

Presidencia del Consejo de Ministros

**COMITÉ NACIONAL DE BIOÉTICA
(CNB)**

**REFLEXIONES BIOÉTICAS SOBRE EL SUICIDIO
MÉDICAMENTE ASISTIDO**

18 de julio de 2019

ÍNDICE

Introducción	3
1. Prólogo: las razones de esta opinión y la atención prestada a la ayuda al suicidio	7
2. La relación entre eutanasia y suicidio asistido.....	13
3. Marco ético y jurídico del final de la vida en nuestra legislación	17
3.1. Lectura codicista y jurisprudencial.....	17
3.2. La sedación paliativa profunda y continua	19
3.3. El suicidio.....	19
4. Materias de discusión sobre el suicidio asistido	21
4.1. El valor que atribuir a la manifestación de la voluntad de la persona.....	21
4.2. El respeto a los principios profesionales del médico y personal sanitario	23
4.3. El argumento de la pendiente resbaladiza.....	27
4.4. La importancia de los cuidados paliativos y de la terapia del dolor	29
5. Opiniones éticas y jurídicas en el seno del Comité Nacional de Bioética	33
6. Recomendaciones	41
VOTOS PARTICULARES	43
<i>Voto particular del profesor Francesco D’Agostino.....</i>	<i>43</i>
<i>Voto particular de la profesora Assunta Morresi.....</i>	<i>46</i>
<i>Voto particular del profesor Maurizio Mori.....</i>	<i>49</i>

Introducción

El Comité Nacional de Bioética italiano, a raíz de la sentencia 207/2018 del Tribunal Constitucional sobre la propuesta del Tribunal Penal de Milán (resolución de 14 de febrero de 2018), en relación al caso de Marco Cappato y las sospechas de ilegitimidad constitucional y conculcación del artículo 580 del Código Penal italiano, queriendo ser fiel a su objetivo de incentivar el debate público sobre temas éticos, y en orden a ofrecer criterios y referencias para futuras decisiones políticas, considera necesario publicar una reflexión sobre el suicidio asistido.

El Comité se ha propuesto abordar el tema de la ayuda al suicidio en orden a compensar las orientaciones opuestas existentes tanto dentro del propio Comité como en nuestra sociedad.

El artículo 13 del estatuto del Comité Nacional de Bioética de 26 de febrero de 2015 predispone que, respecto a la metodología para la elaboración de sus documentos, en éstos han de figurar obligatoriamente tanto un capítulo que describa el *status quaestionis*, como otro valorativo donde, al emerger criterios discordantes, estos aparezcan claros y describan la pluralidad de los argumentos expuestos.

La diversidad de opiniones ofrece la posibilidad de articular elementos de reflexión y de ponerlos al servicio de las opciones de una sociedad que aborda una cuestión, en este caso la del suicidio asistido, que presenta una serie de problemas e interrogantes a los que no siempre es posible dar una respuesta unívoca. Se trata de un tema actualmente destacado entre las muchas controversias del debate ético en nuestro país. Se asume también que el elemento personal y las situaciones particulares desempeñan un papel relevante a la hora de preguntarnos en qué consiste el derecho a la vida; si existe un derecho a la muerte; cuáles son los valores éticos sobre los que inspirarse, y en qué dimensión ha de situarse el “tercero”, particularmente el médico, llamado a dar respuesta a los requerimientos de su paciente.

El debate público concerniente al suicidio asistido ilustra la enorme dificultad de conciliar los dos principios básicos de la bioética: por un lado, la salvaguardia de la vida humana y por otro la autodeterminación del individuo.

Esta opinión reclama la atención de la sociedad y de la clase política

–que deberá debatir sobre el suicidio asistido a instancias del Tribunal Constitucional– sobre lo que consideramos las aclaraciones conceptuales y las cuestiones éticas más relevantes y delicadas que se plantean ante dicha demanda, como son la diferencia entre suicidio médicamente asistido y eutanasia, la expresión de la voluntad de la persona, los valores profesionales del médico y de los profesionales sanitarios, el argumento de la pendiente resbaladiza, los cuidados paliativos, etc.

Sobre este tema del suicidio asistido, en el seno del propio Comité hay diferencia de opiniones. Algunos de los integrantes son contrarios a la legitimación, sea ética o jurídica, del suicidio médicamente asistido, y convergen en tres puntos: el criterio de que la vida humana ha de ser afirmada como principio esencial de la bioética, sea cual sea el fundamento filosófico o religioso que inspire tal criterio; en que la tarea del médico se ciña al respeto absoluto de la vida de sus pacientes y en que el acto de facilitar la muerte supone una transformación inaceptable del paradigma “curar y cuidar”.

Otros miembros del Comité, en cambio, se posicionan a favor de la legalización del suicidio médicamente asistido desde un punto de vista moral y jurídico, siempre que el valor de la protección de la vida se compense con otros valores constitucionalmente relevantes, como por ejemplo la autodeterminación del paciente y la dignidad de la persona. Se trata de una compensación que deberá tener muy en cuenta las condiciones y procedimientos que signifiquen una garantía real tanto para el enfermo como para el médico.

Un tercer grupo hace hincapié en la imposibilidad de trasladar puntualmente esta cuestión del ámbito moral al jurídico, al tiempo que alerta sobre los riesgos de un efecto de pendiente resbaladiza que conduciría, en la actual situación sanitaria italiana, a decidirse por la despenalización o legalización del así llamado “suicidio médicamente asistido”, siguiendo el modelo implantado en algunos países de la Unión Europea.

A pesar de estas posturas divergentes, el Comité ha llegado en consenso a la formulación de algunas recomendaciones, auspiciando así que el debate sobre el suicidio con ayuda médica se desarrolle –incluso en ámbito parlamentario– en el respeto a todos los criterios, prestando especial atención a las problemáticas morales, deontológicas y jurídico–constitucionales, como conviene a una temática tan lacerante para la conciencia humana.

El Comité, además, recomienda el compromiso de dispensar una asistencia adecuada a los enfermos incurables en situación de sufrimiento; solicita que se informe documentadamente al paciente sobre las opciones de tratamiento y paliación; considera indispensable que se realicen todos los esfuerzos posibles para informar a los ciudadanos y a los profesionales de la salud sobre las disposiciones legales relativas al acceso a los cuidados paliativos; exhorta a los ciudadanos a participar activamente en la discusión ética y jurídica sobre esta cuestión y defiende el desarrollo de la investigación biomédica y psicosocial y la formación a nivel bioético de los profesionales sanitarios en esta materia.

Este texto ha sido redactado por los profesores Stefano Canestrari, Carlo Casonato, Antonio Da Re, Lorenzo d'Avack y Laura Palazzani, con las aportaciones escritas de los profesores Marianna Gensabella, Maurizio Mori, Tamar Pitch, Lucio Romano, Luca Savarino, Monica Toraldo di Francia y Grazia Zuffa.

El documento ha sido discutido con ocasión de numerosos plenos del Comité. En dichos debates han participado todos los colegas miembros, que han realizado importantes contribuciones al texto final.

Con motivo de la celebración de la asamblea plenaria del 24 de mayo de 2019 expuso sus alegaciones el presidente de la FNOMCeO (Federación Nacional de Colegios de Médicos Cirujanos y Odontólogos), doctor Filippo Anelli.

En la sesión de 18 de julio de 2019, el texto final obtuvo por gran mayoría el consenso de los presentes, profesores Salvatore Amato, Luisella Battaglia, Stefano Canestrari, Cinzia Caporale, Bruno Dallapiccola, Antonio Da Re, Mario De Curtis, Riccardo Di Segni, Gian Paolo Donzelli, Carlo Casonato, Lorenzo d'Avack, Silvio Garattini, Maria Pia Garavaglia, Marianna Gensabella, Maurizio Mori, Assunta Morresi, Laura Palazzani, Massimo Sargiacomo, Luca Savarino, Monica Toraldo di Francia y Grazia Zuffa.

El profesor Francesco D'Agostino ha emitido su voto en contra. Los profesores Carlo Caltagirone, Lucio Romano, Lucetta Scaraffia y Tamar Pitch, ausentes en la sesión, han manifestado su adhesión al texto. El profesor Carlo Petrini, delegado del Instituto Superior de Sanidad (ISS), la doctora Paola Di Giulio, delegada del Consejo Superior de Sanidad (CSS); el doctor Maurizio Benato, delegado de la Federación Nacional de

Colegios de Médicos Cirujanos y Odontólogos (FNOMCeO), y el doctor Amedeo Cesta, delegado del Consejo Nacional de Investigación (CNR), aún careciendo de derecho a voto, han querido sin embargo manifestar su adhesión al texto.

Se han redactado tres votos particulares y se han publicado como anexos finales. El primero, el del profesor Francesco D'Agostino confirmando su voto negativo, y los otros dos de la profesora Assunta Morresi y del profesor Maurizio Mori, quienes, aún habiendo aprobado el documento, han querido precisar las razones de su discrepancia sobre algunos de los puntos tratados.

Roma, 29 de julio de 2019

El presidente
Profesor Lorenzo d'Avack

1. Prólogo: las razones de esta opinión y la atención prestada a la ayuda al suicidio

1.1. El enorme desarrollo experimentado por la tecnología médica hace posible la curación de pacientes que hasta hace pocos años no tendrían capacidad alguna de supervivencia, pero en otros casos permite la prolongación de la vida de un modo precario y con grandes sufrimientos.

A la par que las transformaciones tecnológicas, ha cambiado igualmente la sensibilidad social respecto a la aceptación del sufrimiento. Por estas mismas razones, muy probablemente, en la actualidad el hecho de morir suscita una compleja serie de reflexiones de temática ética, jurídica, social e incluso económica. En este contexto se ponen en juego cuestiones fundamentales como el valor de la vida humana, la dignidad de la persona y sus derechos fundamentales (la libertad, la igualdad, la salud...), los valores de la medicina y el papel de los profesionales de la misma y el valor de las opciones legales que asumen las políticas públicas.

Entre las decisiones relativas a la fase final de la vida resulta indispensable tener en cuenta la naturaleza específica de las peticiones formuladas por los propios pacientes, que pueden ser muy diversas. De hecho, en muchas ocasiones, los pacientes piden ser acompañados “en el morir” (el denominado “acompañamiento en el morir”), acto cuyas consiguientes implicaciones éticas y jurídicas no recaen en el ámbito de la eutanasia ni en el del suicidio asistido. En otras, los pacientes reclaman ser ayudados a morir sin sufrimiento, es decir, solicitan cuidados paliativos. En otros casos se plantea la demanda de evitar toda forma de obstinación terapéutica (coloquialmente “ensañamiento” o “encarnizamiento” terapéutico), e incluso hay enfermos que se niegan o renuncian a que les sean administrados los tratamientos médicos previstos por la Ley 219/2017 que les pudiesen salvar la vida.

El Comité Nacional de Bioética, en cumplimiento de su mandato de fomentar el debate público sobre las cuestiones éticas y de ofrecer una reflexión ponderada con vistas a aportar opiniones y referencias para las futuras decisiones políticas, considera necesario con esta opinión efectuar un análisis sobre la ayuda en el morir a raíz de la sentencia 207/2018 del Tribunal Constitucional, que intervino en la cuestión, planteada por el Tribunal Penal de Milán (resolución de 14 de febrero de 2018), en relación al caso de Marco Cappato y de la presunta ilegitimidad constitucional del

artículo 580 del Código Penal. Ofreceremos una descripción del contenido de esta sentencia más adelante.

El Comité afronta el tema del suicidio asistido a sabiendas de que surgirán opiniones encontradas, tanto en el seno del propio Comité como en la propia sociedad. La diversidad de criterios abre la posibilidad de trazar elementos de reflexión sobre las opciones presentes al servicio de una sociedad consciente de afrontar una cuestión, como ésta del suicidio asistido, que presenta una serie de problemas e interrogantes a los que no resulta sencillo dar una respuesta unívoca. Tampoco es ajeno al papel que desempeña el elemento personal y la situación particular del paciente en el momento en que nos cuestionamos en qué consiste el derecho a la vida y si existe un derecho a la muerte. De igual manera nos planteamos los valores éticos que deben inspirarnos en tales coyunturas, a la par que formulamos la qué dimensión donde ha de ubicarse al tercero en juego: el médico, llamado a dar respuesta a las demandas de su paciente. El debate público en torno al suicidio asistido o a la eutanasia ilustra la enorme dificultad a la hora de poder conciliar dos principios de tanta relevancia para la bioética: por un lado, la salvaguardia de la vida humana y, por otro, la autonomía o autodeterminación del individuo.

