

HUMANITAS

HUMANIDADES MEDICAS

TEMA
DEL MES
ON-LINE

EL SUICIDIO MÉDICAMENTE ASISTIDO

Albert Royes i Qui



Director: Prof. Mario Foz

N.º 18, Agosto de 2007
ISSN: 1886-1601

HUMANITAS

HUMANIDADES MEDICAS

TEMA
DEL MES
ON-LINE

N.º 18, Agosto de 2007

Director

Prof. Mario Foz Sala

Catedrático de Medicina. Profesor Emérito de la Universidad Autónoma de Barcelona

Consejo Asesor

Dr. Francesc Abel i Fabre

Director del Instituto Borja de Bioética (Barcelona)

Prof. Carlos Ballús Pascual

Catedrático de Psiquiatría. Profesor Emérito de la Universidad de Barcelona

Prof. Ramón Bayés Sopena

Catedrático de Psicología. Profesor Emérito de la Universidad Autónoma de Barcelona

Prof. Edelmira Domènech Llaberia

Catedrática de Psicología. Departamento de Psicología de la Salud y Psicología Social. Universidad Autónoma de Barcelona

Prof. Sergio Erill Sáez

Catedrático de Farmacología. Director de la Fundación Dr. Antonio Esteve. Barcelona

Dr. Francisco Ferrer Ruscalleda

Médico internista y digestólogo. Jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital de la Cruz Roja de Barcelona. Miembro de la Junta de Govern del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona

Dr. Pere Gascón

Director del Servicio de Oncología Médica y Coordinador Científico del Instituto Clínico de Enfermedades Hemato-Oncológicas del Hospital Clínic de Barcelona

Dr. Albert Jovell

Médico. Director General de la Fundación Biblioteca Josep Laporte. Barcelona. Presidente del Foro Español de Pacientes

Prof. Abel Mariné

Catedrático de Nutrición y Bromatología. Facultad de Farmacia. Universidad de Barcelona

Prof. Jaume Puig-Junoy

Catedrático en el Departamento de Economía y Empresa de la Universidad Pompeu i Fabra. Miembro del Centre de Recerca en Ecomía i Salut de la Universitat Pompeu i Fabra de Barcelona

Prof. Ramón Pujol Farriols

Experto en Educación Médica. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)

Prof. Celestino Rey-Joly Barroso

Catedrático de Medicina. Universidad Autónoma de Barcelona. Hospital General Universitario Germans Trías i Pujol. Badalona

Prof. Oriol Romaní Alfonso

Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona

Prof. Carmen Tomás-Valiente Lanuza

Profesora Titular de Derecho Penal. Facultad de Derecho de la Universidad de Valencia

Dra. Anna Veiga Lluch

Directora del Banco de Células Madre. Centro de Medicina Regenerativa de Barcelona

COMENTARIO EDITORIAL

Prof. Sergio Erill

*Catedrático de Farmacología. Director de la Fundación
Dr. Antonio Esteve. Barcelona*

El Profesor Royes nos presenta en su artículo una revisión académica de la naturaleza del suicidio asistido, y en buena medida de la eutanasia, así como una exposición detallada de los requerimientos y condicionantes que rigen en los países en los que uno u otra están legalmente aceptados. Es difícil aportar ningún comentario que pueda estar a la altura del rigor argumental del autor, pero las bellas palabras finales de su artículo dan pie a una reflexión de base emocional sobre estos temas.

Royes habla de la posibilidad de que quienes colaboren a un suicidio puedan considerarse personas compasivas y que su actuación pueda verse como un acto de amor. Una concepción de este tipo habrá de horrorizar a quienes reclaman un derecho a la vida, convertido en una obligación de vivir aun en las peores circunstancias imaginables, sin que parezca que les preocupe mucho la pena capital, o contemplen la disposición a morir para salvar la virginidad o el respeto verbal a una creencia como un acto loable. Los progresos de la medicina han llevado a que se multipliquen situaciones en las que pacientes que en otros

tiempos hubieran fallecido más o menos rápidamente se vean abocados a vivir durante meses, años y hasta décadas en una situación de sufrimiento que a muchos les resulta insoportable. Nadie que contemple el suicidio médicamente asistido como una opción para el paciente desea que esta alternativa sea la excusa para una serie creciente de muertes provocadas, sino que antepone la dignidad y libertad de la persona a cualquier imposición.

No cabe duda de la naturaleza emocional que subyace en la referencia a la "pendiente resbaladiza" y no está de más contraponer aquí este temor a los hechos: No se ha detectado incremento alguno en los casos de suicidio asistido en los nueve años de su existencia legal en Oregón. En Holanda la eutanasia y el suicidio asistido fueron despenalizados en 2002, si bien estas prácticas venían siendo abiertamente toleradas y estudiadas desde muchos años antes. Ello permite disponer de datos de 17 años, los cuales muestran también que el uso de estas prácticas ha permanecido estable durante todo este período. No hay,

pues, "pendiente" ni tampoco los pacientes parecen pertenecer a grupos marginados. Los datos de Oregón indican, por el contrario, que predominan los pacientes con niveles elevados de educación, sin problemas en el acceso a la atención sanitaria y que conocen perfectamente los cuidados paliativos disponibles.

Frente al empeoramiento terapéutico tan abundante en determinados entornos y que ofrece casi siempre alargamientos de la vida a costa de incontables sufrimientos, cabe anteponer la experiencia de Oregón. Allí, sólo 1 de cada 1.000 muertes se debe a suicidio médicamente asistido, pero su introducción ha llevado a que 1 de cada 50 pacientes en trance de muerte en este Estado hable de esta posibilidad con su médico e incluso 1 de cada 6 trate de ello con su familia. No hay indicación alguna de incremento incontrolado y lo que se detecta es una actitud más abierta, que quizás sea la causa de que no se haga referencia ya a "suicidio" sino a "muerte médicamente asistida".

Obviamente, estar a favor del suicidio médicamente asistido no supone despreciar las

virtudes de los centros de asistencia a pacientes graves o terminales, los hospices de los que habla Royes. Antes al contrario, hay que luchar para que estructuras de este tipo estén a disposición de todo el mundo y que su calidad asistencial, que quiere decir mucho más que una buena atención médica o de enfermería, sea inmejorable. No se trata de contraponer esta opción a la posibilidad de acceder a un suicidio médicamente asistido, y no deja de ser interesante recordar que en Holanda, al tiempo que no han aumentado los casos de eutanasia y suicidio médicamente asistido, sí han incrementado los cuidados paliativos y las instituciones de tipo hospice.

Un médico americano del siglo pasado, con un interés particular por la vertiente terapéutica del ejercicio de la medicina, hablaba de la necesidad de que la terapéutica se realizara con conocimiento y compasión. Quizás sea oportuno insistir en la necesidad de que siempre, y en particular en situaciones difíciles, la ignorancia no derrote al conocimiento y la arrogancia no nuble la compasión.



Albert Royes i Qui

CURRICULUM VITAE

FORMACIÓN ACADÉMICA

- Licenciado en Filosofía y Letras (sección de Filosofía) por la Universitat de Barcelona.
- Doctor en Filosofía por la Universitat de Barcelona.

