

Formar e Informar

LA VIDA Y LA MUERTE:

TIEMPO DE VIVIR HASTA MORIR



Ilustre Colegio Oficial de Médicos
de la Provincia de Badajoz

Formar e Informar

LA VIDA Y LA MUERTE:
TIEMPO DE VIVIR HASTA MORIR



ICOMBA
ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS
DE LA PROVINCIA DE BADAJOZ

Coordinadores

Mariano Casado Blanco.
Pedro Hidalgo Fernández.

Prólogo

Pedro Hidalgo Fernández.

Autores

Rogelio Altisent Trota
Mariano Casado Blanco
Ricardo De Lorenzo Y Montero
Juan Calixto Galán Cáceres
Marcos Gómez Sancho
Pedro Hidalgo Fernández
Rafael Mota Vargas
Serafín Romero Agüit
María Félix Tena Aragón

Edita

FUNCOMBEA
*(Fundación Ilustre Colegio Oficial de Médicos
de la provincia de Badajoz)*

Imprime

Zeta impresión. Badajoz

Depósito legal

BA-569-2019

ISBN

978-84-09-14639-0

Queda prohibida, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con la autorización de los titulares de su propiedad intelectual.

ÍNDICE

1 PRÓLOGO	
Pedro Hidalgo Fernández	9
2 ¿TIENE CABIDA LA EUTANASIA Y EL SUICIDIO ASISTIDO DENTRO DEL SISTEMA LEGAL ESPAÑOL?	
Ricardo De Lorenzo Y Montero	15
3 ¿QUÉ DICE LA JUSTICIA EN RELACIÓN A LA MUERTE DIGNA?	
María Félix Tena Aragón	43
4 ¿QUIÉN DEBE DECIDIR? EL PRINCIPIO DE LA AUTONOMÍA DE LA VOLUNTAD Y SUS LÍMITES	
Juan Calixto Galán Cáceres	57
5 EL MÉDICO A LA CABECERA DEL PACIENTE	
Pedro Hidalgo Fernández	73
6 CÓMO TRATAR EL DOLOR Y EL SUFRIMIENTO AL FINAL DE LA VIDA	
Marcos Gómez Sancho	87
7 HABLEMOS DE CUIDADOS PALIATIVOS	
Rafael Mota Vargas	107

8 LA PROFESIÓN MÉDICA ANTE LA EUTANASIA Y EL SUICIDIO ASISTIDO	
Serafín Romero Agüit	125
9 ÉTICA Y MUERTE DIGNA: SEAMOS PRÁCTICOS	
Rogelio Altisent Trota	135
10 ANÁLISIS MÉDICO-LEGAL DE LAS "FORMAS DE MORIR"	
Mariano Casado Blanco	147
11 ANEXO.	
Congreso de los Diputados.	
Proposición de Ley Orgánica de regulación de la Eutanasia	161

*A todos los médicos
que dedican su vida a dar vida*

PRÓLOGO

Pedro Hidalgo Fernández

*Presidente del Ilustre Colegio Oficial de Médicos
de la provincia de Badajoz*

Ahora que se ha presentado en el Congreso de los Diputados (BOE 30-julio-2019) una proposición de ley orgánica de regulación de la eutanasia (PSOE), debemos los médicos recordar el Art. 36.3 del Código de Deontología Médica: “El médico nunca provocará la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa de éste”.

Vemos que cuando se solicita una encuesta sobre el tema de “muerte digna” el enunciado de la pregunta general es segado , buscando en el ciudadano el objetivo del miedo. Miedo al dolor, miedo al sufrimiento, miedo a la enfermedad. Esa es la clave:

SUFRIR y MORIR **Sufrimiento y Muerte**

La medicina se dedica a *Curar, Cuidar, Aliviar y Retrasar la Muerte, pero y el Sufrimiento..., y el dolor, y el miedo*. Debemos entender la

- *Medicina con LEX ARTIS*
- *Medicina CIENTÍFICA*
- *Medicina NO ARITMÉTICA*

Debemos reflexionar:

- ¿Quién prepara al médico para atender al moribundo?
- ¿Quién prepara al médico para atender el final de la vida?
- ¿Quién prepara al médico para saber y aceptar que ha dejado a su paciente al final?
- ¿Quién prepara a la sociedad para aceptar la muerte?

El médico ante la muerte

Fracaso (profesional)

Impotencia (científica)

Temor (judicial)

El médico recibe al paciente en su consulta, enfermo o temeroso, pero le cuesta más, o no sabe, despedirse de él cuando está postrado, finalmente, en la cama. El médico está enseñado a averiguar, a diagnosticar , a tratar , pero no está adiestrado en paliar.

Para finalizar me uno al Prof. Herranz¹:

“Cada día que pasa me convengo de que la atención médica terminal, los cuidados paliativos, encierran una ética de gran densidad: es en sí misma una dimensión de la Medicina que cultiva y enriquece los valores éticos más intrínsecos y básicos. Es además, el antídoto que nos puede preservar contra la tentación, temible y atractiva a la vez, de la eutanasia”.

Debo agradecer a los autores (Dr. Altisent, Dr. Casado, D. R. De Lorenzo, D. J.C. Galán, Dr. Gómez Sancho, Dr. Mota, Dr. Romero, Dña. M. F. Tena) la claridad y valentía en la exposición de sus capítulos, con la suficiente pedagogía para enseñar, para FORMAR e INFORMAR que es la intención de este libro que desde el Colegio de Médicos de Badajoz difundiremos a la sociedad.

Recordando al Dr. V. Guerrero Cabanillas, *hay que eliminar el sufrimiento humano pero no al ser humano que sufre.*

1 Prof. Herranz *Tratamiento del dolor y ética médica, Jornada “El Doctor en la Edad Mayor”* Pamplona 8-XI -1996

**LA VIDA Y LA MUERTE:
TIEMPO DE VIVIR HASTA MORIR**

¿TIENEN CABIDA LA EUTANASIA Y EL SUICIDIO ASISTIDO DENTRO DEL SISTEMA LEGAL ESPAÑOL?

Ricardo De Lorenzo Y Montero

*Doctor en Derecho, Abogado, Asesor Jurídico de la OMC.
Presidente de la Asociación Española de Derecho Sanitario.
Académico Correspondiente de la Real Academia de
Jurisprudencia y Legislación.
Académico Correspondiente Honorario de la Real Academia
Nacional de Medicina de España.*

El día 3 de mayo de 2018, Rafael Simancas Simancas, portavoz del Partido Socialista, en nombre de su grupo parlamentario y al amparo de lo establecido en el artículo 124 y siguientes del vigente Reglamento del Congreso de los Diputados, presentó la proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia. Se aprobó su publicación, por el Secretario General del Congreso de los Diputados el 17 de mayo siguiente, materializándose aquella en el Boletín Oficial de las Cortes Generales número 270 del 21 de mayo de 2018.

El 23 de julio 2018 la Mesa de la Cámara acordó encomendar un Dictamen sobre la Proposición a la Comisión de Justicia, abriendo, además, el plazo de 15 días hábiles para que los Diputados y los Grupos Parlamentarios presentasen enmiendas. La Proposición de Ley, tal y como estaba redactada, se tomó en consideración por 208 votos a favor, 133 en contra y 1 abstención.¹

1. MOTIVOS DE ESTA PROPOSICIÓN LEGAL.

En criterio del Observatorio de Bioética (Instituto de Ciencia de la Vida) de la Universidad de Valencia son tres las motivaciones de fondo que se le pueden atribuir:

- 1) Porque la sociedad lo demanda.
- 2) Porque en otros países de nuestro entorno está legalizada.
- 3) Y por transformar la eutanasia en un derecho.

En un detallado análisis de las dos primeras razones concluye, respecto de la primera, que no existe una auténtica y extendida demanda social (que confunde en gran medida eutanasia con muerte digna), sino que lo que se pretende con la norma es, precisamente, promoverla. En cuanto a la segunda, entendiendo nuestro entorno geográfico y cultural por los 29 países de la Unión Europea, tan sólo en 3 de ellos (Bélgica, Holanda y Luxemburgo) se encuentra legalizada la eutanasia². El motivo real es, pues, el tercero, convertir la eutanasia de una posibilidad en un derecho.

El objeto regulatorio central, como expresa el propio título del texto normativo, es, en efecto, la figura de la eutanasia, considerándola en dicho texto como un nuevo derecho individual, inserto en el espacio de la autonomía de las personas para poner fin a la vida

de un paciente, cuando éste decide que la conservación de aquella es incompatible con el sostenimiento de su dignidad personal.

El eje central de este proyecto normativo es el reconocimiento, bajo determinadas condiciones, del derecho a disponer de la propia vida, asentado sobre el concepto de persona y en el entendimiento de la existencia de dos posiciones. La de quienes interpretan que aquel derecho se basa en la capacidad de la persona de autonormarse, por un lado, y la de quienes entienden, por otra parte, que la vida humana tiene un valor intrínseco y absoluto, que trasciende, incluso, a la propia voluntad de vivir o morir. Son dos interpretaciones distintas, en definitiva, del artículo 15 de la Constitución Española³. La vida como derecho a disposición de su titular o la vida como valor intangible. La decisión de la posición a adoptar es de la máxima trascendencia. En el primer caso la normativa puede, bajo determinados condicionantes, autorizar al aborto o la eutanasia, mientras que en la segunda consideración quedaría legitimada cualquier conducta sostenedora de la vida a ultranza, como el encarnizamiento terapéutico. El texto de la norma, en su Exposición de Motivos, suscribe la primera tesis mencionada cuando afirma que: ...no existe un deber constitucional de imponer o tutelar la vida a toda costa y en contra de la voluntad del titular del derecho a la vida. Por esta misma razón, el Estado está obligado a proveer un régimen jurídico que establezca las garantías necesarias y de seguridad jurídica.

El concepto «muerte» parece unívoco, desde un punto de vista ontológico, pero, sin embargo, admite diferentes apreciaciones en los campos ético y jurídico si lo dirigimos hacia la propia vida o hacia la de terceros. La omisión de cuidados vitales, por ejemplo, cobra diferente significado en estas dos diferentes posiciones. El término «matar», o «morir», según lo expresado, puede alcanzar distinto contenido desde un punto de vista jurídico o desde otro moral.

El Derecho es un modo de organizar la convivencia y alcanza particulares dificultades conceptuales y aplicativas en los entornos del comienzo y el final de la vida humana, como es el caso del aborto y la eutanasia. En ambos casos estos hechos se producen, normal (y deseablemente) en medios medicalizados y hay que fijar las condiciones en las que los profesionales sanitarios no puedan ser imputados, esto es eliminar, en determinados supuestos, la antijuricidad de sus conductas. Así sucede cuando despenalizamos el aborto o la eutanasia en el marco legal condicional de cada una de estas figuras. La Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo se corresponde con el primer caso y la Proposición normativa que estamos examinando atañe al segundo.

El título de la futura norma sobre regulación de la eutanasia no parece demasiado afortunado, pues, aparte de mostrar una visión parcial, puede ser interpretado de

manera inadecuada, sin que parezca necesario hacer aclaraciones al respecto sobre este último aspecto. El primer caso es el de la actuación directa del médico sobre el paciente con actos concluyentes que acaben con su vida y en el segundo es el propio paciente quien acaba consigo mismo, con la ayuda del médico. En un supuesto, el médico administra la sustancia o procedimiento y, en el otro, lo prescribe o proporciona al paciente. Ambos son rechazados, conviene señalar, por la Asociación Médica Mundial⁴ en cuanto que se considera el deber hipocrático del médico de conservar la vida y proscribire, por tanto, cualquier acción conducente a acabar con ella.

2. DOS ASPECTOS CAPITALES.

Confluyen dos derechos de la máxima relevancia, de dos sujetos distintos, en este escenario: El del paciente a decidir sobre su propio destino, en una situación vital complejísima como la que regula la norma y el derecho del profesional a rechazar el cumplimiento del mandato legal cuando colisiona con sus convicciones morales (objeción de conciencia en estado puro).

Encontrándose ambos derechos protegidos por la norma sucede aquello que es habitual en el terreno del Derecho Sanitario. Confluyen dos bienes jurídicos en aparente colisión y hay que determinar si debe uno sacrificarse en aras del otro o pueden coexistir y, en este caso, bajo qué forma y condiciones.

Debemos tomar como partida el principio general de que un derecho termina donde empieza el otro y por ello no necesita uno la eliminación del otro para subsistir. El paciente ejerce su legítimo derecho a obtener la privación de su vida, bajo las condiciones y circunstancias legales, pero no puede obligar a un profesional objetor a secundar ese proyecto. A su vez, el profesional que ejerce su, también legítimo, derecho de objeción de conciencia no puede utilizarlo para impedir u obstaculizar el derecho antes mencionado del paciente. Este último ejerce el derecho de disposición de su vida junto con otros derechos y bienes, igualmente protegidos constitucionalmente, como son la integridad física y moral de la persona (art. 15 CE), la dignidad humana (art. 10 CE), el valor superior de la libertad (art. 1.1 CE), la libertad ideológica y de conciencia (art. 16 CE) o el derecho a la intimidad (art. 18.1 CE)⁵.

3. ACCIONES MÉDICAS AL FINAL DE LA VIDA, OTROS PLANTEAMIENTOS

El 17 de junio de 2011, el Gobierno de España aprobaba el denominado “Proyecto de Ley reguladora de los derechos de la persona ante el proceso final de la vida”,

acometiéndose así por primera vez en nuestro país el desarrollo de una normativa dedicada específicamente a la atención médica en la fase terminal de la vida humana en el ámbito nacional. Una necesidad de regular que ya venía de lejos, pues si bien los derechos de los pacientes en relación con la información y documentación clínica, y la regulación de las instituciones más conectadas con el proceso final de la vida, cuales son el consentimiento informado y las instrucciones previas, se encuentran reguladas en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos de información y documentación clínica, no es menos cierto que al final se ha ido configurando una normativa dispersa que incluye dentro de su ámbito de aplicación lo que pudiera definirse como “decisiones al final de la vida” (que no se refieren siempre a esta materia pero que guardan una especial conexión con ella como acontece con las instrucciones previas), y normativa de las Comunidades Autónomas de muy diverso rango, razón ésta que respaldaba y sigue respaldando la necesidad de una regulación específica de ámbito nacional.

El Parlamento de Andalucía aprobó la Ley 5/2003, de declaración de voluntad vital anticipada, así como la Ley 2/2010, de derechos y garantías de la persona en el proceso de muerte. Cronológicamente, a ésta le siguieron: la Ley foral 8/2011, de derechos y garantías de la persona en el proceso de la muerte, del Parlamento de Navarra; la Ley 10/2011, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte, de las Cortes de Aragón; la Ley 1/2015, de derecho y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida, del Parlamento de Canarias; la Ley 4/2015, de derechos y garantías de las personas en el proceso de morir, del Parlamento de las Islas Baleares; la Ley 5/2015, de derechos y garantías de las personas enfermas terminales; la Ley 4/2017, de 9 de marzo, de Derechos y Garantías de las Personas en el Proceso de Morir, de la Comunidad de Madrid y la Ley 16/2018, de 28 de junio, de la Generalitat Valenciana, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de atención al final de la vida. De este modo se seguía una senda abierta a la inversa por las Comunidades Autónomas citadas.

No podemos omitir, en el análisis de estas gravísimas cuestiones, poner un contrapunto. En el terreno del análisis del Derecho Sanitario de la atención médica al final de la vida surge siempre, ciertamente, el movimiento impulsor de la regulación de la eutanasia. No se puede desconocer, sin embargo, otra corriente que desde hace varios años viene poniendo en cuestión, por relevantes personalidades en el mundo sanitario, la necesidad de regular la eutanasia en España⁶ y así se ha afirmado que, “No es necesario abrir un debate sobre la eutanasia. La línea a seguir es el testa-

mento vital y la extensión de los cuidados paliativos”, haciéndose eco de la preocupación, los temores de una profesión y el confusionismo existente en torno a este debate, motivado por un determinado tratamiento de estas cuestiones en el que es y sigue siendo constante la mezcla de conceptos tales como cuidados paliativos, sedación terminal y eutanasia.

Se preguntan en determinados sectores, ¿por qué no se promulga antes la “Ley reguladora de los derechos de la persona ante el proceso final de la vida”, ¿presentado a las Cortes en 2011 conocida como ley nacional de Cuidados Paliativos? ¿No sería más lógico que se debatiera la eutanasia una vez que estuviera en marcha esta ley de Cuidados Paliativos y se pudiera aplicar a los pacientes terminales una práctica dirigida a eliminar el dolor y a mejorar sus condiciones de vida? ¿Se piensa que si la aplicación de los Cuidados Paliativos fuera efectiva existirían las mismas peticiones de Eutanasia?

En opinión de autorizados expertos la demanda social, real, no es la de la legalización de la eutanasia, cuando en cambio sí existe una realidad social al aseguramiento de la protección de la dignidad de las personas en el proceso final de su vida y la garantía del pleno respeto de su libre voluntad en la toma de decisiones sanitarias que les afecten en dicho proceso.

En este debate sobre la regulación de la eutanasia corremos el riesgo de efectuarla al margen de los profesionales sanitarios, pensando en ellos como “agentes”, y olvidando la extremadamente delicada cuestión, que presenta un agudo dilema moral generador del enfrentamiento entre los dos principios fundamentales del derecho a la vida y el derecho a morir dignamente, que es la traducción del derecho a disponer de la propia vida, basado asimismo en la libertad como valor absoluto, lo que exige suma cautela y desde luego la opinión de los profesionales de la salud.

Para prestar una atención integral y de calidad a los pacientes graves o terminales, se hace necesario formar a los profesionales en esta materia, dotar de medios específicos suficientes a los centros sanitarios, no cargar contra los profesionales, ni obligarles a actuar contra sus conocimientos y conciencia. Cualquier ley de “muerte digna” que no cuente con los profesionales sanitarios, como lo que realmente son, “garantes de nuestros derechos”, no aportará dignidad ni a los profesionales sanitarios, ni a los pacientes, ni al propio sistema sanitario.

Podemos recordar la experiencia francesa. Desde el 22 de abril de 2005, fecha en que se promulgó la ley sobre la muerte digna y los derechos de los pacientes, es legal en Francia, igual que en España, el uso de tratamientos paliativos que pueden

acortar la vida, cuyo objetivo prioritario es el alivio de los síntomas (entre los que el dolor suele tener un gran protagonismo) que provocan sufrimiento y deterioran la calidad de vida del enfermo en situación terminal. Con este fin se pueden emplear analgésicos o sedantes en la dosis necesaria para alcanzar los objetivos terapéuticos, aunque se pudiera ocasionar indirectamente un adelanto del fallecimiento⁷.

El manejo de estos tratamientos paliativos que puedan acortar la vida, también están contemplados en el ámbito de la ciencia moral y se consideran aceptables de acuerdo con el llamado “principio de doble efecto”. Esta cuestión se encuentra expresamente recogida en los códigos deontológicos de las profesiones sanitarias.

4. EN ESPAÑA, ACTUALMENTE, NO EXISTE UNA LEY BÁSICA ESPECÍFICA SOBRE EL FINAL DE LA VIDA.

La regulación del proceso final de la vida de un paciente en España, está resumida, en la actualidad, en dos vertientes: por una parte, en la tipificación como delito de la eutanasia y el suicidio asistido, fijado en la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal⁸; y por otra, en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, que regula la autonomía del paciente y sus derechos. Lo que sí está regulado tanto en una Ley Básica y en todas las comunidades desde hace años es la posibilidad de realizar las denominadas instrucciones previas o voluntades anticipadas, por parte del paciente y el uso de la sedación terminal, por parte de los profesionales de la Medicina.

La autodeterminación del paciente es el eje, en realidad, sobre el que pivota toda la temática de la Medicina al final de la vida, desde la consideración del consentimiento informado como instrumento capital. La Sentencia del Tribunal Constitucional 37/2011, de 28 de marzo, declaró al respecto que el consentimiento se integra en el artículo 15 de la Constitución como la facultad de autodeterminación que legitima al paciente, en el uso de su autonomía de la voluntad, para decidir libremente sobre las medidas terapéuticas y los tratamientos que puedan afectar a su integridad, escogiendo entre las distintas posibilidades, consintiendo su práctica o rechazándolas, en cualquier momento de su vida y particularmente al término de la misma.

En el escenario europeo Holanda fue el primer país del mundo que legalizó la eutanasia, en el 2002, pocos meses antes de que lo hiciera Bélgica. Luxemburgo la incorporó a su legislación en el 2009. E incluso en Suiza, siendo legal el suicidio asistido, su Código Penal establece limitaciones, cuando prohíbe la “incitación o asistencia al

suicidio por motivos egoístas”, prohibiendo igualmente cualquier rol activo en la eutanasia voluntaria, incluso si se comete a partir de “motivos respetables” como el asesinato por misericordia. El último ejemplo lo hemos tenido en Francia, al aprobar su Parlamento en 2016, como una de las grandes reformas sociales de François Hollande, el proyecto de ley sobre el final de la vida, que permite la sedación profunda para evitar el sufrimiento en enfermos terminales, pero que prohíbe la ayuda activa para morir a través de la eutanasia o del suicidio asistido. En aquel país el entonces primer ministro, François Fillon, para explicar su oposición a la eutanasia recogida en una editorial de “*Le Monde*”, muy significativo y desde luego analizable desde nuestra perspectiva, afirmó que “la cuestión consiste en saber si la sociedad está en condiciones de legislar la muerte. Creo que ese límite no debe sobrepasarse. Por otra parte, sé que en este debate ninguna convicción carece de sentido”. Y añadió: “Nuestra estrategia es clara: desarrollar los cuidados paliativos y evitar un encarnizamiento terapéutico”.

5. CONDICIONES PARA SOLICITAR LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR.

Vamos a detenernos, siquiera unas líneas, en el análisis de este complejo precepto. La Proposición exige, en su artículo 5, la concurrencia de los siguientes requisitos:

1. *Tener la nacionalidad española o residencia legal en España, mayoría de edad y ser capaz y consciente en el momento de la solicitud.*
2. *Disponer de la información que exista sobre su proceso, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, incluida la de acceder a cuidados paliativos.*
3. *Haber formulado la solicitud de manera voluntaria, por escrito, que deberá repetirse al menos en una ocasión con una separación de quince días naturales, y no ser resultado de una presión externa. La prestación de ayuda para morir no se podrá realizar sin que hayan transcurrido, al menos, quince días naturales desde la última solicitud.*
4. *Sufrir una enfermedad grave e incurable o padecer una discapacidad grave crónica en los términos establecidos en esta ley.*
5. *Prestar consentimiento informado previamente a recibir la prestación de ayuda para morir, que se incorporará a la historia clínica del solicitante.*

Resulta llamativo el que el texto normativo reduzca a “los españoles” el colectivo que pueda acceder al ejercicio de este derecho, que califica como derecho de las personas, en un espacio normativo de acceso universal (o al menos de tendencia universalista) a las prestaciones. ¿Trata esta norma de evitar el “turismo tanático” como ha sucedido en los Países Bajos con la figura del suicidio asistido?

6. REQUISITOS DE LA SOLICITUD

En el artículo 7 de la Proposición se contiene que:

1. *La solicitud de prestación de ayuda para morir deberá hacerse por escrito, debiendo estar el documento fechado y firmado por la persona solicitante. En caso de encontrarse impedido físicamente para fechar y firmar el documento, otra persona mayor de edad y plenamente capaz podrá fecharlo y firmarlo en su presencia. Dicha persona ha de mencionar el hecho de que quien demanda la ayuda para morir no se encuentra en condiciones de firmar el documento e indicar las razones.*

La razón de la imposibilidad de fechar y firmar el documento de ayuda a morir lo ciñe a aspectos físicos, cuando pueden concurrir con estas limitaciones otras de orden psíquico, que pueden ser determinantes, como un deterioro cognitivo avanzado.

7. OBJECCIÓN DE CONCIENCIA POR PARTE DE LOS PROFESIONALES.

Analizada ya esta cuestión capital, sólo procede hacer una observación a la mención del artículo 12:

1. *El rechazo o la negativa a realizar la prestación por razones de conciencia es una decisión siempre individual del personal sanitario directamente implicado en su realización, que debe manifestarse anticipadamente y por escrito.*
2. *Las administraciones sanitarias autonómicas crearán un Registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la ayuda para morir, en el que se inscribirán las declaraciones de objeción de conciencia para la realización de la misma.*

En una norma que es una plataforma de ensalzamiento de la autonomía, respecto de los pacientes, llama la atención un precepto que decida “señalar” a aquellos pro-

fesionales que muestren planteamientos objetores. Aparte de poder ser usadas esas listas de forma negativa sobre dichos profesionales por la Administración sanitaria, hay dos razones que hacen difícil justificar su existencia. Primero, el derecho constitucional de cualquier persona a no declarar sobre su ideología⁹ y segundo, la posibilidad de mutación del planteamiento objetor a lo largo del tiempo, difícil de conjugar con la rigidez de una inscripción registral.

8. ASPECTOS CONCEPTUALES

En una temática como la que ahora nos ocupa los aspectos de esta índole son sustanciales en su determinación como adecuado soporte del tratamiento de cuantas construcciones jurídicas abordemos.

Vamos a examinarlos siguiendo, primeramente, el artículo 3 de la norma, cuyo contenido nos parece muy escaso y en algunas ocasiones carente de la necesaria precisión. Esta insuficiencia hace necesario completar las definiciones del citado artículo 3 de la Proposición normativa con más definiciones de distinta índole y procedencia cuyo tratamiento se hace más adelante.

Definiciones del artículo 3:

- **Consentimiento informado.**

El texto del citado artículo recoge este concepto como:

“...la conformidad libre, voluntaria y consciente de una persona, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que, a petición suya, tenga lugar una de las actuaciones descritas en el apartado 6 de este artículo”.

La redacción está tomada del artículo 3 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente (LBAP). La experiencia adquirida desde entonces en la interpretación y aplicación del instituto jurídico del consentimiento informado sugiere que convendría añadir un elemento a esta definición, en el sentido de que no basta con haber recibido la información, sino que es necesario haberla comprendido, con objeto de que pueda haberse efectuado la adecuada valoración de la misma, requisito previo, evidentemente, a la decisión que el usuario o paciente puedan adoptar. Es obligación del medio sanitario, siempre, comprobar

este extremo y con mayor razón en situaciones como las que examina el proyecto normativo. Podría quedar redactado así:

“...conformidad libre, voluntaria y consciente de una persona, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada y haberla comprendido y valorado, para que, a petición suya, tenga lugar una de las actuaciones...”.

En este sentido la mencionada la Ley Foral 8/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte, se refiere al consentimiento informado como:

“...conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir y comprender la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud”.

La formulación de la Proposición de Ley que nos ocupa, respecto del concepto de consentimiento informado, es muy lacónica e incompleta. Sería muy interesante añadirle unas precisiones como las que recoge la Ley 4/2017, de 9 de marzo, de Derechos y Garantías de las Personas en el Proceso de Morir de la comunidad de Madrid:

“Es un proceso gradual y continuado, plasmado en ocasiones en un documento suscrito por el paciente, mediante el cual éste, capaz y adecuadamente informado, acepta o no, someterse a determinados procesos diagnósticos o terapéuticos, en función de sus propios valores. Deberá dejarse constancia en la historia clínica de las decisiones que se vayan adoptando”.

De manera muy atinada la Ley 5/2015, de 26 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de las personas enfermas terminales, de Galicia, apunta que:

“No se trata de un documento sino de un proceso, ya que la información será ofrecida de forma continua para ir asumiendo de manera compartida las decisiones que se van adoptando”.

• **Discapacidad grave crónica.**

La mención normativa, respecto de este concepto es la siguiente:

“...situación en la que se produce en la persona afectada una invalidez de manera generalizada de valerse por sí mismo, sin que existan posibilidades fun-

dadas de curación y, en cambio, sí existe seguridad o gran probabilidad de que tal incapacidad vaya a persistir durante el resto de la existencia de esa persona. Se entienden por limitaciones aquellas que inciden fundamentalmente sobre su autonomía física y actividades de la vida diaria, así como sobre su capacidad de expresión y relación, originando por su naturaleza sufrimientos físicos o psíquicos constantes e intolerables, sin posibilidad de alivio que el o la paciente considere tolerable. En ocasiones puede suponer la dependencia absoluta de apoyo tecnológico”.

No se utiliza, en el concepto abordado en el artículo 3, el término “invalidez” sino el de “discapacidad”, concepto distinto, también, al de incapacidad, más en la órbita laboral y de resonancias prestacionales de Seguridad Social.

Se incide en la definición en el extremo de la definitividad de la situación, así como en la gravedad de la repercusión que ocasiona en un doble aspecto: la autonomía del sujeto afectado y su capacidad relacional, así como el menoscabo evidente que ocasiona en el equilibrio mental de aquel.

Llama la atención que todo ese cuadro patológico no se conecta, necesariamente (ni se menciona) con un acortamiento causal de la existencia de la persona afectada. Es fácil imaginar en esa situación de limitaciones personales a un enfermo terminal, pero el texto de la norma permite imaginar, también, una referencia a una enfermedad crónica de grave afectación y evolución imparable (una esclerosis lateral amiotrófica, por ejemplo). Esta amplitud de consideración podría permitir el paso conceptual de una eutanasia, en el primer caso mencionado, a una petición de limitación terapéutica, en el segundo. Convendría que la norma distinguiera ambas situaciones.

- **Enfermedad grave e incurable.**

Se dice en el texto de la proposición que se trata de aquella que:

“...por su naturaleza origina sufrimientos físicos o psíquicos, constantes e insoportables, sin posibilidad de alivio que el o la paciente considere tolerable, con un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva”.

Parece referirse a la enfermedad terminal, concepto no exactamente coincidente y que podríamos definir en términos como los siguientes:

“Proceso que afecta a todas las dimensiones de la persona y de su entorno, caracterizado por un deterioro físico del paciente, y una dependencia progresiva del medio en el que se encuentra aquel, así como un considerable impacto emocional en el enfermo, en la familia y en el propio equipo asistencial, asociado a la proximidad (explicitada o no) del hecho de la muerte próxima”.

Sólo las expresiones finales con un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva parecen referirse a un proceso terminal, aun cuando no se diga.

En la Exposición de Motivos se contiene la siguiente redacción, referida a lo que llama “el contexto eutanásico”:

“...situación de enfermedad grave e incurable, o de discapacidad grave y crónica, padeciendo un sufrimiento insoportable que no puede ser aliviado en condiciones que considere aceptables”.

En donde tampoco se alude a la situación de terminalidad del enfermo.

- **Médico o médica consultora.**

En el concepto legal del Proyecto normativo es:

“...facultativo o facultativa con formación en el ámbito de las patologías que padece el o la paciente y que no pertenece al mismo equipo y servicio que el médico o la médica responsable”.

Definición harto escueta e incompleta. Parece muy adecuada al respecto la que recoge la Ley Foral 8/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte, como aquel:

“...profesional que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del paciente o del usuario, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participen en las actuaciones asistenciales”.

Por razones de estética de redacción, en la Proposición de Ley que nos ocupa, se cambia el término “médico o médica” por el utilizado seguidamente de “facultativo o facultativa”. Este último vocablo, de profunda raigambre en nuestro idioma, se ha venido utilizando habitualmente para referirse al médico como el único profesional de la línea asistencial clásica (medicina, enfermería) con titulación universitaria (ob-

tenida, precisamente, en una facultad), sobre otros cuya formación procedía de escuelas o de la formación profesional. El vocablo “indicación facultativa”, por ejemplo, se ha venido utilizando también con la misma intencionalidad. En sentido estricto, hoy, sin embargo, un profesional de enfermería también es un facultativo al haber obtenido la titulación de grado en una facultad universitaria. Cualquier profesional de formación universitaria superior lo es, en sentido propio (farmacéuticos, psicólogos...). Se habla de cuerpos facultativos en ese sentido (conservadores de museos, por ejemplo).

Podría redactarse el precepto, de forma más actualizada, de esta manera:

“Médico o Médica consultora. Es el profesional sanitario, especialista de nivel superior, en la línea asistencial, con formación en el ámbito de las patologías que padece el o la paciente...”.

Es correcta la mención precautoria de *que no pertenezca al mismo equipo y servicio que el médico o la médica responsable*, con objeto de insertar en el campo valorativo y decisorio las imprescindibles notas de cautela e independencia.

• **Objeción de conciencia.**

Dice el texto normativo que se trata de:

“...el derecho individual a no atender aquellas demandas de actuación sanitaria reguladas en esta ley que resultan incompatibles con las propias convicciones”.

Es una definición demasiado simplista e incompleta, para un asunto de tanta relevancia. El texto debería contener otras menciones como:

“... el derecho individual, del profesional sanitario, a no atender aquellas demandas de actuación sanitaria reguladas en esta ley que resultan incompatibles con las propias convicciones. El ejercicio legítimo de este derecho, por parte del profesional, no puede suponer ninguna actitud obstructiva al desarrollo y consecución de las demandas de actuación sanitaria recogidas en la ley”.

Párrafo este último que enfatiza la necesaria coordinación y compatibilidad del derecho del enfermo a obtener aquella prestación que la ley le garantiza con el derecho del profesional a no violentar sus códigos éticos personales.

- **Prestación de ayuda para morir.**

Lo identifica la norma en trámite como:

“...proporcionar una sustancia que tiene como consecuencia la muerte de una persona; se puede producir en dos modalidades: a) la administración directa de una sustancia a una persona que lo haya requerido y que cause su muerte, o b) la prescripción o suministro de una sustancia a una persona que lo haya requerido, de manera que esta se la pueda auto administrar para causar su propia muerte”.

Entendemos correcta la formulación de este concepto, en sus dos variantes: eutanasia y muerte con ayuda médica¹⁰, términos que convendría mencionar a mayor claridad.

- **Situación de incapacidad de hecho.**

Considera como tal aquella:

“Situación de la persona en la que no tenga capacidad de tomar decisiones, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación, sin que exista resolución judicial”.

Define correctamente la norma esta situación, bajo los criterios cognitivo y valorativo, pero sería más correcto exponerlos en su orden lógico y cronológico, ya que la decisión siempre sigue al conocimiento de la situación vivida y no al contrario: incapacidad de entender y, o, capacidad de decidir, del modo siguiente:

“Situación de la persona en la que su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación o le impida tomar decisiones valorativas, sin que exista resolución judicial respecto a la capacidad de aquella”.

- **Valores vitales.**

Los identifica el proyecto normativo como:

“Conjunto de convicciones y creencias de una persona que dan sentido a su proyecto de vida y que sustentan sus decisiones y preferencias en los procesos de enfermedad y muerte”.

Entendemos correcta la formulación de este concepto.