Dependiendo del modo de interpretar el equilibrio entre estos dos principios o de afirmar la prioridad de uno sobre el otro se derivarán una serie de implicaciones bioéticas que, a su vez, plantearán nuevos interrogantes, en especial en lo que respecta al tramo final de la vida, que no resultan tan fáciles de solucionar dentro del ámbito del derecho.

Efectivamente, tales cuestiones no contienen únicamente una dimensión ética y jurídica, sino que también aborda cuestiones existenciales, psicológicas, filosóficas y antropológicas mucho más generales. El Comité, aún no pudiendo brindar una conclusión al tema desde el punto de vista antropológico-filosófico, propone una reflexión ética y jurídica para enmarcar el suicidio asistido dentro de las cuestiones que surgen y se desarrollan en esta sociedad tecnológicamente avanzada en la que vivimos.

Desde el punto de vista de la ética, una pregunta fundamental respecto a la cuestión del final de la vida es si existe una diferencia intrínseca y moralmente relevante entre, por una parte, la eutanasia y el suicidio asistido, y por otra, la suspensión o la no administración de un tratamiento previa solicitud del paciente. Hay quien cuestiona la existencia de tal diferencia en base a que el resultado esperado, la muerte del

paciente, es idéntico en ambos casos, y hablan de *eutanasia por omisión* en caso de que el paciente solicite la suspensión del tratamiento médico o bien que éste no le sea administrado. Otros, en cambio, opinan que tal diferencia estriba en la distinción entre matar y dejar morir, y sostienen que existe una responsabilidad moral radicalmente distinta entre *ser la causa* de un acto y *permitir* que algo acabe sucediendo. A partir de tal distinción conceptual, se considera que la eutanasia y el suicidio asistido son siempre ilícitos, mientras que la suspensión o la no administración de un tratamiento previa solicitud del paciente en las situaciones previstas es siempre lícita.

También existen posiciones intermedias, según las cuales la distinción entre matar y dejar morir sería por lo general válida, pero admitiría excepciones, de tal modo que no podría ser considerado un principio ético absoluto, sino *prima facie*, o lo que es lo mismo, sería un principio generalmente válido, pero no *siempre* válido: así como existen casos en los cuales es moralmente ilícito dejar morir, también existen casos excepcionales en los que resultaría moralmente lícito atender la solicitud de un paciente que quiere que le maten o que le ayuden a hacerlo.

En cualquier caso, sea cual sea la valoración *moral* de la licitud o ilicitud del suicidio asistido, hay que tener en cuenta que el discurso moral y el discurso jurídico no han de coincidir necesariamente ni tampoco estar radicalmente separados. Según otros criterios, a la ilicitud moral del suicidio debe seguir la prohibición jurídica de su práctica, pero otras opiniones sostienen que después de la licitud del suicidio ha de sobrevenir la legalización de su práctica. Hay otro tipo de posicionamientos que mantiene, sin embargo, que en circunstancias médicas especiales y de alguna manera excepcionales, tanto el suicidio asistido como su solicitud no son actos moralmente reprobables, aunque ello no comporte automáticamente que el suicidio asistido deba ser legalizado o despenalizado.

Supongamos que en casos extremos fuese moralmente lícito ayudar a un individuo a suicidarse para evitar un sufrimiento que considerase insoportable; aún así, no por ello dejarían de aflorar una serie de interrogantes cuya traducción en términos jurídicos no se da por hecha, tales como la compatibilidad de tal práctica con la deontología médica, la dificultad de garantizar que algunas condiciones esenciales se cumplan en la práctica clínica –desde la autonomía del paciente a la falta de sentido de todas las formas posibles de cuidados y de asistencia alternativas– y la

imposibilidad de encontrar fórmulas jurídicas de naturaleza unívoca capaces de evitar futuras contingencias en forma de pendiente resbaladiza.

En general hay que tener siempre presente, en lo que respecta a temas tan delicados como este que nos ocupa, y habida cuenta del pluralismo moral común a nuestra sociedad, que ética y derecho no siempre convergen, y que las opciones del legislador a este respecto deben buscar el necesario equilibrio entre los valores en juego, ya que solo así podrán responder a las diferentes demandas que emanan de la sociedad.

1.2. Objeto de esta opinión es la cuestión planteada por el Tribunal Penal de Milán (resolución de 14 de febrero de 2018), que duda de la legitimidad del artículo 580 en dos puntos:

a) “en la medida en que penaliza la asistencia al suicidio como variante de la conducta de instigación al mismo y, por lo tanto, independientemente de su contribución a la determinación o consolidación de la intención de cometer suicidio”,

b) en cuanto no establece diferencias entre la mera prestación de ayuda al suicidio y la instigación al mismo.

En respuesta a tales planteamientos, la sentencia 207/2018 del Tribunal Constitucional italiano ha tenido en cuenta, en primer lugar, que el artículo 580 del Código Penal resulta “decisivo para garantizar la protección de los intereses susceptibles de tutela por parte de la ley” y, por lo tanto, “la penalización de la inducción al suicidio y de la ayuda al mismo no puede ser considerada incompatible con la Constitución”. Además, el Tribunal sostiene que “la penalización de la instigación al suicidio y la ayuda al mismo resulta (...) decisiva para garantizar la tutela del derecho a la vida, máxime la de las personas más débiles y vulnerables”.

El principio ético de tutela de la vida encuentra, por tanto, su manifestación en el artículo 2 de la Constitución y en el artículo 2 de la Declaración Europea de los Derechos Humanos, de los cuales deriva el deber del Estado de adoptar todas las medidas necesarias para garantizar el derecho a la debida protección de la vida, “y no el diametralmente opuesto de reconocer a la persona la posibilidad de obtener del Estado o de terceros ayuda para morir”. El hecho, pues, de que el legislador concibiese en 1930 el delito de ayuda al suicidio como una forma de

proteger la vida humana en base al interés colectivo, no excluye que, más adelante e incluso en la actualidad, la base lógica del artículo 580 del Código Penal encuentre su justificación más apropiada en el valor personalista de la Constitución de la República.

Sin embargo, el Tribunal Constitucional recuerda igualmente cómo la actual normativa concerniente a la fase final de la vida priva de la debida tutela a algunas personas en circunstancias concretas que también son merecedoras de protección y respeto; son casos en los que el valor de la tutela de la vida humana debe ser equilibrado mediante otros activos constitucionales relevantes. Se trata de situaciones que no estaban previstas en 1930 (ni tampoco en los decenios sucesivos) y que han sido descubiertas gracias a las extraordinarias posibilidades que ofrece la medicina, la ciencia y la tecnología para salvar la vida de pacientes cuya salud se halla gravemente comprometida; sin embargo, estos pacientes se encuentran en un estado irreversiblemente debilitado, a veces de dependencia de los medios tecnológicos y presa del sufrimiento, lo que puede llevarlos a considerar que sus vidas ya no son dignas.

En particular, el Tribunal señala cuatro requisitos que pueden justificar la asistencia de terceros a la hora de poner fin a la vida de una persona enferma:

- a) padecer una patología irreversible;
- b) presentar un estado de sufrimiento físico o mental percibido por el paciente como insoportable;
- c) ser mantenido con vida mediante soporte vital;
- d) ser capaz de tomar decisiones libres y conscientes.

Cabe la duda de si estos requisitos señalados por el Tribunal poseen un valor general o han sido formulados en referencia a un caso específico sujeto a su consideración como es el de Fabiano Antoniani, conocido como DJ. Fabo.

El Tribunal traza una analogía entre el rechazo al tratamiento sanitario consentido por la Ley 219/2017 sobre *Consentimiento informado y declaración de voluntades anticipadas de tratamiento* y los correspondientes cuidados paliativos, que puede abarcar desde la sedación profunda hasta la solicitud de ayuda para el suicidio. Tal analogía

da lugar a uno de los criterios utilizados para justificar la legitimidad del suicidio asistido en las situaciones extremas anteriormente descritas. En palabras del Tribunal, “si en efecto la fundamental relevancia del valor de la vida no excluye la obligación de respetar la decisión del paciente de que se proceda a la suspensión o a la retirada de los tratamientos médicos, incluso cuando ello implique una conducta activa por parte de terceros siquiera a nivel material (como en el caso del apagado y la desconexión de máquinas, acompañada de la administración de una sedación profunda y continua y de una terapia del dolor), no hay razones por las cuales el susodicho valor, penalmente castigado, deba traducirse en obstáculo absoluto para aceptar la solicitud del enfermo de que le sea prestada una ayuda que lo libere de la lenta evolución de su enfermedad (percibida como contraria a su propia idea de muerte digna), subsecuente a la mencionada retirada de las medidas de soporte vital”.

Por este motivo, aparte del respeto a la dignidad y a la autodeterminación del enfermo, el Tribunal considera oportuna la intervención del legislador para definir los términos y las condiciones de la asistencia al suicidio y del derecho de las personas a recibir asistencia terminal. Por tanto, aún reconociendo desde este momento que el artículo 580 del Código Penal italiano precisa de una normativa capaz de corresponder a las solicitudes derivadas de las situaciones extremas descritas anteriormente (personas que padecen de una patología irreversible que causa un sufrimiento insoportable, sea físico o mental), el Tribunal aplaza hasta el 24 de septiembre de 2019 la celebración de la vista pública en la cual se tratará la cuestión de la legitimidad constitucional. Por ello, dada la situación de incertidumbre sobre el tema, el Comité Nacional de Bioética cree oportuna su intervención, procurando esbozar los términos del problema y los valores que están en juego.

2. La relación entre eutanasia y suicidio asistido

Tanto en el lenguaje especializado como en el lenguaje común, los términos “eutanasia” y “suicidio asistido” a menudo se usan de diferentes maneras.

Es preciso, por lo tanto, aclarar el uso semántico de estas expresiones antes de efectuar un análisis ético y legal del asunto. De igual modo, es necesario establecer una distinción entre los procedimientos característicos de la eutanasia y los de la ayuda al suicidio.

El término “*eutanasia*” es un vocablo polisémico, esto es, que posee diferentes significados, aunque etimológicamente relacionados. En este texto nos referiremos en general a la eutanasia como el acto que realiza un facultativo u otra persona mediante la administración de sustancias al solicitante según su petición libre, consciente e informada, con el objetivo de producir deliberadamente su muerte. Tal práctica tiene como propósito ocasionar la muerte de modo anticipado y previa solicitud con objeto de dar fin al sufrimiento, y en este sentido no puede enmarcarse en el supuesto más general del homicidio consentido (artículo 579 del Código Penal).

Las circunstancias específicas que conciernen a la legitimidad jurídica de estas prácticas son variables. En general, las leyes de algunos países (por ejemplo los Países Bajos, Bélgica y Luxemburgo) contemplan casos de patologías graves e incurables y de padecimientos físicos y mentales percibidos como insoportables y reiteradamente expuestos por el enfermo. Está siendo tema de debate la posibilidad de extender la eutanasia a casos de depresión, de soledad, de severa angustia existencial, de familias depauperadas o incluso a personas con entendimiento y voluntad se reducidos, como es el caso de menores o personas con demencia.

Otro procedimiento consiste en la *ayuda* o la *asistencia al suicidio*, que difiere de la eutanasia en que, en este caso, quien lleva a cabo el postrer acto de dar fin a su vida es el propio afectado con la colaboración indispensable de un tercero, que puede ser igualmente un facultativo que prescribe y dispensa el medicamento letal dentro de un determinado plazo y de un margen temporal y cumpliendo estrictamente los rigurosos criterios que marcan las leyes. También hay casos en los que el procedimiento se vale de dispositivos para suministrar a los pacientes con capacidades

físicas mermadas el preparado letal elaborado por el médico u otros. La mayoría de las veces la ayuda al suicidio se lleva a cabo con el respaldo de médicos, farmacéuticos o enfermeros y dentro de los centros asistenciales (suicidio médicamente asistido).