ACTIVIDADES PROFESIONALES

- Catedrático de Filosofía de Bachillerato.
- Profesor asociado de Ética Médica y Bioética. Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universitat de Barcelona.
- Secretario del Centro de Investigación Observatori de Bioètica i Dret del Parc Científic de la Universitat de Barcelona.
- Miembro del Grup de Recerca Consolidat de la Generalitat de Catalunya Bioètica, Dret i Societat.
- Profesor, tutor y coordinador del Máster en Bioética y Derecho de la Universitat de Barcelona.
 - Profesor del Máster en Biomedicina de la Universitat de Barcelona.
 - Secretario de la Comisión de Bioética de la Universitat de Barcelona.
- Administrador de la Red de Comités de Ética de las Universidades Españolas.
 - Miembro del Comité de Ética Asistencial del Hospital Clínic de Barcelona.
- Miembro del Grupo de Trabajo del Informe sobre la eutanasia y la ayuda al suicidio del Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya.
 - Revisor externo de manuscritos de la revista Gaceta Sanitaria.

PRINCIPALES PUBLICACIONES

Capítulo de libro

- Royes A. El consentimiento informado y los documentos de voluntades anticipadas. En: Casado M (comp.) Nuevos materiales de bioética y derecho. México DF: Fontamara, 2007; 159-173.
- Royes A. Diferentes metodologías para la resolución de conflictos en Bioética. En: Cabré LI (coord.) Medicina crítica práctica: decisiones terapéuticas al final de la vida. Barcelona: Edika Med, 2003; 37-40.
 - Royes A. La dignidad humana en la enfermedad de Alzheimer. En: Casado M (coord.) El Alzheimer: problemas éticos y jurídicos. València: Tirant lo Blanch, 2002; 35-39.
- Royes A. El malalt en situació terminal. En: Sarribe G, Casado M (eds). La mort en les ciències socials. Barcelona: Signo, 1995; 52-54.

Artículos

- Royes A. Bioética y práctica clínica: propuesta de una guía para la toma de decisiones de limitación del esfuerzo terapéutico. Rev Calidad Asistencial 2005; 20 (7): 391-395.
- Royes A. Comentarios al libro Los Fundamentos de la Bioética de H. T. Engelhardt. Rev Calidad Asistencial 2003; 18(7): 612-618.
- Royes A. Comentarios al libro Principios de ética biomédica de Beauchamp & Childress. Rev Calidad Asistencial 2001; 16(2): 144-147.
- Royes A. El documento de voluntades anticipadas. Jano. Medicina y Humanidades, 2003; vol. LXV, núm. 1495: 38-45.
 - Royes A. Els errors en les relacions assistencials: una aproximació des de la Bioètica. Revista de Bioètica y Derecho 2003; 4: 9-12 (<http://www.ub.es/fildt/revista/pdf/RByD4.pdf>)

EL SUICIDIO MÉDICAMENTE ASISTIDO



RESUMEN

El suicidio médicamente asistido, como la eutanasia, constituyen formas diferentes de poner fin a la propia vida en determinadas circunstancias. Cuando la acción la realiza la propia persona con ayuda médica se denomina suicidio médicamente asistido; cuando es el médico quien causa directamente la muerte del propio paciente a petición de éste, se habla de eutanasia. Tanto en uno como en otro supuesto, el paciente debe reunir determinadas condiciones de salud y, especialmente, debe ser capaz de formular la petición de que otros le ayuden a poner fin a su vida para lo que debe gozar de pleno conocimiento y de capacidad de decisión. Esas condiciones, que se detallan en el artículo que aquí se resume, resultan imprescindibles para deslindar las actuaciones de eutanasia o de suicidio médicamente asistido del homicidio. Nuestro país mantiene, al igual que otros muchos, la penalización de las conductas de ayuda al suicidio, en cualquiera de sus modalidades, aunque el propio código penal introduce atenuantes para quien así actuara por motivos compasivos y a petición expresa del paciente. En este artículo se aboga por despenalizar claramente la ayuda al suicidio y la eutanasia si dichas acciones se efectúan con total respeto a los derechos fundamentales de las personas, entre los cuales destaca la explícita voluntariedad, por lo que al mismo tiempo debería mantenerse la calificación de delito tanto para la inducción al

suicidio como para la llamada eutanasia involuntaria.

Sin embargo, algunas sociedades de nuestro mismo entorno cultural han avanzado en la despenalización de la eutanasia o del suicidio médicamente asistido. El artículo describe la situación al respecto en esos países: Oregón (USA), Bélgica, Holanda y Suiza, en los cuales alguna o algunas de las modalidades de ayuda al suicidio no son legalmente punibles si se realizan de acuerdo con lo que su respectivo ordenamiento jurídico ha establecido. En algunos de ellos, además, han surgido organizaciones no gubernamentales que informan, asesoran y, en el caso de Suiza, colaboran activamente en la asistencia al suicidio en condiciones muy estrictas.

Pero, por otra parte, el artículo enfoca la ayuda al suicidio no sólo como una cuestión de derechos o de opciones de personas sufrientes a causa de su situación de salud, situación que les ocasiona muy frecuentemente una fuerte disminución de su calidad de vida; expone, además, que la asistencia al suicidio debe considerarse como una acción compasiva, empática, para con esas personas sufrientes, lo cual añade un elemento humanista de primer orden. Nada más lejos, pues, de consideraciones de carácter economicista o de motivaciones supuestamente eugenésicas que nada tienen que ver con lo que aquí se propugna.

PHYSICIAN-ASSISTED SUICIDE



SUMMARY

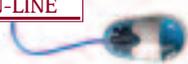
Physician-assisted suicide, like euthanasia, embraces several ways of putting an end to someone's own life, in certain circumstances. When the action is carried out by the own person counting on the medical assistance, it is called physician-assisted suicide; when it is the doctor causing the patient's death by request of the last one, we call it euthanasia. In both assumptions, the patient must assemble certain health features and, specially, he/she must be able to make the request that asks for others to help him/her die, for which he/she must have full knowledge and capacity for decision-making. These requirements, sharply described in this article, are completely relevant when it comes to defining the actions of euthanasia or physician-assisted suicide of the homicide.

In our country, like in many others, the penalization of the conducts that assist suicide, in any form, is still current, although the penal code itself introduces extenuating circumstances for those likely to be acting from compassionate motives and by explicit request of the patient. This article advocates for depenalizing suicide assistance and euthanasia if these actions are carried out with full respect to the fundamental human rights, a major one among them being the explicit will, thus the crime qualification should

persist both for the induction of suicide and the so-called involuntary euthanasia.

Notwithstanding, some societies from our cultural environment have advanced towards depenalizing euthanasia or the physician-assisted suicide. The article focuses on this matter regarding these countries: Oregon (USA), Belgium, Holland and Switzerland, in which, one or several ways of suicide assistance are not legally punishable if they are carried out agreeing to their respective legal ordinances. In some of them, besides, non governmental organizations have appeared to report, advice and, in the case of Switzerland, actively collaborate to suicide assistance, given very strict conditions.

But, on the other hand, it shows the suicide assistance not only as a matter of rights or options for suffering people because of their health status, one that leads them to a strongly diminished life quality, but it also introduces the idea that the suicide assistance must be considered as well, as a compassionate, empathic action towards these suffering people, which adds a first rate humanistic element. Nothing further, then, from economical considerations or supposedly eugenesic motivations that have nothing to do with this article's proposals.



EL SUICIDIO MÉDICAMENTE ASISTIDO

ALBERT ROYES I QUI

Doctor en Filosofía. Profesor de Ética Médica de la Facultad de Medicina. Universidad de Barcelona.
Secretario del Centro de Investigación Observatori de Bioètica i Dret. Parc Científic de Barcelona.
Universidad de Barcelona.

Freedom to die in the manner of our own choosing is the ultimate civil liberty.

Derek Humphry, *Final Exit*.

