refiere al concepto jurídico de tortura y y tratos crueles, inhumanos y degradantes, indica explícitamente que “nada excluye que, entre esos caso por caso, pueda aplicarse estos estándares a la muerte digna”. Es decir, su argumento se limita a establecer una posibilidad de una interpretación que no logra satisfacer, por la pertinencia del argumento, el estándar de argumentación para acciones de inconstitucionalidad.
101. Posteriormente, se realiza una peligrosa argumentación sobre la posible responsabilidad penal por tortura y tratos degradantes a quien impida la muerte de una persona en condiciones de sufrimiento, grave enfermedad o condición de salud. Esta argumentación llevada al extremo, debería considerar la muerte de todas las personas que padecen sufrimientos o enfermedades graves sin restricción, responsabilizando al Estado por cada una de estas enfermedades y, por lo tanto, exigiendo de él una única respuesta.
102. Esto resulta en la práctica absurdo, primero porque no se puede considerar un hecho de tortura, afectación a su integridad o trato inhumano una enfermedad grave o incurable que deviene por el natural curso del deterioro de las personas, y segundo porque se confunden nuevamente los conceptos, pues recordemos que ninguna persona está obligada a continuar con tratamientos que alargan su vida si ese no es su deseo, de modo que personas que sobreviven gracias a trataminentos y mecanismos artificiales pueden legítimamente recharzar los mismos y asumir la muerte como consecuencia o fin último de esta decisión, de modo que no se puede hablar de un acto de tortura a aquel que la persona decide continuar.
103. Del mismo modo, la integridad física como un bien que debe ser protegido por el Estado desaparece, se extingue, y deja de existir en su mayor dimensión cuando la vida abandona el cuerpo de la persona. ¿Cómo puede el estado avalar la extinción de aquello que debe

³⁷ La depresión afecta al 60% de los enfermos en fase terminal que solicitan el suicidio asistido, y al 80% de suicidios en general. Fenn, D. S., & Ganzini, L. (1999). Attitudes of Oregon psychologists toward physician-assisted suicide and the Oregon Death With Dignity Act. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30(3), 235-244. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.30.3.235>

proteger? Claro está, en supuestos donde puede prevalecer la autonomía del paciente aceptando o no un tratamiento.

104. En conclusión, nuevamente la argumentación de la parte accionante falla al establecer un argumento claro y certero sobre la incompatibilidad de la norma, puesto que parte de la premisa que una enfermedad que ocurra sin interferencia del Estado, constituye un acto de tortura que afecta la integridad de la personas hasta el punto que impedir su muerte sea prologar ese acto de tortura. Al no adecuarse este argumento a los estándares internacionales en materia de tortura y tratos crueles y al no ser conducente para demostrar la incompatibilidad de la norma, también debe ser desechado.

La demanda se fundamenta en meras inconformidades

105. El análisis de estos apartados nos permite concluir que la parte accionante no ha logrado deslegitimar la presunción de constitucionalidad del artículo 144, sino que su pretensión se fundamenta en una mera inconformidad con dicha disposición, inconformidad legítima pero no conducente a requerir de esta Corte un pronunciamiento en relación a su inconstitucionalidad, mucho menos a la declaratoria de un “nuevo” derecho, tal como los solicitan.

IX. Petición

106. En virtud de todo el análisis jurídico de derecho constitucional, derecho internacional y legislación comparada que detalla de que forma la argumentación de la parte accionante no ha sido capaz de desvirtuar la presunción de constitucionalidad del artículo 144 del COIP, solicitamos a esta honorable Corte que deseche las pretensiones de la acción de inconstitucionalidad 67-23-IN.

X. Autorización

107. Autorizo a los abogados Pablo Andrés Proaño, con cédula 1725626020 y matrícula profesional 17-2020-841 y Víctor Manuel Valle con cédula 180537888-0 y matrícula profesional 17-2022-1231 a presentar toda acción, requerimiento o solicitud e interponer cualquier recurso necesario, así como a participar en toda audiencia a realizarse de la presente acción.

XI. Notificaciones

108. Las notificaciones correspondientes las recibiremos en los correos electrónicos mlmaldonado@dignidadyderecho.org, direccionlegal@dignidadyderecho.org y paproano@dignidadyderecho.org.

109. Firmamos:

María de Lourdes Maldonado
Mat 17-2001-381 CNJ

Pablo A. Proaño
Mat 17-2020-841