Con todo, se puede contemplar otra coyuntura: la que considera injustificado asignar únicamente a médicos y profesionales sanitarios actuantes a distintos niveles –como son enfermeros, farmacéuticos o psicólogos– la tarea de aplicar el suicidio asistido. Así, y a expensas del Sistema Nacional de Salud, se podrían constituir comités interdisciplinarios en los centros de salud o sociosanitarios, donde el papel de los médicos puede limitarse solamente a constatar la existencia o la ausencia de condiciones clínicas para la aplicación del suicidio asistido, excluyéndoles de colaborar en la elaboración y la administración del preparado letal.¹

En ocasiones, el solicitante del suicidio asistido manifiesta su inquietud por la excesiva intervención burocrática, médica y sobre todo tecnológica en su muerte, de modo que se plantea otras soluciones, como recurrir a familiares y amigos o bien a asociaciones que ayudan al suicidio en instituciones sociales y de salud o en el hogar del paciente. En estos casos, que tienen lugar fuera del ámbito hospitalario, la “asistencia al suicidio” se complementa con “asistencia farmacológica”; esto es, se puede solicitar la presencia del facultativo sólo en el momento de iniciar el procedimiento, en el que, de acuerdo con las estrictas condiciones exigidas, el médico receta el producto, que posteriormente distribuirá el farmacéutico. La persona que toma posesión del producto letal es, no obstante, libre de utilizarlo o no, o de hacerlo más adelante. De hecho, según las estadísticas, no escasean las personas que, a pesar de haber obtenido el preparado letal, no han llevado a cabo su propósito suicida.

Al abordar el tema en cuestión, el Tribunal Constitucional hace una clara referencia a la ayuda al suicidio médicamente asistido, al estimar que en esta situación concreta se respetan en mayor medida los requisitos y criterios de sensatez y prudencia de la práctica y se garantiza a cualquier

¹ Es ésta una hipótesis sostenida en la conferencia pronunciada el 24 de mayo de 2019 por el doctor Filippo Anelli, presidente de la Federación Nacional de Colegios de Médicos Cirujanos y Odontólogos (FNOMCeO). El doctor Anelli presentó esta posibilidad como residual, pues la conferencia estaba prevista, principalmente, para destacar la prioridad de la curación en la profesión médica y el cambio de paradigma que comportaría respecto a ella el suicidio asistido. Tal posición viene confirmada en el documento final del Consejo Deontológico Nacional de la Federación Nacional de Colegios de Médicos Cirujanos y Odontólogos (FNOMCeO), llamado a exponer su criterio sobre el suicidio asistido, conforme a la sentencia 207/2018 del Tribunal Constitucional, de 14 de marzo de 2019.

persona “un control previo que certifique, entre otras cosas, la capacidad del solicitante de decidir por sí misma, la seguridad de que la decisión ha sido tomada libremente y con conocimiento de causa, y el carácter irreversible de la patología que padece el enfermo”.

En todos los casos de solicitud de suicidio asistido descritos anteriormente, desde el comienzo del procedimiento hasta la consumación del acto mortal, siempre concurrió la voluntad de la persona que quería poner fin a su vida mediante el suicidio y la presencia de un tercero o terceros, que apoyaron su solicitud por solidaridad o compasión. Las leyes que permiten la ayuda al suicidio contemplan como condición primordial que exista conocimiento de causa y voluntad libre y manifiesta y que ésta haya sido afirmada y verificada sin ningún género de dudas. Dichas regulaciones prohíben que, con el fin de obtener un beneficio personal, un tercero influya o ejerza cualquier tipo de presión sobre la autonomía de la persona, en cuyo caso este acto constituiría un delito de inducción al suicidio.

Procede, ahora, debatir si el concepto de ayuda al suicidio, en sus diferentes aspectos, podría enmarcarse en la definición de eutanasia, ya que a menudo ambos casos se encuentran relacionados ética o legalmente.

Según algunos pareceres, la distinción entre la ayuda al suicidio y la eutanasia puede resultar contradictoria y falaz, pues el acto de ayudar a dar muerte a una persona que se quiere suicidar y acaba haciéndolo equivale substancialmente a la autoría de esa. El suicidio, definido un acto individual en el que la persona lleva a cabo por sí misma todos los actos enfocados a poner fin a su existencia, deja de ser tal cuando media un apoyo, es decir, cuando otras personas proporcionan la ayuda precisa para producir la muerte y solamente corresponde al interesado ejecutar la última acción. En este contexto, existen componentes estructurales de la eutanasia que se encuentran también en el suicidio asistido: la disposición del individuo, plenamente libre y consciente, a recibir el tratamiento que le permita morir como resultado de las circunstancias que él mismo haya fijado en su momento o planificado con antelación; el compromiso de un tercero de atender esta solicitud; el interés público de garantizar el respeto a los debidos requisitos, y la obligación de los servicios sanitarios de atender al paciente y de ofrecerle la posibilidad práctica de acceder a los cuidados paliativos y a la sedación.

En cambio, otros opinan que existe, desde el punto de vista filosófico

y simbólico, una notable diferencia en cuanto a los principios que pueden justificar estos dos actos. En el caso del suicidio asistido se observa que el acto del suicidio es obra del propio individuo, mientras que la eutanasia implica la intervención de un tercero para dar muerte a una persona. Esta distinción indica que autorizar a una persona a poner fin a su vida no es lo mismo que provocar la muerte de alguien que lo haya requerido. Se hace hincapié en que el hecho de cometer un homicidio a instancias de la persona que consiente se contradice con el sentir general de que la muerte de un ser humano no debe ser causada deliberadamente por otro u otros. La eutanasia se refiere a personas que expresan el deseo de ser despojados de su vida, pero que prefieren o necesitan la colaboración de un tercero.

3. Marco ético y jurídico del final de la vida en nuestra legislación

3.1. Lectura codicista y jurisprudencial

Al margen de los debates morales que subyacen a las diferentes posturas sobre el tema, el sistema legal italiano no regula de una manera concreta las dos prácticas que hemos analizado (eutanasia y suicidio asistido), las cuales se tipifican generalmente como delitos contra la vida. Como consecuencia de esta situación, tales prácticas acarrearán sanciones penales muy graves, de tal severidad que no falta quien las considere censurables desde la óptica de la proporcionalidad razonable de la sentencia. De este modo, resulta obvio que algunos casos de eutanasia similares a los descritos son atribuibles al caso de delito de homicidio con el consentimiento del individuo que quiere morir (artículo 579 del Código Penal italiano, castigado con pena de seis a quince años de prisión) o al caso de homicidio doloso (artículo 575 del Código Penal, con penas de prisión de hasta veintiún años). Como es obvio, vincular estos desafortunados actos con el homicidio *pietatis causa* resulta incongruente.

De igual modo, la cooperación al suicidio se considera delito, tipificado junto con la inducción al suicidio en el artículo 580 del Código Penal italiano, tratándose de una figura delictiva que se produce siempre que la víctima haya mantenido el dominio de su propio acto –aun cuando concorra una conducta ajena que determine o contribuya a la realización de su propósito– y lo haya ejecutado, incluso materialmente, por su propia mano.

La línea divisoria entre las dos figuras delictivas diferentes en virtud del artículo 579 del Código Penal y de conformidad con el artículo 580 del Código Penal radica, por lo tanto, en el hecho de que sea un tercero o bien el paciente quien ejecuta el último acto causante de la muerte, lo que en términos de responsabilidad penal adquiere una relevancia determinante que se traduce en una disminución de la condena.

Conviene destacar que la legislación, que protege el bienestar y otros derechos fundamentales (libertad, dignidad, igualdad, etc.), ha llegado con el tiempo a alcanzar en nuestro sistema jurídico un equilibrio entre sus principios. El propio Tribunal Constitucional (por ejemplo en sentencia 27/1975) ha admitido una consideración respecto a la interrupción voluntaria del embarazo, si bien en referencia a la “persona

aún por ser”, y se puede citar al Tribunal de Casación, que en el caso Englaro dictaminó que “debe excluirse que el derecho de la paciente a la autodeterminación terapéutica constituya un límite, siempre que ello se traduzca en el sacrificio del bienestar” (Tribunal de Casación, Sección I civil, nº 21748/2007).

Ésta es la orientación que sigue la legislación vigente sobre el consentimiento informado y la declaración de voluntades anticipadas (DVA), también llamado testamento vital o instrucciones previas (Ley 219/2017), en la que el legislador, sobre la base de la jurisprudencia constitucional tal como se contempla en los artículos 2, 13 y 32 de la Constitución, estima legítimas la negativa y la renuncia consciente y con conocimiento de causa del paciente, manifestada asimismo mediante el testamento vital y la planificación compartida de la atención, a recibir *cualquier* tratamiento médico, aunque pueda salvarle la vida.

Cabe señalar que el Tribunal Constitucional, en la resolución en cuestión, establece una comparación entre la denegación de tratamiento médico en virtud de la Ley 219/2017 y la ayuda al suicidio *medicalizado*, a fin de justificar en algunos casos la legitimidad de este último. Además, a la hora de recomendar en su ordenamiento una serie de límites, precauciones y condiciones para la práctica del suicidio médicamente asistido (carácter irreversible de la enfermedad, sufrimiento intenso, diversos criterios bajo los que una persona puede solicitar ayuda, que la administración de los tratamientos destinados a tal fin sea efectuada exclusivamente dentro del Sistema Nacional de Salud, posibilidad de que el médico se acoja a la objeción de conciencia, etc.), el Tribunal plantea la hipótesis de que el legislador pueda regular la legitimidad de la asistencia al suicidio, no mediante un marco autónomo o “una mera modificación de la normativa penal contemplada en el artículo 580 del Código Penal”, sino “introduciendo dicho marco en el contexto de la Ley 219/2017 y de su espíritu”.

Esta hipótesis legislativa no es compartida por el Comité, dado que sigue existiendo una clara diferencia de hecho, con implicaciones éticas y jurídicas, entre el paciente que es libre de rechazar o aceptar un tratamiento terapéutico y el paciente que pide que se le ayude a morir (suicidio asistido). Una cosa es suspender o rechazar el tratamiento para dejar que la enfermedad siga su curso; otra cosa es pedir a un tercero, por ejemplo, a un médico, que intervenga para ayudar a una persona a suicidarse. Se trata de abordar dos cuestiones jurídicamente diferentes: una de ellas permitida con arreglo al artículo 32, párrafo 2 de la Carta

Constitucional y de la Ley 219/2017; la otra, prohibida en función del principio de “no matar”, piedra angular de nuestra sociedad, cuyas eventuales excepciones no pueden ser invocadas por analogía, sino en cuanto a su posible legalidad, si es que alguna de ellas es objeto de una decisión específica del Tribunal Constitucional o del legislador.

3.2. La sedación paliativa profunda y continua

En cuanto a la denominada “sedación paliativa profunda y continua”, por utilizar una expresión propuesta por el Comité Nacional de Bioética en la Opinión de 2016, se afirma la tesis –argumentada en el mismo documento y en consonancia con lo que postulan las sociedades científicas de cuidados paliativos– de que la sedación paliativa profunda y continua no es comparable a la eutanasia, puesto que la primera es una práctica orientada a evitar el sufrimiento y la segunda constituye un acto que tiene como propósito producir la muerte. Tal diferencia se encuentra asimismo en otros elementos, como por ejemplo respecto a los diferentes fármacos que se administran en ambos procedimientos, sedación y eutanasia, y también en cuanto los diferentes desenlaces del acto, ya que con la sedación el paciente se encamina, sin conciencia, hacia la muerte natural, mientras que con la eutanasia la muerte se produce al instante. En esta línea se ha puntualizado que el Código de Deontología Médica 2014, “de acuerdo con la autodeterminación del paciente, por un lado, y en cumplimiento de la cláusula de conciencia del facultativo, por otro, hace hincapié en que la ejecución del deseo del paciente de rechazar el tratamiento contempla la sedación profunda médicamente inducida como una actividad permitida al médico de acuerdo con los preceptos deontológicos, todo ello con respeto a la dignidad del moribundo”.²

3.3. El suicidio

Desde un punto de vista legal, actualmente el suicidio no está sujeto a prohibición alguna. Sin embargo, este acto no supone el ejercicio de un derecho garantizado constitucionalmente, sino que se entiende en la

² Carta del presidente de la Federación Nacional de Colegios de Médicos Cirujanos y Odontólogos (FNOMCeO), doctor Filippo Anelli, al presidente del Comité de Bioética, profesor Lorenzo d’Avack, de 14 de marzo de 2019.

práctica como una simple facultad o un mero ejercicio de una libertad de facto.