EL SUICIDIO MÉDICAMENTE ASISTIDO Y LA EUTANASIA

La eutanasia y el suicidio médicamente asistido deben considerarse dos modos diferentes de lo que, en términos más generales, se denomina la disposición de la propia vida en determinadas circunstancias. En lo que sigue, nos referiremos casi exclusivamente al suicidio médicamente asistido (en adelante SMA), aunque debe tenerse en cuenta que el SMA no es sino una modalidad posible de eutanasia.

Se han propuesto diversas definiciones acerca del SMA¹, definiciones que en general enfatizan el hecho de que es el propio enfermo quien se autoadministra el o los fármacos que pondrán fin a su vida de acuerdo con su voluntad. La expresión *médicamente asistido* precisa que para llevar a cabo su acción ha contado con la colaboración expresa de un médico, por lo general mediante la prescripción de fármacos, o la puesta a punto de algún dispositivo, que permitirán al paciente causarse la muerte en el momento que éste desee. Este médico colaborador puede estar presente o no en el momento en que el paciente tome la decisión de poner fin a su vida, cuestión que no debe considerarse esencial. En caso de que la persona no requiera

ayuda de otros para su suicidio, suele hablarse de *autoliberación*.²

Puede ser interesante partir de la definición que de eutanasia y de SMA ofrece el propio Código Penal español, aunque sea para penalizar ambas conductas, cuestión que detallaremos más adelante. En efecto, en su artículo 143. 4. dice: “El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo” (*CP, art. 143. 4*). Se trata de una buena definición de la eutanasia y del SMA, puesto que apunta directamente a los requisitos necesarios para que se dé la atenuante que distingue las citadas conductas del homicidio. Entre estos requisitos destacan el de la petición voluntaria del paciente, el carácter incurable de la enfermedad con consecuencia de muerte, o el que, aunque no condujera a la muerte del paciente en un plazo breve (es decir, aunque no se trate forzosamente de un paciente en fase agónica o terminal), ocasione un sufrimiento permanente e insoportable para este mismo paciente. El término “padecimiento permanente y difícil de soportar” debe entenderse que incluye tanto el posible sufrimiento físico como el mental (es decir, el ocasionado



por la propia presencia de la enfermedad y la merma de calidad de vida o de dignidad que aquella provoque); además, que este padecimiento sea o no difícil de soportar es algo subjetivo, depende de cada persona enferma, por lo que sólo ésta puede establecer si su situación clínica es o no “insoportable”, con lo que el paciente se convierte así en el único que puede manifestar con claridad si cumple o no de modo suficiente con esta condición. El requisito de voluntariedad exige que el paciente se encuentre en condiciones de tomar decisiones por sí mismo y en su beneficio, lo cual parecería excluir a los pacientes que tengan merma dicha capacidad o que sufran algún trastorno psiquiátrico que les incapacite para tomar este tipo de decisiones. Sin embargo, es discutible que el hecho de padecer alguna enfermedad mental constituyera sistemáticamente y en todos los casos motivo de exclusión para que una petición de eutanasia o de SMA fuese tenida en cuenta. Como veremos después, en las sociedades que han despenalizado la eutanasia o el SMA, si quien formula una petición de SMA o de eutanasia presenta antecedentes de enfermedad o de trastorno mental, suele exigirse un informe psicológico o psiquiátrico del paciente antes de tramitar su petición, pero no se prejuzga el resultado de este informe, es decir que no se considera un motivo de exclusión *per se* la mera existencia de antecedentes de patología psiquiátrica o la presencia de trastorno mental. Recordemos, por otra parte, que aunque el citado artículo del CP español no diferencia entre eutanasia y suicidio asistido, suele denominarse eutanasia cuando la persona que cause la muerte del paciente es distinta de éste y suicidio asistido cuando es el propio paciente quien provoca su propia muerte con ayuda de otros; si es con ayuda médica, se denomina SMA.

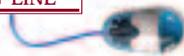
No obstante, incluso entre las sociedades que han despenalizado la práctica del SMA existen importantes diferencias en cuanto a las condiciones que debe reunir el paciente para que la acción que denominamos SMA no sea legalmente punible. Nos referiremos a esta cuestión más adelante.

ALGUNAS FALACIAS Y OTRAS INTERPRETACIONES ACERCA DEL SUICIDIO ASISTIDO

La disposición de la propia vida en determinados supuestos sigue siendo objeto de intensos debates tanto en nuestra sociedad⁵ como en otras de nuestro ámbito cultural. No debe sorprender, puesto que el debate se centra en conceptos nucleares en la manera de entender el final de la vida, la dignidad humana y el papel de la medicina (y por lo tanto de los propios médicos y de otros profesionales sanitarios) en relación con el ejercicio de la autodeterminación de las personas. En las sociedades en las que el pluralismo es un valor importante, cada vez es más frecuente la opinión y la actitud de personas para quienes esa disposición de la propia vida es entendida como un ejercicio de la libertad y de la dignidad personales, ejercicio en el que la autoridad pública, es decir, el legislador, no debería inmiscuirse salvo, precisamente, para salvaguardar esa misma libertad y dignidad. En este sentido, cabe calificar de abusiva la intervención de los poderes públicos que, en un trasnochado ejercicio de paternalismo, pretenden impedir que los ciudadanos que lo deseen, y que reúnan determinadas condiciones de salud y de capacidad para el ejercicio de su autonomía personal, pongan fin a una vida que no desean y para lo cual solicitan la ayuda de otros.⁴

Los argumentos que desde diferentes campos suelen esgrimirse para oponerse a la despenalización del SMA (y de la eutanasia en general) son, en su gran mayoría, de tipo consecuencialista. Suponen, puesto que de predicciones hablamos, que dicha permisividad acarrearía *inevitablemente* consecuencias devastadoras para las personas enfermas en general y para la atención sanitaria en particular.

Dichos argumentos giran en torno a la, a su juicio, inevitable “pendiente resbaladiza” por la que una comunidad se desplazaría de manera imparable: en efecto, quienes así razonan predicen un incremento importante de actuaciones denominadas como “eutanasia no voluntaria”,



o como “eutanasia involuntaria”, contando incluso (en su versión más catastrofista) con la complacencia o la complicidad de los poderes públicos; asimismo, predican que la despenalización a que nos venimos refiriendo afectaría de manera muy negativa a los más vulnerables (ancianos, minorías sociales y pobres en general) por cuanto el SMA (o la eutanasia) se constituiría en una “alternativa” más barata a los cuidados paliativos y a la asistencia sociosanitaria en general, con lo que los citados colectivos se verían de algún modo animados o claramente empujados a solicitar el SMA o la eutanasia.⁵

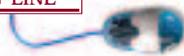
Detengámonos un momento en esos argumentos. Ninguna de esas predicciones se basa en datos empíricos fiables y suficientemente contrastados procedentes de aquellas sociedades en las que no es ilegal la ayuda al suicidio, o la ayuda médica al suicidio, si dichas actuaciones se realizan dentro de los límites que marcan las respectivas leyes, cuestión que analizaremos en otro apartado. Se trataría más bien de prejuicios, de auténticas falacias, que buscan preservar determinados principios o dogmas sin tener en cuenta que éstos no pueden ser impuestos a todos los ciudadanos tanto si los comparten como si no es el caso. Ninguna norma puede evitar el riesgo de abusos en su aplicación; de lo que se trata es de que la ayuda al suicidio sólo sea no punible si concurren circunstancias bien precisas, que cualquier ley despenalizadora de dicha actuación debe determinar escrupulosamente y en ausencia de las cuales debe mantenerse, obviamente, la calificación de homicidio o de asesinato.