9. OTROS ASPECTOS CONCEPTUALES NO RECOGIDOS EN EL MENCIONADO PROYECTO.

Se trata de terminología directamente relacionada con la temática tratada en aquel, que no siendo mencionada en su texto, sin embargo, es necesario mencionar y acotar. Debemos partir de dos conceptos claves:

- EUTANASIA

Este concepto, en realidad el central de la norma propuesta, se contiene en su Exposición de Motivos¹¹, no siendo objeto de mención, curiosamente, ni una sola vez en la parte dispositiva. Considera el proyecto normativo que se trata de:

“actuación que produce la muerte de una persona de forma directa e intencionada mediante una relación causa-efecto única e inmediata, a petición informada, expresa y reiterada en el tiempo por dicha persona, y que se lleva a cabo en un contexto de sufrimiento debido a una enfermedad o padecimiento incurable que la persona experimenta como inaceptable y que no ha podido ser mitigado por otros medios”.

Esta definición es demasiado amplia y comprende, de forma directa, aquellos casos en los que el enfermo se encuentra en la fase final de su enfermedad, que le aboca a unos sufrimientos intensos e insoportables, con expectativa de intensificación de los mismos en el trayecto irremediable hacia la muerte (situación prototípica de eutanasia). Alcanzaría, también, la redacción de la norma, aquellos otros casos en los que el enfermo por su cuadro clínico desea terminar con su vida a causa del intenso sufrimiento que le produce su situación médica, pero sin que, necesariamente, esos sufrimientos los produzca la evolución de sus patologías, en la proximidad de la muerte. Sería el caso de un tetrapléjico en intenso sufrimiento psíquico por sus limitaciones sin esperanza clínica¹². Parece fácil imaginar la eventual legitimación de una norma sobre eutanasia en el primer caso, pero no tan fácil en el segundo supuesto ahora planteado.

Hace la norma una precisión afortunada al excluir la llamada eutanasia pasiva (suspensión o abstención terapéutica) y la activa indirecta, como los casos de administración de fármacos de doble efecto.

- SUICIDIO ASISTIDO

No se contiene en la norma que estamos examinando este término, afortunadamente por sus resonancias penales, pero es imprescindible precisar este concepto por su directa e inmediata relación con la eutanasia y por los equívocos que suscita muy frecuentemente. Son los casos de la llamada ayuda médica para morir. Concorre cuando la muerte solicitada por el paciente precisa del concurso de un profesional sanitario, consistente en facilitar al enfermo los medios para que pueda acabar con su vida, recibiendo el nombre de “prestación de ayuda para morir”: Se trata de la segunda modalidad que hemos mencionado con anterioridad:

“a) la administración directa de una sustancia a una persona que lo haya requerido y que cause su muerte, o b) la prescripción o suministro de una sustancia a una persona que lo haya requerido, de manera que esta se la pueda auto administrar para causar su propia muerte”.

En el Código Penal se trata de las figuras del artículo 143: 2. *Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que cooperare con actos necesarios al suicidio de una persona.* 3. *Será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte.* Como puede verse son los mismos supuestos recogidos en el párrafo anterior, aunque allí se sitúen en el contexto de la nueva norma despenalizadora. El Código Penal añade un punto cuatro, con la atenuada figura del homicidio por compasión y que nos recuerda, cómo no, la redacción de este proyecto normativo: *El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar*¹³.

Tal vez convendría considerar la inclusión de algunos otros aspectos conceptuales clave, como aquellos contemplados en abundante normativa autonómica (10 comunidades) sobre derechos y garantías de las personas en el proceso de morir. Fijar los conceptos en el cuerpo de la norma es cimentarla adecuadamente y buscar la deseada consonancia con el resto de la normativa en el actual escenario de las autonomías.

Veamos algún ejemplo extraído de ese espacio normativo.

- ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO

Consiste en retirar, ajustar o no instaurar un tratamiento cuando el pronóstico de vida limitada así lo aconseje. Es la adaptación de los tratamientos a la situación clínica del paciente. La adecuación del esfuerzo terapéutico supone aceptar la irreversibilidad de una enfermedad en la proximidad de la muerte y la conveniencia de abandonar las terapias que mantienen artificialmente la vida, manteniendo las de tipo paliativo. Forma parte de la buena práctica clínica y es una obligación moral y normativa de los profesionales¹⁴.

- CUIDADOS PALIATIVOS

Conjunto coordinado de intervenciones sanitarias dirigidas a proporcionar una atención integral a los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo y donde es primordial el control de síntomas, especialmente del dolor, así como el abordaje de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. Tienen un enfoque interdisciplinario e incluyen al paciente, la familia y su entorno, ya sea en el domicilio o lugar de residencia o en centros e instituciones sanitarias y de servicios sociales en los que se presta asistencia sanitaria. Tienen por objeto preservar la mejor calidad de vida posible mediante la aplicación de medidas terapéuticas proporcionadas, evitando tanto la obstinación como el acortamiento deliberado de la vida¹⁵.

- DIGNIDAD AL FINAL DE LA VIDA

Derecho a recibir un cuidado integral al final de la vida, con alivio del sufrimiento físico, psicológico y espiritual, manteniendo su autonomía para evitar la obstinación terapéutica. Se respetan ante todo sus valores para alcanzar un clima de serenidad, de paz, de satisfacción existencial, de seguridad y, en la medida de lo posible, de consciencia propia de todo ser humano¹⁶.

- FUTILIDAD

Característica atribuida a un tratamiento médico que se considera inútil porque su objetivo de proveer un beneficio al paciente tiene altas probabilidades de fracasar¹⁷

- MANIFESTACIÓN ANTICIPADA DE VOLUNTAD

Documento mediante el que una persona mayor de edad y capaz deja constancia por escrito de las instrucciones emitidas libremente sobre los cuidados y tratamiento de su salud o, en el caso de fallecimiento, el destino de su cuerpo, órganos y tejidos. La manifestación anticipada de voluntad deberá ser tenida en cuenta cuando su titular no se encuentre en una situación que le permita expresar su voluntad de manera libre, personal, actual, consciente e informada¹⁸.

- MEDIDA DE SOPORTE VITAL

Intervención sanitaria destinada a mantener las constantes vitales de la persona, independientemente de que dicha intervención actúe o no terapéuticamente sobre la enfermedad de base o el proceso biológico, que amenaza la vida de la misma¹⁹.

- MUERTE DIGNA

Aun cuando sea más correcto hablar de “dignidad en el proceso de morir” podemos considerar, al referirnos a aquella que se trata de una serie prácticas médicas cuyo objetivo es aliviar el sufrimiento de los enfermos terminales, pero dejando que la enfermedad siga su curso. Entre estas prácticas están el derecho de los pacientes a rechazar un tratamiento y a recibir sedación al final de la vida, incluso sedando por completo al enfermo con medicamentos que pueden acortar la agonía. Esta es la situación más extrema a la que hoy se puede llegar legalmente en España.

Otra cosa es el concepto de eutanasia, en sentido propio, como el propósito de acabar con la vida de los enfermos terminales para poner fin a su sufrimiento, bien mediante fármacos aplicados por un médico a petición del paciente en situación terminal (eutanasia) o facilitándole los medicamentos para que se quite la vida (suicidio asistido).

En el terreno normativo la regulación (legalización) de la eutanasia pasa por la derogación parcial del artículo 143 del Código Penal, mientras que el abordaje normativo de la muerte digna (existente en varias comunidades autónomas) lleva un trayecto diferente, en la legislación sanitaria y sin referencia al Código Penal.

La realidad normativa actual, con el citado precepto en vigor, acaba de motivar la condena del médico Marcos Ariel Hourmann²⁰, sentenciado en España por ayudar a morir a una paciente terminal de 82 años a quien aplicó la eutanasia.

- MUERTE EN PAZ

Aquella que responda a los deseos y valores del paciente, en la que el dolor y el sufrimiento han sido minimizados, mediante los cuidados paliativos adecuados, en la que las personas nunca son abandonadas o descuidadas, y la atención asistencial de quienes no van a sobrevivir se considera igual de importante que la de quienes sí sobrevivirán²¹.

- OBSTINACIÓN TERAPÉUTICA

Situación en la que a una persona, que se encuentra en situación terminal o de agnía y afecta de una enfermedad grave e irreversible, se le inician o mantienen medidas de soporte vital u otras intervenciones carentes de utilidad clínica, que únicamente prolongan su vida biológica, sin posibilidades reales de mejora o recuperación, siendo, en consecuencia, susceptibles de limitación²².

- PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE LAS DECISIONES SANITARIAS RELATIVAS AL PROCESO DE MORIR Y DE LA MUERTE

Procesos de reflexión y comunicación entre profesionales, pacientes y familiares, que ayudan a mejorar la calidad moral en la toma de decisiones de una persona durante el proceso de morir y de la muerte, atendiendo, entre otros criterios, al documento de voluntades anticipadas o a cualquier otro que forme parte de su historia de valores²³.

- REPRESENTANTE

Persona mayor de edad y capaz que emite el consentimiento por representación de otra, habiendo sido designada para tal función mediante una declaración de voluntad vital anticipada o, de no existir esta, siguiendo las disposiciones legales vigentes en la materia²⁴.

La Ley 4/2017, de 9 de marzo, de Derechos y Garantías de las Personas en el Proceso de Morir de Madrid añade una mención, respecto del representante, de sumo interés: *Para la toma de decisiones en las situaciones clínicas no contempladas explícitamente en las instrucciones previas, a fin de presumir la voluntad que tendría la*

persona si estuviera en ese momento en situación de capacidad, quien le represente tendrá en cuenta los valores u opciones vitales recogidas en dichas instrucciones.

En línea con esta protección de intereses del representado, respecto de la figura del representante y sus posibilidades de decisión sobre su representado no podemos olvidar la trascendental reforma introducida en el artículo 9 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica de Autonomía del Paciente por la Ley 26/2015, de 28 de julio²⁵, en el sentido de que el primero sólo puede decidir en interés del segundo, en abstracción de sus criterios personales. Tal preservación de intereses es tan decidida, en el terreno normativo, que se incluye la posibilidad (necesidad) de judicializar la cuestión en caso necesario.

- SEDACIÓN PALIATIVA

Administración de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas, para reducir la conciencia de la persona en situación terminal o de agonía, para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios, previo consentimiento informado explícito en los términos establecidos en la Ley²⁶.

- SITUACIÓN TERMINAL

Presencia de una enfermedad avanzada, incurable y progresiva, sin posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, con un pronóstico de vida limitado y en la que pueden concurrir síntomas intensos y cambiantes que requieran una asistencia paliativa específica²⁷.

10. CONSIDERACIONES

Para concluir, cabe cuestionar la oportunidad de una ley reguladora de la eutanasia sin una norma garantizadora del acceso a los cuidados paliativos. Aquella ley, que recordamos, reguladora de los derechos de la persona ante el proceso final de la vida. La línea a seguir puede ser el testamento vital y la extensión de los cuidados paliativos.

Hay una gran confusión social sobre el concepto de eutanasia (y su necesidad regulatoria) al confundirla frecuentemente con el concepto de muerte digna.

El eje de este proyecto normativo es el respeto a la autonomía del enfermo a obtener su derecho a morir, bajo determinadas condiciones y el del profesional sanitario a objetar en conciencia al seguimiento de tal derecho.

El verdadero propósito de la norma es la reforma parcial del artículo 143 del Código Penal, despenalizando parcialmente diversos supuestos de eutanasia.

El título de la norma es parcial y por ello desafortunado. No es suficiente mencionar “ley de regulación de eutanasia” habría de añadirse “y de la ayuda médica para morir a aquellas personas que la soliciten”, para dejar cubiertas las dos líneas de acción posibles en los casos que, precisamente, recoge la normativa.

Para prestar una atención integral y de calidad a los pacientes graves o terminales, se hace necesario formar a los profesionales en esta materia, dotar de medios específicos suficientes a los centros sanitarios, no cargar contra los profesionales, ni obligarles a actuar contra sus conocimientos y conciencia. Cualquier ley de “muerte digna” que no cuente con los profesionales sanitarios, como lo que realmente son “garantes de nuestros derechos”, no aportará dignidad ni a los profesionales sanitarios, ni a los pacientes, ni al propio sistema sanitario.

Resulta llamativo el que el texto normativo, en su artículo 5, reduzca a “los españoles” el colectivo que pueda acceder al ejercicio de este derecho, que califica como derecho de las personas, en un espacio normativo de acceso universal (o al menos de tendencia universalista) a las prestaciones.

En el artículo 7 la razón de la imposibilidad de fechar y firmar el documento de ayuda a morir lo ciñe a aspectos físicos, cuando pueden concurrir con estas limitaciones físicas mencionadas otras de orden psíquico, que pueden ser determinantes, como un deterioro cognitivo avanzado.

El Registro de Objetores de Conciencia, mencionado en el artículo 12 resulta difícil justificar en su existencia. Por el derecho constitucional de cualquier persona a no declarar sobre su ideología²⁸ y por la posibilidad de mutación del planteamiento objetor a lo largo del tiempo, difícil de conjugar con la rigidez de una inscripción registral.

Las menciones a la figura del consentimiento informado, en el artículo 3, son claramente insuficientes. A la mención de haber recibido la información, por parte del paciente, es imprescindible añadir “y haberla comprendido”. Convendría, por otra parte, añadir que el consentimiento informado no se agota en un documento, sino que es un proceso en el que la información ha de fluir de forma continua.

Al abordar el concepto de “discapacidad grave crónica” convendría diferenciarla de la “limitación terapéutica”. El cuadro patológico que la ley menciona no se conecta, necesariamente (ni se menciona) con un acortamiento causal de la existencia de la persona afectada, de modo que cabe imaginar la posibilidad de suponer, también, en la aplicación de la eutanasia una referencia a una enfermedad crónica de grave afectación y evolución imparable.

Tampoco se alude a la terminalidad del enfermo cuando se menciona el concepto de “enfermedad grave e incurable” mencionando, sólo la expresión *pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva*, que no es lo mismo, evidentemente.

Podría sustituirse la mención, referida al personal médico, de “facultativo o facultativa” por la de *profesional sanitario, especialista de nivel superior, en la línea asistencial, con formación en el ámbito de las patologías que padece el o la paciente...*

Al mencionar el legítimo derecho de los profesionales a su objeción de conciencia conviene añadir una imprescindible mención en el sentido de que *El ejercicio legítimo de este derecho, por parte del profesional, no puede suponer ninguna actitud obstructiva al desarrollo y consecución de las demandas de actuación sanitaria recogidas en la ley.*

La situación de incapacidad de hecho, definida en la norma como: *Situación de la persona en la que no tenga capacidad de tomar decisiones, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación, sin que exista resolución judicial*, debería invertir sus términos, quedando redactada como: *Situación de la persona en la que su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación o le impida tomar decisiones valorativas, sin que exista resolución judicial respecto a la capacidad de aquella.*

En la definición legal de “eutanasia” falta la mención a la situación de terminalidad del enfermo cuando menciona: *actuación que produce la muerte de una persona de forma directa e intencionada mediante una relación causa-efecto única e inmediata, a petición informada, expresa y reiterada en el tiempo por dicha persona, y que se lleva a cabo en un contexto de sufrimiento debido a una enfermedad o padecimiento incurable que la persona experimenta como inaceptable y que no ha podido ser mitigado por otros medios.* Puede propiciar, con ello, la inclusión de supuestos ajenos al pretendido propósito legal, como el de vidas sin aliciente vital, pero fuera del objetivo de la ley. Aquellos otros casos en los que el enfermo, por su cuadro clínico, desea terminar con su vida a causa del intenso sufrimiento que le produce su situa-

ción médica, pero sin que, necesariamente, esos sufrimientos los produzca la evolución de sus patologías, en la proximidad de la muerte.

No se menciona el término suicido asistido, en la norma, por sus resonancias penales, pero tal vez convendría considerar la inclusión de algunos aspectos conceptuales clave, como aquellos contemplados en abundante normativa autonómica (10 comunidades) sobre derechos y garantías de las personas en el proceso de morir.

Hay alguna definición contenida en la normativa autonómica cuya inclusión podría valorarse en esta Proposición, por su íntima relación con el contenido de la misma, como aquellos conceptos de *“adecuación del esfuerzo terapéutico”, “cuidados paliativos”, “dignidad al final de la vida”, “futilidad”, “manifestación anticipada de voluntad”, “medida de soporte vital”, “muerte digna”, “muerte en paz”, “obstinación terapéutica”, “planificación anticipada de las decisiones sanitarias relativas al proceso de morir y de la muerte”, “representante”, “sedación paliativa” y “situación terminal”*.

Al mencionarse, en concreto, la figura del representante, sería necesario mencionar la limitación de las eventuales decisiones de esta persona, sólo posibles en el interés del enfermo y la posibilidad de judicializar la reacción del medio sanitario de encontrar posturas del representante lesivas a los intereses del representado.

NOTAS

- 1 Antes de convocarse elecciones anticipadas, había registradas tres proposiciones de ley distintas, las cuáles decayeron al disolverse las Cortes. Pero tras celebrarse los comicios, ya hay una nueva propuesta esperando su debate. Es el caso de la proposición de ley enviada por el Parlamento de Cataluña al Congreso de los Diputados para para modificar el Código Penal y despenalizar la eutanasia.

Mientras no se nombre nuevo gobierno y arranque la actividad parlamentaria no podrán verse las otras dos leyes. Por una parte, la ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida, presentada inicialmente por Ciudadanos, admitida a trámite en el Congreso y cuyo texto final fue aprobado por la Comisión de Sanidad y enviado al Senado.

Por otra parte, también está por ver qué grupo parlamentario registrará el proyecto de ley para regular la eutanasia en España. En la última legislatura, Unidos Podemos presentó su propuesta, pero no fue respaldada por la mayoría. Posteriormente, fue el PSOE el que impulsó un texto más amplio, pero quedó bloqueada por la Mesa del Congreso.

- 2 Holanda fue el primer país del mundo que legalizó la eutanasia, en el 2002, pocos meses antes de que lo hiciera Bélgica. Luxemburgo la incorporó a su legislación en el 2009. Ricardo De Lorenzo y Montero “Muerte Digna o Muerte Indigna”. <https://derechosanitario-rdl.blogspot.com/2018/05/muerte-digna-o-muerte-indigna.html>
- 3 “Todos tienen derecho a la vida...”
- 4 Documento MEC 210/Physician assisted Dying Oct. 2018. Proyecto de Declaración sobre la Eutanasia y Muerte con Ayuda Médica. Propuesta presentada durante la reunión del Comité de Ética Médica, en Reikiavik, por la Asociación Médica de Alemania.
- 5 Exposición de Motivos de la norma
- 6 Elena Salgado, en diciembre de 2005. Ricardo De Lorenzo ¿“Es la eutanasia una asignatura pendiente en la sociedad española”? <https://derechosanitario-rdl.blogspot.com/2007/09/es-la-eutanasia-una-asignatura.html>
- 7 En Francia fueron los propios médicos franceses los introductores del término “sedación terminal”, considerando que el marco normativo francés de 2005 sobre cuidados paliativos a los enfermos terminales, aunque de aplicación a la mayor

parte de los casos, era insuficiente. La Orden de los Médicos, puso de manifiesto que la Ley de 2005 sobre muerte digna y derechos de los pacientes, no ofrecía ninguna solución para ciertas agonías prolongadas, o para dolores psicológicos y/o físicos que, pese a los medios puestos en marcha, desgraciadamente siguen siendo incontrolables. En esos casos “excepcionales”, en los que la atención curativa era inoperante, la Orden de los Médicos, entendió que se imponía la toma de una decisión Médica legítima, que deberá ser colegiada, precisando que el paciente debe efectuar la petición de forma “persistente, lúcida y reiterada”. “Una sedación adaptada, profunda y terminal, proporcionada con respeto a la dignidad, planteada como un deber de humanidad por el colectivo Médico”.

- 8 En vigor desde el 24 de mayo de 1996. Nuestro Código Penal provenía de 1848, y ahí la única importancia que se daba al consentimiento en el tema de la muerte, era la tipificación de la inducción y el auxilio al suicidio y del homicidio consentido.

La conducta de auxilio al suicidio sería, cuando alguien le proporciona a otro una sobredosis de morfina o cianuro. Y el homicidio consentido era cuando alguien, personalmente, ya no inducía o ayudaba, sino que mataba a otra persona con su consentimiento, y, en ese caso, la pena que se imponía, (teniendo en cuenta el consentimiento del sujeto pasivo, de la persona que moría), era menor que la de homicidio.

Pero desde el año 1848 hasta el año 1995, en que se promulgó el Código Penal actualmente vigente, se han producido grandes avances médicos, que hacen aparecer el problema de la eutanasia con más virulencia que hasta entonces, porque todos estos avances permiten mantener con vida a las personas. Pero esos avances se han ideado, no para prolongar la agonía, sino para poder recuperar a una persona y sacarla de las garras de la muerte. Esos medios están ahí, y si no se utilizan, como sería su sentido, para tratar de recuperar a una persona y que no se muera, sino para procurar una agonía, en ese caso esa práctica no parecía lícita, pero el Código Penal nada decía.

- 9 Artículo 16.2. Nadie podrá ser obligado a declarar sobre su ideología, religión o creencias.
- 10 Términos propuestos durante la reunión de ética médica (Reikiavik 3 de octubre de 2018), por la Asociación Médica Mundial
- 11 En donde se menciona veinte veces.
- 12 Nos viene a la memoria el conocido caso de Ramón Sampedro.

- 13 Artículo 143.4 del Código Penal
- 14 LEY 4/2017, de 9 de marzo, de Derechos y Garantías de las Personas en el Proceso de Morir de Madrid. Artículo 5.
- 15 Ley 5/2018, de 22 de junio, sobre derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso del final de la vida de Asturias. Artículo 4.
- 16 Ley 16/2018, de 28 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de atención al final de la vida de la Comunidad valenciana. Artículo 5.
- 17 Ley 11/2016, de 8 de julio, de garantía de los derechos y de la dignidad de las personas en el proceso final de su vida de Euzkadi, Artículo 4.
- 18 Ley 1/2015, de 9 de febrero, de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida de Canarias. Artículo 5.
- 19 Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte de Andalucía. Artículo 5.
- 20 Autor del libro *‘Morir viviendo, vivir muriendo’*
- 21 Ley 16/2018, de 28 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de atención al final de la vida de la Comunidad valenciana. Artículo 5.
- 22 Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte de Andalucía. Artículo 5.
- 23 Ley 10/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte de Aragón. Artículo 5.
- 24 Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte de Andalucía. Artículo 5.
- 25 En los casos en los que el consentimiento haya de otorgarlo el representante legal o las personas vinculadas por razones familiares o de hecho en cualquiera de los supuestos descritos en los apartados 3 a 5, la decisión deberá adoptarse atendiendo siempre al mayor beneficio para la vida o salud del paciente. Aquellas decisiones que sean contrarias a dichos intereses deberán ponerse en conocimiento de la autoridad judicial, directamente o a través del Ministerio Fiscal, para que adopte la resolución correspondiente, salvo que, por razones de urgencia, no fuera posible recabar la autorización judicial, en cuyo caso los profesionales sanitarios adoptarán las medidas necesarias en salvaguarda de la vida o salud del

paciente, amparados por las causas de justificación de cumplimiento de un deber y de estado de necesidad.

26 Última norma mencionada.

27 Misma norma.

28 Artículo 16.2. Nadie podrá ser obligado a declarar sobre su ideología, religión o creencias.

¿QUÉ DICE LA JUSTICIA EN RELACIÓN A LA MUERTE DIGNA?

María Félix Tena Aragón

Magistrada.

Presidenta de la Audiencia Provincial de Cáceres.

1. CONCEPTO

El término eutanasia que comenzó con una aplicación, o la menos un uso, circunscrito al ámbito médico o sanitario, ha trascendido a otros ámbitos, primero estrictamente profesionales, como el ámbito jurídico, para terminar luego incorporándose al lenguaje habitual.

Por ello conviene comenzar por darle un contenido a este término, y encontrar puntos de encuentro en la nomenclatura con significado médico, jurídico y común. No se trata aquí de ir a una definición técnica con connotaciones, seguro importantes, en función del ámbito profesional en el que nos encontremos, sino de lo que la ciudadanía entiende por eutanasia, quizás no siempre con absoluta corrección, pero al menos, un concepto que sea el habitualmente usado.

El término eutanasia deriva del griego, que significa «buen morir». El diccionario de la Real Academia Española entiende por eutanasia dos acepciones:

1. Acción u omisión que, para evitar sufrimientos a los pacientes desahuciados, acelera su muerte con su consentimiento o sin él.
2. Muerte sin sufrimiento físico.

Por el tema que voy a tratar cobra especial relieve establecer este concepto con un significado dentro del marco jurídico. Para ello, me permito traer a colación la diferencia que establece Diego Zapatero Méndez en un artículo publicado en el Diario La Ley, en el nº 9032 de 1 de septiembre de 2017, y donde distingue entre eutanasia activa y pasiva, y dentro de la primera, eutanasia activa directa e indirecta.

En *la eutanasia activa*, un sujeto, de una forma u otra, realiza conductas de matar al enfermo, no tratándose simplemente de dejarle morir. Este tipo de eutanasia contempla a su vez dos clasificaciones:

Por un lado, tenemos *la eutanasia activa indirecta*, usando técnicas paliativas del dolor o la angustia que, indirectamente, pueden implicar una anticipación de la muerte.

Por otro lado, *la eutanasia directa activa* consistente en la causación de la muerte indolora a petición del afectado cuando éste es víctima de enfermedades incurables progresivas, a través de medios directamente encaminados a provocar la muerte del enfermo.

En segundo lugar, *la eutanasia pasiva*, es decir, la omisión de determinadas medidas que sólo sirven para prolongar artificial o innecesariamente la vida, cuya aplicación

en contra de la voluntad del paciente podría incluso constituir un delito contra su libertad o su integridad moral.

2. ¿EXISTE ALGUNA REGULACIÓN EN EL CÓDIGO PENAL (CP) ESPAÑOL DE LA EUTANASIA O MUERTE DIGNA?

La respuesta inmediata es Sí. Otra cosa, es la valoración que esa regulación nos ofrezca, pero para ello debemos comenzar con el análisis del art 143 CP, este precepto está incluido dentro del Título I "Del homicidio y sus formas", y a su vez no es un artículo que se refiera a la eutanasia exclusivamente, sino que nuestro legislador conceptúa la colaboración a la muerte querida por una persona como inducción al suicidio, aunque lo sea a petición expresa y por sufrir una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, (párrafo 4 del art 143).

Artículo 143

"1. El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años.

2. Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona.

3. Será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte.

4. El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo".

Este precepto mantiene la misma redacción desde la publicación del vigente CP en 1995, y es fiel reproducción del anterior art 409 del CP derogado, si bien solo en los tres primeros números, fue, el que se refiere a la eutanasia activa directa, que es la única que en nuestro CP está sancionada, el que se introdujo en el CP de 1995 para diferenciarla del resto de supuestos de inducción al suicidio, y sancionarla con una pena muy atenuada en relación con las otras formas delictivas de este artículo.

Al estar conceptuada la eutanasia activa directa como una inducción al suicidio es importante conocer la interpretación que el TS ha realizado de ese delito en general.

En la sentencia del TS de 23-11-1994 se recoge “En la norma del art. 409 CP se conjuntan tres modalidades punitivas: la inducción y el auxilio no ejecutivo al suicidio, ambas en el inciso 1.º, y el llamado homicidio-suicidio, a su vez designado como auxilio ejecutivo al suicidio, inserto en el 2.º inciso. Común a las varias figuras son los elementos de la muerte del suicida y la propia existencia de un suicidio en cuanto muerte querida y buscada por parte de una persona imputable.

El suicidio consumado naturalmente no es delito ni puede serlo, más la ley ni siquiera castiga el suicidio frustrado ni la tentativa (S 12 Dic. 1944). El art. 409 castiga la inducción al suicidio, el auxilio al mismo, que puede implicar ayuda tanto necesaria como accesoria, y tanto activa como pasiva, que requiere, en todo caso, el consentimiento del auxiliado y que puede obedecer a móviles altruistas o morales -piedad, respeto, afecto o sumisión-, pero también a móviles abyectos, y el auxilio hasta el punto de ejecutar el mismo la muerte, al que la doctrina denomina homicidio-suicidio, homicidio consensual, homicidio consentido, auxilioejecutivo al suicidio o, finalmente, homicidio concertado con la víctima que desea morir, figura delictiva que requiere inexcusablemente la anuencia del sacrificado (S 15 Dic. 1977).

Constituye la *ratio legis* del precepto la desaprobación objetiva del suicidio por parte del ordenamiento jurídico, por lo que la conducta de favorecimiento o provocación dolosa por terceros se hace acreedora de pena.

El auxilio al suicidio supone una colaboración, una prestación coadyuvante que ofrezca una cierta significación y eficacia en la realización del proyecto que preside a un sujeto de acabar con su propia existencia. Tiene como límite inferior de la tipicidad la existencia de una mínima aptitud o eficiencia de la conducta desplegada por el sujeto activo en orden a la efectividad de los actos desplegados respecto del suicidio ajeno, y como límite máximo la propia ejecución material de la muerte del suicida, lo que llevaría a la aplicación del último inciso del referido artículo, auxilio ejecutivo al suicidio o ejecución material de la muerte consentida. Como ciertamente se señala en la sentencia impugnada, el caso del mero auxiliador, necesario o no, como el del auxilio ejecutivo del suicidio, requieren que la conducta del sujeto activo sea de colaboración prestada a la muerte, en relación de causalidad con su producción y con pleno conocimiento y voluntad de cooperar a la misma, de tal modo que sea el propio suicida el que tenga, en todo momento, el dominio del

hecho, o sea, el sujeto activo no haga otra cosa que cumplir la voluntad libre y espontáneamente conformada y expresamente formulada por quien en todo momento decide su finalización o desiste”.

Esta postura jurisprudencial que, como se observa en su planteamiento descriptivo de los elementos del delito y de la apreciación del nexo de causalidad entre la acción del colaborador y los hechos que determinan la muerte, así como la necesaria acreditación de la voluntad, libre clara e irrevocable del suicida, son perfectamente trasladables, y deben tomarse como referencia cuando ante un supuesto de eutanasia activa directa del art 143.4 CP nos encontremos.

A esta jurisprudencia se vienen remitiendo y aplican las AP, como la de Madrid, sección 29, en sentencia de 30-12-2009, y en la de, también de la AP de Madrid, sección 4, de 15-11-2016 que añade: “En esta figura delictiva la decisión y voluntad de quitarse la vida, por parte de una persona, en la forma convenida previamente, hace que no nos encontremos ante un homicidio, sino ante un delito de cooperación ejecutiva al suicidio. Por lo que tan determinante es la prueba de la decisión previa de suicidarse en aquella forma, lo que hace que la ejecución por parte de la acusada con un acto que es la causa directa de la muerte no sea reputada homicidio, sino cooperación al suicidio. Habiéndose considerado probada la relación causal entre el hecho de prender el fuego y la consecuencia: la muerte.

A este respecto, un sector doctrinal entiende que la aplicación preferente del CP art.143.3 sobre el homicidio ordinario (CP art.138) precisa la concurrencia de un verdadero suicidio, de modo que, al margen de la intervención del tercero, pueda considerarse a la víctima todavía autora de su propia muerte. Aunque otro sector de la doctrina, considera indiferente el grado de intervención del sujeto pasivo en su propia muerte, la cual, se considera ejecutada materialmente por el tercero”.

Y al AP de Zaragoza, sección 6ª, en la sentencia de 19-4-2016 aporta otra serie de extremos que deben ser tenidos en cuenta, no solo para delimitar las acciones delictivas de los tres primeros números del art 143, sino también por la incidencia que tienen en el número 4. “Las figuras contempladas en el artículo 409 del Código anterior se recogen ahora en el vigente artículo 143, párrafos 1, 2 y 3, motivo por el cual la doctrina expuesta es de plena aplicación al presente caso. Decir que el citado artículo 143 vigente, en relación con artículo 409 del Código anterior, ya desde su primera redacción regula en su párrafo 4 una nueva figura que enlaza con la llamada “muerte digna” o la eutanasia y que no es objeto de examen en este proceso pues el hecho enjuiciado ahora queda al margen de ella.

Los hechos son muy claros y no admiten duda alguna, pues desde un primer momento han sido reconocidos por el procesado, que nunca ha negado su participación activa en la muerte de su madre para auxiliarla y cumplir su voluntad de suicidarse. Los hechos probados.....quedan tipificados plenamente en el citado artículo 143.3 que castiga al que prestara una colaboración que llegara hasta el punto de ejecutar la muerte, pues de las propias manifestaciones del procesado se evidencia que esto fue así, ya que fue él quien, ayudando a su madre, le colocó la primera de las bolsas para provocar su asfixia y quien, cuando iniciado el proceso de suicidio y ver que no se producía de forma rápida el fallecimiento, colocó la segunda bolsa en la cabeza de la madre para culminar la acción mortal, cumpliendo de esa forma la voluntad suicida de su madre, pero ejecutándola él en su fase decisiva y letal.

El deseo de suicidarse de su madre consta plenamente probado, no solo por las manifestaciones del procesado, sino también por la nota manuscrita por aquella, nota cuya autoría se ha atribuido a la misma, como ratifica el dictamen pericial caligráfico practicado, estando también corroborado ese deseo por el propio mecanismo ideado por ella para quitarse la vida, mecanismo que incluía una ingesta previa de brandy para alcanzar un primer estado de aturdimiento que facilitara la ejecución de la última fase mediante la asfixia, ingesta de alcohol que llevó a cabo la madre junto con leche para facilitar la toma del licor. Y ese deseo de la víctima de quitarse la vida, plenamente acreditado en este proceso, es un requisito básico para que podamos encuadrar los hechos en una figura del artículo 143.

Como se reitera, no es de aplicación el subtipo atenuado del artículo 143.4, que se basa en la concepción de la llamada “muerte digna” y entra de lleno en la controversia sobre la eutanasia,... Simplemente decir que este subtipo, contempla penas que pueden llegar a ser sensiblemente inferiores a las previstas para los otros supuestos regulados en el artículo 143 y precisa que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, lo que de ninguna manera concurre en el presente, ya que como han declarado los Médicos Forenses con toda contundencia, las úlceras padecidas por la madre eran tratables médicamente para llevarlas a una clara mejoría, pues tenían la apariencia de ser fruto de una diabetes, y los dolores de espalda no consta que fueran insufribles y también eran tributarios de un tratamiento paliativo. Además, como se dijo en reiteradas ocasiones en el plenario, era capaz de llevar una vida normal en su domicilio haciendo las labores de una ama de casa, lo que viene a ser incompatible objetivamente con ese estado exigido por el artículo 143.4, que no es de aplicación.

Finalmente, para terminar con este tema, dejo reseñadas varias sentencias sobre distintas cuestiones en relación con este delito que lo han tratado en diversos aspectos y de forma más o menos tangencial, examinándose incluso si es o no posible ese auxilio por omisión o la tentativa. Y así, se pueden citar de la Audiencia Provincial de Madrid, Sección 29ª, Sentencia 81/2009 de 30 Diciembre 2009, Recurso 4/2009, que trata de un tema de error en el consentimiento de la víctima; del Tribunal Supremo, Sala Segunda, de lo Penal, Sentencia de 13 Diciembre de 1995, Recurso 271/1995; de la Audiencia Provincial de Castellón, Sección 1ª, Sentencia 184/2012 de 10 Mayo de 2012, Recurso 15/2012, sentencia de conformidad; de la Audiencia Provincial de Girona, Sección 3ª, Sentencia 184/2001 de 23 Marzo 2001, Recurso 28/2001; de la Audiencia Provincial de Madrid, Sección 2ª, Sentencia de 15 Febrero de 1990; y de la Audiencia Provincial de Tarragona, Sección 2ª, Sentencia 110/2009 de 25 Marzo de 2009, Recurso 3/2008.