Por regla general, la prevención del suicidio suele ser un objetivo importante y compartido, en consonancia con la concepción personalista de nuestra Constitución, que en consecuencia pone de manifiesto un planteamiento solidario. La mayoría de los estudios que tratan el suicidio desde diferentes ángulos (sociológico, psicológico, psiquiátrico, etc.) se han llevado a cabo también con el objetivo de recopilar información que resulte útil para la prevención del suicidio.

Además, es evidente que, en las hipótesis de suicidio asistido perfiladas por el Tribunal Constitucional, nos enfrentamos a una petición de ayuda para morir formulada en condiciones existenciales muy diferentes a las que distinguen los muchos tipos de suicidio, inducidos por el “sufrimiento del alma”. En esta opinión, el Comité Nacional de Bioética utiliza el término *suicidio* con plena conciencia de la dificultad de elevar las situaciones señaladas por el Tribunal Constitucional a la categoría tradicional de suicidio. En todo caso, frente a la petición de ser ayudado a morir, el enfoque que inspira la ética del acompañamiento en la muerte es el de la escucha e interpretación del requerimiento: debe dedicarse una atención específica a cada persona que manifieste su deseo de morir, con especial atención a aquellas particularmente vulnerables física y mentalmente, para que el médico pueda comprender lo que significa su petición.

4. Materias de discusión sobre el suicidio asistido

4.1. El valor que atribuir a la manifestación de la voluntad de la persona

El requisito imprescindible para que la solicitud de ayuda al suicidio sea considerada legal es que dicha petición sea consciente, informada y libre.

Para aquellos ordenamientos jurídicos que autorizan la ayuda al suicidio es requisito absolutamente indispensable que la persona determine de forma explícita, libre e informada su voluntad de poner fin a su vida mediante la colaboración de otros, que proporcionan los medios materiales con los cuales la persona pondrá fin a su vida, y que no se trate de una decisión no probada, ni de una aquiescencia pasiva, ni de una mera aceptación de las sugerencias de otros. Es decir, ha de ser una petición consciente, libre e informada, sobre la que se aconseja que el solicitante pida asesoramiento a un médico de confianza. La interacción entre médico y paciente debe ser lo más fluida posible, y corresponde al médico, en primer lugar, verificar que la solicitud cumple con las condiciones legales establecidas por ley. La documentación, que suele figurar en la historia clínica, debe reflejar que el paciente ha sido informado de forma clara tanto de la naturaleza de su enfermedad como de los avances multidisciplinarios en atención y cuidados, y que de igual modo se le han comunicado las opciones de terapias en fase experimental dirigidos al tratamiento de las patologías que sufre y sobre la posibilidad real de recibir unos cuidados paliativos eficaces y continuos. Por estas razones, la decisión de prestar asistencia médica al suicidio, aun cumpliendo con las condiciones y criterios preestablecidos, no puede convertirse en un automatismo, sino que debe siempre ser tomada pensando en la persona que lo solicita y en su situación concreta.

Algunas corrientes de pensamiento consideran la autodeterminación de la persona condición necesaria y suficiente para dar legitimidad a todo acto médico: en este sentido, el consentimiento informado se convierte en una expresión de la autonomía de la persona capacitada para reclamar el derecho a disponer de su propia vida y de su propia muerte.

Sin embargo, y a veces, otras opiniones critican los conceptos de “consentimiento informado”, “capacidad legal” y “capacidad de comprender

y querer” por su naturaleza estática y formalista, en clara alusión a los actos de disposición patrimonial. Estos criterios dan prioridad, por lo tanto, al concepto de “capacidad de expresar la propia voluntad o la propia identidad”, que sería más dinámico y acorde al carácter personal de la decisión que debe tomarse en el contexto en cuestión. Y en este sentido, cabe señalar que el mismo Tribunal Constitucional, en su sentencia 207/2018, no se ocupa de la “capacidad de comprender y querer”, sino que fija una de las condiciones para la asistencia al suicidio en conceptos de carácter más sustancial como la “capacidad de autodeterminación” o la capacidad “de tomar decisiones libres y conscientes”.

En cambio, para otras corrientes de pensamiento, la demanda de ayuda al suicidio en determinadas circunstancias es la expresión de un ámbito de libertad personal, que igualmente debe ser respetado porque se basa en principios éticos y constitucionales.

Reconocer la capacidad de decisión de las personas que se encuentran en un estado de gran sufrimiento no significa negar la influencia de las emociones en sus decisiones. Está en la naturaleza humana la tendencia a actuar dejándose llevar por el estrés emocional, que interactúa con la lógica. Pero esto no afecta a la autodeterminación, ni puede, en sí mismo, justificar la restricción de la libertad de las personas que sufren, so pena de añadir más padecimiento al enfermo.

Existen corrientes que consideran que ni siquiera el consentimiento informado basta en absoluto para legitimar un acto que implique la disposición de la propia vida. Una eventual acción que suponga disponer de la propia vida sólo puede justificarse a través de la incorporación de valores más elevados que rigen a las personas, como por ejemplo el sacrificio propio para salvar la vida de los demás. Existe, por tanto, una forma diferente de entender la relación entre libertad y vida como base de la cuestión.

Por último, quienes sostienen que el suicidio asistido es ilegal creen que las condiciones existenciales del enfermo (padecimiento grave y sufrimiento insoportable) les hacen particularmente vulnerables. En estos casos resulta difícil suponer que el paciente es dueño de un claro discernimiento y de libre albedrío, es decir, que posee una auténtica voluntariedad. Lo cierto es que además una contingencia de este tipo se sitúa en un trasfondo de luces y sombras, dominada por la ansiedad y la incertidumbre y por todo lo que no resulte sin ningún género de dudas perceptible. Las personas que se encuentran gravemente enfermas y

próximas al final de su vida pueden actuar de forma inconsistente y poco coherente. Se trata por lo general de personas frágiles, angustiadas por el miedo al sufrimiento y la falta de autonomía, con incertidumbres sobre su porvenir, en ocasiones desconcertadas y deprimidas y a veces aquejadas de problemas económicos y familiares, que necesitan que se les libere de la presión que supone tomar decisiones complejas. En estas condiciones viven por lo común las personas agonizantes, por lo que tales situaciones deben ser profundamente asumidas desde una perspectiva bioética para no correr el peligro de que, en nombre de una presunta y supuesta voluntad autónoma e informada del paciente, pueda haber lugar para el abandono de los enfermos considerados “marginales” –por improductivos, dependientes y onerosos– que necesitan apoyo solidario.

4.2. El respeto a los principios profesionales del médico y personal sanitario

Una de las principales problemáticas a las que se enfrentan la práctica del suicidio médicamente asistido y la eutanasia son los principios profesionales de los facultativos y de los profesionales sanitarios que participan en la aplicación de estos procedimientos. Existen diversas posturas al respecto, pero a fin de cuentas se reducen a dos perspectivas diferentes y contrarias entre sí.

El primero de los criterios, el tradicionalmente más generalizado, estipula que la labor profesional del médico y del personal sanitario está encaminada a la curación y a la atención, y excluye aquellas prácticas que procuren directamente la muerte. Cualquier tipo de participación en actos encaminados a ocasionar la muerte (suicidio asistido o eutanasia) supondría una transformación radical (o incluso una desnaturalización) de la figura del médico y de su función en los centros sanitarios y también, de hecho, de los propios centros de salud. De hecho, en lugar de encargarse de la *ayuda en el morir*, es decir, de acompañar a los enfermos en el tránsito hacia la muerte mediante los cuidados paliativos y la terapia del dolor, estarían orientados a *ayudar a morir* a los pacientes mediante la colaboración en actos destinados a dar muerte al paciente o llevando a cabo actuaciones que la provoquen directamente. El hecho de que un facultativo no dispense asistencia al suicidio salvaguarda el sentido ético–deontológico de su profesión y contribuye a que el paciente mantenga una firme y total confianza en su médico. Cabe señalar, además, que la medicina no es una práctica meramente tecnológica e imparcial, sino una disciplina basada en la ética y la deontología que se centra en la

protección de la vida, la atención y el cuidado del paciente.

Éstos son los principios expresados por la World Medical Association (Asociación Médica Mundial) que, en su último informe sobre el suicidio asistido (2017), reiteró lo que ya había declarado en años anteriores (1992, 2002, 2005, 2013 y 2015): “La Asociación Médica Mundial reafirma su firme convicción de que la eutanasia contradice los principios éticos fundamentales de la práctica médica, y hace un firme llamamiento a todos los médicos y asociaciones médicas nacionales para que se abstengan de participar en la eutanasia, aun cuando la legislación del país la permita o la despenalice en determinadas circunstancias”³. El mismo argumento se aplica a la asistencia al suicidio.

El Código de Deontología Médica (2014) ratifica esta postura al recoger en su artículo 3 que “el deber del médico es proteger la vida humana y la salud física y mental, tratar y aliviar el dolor y mitigar el sufrimiento, con el debido respeto a la libertad y la dignidad de la persona, sin discriminación de ninguna clase, independientemente del entorno institucional o social en el que ejerza”. Y en el artículo 17 especifica que “el médico, aun a requerimiento del paciente, no debe desempeñar ni propiciar prácticas que tengan por objeto causar su muerte”. Esta posición se reitera asimismo en el documento final de los estudios del Consejo Nacional de Deontología de la Federación Nacional de los Colegios de Médicos Cirujanos y de Odontólogos (FNOMCeO), de marzo de 2019, en cuyo informe adjunto también reconoce que los valores profesionales son “vividos en una era de irrefrenable evolución de la ciencia y de la tecnología médica e influyen en el proceso de morir, modificándolo; al mismo tiempo la sociedad transforma la percepción social e individual de la muerte”.⁴

³ Cfr. texto original: “The World Medical Association reaffirms its strong belief that euthanasia is in conflict with basic ethical principles of medical practice, and The World Medical Association strongly encourages all National Medical Associations and physicians to refrain from participating in euthanasia, even if national law allows it or decriminalizes it under certain conditions” (traducción del Comité Nacional de Bioética). *WMA Statement on Physician Assisted Suicide* (Adopted by the 44th World Medical Assembly, Marbella, Spain, September 1992 and editorially revised by the 170th Council Session, Divonne-les-Bains, France, May 2005, reaffirmed by the 200th WMA Council Session, Oslo, Norway, April 2015 and reiterated on October 2017)”. El texto íntegro de dicho documento es: “Physician-assisted suicide, like euthanasia is unethical and must be condemned by the medical profession. Where the assistance of the physician is intentionally and deliberately directed at enabling an individual to end his or her own life, the physician acts unethically. However, the right to decline medical treatment is a basic right of the patient and the physician does not act unethically even if respecting such a wish results in the death of the patient”.

⁴ FNOMCeO (Federación Nacional de Colegios de Médicos Cirujanos y Odontólogos), Documento final del Consejo Deontológico Nacional, marzo 2019, pág. 3.

También la Federación Nacional de Colegios de Farmacéuticos Italianos, en su Código de Conducta (2018), artículo 8 (“*Dispensación y despacho de medicamentos*”) establece que: “La dispensación de medicamentos constituye un acto de carácter médico con objeto de proteger la salud y la integridad física y mental del paciente”. Además, en su juramento (texto aprobado por el Consejo Nacional el 15 de diciembre de 2005), el farmacéutico se compromete a “defender el valor de la vida protegiendo la salud física y mental de las personas a fin de mitigar el sufrimiento humano como finalidad exclusiva de mi profesión, dedicando a los demás todos y cada uno de mis actos profesionales, con responsabilidad y un constante compromiso científico, cultural y social y defendiendo el principio ético de la solidaridad humana”.

El artículo 24 del Código ético de enfermería italiana (abril de 2019) destaca que el enfermero/a “proporciona cuidados de enfermería hasta el final de la vida de la persona a la cual atiende. Reconoce la importancia del acto asistencial, de la planificación compartida de la atención, de la paliación, de la comodidad ambiental, física, psicológica, relacional y espiritual”.