Preguntar a los pacientes si prefieren acceder a cuidados paliativos o a *hospices* (residencias con atención sanitaria), o bien solicitar el SMA es, sencillamente, una falsa dicotomía. Los cuidados paliativos y las instituciones de atención sociosanitaria deben formar parte de la atención estándar a los pacientes con enfermedades incurables, o que están cercanos a la muerte, que lo precisen. La pregunta en todo caso debería ser: ¿prefieren esos mismos pacientes los cuidados paliativos, o los *hospices*, o bien desean

acceder legalmente al SMA si su padecimiento les resulta insoportable y desean acelerar su proceso de muerte? Puestas así las cosas, la libertad de elección de dichos pacientes quedaría realmente salvaguardada y su sentido de la dignidad respetado. Mientras la eutanasia o el SMA no sean una alternativa real para los pacientes en determinadas circunstancias, dar por supuesto qué preferirían resulta una simple petición de principio⁶.

En el marco jurídico que establece la Constitución española el reconocimiento del derecho a la vida (*art. 15 CE*) ha tenido tradicionalmente una interpretación, a nuestro juicio abusiva, que equipara dicho derecho al deber de continuar en vida en cualquier circunstancia y por penosa que ésta resulte para algunas personas, por lo que dicha interpretación considera que el Estado debe penalizar la ayuda al suicidio en todos los casos. Sin embargo, a la luz de lo que la propia CE establece respecto del valor libertad y del valor dignidad de las personas (*art. 1.1. y 10.1 de la CE*, respectivamente) no es posible situar en todos los casos el derecho a la vida por encima del de la libertad de la persona y de su dignidad: este derecho a la vida lleva aparejado el deber de respetar la vida ajena, pero no el deber de vivir contra la propia voluntad en condiciones tales que la persona, en nuestro caso el paciente, considere especialmente indignas, lo cual puede perfectamente interpretarse como un acto de tortura o trato inhumano o degradante, que es algo explícitamente prohibido por la propia CE (*art. 15 CE*).

Por otra parte, es generalmente aceptado que entre los fines de la medicina se incluye evitar el dolor o el sufrimiento innecesarios. Nadie discute sensatamente que la sedación en la agonia o en los pacientes en fase terminal forma parte de la buena práctica médica. Sin embargo, puede darse el caso de pacientes que no deseen prolongar una vida cuya indignidad, a juicio de esos mismos pacientes, sea fuente de enormes sufrimientos y para los cuales la muerte no es la peor alternativa posible⁷. El término sufrimiento incluye algo más que el dolor: es un tipo de emoción, de sentimiento, que una persona ela-



bora como resultado de otra cosa, de una enfermedad y de sus variadas consecuencias. Si esta enfermedad no tiene curación, carece de alivio el sufrimiento que la misma ocasiona. Este sufrimiento es distinto de una depresión clínicamente tratable, por lo que el sufrimiento del paciente difícilmente podrá aliviarse mediante el uso de antidepresivos. No debería verse como contrario a la ética médica la conducta de un médico que decidiera libremente proporcionar ayuda profesional a un paciente que voluntariamente la solicitara a fin de poner fin de manera rápida, eficaz e incruenta a una vida que para este paciente carece ya de valor en sí misma. Tanto los deberes éticos de beneficencia, como de no maleficencia y de respeto a la autonomía de los pacientes pueden perfectamente interpretarse en el sentido de permitir la colaboración de un médico en el suicidio de un paciente que se encuentre en determinadas circunstancias. Porque, en definitiva, la asistencia de un médico en el proceso de morir es, sobre todo, un acto de compasión, de empatía con el sufrimiento presente o futuro del paciente; no se trata solamente de la libre elección por parte de éste, es también algo que tiene que ver con el no abandono del paciente a su sufrimiento.

SITUACIÓN ACTUAL DEL SMA

En España

Aunque diferentes instancias universitarias e institucionales se han pronunciado en los últimos años a favor de la despenalización de la eutanasia y del SMA⁸, el vigente Código Penal castiga, como se ha citado antes, en su artículo 143, con la pena de prisión de dos a cinco años “al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona” (*art. 143. 2*), aunque, como también se ha dicho anteriormente, casi a continuación (*art. 143. 4*) el legislador introduce diversas atenuantes como motivos para la disminución de la condena. Seguramente bastaría con suprimir la pena con la que castiga esa conducta el art. 143.4 para que la ayuda médica al

suicidio, en las circunstancias que se citan y que, por supuesto, deberían precisarse exhaustivamente, no fuera considerada punible⁹, si bien la inducción al suicidio debe continuar penalizada tal como establece el art. 143. 1 del vigente CP.

En efecto, las sociedades que han optado por la despenalización del SMA (y en algunos casos también de la eutanasia) mantienen, obviamente, la proscripción general del homicidio, pero han establecido mediante la oportuna ley la excepción del SMA o de la eutanasia de entre las conductas tipificadas como delito. Por otra parte, la legislación sanitaria española ha adoptado, en lo que llevamos de siglo, diversas normas que potencian la autonomía del paciente en sanidad, normas que obligan a solicitar el consentimiento informado¹⁰ del paciente para todas las intervenciones o actuaciones sanitarias que le afecten, el derecho a rechazar tratamientos médicos por indicados que estén (las llamadas decisiones de limitación del esfuerzo terapéutico¹¹) y la posibilidad de otorgar un documento de voluntades anticipadas o de instrucciones previas¹². Desde la perspectiva ética resulta del todo incoherente, y hasta trágicamente paradójico, que un paciente pueda solicitar, por ejemplo, la desconexión del aparato de ventilación mecánica que le mantiene en vida tras una “petición expresa, seria e inequívoca de éste” (en expresión del art. 143.4 del CP) y que eso mismo no valga para una petición de eutanasia o de SMA.

En el estado de Oregón (USA)

Desde noviembre de 1997 el SMA es legal en este estado cuando sus ciudadanos aprobaron por segunda vez la *Death with Dignity Act*, que permite la práctica del SMA únicamente en el caso de pacientes que padecen una enfermedad terminal (definida como aquella que previsiblemente le causará la muerte en un plazo no superior a seis meses) y que sean ciudadanos de este estado.¹³ Otras condiciones que dicha ley establece para que un ciudadano pueda recibir legalmente la prescripción médica de un fármaco letal son las siguientes:



- Ser mayor de 18 años.
- Ser plenamente capaz (en el sentido de estar en condiciones de tomar decisiones acerca de su salud y de comunicarlas).
 - El paciente ha de formular verbalmente su petición al médico en dos ocasiones separadas por un intervalo de al menos quince días.
 - Además, el paciente ha de formular su petición por escrito y firmarla en presencia de dos testigos.
 - El médico que atiende al paciente y un segundo médico consultor deben confirmar ambos el diagnóstico y el pronóstico del paciente; deben, además, confirmar que el paciente es plenamente capaz. En caso de que alguno de los citados médicos considere que el paciente sufre algún trastorno psiquiátrico o psicológico, el paciente debe someterse previamente a un examen psiquiátrico o psicológico.
 - El médico que le atiende debe informar al paciente de posibles alternativas al suicidio asistido, en especial de la existencia de residencias con asistencia sanitaria, de unidades de cuidados paliativos y de tratamiento del dolor.