Como conclusión podemos apuntar que para que la colaboración a la muerte de una persona no sea conceptuada como homicidio doloso es necesario que concurren varios requisitos:

- Petición expresa, clara e inequívoca de que se desea la propia muerte.
- Participación activa de un tercero.
- Actividad determinante de ese tercero con hechos que inciden directamente en el resultado fatal.
- Para aplicar el subtipo atenuado del apartado 4, concurrencia de una enfermedad grave que lleva inexorablemente a la muerte o padecimientos incurables y difíciles de soportar.

De estas conclusiones la que presenta mayor problema de acreditación, o son susceptibles de una mayor discusión doctrinal, aún no cerrada, es la voluntad manifiesta, clara y contundente del sujeto, cómo se garantiza que esa voluntad de morir es real y seria y responde única y exclusivamente a su propio deseo, así como si puede ser anticipada, o solo cabe cuando la situación de la enfermedad o padecimientos se plantea. También hay discrepancias sobre la validez de la manifestación de esa voluntad de terminar con su vida prestada por personas que no poseen capacidad natural de juicio para comprender el alcance de su solicitud como son los menores de edad, los pacientes en estado de inconsciencia y los deficientes psíquicos. Y como última cuestión, si esa voluntad aún prestada con todas las garantías,

por persona con plena capacidad de obrar, es no solo válida, sino suficiente para eludir la aplicación del CP

El único referente legal en relación con este tema lo encontramos en el art 11 de la ley 41/2002 de autonomía del paciente con el siguiente contenido:

Artículo 11. Instrucciones previas.

“1. Por el documento de instrucciones previas, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo. El otorgante del documento puede designar, además, un representante para que, llegado el caso, sirva como interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas.

2. Cada servicio de salud regulará el procedimiento adecuado para que, llegado el caso, se garantice el cumplimiento de las instrucciones previas de cada persona, que deberán constar siempre por escrito.

3. No serán aplicadas las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico, a la «lex artis», ni las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto en el momento de manifestarlas. En la historia clínica del paciente quedará constancia razonada de las anotaciones relacionadas con estas previsiones.

4. Las instrucciones previas podrán revocarse libremente en cualquier momento dejando constancia por escrito.

5. Con el fin de asegurar la eficacia en todo el territorio nacional de las instrucciones previas manifestadas por los pacientes y formalizadas de acuerdo con lo dispuesto en la legislación de las respectivas Comunidades Autónomas, se creará en el Ministerio de Sanidad y Consumo el Registro nacional de instrucciones previas que se regirá por las normas que reglamentariamente se determinen, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud”.

Esta redacción nos permite también extraer algunas conclusiones porque al apuntar el nº 3 de ese artículo que no serán aplicadas las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico, en ningún caso sería posible con esa instrucción previa, por

muy documentada que esté, amparar un supuesto de eutanasia activa directa, porque sería contraria esa instrucción al ordenamiento jurídico por estar recogida en el CP como delito.

Y en cuanto a la declaración de voluntad de menores, personas privadas de razón y personas con discapacidad solo cabe en aquellos supuestos de eutanasia pasiva o activa indirecta acudir a los Tribunales, únicos competentes para suplir la falta de capacidad de un sujeto para decidir sobre bienes tan elementales como la propia vida, de hecho ni los padres en uso de la patria potestad pueden decidir sobre tratamientos que supongan la pérdida de la vida de sus hijos, (como ocurre cuando los padres niegan tratamientos por cuestiones religiosas, o de cualquier tipo, sin los que el menor fallecerá irremediamente).

3. DERECHO COMPARADO

España pertenece a la UE, no solo formalmente, sino que por tradición e idiosincrasia está íntimamente vinculada con los países de nuestro entorno de la Europa occidental, cada vez se producen más cesiones de soberanía de los poderes nacionales a los comunitarios, por lo que siempre es un acierto acercarse al análisis que de cualquier temática se ha hecho en nuestro entorno, por eso considero que es conveniente conocer, aún muy sucintamente, cómo se encuentra la regulación en esos otros países de Europa.

Muy resumidamente podemos apuntar que en Italia y Francia la legislación sobre la eutanasia es similar a la española, y la eutanasia activa directa está recogida en los respectivos CP.

En Suiza, Alemania o Austria no se permite tampoco la eutanasia activa directa, pero sí la indirecta o pasiva si el enfermo ha mostrado su voluntad a ello.

Son dos países de la UE los que se salen de esta tónica general, Holanda y Bélgica. Fue Holanda el país pionero en esta regulación con una ley de eutanasia que admite la eutanasia activa si el enfermo se encuentra en una situación con dolor insoportable e irreversible, a petición del enfermo y previa consulta con otro especialista médico que corrobore el pronóstico del médico que está atendiendo al paciente. Bélgica es el otro país que tiene una legislación específica con similar contenido que la de Holanda, también es necesaria la concurrencia de cierta patología muy específica, petición expresa del enfermo y el criterio de dos médicos, si bien en Bélgica se va más allá en relación con las personas a las que puede aplicarse la ley de eutanasia

al incluir a menores, con el consentimiento de los progenitores, o en casos de padecimientos psíquicos.

4. SITUACIÓN ACTUAL

El debate que entraña la eutanasia está en la calle, en los últimos años casos tan mediáticos como el de Ramón Sampedro, o el más reciente de M^a José Carrasco, han creado un debate sobre esta cuestión que traspasa círculos profesiones como el sanitario y el jurídico, y se ha convertido en una controversia social ante la disparidad de criterios y sensibilidades sobre el tema, un tema plagado de aristas y de connotaciones éticas, religiosas y humanas.

El caso de Ramón Sampedro llegó al TEDH, que mantuvo la desestimación de su pretensión de que quería poner fin a su vida, pero necesariamente tenía que contar con la ayuda o participación de otra persona ante la tetraplejía que sufría. EL TEDH, siguiendo al TC, examinó esa pretensión desde la óptica de la colisión de entre el Derecho a la propia vida, siendo el Estado garante de ello, recogido en el art 15 CE, y de otro, el derecho a la dignidad de la persona y al libre desarrollo de su personalidad, (art 10 CE y 14 CEDH)

La situación legal que estaba vigente cuando fue estudiado este asunto es la misma que en la actualidad, por lo que en principio la misma negativa a la posibilidad legal de una eutanasia activa directa sigue sin ser posible conforme al vigente CP y demás legislación.

El 3 de mayo de 2018 el PSOE registró en el Congreso de los Diputados una proposición de LO de regulación de la Eutanasia. Era la primera vez que en nuestras Cortes se podía tomar en consideración una iniciativa legislativa que pretende convertir la eutanasia en un derecho al que se pueden acoger los ciudadanos dentro de la sanidad pública.

La eutanasia se plantea como una prestación más en la cartera de servicios comunes del SNS, sin bien siempre que concurren con una serie de circunstancias:

1. - Los pacientes han de encontrarse en alguna de estas situaciones:
 - una discapacidad grave.
 - un sufrimiento físico y psíquico “intolerable, insoportable e irreversible”.
 - una altísima dependencia de otras personas.

2. - Petición clara y expresa del paciente, previa información por un profesional médico.
3. - Dos médicos deberán avalar esta petición, mencionando expresamente que nos encontramos en alguna de las tres primeras situaciones.
4. - Creación de un comité ético en cada CCAA que deberá comprobar que se dan todos los requisitos establecidos.

Este comité estará compuesto por médicos, juristas y profesionales de reconocido prestigio y tendrá la última palabra.

También establece esta proposición de ley que todo el proceso expuesto no podrá tener una duración superior a 32 días desde la petición inicial.

La propuesta socialista fue aceptada su toma de consideración en el mes de junio de 2018, si bien está desde entonces paralizada en la mesa del Congreso. La convocatoria adelantada de las elecciones generales y la disolución de las Cortes, mantiene en ese trámite esta propuesta sin haber pasado a comisión para su posterior debate parlamentario.

Con independencia de lo que el desarrollo de los acontecimientos vaya marcando, a los solos efectos dialécticos y jurídicos sí apuntaré la necesidad de claridad y concisión porque solo de esa forma el ciudadano, los profesionales y la sociedad en general, tendrán seguridad jurídica. La proposición de ley incluye una reforma del CP, suprimiendo el nº 4 del art 143 CP, si bien subsisten los tres primeros párrafos, esto es, la inducción y ayuda al suicidio seguirá siendo delito, y además ello implicará que, al menos la reforma de ese precepto deba de ser Ley Orgánica con la mayoría cualificada que ello implica.

Otro de los aspectos esenciales que seguro serán objeto de prolijos debates, una vez que esta proposición, u otra sobre esta materia, acceda al Congreso, será la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios, que también recoge la propuesta pendiente de debatir, pero que no se desarrolla.

El art 12 del borrador recoge

“Ejercicio del derecho a la objeción de conciencia por las y los profesionales sanitarios implicados en la prestación de la ayuda para morir

2. Las administraciones sanitarias autonómicas crearán un Registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la ayuda para morir, en

el que se inscribirán las declaraciones de objeción de conciencia para la realización de la misma.

3. Este Registro tendrá por objeto facilitar la necesaria información a la Administración Sanitaria para que esta pueda garantizar una adecuada gestión de la prestación de ayuda para morir”.

Esta propuesta de regulación ya ha sido criticada en ciertos ámbitos médicos o de bioética como el Observatorio de Bioética del Instituto de Ciencias de la vida de la Universidad católica de Valencia en un artículo publicado el 5-11-18 en el que recogen: “se promueve crear una “lista negra” de facultativos no favorables a la eutanasia, que, sin duda, puede ser utilizada posteriormente para la adjudicación de puestos de trabajo o progresión profesional en cualquier sentido. Ello obliga a una actitud valiente por parte de los médicos, que muchos no adoptarán por no significarse ante la Administración, y así se podrá esgrimir que “apenas existen unos pocos objetores”.

Sea de una forma u otra lo que hay que evitar es una inseguridad jurídica para los profesionales sanitarios que ya han mostrado su preocupación por cómo se ha recogido esa objeción de conciencia en la LO 2/2011 en relación con la interrupción voluntaria del embarazo. El Comité de bioética de España ha expuesto la conveniencia del desarrollo de esa objeción ofreciendo como motivos que es conveniente:

- a) para garantizar los derechos de los usuarios y pacientes del sistema público;
- b) para aportar seguridad jurídica a los objetores y a los centros sanitarios;
- c) para establecer cuándo y de qué manera la objeción responde realmente a ese ejercicio de la libertad ideológica y religiosa que la Constitución ampara.

Los argumentos sobre todos los aspectos de la eutanasia en uno y otro sentido están encima de la mesa. Hay legislaciones de derecho comparado con diversas opciones legislativas, con aplicación y experiencia práctica. Hay recopilación de opiniones profesionales médicas, jurídicas, religiosas, éticas, o simplemente humanas. Hay que hacer una puesta en común, hay que ponderar y razonar todos y cada uno de los aspectos transversales de esta situación y llegar a una conclusión, mientras tanto, solo podrá pedirse y exigirse a los profesionales y a la sociedad que se atengan y apliquen la ley, que es la única manifestación de la voluntad popular mayoritaria conocida y consensuada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Diego Zapatero Méndez, artículo publicado en el Diario La Ley, en el nº 9032 de 1 de septiembre de 2017
- Sentencia del TS de 23-11-1994
- Sentencia de la APde Madrid, sección 29, de 30-12-2009
- Sentencia de la AP de Madrid, sección 4, de 15-11-2016
- Sentencia de la AP de Zaragoza, sección 6ª, de 19-4-2016
- Sentencia del TS de 13 Diciembre de 1995,
- Sentencia de la AP de Castellón, Sección 1ª, de 10 Mayo de 2012
- Sentencia de la AP de Girona, Sección 3ª, de 23 Marzo 2001
- Sentencia de la AP de de Madrid, Sección 2ª, de 15 Febrero de 1990
- Sentencia de la APde Tarragona, Sección 2ª, de 25 Marzo de 2009
- Ley 41/2002 de 14-11 Básica reguladora de la Autonomía del Paciente
- Artículo publicado el 5-11-18 por el Observatorio de Bioética del Instituto de Ciencias de la vida de la Universidad católica de Valencia
- LO 2/2010 de 3-3 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

**¿QUIÉN DEBE DECIDIR?
EL PRINCIPIO DE LA AUTONOMÍA DE
LA VOLUNTAD Y SUS LÍMITES**

Juan Calixto Galán Cáceres

Fiscal Jefe de la Fiscalía Provincial de Badajoz

1. LA DIGNIDAD PERSONAL Y AUTONOMÍA DE LA VOLUNTAD. SU ENTRONQUE Y RECONOCIMIENTO JURÍDICO.

Es indudable que la filosofía, la moral y el derecho convergen en una problemática poliédrica respecto del concepto de la salud de la persona, y de modo crucial en cuanto a la reivindicación al presunto derecho a morir en el culmen del máximo ejercicio de la autonomía de la voluntad personal.

Aunque luego nos ocupemos de un modo más singularizado de la autonomía de la voluntad personal y el derecho a decidir en las cuestiones capitales sobre su vida y su salud, nos resulta imprescindible partir del valor de la dignidad que se nos muestra como un bien jurídico superior de máximo relieve constitucional en cualquier sociedad avanzada, como afortunadamente lo es la que integra el estado español.

Así, en nuestra Carta Magna se recoge: *“Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral...”* y de modo directo, a la vez que inspirador en el Título I de la propia Constitución, cuando con acierto se afirma en el Artículo 10.1: *“La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social”*.

En tal sentido, queremos rescatar ahora por ser procedente lo que ya expresamos en nuestro Libro sobre las *“Instrucciones previas. Una reflexión crítica”* en el año 2.015 cuya autoría tuve la fortuna de compartir con el Dr. D. Mariano Casado, quien igualmente participa también en esta obra a propósito de proporcionar un concepto personal de la dignidad humana entendiéndola como la *“cualidad del que se hace valer como persona, y se comporta con responsabilidad, seriedad y con respeto hacia sí mismo y hacia los demás y no deja que lo humillen ni degraden”*.

¿Está incluido en este inicial concepto de dignidad a través del ejercicio de autodeterminación el derecho de acabar con mi vida? ¿Puedo exigir que otra u otras personas colaboren o finalicen de modo directo o indirecto con mi vida?

Ciertamente estas preguntas pueden tener múltiples respuestas en función de los diversos planos de enfoque de los límites de la autodeterminación personal y las diferentes perspectivas que se sustenten en torno a la protección material y jurídica de la vida, pues no en vano el planteamiento moral y filosófico adoptado, como a continuación veremos, determinará el contenido y los límites, no sólo del derecho a decidir del paciente, sino también la posición jurídica en cuanto a su impunidad o

castigo de aquellos terceros que participen propiciando el resultado querido por la personal decisión del paciente.

2. EL PROCESO NATURAL DE LA VIDA Y LAS INTERFERENCIAS PERSONALES EN SU FINALIZACIÓN.

Sin ánimo de realizar ningún alarde filosófico, la vida se nos muestra como un don natural. Adquirimos la vida y el control de nuestra persona de un modo involuntario. No hemos decidido nacer ni evitarlo porque son actos ajenos a nuestra concepción personal. Biológicamente somos seres vivos porque nuestros progenitores nos han creado, y vivimos y participamos de un modo ya formado, donde a menudo nuestra autonomía personal no basta ni es suficiente para elegir lo que deseamos, ni siquiera nuestros propios destinos en lo más esencial del desarrollo vital.

En principio, se nos proporciona una vida para ser vivida. El poeta ruso Ossip Mandelstam cuando iba a ser deportado al GULAG donde finalmente falleció afirmaba entre otros extremos: *“La vida es un don... La obligación del hombre es vivir, no ser feliz”*

¿Existe pues una obligación de vivir a toda costa? La respuesta para nosotros no es unívoca, antes, al contrario, está repleta de matices, especialmente en las situaciones de máximo sufrimiento y de sublime degradación de la condición humana.

Es verdad que la vida es un regalo y debe ser vivida con plenitud, pero sucede que cuando la irreversibilidad del sufrimiento es una realidad incontestable, puede ser razonable que una persona desea acortar o eliminar la tortura de modo definitivo, y la clave del debate es sin duda, ¿Qué respuesta debe proporcionar el derecho a determinadas situaciones donde la medicina únicamente puede mantener la vida solo artificialmente, o en un proceso de deterioro irreversible donde la persona, por su inevitable sufrimiento, no desea continuar viviendo?

Compartimos la afirmación de Kary Arriens, cuando afirma que *“la integridad moral hace referencia al derecho de cada ser humano a desarrollar su vida de acuerdo a sus convicciones.”*

Se configura pues la autonomía de la voluntad como la máxima expresión del derecho personal e intransferible a la *“autodeterminación personal”* en las decisiones que el individuo adopta en el decursus vital, incluido el apartado de sus atenciones sanitarias presentes y futuras. ¿Y en relación con su muerte, o con acortar su vida? ¿Existen límites a la decisión personal?

Resulta curioso y anecdótico que precisamente en los planteamientos del filósofo Kant se contienen dos elementos de significativa importancia. Por un lado, sus conocidas conclusiones en relación con el principio de justicia universal al que anuda necesariamente el axioma general de conservación y protección de la vida que rige con carácter universal en cualquier sociedad equilibrada donde los ciudadanos gocen de una conciencia sana y de una capacidad mental no autodestructiva, y de otra parte se desprende de las teorías kantianas, especialmente en su libro *“Crítica de la razón práctica”*; *que la voluntad racional es esencial en el ser humano, es fuente del derecho, no hay que tratarla como un medio, sino como un fin en sí mismo, y precisamente en este sentido, es hacedora de la ley universal pues es creadora en sí misma de las propias leyes morales universales*, de tal modo, y suscribimos plenamente este planteamiento por ser esencial en todo el planteamiento de la cuestión *“no obrar nunca sino según una máxima que pueda ser sin contradicción ley universal”*.

Pensamos que es evidente que Kant reconociendo al ser humano como libre y voluntario realiza en sus afirmaciones un planteamiento general sobre la vida, consolidado en sus planteamientos sobre justicia universal en clara defensa de la humanidad, con una consecuencia evidente, el suicidio como regla general, ni debe ser alentado, ni promovido por las voluntades individuales para que de modo concurrente se garantice la defensa de la vida.

Por ello mantiene una posición rotunda al suicidio ya que se trata de un acto contrario para el deber con uno mismo, y transgrede categóricamente la ley universal, y así afirma textualmente; *“Pronto se advierte que una naturaleza cuya ley fuera destruir la propia vida por esa misma sensación cuyo destino es impulsar el fomento de la vida se contradeciría a sí misma y no podría subsistir como naturaleza, por lo que aquella máxima no puede tener lugar como ley universal”*

Como recoge Fernández Treguerres, Epicúreos, Estoicos, Hume y Voltaire se manifestaron a favor y comprensivos con el suicidio.

Es obvio que la perspectiva vital epicúrea es franca e interesadamente utilitarista y no es compatible con las contrariedades que desgraciadamente a diario se manifiestan en el discurrir humano.

Siguiendo con las reflexiones de F. Treguerres resulta muy impactante la expresión de Plinio quien afirma: *“Dios, aun cuando quisiera –leemos en la Historia natural– no podría darse muerte y ejercitar ese privilegio que concedió al hombre en medio de tantos sufrimientos de la vida”*.

Sin entrar en profundidades escabrosas y de difícil salida, la primera respuesta a la brillante manifestación de Plinio el Viejo (Filosofo romano del Siglo I D.C.) es que si el dudoso privilegio existe sería por obra y gracia de Dios Creador, quien, si todo lo puede, no sólo podría negar esa facultad “ad hominis”, sino también aniquilar su propia existencia en la infinitud de su poder.

Es cierto también, que el controvertido derecho a morir se encuentra en España muy probablemente en el punto más álgido de su debate, como lo demuestra el dato de la presentación reciente de más de un millón de firmar en las Cortes para una regulación urgente de las prácticas eutanásicas, y ciertamente lo han avivado determinados y lamentable sucesos del fallecimiento de personas con una evolución degenerativa que en ocasiones ha encontrado la colaboración de un familiar o allegado para impulsar la finalización de su vida.

Es cierto que la muerte se percibe, pero lo hacemos con una mirada del ajeno a través siempre de la muerte de otro, por eso coincido plenamente con José Miguel Serrano Ruiz Calderón *¿Existe el derecho a morir? Universidad Complutense de Madrid, Españajmruizcalderon@gmail.com*⁴.-en que el hombre percibe la muerte a través de su amenaza y muy sustancialmente a través de la muerte del otro. Con la muerte del otro se descubre la banalidad de la afirmación de Epicuro: *“Meneceo la muerte está entre nosotros, aunque sea por el temor de que los seres amados desaparezcan con nuestro recuerdo, como señaló con más acierto San Agustín”*.

La muerte se oculta como se oculta la vejez según una muy adecuada observación de Robert Redeker. El viejo disfrazado de adolescente, “el mayor” debe pasar de una juventud cosmética a desaparecer, de la forma más rápida e indolora posible. De esta forma la muerte deja de ser un acontecimiento para el que nos preparamos, ya no nos preparamos ni para nuestra muerte ni para la muerte ajena.

La medicina, afortunadamente, vive en estos momentos una extraordinaria sofisticación del soporte vital que ha permitido en muy pocos años incrementar la esperanza de vida hasta cotas inimaginables hace muy escaso tiempo. Recientemente ha publicado la prensa (<https://www.publico.es/sociedad/longevidad-espana-sera-pais-mayor-esperanza-vida-estudio-universidad-washington.html>) indica que España será el país con mayor esperanza de vida en el año 2.040, según un Estudio del Instituto para la Métrica y Evaluación de la Salud de la Universidad de Washington (EEUU) que apuntan que los españoles tendrán una esperanza de vida de 85,8 años en 2040, “si continúan las tendencias de salud recientes”. Actualmente, los ciudadanos españoles viven 82,9 años de promedio

Y retomando precisamente al Profesor Serrano en una afirmación de envergadura, pero de amplio calado psicológico expresa *“El derecho a morir es realmente el derecho a eliminar las vidas sin sentido. Pues en su contenido es el derecho a la muerte medicamente administrada; como un elemento final del tratamiento. La apuesta es peligrosa pues el número de vidas sin sentido para uno mismo o para otros es ilimitado”* y añade igualmente en relación con lo anterior en palabras de Radecker :*Detrás de la filantropía para evitar demasiado sufrimiento a los enfermos que hay que matar, o para ayudarles a partir dos fenómenos se ocultan: la psicología del débil que tiene miedo a sufrir viendo sufrir, y el odio estético de un determinado estado del hombre, la repugnancia ante un estado físico y mental alejado de la imagen que nuestro mundo difunde del hombre”*

Estas manifestaciones nos sitúan directamente en que el planteamiento de la cuestión presenta dos aristas esenciales, la disposición o el impulso de facilitar o proporcionar la muerte a los demás desde el *exterior*, y en segundo lugar, la decisión del sufriente y el deseo de acabar con su propia vida con inmediatez.

El gran enigma del entendimiento, acceder a colaborar o consentir intencionadamente mediante omisión de lo debido a la muerte de otra persona ¿Es un homicidio médico, familiar o de amistad? O es sin embargo un ejercicio de compasión y de dignidad personal.

El suicidio propio no es obviamente no castigable ya que no existe sujeto activo de ningún delito. Pero en la colaboración de las muertes ajenas ¿Hasta dónde llega el manto de la justificación solidaria y compasiva?

¿Debemos tratar del mismo modo la eutanasia activa que la pasiva y el suicidio médicamente asistido?

Ciertamente son múltiples interrogantes para diversas respuestas que no dejan de ser contestaciones del ser humano acordes con sus planteamientos vitales, religiosos, y filosóficos.

Somos conscientes de que las soluciones no son unívocas ni satisfactorias para todos, pero el desarrollo legal y los límites de la autonomía de la voluntad es muy probable que nos conduzcan a respuestas sensatas y mesuradas en un puzle que cada día se complica aún más ante una realidad que se nos presenta en ciertas ocasiones, interesadamente distorsionada, según cada perspectiva para abordar planteamientos más o menos radicales que al final pueden ser respuestas fallidas para una parte importante del tejido social.

3. LA AUTONOMÍA DE LA VOLUNTAD. UNA EXPRESIÓN SINGULARIZADA DEL DERECHO PERSONAL A DECIDIR MI REALIDAD VITAL.

Con independencia de antecedentes más remotos el reconocimiento pleno de la autonomía del individuo sobre la disposición de su salud y de todo lo concerniente a la misma encuentra su reconocimiento legislativo en el año 2.002, mediante la Ley nº41 de ese año que entró en vigor el 14 de mayo del 2.003.

Llevamos pues 16 años desde esa regulación donde precisamente el establecimiento del consentimiento informado del paciente y la existencia de las instrucciones previas son dos de las principales consecuencias legales, generando la problemática de la información del paciente y su expresión escrita un objeto procesal de notable litigiosidad.

Es imprescindible recordar la regulación legal al respecto para poco a poco ir desggranando algunas deducciones que son consecencialmente directas al propio ejercicio de autodeterminación personal.

Es preciso recordar que el consentimiento informado se regula en el art. 8 de la Ley 41/2.002, y es evidente que para decidir y consentir hay que estar informado, y ello entra dentro de las posibilidades del paciente de no aceptar un tratamiento médico que puede ser indispensable para la continuidad de su vida, y sin embargo no ser asentido por las razones que estime conveniente.

La segunda introducción verdadero calado y de máxima expresión autodeterminativa en la libertad personal es la regulación de las llamadas Instrucciones Previas, que es la expresión de la voluntad consciente e independiente de una persona sobre los aspectos principales de su salud, precisamente para cuando llegue un determinado momento en que esta persona no va estar en condiciones de tomar alguna decisión al respecto porque su estado de salud no le permite comprender o elegir lo que él personalmente entiende que puede ser más conveniente para su propia salud .

Hay por tanto una clara anticipación de nuestros deseos en materia de salud, pero siempre respetando la legislación vigente y la buena praxis médica ya que las indicaciones que expresamente se formulen en ese documento y que sean contrarias a la ley, o al correcto ejercicio profesional, se tendrán por no puestas al no ser aplicadas.

Así, sin abordar el contenido íntegro del precepto, nos interesa particularmente el párrafo 3 del art. 11 de la Ley 41/2.002 que expresa:

3. *No serán aplicadas las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico, a la «lex artis», ni las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto en el momento de manifestarlas. En la historia clínica del paciente quedará constancia razonada de las anotaciones relacionadas con estas previsiones.*

Es sabido que en nuestro país un número importantes de personas en nuestro país, -si bien muy escaso en cuanto a la media poblacional, alrededor de un 0,6 %- han realizado las Instrucciones Previas (en adelante IP). Muchos de ellos son precisamente seguidores de la Confesión de Testigos de Jehová.

Sería muy extenso de abordar los conflictos de las transfusiones sanguíneas en relación con los practicantes de la confesión religioso de los testigos de Jehová, quienes disponen expresamente en sus IP que rechazan absoluta y terminantemente la práctica de esa transfusión, aunque lo paguen con su propia vida.

En este sentido hay algunas resoluciones como la de la Audiencia Provincial de Guipúzcoa que revoca la del Juzgado nº 3 de San Sebastián cuando con motivo de una transfusión esencial para salvar la vida del paciente el propio Juzgado autorizó al médico a realizarla contra la voluntad del paciente que había expresado en sus Voluntades Anticipadas que se oponía expresamente a ello, cuando sabía que la transfusión era muy probable en la intervención quirúrgica que le iban realizar los profesionales sanitarios, y conocía unos riesgos en tal sentido de los que había sido debidamente informado.

Pues bien, la Audiencia en una resolución meramente testimonial (pues la transfusión se había hecho por el mandato judicial) tilda de contraria a derecho el Auto del Juez expresando básicamente que: “ ... *Y en este caso, el apelante expresó su voluntad consciente a no recibir un determinado tratamiento incompatible con su religión, decisión que no afecta a la salvaguardia de la seguridad, de la salud y de la moral pública, como elementos del orden público protegido por la ley, y que por lo tanto debía ser respetada.*

En idéntico sentido se manifiesta el Auto de la Audiencia de Lleida (Sec. Penal) de 25 de enero de 2.011 en otro supuesto similar expresando textualmente : *En tales supuestos ha de resultar francamente difícil para los profesionales médicos mantener una actitud pasiva que, a la postre, pueda desembocar en el fallecimiento del paciente que no acepta la transfusión y probablemente por ello la propia Ley 41/2002 EDL 2002/44837 (art. 21) ha previsto para estos casos la posibilidad del alta voluntaria, pudiéndose disponer el alta forzosa si la misma no fuera aceptada por el*

paciente... Pero en todo caso establece que la imposición del paciente es obligatoria y vinculante para los médicos, con una clara transgresión del Art 11.3 de la Ley 41/2.002 como ya hemos expresado anteriormente

Y es que el cambio en la estimación jurisprudencial es muy apreciable con la tan repetida sentencia 154-2002 del TC ha abierto una seria brecha, y un antes y un después en el planteamiento de la cuestión, así, se trasluce de modo evidente en el Auto del Juzgado nº 4 de Guadalajara de 8 de noviembre de 2.014 (destacado en la reseña de jurisprudencia escogida por el Consejo General del Poder Judicial), donde el Juez se manifiesta respetuoso con la decisión del paciente (testigo de Jehová) de no ser transfundido, pese a estar seriamente comprometida su salud,.

Casos similares y que consolidan esta posición de las Audiencias Provinciales lo tenemos en el Auto de la Audiencia de Vizcaya (Sección 2ª) de 26 de Marzo del 2.018, concediendo plena preeminencia a la voluntad del paciente.

Ahora bien, nosotros discrepamos seriamente de esta línea de actuación, pues los médicos apuestan por el derecho a la vida en la medida en que el paciente se encuentra bajo el ámbito directo de la asistencia sanitaria, y en la mayoría de las ocasiones ni siquiera tiene capacidad de decidir, y el art. 11.3 de la Ley 41/2002 es francamente claro en cuanto a que las condiciones que se impongan en las IP contrarias a la *lex artis* no serán aplicadas, y no lo decimos nosotros, sino la propia ley en su expresión más auténtica y literal, por lo que con todo el respeto, los razonamientos esgrimidos por las Audiencias Provinciales para deslegitimar la acción del Juez autorizante, y por ende de los propios médicos actuantes, no es correcta, ya que el no realizar sanitariamente una transfusión imperativamente ordenada por la *lex artis ad hoc* porque la desautorice una expresión del paciente en la IP, es contrario a derecho, e insistimos no debe ser aplicada con plena preponderancia del derecho a la vida., como muy claro ya lo dejó establecido la Jurisprudencia del Tribunal Constitucional en la Sentencia 120/1.990 en el caso de huelga de hambre de un terrorista, en el que se afirmó expresamente en que no existe el derecho a la muerte, y máxime teniendo en cuenta precisamente el ámbito de tutela pública que supone un paciente encerrado en un centro penitenciario.

Esta jurisprudencia sufre matizaciones en la Sentencia del Tribunal Constitucional de 28 marzo del año 2011 cuando expresa: *“es preciso reconocer una facultad de autodeterminación que legitima al paciente, en uso de su autonomía de la voluntad, para decidir libremente sobre las medidas terapéuticas y tratamientos que puedan afectar a su integridad, escogiendo entre las distintas posibilidades, consintiendo su*

práctica o rechazándolas», la cual sería «precisamente la manifestación más importante de los derechos fundamentales que pueden resultar afectados por una intervención médica: la de decidir libremente entre consentir el tratamiento o rehusarlo, posibilidad que ha sido admitida por el TEDH, aun cuando pudiera conducir a un resultado fatal (STEDH de 29 de abril de 2002, caso Pretty C. Reino Unido, § 63), y también por este Tribunal (STC 154/2002, de 18 de julio, FJ 9).

Nosotros entendemos que efectivamente el rechazo al tratamiento o las atenciones médicas que sean procedentes deben realizarse a través del alta voluntaria, prescindiendo de los servicios sanitarios y evitando no situarse en un escenario de conflicto vital con los profesionales médicos, pues en estos casos al filo de la navaja, la obligación del médico es advertir al paciente y familiares de que no se va a infringir la *lex artis* por el exclusivo deseo del paciente, salvo que el médico esté dispuesto a dejar morir al paciente en cualquier intervención que precisará la sangre, lo cual desde cualquier perspectiva esencial de deontología médica resultaría inadmisibles, y por supuesto le concede plena capacidad de formular objeción de conciencia a los servicios requeridos. Pensar de otro modo supone participar directamente por omisión en la muerte del paciente, personal y psicológicamente reprochable, incluso aunque jurídicamente no tuviese consecuencias.

Debemos recordar que en la Sentencia 154/2.002 el Tribunal Constitucional concede amparo a unos padres de un menor de 13 años al que no consintieron que se realizara la transfusión sanguínea exigida luego de una hemorragia por una caída de bicicleta. El Tribunal Supremo mediante sentencia firme condenó a los padres por un delito de imprudencia con resultado de muerte. El TC sin embargo estimó que el derecho de autodeterminación y de libertad religiosa obraban como una causa de poderosa justificación.

El asunto tuvo tanta trascendencia que posteriormente la Fiscalía General del Estado publicó la Circular 1/2012, de 3 de octubre, sobre el tratamiento sustantivo y procesal de los conflictos ante transfusiones de sangre y otras intervenciones médicas sobre menores de edad en caso de riesgo grave, y de estas por su importancia queremos resaltar sus Conclusiones 4ª y 5ª en el sentido de la necesidad de contar con el Juez de Guardia y con el Fiscal en aquellos casos en que el conflicto pueda causar daños a su salud, y muy especialmente cuando esté en juego su propia vida

El asunto, en estos momentos llega más allá en el plano de las prestaciones de la cartera sanitaria, ya que incluso se ha reconocido el derecho de exigir una intervención quirúrgica en una hospital que prescinda de la sangre transfundida, como es el

caso de una paciente de Cataluña donde por Sentencia del TSJ de Cataluña, Sección 4ª de 5 de julio de 2.017, se le reconoce a la actora (Testigo de Jehová) la cantidad de casi 23.000 Euros por no haber costado una intervención quirúrgica de carácter cardíaco que se tuvo que pagar la paciente en un centro privado al negarse la administración sanitaria catalana a realizar la intervención con ausencia de transfusión sanguínea.