Veamos ahora la otra postura que contempla el respeto a los principios profesionales de los médicos y el personal sanitario. Se trata de un criterio más reciente y menos extendido que plantea que la ayuda a morir puede formar parte de las obligaciones profesionales del médico y del personal sanitario. Esto se debe no sólo a que hoy en día los criterios relacionados con la muerte han cambiado profundamente respecto al pasado, sino también a que las personas quieren reafirmar la autodeterminación sobre su propia vida y su propia muerte. En algunos casos, el proceso de morir se prolonga con tratamientos médicos que suponen sufrimiento y angustia, de modo que no sólo se requiere de programas de cuidados paliativos y de planificación asistencial, sino que además se produce una demanda explícita de ayuda a morir para eludir una situación inevitable de dolor. En tales casos, la disposición del facultativo a satisfacer la petición de morir realizada por el paciente tiene su origen en el principio *primum non nocere*, es decir, el deber que exige al médico no ocasionar perjuicio y paliar el dolor.

Además, en otros casos, el paciente, más que por evitar el sufrimiento, solicita ayuda para morir en virtud de la libre

autodeterminación de una persona que quiere impedir la pérdida de dignidad que la evolución desfavorable de su enfermedad puede conllevar.

En este contexto, asimismo, cabe señalar que la medicina no es una simple cuestión de carácter meramente técnico y neutro, sino una práctica basada en una ética que prioriza simultáneamente tanto el respeto a la autonomía del paciente como la batalla contra su sufrimiento y la protección de una vida humana que para la persona afectada ha perdido dignidad. Los códigos deontológicos de los Países Bajos, Bélgica y Canadá han incorporado esta vertiente, que se propone como alternativa.

Así, hay que tener presente que, dentro de un ordenamiento jurídico que permita el suicidio médicamente asistido, en algunos casos concurrirán la voluntad del paciente que pide poner fin a su vida y la del médico o profesional sanitario que apoya dicha solicitud. Pero en otros existirá desacuerdo, ya que es posible que el médico o el profesional sanitario se niegue a prestar asistencia al suicidio aduciendo múltiples razones de conciencia: defensa de la vida, concepto de la profesión médica, deber de socorro, riesgos sociales, etc.

El Comité ha abordado esta cuestión y estima que, en el marco de los arriba mencionados ordenamientos, debe indicarse al médico la posibilidad de acogerse a la objeción de conciencia en lo que respecta al suicidio médicamente asistido, siempre que considere tal práctica profundamente contraria a sus principios. Esto significa que la puesta en práctica del suicidio médicamente asistido sólo puede efectuarse en casos de concurrencia entre la voluntad del paciente que solicita ayuda para poner fin a su vida y la voluntad del médico dispuesto a satisfacer dicha petición.

Por lo demás, las leyes de los distintos países que han legalizado el suicidio médicamente asistido o la eutanasia también contemplan por lo general la posibilidad de objeción de conciencia del personal sanitario afectado. Como argumentó el Comité Nacional de Bioética en su opinión 2012⁵, “la objeción de conciencia en bioética tiene un fundamento constitucional (con referencia a los derechos inviolables del ser humano) y debe ejercerse de manera sostenible”. Por consiguiente, “la tutela de la objeción de conciencia, por su propia sostenibilidad en el sistema jurídico, no debe restringir ni hacer más gravoso el ejercicio de los derechos

⁵ Comité Nacional de Bioética, *Objeción de conciencia y bioética*, 12 de julio de 2012.

reconocidos por ley ni socavar los vínculos de solidaridad derivados de la común pertenencia al cuerpo social”. En la misma opinión, el Comité Nacional de Bioética reitera que “cuando se admite la objeción de conciencia ha de preverse la organización de un sistema que todavía permita el ejercicio de los derechos aun a pesar de la no participación del objetor” (pág. 17).

4.3. El argumento de la pendiente resbaladiza

Aplicada al caso del suicidio médicamente asistido, la metáfora de la “pendiente resbaladiza” pone de manifiesto el peligro o el riesgo de que dentro de una posible legislación, tolerante con la ayuda médica al suicidio en circunstancias particulares y bien definidas, el abanico legal se vaya ampliando más y más, inevitablemente y más allá de las intenciones iniciales, para admitir en la práctica casos que en la situación inicial no estaban en absoluto previstos.

Según algunos pareceres, al admitir el suicidio médicamente asistido en unos pocos e infortunados casos aislados, la ley se vería abocada a aceptar también métodos para producir anticipadamente la muerte de pacientes aquejados de demencia o incluso de menores de edad, casos donde la capacidad de consentimiento explícito resulta más dudosa. Resultaría, en tal caso, difícil distinguir entre sufrimiento físico y psicológico, lo que conduciría a ampliar estas condiciones –inicialmente restringidas a patologías incurables y a sufrimientos insoportables– para incluir a personas con trastornos psíquicos como la depresión o el “sufrimiento existencial”.

En una sociedad caracterizada por el envejecimiento constante y progresivo de la población y por la necesidad de reducir los costes de la asistencia sanitaria, la legalización del suicidio médicamente asistido, que en un principio podía concebirse para unos pocos e infortunados casos actualmente excepcionales, podría llevar a la sociedad a vislumbrar posibles beneficios económicos en relación con la supresión de la asistencia que sería necesaria e imprescindible para garantizar una existencia digna a las personas directamente afectadas. La preocupación inherente es que la legitimación del suicidio asistido en determinadas condiciones existenciales pueda desembocar en la “pendiente resbaladiza” que supone considerar en general tales condiciones como indignas, lo que acabaría estableciendo casi una especie de “deber de morir” cuanto antes mejor, como una petición implícita, circunstancia que

afectaría en mayor medida a los más desfavorecidos o a quienes carecen de apego familiar.

Incluso algunas opiniones que admiten moralmente el suicidio asistido en casos muy concretos y puntuales se suman también al argumento de la pendiente resbaladiza, por considerar que el deslizamiento por la pendiente puede afectar principalmente a la esfera legal hasta el punto en que no sea posible regular la excepciones ni establecer una línea divisoria clara entre el sufrimiento físico y el sufrimiento mental o entre el hastío vital y el rechazo a la vida. De acuerdo con este planteamiento, el hecho de justificar un solo acto es algo muy diferente de justificar una práctica o una política. Dicho de otro modo, cabe entender que un solo acto, por ejemplo la asistencia al suicidio, destinado a un paciente concreto en una determinada situación, esté *moralmente* justificado y que incluso no tenga consecuencias jurídicas; sin embargo, la *legalización* de una práctica que comprenda actos de ese tipo adquiriría un significado muy diferente. Según este análisis, la práctica profesional y la legalización que permite a los médicos ayudar a “provocar la muerte” o ejercitar esta práctica, aún en condiciones muy particulares, puede tornarse en abusos graves, con el consiguiente riesgo de, con el tiempo, la incidencia de dichos abusos sea cada vez mayor.

Otros criterios, sin embargo, señalan que el argumento de la pendiente resbaladiza puede tener cierta validez si se entiende como una llamada a la cautela a la hora de definir las condiciones restrictivas bajo las cuales sería admisible la asistencia al suicidio. Pero hay que revertir dicho argumento en su fuerza retórica, según la cual no hay ninguna cisura en la pendiente, sino una continuidad necesaria desde el suicidio médicamente asistido de acuerdo a la solicitud consciente del paciente (condición necesaria, aunque insuficiente) hasta otras formas moralmente inadmisibles de producir de modo anticipado la muerte; una continuidad que tiende a eliminar las diferencias que distinguen las situaciones moralmente aceptables de las que se consideran inaceptables.

La experiencia demuestra que existen métodos de control para impedir el deslizamiento por la pendiente. Por ejemplo, la creación de comités especiales que realizan evaluaciones periódicas y que supervisan las nuevas prácticas a fin de vigilar el cumplimiento de las cláusulas previstas e informar de cualquier problema o abuso. Esta trayectoria pone de manifiesto que estas medidas son aptas para evitar dejarse llevar por la pendiente.

Por otra parte, cualquier futura modificación (ampliación o restricción) del abanico inicialmente previsto por la ley debe entenderse como una respuesta posible y razonable a las nuevas necesidades sociales y culturales y a los cambios del sentir común. De tratarse de una supuesta ampliación, esto no debería interpretarse a priori e indebidamente como una innecesaria rendición a la lógica de la pendiente resbaladiza, pues esto puede ocurrir cuando la experiencia adquirida en el ínterin del proceso justifica tal solución, mostrando aspectos y cuestiones que en un principio no se habían percibido.

A este respecto, estos criterios argumentan que incluso en el caso del suicidio médicamente asistido es posible contar con una medida legislativa capaz de nivelar las diferentes demandas existentes en la materia. Se trataría de una medida que afianzase el valor simbólico y la fuerza disuasoria de la prohibición de matar y que, a la vez, potenciase la responsabilidad social junto con el deber constitucional de proporcionar una atención adecuada a todos los pacientes. Por otra parte, tal medida debería establecer los elementos moralmente cualificados para considerar legal un acto (el de la ayuda médica al suicidio) que, al menos en ciertos casos y bajo ciertas condiciones, una parte de la sociedad está dispuesta a considerar legítimo y, por lo tanto, merecedor de que se le encomiende al buen juicio de los legisladores.

4.4. La importancia de los cuidados paliativos y de la terapia del dolor

El último asunto por abordar en este texto sobre la asistencia médica al suicidio se refiere al manejo de los cuidados paliativos, una cuestión que se recoge a menudo en documentos nacionales e internacionales y que está siempre presente en los debates sobre la fase final de la vida y sobre los respectivos derechos y obligaciones del paciente y del médico en la esfera de la relación asistencial.

Un primer aspecto que hay que destacar es que el objetivo de los cuidados paliativos no es impedir ni anticipar la muerte, sino tratar el dolor físico y el sufrimiento mental del paciente. La filosofía que inspira e impregna los cuidados paliativos es la de acompañar “en” la muerte, absteniéndose de proporcionar ayuda “para” la misma.

Ante la presencia de síntomas físicos y mentales refractarios y en

cuando se constata que el padecimiento del enfermo es incurable o bien éste se encuentra en estado terminal o en situación de muerte inminente, la sedación paliativa profunda y continua⁶ constituye una estrategia posible dentro de los cuidados paliativos. Como aclara la opinión del Comité Nacional de Bioética sobre la sedación paliativa profunda, ésta no es comparable a la eutanasia y debe administrarse según valoración médica bajo criterios bien definidos. Además, no puede considerarse una vía que, por sus características, vaya siempre asociada a la retirada de soporte vital, independientemente de las condiciones en las que el paciente se encuentre al final de su vida.

En el terreno de la atención paliativa, la ley italiana 38/2010, *Normas para garantizar el acceso a los cuidados paliativos y a la terapia del dolor*, está considerada como una de las más avanzadas de la medicina occidental. Se trata de un texto que hace que los italianos perciban la paliación y la terapia del dolor como integradas en todo el proceso de atención a los pacientes, y no sólo reservadas al tramo final de la vida.

Lamentablemente, el desarrollo y consolidación de la cultura paliativa en nuestro país sigue topándose con muchos obstáculos y dificultades, particularmente en cuanto respecta a la heterogeneidad territorial de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud y a la falta de formación específica de los profesionales de la salud. No es éste el lugar adecuado para abordar convenientemente esta cuestión, por lo que nos remitimos en primer lugar a los informes anuales del Parlamento italiano sobre la aplicación de la Ley 38/2010 y al portal informativo del Ministerio de Sanidad,⁷ así como a los estudios de investigación sobre la actuación de dicha ley realizados por la Comisión de Asuntos Sociales de la Cámara.⁸

No obstante, el Comité Nacional de Bioética expresa su unánime

⁶ Comité Nacional de Bioética, *Sedación paliativa profunda y continua ante la inminencia de la muerte*, 29 de enero de 2016.

⁷ http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=3766&area=curePalliativeTerapiaDolore&menu=cure. Como algo esencial para la verificación del estado de actuación de la normativa en materia de cuidados paliativos, deberían existir mecanismos de seguimiento e informes periódicos al Parlamento previstos por las leyes 38/2010 (art. 8) y 219/2017 (art. 11).