Además, la ley obliga al médico que ha prescrito el fármaco letal a informar al *Department of Human Services* del Estado de que el paciente ha recibido efectivamente dicha prescripción. Debe precisarse que, de acuerdo con esta ley, ningún médico, farmacéutico u otro profesional sanitario está obligado a acceder a la petición del paciente ni a estar presente cuando el paciente ingiera, si finalmente así lo decide, el producto letal.¹⁴

Anualmente, el *Department of Human Services* publica un informe acerca de la aplicación de la ley. El último publicado, que se refiere al periodo comprendido entre 1998 y 2006¹⁵, resume el número de ciudadanos que se han acogido a esta ley: 16 (1998); 27 (1999 y 2000); 21 (2001); 38 (2002); 42 (2003); 37 (2004); 38 (2005) y 46 (2006). En relación con el total de fallecidos en dicho Estado, el número de muertes ocasionadas por SMA oscila entre 5,5 por 10.000 (1998, primer año de entrada en vigor de la ley) y 14,7 por 10.000 (2006), sin que existan diferencias significativas según el sexo. La

media de edad de los fallecidos por SMA desde que entró en vigor la ley es de 70 años.

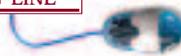
Pearlman RA y Starks H¹⁶ han analizado los principales motivos que han conducido a diferentes pacientes a solicitar el SMA en Oregón pero que, sin embargo, todavía no han consumado el suicidio. Clasifican estos motivos en tres grupos:

- Experiencias relacionadas con la enfermedad: debilidad, agotamiento, disminución del confort, efectos del tratamiento, pérdida de capacidad en general, efectos secundarios inaceptables de los tratamientos contra el dolor...
- Amenazas contra el “sentido de uno mismo” (*person's sense of self*): disminución o pérdida del “sentido de uno mismo”, deseo de control sobre la propia muerte...
- Miedo ante el futuro: miedo ante la disminución de la calidad de vida, ante el proceso de la propia muerte, ante la perspectiva de ser una carga emocional excesiva para quienes les aman...

Esos motivos revisten extraordinaria importancia para los pacientes estudiados, en especial el sentido de uno mismo y la voluntad de controlar el proceso de la propia muerte. Los médicos deberían ser sensibles a ese tipo de experiencias personales que deben diferenciarse de las depresiones clínicas; son procesos existenciales que no incapacitan, por sí mismos, a los pacientes para tomar decisiones acerca del SMA. Además, el deseo de controlar la propia muerte (lo que se ha venido denominando la *calidad de muerte*) constituye un motivo similar a los que conducen a pacientes que viven en sociedades en las que es ilegal el SMA o la eutanasia a otorgar un documento de voluntades anticipadas o a tomar decisiones de limitación del esfuerzo terapéutico.

En Holanda

El 1 de abril de 2002 entró en vigor la *Ley de comprobación de la finalización de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio*¹⁷ que, a diferencia de la del estado de Oregón, despena-



liza tanto la eutanasia como el SMA en el caso de pacientes residentes en Holanda. Los requisitos que esta ley exige son, por lo general, similares al caso de Oregón, aunque existen algunas diferencias, en especial las siguientes:

- No se exige que el paciente sufra una enfermedad considerada terminal, aunque sí que la misma ocasione al paciente un padecimiento insoportable y sin esperanzas de mejora.

- El médico puede atender una petición de eutanasia o de SMA también en el caso de menores entre 16 y 18 años plenamente conscientes y si los padres o tutores han participado en el proceso de decisión; en el caso de menores entre 12 y 16 años, los padres o tutores deben manifestar su acuerdo explícito con la decisión del menor.

- Si la muerte del paciente ha acaecido como consecuencia de la práctica de eutanasia o de SMA, el médico no expide certificado de defunción sino que informa de inmediato al forense municipal, enviándole los correspondientes informes y documentos que acrediten el escrupuloso cumplimiento de la ley antes citada.

- Este médico forense comunica el caso a la Comisión regional de control que establece el artículo 3 de la citada ley si cumple con todos los requisitos para que la acción eutanásica o de ayuda al suicidio pueda considerarse una acción no punible. En caso contrario, deberá comunicarlo al ministerio fiscal. Dicha Comisión de control eleva anualmente un informe a los ministerios de Justicia y de Salud de los casos que han sido sometidos a su consideración, informe que, además, debe ser entregado al Parlamento.

En Bélgica

Bélgica aprobó en 2002 la ley relativa a la eutanasia que entró en vigor en septiembre de este mismo año¹⁸. A diferencia de la de los países antes citados, en ella no se menciona de forma explícita el suicidio asistido; la ley habla siempre de eutanasia. Sin embargo, el primer informe elaborado por la *Commission Fédérale de*

*Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie*¹⁹, que se refiere a los quince primeros meses de aplicación de la ley, precisa que algunas eutanasias fueron en realidad casos de SMA, puesto que el propio paciente ingirió por su propia mano el producto letal o activó el mecanismo instaurado con este fin. Dicha Comisión de control reconoció que, puesto que la ley no exigía un procedimiento concreto para la práctica de la eutanasia, no procedía modificar el título de la citada ley para introducir en la misma el supuesto de SMA, aunque esa misma ley sí exige que el médico controle el proceso de morir en todo momento y en todos sus aspectos. De lo que se acaba de decir puede deducirse que el SMA se interpreta como una acción eutanásica que debe cumplir con los requisitos que la ley establece a tal efecto. En relación con la legislación holandesa, cuya pauta sigue de cerca, la ley belga no exige que sólo puedan acogerse a la misma los ciudadanos belgas, si bien en la práctica entre el solicitante y el médico que acceda a una petición de eutanasia o de SMA debe mediar una relación asistencial suficientemente estrecha como para que el médico pueda verificar que el paciente cumple todas las condiciones exigidas por la ley. Además, debe transcurrir un mínimo de 30 días entre la petición y la realización de la eutanasia o del SMA, a la cual, además, únicamente pueden acogerse pacientes mayores de edad o menores emancipados legalmente. Asimismo, el médico que hubiese realizado la eutanasia o que hubiera facilitado al paciente el producto letal debe inmediatamente poner esta circunstancia en conocimiento de la comisión federal de control a que antes se ha hecho referencia. Hay que destacar que desde la entrada en vigor de la ley, esta comisión no ha juzgado procedente remitir al ministerio fiscal ninguno de los casos de eutanasia o de SMA que han sido sometidos a su consideración.

En la Confederación Helvética

La eutanasia es una acción castigada penalmente en Suiza. Sin embargo, no lo es la ayuda al



suicidio a condición de que dicha ayuda se efectúe por motivos desinteresados²⁰ (literalmente, *no egoístas*). El artículo 115 del Código Penal suizo aparece como una solución intermedia, a medio camino entre la impunidad absoluta y la represión indiscriminada; se trata, en efecto, de una fórmula de compromiso que, aunque criminaliza la asistencia al suicidio en general, limita el carácter punible de la acción a las actuaciones “egoístas”, es decir, cuando el que ayuda al suicidio obtendría en caso de consumarse algún beneficio aun cuando éste no fuese únicamente de tipo material, lo cual incluiría la satisfacción de necesidades afectivas como el odio, el desprecio o el deseo de venganza. A diferencia de Oregón, Bélgica y Holanda, en Suiza la ayuda al suicidio no tiene que contar necesariamente con la asistencia de un médico. El Departamento Federal de Justicia de este país precisa que “la asistencia al suicidio consiste en facilitar al paciente la sustancia mortal que éste ingerirá por sí mismo, sin intervención externa, a fin de acabar con su vida”²¹. Desde 2004, en diversas ocasiones la *Académie Suisse des Sciences Médicales* ha venido reconociendo al médico que mantiene una relación personal con su paciente el derecho de proporcionarle su ayuda al suicidio en base a una decisión moral personal y en el marco del respeto al principio de autonomía del paciente²². La *Commission nationale d'éthique pour la médecine humaine* estableció el marco general de la ayuda al suicidio en Suiza, precisando que “*Si le suicidant n'agit pas de lui-même, son acte ne peut être considéré comme un suicide, même si, du point de vue purement matériel, il se présente comme tel. L'autodétermination suppose tout à la fois capacité de discernement et liberté de décision. C'est pourquoi lorsqu'une personne souffrant de trouble psychique, ou en état d'ébriété, ou incapable de discernement du fait d'une grave maladie psychique désire mettre fin à ses jours et qu'on l'assiste dans son suicide, cette situation tombe hors du domaine d'application de la disposition de l'art. 115 CP*”²³, con lo que viene a reconocer que el derecho a ejercer la autonomía o la autodeterminación personal es el eje