4. LA EUTANASIA EN EL HORIZONTE.

Mi querido compañero, amigo, sabio e ilustre Fiscal, Miguel Martín Gómez en un trabajo publicado en la Revista “La Ley nº 3 de 1.992 con el también compañero José Luis Alonso Tejuca, definían la Eutanasia de modo general como *“aquella conducta o comportamiento tendente a la cesación o mitigación de los sufrimientos de otra persona, cuando tal conducta o comportamiento implica necesariamente el apresuramiento o la producción directa de la muerte del doliente”*

Recogiendo las palabras de una Editorial del Diario “El Mundo” de fecha 6 de abril del 2.019 bajo el sugerente título “Eutanasia ¿De qué se trata?” en la misma se expresaba *“Y en España, cuando todavía al 50 % de los enfermos terminales no les llegan los cuidados paliativos, cuando todavía no llegan los presupuestos para implementar los derechos que fijó la tan necesaria Ley de Dependencia de 2006, ¿vamos a aprobar el derecho a morir como solución a los enfermos terminales y a las personas con discapacidad grave crónica?”*

El consenso internacional aboga por la extensión de los cuidados paliativos, como establecen Recomendaciones del Consejo de Europa de 1999 y de 2003. La generalidad de los países ha descartado la idea de un derecho a la muerte. Y nuestro Tribunal Constitucional dice al respecto que sólo se podría hablar de “un libre actuar”, pero no de un derecho que obligue a una actuación de los poderes públicos para su consecución. Si aun así se quiere seguir adelante con esta regulación, es imprescindible dejar nitidamente fijados los contornos de las situaciones que regula.

Básicamente comparto estas líneas de argumentación ya que abrir en canal la manzana de la eutanasia, especialmente en la modalidad de eutanasia activa o directa es asumir un riesgo de extraordinarias dimensiones, incluso desde la propia perspectiva del suicidio médico asistido debiera afrontarse de modo muy excepcional y en supuestos de una fundamentación y justificación incontestables.

Afrontar cualquier normativización de la eutanasia implica a buen seguro despenalizar lo que ahora es delito en el art. 143 del código penal en las formas de cooperación ejecutiva y colaboración que prevé dicho precepto penal.

Somos conscientes de que la presión social es francamente elevada, pero desde los servicios paliativos de cualquier hospital nos aseguran que en realidad detrás del propósito eutanásico, en la mayoría de las ocasiones, en realidad lo que los ciudadanos pretenden es evitar el sufrimiento y llegar a su extinción vital del modo más sosegado e indoloro posible. Por lo que las estadísticas en tal sentido pueden resultar verdaderamente engañosas.

Nuestro querido amigo Miguel Angel Cuervo, del Servicio de Medicina Paliativa del Hospital Universitario de Badajoz y excelente estudioso con amplia experiencia en esta materia con el que hemos compartido en varias ocasiones tribuna didáctica, me expresaba cuan cambiante son los propósitos de los enfermos cuya muerte está más o menos próxima.

En muchas ocasiones el paciente se revela contra los síntomas refractarios de su enfermedad que son especialmente gravosos (apnea, tos, angustia, insomnio...) y es suficiente que aquellos sean controlados para que su deseo vital emerja de nuevo. Del mismo modo que otras veces el paciente que quiere morir cuanto antes, cambia su pensamiento porque surge en el horizonte inmediato una buena noticia que le acciona o le motiva (por ej. el nacimiento de un nieto, la llegada de un familiar con el que no se tenía contacto...) u otros elementos que le hacen variar de opinión en su perspectiva vital.

Lo dramático del suicidio como muerte buscada intencionadamente es su irreversibilidad. ¿Cuántos suicidas hubieran podido cambiar de opinión por aquella o esta razón poco después de su muerte? El derecho debe ser protector de las personas en todas sus dimensiones, y la tentación eutanásica cuya realidad parece inminente debe ser extremadamente cauta. Convertir a las Instrucciones Previas con carácter general como un billete de entrada para la eutanasia nos parece un error de formidables dimensiones.

Tenemos en el derecho comparado múltiples regulaciones admisivas de las tesis eutanásicas: Holanda, Bélgica, Suiza, Luxemburgo, Canadá, Colombia Oregón, Washington, Montana Vermont y California son los países que tienen una normativa expresa.

Los parámetros de inmediatez de la muerte y del sufrimiento intolerable del paciente son habitualmente manejados por las legislaciones en orden a la estimación legal

de la eutanasia. Holanda que en este momento puede afirmarse que es el estado más “avanzado” al respecto, hay que poner de relieve que se deniegan 2/3 partes de las eutanasias solicitadas y en los menores hasta los 16 años deciden los padres o tutores, aunque a juicio de muchos el último criterio admisible de sufrimiento psicológico insoportable ha abierto una muy peligrosa brecha por donde se cuelan casos francamente discutibles.

5. CONCLUSIONES.

1. El paradigma de la autonomía de la voluntad personal no ha sido concebido ni creado para favorecer la autodestrucción personal. Antes al contrario, es el verdadero motor del ejercicio de la libertad humana en orden a la libre elección de decisiones que impulsan un proyecto vital para ser dignamente vivido.

El estado debe plantearse muy seriamente sus políticas de apoyo a la dependencia que en este momento son francamente deficientes en orden a la atención de los enfermos más vulnerables y con mayor necesidad de apoyo. Esto no es solo una exigencia de la sociedad del bienestar sino apoyar directamente el derecho constitucional a la salud con las ayudas familiares que sean necesarias. Muchos de los supuestos proclives a desear la eutanasia parten de una expresa desatención al paciente que lastra, humilla e invade de desesperanza al paciente y a sus familiares.

2. El esfuerzo en la medicina paliativa debe multiplicarse geométricamente ya que, según las estadísticas, desgraciadamente, la medicina paliativa en toda su extensión no llega ni siquiera al 50% de la población. Ello es fundamental, ya que la última etapa de la vida el paciente no puede vivirla en un marco de dolor, angustia y sufrimiento. La tendencia favorable a la eutanasia disminuiría considerablemente si todos los enfermos estuvieran surtidos de profesionales y tratamientos para mitigar el dolor y los síntomas más gravosos de la enfermedad. Todos los que hemos vividos situaciones de pacientes en fase paliativa sabemos lo esencial de estas prestaciones. Negar la evidencia es consentir la fatalidad de desear morir por la vía rápida antes que esperar un final tranquilo y sosegado.
3. La eutanasia, si por fin se aprueba, ya que todo apunta a esa realidad – en nuestra opinión - debe tener una regulación muy limitada, excepcional y reducida a casos de sufrimientos muy prolongados en el tiempo, especialmente

para los grandes enfermos neurológicos, con nula capacidad de esperanza vital y expresa, libre y conscientemente solicitados por el paciente con determinación, fundamentalmente por escrito a través de las correspondientes Instrucciones Previas y sin presión, ni protagonismo familiar alguno, por lo que esta voluntad del paciente debe seriamente averada por profesionales médicos, psiquiátricos y por una comisión de bioética que en estos momentos debiera ser obligatoria y presente en todos los centros hospitalarios.

4. En relación con el apartado anterior, y en ese régimen de excepcionalidad, si se apostase por esta opción debiera hacerse desde la perspectiva exclusiva de la colaboración médicamente asistida, evitando y penalizando cualquier fórmula de cooperación o colaboración ajena, debiendo tener al respecto, y sin cortapisa alguna todos los médicos el pleno derecho a la objeción de conciencia a realizar esa práctica compasiva asistida.
5. Para evitar los gerontocidios y lo que algunos autores llaman la eliminación de las “vidas sin sentido” los planteamientos eutanásicos así formulado deben ser de una evaluación muy estricta y restrictiva para no abrir una puerta de consecuencias funestas e impredecibles. En tal sentido desde la administración, con carácter general debe realizarse una política informativa en materia de instrucciones previas, expresando en todo caso- si se aprobase legalmente- los requisitos y la extraordinaria excepcionalidad de la eutanasia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Las instrucciones previas. Una reflexión crítica. JC Galán Cáceres y M Casado Blanco. Distrib: PubliDiex.
- Fernández Treguerres en la Revista Catoblepa nº 9 años 2.002 (<http://www.nodulo.org/ec/2002/n009p03.htm>).
- Aproximación jurídica al problema de la eutanasia. M. Martín Gómez y JL. Alonso Tejuca. Revista “La Ley “nº 3 de 1.992
- José Miguel Serrano Ruiz Calderón ¿Existe el derecho a morir? *Universidad Complutense de Madrid*.
- <https://www.publico.es/sociedad/longevidad-espana-sera-pais-mayor-esperanza-vida-estudio-universidad-washington.html>.
- Edición digital del Diario “El Mundo” de 6 de abril de 2019.

EL MÉDICO A LA CABECERA DEL PACIENTE

Pedro Hidalgo Fernández

Médico de Familia.

*Presidente del Ilustre Colegio de Médicos de la
Provincia de Badajoz.*

1. INTRODUCCIÓN

La Real Academia Española de la Lengua define al que está a la cabecera del paciente como *“aquel que asiste habitualmente a una persona o a su familia, para todo lo que necesite”*. Asistir es sinónimo de atender, socorrer, favorecer, ayudar, cuidar, estar o hallarse presente. Esa es la labor fundamental de un médico: estar y hallarse presente a lo largo de todo el proceso de enfermedad.

F. Escolar y M. T. Martínez-Berganza entienden la asistencia clínica en la cabecera del paciente como *“toda aquella asistencia que se lleva a cabo allí donde son atendidos los pacientes”*.

El médico de cabecera es aquel que está junto al enfermo, que está al alcance de la mano y sobretodo el que está al alcance de los sentimientos. El domicilio de la persona enferma ha sido tradicionalmente el santuario de esa relación irrepetible médico-persona enferma. El término “paciente” vino después pero no define el concepto de “enfermo”. Una persona enferma es algo más, es mucho más que un paciente.

En Occidente, durante el siglo XIX, imperaba la Medicina General, liderada por un tipo de profesional que estudiaba todo el conocimiento científico-técnico existente hasta el momento. Aquellos médicos ejercían la Medicina, la Cirugía y la Obstetricia. Eran conocidos y reconocidos por las comunidades, cada núcleo familiar “tenía” al suyo y con independencia de la edad, todos eran tratados por él. Entre finales del siglo XIX y el comienzo del siglo XX surge el término Médico de Cabecera, *“referido a ese profesional que atiende en el domicilio del paciente y se sitúa a la cabecera de su cama.”*

En España, históricamente, se ha entendido por Médico de Cabecera aquel que vivía y convivía en su comunidad y para su comunidad. Aquel que, conociendo sus limitaciones, sus pocas opciones de formación continuada, a sabiendas de sus deficiencias, luchaba y se sacrificaba para adquirir conocimientos de muchísimas cosas y eso lo convertía en imprescindible. Médico de trincheras en una sociedad con grandes necesidades sociales, educativas, nutricionales, higiénicas etc.

El Médico de Cabecera ejercía una labor social y sanitaria basada en la generosidad y en la distribución equitativa de servicios. El Médico de Cabecera era aquella persona que cuando llamaba a tu puerta hacía que la enfermedad adquiriera una dimensión humana. Su presencia emanaba esperanza y tranquilidad. El Médico de Cabecera convertía al enfermo en una persona enferma. El Médico de Cabecera, más que nadie, fue sin duda, el padre de la actual Bioética.

Maimónides, nacido en Córdoba allá por el año 1135, escribió un conjunto de admoniciones éticas conocidas como “*Plegaria del Médico y en la Invocación*” donde se puede leer entre otras consideraciones: “...*que junto a la cama del enfermo ninguna cosa extraña turbe su atención; que nada lo altere durante sus trabajos silenciosos....*”

Dentro de la Literatura son numerosas las obras dedicadas a resaltar la figura de ese médico general, rural y omnipresente en las vidas de las familias. Caben resaltar: *El médicorural* de Balzac (1833), *Vidas sombrías* de Pío Baroja (1900), *El médico rural* de Felipe Trigo (1912) y *El médico rural* de Franz Kafka (1919). Todas ellas obras de obligada lectura para comprender el papel fundamental que estos hombres jugaban en la sociedad.

En el Arte podemos destacar cuadros como; *El médico de cabecera* del pintor Egbert van Heemskerck II. El cuadro de Luke Fildes (Inglaterra 1843-1927) llamado *El Médico*. Igualmente, interesante el lienzo *Alejandro Magno y el Médico Filippo de Arcarnaniare* creados por Henryk Siemiradzki en 1870 así como tantos y tantos cuadros que han reflejado a lo largo de los tiempos esa relación mágica y ancestral entre la persona que sufre y la persona que reconforta.

2. DEL MÉDICO GENERAL AL MÉDICO DE FAMILIA

Es necesario hacer un breve recorrido histórico para entender cómo ha evolucionado el ejercicio de la Medicina. Cómo, junto con la proliferación de unidades hospitalarias especializadas y los avances técnicos, se dejó de lado un tipo de ejercicio profesional centrado en el paciente dando paso a un ejercicio centrado en la patología del paciente. Cómo desde una actitud tremendamente paternalista se ha llegado a una práctica dirigida en ocasiones por la voluntad del enfermo. Todo este cambio de paradigma, en el que me centraré más adelante, va de la mano de otros muchos cambios que afectan de lleno a la Medicina de Cabecera.

Durante la primera mitad del siglo XX se vivió una revolución científico-técnica sin precedentes motivada en parte por el desarrollo de las técnicas de los ejércitos participantes en las dos grandes guerras, lo que impulsó la especialización de una buena parte de los profesionales. Se comenzaron a hacer programas de entrenamiento tutorizado en los hospitales a través de los cuales los médicos generales (se consideraba a cualquier graduado en Medicina) adquirirían unas aptitudes específicas para

la aplicación de los nuevos procedimientos, y ese fue el inicio de la radiología, de la oftalmología, de la traumatología avanzada etc.

Ya en aquel momento grandes figuras de la Medicina advirtieron de los riesgos que esta especialización podría acarrear si no se hacía de la forma adecuada. Podría suponer la pérdida de la visión holística del paciente y generar importantes desafíos éticos.

El gran médico canadiense Sir William Osler (1849-1919) considerado como uno de los grandes padres de la Medicina moderna, ya advirtió de la necesidad de no dejar de lado el Humanismo cegados por los nuevos avances. Dentro de los grandes aforismos que nos regaló cabe destacar:

“El buen médico trata la enfermedad; el gran médico trata al paciente que tiene la enfermedad”

“La medicina se aprende al lado de la cama y no en el salón de clase”.

“No deje que sus concepciones de enfermedad vengan de palabras oídas en el salón de clase o leídas del libro”.

“Vea, y luego razone y compare y controle. Pero vea primero”.

En ellos recalca la importancia de no permanecer alejados de esa cama del paciente que nos muestra siempre la esencia de lo que debe ser el arte de la Medicina.

Llegó la segunda mitad del siglo XX y comenzaron a vislumbrarse los riesgos sobre la salud poblacional que traería consigo la disminución del número de médicos generales ya que muchos estudiantes al terminar la universidad preferían iniciar especialidades que conllevaran un mayor reconocimiento social, así como un desarrollo laboral menos sacrificado.

Fue en la década de 1960 cuando las Sociedades Científico-Médicas de tres países: Canadá, Estados Unidos e Inglaterra comenzaron el arduo camino de reivindicación para equiparar la Medicina General al resto de especialidades, que, sin necesidad de abandonar sus singularidades como atención a la comunidad, la prevención, la visión integral de la persona y el humanismo, fuera dotada de una actividad científico-técnica avanzada. Podemos enmarcar este periodo entre dos hitos, la creación en 1952 de Royal College of General Practitioners (RCGP) en Inglaterra y la creación de WONCA (Organización Mundial de Médicos de Familia) fundada en 1972 con el objetivo de ser la organización que agrupara los intereses de todos los Médicos de Familia/Médicos Generales del mundo.

Pero la vocación de este capítulo no es profundizar sobre la Medicina de Familia y su historia, sino analizar la esencia del Médico de Cabecera y entender la importancia de estar junto al paciente. El reto de todo buen Médico, en cualquier ámbito asistencial, a lo largo de toda nuestra vida profesional debe ser emular al Médico de Cabecera en ir siempre a la búsqueda de la ciencia sin perder nunca la conciencia.

3. EL ACTO MÉDICO A LA CABECERA DEL PACIENTE

La asistencia sanitaria según el Régimen General de la Seguridad Social *“tiene por objeto la prestación de los servicios médicos y farmacéuticos conducentes a conservar o restablecer la salud de los beneficiarios de dicho régimen, así como su aptitud para el trabajo”*, según dicta el artículo 98 del capítulo IV de la Ley General de la Seguridad Social. Esta asistencia sanitaria es aplicada en tres diferentes áreas: hospitalaria, ambulatoria y en urgencias

El estudio multicéntrico *“La asistencia sanitaria como factor de riesgo: los efectos adversos ligados a la práctica clínica”* concluye que *“el modelo explicativo de la cadena causal de un efecto adverso mantiene que son más importantes los fallos de sistema que los fallos de las personas”*. Es decir, nos encontramos ante un sistema sanitario que falla, en el que además en ocasiones fallamos los profesionales.

Los sistemas sanitarios cada vez más complejos, los pacientes cada vez más impacientes y reivindicativos y la enorme burocratización del sistema están dando como resultado el aumento de los efectos adversos

Son muchos los autores y divulgadores que reclaman una vuelta a los valores humanistas, a la vocación del alivio del sufrimiento y a la reflexión sobre los límites del progreso. Toda esta problemática es abordada de forma continua por la Bioética. La idea de rescatar un tipo de profesional que se centra en el paciente como sujeto total.

La práctica clínica a la cabecera de una cama ya sea de hospital, domiciliaria o una cama metafórica precisa de muchas consideraciones. Es un proceso que incluye la anamnesis, el diagnóstico, la prescripción, los cuidados y el tratamiento. Y sobre todo una muy especial: LA ESCUCHA. Si no sabemos escuchar con el corazón y con la mente todo ese proceso de anamnesis, diagnóstico, prescripción y tratamiento podrá ser un acto profesional más o menos eficaz pero no será un ACTO MEDICO en el que dos personas entrelazan sus sentimientos y conocimientos para aliviar el sufrimiento físico o moral.

LA ESCUCHA, atenta y respetuosa, nos permitirá conocer las necesidades del paciente y de su entorno familiar, así como aspectos de su vida social, religiosa y laboral. No será necesario el viejo y denostado paternalismo médico para ejercer nuestra relación médico-paciente conforme a la Legislación respetando su autonomía y voluntad, procurando siempre la equidad y la justicia. Tenemos que contribuir a sostener un sistema que proporcione equidad en las prestaciones y garantice un justo reparto de recursos con independencia de las peculiaridades asistenciales.

La relación médico-paciente debe estar siempre sostenida por dos grandes pilares: confianza mutua y respeto mutuo.

Se debe fomentar una enseñanza a la cabecera del paciente, que complemente a la enseñanza en el aula, comprometida con fomentar la experiencia clínica como un conjunto de atención integral. Estar junto al enfermo desde el principio de la formación pregrado conlleva tener un referente claro de cuáles son las consecuencias de la enfermedad. Las Facultades de Medicina son un eslabón esencial en la generación de la relación médico-paciente de calidad, ellas deben inculcar el valor de la escucha activa, de la empatía.

Parece difícil, por no decir imposible, que contemos en el futuro con unos médicos que crean y quieran ejercer la profesión a la cabecera del paciente, sino la han vivido ni aprendido en las facultades. Cada vez tenemos más médicos con miedo a salir de su ámbito de confort, el hospital. Esto es consecuencia de un ejercicio basado en las pruebas complementarias sin las cuales nos sentimos indefensos. Está menguando nuestra capacidad de actuación y de toma de decisiones clínicas. La judicialización de la asistencia sanitaria y la falta de apoyo por parte de las instituciones tampoco contribuyen al cambio.

4. DEL MÉDICO DE CABECERA A LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Si se indaga en la historia occidental, se puede comprobar que la relación del hombre con la enfermedad y con la muerte ha cambiado de forma notable a lo largo del tiempo. Pero hay dos aspectos que se han mantenido prácticamente inalterables: el deseo de la compañía de los seres queridos y la figura de un médico que mitigue el sufrimiento.

El autor P. Ariés en sus obras (Ariés, *Morir en Occidente: desde la Edad Media hasta la actualidad*, 2000) y (Ariés, *Vivir hasta la Muerte*, 1983), se preocupa de hacer un recorrido del rito mortuorio a través de la historia y la literatura. Estos textos nos

sirven para entender la importancia que dicho momento de la vida tiene en las sociedades, cómo su evolución es inherente a la de éstas y cómo según vive la vida, así entenderá la muerte.

Durante el primer periodo de la Edad Media, predominaba la llamada “*muerte doméstica*”. En este tipo de *ritual de la habitación*, el moribundo se hacía rodear por sus seres queridos para afrontar el final, preferiblemente en casa y cuidado por los suyos. El enfermo, aceptando la proximidad de la muerte, reunía a su entorno alrededor de su cama.

Con la segunda mitad de la Edad Media y el auge del sentimiento religioso, aparece una ideología alrededor del final de vida, convirtiéndose en un momento de posibilidad de salvación. El miedo al ir a infierno o al purgatorio, hizo que proliferasen ritos y que la presencia de religiosos fuera fundamental con la intención de salvar el alma.

Con la Revolución Industrial comenzó una nueva era. Por primera vez el hombre se colocaba en el centro del mundo, alejándose cada vez más y de forma progresiva del teocentrismo. La importancia que comienza a recaer en cada ser humano hace que se luche de forma incesante por la dignidad y la justicia. Este empedrado camino aún continua, estando de máxima actualidad en nuestros días.

En el siglo XIX toma forma la “*muerte del otro*”, que es el rito funerario como lo entendemos hasta la actualidad, el duelo público y el auge de los cementerios. Tras la primera guerra mundial se instala lo que algunos escritores han llamado “*el proceso de la muerte prohibida*” en el que sin duda alguna aún nos encontramos. Esto es la identificación de la muerte como un fracaso de la ciencia, como un hecho antinatural sino se tiene una edad avanzadísima y como algo que debe ser alejado de la vida familiar. El óbito se esconde, se aísla y se vive en silencio, hace recordar a la sociedad una realidad a la que se le quiere dar la espalda. Éste fenómeno incrementa la soledad y el desamparo.

Los Cuidados Paliativos nacen con la intención de actuar cuando ya no se busca la curación, sino mitigar y aliviar el sufrimiento del paciente con una enfermedad incurable. Han llegado para ocupar un espacio imprescindible dentro de la Medicina. Cuando parece que todo está perdido, que estamos inmersos en la soledad y en el dolor del final, aparecen los Cuidados Paliativos. Cuando nuestras vidas ya no son más que un pasaje para la otra, ellos deben estar ahí facilitándonos la facturación de nuestro equipaje vital; por todo lo cual tienen que ser los garantes de todos los principios éticos y deontológicos de nuestra profesión.

A pesar de que como especialidad médica sea una relativa novedad, en los siglos IV y V aparecieron en Bizancio y posteriormente se extendieron a Europa, las primeras instituciones cristianas bajo el nombre de *hospitium* o *xenodochium* que tenían la misión de cuidar y acoger a enfermos, en muchas ocasiones moribundos, que darían lugar en la Edad Media a los Hospicios. El movimiento de Hospicios Modernos, padre de los Cuidados Paliativos tal y como los entendemos hoy en día, nace con la fundación del St Crhristopher's Hospice en Londres en 1967 donde trabajaba la pionera en este campo Cicely Saunders que creó un lugar donde atender las necesidades médicas, de cuidados y espirituales de los pacientes

Observamos que en la Medicina, la búsqueda del alivio durante siglos ocupó un segundo lugar porque lo realmente esencial y prioritario era vivir más años. Ahora que hemos conseguido vivir más años la prioridad es dar vida a los años y no años a la vida. Esta nueva Filosofía de vida es uno de los factores que han contribuido al alumbramiento de los Cuidados Paliativos. Referentes en la humanización del final de la vida. Hacen que la vida de la persona enferma sea digna hasta la llegada de la muerte. Vivir con dignidad hasta morir.

5. LOS CUIDADOS PALIATIVOS A LA CABEZA DE LA HUMANIZACIÓN

En los últimos cinco años numerosas Instituciones Sanitarias han puesto en marcha programas para mejorar la humanización. Pero ¿qué entendemos por Humanización?

La Real Academia de la Lengua (RAE) define humanizar como:

“hacer humano, familiar y afable a alguien o algo”. “Ablandarse, desenojarse, hacerse benigno”. “alo que tiene naturaleza de hombre (de ser racional)”. “aquello que es “comprensivo, sensible a los infortunios ajenos”.

Como dice Carlos Bermejo, las profesiones sanitarias *“tienen en su corazón la iniciativa de las personas –de la humanidad–de salir al encuentro de la vulnerabilidad de los seres humanos para atender necesidades, prevenir sufrimiento de diversa naturaleza, ayudar a afrontar la limitación, recuperar una vida en equilibrio y poderla vivir lo más autónoma y sanamente relacionada posible. Diríamos, pues, que la medicina (y todo lo que la comprende en una mirada amplia) es claramente humanizadora”.*

Humanizar es buscar una experiencia personal compatible con las creencias y sentimientos de aquellos que son atendidos como enfermos.

Humanizar implica un complejo proceso que abarca desde la política a la cultura, pasando por las organizaciones sanitarias y la formación de profesionales. Debe ser trabajar por estar de una forma consciente y total al servicio de las necesidades de los demás.

La salud no puede entenderse solamente como la ausencia de enfermedad, sino como refiere la OMS *“es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*.

La creación de ambientes cuidados, luminosos, que huyan de la frialdad habitual hospitalaria, favorece emociones positivas tanto para los trabajadores como para los pacientes. Instalaciones adaptadas, con fáciles accesos, espacios libres de reunión y ocio son sinónimo de mejora de los servicios asistenciales.

La Bioética, término acuñado por el Oncólogo Van Rensselaer Potter en 1970 *“es el estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, examinada a la luz de los valores y de los principios humanos”*.

En el curso de Experto en Ética Médica de La Organización Médica Colegial de España se define también la Bioética como. *“Aquella aplicación al campo de la salud de la Ética Filosófica, entendida ésta como la disciplina que estudia racional y metódicamente los comportamientos libres, elaborando juicios de valor de acuerdo con principios morales”*. De acuerdo con esta perspectiva la Bioética es un campo de estudio que tiene aplicaciones en el ámbito de la Ética Personal, de la Deontología y del Derecho.

Se puede deducir que la Bioética ha venido a intentar dar soluciones a la deshumanización a la que la Medicina se dirige de forma estrepitosa.

Los Cuidados Paliativos han ido de la mano de la Bioética. Sus profesionales son una parte importante de esta rama de la ciencia. Desarrollan una encomiable labor en el abordaje de dilemas que ocupan y preocupan a la sociedad actual como la Sedación Paliativa, Eutanasia, Suicidio Asistido, el Final de la Vida, La Dignidad de la Vida. El buen vivir hasta morir. Estudian a fondo el cómo llegar de la mejor manera posible a atender todas las necesidades de sus pacientes, sin olvidar el alma, sin olvidar el espíritu. Son abanderados de la promoción de una ciencia con sentimiento, en el que tras la impotencia de los recursos científico-técnicos para reestablecer la salud, se han centrado en la implacable capacidad sanadora que tiene el “estar y hallarse” a la cabecera de la cama del enfermo.

6. CONCLUSIONES: EL MÉDICO ANTE EL FINAL DE LA VIDA

A mis colegas quisiera pedirles especial lectura de nuestro Código de Deontología Médica (actualmente en revisión), que es una Guía de Ética que la profesión se ha dado para ejercer con la máxima excelencia la Medicina; y la Guía de Sedación Paliativa para así tener las coordenadas que nos hagan entender, asumir y conocer cuál debe ser nuestra buena praxis ante el final de la vida de nuestros pacientes.

No hay muerte digna, la muerte es muerte. Debemos hacer una vida digna y ocuparnos de dignificar la vida hasta que nos llegue la muerte. No podemos dejar de estar vivos y a la espera de la muerte. Hay que vivir hasta morir.

Entendemos los Cuidados Paliativos como *“el conjunto de intervenciones dirigidas desde un enfoque integral a la promoción de la calidad de vida de los pacientes y sus familias, afrontando los problemas asociados con una enfermedad terminal (enfermedad incurable, avanzada e irreversible, con un pronóstico de vida limitado a semanas o meses) mediante la prevención y el alivio del sufrimiento, así como la identificación, valoración y tratamiento del dolor, y otros síntomas físicos y psicosociales”*.

Dice nuestro Código de Deontología Médica:

Artículo 36.1:

“El médico tiene el deber de intentar la curación o mejoría del paciente siempre que sea posible. Cuando ya no lo sea, permanece la obligación de aplicar las medidas adecuadas para conseguir su bienestar, aun cuando de ello pudiera derivarse un acortamiento de la vida”.

Artículo 36.2:

“El médico no deberá emprender o continuar acciones diagnósticas o terapéuticas sin esperanza de beneficios para el enfermo, inútiles u obstinadas. Ha de tener en cuenta la voluntad explícita del paciente a rechazar dicho tratamiento para prolongar su vida”.

Artículo 36.3

“El médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de éste”.

Artículo 36.4:

“El médico está obligado a atender las peticiones del paciente reflejadas en el documento de voluntades anticipadas, a no ser que vayan contra la buena práctica médica”.

Artículo 36.5:

“La sedación en la agonía es científica y éticamente correcta sólo cuando existen síntomas refractarios a los recursos terapéuticos disponibles y se dispone del consentimiento del paciente implícito, explícito o delegado”.

Aclarando algunos conceptos:

LA SITUACIÓN DE AGONÍA *“es la que precede a la muerte cuando ésta se produce de manera gradual, y en la que existe deterioro físico intenso, debilidad extrema, alta frecuencia de trastornos cognitivos y de la conciencia, dificultad de relación e ingesta y pronóstico de vida limitado a horas o días”.*

LA SEDACIÓN PALIATIVA EN LA AGONÍA: *“es la que se utiliza cuando el enfermo se encuentra en sus últimos días u horas de vida para aliviar un sufrimiento intenso. La sedación paliativa es la disminución deliberada del nivel de conciencia del enfermo mediante la administración de fármacos apropiados con el objetivo de evitar un sufrimiento intenso causado por uno o más síntomas refractarios. La sedación no se debe instaurar para aliviar la pena de los familiares o la carga laboral y la angustia de las personas que atienden al enfermo, ni como “eutanasia lenta” o “eutanasia encubierta”.*

Existe una clara y relevante diferencia entre Sedación Paliativa y Eutanasia si se observa desde la Ética y la Deontología Médica. La frontera entre ambas se encuentra en la intención, en el procedimiento empleado y en el resultado.

En la **SEDACIÓN** se busca disminuir el nivel de conciencia, con la dosis mínima de fármacos, para evitar que el paciente perciba el síntoma refractario.

En la **EUTANASIA** se busca deliberadamente la muerte anticipada tras la administración de fármacos en dosis letales, para terminar con el sufrimiento del paciente.

Los médicos estamos obligados a ayudar durante toda la vida a nuestros pacientes, hasta su muerte.

BIBLIOGRAFÍA

- Andino Acosta, C. (2015). Bioética y humanización de los servicios asistenciales en la salud. *Revista Colombiana De Bioética*, 10(1), 38-64.
- ARIÉS, P. (1983). *Vivir hasta la muerte*. Madrid: TAURUSEDICIONES S.A.
- ARIÉS, P. (2000). *Morir en occidente: desde la Edad Media hasta la actualidad*. Buenos Aires: Adriana Hidalgo Editora S.A.
- BOE. (30 de mayo de 1974). *Ley General de la Seguridad Social*. Obtenido de <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1974-1165>
- Casado, J. M. (2016). *La enseñanza médico teórica y a la cabecera del paciente*. Educación Médica.
- F. Escolar y M. T. Martínez-Berganza. (s.f.). *Asistencia clínica en “la cabecera del paciente”*.
- Jesús M. Aranaza, Carlos Aibarb, Antonio Galán, Ramón Limón, Juana Requena, Eva Elisa Álvarez, MaríaTeresa Gea. (2006). *La asistencia sanitaria como factor de riesgo: los efectos adversos ligados a la práctica clínica*. Gaceta Sanitaria, 41-47.
- Junquera, L. B. (2003). *Medicina basada en la evidencia (MBE): Ventajas*. Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial, 25(5), 265-272.
- Kvitko, D. L. (marzo 2010). *La relación médico paciente hipocrática*. Medicina Legal de Costa Rica, vol 27(1).
- M. IGNACIA DEL RÍO, y. c. (2007). *Cuidados Paliativos: Historia y desarrollo*. Boletín escuela de medicina uc, Pontificia universidad católica de Chile., vol. 32, no 1, p. 16-22.
- Maimónides M. (1970). *The medical aphorisms of Moises Maimonides*. Medical Review. Brooklyn NY Rosner F, M. S.-8. (s.f.).
- Pablo, B. H. (2003). *Qué es humanizar la salud. Por una asistencia sanitaria más humana*. Madrid.
- Real Academia de la Lengua Española. (2014). *Diccionario de la lengua española* (23.ª ed.).
- Remis, J. A. (2009). *Pasado y presente del juramento Hipocrático Análisis de su vigencia*. Revista argentina de radiología, 73.
- Rivero-Canto O, M.-J. I.-R.-A., & 16(2). (s.f.).

- Salud, D. M. (2013). *La creciente importancia de la medicina familiar*. Discurso de apertura en el Congreso Mundial de la Organización Mundial de. Praga. Obtenido de https://www.wonca.net/site/DefaultSite/filesystem/documents/miscellaneous/Dr_Chan%20espanol.pdf
- Young, Pablo, Finn, Bárbara C, Bruetman, Julio E, Emery, John D. C, & Buzzi, Alfredo, . (2012). William Osler (1849-1919): *the man and his descriptions*. Revista médica de Chile, 140(9).
- MEDBA Revista del Colegio de médicos de Badajoz. P. Hidalgo.

DOLOR, SUFRIMIENTO Y ESPIRITUALIDAD AL FINAL DE LA VIDA

Marcos Gómez Sancho

*Coordinador del Observatorio Atención Médica al final de la vida.
Organización Médica Colegial / Sociedad Española de Cuidados Paliativos.*

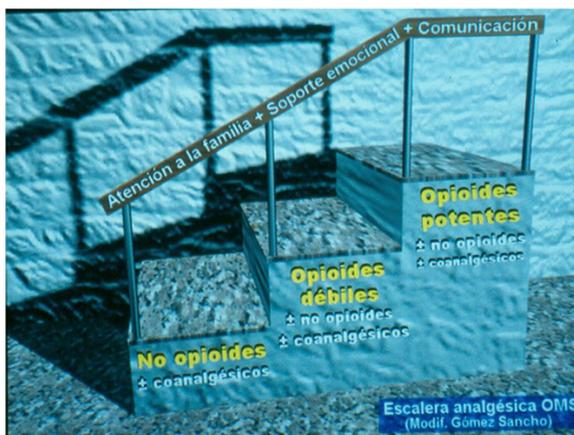
1. LA EXPRESIÓN DEL DOLOR Y EL SUFRIMIENTO

*Es sincero el dolor
de quien llora en secreto.*

Marcial¹

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP por sus siglas en inglés y fundada en 1974), definió en 1984 el dolor como una experiencia sensorial o emocional desagradable asociada a un daño real o potencial en un tejido, o descrito en términos de dicho daño. Con esta definición se comenzó a aceptar que una persona sintiese dolor aunque no se viera una herida o lesión.