⁸ Cfr. *Estudio de investigación sobre la aplicación de la Ley 38/2010, de 15 de marzo, relativa al acceso a los cuidados paliativos y a la terapia del dolor, en particular en el contexto pediátrico*, adoptado por la Comisión de Asuntos Sociales de la Cámara el 10 de abril de 2019.

deseo de que el Sistema Nacional de Salud tenga la capacidad real de ofrecer a cualquier persona que los precise, en todo momento, en todo el país y sin desigualdades en términos de alcance y calidad de los servicios, los cuidados paliativos y la terapia del dolor pertinentes en los términos establecidos por la Ley 38/2010.⁹ Ésta debería ser la prioridad absoluta de toda política sanitaria.

En el contexto del debate, algunas directrices también han insistido en la importancia de que, como requisito previo, se exija a aquellos que quieran acogerse al suicidio médicamente asistido que asuman la organización y las condiciones de la atención paliativa que les afecten. Se estima, por lo tanto, que se deben ofrecer procesos paliativos específicos, indicando concretamente las instalaciones sanitarias disponibles y cómo acceder a dichos procesos, que cada paciente podrá libremente aceptar o rechazar, en todo o en parte. De este modo, se cree también que es posible evitar que los pacientes opten por el suicidio médicamente asistido a consecuencia de una situación de desamparo o, en cualquier caso, de una asistencia sanitaria insuficiente o deficiente, en particular en lo que respecta al alivio de su sufrimiento.

Esta corriente de pensamiento sostiene, por lo tanto, que la atención paliativa puede servir para “reformular” junto con el paciente la petición de suicidio o “de morir” y así convertirla en una petición de ayuda para no sufrir, para ser acompañado “en” el proceso de morir, por lo que no debe responderse a esta solicitud de suicidio del paciente facilitándole los medios farmacológicos o tecnológicos con que llevar cabo el acto suicida. En este sentido, los cuidados paliativos constituyen una *alternativa* al suicidio asistido y un remedio eficaz para los pacientes sufrientes que en realidad no quieren morir, sino que lo que desean es no padecer dolores insufribles.

Otras teorías opinan que los cuidados paliativos son una buena práctica para manejar en gran parte el sufrimiento y que su generalización es ciertamente apropiada y deseable; sin embargo, según este enfoque, es poco realista creer que este método puede afrontar eficazmente todas las situaciones a las que se enfrenta el paciente en el tramo final de su

⁹ Respecto a tal propósito, recordamos lo ya afirmado en el artículo 2, capítulo 1 de la Ley 219/2017: “El médico, valiéndose de los medios apropiados al estado del paciente, debe adoptar medidas para aliviar su sufrimiento, incluso en caso de rechazar o revocar el consentimiento para el tratamiento indicado por el facultativo. A tal fin se garantizará en todo caso una adecuada terapia del dolor, con la participación del médico de medicina general y la prestación de cuidados paliativos según lo dispuesto en la Ley 38/2010 de 15 de marzo”.

vida. En algunos casos el sufrimiento es irreprimible, y la misma sedación profunda y continua no es susceptible de ser aplicada a algunos pacientes que la consideran contraria a su dignidad y que prefieren un tránsito más rápido hacia la muerte. En este sentido, los cuidados paliativos no son una alternativa, sino un acercamiento preliminar y sinérgico al suicidio asistido. Los valores que el paciente atribuye a los tratamientos paliativos son diferentes de los que quiere manifestar al solicitar ayuda para morir. Estos valores consisten en el fortalecimiento de la autonomía, en la mentalidad y actitud que cada uno tiene en el tramo final de la vida, en el “volver a hacerse dueño” de la propia muerte, en la certeza de mantener la propia dignidad a la hora de morir. El paciente reclama la libertad de decidir cómo y en qué circunstancias debe llevarse a cabo el trayecto hacia el final de su vida.

5. Opiniones éticas y jurídicas en el seno del Comité Nacional de Bioética

Todo lo antedicho muestra la complejidad y los problemas que plantea el suicidio médicamente asistido desde el punto de vista ético, bioético y biojudicial. Como hemos visto, hay diferentes perspectivas a este respecto, e incluso dentro de este Comité coexisten diferentes opiniones, que de alguna manera reflejan las diferentes orientaciones del debate público anteriormente esbozado. Hay una pluralidad de opiniones, cada una con diferentes matices y tonalidades: en este documento se han agrupado en tres perspectivas con el fin de hacer más explícito el marco cultural.

A) Una parte de los expertos del Comité Nacional de Bioética se opone al suicidio médicamente asistido tanto ética como jurídicamente, y coinciden en que la defensa de la vida humana debe ser consolidada como un principio básico de la bioética, sea cual sea el fundamento filosófico o religioso de tal afirmación. Sobre esta base, se teme que una posible legitimación del suicidio médicamente asistido:

a) suponga un *vulnus* o quebranto irreparable del principio según el cual la función primordial y obligatoria del médico (y por regla general, de todo profesional sanitario y de todo sistema de salud legalmente reconocido y prestado) consiste en garantizar el respeto absoluto de la vida de los pacientes, incluso en los casos en los que ellos mismos formulen solicitudes explícitas de ayuda para el suicidio o, en general, de naturaleza eutanásica; en este contexto, se hace referencia al principio moral de la indisponibilidad de la vida humana, ya que cada persona dispone de una dignidad intrínseca, aun en condiciones de discapacidad grave o de deterioro de la salud;

b) no pueda justificarse en función de la posibilidad de constatar fehacientemente y más allá de toda duda razonable la supuesta voluntad suicida del paciente, entendida como una voluntad plenamente informada y consciente y no supeditada a ningún condicionamiento de índole psicológica, familiar, social, económica o religiosa;

c) ocasione o, en cualquier caso, propicie inevitablemente que se sobrepasen gradualmente los límites que se hayan establecido en su

momento, como han puesto absolutamente de manifiesto aquellas leyes, que, al legalizar el suicidio médicamente asistido, lo han ampliado indebidamente y aplicado a menores de edad, a 22 sujetos psicológica o mentalmente frágiles y a ancianos dependientes, lo que evidencia claramente la dificultad de impedir –una vez debilitado el principio del más estricto respeto a la vida– el deslizamiento por la pendiente hacia la práctica de la eutanasia o, en todo caso, de la paraeutanasia u ortotanasia, cada vez más extendidas.

Si bien resultan humanamente comprensibles las circunstancias extremadamente dramáticas de algunos casos concretos y ciertas condiciones clínicas que llevan a estos pacientes a pedir ayuda a los facultativos para morir, consideramos que son suficientes los itinerarios ya trazados tanto por el legislador como por una reflexión bioética bien delineada: por un lado no se justifica la obstinación terapéutica irracional –considerando que el médico debe sopesar cuidadosamente el criterio objetivo de la limitación del esfuerzo terapéutico y el subjetivo de las peticiones del paciente respecto a su percepción del sufrimiento– y por otro se justifica el “dejar morir” con atención paliativa (incluso aplicando sedación paliativa profunda y continua), en el contexto de una relación médico-paciente centrada en la confianza mutua y en la comprensión al rechazo y a la renuncia al tratamiento por parte del enfermo.

Ha de garantizarse, en todo momento, el derecho del paciente a decidir conscientemente si desea iniciar o no la terapia o suspenderla, es decir, la posibilidad de negarse a recibir tratamiento o de abandonar el mismo, ya que estas razones son atribuibles a su conciencia personal, que no es comprensible ni debe serlo; del mismo modo, el médico debe ser libre en ciencia y conciencia de aceptar o no cualquier petición si la hubiere. Por lo tanto, se puede respetar la decisión consciente de la persona de rechazar el tratamiento o renunciar al mismo al tiempo que se proporciona al paciente plena libertad de asistencia, es decir, permitiendo siempre que el enfermo escoja al médico responsable de su atención, a fin de compartir libre y mutuamente el proceso asistencial.

El deslizamiento por la pendiente desde el “dejar morir” –que reconoce el límite de la actuación médica sobre el cuerpo del paciente, siempre que sea plenamente consciente de las consecuencias– a “agilizar la muerte” –que legitima la petición del paciente al médico para que le ayude a suicidarse–, no sólo supone una transformación inaceptable del paradigma “curar y cuidar” en el que se ha fundamentado siempre la profesión médica, sino que, además, no tiene lo suficientemente en cuenta

lo particularmente vulnerables que son aquellos enfermos que se encuentran en unas condiciones de vida que, con tecnología o sin ella, se consideran subjetiva y quizás incluso socialmente indignas de un ser humano y por tanto carentes de sentido.

La respuesta a estas peticiones, que deben ser escuchadas y comprendidas, no debe ser proponer o poner a disposición del paciente medios farmacológicos o tecnológicos con los que pueda llevar a cabo su intención de suicidarse, sino brindarle ayuda para hacer frente al sufrimiento y al dolor, todo ello dentro de un enfoque solidario y con apoyo psicológico. A tal efecto se debe establecer un acceso eficaz y equitativo a los cuidados paliativos y a las terapias del dolor, así como potenciar la formación de médicos, profesionales de la salud y psicólogos en la comunicación con los pacientes terminales. Los cuidados paliativos, las terapias de dolor y la asistencia médico-psicológica en el tramo final de la vida (aparte de la, cabe esperar, solidaridad y cercanía humana) son medios efectivos que evitan solicitudes de suicidio asistido y garantizan el derecho fundamental y primordial de todo paciente al tratamiento y atención médica, ya sean pacientes afectados de patologías gravísimas o moribundos.

(Amato, D'Agostino, Dallapiccola, Di Segni, Garavaglia, Gensabella, Morresi, Romano, Palazzani, Scaraffia, Sargiacomo).

B) Otros miembros del Comité son partidarios, tanto desde el punto de vista ético como bioético y jurídico, de la legalización del suicidio asistido bajo unas determinadas circunstancias que se indicarán a continuación. Estos profesionales opinan que es preciso establecer una clara distinción entre dos hechos diferentes: por un lado, el de escuchar y aceptar la solicitud de suicidio con asistencia médica en las condiciones previstas, y por otro el de inducir al suicidio. Asimismo, a su juicio, el suicidio médicamente asistido debe ser admitido en virtud de los principios éticos de autodeterminación y del deber médico de beneficencia, principios éticos que también se ajustan al principio personalista y a los principios de libertad, no discriminación y de autodeterminación libre y consciente, que son inherentes a nuestro ordenamiento jurídico, y que, como también ha recordado el Tribunal Constitucional en su sentencia 207/2018, deben conciliarse con la tutela de la vida humana y con otros valores constitucionalmente pertinentes al caso.

Se estima que el balance de valores favorables al suicidio asistido es ética y jurídicamente legítimo porque la persona tiene derecho a preservar

su dignidad incluso y por encima de todo en las últimas etapas de la vida. En ciertas circunstancias, la vida va declinando y se depaupera hasta el punto de que no tiene nada que ofrecer sino sufrimiento o pérdida progresiva de la dignidad. En tales situaciones se debe respetar la solicitud plenamente consciente del paciente de recibir ayuda para morir sin tener que recurrir a una sedación profunda y continua y eventualmente afrontar la retirada del soporte vital que le mantiene vivo de forma artificial.

Este equilibrio de valores y principios debe tener especialmente en cuenta el hecho de que, para legitimar la prestación de asistencia médica al suicidio, deben concurrir y cumplirse simultáneamente estas tres condiciones:

1. presencia de enfermedad grave e irreversible, constatada por al menos dos médicos independientes (uno de los cuales debe pertenecer al Sistema Nacional de Salud);
2. presencia un estado prolongado de sufrimiento físico o mental de naturaleza intratable o insoportable para el paciente;
3. existencia de una solicitud explícita de suicidio asistido expresada de forma clara y reiterada, en un período de tiempo razonable.

El cumplimiento simultáneo de estos requisitos sirve de garantía para la protección tanto del enfermo como del médico que acepte la petición de ayuda para morir.

En este contexto, se contempla sólo como requisito adicional, y en calidad de factor incidental, la presencia de soporte vital, pues el acto de considerar necesaria esta circunstancia supondría, de hecho y en virtud del artículo 3 de la Constitución, una discriminación injusta e inconstitucional entre los pacientes que son mantenidos con vida por medios artificiales y los que, aun padeciendo dolencias y sufrimientos extremadamente intensos, no están, o aún no están conectados a soporte vital alguno que los mantenga vivos artificialmente. Paradójicamente, a fin de eliminar tal discriminación, habría que exigir a estos pacientes el requisito de someterse a actuaciones sumamente invasivas, como la nutrición e hidratación artificial o la ventilación mecánica, con el único objeto de poder solicitar el suicidio asistido, teniendo así estos enfermos que recibir obligatoriamente tratamientos innecesarios sin motivo alguno.