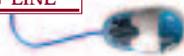
moral sobre el que gira la libertad de decisión acerca de la propia vida y de la propia muerte, lo cual implica la posibilidad de que otros puedan intervenir en la realización de nuestra propia libertad. Si dicha capacidad de autonomía personal se viera afectada de modo importante por alguna circunstancia, en este caso la ayuda a su suicidio debería considerarse punible. Sin embargo, la interpretación que este Comité presenta del citado artículo del código penal suizo excluye que quepa hablar de un derecho de los pacientes residentes en este país a exigir de otros ciudadanos, médicos o no, ayuda al suicidio, lo cual constituye, probablemente, la razón de ser de diversas organizaciones no gubernamentales de ayuda al suicidio, como veremos en el siguiente apartado.

LAS ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES DE AYUDA AL SUICIDIO

Como se acaba de exponer, tanto en el estado de Oregón (USA) como en Holanda y en Bélgica únicamente un médico puede legalmente llevar a cabo actuaciones de ayuda al suicidio (o de eutanasia en estos dos últimos países) en determinadas circunstancias. En estas sociedades, las Asociaciones por el Derecho a una Muerte Digna²⁴ (en adelante, DMD) pueden informar y asesorar a sus asociados acerca de sus posibilidades dentro del respectivo marco legal, pero no pueden realizar por sí mismas, como tales organizaciones, actuaciones eutanásicas o de ayuda al suicidio.

Compassion & Choices (Oregón, USA)

En el caso de Oregón (USA), la organización *Compassion & Choices*²⁵ está dedicada a divulgar entre los pacientes y sus allegados la posibilidad del SMA y a facilitarles soporte emocional, pero la organización no desempeña ningún papel en la valoración de la capacidad de decisión del paciente: eso compete exclusivamente



al médico. Tampoco facilita al paciente que desea acogerse al SMA el producto letal ni interviene fuera del domicilio del paciente. Sus voluntarios reciben preparación específica para el acompañamiento del paciente y están presentes en el momento de la muerte si éste así lo requiere.

Suiza: Exit y Dignitas

En la Confederación Helvética existe, desde 1982, la organización EXIT²⁶ con dos sedes independientes: *Exit-Suisse Romande*²⁷, con sede en Genève, y *Exit-Deutsche Schweiz*²⁸, con sede en Zurich, aunque únicamente admiten como asociados a ciudadanos suizos. Puesto que, como se ha dicho antes, la ayuda al suicidio con carácter altruista no está penalizada en Suiza, este tipo de organizaciones auxilian efectivamente al paciente que desea poner fin a sus días, y que cumple ciertos requisitos, facilitándole la correspondiente prescripción médica del producto letal –para lo cual utilizan los servicios de un médico de la organización–, acompañando al paciente en el proceso de decisión de suicidarse y en todo el proceso posterior a la muerte de este paciente. Por supuesto, los servicios de estas organizaciones no son necesarios en caso de que el médico que habitualmente trata al paciente acceda a proporcionarle los medios para que éste pueda suicidarse si así lo decide. El número de casos de asistencia al suicidio en los que han intervenido alguna de dichas organizaciones aumenta constantemente de año en año, lo cual refleja la creciente demanda de pacientes afectados de enfermedades incurables y/o severamente invalidantes para los cuales las alternativas que les han sido ofrecidas o que se han puesto efectivamente en práctica (cuidados paliativos, unidades de tratamiento del dolor, asistencia sociosanitaria...), aunque sean de calidad, no resultan suficientes o simplemente no responden a las expectativas del paciente.

Además, en el caso de la *Suisse Romande*, Exit solicitó en marzo de 2006 la posibilidad de realizar su tarea de asistencia al suicidio inclu-

so en los Hospitales Universitarios de Genève, tal como ya ocurría en los de Lausanne. Dicha petición fue aceptada por el consejo de administración de los hospitales universitarios de Genève bajo estrictas condiciones, en especial que los pacientes no puedan ser trasladados a domicilio (caso en el cual, obviamente, podrían solicitar la asistencia al suicidio por sí mismos) y que en la asistencia al suicidio no participen los profesionales sanitarios del propio hospital. En palabras del Dr. Jérôme Sobel, presidente desde 2000 de *Exit-Suisse Romande*, “*Il s’agit d’un très grand progrès et je suis très satisfait de cette prise de position ouverte et tolérante. Il s’agit d’une liberté supplémentaire pour le patient, une sécurité pour celui qui veut pouvoir gérer sa fin de vie jusqu’au bout*”²⁹.

Los miembros de Exit que deciden suicidarse disponen de tres posibilidades: a) solicitar la intervención de un representante de la asociación; si el solicitante cumple los requisitos establecidos por la organización, este representante le proporcionará el producto letal; b) el solicitante formula su petición de asistencia al suicidio directamente a su médico habitual, el cual decide en conciencia; c) si la persona decide actuar por sí misma, sin ayuda de nadie, se trata de un acto de autoliberación, y en tal caso el papel de la organización se limita a facilitar a sus asociados (con una antigüedad mínima de tres meses) una guía para facilitarles esta tercera opción.

Cuando un ciudadano suizo solicita la asistencia al suicidio mediante las citadas organizaciones, se pone en marcha un procedimiento que, en líneas generales, es el siguiente: el paciente debe ser legalmente capaz, debe manifestar reiteradamente su deseo de morir y debe experimentar sufrimiento a su parecer insopportable o estar severamente incapacitado para las actividades más cotidianas.³⁰ Los voluntarios de Exit siguen, desde la primera entrevista con el paciente, un protocolo extremadamente preciso a fin de diferenciar a los pacientes que pueden ser efectivamente ayudados de los que no reúnen alguna o algunas de las condiciones para ello. En cualquier caso, la organización reco-



mienda sistemáticamente recurrir a cuidados paliativos y que el paciente informe a sus allegados de su petición de asistencia al suicidio. En un segundo momento, el paciente es examinado por un médico de la organización, el cual no prescribirá el fármaco letal a menos que esté convencido de que el paciente cumple los requisitos antes citados y si su médico habitual no desea participar en la asistencia al suicidio; finalmente, un voluntario de Exit facilita al paciente el producto letal para que él mismo lo ingiera o active el dispositivo implementado a tal fin. Este mismo voluntario informa a la policía y al forense de la causa del fallecimiento del paciente. En casos especialmente difíciles, Exit dispone de un comité de ética que revisa el caso.