Como esquema didáctico para el alivio del dolor, la OMS creó en 1984 en Ginebra la llamada “escalera analgésica”. (figura 1).



Esta “escalera” consta de tres peldaños correspondientes a tres categorías de analgésicos:

- *Analgésicos periféricos, también llamados no opioides, analgésicos menores o periféricos AINE, paracetamol, metamizol, etc.)*
- *Analgésicos opioides débiles (codeína, dihidrocodeína, tramadol)*
- *analgésicos opioides potentes (morfina, metadona, fentanilo, oxycodona, metadona)*

El médico pondrá un tratamiento analgésico al enfermo empezando por los peldaños inferiores. Cuando el dolor no se controla de forma efectiva, se pasa a medicamentos del peldaño siguiente, hasta llegar al último escalón, donde se encuentra la morfina como paradigma de los opioides potentes.

La “escalera” original propuesta por la OMS hace referencia exclusivamente a los fármacos. Y nunca, y menos en el caso del cáncer, el dolor se puede reducir o limitar a un mero asunto de neurotransmisores y neurorreceptores. Es algo mucho más complejo que esto. El médico de hoy tiene una fe ciega en el poder de la química, pero apenas cree en el poder de la escucha y la palabra. Además de las redes nerviosas, debe tener también en cuenta las redes psicológicas, espirituales, sociales, etc., que también influyen en la percepción del dolor. Por este motivo, hemos propuesto añadir estos factores en forma de “barandilla” o “pasamanos” para que, de una forma gráfica, se entienda la importancia de tener en cuenta estos factores al utilizar los fármacos².

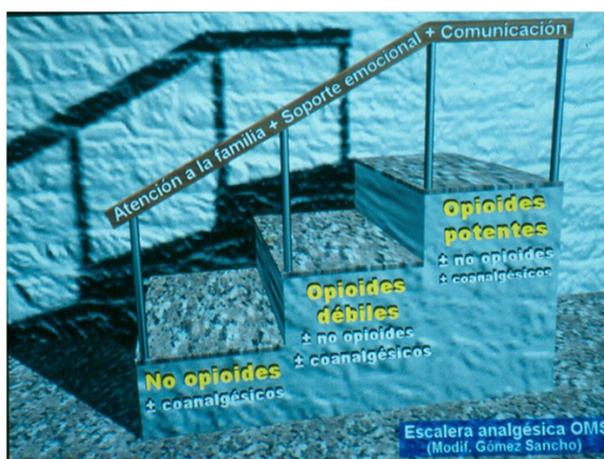


Figura 2. Escalera analgésica de la OMS modificada (Gómez Sancho)

Es verdad que habrá que subir la escalera y aumentar la potencia de los analgésicos, según el resultado que vayamos obteniendo, pero es imprescindible tener en cuenta las medidas no farmacológicas, la correcta relación médico enfermo, la atención a los familiares, la buena comunicación, etc. La morfina enviada por correo, no es tan efectiva como cuando se le prescribe al enfermo en el seno de una relación terapéutica óptima, una relación genuinamente humana.

Por el contrario, el sufrimiento ha sido definido como un estado específico de malestar que ocurre cuando la integridad de la persona está amenazada o rota y con-

tinúa hasta que la amenaza desaparece o la integridad es restaurada³. Callahan⁴, por su parte, habla del sufrimiento como “*una respuesta espiritual o psicológica negativa frente a una situación angustiante de la vida*”.

Si la experiencia del sufrimiento es el resultado esperado de un desequilibrio entre la sensación de amenaza percibida por la persona y los recursos de que dispone para hacerle frente, es imprescindible potenciar esos recursos para aminorar, en lo posible, tal experiencia⁵.

Es el propio Callahan quien dice que por todos sus progresos científicos y en aras a su eficacia, la Medicina clínica debería retroceder en busca de sus orígenes, los de la necesidad de encontrar remedios para aliviar el dolor y el sufrimiento. Todo paciente de todo médico acabará muriendo. Todo paciente de todo médico experimentará dolor y sufrimiento en algún momento de su vida. Más temprano o más tarde, todo paciente verá que se acerca el final de su vida, y habitualmente será su médico quien le revelará este pronóstico. Todo paciente tendrá que asumir su propia condición de mortal, sus limitaciones corporales inherentes a esta condición, su vulnerabilidad final, y será el médico el que tendrá que ayudarle a afrontarlo⁶.

El dolor “habla” sin palabras: cuenta en los quejidos, alaridos o silencios el drama que esa persona está padeciendo intensamente: dice de la soledad, del miedo, de la angustia, del espanto... Los pacientes temen más al dolor físico que a la misma muerte. El dolor físico se presenta como un instrumento extraño, un visitante siniestro y poderoso llegado para torturar el cuerpo, que puede surgir de improviso y atacar cuando menos se lo espera.

Si el grito es la manifestación del dolor agudo, el silencio suele ser la respuesta más frecuente al dolor crónico y al sufrimiento. Cesare Pavese reparó en el carácter infernal de ese enmudecimiento, donde el dolor deviene duración tediosa, sin sobresaltos, sin voz, sin instantes, todo él tiempo y todo él, eternidad, incesante como el fluir de la sangre. Ya la blasfemia o la maldición son un empeño por mitigar el mal que nos consume desde dentro. Cuando Job⁷ rompió su largo silencio, y soltó la rienda al dolor que le guerreaba en el pecho, abrió la boca, y dio salida a la llama, que “le consumía el alma encerrada, y para desahogarla, *dijo mal* de su día, esto es, *maldijo* el día que nació”.

Dice Le Breton⁸ que la sensación de dolor, parcialmente señalada en las ciencias humanas, los testimonios literarios, y sobre todo los de enfermos y heridos, es, en primer lugar, un hecho íntimo y personal que escapa a toda medida, a toda tentativa de aislarlo o describirlo, a toda voluntad de informar a otro sobre su intensidad y su

naturaleza. El dolor es un fracaso del lenguaje. Suscita el grito, la queja, el gemido, los lloros o el silencio, es decir, fallos en la palabra y el pensamiento. Lleva al rostro una tonalidad amarga, crispada. Mímicas específicas y socialmente identificables, crispaciones, ejemplifican el ir y venir del dolor intenso y la cerrazón al mundo. Las metáforas propuestas al médico o a quienes le rodean, la riqueza adjetiva de las palabras procuran aislar con pequeñas pinceladas los destellos de un dolor cuya imagen es la insuficiencia del lenguaje. “Es como si me pegaran cuchilladas” o “me dieran mordiscos”. Pero quien formula estas imágenes aproximativas no ha recibido navajazos ni ha sido mordido por un perro. Ahora podemos comprender las expresiones de Martín Descalzo⁹ en su poema “*El Laberinto*” cuando intentaba describir su dolor:

[...]

*Y ahora estoy en esta encrucijada
que no sé dónde acaba y dónde empieza,
laberinto del todo y de la nada
donde flota, entre sombras, mi torpeza.
¡Y hay dos tigres dormidos en mi almohada!
¡Y hay un león bramando en mi cabeza!*

Oscar Wilde (*De Profundis*) definió el sufrimiento como “*un momento interminable, que no podemos dividir en estaciones*”. El hombre se empeña en desbaratar la impotencia del lenguaje. Y dolor es uno, cautivo en la intimidad del ser humano que intenta inútilmente traducirlo para los otros.

Los hombres causamos buena parte del sufrimiento de la tierra. Pero hay otro sufrimiento que es inherente a la limitación humana y, por tanto, inevitable.

No es Dios el responsable del sufrimiento, sino la libertad del hombre. Cuando Dios hace libre al hombre, introduce la incertidumbre en el mundo. Ya nada es previsible ni planeable. El hombre libre es la improvisación de la historia. A partir de entonces, todo puede ser. Pero, si todo puede ser, todo es posible. En bien y en mal, en heroísmo y en cobardía, en sublimidad y en bajeza. Han sido posibles Francisco de Asís y Hitler, Juan Evangelista y Stalin, Ignacio de Loyola y Pinochet, los Macabeos y la CIA, Jeremías y Somoza, Teresa de Calcuta y Milosevic, Ghandi y Papá Doc. Son posibles el amor, la bondad, el heroísmo, la generosidad, la compasión, la justicia, el derecho, la verdad. También son posibles la tortura, las brigadas de la muerte, la mentira, la crueldad, la Inquisición, Auschwitz, Hiroshima, el archipiélago Gulag.

2. CUANDO EL SUFRIMIENTO ES INEVITABLE

*Para pulir el diamante hay que frotar;
para perfeccionar el hombre hay que padecer.*

Proverbio chino¹⁰

Según Callahan¹¹, incluso para aquellos de nosotros que tengamos la suerte de vivir una larga vida y gozar de buena salud, no se ha encontrado la manera, y jamás se hallará, de evitar por completo el dolor y el sufrimiento consustanciales a la vida humana. Sin ir más lejos, los humanos hemos demostrado una gran habilidad para crear nuestro propio sufrimiento. Esta triste realidad ha quedado ampliamente patente a través de la multitud de guerras y catástrofes sociales sin precedentes que caracterizaron el siglo XX. Durante dicho siglo, junto a los notables avances médicos registrados, se han desarrollado las armas nucleares y biológicas, capaces, si no se las controla adecuadamente, de sembrar la muerte y mutilar a seres humanos con la misma eficacia que las devastadoras pestes y epidemias de épocas pasadas.

El dolor, el sufrimiento y la muerte son realidades inevitables. Son el lado sombrío de la vida. El dolor está extendido en la tierra en proporción infinitamente más vasta que la alegría. En este sentido, la historia de un ser humano se comprende mejor a través de sus duelos que de sus júbilos, de sus dolores que de sus placeres, de sus fracasos que de sus éxitos.

El sufrimiento, pues, no es un accidente, es la consecuencia de nuestra imperfección, de nuestro ser creado y humano. Es inevitablemente humano y humanamente inevitable, porque no somos dioses. Somos seres creados, una combinación de materia y de espíritu, cualquiera que sea la interpretación que cada quien le dé. Como acontecimiento humano, entonces, no hay manera de poderlo evitar, solo hay diferentes modos de enfrentarlo y de darle sentido.

Al pensar en el sufrimiento, lo primero que se comprueba es el carácter fugaz de la felicidad. Todo momento dichoso lleva consigo la certeza de su corta duración. En este sentido, decía Teilhard de Chardin¹²: *“Dentro del vasto proceso de preparación en el que surge la vida, advertimos que todo éxito se paga necesariamente con un amplio porcentaje de fracasos. No cabe progreso en el ser sin algún misterioso tributo de lágrimas, de sangre y de pecado”*. El sufrimiento es un mal inevitable que siempre está presente y que plantea la cuestión del sentido.

La vida de todo hombre viene a ser un suspiro intermedio entre dos lágrimas: la del nacimiento y la de la muerte. Claro que ese intervalo del “suspiro intermedio” no es para todos los hombres lo mismo. A unos parece que la vida les presenta un rostro jovial. A otros, en cambio, un rostro cargado de amargura. Para unos casi siempre brillan las estrellas. En cambio, para otros la noche es cerrada y el día tormentoso¹³.

No siempre coinciden dolor y sufrimiento. El parto suele doler mucho pero no provoca sufrimiento. El duelo por la pérdida de un ser querido no duele, pero suele provocar un gran sufrimiento. Por mucho daño que nos haga un dentista, raramente podremos hablar de sufrimiento: sabemos el significado de ese dolor y, sobre todo, su limitación en el tiempo.

En general, los individuos con dolor refieren sufrimiento a partir del dolor cuando¹⁴:

- Pierden el control.
- Desconocen la causa.
- El dolor es intratable.
- La intensidad del dolor es abrumadora.
- Para ellos, el significado del dolor es que el cáncer está progresando inexorablemente y pronto morirán.

El dolor tiene un sentido físico y el sufrimiento un sentido metafísico. El dolor se suprime con analgésicos, el sufrimiento no. El primero nos invita a reflexionar sobre el cuerpo; el segundo suscita preguntas más profundas y existenciales; solo el sufrimiento nos abre las puertas del conocimiento profundo de la vida¹⁵.

Dijo Juan Pablo II en *Salvifici Doloris*: “Puede ser que la Medicina, en cuanto ciencia y a la vez arte de curar, descubra en el vasto terreno del sufrimiento del hombre el sector más conocido, el identificado con mayor precisión y relativamente más compensado por los métodos del ‘reaccionar’ (es decir, de la terapéutica). Sin embargo, este es solo un sector. El terreno del sufrimiento humano es mucho más vasto, mucho más variado y pluridimensional. El hombre sufre de modos diversos, no siempre considerados por la Medicina, ni siquiera en sus más avanzadas ramificaciones. El sufrimiento es algo todavía más amplio que la enfermedad, más complejo y a la vez aún más profundamente enraizado en la humanidad misma. Una cierta idea de este problema nos viene de la distinción entre sufrimiento físico y sufrimiento moral. Esta distinción toma como fundamento la doble dimensión del ser humano, e indica el elemento corporal y espiritual como el inmediato o directo sujeto del sufrimiento.

Aunque se pueden usar como sinónimos, hasta un cierto punto, las palabras ‘sufrimiento’ y ‘dolor’, el sufrimiento físico se da cuando de cualquier manera ‘duele el cuerpo’, mientras que el sufrimiento moral es ‘dolor del alma’.

Amenazado el sujeto de perecer, su único objetivo será el de sobrevivir”. Se trata, en efecto, del dolor de tipo espiritual, y no solo de la dimensión ‘psíquica’ del dolor que acompaña tanto al sufrimiento moral como al físico¹⁶. La extensión y la multiformidad del sufrimiento moral no son ciertamente menores que las del físico, pero a la vez aquel aparece como menos identificado y menos alcanzable por la terapéutica”. O como dijo G. Giusti¹⁷: “Los sufrimientos del alma nos elevan; los del cuerpo nos abaten”. Así decía Duhamel que “aquel que ha sufrido mucho nos intimida y nos inclina a la humildad. Sabe cosas que nosotros no podemos ni sospechar. Lo miramos con una ferviente admiración, como al viajero que ha atravesado los océanos y ha explorado lejanas tierras”.

Unamuno¹⁸ se expresaba así: “Aunque lo creamos por autoridad, no sabemos tener corazón, estómago o pulmones hasta que no nos duelen, oprimen o angustian. Es el dolor físico, o siquiera la molestia, lo que nos revela la existencia de nuestras propias entrañas. Y así ocurre con el dolor espiritual, con la angustia, pues no nos damos cuenta de tener alma hasta que esta nos duele ...”

La misión de los profesionales de la salud es, precisamente, el alivio del dolor y el sufrimiento y posponer el momento de la muerte (curar enfermedades) siempre que sea posible. El alivio del dolor es casi siempre posible. El alivio del sufrimiento, no tanto.

En algunos casos, entonces, los profesionales debemos recordar que nosotros no estamos ahí para que el enfermo no sufra, sino porque sufre. En aquellos casos en los que no sea posible evitar el dolor o el sufrimiento, al hombre le corresponde darle un sentido. Según sea nuestra actitud ante estas situaciones, dolor y sufrimiento pueden llegar a ser un camino de perfeccionamiento y crecimiento interior. Es verdad que los grandes cambios en nuestras vidas se producen después de algún tipo de crisis más o menos dolorosas. Decía Alfred de Musset¹⁹, poeta francés del siglo diecinueve, que “El hombre es un aprendiz, el dolor es su maestro”. El coro de la Orestíada²⁰ proclama que el dolor es acerba dádiva de los dioses, por la cual el mortal adquiere, incluso contra su voluntad, experiencia y sabiduría:

*Él que abrió a los mortales
la senda del saber;
Él, que en ley convirtiera
“por el dolor a la sabiduría”.*

En su último diálogo, “*Las Leyes*”, dice Platón que los hombres tenemos dos maestros potentes y ciegos: el placer y el dolor. Cuanto sabemos nos viene de combinar sus enseñanzas contrapuestas. No solo el goce, también el sufrimiento y la vulnerabilidad deben escucharse. En el mismo sentido, Blanc Saint-Bonnet decía que solamente el dolor penetra en el alma lo bastante para hacerla más grande. Él despierta en ella sentimientos hasta entonces insospechados. Hay en el alma lugares muy encubiertos donde duerme la vitalidad, y donde solo el dolor puede llegar.

3. ACTITUDES ANTE EL SUFRIMIENTO

*El que acepta sufrir, sufrirá la mitad de su vida;
el que no lo acepta, sufrirá durante su vida entera.*
Confucio

El hombre tiene que enfrentarse con el sufrimiento. No todos lo hacen igual. Unos se envenenan, otros se empequeñecen, otros se engrandecen.

No es que haya sufrimientos que destruyen y sufrimientos que elevan, unos que degradan y otros que dan vida. Cualquier sufrimiento puede dar resultados dispares. Son los hombres quienes se destruyen o se edifican con el sufrimiento. No depende del sufrimiento, depende de los hombres. Hay gentes que se derrumban con las penas cotidianas. Hay otros a los que no quiebra ni la tortura. Unos son débiles, otros son fuertes.

El sufrimiento es inesperado y no perdona. Se reviste de mil formas: enfermedad, amputación, ceguera, vejez, muerte, injusticia, fracaso, traición, cárcel, remordimiento, accidente, desastre natural, hijos anormales y así sin término. Unos podrían soportar la amputación de un miembro, pero no la quiebra económica; otros aguantarían la pérdida de sus bienes materiales, pero no el desprestigio; otros preferirían la muerte de un ser querido a la cárcel; otros son fuertes ante el dolor físico, pero no ante la humillación. Unos escogerían el hambre sobre la indignidad; otros, los

bienes materiales sobre la dignidad; unos prefieren la muerte a la esclavitud; otros deciden vivir aunque sean esclavos; unos optan por su conciencia y otros por su bienestar; unos eligen el daño propio antes que el daño ajeno; hay quienes dan la vida por salvar a otros y hay quienes matan por salvarse.

El sufrimiento nos hace la última pregunta sobre nosotros mismos. La respuesta es nuestra propia sentencia, como hombres y como sociedad. Las palabras del sufrimiento son siempre las últimas.

Sostiene J. Barbero²¹ que ni el dolor ni el sufrimiento son algo bueno, y que su realidad nos exige una respuesta. Y ¿cuál es nuestra responsabilidad moral, como profesionales de Cuidados Paliativos, frente a la experiencia de sufrimiento del paciente en fase avanzada y de su familia?

Como mínimo, no huir. Se puede huir desoyendo el grito profundo, banalizando sus preguntas, prescribiendo psicofármacos para taponar la verbalización de la experiencia, reduciéndolo todo a un problema a solucionar, etc. Nuestra responsabilidad va más allá. Consiste en acompañar, a su ritmo, y —si estuviera indicado— proponer una manera de afrontar que pudiera ser adaptativa. Obviamente, desde el respeto más profundo. Hay estrategias de lucha, de evitación, de negación, de resignación, de aceptación. Hay pacientes tan bloqueados que no podrán elegir, instalados en una estrategia de afrontamiento. Hay otros que sí podrán hacerlo, si hay acompañamiento y hay propuesta. Esa es nuestra responsabilidad. Sostener, respetar, acompañar, proponer. Que él pueda caminar desde el itinerario que más pueda humanizar su vida.

Conviene también aclarar que admitir que el sufrimiento pueda ser ocasión u oportunidad —y no causa— de crecimiento y trascendencia, no supone admitir que el sufrimiento tenga sentido en sí mismo. Podremos encontrar sentido *en medio* del sufrimiento, cuando la conciencia es capaz de ver más allá de lo que nos atenaza y a través de la búsqueda, y a veces con el acompañamiento de otros podemos trascenderlo... pero el sufrimiento no tiene sentido como tal. Auschwitz no tiene sentido, un cáncer avanzado en un niño de tres años no tiene sentido. Pero uno puede encontrar sentido en ambos. Y si los intervinientes lo encuentran nunca será *gracias a*, sino *a pesar de* Auschwitz y de ese tumor.

Finalmente, el clínico que conozca el itinerario del sufrimiento, y especialmente si lo ha recorrido en su propia vida, podrá acercarse al que sufre, reconocerlo y transmitirle el coraje y la confianza de que su vivencia puede entenderse desde una pers-

pectiva trascendente y ser el preámbulo de otra forma de ver, sentir y vivirse e incluso, aunque resulte paradójico, de morir entero, de morir sano.

4. DOLOR, SUFRIMIENTO Y SENTIDO

*Y no dejamos de preguntarnos,
una y otra vez,
hasta que un puñado de tierra
nos calla la boca...
Pero ¿es eso una respuesta?
Heinrich Heine*

Hay algunos criterios grandes e inmutables en los cuales se hace patente el significado del ser humano. El dolor es uno de ellos; él es el examen más duro en esa cadena de exámenes que solemos llamar vida²². El sufrimiento está ahí, para todos los hombres, como uno de los misterios de la vida humana, doloroso y omnipresente. Es una de las grandes preguntas sobre la vida, sobre el hombre y sobre Dios, a la que hay que darle una respuesta y un sentido. Así escribe A. Gala²³: “... lo que más desasosiega al ser humano: no el sufrimiento, no el dolor, no la vejez, no la muerte, sino su incomprensión”.

Decía Viktor Frankl²⁴: “*El Hombre no se destruye por sufrir, sino por sufrir sin ningún sentido*”, e indica que la búsqueda fundamental humana no es de prestigio, fama o fortuna. Ni lo es el impulso sexual. Afirma que, en vez de eso, es la búsqueda de sentido. Su experiencia en los campos de concentración nazis le enseñó que podemos encontrar significado en cinco terrenos:

- Las cosas creadas o consumadas.
- Las cosas que se dejan como legado.
- Las cosas en las que se cree.
- Las cosas amadas.
- La experiencia del sufrimiento en sí misma.

Las fuentes del sentido personal pueden llevar a la trascendencia del sufrimiento a través de la identificación con algo más grande y duradero que el yo.

La función que desempeña la valoración personal del dolor tiene incontables ejemplos en la situación de enfermedad. El dolor puede banalizarse cuando se conocen sus causas y se sabe que, pasado algún tiempo, desaparecerá. Éste es el sentido de estos versos del buen cura y poeta Martín Descalzo que tanto sufrió antes de morir²⁵:

[...]

El dolor, Tú lo sabes, no es dolor hasta que no es multiplicado por el tiempo.

Lo que pasa, pasa;

y hasta la corona de espinas duró solo seis horas.

Pero en mí tu cuchillo lleva años y años penetrando.

¿No te quedan heridas que, al menos, duerman durante la noche?

Mírame caminando sobre un campo de minas,

ah, pobre pájaro, que pesas más que vuelas.

¿No podrías llegar, muerte, antes de que termine de volverme estéril?

[...]

Aunque quizás nunca comprendamos la causa de nuestro sufrimiento ni seamos capaces de controlar las fuerzas que lo causan, todavía nos queda mucho por decir sobre cómo nos afecta el sufrir y en qué clase de personas nos convierte. El dolor transforma a alguna gente en amargada y envidiosa; a otra, en sensible y compasiva. Es el resultado –y no la causa– del dolor el que hace significativas a ciertas experiencias dolorosas y vacías y destructivas a otras²⁶.

Decía Séneca: *“No importa qué, sino cómo sufrir”*, dando una importancia decisiva a la forma de enfrentarnos al sufrimiento como algo definitiva y exclusivamente humano y que traduce, como seguiremos analizando, la dimensión espiritual del hombre.

Muchos de los grandes pensadores han expresado esta misma idea. Valgan estos ejemplos:

- *“Para desembarcar en la isla de la sabiduría hay que navegar en un océano de aflicciones”*. Sócrates (470 a.C. - 399 a.C.). Filósofo griego.
- *“Nadie se conoce a sí mismo hasta tanto no ha sufrido”*. Louis Charles Alfred de Musset (1810 - 1857). Poeta francés.
- *“El hombre debe ganar su felicidad mediante el sufrimiento: es la ley de la tierra”*. Fiodor Dostoievski (1821 - 1881). Novelista ruso.

Sufrir, envejecer, morir, son las dimensiones de la humanidad exploradas para la re-humanización de la Medicina, la transformación de esta en clave humanística como consigna de la hora. Estos tres verbos conjugan los mayores interrogantes humanos, aquellos que ponen todo en cuestión, y, por tanto, son también las musas que rescatan el arte de curar de su sinecura antropológica y metafísica, de su sistemático olvido del hombre de “carne y hueso” en la era científico-tecnológica²⁷.

5. LA DIMENSIÓN ESPIRITUAL DEL SER HUMANO

*Porque pasarán días contados
y emprenderé el viaje sin retorno.*

Job²⁸

Desde las corrientes atomistas de la Psicología Racional (Wundt), pasando por las corrientes reflexológicas y conexionistas (Pavlov, Thorndike, Watson, Skinner) y aún por las psicodinámicas (Freud, Klein, Lacan), la Psicología se ha ido especificando técnicamente sobre la base de un hombre uni o bidimensional²⁹. La aparición del existencialismo europeo y posteriormente del humanismo americano, con figuras como Binswanger y Frankl en Europa, y Allport, May, Maslow, en América, le han permitido a la Psicología reencontrarse con su objeto, el hombre, al momento de rescatar aquello que lo constituye en humano: lo espiritual. Sin caer en un espiritualismo, reduccionismo de hecho tan errado como cualquier otro, no han tenido temor de hablar de algo que científicamente parecía prohibido. Si Freud comenzó la gran revolución de hablar de lo inconsciente y lo sexual en un momento en el cual la ciencia solo se ocupaba de lo racional en un clima puritano, el existencialismo/humanismo generó una nueva revolución al momento de hablar de lo espiritual e incluso de lo religioso, en un clima de positivismo. La mística de lo inconsciente y sus producciones, no permitió observar la grandiosidad de lo espiritual, su fuerza, su movilidad y su importancia en la conducta humana.

La esfera espiritual es específica del ser humano y lo define. Recordemos la manera en que Max Scheler³⁰ define la persona: la concibe como portadora o soporte, pero también como centro de actos espirituales. Si bien la persona es aquello de que proceden los actos espirituales, también es el centro espiritual en torno al cual se agrupa todo lo psicofísico. La persona “tiene” un elemento o un algo psicofísico, mientras que ella misma “es” un algo espiritual. O como dijo el filósofo y jesuita francés Pierre

Teilhard de Chardin³¹: “No somos seres humanos con una experiencia espiritual. Somos seres espirituales con una experiencia humana”.

El cientifismo y el secularismo en boga llevan a dudar de lo espiritual y entre otras consecuencias han llevado a tratar “la enfermedad como objeto de ciencia”, en lugar de “personas con enfermedades”. Sin embargo, la persona enferma sigue preguntándose por el sentido de su sufrimiento, la muerte, etc., ofrecidos y sostenidos por la religión. La religión y la vida espiritual son evocadas por muchos en los momentos difíciles de la vida, en contraste con una ciencia que en su impotencia muestra su frialdad y desinterés por la persona. Por decirlo de otro modo, la civilización moderna ha dado credibilidad cuasi-exclusiva al conocimiento científico y así se ha transformado en una civilización sin sujetos³².

La biomedicina, cuyo punto de mira está puesto en los mecanismos biológicos de la enfermedad, no necesita información alguna sobre los miedos de los pacientes, la frustración de las familias, o los variopintos tipos de relación que se dan entre los pacientes y sus cuidadores. Sin embargo, estos aspectos son tan cruciales para el diagnóstico y el tratamiento que ignorar su relevancia limita la dispensación y eficacia de los cuidados. Esto conduce a una sensación de impotencia, frustración, enfado y alienación por parte de los que sufren, lo que, a su vez, devalúa los cuidados y genera problemas insuperables en su provisión³³.

El hecho de que los enfermos se planteen cuestiones existenciales con motivo de su enfermedad, que la Medicina no sabe contestar, llama a la colaboración con otras disciplinas: con la Antropología en primer lugar, con la Ética e incluso la Teología natural. Estas disciplinas han dado muchas respuestas suficientemente satisfactorias –en lo espiritual– y consoladoras a una multitud de personas enfermas; de hecho, la religión, la espiritualidad y la Medicina han estado entrelazadas a lo largo de los siglos, y muchas de las instituciones sanitarias como profesiones relacionadas con la salud tienen su origen en una dimensión espiritual del vivir humano³⁴.

Existen, por lo tanto, una serie de necesidades en esta dimensión que el hombre debe cubrir y que adquieren una importancia decisiva al final de la vida.

A la hora de morir, ¿no tenemos todos derecho a que no solo nuestro cuerpo sea tratado con respeto, sino también, y acaso más importante aún, nuestro espíritu? ¿No tendría que ser uno de los principales derechos de cualquier sociedad civilizada, extensible a todos sus miembros, el de morir rodeado por los mejores cuidados espirituales? ¿Podemos realmente llamarnos una «civilización» mientras eso no se convierta en una norma aceptada? ¿Qué significa realmente poder enviar a alguien

a la Luna si no sabemos ayudar a otros seres humanos como nosotros a morir con dignidad y esperanza?

La atención espiritual no es un lujo reservado para unos pocos. Es el derecho esencial de todos los seres humanos, tan esencial como la libertad política, la asistencia médica y la igualdad de oportunidades. Un auténtico ideal democrático tendría que incluir la atención espiritual para todos como una de sus verdades más esenciales.

Me gustaría destacar dos puntos cuando se ofrece ayuda espiritual a los moribundos: dar esperanza y encontrar perdón. Siempre que esté con una persona moribunda, insista en lo que ella ha logrado y hecho bien. Ayúdela a sentirse lo más constructiva y satisfecha posible respecto a su vida. Concéntrese en sus virtudes y no en sus defectos. Las personas moribundas suelen ser excepcionalmente vulnerables a la culpa, el pesar y la depresión; permita a la persona expresar libremente estos sentimientos, escúchela y dese por enterado de lo que le diga.

Puede usted prestar un servicio incalculable a los moribundos ayudándoles a considerar la proximidad de la muerte como un momento para la reconciliación y rendición de cuentas. Anime a la persona moribunda a hacer las paces con los familiares y amigos de quienes estén distanciados, y a limpiar su corazón, de modo que no le quede ni rastro de odio ni el agravio más leve. Si no puede ver personalmente a la persona de la que se siente distanciada, sugiérale que le telefonee o que le deje un mensaje grabado o una carta pidiéndole perdón. Si la persona moribunda sospecha que aquella persona por quien desea ser perdonada no puede perdonarla, no conviene alentarla a que se enfrente a ella directamente; una reacción negativa por parte de esa persona contribuiría a aumentar su ya considerable angustia. Y, a veces, las personas necesitan tiempo para perdonar. Que le deje alguna clase de mensaje pidiéndole perdón, y al menos morirá sabiendo que ha hecho lo que podía. Así habrá eliminado la dificultad o la ira de su corazón.

Lo espiritual incluye lo religioso, pero no lo agota. No son sinónimos aunque muchas veces se les considera como tales. La espiritualidad es la capacidad absolutamente humana de vincularse con valores, la capacidad valorativa que abre la posibilidad autotranscendente. Una idea, una causa, un amor, un dolor, son tan espirituales (en tanto valores que modelan actitudes significativas de vida) como una fe o un credo. Podemos decir que el término “religioso” se refiere a la necesidad de poner en práctica la propia expresión natural de la espiritualidad. Esto puede manifestarse como la necesidad de ver a un sacerdote, de solicitar a un capellán, tener tiempo para meditar o para rezar, recibir los sacramentos, etc.

Amar y ser amados, perdonar y ser perdonados, son algunas de las necesidades espirituales más intensas del hombre y que adquieren una relevancia muy especial al cerrarse el último capítulo de nuestra vida. Decía Argullo³⁵ que *“cercana la hora deberíamos aún tener dos días, el primero para reunirnos con quienes hemos odiado y el segundo para hacerlo con quienes hemos amado. Y a unos pediríamos perdón por nuestro odio y a los otros por nuestro amor, de modo que aliviados de ambos pesos pudiéramos dirigirnos, ligeros, a la frontera”*. Es necesario constatar que lo que realmente frustra una vida no es el dolor, sino la falta de amor; que el gran fracaso de una vida es haber vivido sin amor.

La muerte es intolerable mientras significa el fin de nuestra existencia individual. Podemos reconciliarnos con ella y aceptarla si trascendemos en uno u otro plano, si ya no es total. Por eso, la persona profundamente creyente acepta la muerte —pero de ninguna manera basta la religiosidad convencional para no temerla—, ya que la considera como el tránsito a otra vida. Igualmente, la persona no creyente, pero psicológicamente madura y capaz de aceptar el ciclo vital, podrá reconciliarse con su propia muerte siempre que pueda prolongar su existencia a través de sus obras o sus hijos. Como también la acepta quien muere por una causa que lo sobrevivirá y quien sepa poner su esperanza en el destino de la humanidad. Lo mismo que cada uno tiene y desarrolla su propio estilo de vida, también tiene que desarrollar su “propia muerte”, como la llama Rilke.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. Ramón Bayés. Psicología del sufrimiento y de la muerte. Anuario de Psicología, 1998, vol. 29. nº 4, 5-17 <http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/1621/04%20ESTRATEGIAS%20DE%20AYUDA%20PARA%20EL%20AFRONTAMIENTO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
2. Fernández Sola C. Nacimiento y muerte. Reflexiones y cuidados. Estrategias de ayuda para el afrontamiento. En: <http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/1621/04%20ESTRATEGIAS%20DE%20AYUDA%20PARA%20EL%20AFRONTAMIENTO.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (Última visita: 30/7/19)
3. Noemí Sansó Martínez. Afrontamiento ante la muerte en profesionales de cuidados paliativos. Tesis doctoral. Universidad de las Islas Baleares.
4. Cuadernos de la Fundación Víctor Grífols Lucas. ÉTICA Y SEDACIÓN AL FINAL DE LA VIDA - N.º 9 - (2003).
5. Ramón Bayés. Aproximación a la historia y perspectivas de la psicología del sufrimiento y de la muerte en España. Información Psicológica. Nº 100. Septiembre-Diciembre 2010. Páginas 7 a 13.
6. Ramón Bayés. La sociedad contemporánea ante el dolor y la muerte. HUMANIDADES, HUMANIDADES MÉDICAS - Volumen 1 - Número 1 - Enero-Marzo 2003.
7. Crisis de sentido en el atardecer de la vida. Fundación SARquavita. 2014.
8. Marcos Gómez Sancho. Morir en paz. Ciudad de México, Editorial El Manual Moderno. 2018.
9. Marcos Gómez Sancho. El duelo y el luto. Ciudad de México, Editorial El Manual Moderno. 2018.
10. Marcos Gómez Sancho. Cómo dar las malas noticias en Medicina. Ciudad de México, Editorial El Manual Moderno. 2019.