Así como en determinadas circunstancias el paciente mantiene su

dignidad negándose a someterse a tratamientos que le pudiesen salvar la vida o solicitando ser sometido a sedación paliativa profunda y continua, en otras situaciones la asistencia al suicidio puede a su vez salvaguardar dicha dignidad. Además, si es posible determinar con certeza que una persona desea libre y voluntariamente solicitar la suspensión del tratamiento vital, lo que le producirá la muerte, no hay razón para no hacer lo propio respecto a otras formas de solicitar apoyo para obtener el mismo resultado. Esto es aún más cierto si se tiene en cuenta que la petición de ayuda al suicidio se realiza al final de un proceso asistencial y de relación con el facultativo y con otros miembros del equipo médico, lo que posibilita un buen conocimiento del paciente y facilita el establecimiento de una relación de confianza, esto es, una alianza terapéutica dentro de la cual se plantean distintas alternativas y se asegura que la decisión del interesado es voluntaria y no fruto de presiones externas sobre una persona vulnerable. La certeza de mantener la dignidad hasta el final de la vida es un pilar fundamental del bienestar general y proporciona una sensación de seguridad que puede contribuir a reconfortar la existencia, aunque no se recabe ninguna ayuda en concreto para morir.

Los defensores de esta postura abogan por que los cuidados paliativos sean verdaderamente accesibles para todos aquellos que los necesiten, dentro de un sistema de atención integrado. Además, advierten de que las carencias del sistema sanitario en lo tocante a la atención paliativa son indicativas de una grave indiferencia y falta de atención y de responsabilidad por parte de nuestra sociedad hacia los que sufren, y abogan firmemente por el incremento de los cuidados paliativos, así como por la formación de profesionales especializados en este tipo de atención. No obstante, opinan que, aún así, el acceso real y efectivo a la paliación no descarta la posibilidad de que el paciente solicite ayuda médica para el suicidio. Hay que tener presente esta petición en todo caso, pues el sufrimiento debe ser mitigado siempre y en todo momento para no causar perjuicio a quienes lo padecen, a falta de una mayor sensibilidad social hacia estas penosas situaciones.

Al tiempo que manifiestan su deseo de que el legislador proceda a la legalización del suicidio médicamente asistido en determinados casos, estos miembros del Comité, si bien recomiendan que se garantice que paciente tenga acceso a esta práctica dentro de las infraestructuras del Sistema Nacional de Salud o a cargo de éste, añaden que la objeción de conciencia del médico y de otros profesionales de la salud a participar en prácticas expresamente relacionadas con el suicidio asistido debe ser reconocida por ley.

(Battaglia, Caltagirone, Caporale, Casonato, d'Avack, De Curtis, Donzelli, Garattini, Mori, Pitch, Savarino, Toraldo di Francia, Zuffa).

C) Un tercer grupo de especialistas del Comité opina que, desde un punto de vista bioético y biojurídico, en las concretas y desdichadas situaciones que se han contemplado en este documento –es decir, hablamos de pacientes que padecen una patología irreversible, afectos de sufrimientos físicos y mentales no tratables o considerados absolutamente intolerables, que se encuentran en condiciones de tomar decisiones libres y conscientes, pero que son incapaces de poner fin a su propia existencia– el uso del término “suicidio” (médicamente asistido) resulta ciertamente incorrecto. El suicidio es en sí un crimen contra la vida, y no es aplicable en un contexto tal como el descrito, pues la persona no quiere realmente “matarse a sí misma”, sino liberarse de un cuerpo del que se encuentra prisionero.

Desde la percepción del dramatismo de estas situaciones críticas, esta posición se sitúa, a nivel biojurídico, entre quienes consideran que en cualquier caso debería estar siempre prohibido que un médico ayude a morir a un paciente (Da Re) y aquellos que, en cambio, creen posible establecer contextos muy bien delimitados en los que se exoneraría de responsabilidad al médico para poder prestar asistencia médica al suicidio en casos, precisamente, excepcionales y bien definidos (Canestrari).

Esta postura también coincide en la importancia de incidir en los riesgos que implicaría la decisión, por parte del legislador, de la despenalización o legalización del llamado suicidio médicamente asistido a semejanza del que se practica en algunos países europeos (Suiza, Países Bajos, Bélgica, Luxemburgo). Los partidarios de esta posición creen que, de hecho, el peligro real de descender por la pendiente resbaladiza se acentuaría significativamente en el marco de la realidad sanitaria italiana.

La libertad de autodeterminación, que debe ser requisito imprescindible para tener en cuenta una petición consciente de ayuda para morir, sólo es factible en un contexto concreto en el que los pacientes disfruten de una asistencia sanitaria eficaz y de calidad, en la que puedan recibir todos los cuidados paliativos posibles –incluida la sedación paliativa profunda– y en el que cuenten con el apoyo de una terapia médica, psicológica y psiquiátrica acorde. Independientemente de cuál sea la decisión legislativa al respecto, se debe garantizar al paciente el acceso a una atención médica apropiada en las instalaciones correspondientes y

con los debidos recursos: la solicitud de asistencia para morir nunca debe ser una elección forzosa, como ocurriría si el sufrimiento, que objetivamente está sujeto a variaciones y puede ser mitigado, se hiciese intolerable por la falta de apoyo y atención correspondientes.

En este sentido queremos, pues, expresar aquí nuestro gran interés por el contenido del “Informe sobre el grado de aplicación de la Ley 38/2010 de 15 de marzo” sobre las *Normas para garantizar el acceso a los cuidados paliativos y a la terapia del dolor*, que el Ministerio de Sanidad envió al Parlamento en enero de 2019.¹⁰ Como se indica claramente en el documento, existen grandes desigualdades en todo el país respecto a la calidad y a la oferta de cuidados paliativos en los centros de atención residenciales y a domicilio, y no por la falta de adecuación de los profesionales sanitarios, sino por las graves y bien conocidas deficiencias estructurales del sistema sanitario público. Esto se refleja en el hecho de que hoy en día en algunas regiones italianas no se garantiza el derecho humano fundamental del paciente a recibir, en la fase final de su existencia, un apoyo efectivo enfocado a mitigar su sufrimiento dentro del respeto a su dignidad.

Somos plenamente conscientes de que una mayor generalización y consolidación de la terapia del dolor y de los cuidados paliativos no puede erradicar por completo las solicitudes de asistencia médica para morir, pero podría reducir su número considerablemente, si excluimos aquellas que obedecen a ciertos tipos de sufrimiento que es posible atenuar. Por lo tanto, como cuestión prioritaria, queremos recalcar con insistencia la necesidad de garantizar el acceso igualitario a los cuidados paliativos en todo el territorio nacional.

Procede ahora concluir esta con algunas reflexiones sobre la relación con la Ley 219/2017 (*Normas relativas al consentimiento informado y a la declaración de voluntades anticipadas*) y la cuestión del suicidio médicamente asistido.

Con la entrada en vigor de la citada normativa, la legislación de nuestro país se equipara a la de los principales ordenamientos jurídicos de los estados constitucionales de orientación liberal. La Ley 219/2017 consagra claramente el derecho inviolable de una persona a vivir todas las etapas de su existencia sin someterse a tratamiento médico alguno contra su voluntad –una consecuencia lógica del derecho a la inviolabilidad del

¹⁰ http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2814.

cuerpo humano— y contiene normas que consideramos de importancia fundamental. A efectos del análisis desarrollado en esta ponencia, baste recordar la regulación de las voluntades anticipadas de tratamiento y de la planificación compartida de la atención médica (con respecto a la progresión de una enfermedad crónica e incapacitante o caracterizada por una evolución desfavorable e irrefrenable con mal pronóstico), y la norma que estipula el tratamiento de sedación paliativa profunda y continua, que permite morir sin dolor incluso tras la renuncia del paciente a seguir conectado a soporte vital.

Por desgracia, la Ley 219/2017 aún no se ha llevado a la práctica en su totalidad y es todavía relativamente desconocida en el ámbito sanitario de nuestro país. Ahora bien, quienes respaldan este posicionamiento están profundamente convencidos de que resulta imprescindible implantar, mejorar y divulgar los conceptos e instrumentos que establece esta legislación, pues ello puede tener un marcado efecto preventivo y disuasorio frente a la conducta suicida de los pacientes en general y, en particular, aunque no sobre todas, sí sobre buena parte de las solicitudes de asistencia médica al suicidio (de ayuda médica para morir).

(Canestrari, Da Re)

6. Recomendaciones

A pesar de la existencia de posiciones divergentes, el Comité, tras un debate en profundidad, ha llegado a la formulación de una serie de recomendaciones compartidas, que se enumeran a continuación.

1. Propiciar que, independientemente del lugar –bien sea el Parlamento– donde se lleve a cabo el debate sobre el suicidio médicamente asistido, éste se desarrolle con la debida atención a los problemas morales, deontológicos y jurídico-constitucionales que suscita este tema y con el necesario análisis en profundidad que requiere una cuestión tan delicada y dolorosa para la conciencia humana.

2. Recomendación de tener presente el hecho de que las cuestiones relativas al tramo final de la vida aluden a problemas mucho más amplios que la sociedad debe considerar y evaluar: el compromiso de dispensar una asistencia adecuada a los enfermos incurables en situación de sufrimiento; los valores profesionales y éticos de los médicos y otros profesionales sanitarios, y la solidaridad para con las personas que se encuentran en una situación especialmente vulnerable, dentro del respeto a la dignidad humana.

3. Solicitar que se establezca y facilite a los pacientes en situación de incurabilidad y sufrimiento una información documentada y precisa, dentro de la relación asistencial, sobre la prestación de atención y cuidados de alto nivel, donde se incluya la posibilidad de someterse a tratamientos experimentales, con vistas a determinar de manera realista en qué medida se puede conseguir aliviar el sufrimiento de estos pacientes.

4. Considerar indispensable que se realicen todos los esfuerzos posibles para informar a los ciudadanos y para poner al día a los profesionales de salud sobre las disposiciones legales (Ley 38/2010 y Ley 219/2017) que garantizan actualmente los derechos de las personas a los cuidados paliativos homologados, y que éstos se amplíen eficazmente a todas las personas que los necesiten, a fin de evitar solicitudes de suicidio asistido motivadas por sufrimientos que puedan ser tratados eficazmente, con el consentimiento del enfermo.

5. Exhortar a los ciudadanos a participar activamente en la discusión ética y jurídica sobre esta cuestión con objeto de instaurar y difundir

socialmente una cultura del final de la vida consciente y responsable (en este sentido, el Comité ha venido organizando desde hace tiempo conferencias escolares y reuniones y actividades ciudadanas, que convendría seguir respaldando y desarrollando).

6. Auspiciar el desarrollo de la investigación biomédica y psicosocial y la formación bioética de los profesionales sanitarios (médicos, enfermeras, farmacéuticos, psicólogos, etc.) en esta materia y también en el ámbito de la administración y la organización sanitaria.

VOTOS PARTICULARES

Voto particular del profesor Francesco D'Agostino

Recomiendo la opinión sobre el suicidio asistido, aprobado por el Comité Nacional de Bioética en fecha 18 de julio de 2019 en cuanto respecta a los siguientes elementos: su lenguaje claro y desprovisto de toda vaguedad y ambigüedad; su extrema precisión y considerable rigor en los argumentos, y su máxima exactitud en la presentación de las diferentes y controvertidas posturas sobre la cuestión, aun cuando a todas luces éstas se contradicen entre sí de manera insalvable. Quien esto suscribe está convencido de que la lectura de esta opinión no puede sino ser de gran ayuda para todos quienes deseen ahondar en una cuestión bioética tan candente y preocupante. Pese a ello, el firmante de esta apostilla ha decidido emitir su voto en contra, cuya razón intentaré explicar lo más sucintamente posible.

Este texto, por expreso reconocimiento de quienes lo han redactado y de todos cuantos han colaborado en su elaboración final, tiene básicamente un carácter explicativo, que en algunos puntos del texto roza la cúspide de la mejor exposición didáctica del tema, es decir, de la mejor doxografía; una doxografía equilibrada e intelectualmente honesta (y ya sólo por ello admirable), pero aun así una doxografía, algo inevitablemente frío.