Exit no es la única organización de ayuda al suicidio que actúa en la Confederación Helvética. *Dignitas*, con sede en Forch (Zurich)³¹, es una organización que desde su fundación en 1998 facilita la asistencia al suicidio a pacientes que no son ciudadanos suizos y que son socios de la citada organización. En palabras de la propia organización, “Es inaceptable, por razones éticas, que el suicidio asistido en Suiza sea una posibilidad únicamente al alcance de las personas que casualmente son ciudadanos suizos”.³² El protocolo que deben seguir los voluntarios de *Dignitas* es muy similar al que se ha hecho referencia en el caso de Exit, con la diferencia de que los socios que no residen en Suiza deben necesariamente desplazarse a este país a fin de que un médico suizo confirme que en efecto el paciente cumple los requisitos exigidos; en caso afirmativo, sólo un médico suizo puede extender la prescripción que será posteriormente facilitada al paciente con la ayuda y el acompañamiento de miembros de *Dignitas*.

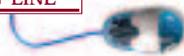
Suiza: las recomendaciones de la “Comisión nationale d'éthique pour la médecine humaine” (2006)³³

En su anterior toma de posición 9/2005 esta Comisión recomendó al legislador que los poderes públicos supervisaran las organizaciones de

ayuda al suicidio que actúan en Suiza al amparo del ya citado art. 115 del Código Penal. En esta segunda recomendación (13/2006) la Comisión considera que dicha práctica debería regirse por un acuerdo de mínimos que garantice, por una parte, la libre autodeterminación del paciente y, por otra, la protección de quienes se plantean inicialmente poner fin a su vida con la asistencia de dichas organizaciones.

Desde la perspectiva ética, esta Comisión establece que la asistencia al suicidio se fundamenta en dos ejes: el apoyo y la atención a las personas que se plantean el suicidio, y el respeto por su derecho de autodeterminación. Ambos ejes deben tenerse en consideración en idéntica medida, con la finalidad de prevenir el riesgo de posibles abusos. Define la asistencia organizada al suicidio como “*une activité qui consiste à aider une personne préalablement incon nue à se suicider ou à mettre cette aide à la disposition d'inconnus*”³⁴, con lo que excluye de su consideración la ayuda al suicidio efectuada en el marco de una relación personal o familiar, o en el marco de la relación entre el paciente y su médico habitual. Las condiciones que expresa esta Comisión giran, en especial, en torno a la evaluación de la capacidad (la autonomía) del paciente que desea suicidarse. A tal fin, la Comisión propone:

- Que la capacidad de discernimiento acerca de la decisión de poner fin a su vida con ayuda de un tercero sea adecuada, lo cual sólo puede verificarse mediante entrevistas personales reiteradas. Sin embargo, como establece la propia Comisión, el paciente es el único que puede juzgar si su sufrimiento le resulta, en efecto, insostenible, de acuerdo con sus valores y su sentido de la dignidad personal propios.
- Que el deseo de suicidarse emane de un sufrimiento grave ocasionado por una enfermedad, si bien la propia Comisión precisa que aquí el término enfermedad debe ser entendido en sentido amplio, incluyéndose los sufrimientos derivados de un accidente o de una discapacidad grave.³⁵
- Que la asistencia al suicidio no debe aportarse a personas que presentan una enfermedad



psíquica en las que el deseo suicida constituya una expresión o un síntoma de esa misma enfermedad, por lo que en estos casos la Comisión considera imprescindible la consulta a un especialista.³⁶

- Que el deseo de morir sea duradero y constante, es decir que no obedezca a una crisis pasajera o a un impulso repentino. De ahí la exigencia de la Comisión de que transcurra cierto tiempo entre la petición inicial del paciente y su efectiva consideración, sin que, por otra parte, quepa establecer un “periodo de reflexión” único: dependerá, en especial, de si se prevén cambios importantes en la situación del paciente o de si éste ha tenido suficientemente en cuenta su situación global.

- Que otras posibilidades de ayuda al paciente hayan sido efectivamente exploradas, contando en todo caso con la voluntad del paciente para ello.

- Finalmente, que esta evaluación no sea efectuada por una sola persona; por lo menos otra persona deberá confirmarla en todos sus extremos.

APUNTE FINAL

A menudo se ha esgrimido la supuesta especial idiosincrasia de los ciudadanos de los países europeos del arco mediterráneo, así como diferencias culturales casi insalvables, para tratar de evitar el debate acerca del suicidio médicamente asistido (o de la eutanasia) en nuestro país y, más aún, para no despenalizar la disposición de la propia vida en determinados supuestos. Este tipo de suposiciones sólo reflejan la opinión de quien las sostiene, sin que en modo alguno puedan ser tomadas como hechos empíricos inapelables. Lo que sí tenemos, evidentemente, en común con ciudadanos de otras sociedades en las que la eutanasia o el SMA están despenalizadas en determinados supuestos es la posibilidad de sufrir como consecuencia de diversas afecciones y que este sufrimiento lleve a algunas personas a preferir la muerte antes que continuar soportándolas en contra de

su voluntad clara y reiteradamente expresada. No se trata de exponer una y mil veces los mismos argumentos favorables a la despenalización de la eutanasia, lo cual incluye, en nuestra opinión, la ayuda al suicidio como un camino para poner fin a una vida que ya no se desea. Esos argumentos han sido reiteradamente expuestos desde ámbitos y sociedades muy diferentes. Lo que se precisa es voluntad, determinación y coraje políticos por parte del legislador para que nuestros conciudadanos gocen de posibilidades hasta ahora reservadas a enfermos sufrientes de otras comunidades, ampliándose así, por fin, el capítulo de los Derechos Humanos fundamentales, de manera que las personas tengamos el convencimiento de que, si así lo deseamos, podremos controlar nuestro proceso de muerte de acuerdo con nuestros valores éticos personales y que quien o quienes nos ayuden en este momento final sólo serán calificados de personas compasivas que habrán accedido a realizar para con nosotros, tal vez entre lágrimas, un último acto de amor.

NOTAS Y REFERENCIAS

1. Sólo a título de ejemplo, véase:
 - “*Suicidio asistido o auxilio al suicidio*: Es la acción de una persona que sufre una enfermedad irreversible para acabar con su vida, y que cuenta con la ayuda de alguien más que le proporciona los conocimientos y los medios para hacerlo. Cuando la persona que ayuda es un médico, hablamos de suicidio médicamente asistido” (*Informe sobre la eutanasia y la ayuda al suicidio*. Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya, Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, 2006).
 - “A procedure where a doctor lawfully provides a lethal dose of drugs to a patient for self administration” (Ziegler S, Bosshard G. Role of non-governmental organisations in physician assisted suicide. *BMJ* 2007; 334: 295-298).
 - “L’assistance au suicide est le fait de mettre à disposition de la personne qui souhaite mourir les moyens lui permettant de se suicider sans violence» (Genève: EXIT, Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité, 2003).
2. Humphry D. Final Exit: The Practicalities of Self-Deliverance and Assisted Suicide for the Dying.