BIBLIOGRAFÍA

1. Palazzi F y Spaventa Filippi S. El libro de los mil sabios. Madrid: Dossat; 1984. p. 292.
2. Gómez Sancho M. Medicina Paliativa: la respuesta a una necesidad. Madrid: Arán; 1998. p. 244.

- 3 Casell E. The nature of suffering and the goals of medicine. *N Engl J Med*, 1982; 306: 639-645.
- 4 Callahan D. Dolor y sufrimiento en el mundo: realidad y perspectivas. En: *Dolor y sufrimiento en la práctica clínica*. Barcelona: Fundación Medicina y Humanidades Médicas; 2004.
- 5 Couceiro Vidal A. Tecnología, dolor y sufrimiento en las unidades de críticos. En: *Dolor y sufrimiento en la práctica clínica*. Barcelona: Fundación Medicina y Humanidades Médicas; 2004.
- 6 Callahan D. Op. Cit.
- 7 Fray Luis de León. Exposición del Libro de Job. Madrid: Hyspamérica; 1985. p. 48.
- 8 Le Breton D. Antropología del dolor. Barcelona: Seix Barral; 1999; p. 43.
- 9 Martín Descalzo JL. Testamento del Pájaro Solitario. Estella (Navarra): Editorial Verbo Divino; 1991. p. 31.
- 10 Meditaciones. Barcelona: Integral; 1996. p. 129.
- 11 Callahan D. Op. Cit
- 12 Teilhard de Chardin P. Citado por: Maza E. El amor, el sufrimiento y la muerte. México: Proceso; 1989. p. 201.
- 13 Vico Peinado J. Profetas en el dolor. Madrid: Paulinas; 1981. p. 93.
- 14 Twycross R. Factores que influyen en el dolor de difícil control. En: *Dolor y sufrimiento en la práctica clínica*. Barcelona: Fundación Medicina y Humanidades Médicas; 2004. p. 93-94.
- 15 Rojas E. Una teoría de la felicidad. Madrid: Dossat; 1993. p. 269.
- 16 Juan Pablo II. Salvifici Doloris. Madrid: Paulinas; 1984. p. 10-11.
- 17 Palazzi F, Spaventa Filippi S. Op. cit., 291.
- 18 Unamuno M. Del sentimiento trágico de la vida. Barcelona: Planeta; 1985. p. 204.
- 19 De Musset. La Nuit d'Octobre. Obras completas. París: Seuil; 1963. p. 158.
- 20 Esquilo. La Orestía (Agamenón). En: *Tragedias completas*. Madrid: Cátedra; 1983. p. 238.

- 21 Barbero J. Sufrimiento y responsabilidad moral. En: Bayés R (dir.). Dolor y sufrimiento en la práctica clínica. Barcelona: Fundación Medicina y Humanidades Médicas; 2004. p. 151-170.
- 22 Jünger E. Op. cit., 13.
- 23 Gala A. Las afueras de Dios. Barcelona: Planeta; 1999. p. 173.
- 24 Citado por Sherr L. Agonía, muerte y duelo. México: Manual Moderno; 1992. p. 47.
- 25 Martín Descalzo JL. Testamento del Pájaro Solitario. Estella (Navarra): Editorial Verbo Divino; 1991. p. 57.
- 26 Kushner HS. Cuando las cosas malas le pasan a la gente buena. México: Diana; 1987. p. 80.
- 27 Mainetti JA. Antropobioética. La Plata (Argentina): Quirón; 1995. p. 82.
- 28 Biblia. Job, 16, 22.
- 29 García Pintos C. Sobre la Re-Humanización de la Psicología y el Proceso de Maduración Noética (Una Psicología para el Hombre). En: Lukas E. De la vida fugaz. Buenos Aires: Almagesto; 1994. p. 69.
- 30 Frankl VE. La presencia ignorada de Dios. Barcelona: Herder; 1991. p. 26.
- 31 <https://pensamientoscelebres.com/frase/nosomossereshumanosconunaexperienciaespiritualsomosserespi/> (última visita el 30/7/19)
- 32 Roberts JA, Brown D, Elkins T y Larson DB. Factors influencing views of patients with gynecologic cancer about end-of-life decisions. Am J Obstet Gynecol, 1997; 176:166-172.
- 33 Kleinman A y Benson P. La vida moral de los que sufren enfermedad y el fracaso existencial de la Medicina. En: Dolor y sufrimiento en la práctica clínica. Barcelona: Fundación Medicina y Humanidades Médicas; 2004.
- 34 Urbano Ispizua C. Práctica Médica y Sufrimiento Espiritual. www.conocereisdeverdad.org.
- 35 Argullol R. El cazador de instantes. Barcelona: Destino; 1996. p. 44.

HABLEMOS DE CUIDADOS PALIATIVOS

Rafael Mota Vargas

Médico Especialista en Medicina Interna.

Equipo Cuidados Paliativos.

Hospital Universitario de Badajoz.

Director Médico New Health Foundation.

Presidente Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL).

1. INTRODUCCIÓN

“Cuando su médico me dijo que lo iba a enviar a Cuidados Paliativos creí que me iba a descomponer...pero ¿eso no es para los que se mueren?” (Testimonio de Graciela. Esposa de Enfermo con cáncer avanzado).

Quería iniciar este capítulo con estas palabras, recogidas en el libro *“Te voy a acompañar hasta el final”* de la Dra. Vilma Tripodoro (1), pues en una sola frase refleja el concepto que sobre los Cuidados Paliativos se tiene a día de hoy en nuestra sociedad: *“CUIDADOS PALIATIVOS IGUAL A MUERTE”*, frente a los que defendemos los Cuidados Paliativos como una forma de *“DAR VIDA EN EL FINAL DE LA VIDA”*.

Trataré, en las siguientes líneas de ahondar sobre este concepto basándome en historias reales recogidas en el libro mencionado con anterioridad (1).

“Me llamo Juan José, tengo 55 años y desde hace 5 meses sé que tengo Cáncer de Pulmón. El día que me lo dijeron sentí que el mundo se partía en dos. De un lado se quedaron los que están sanos, fuertes y con toda la vida por delante, y del otro, los que tienen cáncer, sida o vejez, los que tienen la muerte por delante. Y de este lado estoy yo sintiendo que un abismo me separa de todo lo que fui”(Carta de Juan José. Enfermo en Estadio IV de un Cáncer de Pulmón).

Hablar de sufrimiento y muerte siguen siendo un *tema tabú* en nuestra sociedad occidental. Miedo, dolor, incertidumbre, soledad, angustia son sentimientos que suelen experimentar las personas que enfrentan una enfermedad crónica avanzada en situación de final de vida así como sus familiares y amigos que se sienten desbordados por una situación ante la que no saben cómo actuar.

Antes del desarrollo de los Cuidados Paliativos, los enfermos, mal llamados *“terminales”* ó *“desahuciados”*, eran remitidos a sus casas con sufrimiento y dolor y ante los cuáles, los profesionales de la salud, no estábamos preparados ni sabíamos cómo atender estas situaciones. Nuestra misión al estudiar medicina y lo que nos enseñaban en los años de Universidad era a curar. Hoy día muchos de nuestros colegas de profesión ven los Cuidados Paliativos como una forma de *“tirar la toalla”*, obstinándose en la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos con el fin de preservar una vida que se nos escapa de las manos.

Y, por otro lado, los familiares, angustiados por la situación y con las mejores de las intenciones, les cuesta aceptar lo que está por llegar y de alguna u otra manera presionan a los profesionales para que actúen con todo lo que tengan a su disposición para prolongar una vida que está llegando a su fin.

Los avances de la Medicina nos han hecho creer, de forma errónea, que todo lo que técnicamente se pueda hacer se debe hacer, priorizándose “*cantidad de vida*” frente a “*calidad de vida*”, sin tener en cuenta los valores, deseos y preferencias de las personas afectadas.

Ante este proceso de deshumanización creciente de la Medicina experimentado en las últimas décadas los “*Cuidados Paliativos surgen en respuesta a una necesidad*”. Éstos vienen a cubrir esa fase de la atención “**cuando ya no hay nada más que hacer**”, frase lapidaria expresada por muchos médicos y que habría que desterrar de nuestro vocabulario y transformarla por aquella de “**siempre, hasta el último aliento de vida, hay muchas cosas por hacer**”.

“Cuando los médicos te dicen que no hay nada más que hacer, comienza un largo camino de espinas en el que aprendes a hacer un poco de enfermera, de médico, de psicólogo y hasta de acompañante espiritual y ves que no estás capacitada para ello. Nunca antes nos habíamos sentido tan desolados y abandonados” (Carta de Gloria, hija de enferma con hepatocarcinoma).

Equilibrar los incesantes avances de la medicina, la tecnificación de la misma con la deshumanización en la atención que ello conlleva, **junto con** el considerable aumento de la esperanza de vida, y el consiguiente envejecimiento de la población y el aumento de enfermedades crónicas de evolución progresiva, en muchos casos acompañadas de un alto grado de sufrimiento del paciente y, por extensión, de sus familiares y allegados **es una de las funciones principales de la medicina paliativa**.

La *Medicina Paliativa* pone a la persona en el centro de atención, respetando los valores, creencias y preferencias de las mismas y enfatizando en la atención individual de los enfermos con un enfoque holístico, general, no fragmentado, analizando al ser humano en todas sus dimensiones biopsicosociales y espirituales.

Teniendo en cuenta esto nos preguntamos *¿Qué consideran las personas con enfermedades crónicas avanzadas y pronóstico de vida limitado una atención óptima y de calidad cuando se acerca el final?*

Según recoge en el documento “*The future of Health and Care of Older People: The best is yet to come*” (2) los deseos de las personas en el final de vida están relacionados con:

- Alcanzar un adecuado control del dolor y otros síntomas.
- Estar consciente y con la percepción de tener “*capacidad de control*” sobre lo que está sucediendo.

- Ser tratado como un “*Todo*”, como una persona completa, con dignidad, sensibilidad e intimidad.
- Aminorar la “*carga*” que esta situación provoca en los seres queridos y fortalecer los lazos de amor que les unen a ellos.
- Evitar una inapropiada prolongación de la vida mediante la administración o mantenimiento de tratamientos fútiles.
- Recibir apoyo emocional y psicológico cuando sea requerido.
- Elegir el lugar donde pasar sus últimos días.
- Permitir poder estar acompañado por las personas deseadas en el momento final.
- Recibir ayuda espiritual y sentirse en paz.

A la vista de esto; *¿Cómo podemos abordar todas estas cuestiones desde los Cuidados Paliativos?*

“Aprendimos que mi madre tenía derecho al alivio del dolor y que podía estar viva hasta el último minuto de su vida. Aprendimos a no tenerle miedo a algunas palabras como morfina o sedantes y hacernos amigos de la silla de ruedas o la cama articulada. Y también aprendimos que como familiares sufríamos un gran dolor por la futura pérdida, por la ignorancia, por la impotencia y por no saber si lo que hacíamos estaba bien, era suficiente o podríamos hacerlo mejor. Enojarse a veces y llorar era normal. Nosotros también necesitábamos ayuda” (Carta de Gloria, hija de enferma con hepatocarcinoma).

Según la “*International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC)*” (3) los Cuidados Paliativos son la asistencia activa, holística, de personas de todas las edades con sufrimiento severo relacionado con la salud debido a una enfermedad grave, y especialmente de quienes están cerca del final de la vida. Su objetivo es mejorar la calidad de vida de los pacientes, sus familias y sus cuidadores.

2. LOS CUIDADOS PALIATIVOS (3)

Incluyen **prevención, identificación precoz, evaluación integral y control de problemas** físicos, incluyendo dolor y otros síntomas angustiantes, sufrimiento psicológico,

sufrimiento espiritual y necesidades sociales. Siempre que sea posible, estas intervenciones deben estar basadas en la evidencia.

El **enfoque bio-psico-social y espiritual** y la **atención centrada en la persona** son elementos claves para una buena atención paliativa. Un **equipo multiprofesional** con formación avanzada en Cuidados Paliativos es necesario para poder realizar ese tipo de atención integral.

“Yo creo que uno se puede acostumbrar a casi todo en esta vida menos a vivir con dolor. Le juro que ese dolor de espalda no me dejaba vivir. No había descanso ni de día ni de noche. Mis médicos me decían que era a consecuencia del tumor que me apretaba los nervios de la médula pero que si me daban morfina ahora qué dejarían para más adelante” (Testimonio de Julia, enferma de cáncer).

El control sintomático, entre ellos el control del dolor, mejora ostensiblemente la calidad de vida de estos enfermos. Para ello el uso de fármacos como la morfina y otros opioides forman parte del vademécum habitual de los profesionales de cuidados paliativos. Pero *¿por qué se siente todavía miedo al uso de estos fármacos por parte de los profesionales de la medicina?* Aún perduran muchos mitos sobre la morfina que se deberían combatir a través de una formación adecuada. Entre estos mitos de la morfina se encuentran (4):

- ***Se hará un drogadicto.***

El uso indiscriminado de este opioide por médicos a finales de siglo XIX hizo que se dieran cuenta de su potente factor de dependencia. La experiencia diaria demuestra a los profesionales que cuando ya no hace falta la morfina se puede ir bajando la dosis paulatinamente hasta su completa retirada sin generar ningún tipo de dependencia en el paciente

- ***El paciente usará morfina para suicidarse.***

Conviene dejar claro que los pacientes que padecen cáncer no se suicidan más que lo hace la población en general. Entre aquellos que hayan llegado a esa situación no se ha constatado que hayan usado la morfina como útil para tal fin y cabe destacar que aquellos que sufren dolor tiene más posibilidades de suicidarse que aquellos que no lo sufren.

- ***Si a un paciente con cáncer le han prescrito morfina quiere decir que está muriéndose.***

Por desgracia con demasiada frecuencia sólo se le concede al enfermo el beneficio de un analgésico potente cuando su estado es moribundo o en los últimos días de su vida, de ahí ésta asociación. El uso correcto de la morfina permite al paciente vivir una vida más normal que lo le permite el sufrimiento de dolor.

- ***La tolerancia se desarrolla rápidamente y al final ya no será efectiva.***

Debemos partir de la base de que la morfina tiene cierto grado de tolerancia lo cual indica que es necesario ir subiendo su dosis progresivamente para que siga siendo efectiva. Pero tiene una ventaja y es que la morfina no tiene techo, es decir, podemos seguir subiendo la dosis de la misma de forma indefinida para controlar el dolor. Lo único que limita la subida de dosis son los efectos secundarios, en cuyo caso la “rotación de opioides” es una medida muy eficaz y de aplicación habitual por los profesionales de cuidados paliativos.

Por tanto ya no vale decir “*si le damos morfina ahora qué vamos a dejar para más adelante*”. La morfina debe iniciarse en el momento en el que sea preciso según la intensidad del dolor y para control del mismo.

- ***La morfina provoca depresión respiratoria.***

Es un temor infundado cuando hablamos de morfina de uso oral, de administración progresiva y como tratamiento crónico. Sería diferente en el caso de morfina intravenosa, a dosis inadecuada y en dolor agudo postoperatorio. La morfina y derivados son fármacos muy buenos que bien usados son muy eficaces en el control del dolor. Si bien hay que tener conocimientos y prudencia en su uso.

- ***La morfina produce euforia.***

La euforia viene producida , en todo caso, por la disminución importante y/o ausencia de dolor, lo cual , a su vez, se confunde demasiado frecuentemente con el estado de bienestar que siente el paciente.

El apoyo psicológico, social y espiritual son partes fundamentales en el abordaje del dolor de una persona en situación de terminalidad.

A día de hoy no tratar el dolor en estos enfermos es algo que no se debía de tolerar.

- Brindan apoyo a los pacientes para **ayudarlos a vivir lo mejor posible hasta la muerte**, facilitando la **comunicación** efectiva, ayudándoles a ellos y a sus familias a determinar los objetivos de la asistencia.

Entre los atributos esenciales de un buen profesional de cuidados paliativos debe estar la **escucha activa** y la **comunicación eficaz**. Mediante el **proceso de comunicación** se facilita a pacientes y familiares la adaptación a la enfermedad y la **ayuda en la toma de decisiones difíciles**(5).

- Son **aplicables durante el transcurso de la enfermedad**, de acuerdo con las **necesidades del paciente**.

La medicina paliativa del siglo XXI no versa sobre pronóstico de vida sino que se aplica en base a las **necesidades del paciente y su familia** durante el proceso de enfermedad (6).

- Se **proporcionan conjuntamente con tratamientos que modifican la enfermedad**, siempre que sea necesario, pudiendo influir **positivamente en el curso de la enfermedad** al mejorar la calidad de vida y aliviar el sufrimiento. No pretenden acelerar ni posponer la muerte, afirman la vida y reconocen la **muerte como un proceso natural**.

La dicotomía entre cuidados curativos y cuidados paliativos no tiene actualmente razón de ser. La **intervención temprana** de los cuidados paliativos conjuntamente con otros profesionales mediante una verdadera **atención compartida** garantiza la **continuidad asistencial**. Cada vez existen más estudios que demuestran que esta **intervención temprana y compartida** mejoran la cantidad y calidad de vida de estos pacientes y de sus familiares (7-8).

- Brindan apoyo a **la familia y a los cuidadores** durante la enfermedad de los pacientes y durante su propio duelo.

La unidad a tratar en cuidados paliativos no sólo es el paciente, es éste junto con su familia, de ahí la importancia del abordaje familiar, incluso después del fallecimiento del paciente.

- Se proveen reconociendo y respetando los **valores y creencias culturales** del paciente y de la familia.

La planificación anticipada de las decisiones (PAD) supone **un proceso de comunicación y deliberación** entre la persona enferma, cuando ésta es competente, y su entorno

más cercano (habitualmente la familia), con los profesionales implicados en su atención. Se trata de un reconocimiento a la autonomía de la persona, permitiendo que se expresen sus valores, deseos y preferencias ante el proceso de la enfermedad y su vivencia, sobre todo en las situaciones más cercanas al final de la vida (9).

- Son aplicables **en todos los ambientes de atención** sanitaria y social (lugar de residencia e instituciones) y en todos los niveles (primario a terciario), sin olvidarnos de la importancia del entorno comunitario.

- Pueden ser provistos por profesionales con **formación básica** en cuidados paliativos, pero también se requieren cuidados paliativos **especializados** con un **equipo multiprofesional** para la derivación de casos complejos.

La **formación continuada** de los profesionales en todos y cada uno de los ámbitos de atención, ya sea el domicilio, el hospital o los centros residenciales de media-larga estancia es una de las medidas más eficaces para una atención de calidad en el final de la vida.

Similar a la definición dada por la IAHPC, la “*Organización Mundial de la Salud (OMS)*” hace referencia a los Cuidados Paliativos como aquellos que(10):

- Alivian el dolor y otros síntomas angustiantes;
- Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal;
- No intentan ni acelerar ni retrasar la muerte;
- Integran los aspectos psicológicos y espirituales del cuidado del paciente;
- Ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte;
- Ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a la familia a adaptarse durante la enfermedad del paciente y en su propio duelo;
- Utilizan un enfoque de equipo para responder a las necesidades de los pacientes y sus familias, incluido el apoyo emocional en el duelo, cuando esté indicado;
- Mejoran la calidad de vida, y pueden también influir positivamente en el curso de la enfermedad;
- Pueden dispensarse en una fase inicial de la enfermedad, junto con otros tratamientos que pueden prolongar la vida, como la quimioterapia o la radiote-

rapia, e incluyen las investigaciones necesarias para comprender y manejar mejor complicaciones clínicas angustiosas.

Trabajar en cuidados paliativos requiere una perspectiva que valore integralmente a la persona, y que considere la enfermedad terminal como un proceso biológico y a la vez **biográfico**, y la muerte no como un fracaso, sino como un **proceso natural** que forma parte de la vida. Solo desde ahí se puede aspirar a comprender y dar respuesta a la complejidad del camino por el que pasan los enfermos en situación de terminalidad (11).

“Nunca nadie está preparado para morir, por eso se sufre tanto. Por todo lo que uno hizo y ya no va a poder hacer, por los seres queridos que se quedan y, hasta le digo más, porque el mundo siga andando como si nada al segundo siguiente a que uno muera”. (Testimonio de Germán, enfermo de cáncer).

3. ¿CÓMO ESTÁ LA SITUACIÓN ACTUAL DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN ESPAÑA?

Como destaca la *Organización Mundial de la Salud (OMS)*, los cuidados paliativos son uno de los pilares de la atención a los pacientes con cáncer y otros procesos crónicos en fases avanzadas y terminal, pero será necesario revisar si la presencia, la accesibilidad y la calidad de dichos cuidados es la que se merecen los ciudadanos(12).

En España, de las 228.00 personas que fallecen anualmente con necesidad de Cuidados Paliativos, alrededor de 80.000 lo hacen sin acceder a ellos, según fuentes del *“Atlas Europeo de Cuidados Paliativos”* recientemente publicado(13). Según el informe referido, nuestro país cuenta con 260 recursos específicos de Cuidados Paliativos, siendo superada ampliamente por países como Alemania (914), Reino Unido (860), Francia (653), Polonia (587), Italia (570) y Rusia (321), entre otros, ocupando el puesto 31 de los 51 países europeos analizados en cuanto a servicios por habitante (0,6 servicios especializados por cada 100.00 habitantes, muy alejados de los 2 puntos que recomiendan los organismos internacionales).

Pero lo realmente preocupante en nuestro País es la **falta de equidad** en la atención paliativa, así, según el lugar de España donde uno viva, podrá recibir o no una adecuada atención durante el proceso de final de vida.

¿Cuáles son las razones para que no se hayan desarrollado adecuadamente los Cuidados Paliativos en España?

Desde luego no será por falta de leyes, siendo no obstante llamativo que no exista una Ley Nacional sobre la Atención al Final de la Vida. Los sucesivos gobiernos en nuestro país y en las diferentes CCAA han realizado multitud de documentos, leyes y estrategias para una adecuada atención en los procesos de final de vida, promoviendo los cuidados paliativos como una forma de atención integral de la persona, en sus aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales, de una búsqueda de homogeneidad de los recursos en las distintas regiones, de los derechos de los pacientes a ser igualmente atendidos independientemente de edad o enfermedad de base, de la estrategia interdisciplinaria y de trabajo en equipo... Magnífica declaración de intenciones. Pero, como se pregunta Javier Barbero en su artículo *“Diez cuestiones inquietantes sobre los Cuidados Paliativos”* (12) en el año 2007 y hoy de plena actualidad:

- *¿Cómo se puede ofrecer una asistencia al final de la vida en condiciones de igualdad a todo ciudadano potencialmente beneficiario si no hay acceso universal a la misma?*
- *¿Cómo desarrollar una atención integral sin psicólogos o trabajadores sociales en la mayoría de los equipos específicos de CP?*
- *¿Cómo poder dar un servicio de excelencia cuando el equipo de cuidados paliativos vive una elevada presión asistencial, con insuficientes recursos para responder a la demanda?...*

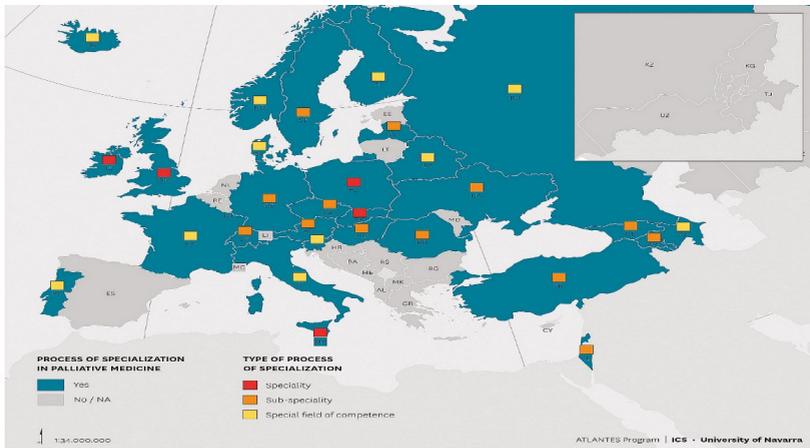
Muchos interrogantes y muchas inquietudes aún por dilucidar.

La primera ley (*mal llamada de muerte digna*) que se promulgó en nuestro país fue la Ley Andaluza 2/2010, de 8 de abril sobre los derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir. Recientemente el Defensor del Pueblo de Andalucía ha publicado el documento *“Morir en Andalucía: Dignidad y Derechos”* (14), en el que realiza una crítica pormenorizada de la ley ante el incumplimiento reiterado de la misma.

Es de destacar, como referimos con anterioridad, que no exista aún una *“Ley Nacional sobre la Atención al final de la vida”* cuestión que nos parece importante siempre y cuando se tomen las medidas oportunas para su cumplimiento.

Por otro lado pensamos que una de las principales barreras en el desarrollo de los Cuidados Paliativos en nuestro país ha sido la falta de reconocimiento y certificación

reglada en la formación de los profesionales de Cuidados Paliativos. En este campo, tal como muestra la figura 1 publicada en el Atlas Europeo de Cuidados Paliativos (13), España es una isla entre los países de su entorno. Así como los Cuidados Paliativos se considera una *especialidad* médica en países como Reino Unido, Irlanda o Dinamarca, *subespecialidad* en Alemania, Suiza o Suecia o un *Área de Capacitación Específica* en Portugal, Francia o Italia, en España no existe nada de eso y, lo peor de todo es que ni se le espera.



Esto demuestra la falta de sensibilidad y voluntad política desde hace décadas en nuestro país. En sintonía con las recomendaciones de la OMS, garantizar el acceso universal a Cuidados Paliativos de calidad es una cuestión central de salud pública y por lo tanto es responsabilidad del gobierno y, añadiríamos, en nuestro caso, de las distintas administraciones competentes.

¿Cuáles serían los retos y desafíos a los que nos enfrentamos en los próximos años?

- Promover **Recursos Específicos de Cuidados Paliativos** para **aumentar la cobertura** de atención a *pacientes oncológicos y no oncológicos* así como en *edades extremas de la vida* (edad pediátrica y adulto mayor). Garantizar la *Cobertura, Accesibilidad, Calidad y Equidad* son necesarias para una atención de calidad al final de la vida.
- Desarrollar **modelos de gestión** capaces de unir la calidad de la atención clínica con resultados de eficiencia económica que hagan sostenibles nuestros sistemas de salud y que incluyan los servicios sociales y comunitarios.

- Reconocer los Cuidados Paliativos como una **Especialidad, Subespecialidad ó Área de Capacitación Específica (ACE)** como forma de garantizar una formación reglada y homogénea en todo el territorio nacional y un reconocimiento hacia los profesionales.
- Dar prioridad a la inclusión de los Cuidados Paliativos en los **Planes de Estudio de la Universidad** para que los jóvenes profesionales de la medicina, enfermería, psicología y trabajo social tengan una formación básica en esta materia.
- Crear la **Categoría Profesional de Cuidados Paliativos** en todas las CCAA con el objetivo de que las plazas que se oferten en las convocatorias públicas de los diversos servicios de salud sean ocupadas por los profesionales mejor preparados, más capacitados y con mayor experiencia.
- Incrementar la **Atención Psico-Social** con profesionales de la psicología y trabajo social que se integren en los equipos multidisciplinares de Cuidados Paliativos.
- Fomentar la **formación e investigación** en cuidados paliativos.
- Trabajar sobre una **Ley Nacional de Atención al Final de la Vida** con vistas a resolver la preocupante falta de equidad de nuestro sistema de salud en relación con los cuidados paliativos y que sean reconocidos éstos como un derecho al que tienen que acceder todas las personas que lo necesiten.
- Integrar en la atención del final de vida la **Hospitalidad, Presencia, Compasión y Humanización**.

4. LOS CUIDADOS PALIATIVOS: UN DERECHO HUMANO

El reconocimiento de los Cuidados Paliativos como un Derecho Humano facilitaría el compromiso de los Gobiernos a adoptar e implementar Planes o Programas Nacionales de Cuidados Paliativos, que garanticen la atención por recursos profesionales especializados y el acceso a los medicamentos esenciales para el alivio del sufrimiento.

“Sólo cuando los Cuidados Paliativos estén dentro de las políticas públicas de salud, se convertirán en GARANTÍA para sus ciudadanos”.

Este año, con motivo del Día Mundial de los Cuidados Paliativos a celebrar el 12 de Octubre de 2019, el lema del mismo es “Mi Cuidado; Mi Derecho”.



Por ello y considerando los *Cuidados Paliativos como un derecho fundamental* al que deben tener acceso todas las personas que enfrentan enfermedades crónicas avanzadas y/o en situación de terminalidad, quería finalizar exponiendo la carta de derechos de las personas en situación de final de vida al que desde los Cuidados Paliativos se les puede dar respuesta, enumerados por la OMS en el año 1990:

-Tengo el derecho de ser liberado del DOLOR.

El alivio del DOLOR es uno de los objetivos fundamentales en Cuidados Paliativos. El control sintomático forma parte de sus prioridades. El manejo de fármacos opioides como la morfina y afines forma parte de su vademécum habitual.

- Tengo el derecho de obtener una respuesta honesta, cualquiera que sea mi pregunta.

- Tengo el derecho de no ser engañado.

- Tengo el derecho de expresar a mi manera mis sufrimientos y mis emociones por lo que respecta al acercamiento de mi muerte.

La COMUNICACIÓN es una de sus herramientas más efectivas para el alivio del sufrimiento. La escucha activa, la empatía y asertividad son intrínsecas a la práctica de los cuidados paliativos.

- Tengo el derecho de ser tratado como un ser humano vivo hasta el momento de mi muerte.

- Tengo el derecho de mantener una esperanza, cualquiera que sea ésta.

Una Medicina centrada en la persona con Calidez, humanización y compasión son la esencia de los cuidados paliativos.

- *Tengo derecho de conservar mi individualidad y de no ser juzgado por mis decisiones, que pueden ser contrarias a las creencias de otros.*

- *Tengo el derecho de obtener la atención de médicos y enfermeras (también de psicólogos, trabajadores sociales, asesores espirituales.....), incluso si los objetivos de curación deben ser cambiados por objetivos de confort.*

El equipo multi e interdisciplinar es una de las claves más importantes en la atención. Acompañar al enfermo y a su familia en la toma de decisiones difíciles en el final de vida a través de la Bioética forma parte de las competencias en Cuidados Paliativos.

- *Tengo el derecho de recibir ayuda de mi familia y para mi familia en la aceptación de mi muerte.*

- *Tengo el derecho de ser cuidado por personas sensibles y competentes, que van a intentar comprender mis necesidades y que serán capaces de encontrar algunas satisfacciones ayudándome a enfrentarme con la muerte.*

En Cuidados Paliativos el enfermo, junto con su familia, son la unidad a tratar. También, desde los Cuidados Paliativos se promueven el desarrollo de comunidades compasivas para que a través de la sensibilización, capacitación y creación de redes, las personas en procesos de final de vida puedan ser acompañadas en su entorno y por su comunidad. Las comunidades compasivas buscan mejorar el bienestar de las personas con enfermedades avanzadas mediante la creación de una cultura basada en la compasión, complementando al mismo tiempo el enfoque holístico que buscan los cuidados paliativos a nivel comunitario. El voluntario, que forma parte de la red de cuidados, es un elemento importante dentro del equipo interdisciplinar.

- *Tengo el derecho de no morir solo*

- *Tengo el derecho de morir en paz y con dignidad*

- *Tengo el derecho de que mi cuerpo sea respetado después de mi muerte*

Desde Cuidados Paliativos se facilita la posibilidad de morir en el hogar, acompañado de sus seres queridos. Humaniza el final en los hospitales u hospices cuando no es posible permanecer en el domicilio y Respeta al ser humano hasta el último momento, acompañando a su familia en la fase de duelo.

Decía Cicely Saunders, fundadora del moderno movimiento hospice, que *“la manera en que muere una persona permanece en el recuerdo de los que le acompañaron”*(10). De ahí tan importante el poder y saber abordar adecuadamente el momento final de la vida.

Quería terminar con unas palabras de la Dra. Cicely Saunders que resume con claridad la filosofía y el trabajo que se desarrolla en Cuidados Paliativos:

“Usted importa porque es Usted y seguirá importando hasta el último momento de su vida. Nosotros haremos todo lo posible para ayudarlo a morir en paz y sobre todo a VIVIR HASTA QUE MUERA”.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tripodoro V. Te voy a acompañar hasta el final: Vivir con Cuidados Paliativos. Editorial Capital Intelectual 2011. Buenos Aires (Argentina). ISBN 978-987-614-295-3
2. Debate of the Age, Health and Care Study Group. The future of Health and Care of Older People: The best is yet to come. London: Age Concern 1999
3. IAHP . Global Consensus based palliative care definition. (2018). Houston, TX: The International Association for Hospice and Palliative Care. <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition>.
4. Sancho, M. G. Cómo dar malas noticias en medicina. Manual Moderno. Mayo 2016
5. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2006/2008.M
6. Gómez-Batiste X. et al. Transiciones conceptuales en la atención paliativa del siglo XXI. Manual de atención integral de personas con enfermedades crónicas avanzadas: aspectos generales. 2015 Elsevier España, S.L.U. ISBN (versión impresa): 978-84-9022-499-1 ISBN (versión electrónica): 978-84-9022-902-6.
7. Temel JS, Greer J, Muzikansky A, et al.: Early palliative care for patients with metastatic non-small cell lung cancer. N Engl J Med 363:733-742, 2010
8. Ferrel BR et al. Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update . J Clin Oncol 34. © 2016 by American Society of Clinical Oncology.
9. <http://www.nuestraenfermeria.es/mini-guia-de-ipad/>
10. <https://www.who.int/cancer/palliative/es/>
11. Saunders C. Velad Conmigo. Inspiración para una vida en Cuidados Paliativos. Primera Edición en Castellano, 2011. ISBN 978-0-9834597-0-5.
12. Barbero J, Díaz L. Diez cuestiones inquietantes sobre los Cuidados Paliativos. An. Sist. Sanit. Navar. 2007 Vol. 30, Suplemento 3

13. Arias-Casais N, Garralda E, Rhee JY, Lima L de, Pons JJ, Clark D, Hasselaar J, Ling J, Mosoiu D, Centeno C. EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2019. Vilvoorde: EAPC Press; 2019. Consultor download at: <http://hdl.handle.net/10171/56787>
14. Defensor del Pueblo Andaluz. Morir en Andalucía: Dignidad y Derechos. Informe especial al Parlamento. <http://www.defensordelpuebloandaluz.es> defensor@defensordelpuebloandaluz.es

Otra bibliografía recomendada:

- Nathan Cherny, Marie Fallon, Stein Kaasa, Russell K. Portenoy, and David C. Currow. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Fifth edition. 2017
- Knaul FM et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief—an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. Internet. www.thelancet.com. Published online October 12, 2017. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32513-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32513-8).