En los estudios doxográficos no son los asuntos humanos, en su dramática particularidad, lo que resulta relevante, sino las doctrinas derivadas de los procesos conceptuales. Quien esto suscribe, en cambio, está convencido de que las cuestiones bioéticas en general (y en particular las que se encomiendan a las reflexiones de un Comité Nacional) deben abstenerse de toda tendencia doxográfica, sobre todo cuando están llamada a abordar cuestiones lacerantes, que sería deseable que todos percibiesen como tales, y en relación con las cuales cualquier intento, aun desinteresado, de realizar mediaciones conceptuales, ideológicas o ambas, sólo puede conducir a subestimar su relevancia antropológica y, ante todo, ética. Este es exactamente el caso del suicidio voluntario y consciente (es decir, no inducido por causas psicopatológicas) y del complejo universo de conceptos que se vinculan a esta forma de suicidio y que la opinión del Comité examina con tan loable y gélida atención doctrinal.

No es éste lugar para recordar el conocido planteamiento de Camus, para quien sólo existía un problema filosófico realmente serio, que no era otro que el suicidio. Baste insistir en el hecho de que su legalización, que desde hace algunos años se ha instalado en el sistema jurídico de muchos países cercanos histórica y culturalmente al nuestro, ha producido un efecto social e histórico sin precedentes y antropológicamente trágico, el de la innegable burocratización de la muerte, frente al cual estamos llamados a posicionarnos antes de sumergirnos (siempre y cuando queramos hacerlo) en los complejos estudios de caso que la presencia de dicha burocratización forzosamente impulsa y que esta opinión del Comité Nacional de Bioética, en su articuladísimo análisis, presenta al lector.

Un ejemplo extremo de esta burocratización es la triste historia de la adolescente holandesa Noa Pothoven, quien, aquejada de un alto grado de dolor psíquico (pero que nadie negó que fuese tratable), se dejó morir, sin que se tomasen –como sería bioéticamente obligado– las debidas contramedidas médicas, emocionales y familiares. Quien suscribe estas líneas cree que la cuestión del suicidio y todas las diferentes formas posibles e imaginables de ayuda que para ello se pueden obtener legalmente (en formas que también son muy diferentes entre sí, como se desprende fácilmente de un análisis, si bien rápido, del derecho comparado), debe abordarse, más que con arreglo a métodos descriptivos, desde una lógica drásticamente prescriptiva, aceptando (o no) la posibilidad a priori de que el suicidio tenga alguna posibilidad de justificación (dictando minuciosamente sus condiciones) que legitime ética y legalmente las prácticas de ayuda a aquellos que decidan quitarse la vida.

El rechazo del autor de esta apostilla a la opinión sobre el suicidio asistido del Comité Nacional de Bioética, quiere, por tanto y ante todo, tener el valor de una afirmación existencial antes que el de un argumento bioético; una afirmación indispensable en un momento histórico-cultural como el presente, en el que muchos exponen la asistencia y la ayuda al suicidio como una opción polémica pero no escandalosa; una decisión problemática pero digna de atención, una elección controvertida, pero perfectamente atribuible al sistema de valores dominante en la actualidad.

Teniendo en obvia consideración el respeto humano y dialogístico hacia quienes aceptan esta opción, resulta imprescindible, sin embargo, que quienes no la comparten recalquen con firmeza cómo ésta deconstruye –casi siempre con la tranquila inconsciencia de sus partidarios– el paradigma fundamental de la bioética, que como paradigma

crítico requiere no de una mera y conveniente exposición de los criterios opuestos y mucho menos de entusiastas intentos de mediación entre ellos (lo que ha hecho esta opinión del Comité), sino de decisiones firmes orientadas a la realidad de las personas que están a favor de un argumento u otro.

Pronunciarse, en cualquier forma, en contra de la legalización del suicidio asistido no significa eludir automáticamente una confrontación dialéctica con quienes están a favor de dicha legalización: significa simplemente centrarse en una opción fundamental, que no se puede eliminar o, lo que sería incluso peor, ocultar, sino que debe ser divulgada con vehemencia, porque resulta indispensable para comprender no sólo los procedimientos de relevancia biológica, biomédica y bioética, sino también y sobre todo los idearios (e incluso los mitos) que los ponen en marcha y los apoyan, dotándolos de consistencia psicológica y social; se trata de prácticas que han encontrado y tienden cada vez más a encontrar su lugar en los sistemas normativos de los ordenamientos jurídicos. Quien esto suscribe confía en que los lectores de esta apostilla interpreten su voto en contra de la opinión del Comité Nacional de Bioética según cómo debe ser interpretado: como la adopción de una postura ética, antes siquiera que doctrinal, a la que el autor considera que se le puede otorgar la misma seguridad paradigmática de la bioética, alejándola de ese destino de reduccionismo a la biojurídica al que parece estar ya inexorablemente condenada y del cual el texto del Comité Nacional de Bioética, del que aquí me desmarco, es testimonio elocuente.

Francesco D'Agostino
Ex presidente del Comité Nacional de Bioética

Voto particular de la profesora Assunta Morresi

Un documento elaborado por un comité pluralista como el nuestro, que agrupa reflexiones bioéticas de varios profesionales sobre temas complejos, nunca puede ser redactado como lo haría cada uno en caso de ser el único autor, ni puede describir a la perfección las inclinaciones y juicios personales de cada uno de nosotros, y esta opinión sobre el suicidio médicamente asistido da fe de estas insoslayables limitaciones.

Por eso he votado a favor del texto final, porque refleja claramente mi oposición personal a cualquier forma de suicidio asistido, a pesar de no haber compartido algunos puntos en el transcurso de la argumentación. En particular, con esta declaración, quisiera reiterar una convicción que no ha tenido cabida en el documento, pero que considero importante en cuanto al debate que nos ocupa. Quiero dejar bien sentado que, en adelante, con la expresión “eutanasia” o “acto eutanásico” también me refiero a los procedimientos típicos del “suicidio asistido” como se han descrito en la opinión, tanto porque no creo que existan diferencias sustanciales desde el punto de vista moral, como para simplificar la lectura.

Me refiero a las observaciones respecto a la Ley 219/2017 sobre el consentimiento informado y la declaración de voluntades anticipadas: una ley que creo va más allá de la posibilidad legítima de que una persona rechace un tratamiento médico o renuncie al mismo –una posibilidad que comparto, como también se resume en la sección a) de la opinión, con la que me identifico–, y abra así la puerta a la legalización de determinadas formas de morir a petición, es decir, de ciertas prácticas eutanásicas.

Sin la existencia de esta norma se desmontaría, de hecho, uno de los principales argumentos de la sentencia 207/2018 del Tribunal Constitucional a favor de la despenalización parcial del suicidio asistido, cuando cuestiona por qué motivo resulta posible morir por retirada del soporte vital –es decir, con una conducta omisiva por parte del médico– y al mismo tiempo se impide morir, en algunas situaciones, de forma más rápida, con una conducta activa por parte del facultativo, que proporciona al paciente una sustancia química mortal.

A mi parecer, este argumento del Tribunal es lógico y no cuestionable como sin embargo se desprende de la opinión: la Ley 219/2017, íntegramente articulada en torno al concepto de

autodeterminación, permite retirar medidas de soporte vital como la nutrición y la hidratación artificial, definiéndolos como tratamientos médicos, es decir, equiparándolos a terapias, lo que permite su suspensión independientemente de cualquier condición médica, basándose únicamente en la voluntad del paciente. De esta manera, al privar al paciente de alimento y de agua, indefectiblemente éste morirá, independientemente de que sea o no enfermo terminal y con la única condición clínica necesaria de ser alimentado mediante procedimientos médicos básicos.

Es decir, es una ley cuyo “espíritu” –por utilizar una expresión del Tribunal– está ciertamente abierto a permitir formas de eutanasia más directas.

El documento del Comité Nacional de Bioética también rechaza esta conexión lógica al optar consistentemente por una definición de eutanasia que se limita a la mera administración de fármacos letales, excluyendo a priori cualquier comportamiento omisivo.

En otras palabras: si limito la eutanasia a situaciones en las que un médico proporciona un producto letal al paciente, para hacerle morir, entonces la suspensión de soportes meramente vitales como líquidos y nutrientes, por definición, nunca será eutanasia, independientemente de las intenciones de los que la pidan y de los que la lleven a cabo. Y por esta razón no se ha incluido la objeción de conciencia en la Ley 219/2017: si la suspensión de los apoyos vitales por definición nunca es eutanasia, sino en todo momento un acto médico normal, la objeción de conciencia no tiene aquí cabida.

El paso lógico, en cambio, ha sido convenientemente reconocido por el Consejo, y también, previamente, por la sentencia del Tribunal Penal de Milán, como prueba de que la interpretación en clave eutanásica de algunos aspectos de la Ley 219/2017 dista mucho de ser descabellada.

El hecho de que el Consejo perciba en la Ley 219/2017 una evidente apertura a la eutanasia me parece una prueba evidente de la imposibilidad de eliminar las ambigüedades éticas partiendo de definiciones sencillas. El legislador ha excluido todas las implicaciones de la eutanasia gracias a una línea divisoria estricta y terminológica más que conceptual: para que la renuncia al tratamiento nunca llegue a considerarse eutanasia basta con dar carácter de terapia a nutrición e hidratación. Sin embargo, el Tribunal ha salvado fácilmente la infranqueable barrera léxica, y tal facilidad sugiere

que, ante el extremadamente delicado equilibrio entre la protección de la libertad y de la vida humana, el hecho de ceñirse a la terminología resulta del todo punto inadecuado.

Sin embargo, concuerdo con el Comité Nacional de Bioética en rechazar la idea de una intervención sobre la Ley 219/2017 para modificar las normas sobre el suicidio asistido, como sin embargo sugiere el Consejo: aunque tiene su coherencia, sería un paso más, un gran salto cualitativo, trascendente y temerario, hacia el reconocimiento del “derecho a morir”.

Assunta Morresi

Voto particular del profesor Maurizio Mori

Conviene establecer que el médico que se oponga al suicidio médicamente asistido:

1) disponga de la facultad a acogerse a la objeción de conciencia, que, sin embargo, no es una práctica “constitucionalmente fundamentada”,

2) tenga que declarar que no está dispuesto a prestar la ayuda que se le pueda solicitar.

En el apartado 4.2. dedicado al respeto de los valores profesionales de los médicos y del personal sanitario, el Comité Nacional de Bioética ha examinado, entre otras cuestiones, el problema que podría plantearse “en el caso de una normativa que legitime el suicidio médicamente asistido” si tal acto fuera “radicalmente contrario a las [...] profundas convicciones” del propio médico. Tras la reflexión se concluyó que, en esta situación, “se ha de preservar la posibilidad de la objeción de conciencia para el médico” y para otros profesionales sanitarios que se puedan intervenir esta práctica.

Comparto el argumento de que es conveniente que los médicos y otros profesionales de la salud contrarios al suicidio asistido tengan la posibilidad de recurrir a la objeción de conciencia, pero no estoy de acuerdo con la opinión que justifica esta posibilidad por la idea de que “la objeción de conciencia en bioética está constitucionalmente fundamentada (con referencia a los derechos inviolables del ser humano)”, lo que convertiría la práctica de la objeción en una especie de “derecho humano”.

Esta idea se remonta a una controvertida Opinión de 2012, aprobada por mayoría, que, como tal, no vincula a la pertenencia actual al Comité. Además, va más allá de las competencias específicas del propio Comité Nacional de Bioética, que abarcan la ética y la bioética, y no a las cuestiones jurídicas de constitucionalidad, que son prerrogativa del Tribunal Constitucional. Luego el argumento es infundado asimismo por razones teóricas, algunas de las cuales fueron expuestas por el Prof. Carlo Flamigni en su Voto Particular expresado en la Opinión de 2012, a la que me refiero.

Repito: aunque en bioética la práctica de la objeción de conciencia no está “constitucionalmente fundamentada” ni hace “referencia a los derechos inviolables del ser humano”, si se aprueba –como espero– una

ley favorable al suicidio médicamente asistido, es conveniente disponer que, junto con la posibilidad de la objeción de conciencia del personal sanitario, el médico objetor declare en comunicación pública su decisión de no estar dispuesto a prestar, dado el caso, la ayuda al suicidio solicitada por el interesado.

Maurizio Mori