- 3ª edición. Oregón (USA): ERGO (Euthanasia Research & Guidance Organization), 2003.
3. Casado M. La eutanasia: aspectos éticos y jurídicos. Madrid: Reus, 1994.
 - Méndez Baiges V. Sobre morir. Eutanasia, derechos, razones. Madrid: Trotta, 2002.
 - Boladeras M. La eutanasia y el buen morir. En: Bioética. Madrid: Síntesis, 1998.
 - Valls R. *Eutanàsia i dignitat humana*. Ponencia presentada en la Jornada “Dret a morir dignament”, organizada por la Regidoria de Drets Civils de l’Ajuntament de Barcelona y la Associació pel Dret a Morir Dignament (DMD). Barcelona, 6 y 7 de mayo de 1999.
 - García-Manrique R. *Mar adentro*: la eutanasia para todos los públicos. *Revista de Bioética y Derecho* (publicación electrónica) 2005; 2: 11-15. <http://www.bioeticayderecho.ub.es/revista>
 - García-Manrique R. *Million Dollar Baby*: la eutanasia como compromiso. *Revista de Bioética y Derecho* (publicación electrónica) 2005; 3: 11-13.
 4. Dworkin R, et al. Assisted Suicide: The philosophers’ Brief. *The New York Review of Books*, vol XLIV, núm. 5, 27 de marzo de 1997.
 - Buxó MJ. La incerteza de la muerte. En: Buxó MJ y Rodríguez S (eds). *La imaginación religiosa*. Barcelona: Anthropos, 1989.
 5. Para un análisis detallado de esos y otros argumentos, véase: Dieterle JM. Physician Assisted Suicide: a new look at the arguments. *Bioethics* 2007; 21: 127-139.
 6. Quill TE, Battin MP (eds). *Physician-Assisted Dying. The Case for Palliative Care and Patient Choice*. Baltimore & London: The Johns Hopkins University Press, 2004.
 7. A este propósito es interesante consultar el artículo de Chapple A, Ziebland S, McPherson A, Herxheimer A. What people close to death say about euthanasia and assisted suicide: a qualitative study. *J Med Ethics* 2006; 32: 706-710.
 8. Entre otros, el Documento elaborado por el Grupo de Opinión del *Observatori de Bioètica i Dret*, de la Universitat de Barcelona, 2003. Casado M y Royes A (coords). (http://www.pcb.ub.es/bioeticaidret/archivos/documentos/Declaracion_sobre_la_Eutanasia.pdf) y el anteriormente citado *Informe sobre la eutanasia y la ayuda al suicidio*. Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya, 2006.
 9. Tomás-Valiente C. Posibilidades de regulación de la eutanasia solicitada. Madrid: Fundación Alternativas, 2005.
 - Casado M. Sobre el tratamiento de la eutanasia en el ordenamiento jurídico español y sobre sus posibles modificaciones. *Revista Derecho y Salud* 1995; 3.
 11. Royes A. El consentimiento informado y los documentos de voluntades anticipadas. En: Casado M (comp). *Nuevos materiales de bioética y derecho*. México DF: Fontamara, 2007; 159-173.
 12. Cabré LI (coord). *Medicina Crítica Práctica. Decisiones Terapéuticas al Final de la Vida*. Barcelona: Edika Med, 2003.
 - Cabré LI, Mancebo J, Solsona JF, Saura P, Gich I, Blanch L, et al. Multicenter study of the multiple organ dysfunction syndrome in intensive care units: the usefulness of Sequential Organ Failure Assessment scores in decision making. *Intensive Care Med* 2005; 31(7): 927-33.
 - Corcoy M. Aspectos jurídicos de la limitación del esfuerzo terapéutico. En Cabré LI (coord). *Medicina Crítica Práctica. Decisiones Terapéuticas al Final de la Vida*. Barcelona: Edika Med, 2003; 141-154.
 - Royes A. Bioética y práctica clínica: propuesta de una guía para la toma de decisiones de limitación del esfuerzo terapéutico. *Revista de Calidad Asistencial*. 2005; 20(7): 391-5.
 13. Además de las leyes adoptadas por diversas Comunidades Autónomas con competencias en la materia, véase la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de La autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Sobre los documentos de voluntades anticipadas, véase:
 - Documento elaborado por el Grupo de Opinión del *Observatori de Bioètica i Dret*, de la Universitat de Barcelona, 2003. Royes A (coord). http://www.pcb.ub.es/bioeticaidret/archivos/documentos/Voluntades_Anticipadas.pdf
 - Navarro M. Advanced directives: the spanish perspective. *Medical Law Review* 2005; 13: 137-169.
 14. <http://egov.oregon.gov/DHS/ph/pas/>
 15. Sobre el papel de la enfermera en el SMA, véase: Altmann TK, Edgett S. Oregon’s Death With Dignity Act (ORS 127.800-897): A Health Policy Analysis. *Journal of Nursing Law* 2007; 11(1): 45-52.
 16. <http://oregon.gov/DHS/ph/pas/docs/year9.pdf>
 17. Pearlman RA, Starks H. Why do people seek Physician-Assisted Suicide? En: Quill TE, Battin MP (eds). *Physician-Assisted Dying. The Case for Palliative Care and Patient Choice*. Baltimore & London: The Johns Hopkins University Press, 2004.
 18. <http://www.minbuza.nl/binaries/en-pdf/pdf/euth-amendedbill-en.pdf> (versión en inglés).
 19. http://www.ejustice.just.fgov.be/doc/rech_f.htm
 20. *Commission Fédérale de Contrôle et d’Évaluation*



de l'Euthanasie, premier rapport aux chambres législatives. Bruselas, 2004. Puede consultarse en: <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/eu19b.pdf>.

El segundo Informe de esta Comisión, publicado el 15 de enero de 2007 y correspondiente a los años 2004 y 2005, puede consultarse en: http://portal.health.fgov.be/portal/page?_pageid=56,9794439&_dad=portal&_schema=PORTAL

21. El vigente Código Penal de la Confederación Helvética establece lo siguiente:

“Art. 115

Incitation et assistance au suicide

Celui qui, poussé par un mobile égoïste, aura incité une personne au suicide, ou lui aura prêté assistance en vue du suicide, sera, si le suicide a été consommé ou tenté, puni d'une peine privative de liberté de cinq ans au plus ou d'une peine pécuniaire». Véase: http://www.admin.ch/ch/f/rs/311_0/a115.html

22. <http://www.ofj.admin.ch/bj/fr/home/themen/gesellschaft/gesetzgebung/sterbehilfe.html>

23. En efecto, el Comité de ética de la ASSM afirma que “le médecin doit tenir compte de la volonté de son patient, ce qui peut signifier que (sa) décision morale et personnelle (...) d'apporter une aide au suicide à un patient mourant, dans certains cas particuliers, doit être respectée”. <http://www.samw.ch/>

24. <http://www.nek-cne.ch>. Disposición nº 9/2005: *L'assistance au suicide*.

25. Para una información detallada acerca de las asociaciones DMD a escala mundial, consúltese: <http://www.exit-geneve.ch/adresses.htm>

26. <http://www.compassionandchoices.org/> Es el resultado de la fusión de dos organizaciones: *Compassion in Dying* (Portland, Oregon) y *End-of-Life Choices*, la antigua *Hemlock Society* (Denver, Colorado), ambas en USA.

27. Miembro de la Federación de Asociaciones DMD.

28. <http://www.exit-geneve.ch>

29. <http://www.exit.ch>

30. Entrevista con el Dr. J. Sobel publicada en Genève Home Informations (GHI), 21 de septiembre de 2006. <http://www.exit-geneve.ch/presse.htm>

31. Ziegler S y Bosshard G. Role of non-governmental organisations in physician-assisted suicide. *BMJ* 2007; 334: 295-298.

32. <http://www.dignitas.ch/> Esta organización no pertenece a la Federación de Asociaciones por el Derecho a la Muerte Digna.

33. <http://www.exit-italia.it/dignitas.htm> El lector encontrará en esta página web en lengua italiana una exposición muy detallada del funcionamiento de esta organización.

34. *Critères de diligence concernant l'assistance au suicide*. (<http://www.nek-cne.ch>).

35. *Ibid*, página 3.

36. *Ibid*, página 4.