**EUTANASIA Y SUICIDIO ASISTIDO:
UNA VISIÓN DESDE EL CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS DE MÉDICOS DE ESPAÑA**

Serafín Romero Agüit

Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos

1. *El principio deontológico contra la eutanasia tiene su expresión paradigmática en la indicación del Juramento Hipocrático, que ha sido la base de la Ética Médica desde los orígenes de la Medicina científica hasta nuestros días. “Jamás daré a nadie medicamento mortal, por mucho que me soliciten, ni tomaré iniciativa alguna de este tipo”.*

A través de los siglos el principio moral “el médico no debe matar” ha ido pasando de generación en generación como un pilar fundamental de la vocación del médico. Para algunos, la idea de convertir esta norma en un principio prima facie, o en un simple consejo que podría no seguirse en algunas circunstancias, supone la alteración no de un elemento periférico de la Medicina, sino de su misma esencia.

2. *VELAR con el máximo respeto por la vida humana. Declaración de Ginebra de la AMM 1948 y enmendada en la 68 Asamblea de Chicago de 2017.*
3. *La Asociación Médica Mundial (AMM), que define la eutanasia como “el acto deliberado de poner fin a la vida de un paciente, aunque sea por voluntad propia o a petición de sus familiares”, la condena desde 1987 de modo explícito y tajante diciendo que “es contraria a la ética”. A continuación, para que quede claro lo que es y lo que no es eutanasia, añade que “ello no impide al médico respetar el deseo del paciente de dejar que el proceso natural de la muerte siga su curso en la fase terminal de su enfermedad”.*

Además, en una resolución de 2002, se explica que: “La AMM reafirma su firme convencimiento de que la eutanasia entra en conflicto con los principios éticos básicos de la práctica médica y la AMM insta enfáticamente a todas las asociaciones médicas nacionales y los médicos a no participar en la eutanasia, incluso si está permitida por la legislación nacional o despenalizada bajo ciertas condiciones”

4. *Nuestro Código de Deontología Médica de 2011 en su Capítulo II “Principios Generales”*

Su artículo 5 dice:

1. *La profesión médica está al servicio del ser humano y de la sociedad. Respetar la vida humana, la dignidad de la persona y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad son los deberes primordiales del médico.*

Y, en su Capítulo VII, “Atención médica al final de la vida”,

Artículo 36, dice:

3. *El médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de éste.*

El PSOE ha registrado en el Congreso una proposición de ley que regula la eutanasia como un nuevo derecho individual y efectivo, de forma que se convertiría —si su propuesta prospera— en una prestación en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud (SNS). Los mayores de edad con una enfermedad grave e incurable —que les produzca sufrimientos físicos o psíquicos insoportables— y los discapacitados graves crónicos tendrían derecho a que el sistema público les ayudara a morir.

Según la proposición de ley, el procedimiento para lograr el suministro de una sustancia que acabe con la vida del paciente requeriría de la concurrencia de dos médicos que valoraran el caso. Uno será el que atienda habitualmente al paciente, y el segundo, uno externo que avalará que se cumplen las condiciones de sufrimiento insoportable para el paciente —será el enfermo el que decida—. Si los médicos no dan la razón al afectado, una comisión autonómica deberá revisar el caso.

Los profesionales sanitarios que tengan relación directa con el paciente podrán alegar objeción de conciencia. Pero esta declaración deberá hacerse por escrito previamente a que estén involucrados en un caso concreto, para evitar que su voluntad pueda verse influida por la cercanía al enfermo.

La atención se incluirá, de acuerdo con el proyecto del PSOE, en las prestaciones del sistema sanitario, y deberá ofertarse tanto en la sanidad pública como en la privada. Igual que todo el servicio de los hospitales, sería gratuito, incluso si se realiza a domicilio.

En Europa, solo Holanda, Bélgica y Luxemburgo permiten la eutanasia. En Suiza, un vacío legal permite que se ofrezca asistencia médica para suicidarse a quienes lo piden.

La diferencia está en que en el último caso el enfermo se administra la medicación que va a acabar con su vida. En el resto del mundo, esa asistencia al final de la vida está regulada en Canadá y en algunos Estados de EE UU y de Australia.

La *eutanasia* significa etimológicamente “buena muerte” y se puede definir como el acto deliberado de dar fin a la vida de una persona, producido por voluntad expresa de la propia persona y con el objeto de evitar un sufrimiento. En nuestra doctrina bioética y penalista existe hoy un amplio acuerdo en limitar el empleo

«eutanasia» a aquella que se produce de manera activa y directa, de manera que las actuaciones por omisión que se designaban como eutanasia pasiva (no adopción de tratamientos tendentes a prolongar la vida y la interrupción de los ya instaurados conforme a la *lex artis*), o las que pudieran considerarse como eutanasia activa indirecta (utilización de fármacos o medios terapéuticos que alivian el sufrimiento físico o psíquico aunque aceleren la muerte del paciente -cuidados paliativos-) se han excluido del concepto bioético y jurídico-penal de eutanasia.

Es importante señalar que el debate, situado en términos de regulación y despenalización de la eutanasia, no es un debate médico -o únicamente médico-, sino social, político e, incluso, ideológico. Pero sí que la profesión médica, en tanto que responsable directa de la asistencia a los enfermos y testimonio habitual de su sufrimiento, puede aportar a la eventual elaboración de una norma reguladora elementos que ayuden a aclarar conceptos, velando por los intereses y la dignidad de la persona enferma, por la calidad de las actuaciones y también por la seguridad jurídica de los médicos que intervienen en cada caso.

Con independencia de la orientación que los legisladores quieran dar al reconocimiento de este derecho a la autonomía del paciente en situación terminal o de grave discapacidad, consideramos que no se debe desviar la atención sobre la prioridad de que el sistema sanitario, en su conjunto, ha de ser capaz de dar respuesta para garantizar que los recursos materiales, humanos y organizativos para la atención a los enfermos crónicos avanzados sean los adecuados y estén al alcance de todos y en todo el territorio.

Son muchas las encuestas en relación con este tema. Según una encuesta presentada en el II Convención de la Profesión Médica de 2010, el 63% de la población cree que debe despenalizarse. Estos datos, que nos presentan la opinión de la población general, no coinciden con la opinión de la profesión médica, ya que el 70,9% de los representantes colegiales creen que no debe despenalizarse.

Los estudios existentes sobre actitudes de la población, de los pacientes y de los profesionales sobre la eutanasia, pueden esclarecer el debate que se suscita, sin embargo, la mayoría de estos estudios adolecen de una falta de rigor metodológico. Se insta a estudios multicéntrico y con mayor nivel de evidencia; no se realizan sobre el enfermo en situación terminal sino en una situación futura.

Los motivos de la solicitud para la eutanasia son complejos y multifactoriales e incluyen factores personales, psicológicos, sociales, culturales, económicos y demográficos. Tales solicitudes requieren una atención respetuosa y cuidadosa, junto

con una comunicación sensible en el contexto adecuado del paciente al final de la vida.

Le corresponde a la profesión médica en general y al médico en particular el no mirar hacia otro lado. El imperativo ético nos demanda ayudar a nuestros pacientes a que mueran bien, por lo que debemos considerar la petición de eutanasia como una demanda de mayor atención donde intentemos revertir los miedos en seguridad, el paternalismo en autonomía, el abandono en compañía, el silencio en escucha, el dolor en alivio y la mentira en esperanza

Trasladar al debate de la despenalización de la eutanasia los cursos intermedios (cuidados paliativos).

Ante la solicitud de la eutanasia se plantea un conflicto de valores en el ámbito de la profesión médica, la ética médica debe realizar el análisis de un conflicto a partir de tres fases:

- *Buenos hechos clínicos*, aclarando la situación del paciente, realizando un buen diagnóstico y pronóstico, entre otros.
- *Los valores se montan sobre los hechos*, los valores están en conflicto con una decisión clínica en la que se plantea una situación de enfrentamiento de apostar por la vida *versus* autonomía del paciente, dolor, mal control de los síntomas, sufrimiento espiritual, sentimiento de carga para la familia, coste económico...
- *Si existe un conflicto de valores se debe buscar la solución a ese conflicto*. Existe una tendencia a no ver todos los cursos de acción y reducirlos a dos extremos. En este sentido, es una obligación moral salvar todos los valores en conflicto o lesionarlos lo menos posible y esta situación no se puede conseguir con cursos extremos sino con los cursos intermedios que lleven a soluciones del problema que se plantea.

Ante el planteamiento de un conflicto como en caso de solicitud de la eutanasia se puede recurrir a un curso intermedio como los cuidados paliativos, ya que un eficaz sistema de cuidados paliativos puede cambiar la voluntad del paciente, el control de los síntomas, etc., y manejar las herramientas paliativas adecuadas puede mejorar la vida terminal. Por ello, es importante agotar los cursos intermedios (cuidados paliativos) antes de tomar la decisión bajo la postura de curso extremo (eutanasia) y en el caso que se agoten los cursos intermedios el médico se encontraría con una

situación extrema el médico no debe abandonar al paciente, la asistencia es un deber del médico.

La Medicina cambia con la sociedad, y no solo porque ahora tenga más medios diagnósticos y terapéuticos que los que tenía hace pocos decenios. La tecnologización de la asistencia médica ha provocado una mutación muy pronunciada en el modo de concebir la relación médico-paciente. Cada vez es más frecuente que sean muchas las personas que asisten a un paciente, y esto supone una tentación para el médico que puede aparecer no pocas veces como un extraño a la cabecera del enfermo. Además, la *autonomía* como principio basilar de la bioética, ha hecho que el médico se retraiga, al menos en parte, de su labor de consejo y orientación, quedando no pocas veces atrincherado en una batería de medios técnicos. En este contexto de complicación de la Medicina, y de prolongación de los procesos patológicos, es donde puede insinuarse la petición de la eutanasia. Hasta ahora, salvo muy pocas excepciones, la Medicina por medio de sus corporaciones se ha negado a tomar ese camino. Sin embargo, la presión social es fuerte, sobre todo en algunos países, y obliga a un debate sereno y bien razonado. (Dr. Pablo Requena)

Hay además otro aspecto importante en el discurso sobre la eutanasia, que excede el ámbito de la relación médico-paciente, y que es el relativo al peso que supone para el paciente gravemente enfermo tener que decidir, y de alguna forma justificar, el querer seguir viviendo. Aunque se insista en que la elección de la eutanasia debe darse siempre sin coacción alguna, esta libertad en el plano práctico es bastante ilusoria. Si el enfermo sabe que en su situación es un peso para la familia y para la sociedad, es lógico que quiera dejar de serlo, y se sienta inclinado a pedir la eutanasia por ese motivo.

En el debate sobre la eutanasia cada vez tiene más importancia el tipo de argumentación moral que apoya sobre las consecuencias de las acciones y de las políticas sanitarias. El argumento de la pendiente resbaladiza sostiene que, si se aprueba una ley que permite la eutanasia en algunos casos muy concretos y con unas condiciones muy estrictas, que impidan los abusos, con el tiempo se ve que esas defensas van cediendo, y se acabará aplicando la eutanasia a algunos pacientes que en un principio quedaban excluidos.

Los trabajos del profesor John Keown, que es uno de los autores que ha estudiado con más profundidad el debate sobre la eutanasia voluntaria desde la perspectiva jurídica distingue dos dimensiones del argumento: la empírica y la lógica. La primera es simplemente una constatación de que en los lugares donde se ha aprobado la eu-

tanasia para casos de enfermos incurables, con sufrimientos insoportables, que hubieran pedido reiteradamente el acabar con su vida, se ha visto que, con el paso de los años, se ha aplicado la eutanasia a pacientes que no tenían enfermedades incurables, que no padecían sufrimientos insoportables, o que no habían pedido la muerte. La dimensión lógica del argumento sostiene que las precisas precauciones que puedan tomarse para reducir la aplicación de la eutanasia a algunos casos extremos desaparecen no solo por una cuestión práctica a la hora de aplicarlas, sino también por una razón teórica. Lo que justifica la eutanasia en los casos extremos haciendo referencia a la autonomía del paciente o a la consideración de que estaría mejor muerto, puede justificar también, la aplicación de esta en aquellos que la pidan autónomamente, aunque no tengan sufrimientos insoportables, como es el caso de las personas muy ancianas. Del mismo modo podría justificarse la eutanasia no-voluntaria de personas que están en un estado de inconsciencia crónica, pensando que la muerte beneficiaría a estos pacientes.

CONCLUSIONES Y POSICIÓN

El debate sobre la eventual regulación y despenalización de la eutanasia no es un debate médico, o únicamente médico, sino social, ético y político. Por tanto, su concreción corresponde a la sociedad, a través de sus representantes democráticos.

En todo caso, cualquier regulación debería ser garantista de derechos y proporcionar seguridad jurídica a todos los implicados. Igualmente, sería necesario que se contemple el derecho a la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios, así como la participación de médicos asistenciales en el seno de los comités u órganos que tengan que tomar decisiones respecto a las peticiones de ayuda a morir.

Nuestro Código de Deontología Médica recogió de forma clara y avanzada cual deberá ser el comportamiento de un médico ante el proceso de atención al final de la vida

1. El médico tiene el deber de intentar la curación o mejoría del paciente siempre que sea posible. Cuando ya no lo sea, permanece la obligación de aplicar las medidas adecuadas para conseguir su bienestar, aun cuando de ello pueda derivarse un acortamiento de la vida.
2. El médico no deberá emprender o continuar acciones diagnósticas o terapéuticas sin esperanza de beneficios para el enfermo, inútiles u obstinadas. Ha de tener en cuenta la voluntad explícita del paciente a rechazar dicho trata-

miento para prolongar su vida. Cuando su estado no le permita tomar decisiones, tendrá en consideración y valorará las indicaciones anteriormente hechas y la opinión de las personas vinculadas responsables.

3. El médico está obligado a atender las peticiones del paciente reflejadas en el documento de voluntades anticipadas, a no ser que vayan contra la buena práctica médica.
4. La sedación en la agonía es científica y éticamente correcta sólo cuando existen síntomas refractarios a los recursos terapéuticos disponibles y se dispone del consentimiento del paciente implícito, explícito o delegado.

Por lo que, con independencia de la orientación que los legisladores quieran dar al reconocimiento del derecho a la autonomía del paciente en situación terminal o de grave discapacidad, es imprescindible que esta iniciativa también suponga un impulso y abordaje del acceso de los pacientes que se encuentran en un proceso de final de vida una atención integral paliativa de calidad y digna, desde una perspectiva de recursos materiales, humanos y asegurando la equidad en el acceso. El CGCOM ha denunciado reiteradamente las desigualdades en la legislación autonómica sobre la atención al final de la vida demandando el aseguramiento de la protección de la dignidad de las personas mediante una Ley Orgánica.

Hace más de un año el CGCOM dio un apoyo sin fisuras a la iniciativa legislativa en materia de derechos y garantías en el proceso de morir, en el Congreso de los Diputados.

Nos reafirmamos como Profesión Médica en nuestro compromiso de servicio al ser humano y a la sociedad, así como en el respeto a la vida humana, la dignidad de la persona y el cuidado de su salud.

La fragilidad, el dolor y la enfermedad son una dura prueba para todos, también para el personal médico, son un llamado a la paciencia, al padecer con; por ello no se puede ceder a la tentación funcionalista de aplicar soluciones rápidas y drásticas, movidos por una falsa compasión o por meros criterios de eficiencia y ahorro económico. Está en juego la dignidad de la vida humana; está en juego la dignidad de la vocación médica. Papa Francisco

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Juramento Hipocrático.
2. Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial adoptada por la 2ª Asamblea General de la AMM Ginebra, Suiza, Septiembre 1948 y enmendada por la 22ª Asamblea Médica Mundial Sídney, Australia, Agosto 1968 y la 35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre 1983 y la 46ª Asamblea General de la AMM Estocolmo, Suecia, Septiembre 1994 y revisada en su redacción por la 170ª Sesión del Consejo Divonne-les-Bains, Francia, Mayo 2005 y por la 173ª Sesión del Consejo, Divonne-les-Bains, Francia, Mayo 2006 y enmendada por la 68ª Asamblea General de la AMM, Chicago, Estados Unidos, Octubre 2017
3. Declaración de la AMM sobre Eutanasia, adoptada por la 38ª Asamblea Médica Mundial, Madrid, España, octubre 1987 y reafirmada por la 170ª Sesión del Consejo, Divonne les Bains, Francia, mayo 2005.
4. Código de Deontología Médica de la Organización Médica Colegial de España. 2011
5. El PSOE propone que la eutanasia sea un derecho y una prestación sanitaria. Diario El País. 3 de mayo de 2018
6. Texto de la proposición de Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia y el Suicidio Asistido.
7. La asistencia a personas en situación de final de vida. Documento de Posición del Colegio de Médicos de Barcelona. Junio de 2018
8. II Convención de la Profesión Médica de los Colegios de Médicos de España. Mesa: Eutanasia.
9. Abstrac del Dr.Jacinto Batiz para la Mesa: Eutanasia y Profesión Médica 2010.
10. Declaración sobre Eutanasia de la Sociedad Europea de Cuidados Paliativos.
11. Declaración sobre Eutanasia de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)
12. Prof. Pablo Requena: “¿Por qué la Asociación Médica Mundial no debe cambiar su política sobre la eutanasia?”. Médicos y Pacientes. 25 de mayo de 2017
13. Declaración de la Asamblea del Consejo General de Mayo de 2018 celebrada en Melilla sobre la regulación de la Eutanasia y el Suicidio Asistido.

14. Palabras del Papa Francisco en el encuentro con los representantes de la profesión médica latino ibero americana celebrado en el Vaticano en 2016

ÉTICA Y MUERTE DIGNA: SEAMOS PRÁCTICOS

Rogelio Altisent Trota

*Cátedra de Profesionalismo y Ética Clínica.
Universidad de Zaragoza. IIS Aragón.*

1. INTRODUCCIÓN

La “muerte digna” es un término que ha adquirido una enorme popularidad en las últimas décadas. Nadie está dispuesto a renunciar a tener una muerte digna. Sin embargo, el significado de esta aspiración admite interpretaciones muy diferentes. Reflexionar sobre la “muerte digna” también nos lleva de la mano al debate generado alrededor del concepto “dignidad humana”. Ante la actual saturación de controversias proponemos cultivar áreas de consenso en torno a la atención médica al final de la vida, algo que los responsables de la gestión política de la sociedad también deberían considerar.

En este capítulo analizaremos lo siguiente: 1º) a pesar de su éxito, el concepto de “muerte digna” –utilizado de manera genérica y sin especificaciones prácticas– resulta operativamente poco útil a la hora de tomar decisiones éticas a la cabecera del enfermo que está en la fase final de su vida; 2º) el concepto de “dignidad humana” se relaciona con la calidad de vida según dos acepciones diferentes que conviene distinguir en ética clínica: como punto de partida y como punto de llegada; 3º) más allá de los debates ideológicos y el disenso a la hora de interpretar qué es una muerte digna, es posible consensuar que debemos cultivar la calidad asistencial en cuidados paliativos, donde proponemos practicar la estrategia “A, B, C y D” de Harvey Chochinov, autor canadiense conocido por su experiencia en la denominada “terapia de la dignidad”.

2. LA MUERTE DIGNA: ¿UN TÉRMINO ÚTIL O FÚTIL?

Actualmente la “muerte digna” encaja con lo que Dawkins¹ definió como un “meme”: unidad cultural que se replica y se transmite (como un gen), después de triunfar en un proceso de selección cultural de ideas o vocablos. El término “muerte digna” se ha hecho viral y se ha convertido en uno de los “memes” más exitosos de nuestro tiempo en el lenguaje de la calle y en los medios de comunicación, utilizándose tanto para denominar una ley, como para expresar un deseo o un derecho a recibir cuidados paliativos de calidad y, en algunos casos se usa como sinónimo de eutanasia o suicidio asistido.

Para algunas personas morir con dignidad es hacerlo de manera lúcida y consciente, mientras que para otras el ideal es desconectar totalmente de la vivencia de este proceso final de la vida. Hay quien asocia la dignidad de su muerte a despedirse rodeado de las personas amadas, incluyendo la posibilidad de reconciliarse con un fa-

miliar o con quien llegó a considerar un enemigo. Para muchos creyentes recibir consuelo espiritual y atención religiosa en los últimos momentos de esta vida se asocia a la muerte digna. Poder decidir el momento de la propia muerte mediante la eutanasia o el suicidio es para otras personas la expresión máxima de una “muerte digna”. La lista de preferencias que se asocian al concepto de “muerte digna” sería larga de enumerar, y lo convierte en un “comodín”. Pero ante tanta diversidad quizá un común denominador aceptado sería el unánime el deseo de recibir unos cuidados paliativos de calidad que garanticen el control de síntomas y el alivio del sufrimiento.

La amplia variedad de significados que tiene la expresión “muerte digna” plantea dudas sobre que sea un concepto útil desde la perspectiva de la ética clínica, donde deberemos tomar decisiones concretas. En cierto modo afirmar el deseo de tener una muerte digna es una obviedad y una aspiración universal que viene incluida en la felicidad a la que tiende todo ser humano.

Cuando alguien redacta el documento de voluntades anticipadas o expresa sus deseos relacionados con el tramo final de su vida al hacer lo que denominamos “planificación anticipada de cuidados”², de poco sirve manifestar el deseo de tener una “muerte digna” si a continuación no se pasa a concretar los deseos y a especificar las preferencias. Aquí se incluye la información que se desea recibir, quién sería el interlocutor en caso de perder la capacidad, el recurso o no a terapias intensivas y de reanimación vital ante una determinada situación clínica, la elección de fallecer en el hospital o en el propio hogar, el deseo de recibir atención religiosa, el consentimiento y, en su caso, el momento para recurrir a la sedación paliativa, la voluntad de donar órganos, etc.

Se puede, e incluso se debe afirmar que los profesionales tenemos el deber de procurar una “muerte digna” –de manera genérica– a todos nuestros pacientes, y que no hacerlo así sería una negligencia profesional. Sin embargo, está fuera de discusión que quien debe poner contenido a lo que es una “muerte digna” es el propio paciente. Lo cual nos sitúa ante un exigente desafío –de actitud y de aptitud– que debería tener su proyección en la formación de los profesionales de la salud ya desde los estudios del Grado en la universidad.

Ciertamente, definir qué es morir con dignidad no es sencillo porque es como una carta que cada uno escribirá con su propio estilo. Pero quizá sí se podría dibujar un contenido más preciso y fácil de consensuar sobre lo que es una muerte indigna. Es indigno morir solo, sin un confort básico de limpieza y alimentación, padecer dolor u otros síntomas que impidan el descanso sin esperanza de alivio, estar engañado

sobre el pronóstico de la enfermedad, estar privado de cuidados espirituales si se desean. Sería fácil ponernos de acuerdo en estas cuestiones en las que el consenso ideológico probablemente estaría asegurado. Y, sin embargo, ¡qué difícil es en España lograr una legislación que ofrezca garantías para prevenir la indignidad en torno a la muerte en estos aspectos donde hay consenso! Por el contrario, nos encontramos con un cierto furor legislativo para proveer la eutanasia y el suicidio asistido, donde la controversia social está asegurada, tanto por los efectos secundarios que producirá en la relación clínica como por el chantaje moral que implicará por parte de la sociedad hacia muchas personas frágiles y vulnerables que se sienten una carga.

3. LA DIGNIDAD HUMANA A DEBATE

La dignidad humana también se puede considerar como un auténtico “meme”, uno de esos conceptos que en la cultura occidental se suele empuñar con asertividad como si tuviera un aura mágica. ¿Quién se atreve a ir en contra de la dignidad de algo o de alguien? Aparece en los debates políticos, en la exposición de motivos del preámbulo de una ley, e incluso en el lenguaje coloquial de una conversación de café. Todos hemos usado el término dignidad con una intencionalidad de evaluación moral, para describir situaciones y actuaciones que consideramos buenas o malas, correctas o incorrectas: “tuvo un comportamiento lleno de dignidad”, “recibió un trato indigno”, “me pareció una conducta indigna de su cargo o profesión”, “llevó con gran `dignidad` la adversidad”, “estas circunstancias (vivienda, trabajo, etc.) no son dignas para un ser humano”, “esto es contrario a la dignidad humana” ...

La dignidad ha hecho correr mucha tinta. No se pretende hacer aquí una revisión de su trasfondo filosófico, que lectores interesados pueden encontrar en ensayos asequibles publicados en castellano (2, 3). En todo caso, conviene dejar claro que, más allá de las diferentes interpretaciones, significados y matices, encontramos un hilo conductor: el mundo de los valores. Estamos hablando de un valor ético o moral que se diferencia sustancialmente de los valores materiales. Un valor material como es el dinero o cualquier objeto de propiedad (un coche o una casa), se entienden como medios que son intercambiables. Sin embargo, cuando hablamos de dignidad nos referimos a un concepto tradicional que se atribuye al ser humano considerado como un fin en sí mismo, de quien decimos que tiene valor, pero no precio. Por esta razón no admitimos la compra-venta de seres humanos a diferencia de lo que hacemos con otros seres vivos.

Esta perspectiva de la dignidad humana entendida como congénita y constitutiva, está estrechamente vinculada a la base de los derechos humanos fundamentales y a la radical igualdad de todos los seres humanos. Por esto podemos afirmar que no tiene menor dignidad una persona con una grave discapacidad que alguien que está en la plenitud de sus facultades.

Ruth Macklin –filósofa y profesora de Bioética en el Albert Einstein College of Medicine de Nueva York– publicó en 2003 un editorial en el *British Medical Journal* (4) que generó mucha polémica, pero que recogía el pensamiento de un sector de la bioética académica al considerar que el concepto de dignidad humana es inútil para la ética médica, porque en el fondo se identifica con la autonomía de la persona y esta redundancia es superflua. Criticar este artículo será útil para nuestro análisis.

El lenguaje es la traducción del pensamiento y ciertamente el término dignidad humana puede expresar, como ya hemos apuntado, dos ideas prevalentes: a) un valor intrínseco común a todo ser humano del que se deriva entre otros, pero no sólo –y esto es decisivo–, el imperativo moral del respeto a la autonomía, al que hace referencia Ruth Macklin en su polémico artículo; b) el valor de la calidad de vida entendida como resultado de unas determinadas condiciones o circunstancias (pe. cuando se habla de condiciones de vida infrahumanas –indignas– o al reclamar un trato digno para el ser humano).

Tradicionalmente se ha razonado la inmoralidad de la esclavitud a partir del concepto de dignidad humana. Aceptamos tener animales domésticos o granjas de producción animal, sin embargo, rechazamos tener seres humanos en dichas condiciones. Por supuesto, una razón decisiva para fundamentar este juicio moral es que toda persona desea ser libre y la esclavitud sería una violación de la autonomía de las personas. Ahora bien, qué ocurriría si algunas personas aceptaran vivir en esclavitud –porque así viven mejor o por la razón que fuere–. Muchos seguimos pensando que la esclavitud no es aceptable ni siquiera con el consentimiento del esclavo. Sin embargo, fundamentar esta posición moral exige algo más que el respeto a la voluntad de las personas –autonomía–, y aquí es donde nos situamos frente al concepto de dignidad humana que se podría definir como un núcleo de valor congénito ligado al hecho de pertenecer a la especie humana y, por tanto, igual para todos. Hablamos de un valor que no depende de las cualidades o las circunstancias del individuo (belleza, inteligencia, salud, nacionalidad, nivel social, edad, etc.). Esta dignidad original ni siquiera puede sufrir devaluación por la conducta voluntaria del individuo, y por esta razón hasta el más depravado violador o terrorista tiene derechos fundamentales.

Todo esto tiene aplicaciones muy relevantes en el ámbito de la sanidad y por tanto para la ética médica. Se puede señalar como ejemplo la importancia que para el profesional sanitario tiene la valoración de las necesidades reales en quienes no pueden ejercer su autonomía, lo cual se suele dar precisamente en las personas más débiles, que ni siquiera tienen voz para reclamar, negociar o defenderse, mientras otros expresan y exigen necesidades sentidas que no siempre son reales. Definir el despliegue y el alcance de los derechos que se enraízan en la dignidad humana puede ser una cuestión discutida en el ámbito de la ética filosófica, pero prescindir de la dignidad humana en su acepción más fuerte, que nos hace a todos radicalmente iguales, sería renunciar a la justicia y a la equidad. Sería como resignarse al dominio de los poderosos, a que el pez grande se coma al chico.

Por estas razones pienso que el editorial de Ruth Macklin donde concluye que el concepto de dignidad es inútil en el ámbito de la ética médica, hace un atajo intelectual demasiado simple al identificar dignidad con la autonomía. Pienso que esta conclusión solo se puede deducir a partir de un concepto de dignidad que confunde la parte con el todo. De lo contrario, estaríamos privando de dignidad y de valor a personas que padecen graves limitaciones o severos sufrimientos psicofísicos, que se acompañan de un deterioro de su autonomía, y que justamente por ello precisan de especial atención y cuidado.

Como ya hemos dicho, cuando en términos coloquiales se habla de unas condiciones de vida indignas, lo que realmente es indigno son las condiciones o los comportamientos de quienes las consienten, pero no la vida del enfermo. Es en esta corriente de pensamiento solidario, poniendo la ciencia médica al servicio de enfermos que ya no tienen curación, donde echa sus raíces y se desarrolla la tradición filosófica de los cuidados paliativos. En otras palabras, se trata de dar la atención técnica y humana que necesitan los enfermos en situación terminal, con la mejor calidad posible y buscando la excelencia profesional, precisamente porque tienen dignidad.

4. ¿SE PUEDE CULTIVAR LA DIGNIDAD? LA PROPUESTA DE CHOCHINOV

Harvey Max Chochinov es psiquiatra y profesor de la Universidad de Manitoba en Canadá, especializado en cuidados paliativos. Es curioso señalar que por su prestigio fue nombrado miembro del Senado de Canadá en octubre de 2016 por el presidente Justin Trudeau, y que en febrero de 2017 presentó su dimisión por razones “personales, familiares y profesionales”.

Experto en comunicación, en la atención al sufrimiento existencial en el paciente paliativo y en un campo donde ha adquirido reconocimiento mundial: el desarrollo de la “*dignity therapy*”, una psicoterapia breve que consiste en una serie de conversaciones donde el paciente evoca los temas que considera importantes en su vida y que el terapeuta va a plasmar en un documento narrativo que tras el fallecimiento se hará llegar a quien el enfermo haya decidido previamente. Se ha demostrado que esta terapia beneficia a los pacientes proporcionando serenidad y bienestar (5, 6)

Pero la propuesta de Chochinov que ahora vamos a analizar es su estrategia de cuidados “A, B, C y D” para conservar la dignidad (7). Se trata de un esquema conceptual y operativo de gran interés práctico que comienza con el relato de un escritor americano con cáncer de próstata que explica lo siguiente: “Para el típico doctor mi enfermedad es una rutina dentro de sus visitas mientras que para mi es la crisis de mi vida. Yo me sentiría mejor si tuviera un médico que al menos percibiera esta incongruencia. Me gustaría que me diera toda su atención al menos una vez, inclinado hacia mi durante un momento, examinando mi alma a la vez que mi cuerpo, para entender mi padecimiento, porque cada persona enferma a su manera... me gustaría que mi médico palpara mi espíritu como palpa mi próstata... sin este reconocimiento yo no soy nada más que una enfermedad”.

Es bien cierto que la actual medicina, tan escasa de tiempo, tiene el grave riesgo de centrarse en el tratamiento de la enfermedad dejando a un lado el cuidado de la persona del paciente. Nos podemos preguntar si esto se debe solo a la masificación asistencial o también influye un déficit de formación en el campo de la ética y la comunicación. A veces se enarbola la excusa de que no hay tiempo para delicadezas, pero la realidad es que influye sobremanera un aprendizaje de la medicina basada en la evidencia que domina a la medicina centrada en la persona.

Cuando el paciente se siente poco valorado pasa a considerarse una carga para los demás. En otras palabras, cuando no se ve tratado con dignidad y respeto, automáticamente se siente devaluado y esto puede condicionar la pérdida de sentido para seguir viviendo. A veces hay manifestaciones estructurales de lo que significa la devaluación de la persona cuando en un hospital el paciente se ve sometido a esquemas rígidos –se le despierta para darle un hipnótico–, estilos normativos que lesionan la autonomía –expulsión sistemática del familiar en las visitas de sala, sin consultar al paciente–, indumentaria –pijamas infames–. En las visitas al domicilio del paciente también se puede faltar al respeto cuando no se avisa con la adecuada

antelación, o cuando se transmite sensación de prisa, como diciendo de manera implícita que tenemos cosas más importantes que hacer.

El acrónimo “A, B, C y D” ofrece un esquema fácil de recordar, que se corresponde con: Attitude, Behaviour, Compassion y Dialogue, de lo que haremos a continuación un breve desarrollo.

La “A” –actitud– se refiere a la predisposición estable del profesional para posicionarse y comportarse ante el paciente de un determinado modo. La actitud se genera a partir de la asunción de determinados presupuestos mentales que suelen estar muy influidos por la educación recibida. Es algo parecido a un prejuicio, aunque no sea exactamente lo mismo, pues un juicio, aunque sea previo, se elabora con premisas y conclusiones, y la actitud supone un posicionamiento vital más intuitivo y menos racional.

Obviamente, las actitudes pueden ser buenas o malas. Una actitud buena será la de explorar los deseos del paciente sobre sus preferencias para recibir información o a quien darla. Una mala actitud será la de no abordar adecuadamente un nuevo síntoma porque el paciente ya está muy mal con un pronóstico de vida corto. La auto-crítica de cada profesional en cuanto a las actitudes positivas o negativas frente a un determinado paciente nos dará muchas luces para mejorar la calidad asistencial. Una determinada actitud puede ser contagiosa y acabar influyendo en todo un equipo. En mi opinión esto es especialmente sensible en cuidados paliativos, por ejemplo en el modo en que un equipo de atención primaria atiende a los enfermos en situación terminal: el compromiso en respetar el deseo de un paciente por permanecer en casa, o por el contrario, ser de gatillo fácil para el ingreso hospitalario.

La “B” corresponde a la conducta o comportamiento, que sigue como expresión externa de una actitud interna. Hay conductas que expresan respeto, como es la petición de permiso para explorar –nunca se debe hacer un tacto rectal sin haberlo anunciado con la suficiente antelación–; o presentar a los acompañantes –estudiantes, residentes–, pidiendo autorización para su presencia, especialmente en momentos que sean más delicados para la intimidad; decir claramente que nos gustaría escuchar lo que nos quieran decir o preguntar; dar explicaciones comprensibles y asegurarnos de que se han entendido. La amabilidad y el respeto también se expresan en pequeños detalles con el paciente: acercar un vaso de agua, ayudarle a ponerse las zapatillas, arreglar la almohada o las sábanas, preguntar por un retrato de la habitación. Todos estos comportamientos construyen una relación de confianza que suele tener un gran efecto paliativo.

La “C” de compasión se sitúan en la esfera de los sentimientos del profesional, a diferencia de “A” y “B” que giran en la órbita de lo intelectual. En ocasiones se ha debatido sobre si cultivar la compasión puede afectar al rendimiento profesional en la medida en que los sentimientos nos pueden arrastrar impidiendo actuar con profesionalidad. Esto sería cierto si asumiéramos la compasión tal como la define el Diccionario de la Real Academia Española: “sentimiento de pena, de ternura y de identificación ante los males de alguien”. Pero la clave está en entender que estamos hablando de algo diferente al definir la “compasión profesional” como: “actitud de comprensión ante el sufrimiento de una persona con la voluntad de ayudar y promover su bienestar, buscando una solución a su situación” (8).

Chochinov en su artículo explica el interés de cultivar esta compasión profesional desde la interdisciplinariedad de las humanidades, acudiendo a las novelas, el cine, el teatro, la discusión de relatos, la pintura, y todo ello con el objetivo de reflexionar sobre modelos e historias de personas que faciliten la comprensión del sufrimiento, buscando el modo de ayudar a los pacientes.

También es importante tener en cuenta los gestos con que los profesionales pueden mostrar la compasión: una mirada, un amable toque en el hombro, coger la mano y, en fin, cualquier expresión de comunicación no verbal que ayude a que los pacientes perciban la valoración de la propia persona más allá de la consideración de la enfermedad. Todo esto son modos de expresar el respeto hacia la dignidad de la persona que sufre.

La “D” de diálogo sería, según Chochinov, la parte más crítica y relevante que acaba dando cauce a los anteriores capítulos “A”, “B” y “C” de su esquema. La relación con el paciente exige un continuo diálogo que aporte puntos de apoyo para darle ayuda. Este clima de diálogo debe servir para: transmitir comprensión —“es lógico que en algunos momentos usted se sienta muy mal”—; un adecuado conocimiento de sus deseos —“¿quién le gustaría que estuviera a su lado para ayudarle en estos momentos difíciles?”, o “¿qué debemos conocer de usted para darle el mejor cuidado posible?”-. Una atmosfera de diálogo honesto y abierto en la relación con el equipo de profesionales es necesario para transmitir la adecuada información de acuerdo con el ritmo que el propio paciente vaya señalando. En este diálogo es donde se situaría las modernas psicoterapias como la terapia de la dignidad o la terapia centrada en el sentido

La estrategia “A, B, C y D” es fácil de recordar y sus cuatro apartados tienen abundante apoyo en la experiencia, lo cual facilita su aplicación en la enseñanza tanto

del Grado como de Postgrado en las diferentes especialidades médicas, así como en la formación continuada de los equipos multidisciplinares.

Chochinov defiende, con razón, que su propuesta para cuidar la dignidad no solo es aplicable a los pacientes paliativos, sino que está en la esencia de la medicina y en el corazón del profesionalismo.

5. RECAPITULANDO: SEAMOS PRÁCTICOS

A pesar de su discutida indeterminación, los conceptos de muerte digna y dignidad humana son intuitivos y pueden estimular la responsabilidad ética de los profesionales de la salud.

Hemos defendido la tesis de que no sería difícil ponernos de acuerdo en lo que serían circunstancias indignas en el final de la vida, enmarcadas en la no-maleficencia, que la Deontología Médica señala con claridad cuando exige aliviar el sufrimiento y respetar la autonomía del paciente (9).

Finalmente, hemos analizado una propuesta de formación humanística que tiene un factible y realista componente operativo que puede ser de gran ayuda para prestar unos cuidados de calidad, encaminados a preservar la dignidad de la persona. Podemos afirmar, sin duda, que la dignidad del “tiempo de vivir” es lo que realmente prepara la “dignidad del morir”.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez-Sancho, M, Altisent, R, Bátiz J, Ciprés L, Corral P, González-Fernández JL, Herranz, JA, Rocafort J, Rodríguez-Sendín JJ. Atención médica al final de la vida: Conceptos. *Revista de la Sociedad Española del Dolor* 2010, 17(3), 177-179.
2. Torralba F. ¿Qué es la dignidad humana? Ensayo sobre Peter Singer, Hugo Tristram Engelhardt y John Harris. Herder. Barcelona: 2005.
3. Andorno R. Bioética y dignidad de la persona. Tecnos. Madrid: 1998.
4. Macklin R. Dignity is a useless concept. *BMJ* 2003; 327: 1419-20
5. Chochinov HM, Kristjanson LJ, Breitbart W, McClement S, Hack TF, Hassard T, Harlos M. Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: A randomised controlled trial. *The Lancet Oncology* 2011; 12 (8): 753-762.
6. Martínez M, Arantzamendi M, Belar A, Carrasco, JM; Carvajal A, Rullán M; Centeno C. ‘Dignity therapy’, a promising intervention in palliative care: A comprehensive systematic literature review. *Palliative Medicine* 2017; 31 (6): 492-509.
7. Chochinov HM. Dignity and the essence of medicine: the A, B, C, and D of dignity conserving care. *BMJ* 2007; 334: 184-187.
8. Pérez-Bret E, Altisent R, Rocafort J. Definition of compassion in healthcare: a systematic literature review *International Journal of Palliative Nursing* 2016. 22 (12): 599-606.
9. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Código de Deontología Médica. Capítulo VII. Atención médica al final de la vida. Madrid: 2011.

NOTAS

1. *Meme* es un neologismo acuñado por Richard Dawkins en su libro *El gen egoísta*, una obra divulgativa sobre la teoría de la evolución, escrita en 1976. El término se construye por la semejanza fonética con «gene» —*gen* en idioma inglés— y para señalar la similitud con «memoria». El *meme* se ha incorporado al diccionario de la Real Academia Española en 2018.
2. “Planificación anticipada de los cuidados” es la expresión del proceso de toma de decisiones anticipadas de un paciente capaz, informado y ayudado por el equipo asistencial, acerca de la atención que desea recibir en posibles escenarios

clínicos futuros sobre los que el paciente expresa sus preferencias para el caso en que ya no pueda decidir personalmente. Esta planificación puede incluir: la comprensión del paciente sobre su enfermedad, valores y creencias, preferencias sobre su tratamiento y cuidado, las intervenciones que autoriza o rechaza, las decisiones relacionadas con su fallecimiento y la designación de un representante. Todo ello deberá constar en la historia clínica (1)

ANÁLISIS MÉDICO-LEGAL DE LAS "FORMAS DE MORIR"

Mariano Casado Blanco

*Área de Medicina Legal. Facultad de Medicina de Badajoz.
Universidad de Extremadura.*

Presidente Comisión de Deontología ICOMBA

1. INTRODUCCIÓN

La profesión médica tiene una impronta especial y consecuentemente todos los médicos, con independencia del ámbito en el que ejerzan, saben de su deber para procurar una atención adecuada a la persona, la cual incluye todas las etapas de la vida, entre ellas la del final de la vida.

Para llevar a cabo este deber y a la vez obligación, es necesario el cumplimiento de una serie de elementos, como la *lex artis*, las normas éticas recogidas en el Código de Deontología Médica, así como el respeto a la voluntad de las personas; con la previa información, consentimiento y planificación.

Pero, existe otra “realidad” y, es que actualmente el progreso de los medios técnicos, la obsesión por la salud y la prolongación de la posibilidad de la vida en las sociedades modernas, conllevan a que el ser humano niegue y rechace cuestiones como, el dolor, el sufrimiento e incluso la misma muerte, lo que plantea, más o menos directamente, un cambio de valoración social del proceso del final de la vida y consecuentemente de la forma de morir, lo que genera posibles conflictos a los profesionales de la medicina.

Es cierto que hablar del final de la vida o de la forma de morir crea muchos y variados interrogantes relacionados con la existencia humana, y de ahí que sea conveniente hacer una reflexión desde diferentes ámbitos, y que quizás no solamente deban quedarse limitados a los cánones fundamentales que se pueden hacer desde la Medicina o desde el Derecho, sino que evidentemente deben incluirse otras disciplinas, ya sean de carácter científico o social, y en definitiva y de forma genérica con una participación de toda la sociedad, porque debemos convencernos de que hay que escuchar a los demás, para poder progresar como personas y como sociedad.

Desde la perspectiva médico-legal, resulta evidente que actualmente nadie se plantea el llevar a cabo actos médicos, relacionados con el final de la vida, sin tener presente las normas legales que regulan la sociedad y las profesiones sanitarias. En este sentido Giménez-Salinas i Colomer¹ en su ponencia sobre “*Decisiones al final de la vida*” organizadas por el Consejo General del Poder Judicial allá por el año 1998, decía que; “*primero se cura, primero se sana, primero se trata, pero a veces los problemas éticos, y los problemas sanitarios tienen un componente jurídico que afecta, no al individuo en particular, sino a la sociedad*”.

Así es, el médico sabe de sus obligaciones legales y de sus deberes éticos y deontológicos para con el paciente, pero en ocasiones la sociedad dicta normas, legisla y

gestiona diferentes aspectos, unas veces con mayor y otras con menor acierto, y que en no pocas ocasiones se generan conflictos entre las perspectivas legales y los valores que propugna y defiende la profesión médica.

2. LA MEDICINA Y LA MUERTE

Cuando hablamos de la muerte del ser humano, técnicamente es el simple final de su vida biológica y que conlleva el cese irreversible de las funciones vitales del organismo, y consecutivamente la destrucción definitiva de la persona humana.

Ahora bien, la muerte, no es solamente este elemental fenómeno de tipo biológico, sino que además incluye cuestiones de diversa razón, todas ellas impactantes, y siempre circunscritas a un gran y amplio significado, antropológico, ético, religioso, jurídico y por supuesto, el tema que nos ocupa, de tipo médico-legal.

La formalización que hacemos de lo que percibimos, depende de los criterios de interpretación que tenemos, los que se han formado en base a los procesos de aprendizaje que se corresponden a las estructuras de las sociedades de donde hemos tomado estos, que a su vez aparecen estructurados en un sistema de referencias mediante las cuales se entrelazan las coordenadas que nos ubican en un sistema de relaciones en esta red de significados que hemos tejido: la cultura². Pues bien, teniendo esto en cuenta, mucho se escribe sobre el modo de cómo enfrentarse a la muerte, y en múltiples ocasiones se comprueba que no se quiere o no gusta hablar de este tema, pero lo cierto es que los médicos y otros profesionales sanitarios están en contacto casi íntimo y por supuesto a diario con la muerte, teniéndola que aceptar como algo propio de su trabajo y consecuentemente con conocimiento de la misma y asumiendo una gran responsabilidad técnica, ética, humana y legal, de ahí que la opinión y el razonamiento de estos debe ser muy tenido en consideración a la hora de establecer normas relacionadas con la muerte y con el final de la vida, nuevamente se hace necesaria la “escucha”.

En primer lugar, es evidente que le corresponde a la Medicina y particularmente al médico, determinar fehacientemente que la muerte de una persona se ha producido, y para ello hace uso de metodologías que, en conjunto, son y resultan prácticas, rápidas y seguras. Pero, por el contrario, no resulta tan simple cuando se reflexiona acerca de que el médico tenga que intervenir activamente en las diferentes formas de morir, que desde la sociedad se demandan o se plantean.

Para fundamentar o defender socialmente estas “otras” posibles formas de morir, se hace alusión a cuestiones, como la humanización, la dignidad, el derecho a morir, el derecho a la vida, la autodeterminación, la libertad, y a un largo listado que comportan diversos planteamientos y por tanto a desigual búsqueda de respuestas sobre el particular, que aunque pueden resultar totalmente legítimas, en no pocas ocasiones también generan muchas confusiones y conflictos en diferentes sectores y entre ellos en la profesión médica.

Pero para reflexionar sobre todo esto resulta indiscutible el acudir a la Medicina Legal, sobre todo porque es la que hace referencia a argumentos de orden biológico, médico, legal, ético y social relacionados con la muerte y aunque no se puede olvidar y es cierto que las doctrinas jurídicas y filosóficas crean su propio concepto de muerte, igualmente también es indudable que se quedan muy escuetas en cuanto a la forma de abordarlo, y es la propia Medicina Legal la que da la oportuna dimensión.

Por ello y como suelo indicar, para poder dar una opinión hay que saber de qué estamos hablando y conceptualmente no se puede ni se debe confundir el término “morir” con el de “muerte clínica”, ya que “morir” hace referencia al proceso biológico, referido anteriormente, mientras que “muerte clínica” implica de forma más específica el establecimiento de un diagnóstico médico, que determina que una persona “está muerta”.

En segundo lugar y en referencia a la “forma de morir”, se debate y mucho sobre la *humanización* de la muerte y sobre el *derecho a morir dignamente*.

Con respecto a la *humanización* y aunque sea de pasada, sí parece oportuno indicar que es un tema complejo, el cual tiene que ver no solo con el enfermo, sino que incluye otros elementos o factores (personal sanitario, administradores, políticos...) y afecta no solo a la gestión ordinaria de la asistencia sanitaria, sino también a la medicina, a la investigación, a la educación, a los valores..., en definitiva *humanizar* afecta al ámbito de la cultura, y una cultura más humana es aquella que respeta la vida, que no niega el dolor y el sufrimiento como verdaderas realidades³.

Y en relación al *derecho a morir dignamente* del que ya se ha hecho mención en otro capítulo de este libro, y con el que particularmente no estamos de acuerdo en la expresión de “*muerte digna*”, se defienden actualmente diversas posiciones sociales para alcanzar su consecución.

Se propone que este término lleva consigo la aplicación de prácticas muy variadas que permiten garantizar tanto la voluntad como la dignidad del paciente cuando llega el momento de morir, aunque realmente algunas de estas prácticas, desde nuestro punto de vista, sean más o menos restrictivas o incluso prohibitivas.

Y el tercer punto es la perspectiva social, donde se plantea el debate de cómo afrontar el *proceso del final de la vida* y la actualidad ha hecho que irrumpa la más que probable regulación jurídica del erróneamente denominado “*derecho a morir*”, y reafirmo lo de erróneamente, pues como indicaba el filósofo Gustavo Bueno⁴, esta expresión es una “*contradictio in terminis*”, ya que un derecho siempre hace referencia “*a algo bueno*”, bien sea a la salvaguarda de intereses o bienes de las personas.

Pero aun así, en nuestra sociedad actual se palpan dos realidades, que en cierta manera están muy relacionadas. Una es que cada vez se defiende más una sociedad de tipo laico, donde se establece la separación de los derechos y deberes civiles, de cualquier otro componente que conlleve la sacralidad de la vida. Y otra es que parece existir un consenso casi unánime en subrayar que no sólo es importante lo que dicen las leyes sino lo que consiguen, y por ello se habla y se escribe que quizás la mejor solución sea el establecer normas legales que regulen algo tan espinoso como es el mal denominado *derecho a morir* y consecuentemente la elección sobre la forma de morir.

Aunque a este respecto considero que pretender que una ley sobre esta materia pudiera mejorar en cierta manera cómo morir en la sociedad actual, al final me parece una quimera. Es cierto que hay que debatir y mucho sobre las cuestiones relacionadas con el final de vida, pero cada vez que se hace referencia al tema, siempre queda limitado al debate exclusivo de eutanasia sí o eutanasia no.

Resulta evidente y nadie pone en duda, que las leyes son un agente de equilibrio social, de concesiones de libertades, de creación de progreso y de generación de posibilidades de una vida mejor para la sociedad y para las personas, y precisamente por ello considero que para una posible regulación de temas relacionados con el final de la vida y con la forma de morir, el mundo del Derecho no puede ir por un lado y el de la Medicina e incluso el de la Ética por otro.

No olvidemos que si a la hora de plantear en la sociedad un debate sobre la “*forma de morir*”, solamente se hace en base a criterios científicos y sin tener en cuenta que todo lo científico está impregnado de valores y con una importante carga ética y si no se tiene en cuenta a esta podremos indicar que existe la solución al tema está marcada por una importante deshumanización.

De ahí que desde un punto de vista ético y médico-legal, a la hora de valorar la toma de decisiones de una persona pidiendo la eutanasia o el suicidio médicamente asistido, lo que ciertamente resulta importante es el valorar las razones y los deseos del porqué esta persona hace tal petición, que quizás tenga un componente más de carácter bio-psico-social, y no tratar de enjuiciar los valores de esa persona, que en definitiva son la base de las decisiones voluntarias.

3. ¿CÓMO DECIDIR?

Recordando a Jean Paul Sartre este decía que *“El hombre nace libre, responsable y sin excusas”*, y realmente esto es lo que construye la sociedad y las leyes naturales: cada uno de nosotros podemos ejercer nuestra libertad haciendo lo que queramos, pero sin olvidar algo tan importante como que debemos asumir una responsabilidad con aquello que hacemos y por tanto no se pueden buscar disculpas en referencia a la forma de actuar en el ámbito de nuestra propia libertad.

Considero que, el ejercer la libertad puede generar hasta una cierta ansiedad, porque ser una persona libre no es simplemente poder elegir entre dos opciones genéricas, sino que es algo mucho más espinoso, ya que se trata de distinguir entre lo que está bien y lo que está mal o diferenciar entre lo bueno y lo que es malo, y esa toma de decisiones es lo que hace definir y dar valor a cada acto humano.

¿Y a los pacientes, cómo se les reconoce este derecho a su libertad y a la toma de sus propias decisiones?. Este derecho aparece reflejado en un sinnúmero de normas legales, como corresponde a un estado social y democrático de derecho, el cual tiene su origen en el principio jurídico de *“Autonomía de la Voluntad de la persona”*.

Sin entrar en este concepto del que ya se hace referencia en otro capítulo de este libro, sí es cierto que se pueden plantear la existencia de dos actitudes axiomáticas, que resultan marcadamente desiguales. Por un lado, posturas que defienden el carácter absoluto del derecho a la vida, considerando que se trata de un derecho del cual no se puede disponer en ningún caso y en ninguna circunstancia, y por otro la que defendiendo determinadas prácticas como podría ser la eutanasia, plantean la negación del carácter absoluto al derecho a la vida y por tanto defendiendo que el desarrollo de este derecho aparece subordinado o sujeto a otros derechos.

A este respecto y sin mucho detalle, nuestra Constitución Española⁵, en sus artículos 15 y 17 establece respectivamente que: *Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a*

penas o tratos inhumanos o degradantes... y que toda persona tiene derecho a la libertad (art. 17)

Básicamente, el artículo 15 es una proclama al derecho a la vida, y por ello se hace difícil el admitir prácticas que tuvieran como objetivo o estuvieran orientadas a poner fin a la vida de una persona, pues la situación de protección de este derecho impide el poder hacer uso de un derecho fundamental ajeno, aunque se pretendan aportar fundamentos o justificaciones que tienen sus bases en razones humanitarias o incluso en el caso de que exista una específica petición por parte del paciente.

Pero igualmente, entiendo que se hace una defensa al derecho a la autonomía de la persona -paciente-, y así poder rechazar terapias que pudiéramos considerar extraordinarias o bien que fueran calificadas como de “encarnizamiento” o de “obstinación terapéutica”, como preferimos que sea su denominación.

Y de este modo quedan planteados abiertamente los conflictos entre el derecho a la vida y el derecho a la autonomía personal o autodeterminación, que no son nada sencillos de resolver, sobre todo si se tiene en cuenta que los titulares de uno y otro derecho son distintos individuos (configuración *interpersonal*), como ocurre en el supuesto caso de plantearse la interrupción voluntaria del embarazo o incluso en los casos de eutanasia o de suicidio médicamente asistido, o cuando el conflicto se plantea entre los propios derechos del individuo (configuración *intrapersonal*), como ocurre claramente en situaciones como el suicidio, donde quizás haya que considerar un nivel diferente, ya que en este caso la misma persona ejerce como sujeto activo y pasivo, y por tanto no es posible reclamar responsabilidad punitiva a nadie, salvo en los supuestos que reconoce el propio Código Penal, de que alguien preste auxilio o induzca a otro para que lleve a cabo el acto suicida. Por tanto, desde esta perspectiva ambos derechos, autonomía y derecho a la vida, no deberían plantear problemas en el orden jurídico.

Y, aunque no existe el derecho constitucional que permita disponer de la vida, la protección de esta tampoco tiene una representación absoluta, y así el propio Tribunal Constitucional lo ha declarado en diversas ocasiones, indicando y estableciendo que los derechos fundamentales se encuentran limitados por los demás derechos y por otros bienes y derechos que si lo están protegidos constitucionalmente.

Pero salvado esta situación, donde verdaderamente sí que se generan conflictos legales es en los casos en que una tercera persona puede o pretende disponer de la vida ajena con el asentimiento o consentimiento del propio paciente, como sujeto

pasivo, mediante la acción directa de ocasionar la muerte o bien utilizando procedimientos de cooperación o auxilio para destruir la vida de esa persona.

Bien, planteada la situación es evidente que se generan cuestiones de relevancia jurídica, pero si en esta situación es el médico el que tiene que cooperar o auxiliar a la persona que se quiere quitar la vida, se generan otros conflictos, no sé si iguales o diferentes, pero al menos de un gran calado de tipo ético y médico-legal y donde la profesión médica tiene algo que decir y aportar.

El reconocimiento efectivo del Principio de la Autonomía de la Voluntad llevado a la práctica médica, ha supuesto que sean los pacientes los que deciden aquello que consideran una necesidad personal de salud y consecuentemente impone en cierta manera al sistema sanitario a que se le dé solución, aunque realmente no siempre puede darse cumplimiento a todo deseo.

De ahí que tras más de cuarenta años de implantación del principio de autonomía y del denominado "*consentimiento informado*", no todo es tan sencillo y para los médicos, desde un punto de vista práctico, la cuestión no es tan superficial y la respuesta no es nada sencilla, pues en no pocas ocasiones afecta a los fundamentos y valores de la propia profesión médica.

Como consecuencia de la "*jerarquía*" del paciente, en los últimos tiempos entiendo que se está asistiendo a un planteamiento exagerado de este Principio, lo cual genera un cierto desconcierto al médico, llegando en ocasiones a sentirse como un mero dispensador de servicios. Pero aun así la ley ampara al paciente, y ello ciertamente es lo que vale, la libre y voluntaria decisión del paciente, aunque esta pueda ser equivocada o incluso genere perjuicios para él mismo.

Realmente, los pacientes pueden y deben opinar, sobre todo en cuestiones que le afectan directamente, pero también hay que tener presente que no dominan la ciencia médica, y en ocasiones conciben a la Medicina como que lo puede todo y que además está a su entero servicio y por ello cuando no se da cumplimiento a esta petición, se le está generando cuando menos un perjuicio, del cual el médico debe responder.

Pero hecha esta reflexión y respetando el derecho de los pacientes, todo no se puede valorar de la misma manera y así no es lo mismo, o así lo entiendo, que la toma de decisiones, por parte del paciente, lo sea para suspender o no iniciar una específica terapia, que lo sea para pedir que se acabe con su vida o se acelere su muerte.

Por tanto, no confundamos que la libertad del paciente, expresada en su consentimiento, pudiera expresar un derecho genérico de poder acelerar su muerte, ni un

deber del médico a llevarlo a cabo, sino más bien, esta libertad, debe representar la protección del paciente ante el acceso no aceptado de su cuerpo.

Convendrán conmigo en que se genera, un conflicto esencialmente de tipo *intrapersonal*, conflicto entre la vida y la libertad, y donde la autonomía de la voluntad del paciente debe ser respetada pero también esta debe estar ordenada legalmente conforme a principios éticos. Y para el médico como profesional, recordemos que esta tiene unos valores, que le guían y que presenta una serie de líneas rojas que no pueden o no deben ser atravesada, para no llegar a resultados mal sanos tanto en la conciencia profesional como social.

Así se plantean muchos actos o acciones que resultan complicadas (cese de tratamientos, sedación de los pacientes, desconexión...), de las que se derivan tanto efectos positivos como negativos, pero la cuestión es si ¿está permitido hacerlas?. La respuesta no es sencilla y básicamente debe estar apoyada, en eso que conocemos como *lex artis*, que entre otros elementos se asienta en la prudencia y en el buen sentido moral, que permiten desarrollar una serie de reglas para decidir cuándo esas acciones con múltiples efectos son correctas desde el punto de vista moral, y cuándo los efectos inquietantes desvalorizan la acción dotándola de un perfil injustificadamente negativo y desviado para el paciente.

Cuando nos enfrentamos ante la toma de decisiones respecto a la forma de morir, no se está realizando un acto estrictamente pasivo y frente al que los médicos puedan permanecer impasibles e impotentes, sino que lo transfieren al campo de "*acto humano*", es decir como un acto en el que nuestra libertad profesional puede y debe intervenir de alguna manera en el propio decurso de la enfermedad y en el recorrido hacia el horizonte final.

Es indudable que los médicos en su cometido profesional hacen valoraciones sobre el dolor y el sufrimiento que puede llegar a sentir el paciente y consecuentemente tratan de disminuirlo o anularlo e incluso tratan de determinar la influencia que otros factores externos realizan o pueden realizar sobre el proceso de la enfermedad, del sufrimiento y de la muerte.

4. COMPROMISOS DEL MÉDICO ANTE LAS DEMANDAS DE LAS FORMAS DE MORIR.

Pero supongamos que la *eutanasia* y el *suicidio asistido* se legalizan, que parece ser lo más objetivo a tenor de lo propuesto y comprometido por los dirigentes políticos, ¿qué pasará con los médicos?, ¿se les podrá obligar a que la realicen?, y en su caso

¿conocen los médicos lo que establece el proyecto de ley de despenalización, en cuanto a su actuación?, ¿se pretende que el médico pueda ejercer a la vez como encargado de la salud de las personas y ser capaz poder producir, al mismo tiempo, la muerte de forma intencionada?, sabiendo, por si acaso no lo recuerdan, que eutanasia es simple y llanamente provocar intencionadamente la muerte de una persona que padece una enfermedad avanzada o terminal, aunque sea a petición expresa de ésta, y además en un contexto de tipo médico.

Por ello como médico que defiende los valores de la profesión médica, he de decir rotundamente que no se puede dar este cometido al médico de una forma genérica. Y lo expongo porque hay cuestiones que están presente en la Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia, presentada por el Grupo Parlamentario Socialista, que generan o pueden generar una gran cantidad de cuestiones médico-legales, conflictivas para el médico, y que de forma resumida se pueden esquematizar de la siguiente manera:

1. La figura del *médico responsable*: El texto legislativo hace numerosas referencias a la figura de médico responsable, pero en ningún momento se establece taxativamente qué médico será el encargado de llevar a cabo las gestiones previas, ni quien será el médico que deberá “aplicar” la eutanasia o suicidio asistido, sobre todo teniendo en cuenta que el solicitante puede estar bajo control o seguimiento médico en diferentes servicios médico-sanitarios o incluso socio-sanitarios y por tanto quién debe o debería asumir esta responsabilidad: ¿el médico de familia?, ¿el médico del servicio médico hospitalario encargado de la asistencia del paciente?, ¿el médico de residencia socio-sanitaria?...
2. *Objeción de conciencia*: El proyecto de ley hace alusión a la objeción de conciencia del médico, cuestión que por otra parte nadie puede discutir, pero igualmente se hace referencia a la creación de un registro de médicos objetores. Ante esto se vuelven a generar diversas dudas pues no se establece si este registro, debe ser o será a nivel del propio centro sanitario y tampoco se establecen cuál será el cumplimiento de las garantías de confidencialidad de los datos de los médicos incluidos en dicho registro.
3. El concepto de “*situación de incapacidad de hecho*”, o lo que en otros ámbitos se denomina “competencia”, que no es sino la situación en la que un paciente puede o no puede participar legítimamente en la toma de decisiones respecto a su enfermedad, en base al estar o no en posesión de las aptitudes y habili-

dades psicológicas necesarias para garantizar que su decisión sea una correcta expresión de su autonomía personal.

En otras cuestiones médicas en las que es preciso establecer este grado de capacidad resulta muy complicado su establecimiento, ya que no existen metodologías que puedan determinar de forma absoluta el grado de competencia de un paciente. En este punto únicamente se quiere hacer una llamada sobre qué puede implicar y definir el término de *“situación de incapacidad de hecho”*.

4. *“Enfermedad grave e incurable”*, este concepto nos resulta muy subjetivo, ya que en él se pueden incluir un sinnúmero de procesos patológicos, ya que al indicar *“grave e incurable”*, no tiene que conllevar que tal proceso sea de tipo terminal, cuestión que es muy interesante e importante, pues en tal caso podría generarse una puerta abierta a procesos patológicos que desde el punto de vista médico pudieran tener derivas terapéuticas que podrían modificar el curso de la indicada enfermedad.
5. Considerar la *muerte por eutanasia o suicidio asistido como una muerte de tipo “natural”*

Desde el punto de vista médico legal están claramente definidos los requisitos exigibles para considerar una muerte de tipo natural o de tipo violenta. En base a estos, tanto la práctica de la eutanasia como la del suicidio asistido es a todas luces una muerte de tipo violento.

Siguiendo la propuesta del texto legal, todo esto supone una modificación de los conceptos de muerte natural/muerte violenta, pues en este caso y como establece el proyecto en su artículo 5.6a, la causa fundamental de la muerte sería debida a la *administración directa de una sustancia a una persona que lo haya requerido y que cause su muerte*, lo que a todas luces sería una muerte de tipo tóxico, y esta por sí es de tipo violenta.

6. Cambios en el *Certificado Médico de defunción*: Siguiendo con lo anterior, cuando un médico diagnostica una muerte como natural, es obligado el certificar la muerte y hacerlo documentalmente en el propio Certificado Médico de defunción (CMD).

En cambio, cuando la muerte es de tipo violento, esta no puede cumplimentarse en el indicado CMD, sino que es preciso y obligado ponerlo en conocimiento de la autoridad judicial (juzgados de instrucción de guardia).

El proyecto de ley indica que en los casos de eutanasia y de suicidio asistido, se procederá como si se tratase una muerte de tipo natural, lo que sin duda genera ciertos compromisos y responsabilidades en el médico que ha de certificar la muerte, ya que quien lo hiciera estaría cometiendo una presunta falsedad de documento público.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Giménez-Salinas i Colomer *“Decisiones al final de la vida”* organizadas por el Consejo General del Poder Judicial en el año 1998.
2. Geertz C. La interpretación de las culturas. Barcelona. Gedisa, 2003, pp:19-24.
3. Bermejo JC. Humanizar la asistencia sanitaria: aproximación al concepto. Ed. Desclee de Brouwer, S.A., 2014.
4. Bueno G. *El materialismo filosófico de Gustavo Bueno*, Pentalfa, Oviedo. 2004.
5. Constitución Española. BOE núm. 311, de 29/12/1978.

ANEXO

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

***Proposición de Ley Orgánica de
regulación de la Eutanasia***

30 de julio de 2019



BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

XIII LEGISLATURA

Serie B:

PROPOSICIONES DE LEY

30 de julio de 2019

Núm. 64-1

Pág. 1

PROPOSICIÓN DE LEY

122/000033 Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia.

Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista.

La Mesa de la Cámara, en su reunión del día de hoy, ha adoptado el acuerdo que se indica respecto del asunto de referencia.

(122) Proposición de Ley de Grupos Parlamentarios del Congreso.

Autor: Grupo Parlamentario Socialista.

Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia.

Acuerdo:

Admitir a trámite, trasladar al Gobierno a los efectos del artículo 126 del Reglamento, publicar en el Boletín Oficial de las Cortes Generales y notificar al autor de la iniciativa.

En ejecución de dicho acuerdo se ordena la publicación de conformidad con el artículo 97 del Reglamento de la Cámara.

Palacio del Congreso de los Diputados, 25 de julio de 2019.—P.D. El Secretario General del Congreso de los Diputados, **Carlos Gutiérrez Vicén**.

A la Mesa del Congreso de los Diputados

En nombre del Grupo Parlamentario Socialista me dirijo a esa Mesa para, al amparo de lo establecido en el artículo 124 y siguientes del vigente Reglamento del Congreso de los Diputados, presentar la siguiente Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia.

Palacio del Congreso de los Diputados, 19 de julio de 2019.—**Rafael Simancas Simancas**, Portavoz del Grupo Parlamentario Socialista.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 64-1

30 de julio de 2019

Pág. 2

PROPOSICIÓN DE LEY ORGÁNICA DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA

Exposición de motivos

I

La presente ley pretende dar una respuesta jurídica, sistemática, equilibrada y garantista, a una demanda sostenida de la sociedad actual como es la eutanasia.

La eutanasia significa etimológicamente «buena muerte» y se puede definir como el acto deliberado de dar fin a la vida de una persona, producido por voluntad expresa de la propia persona y con el objeto de evitar un sufrimiento. En nuestra doctrina bioética y penalista existe hoy un amplio acuerdo en limitar el empleo «eutanasia» a aquella que se produce de manera activa y directa, de manera que las actuaciones por omisión que se designaban como eutanasia pasiva (no adopción de tratamientos tendentes a prolongar la vida y la interrupción de los ya instaurados conforme a la *lex artis*), o las que pudieran considerarse como eutanasia activa indirecta (utilización de fármacos o medios terapéuticos que alivian el sufrimiento físico o psíquico aunque aceleren la muerte del paciente —cuidados paliativos—) se han excluido del concepto bioético y jurídico-penal de eutanasia.

El debate sobre la eutanasia, tanto desde el punto de vista de la bioética como del derecho, se ha abierto paso en nuestro país y en los países de nuestro entorno durante las últimas décadas, no solo en los ámbitos académicos sino también en la sociedad, debate que se aviva periódicamente a raíz de casos personales que conmueven a la opinión pública. Un debate en el que confluyen diferentes causas, como la creciente prolongación de la esperanza de vida, con el consiguiente retraso en la edad de morir, en condiciones no pocas veces de importante deterioro físico y psíquico; el incremento de los medios técnicos capaces de sostener durante un tiempo prolongado la vida de las personas, sin lograr la curación o una mejora significativa de la calidad de vida; la secularización de la vida y conciencia social y de los valores de las personas; o el reconocimiento de la autonomía de la persona también en el ámbito sanitario, entre otros factores. Y es, precisamente, obligación del legislador atender a las demandas y valores de la sociedad, preservando y respetando sus derechos y adecuando para ello las normas que ordenan y organizan nuestra convivencia.

La legalización y regulación de la eutanasia se asientan sobre la compatibilidad de unos principios esenciales que son basamento de los derechos de las personas, y que son así recogidos en la Constitución Española. Son, de un lado, los derechos fundamentales a la vida y a la integridad física y moral, y de otro, bienes constitucionalmente protegidos como son la dignidad, la libertad o la autonomía de la voluntad.

Hacer compatibles estos derechos y principios constitucionales es necesario y posible, para lo que se requiere una legislación respetuosa con todos ellos. No basta simplemente con despenalizar las conductas que impliquen alguna forma de ayuda a la muerte de otra persona, aun cuando se produzca por expreso deseo de esta. Tal modificación legal dejaría a las personas desprotegidas respecto de su derecho a la vida que nuestro marco constitucional exige proteger. Se busca, en cambio, legislar para respetar la autonomía y voluntad de poner fin a la vida de quien está en una situación de enfermedad grave e incurable, o de una enfermedad grave, crónica e invalidante, padeciendo un sufrimiento insoportable que no puede ser aliviado en condiciones que considere aceptables, lo que denominamos un contexto eutanásico. Con ese fin, la presente ley regula y despenaliza la eutanasia en determinados supuestos, definidos claramente, y sujetos a garantías suficientes que salvaguarden la absoluta libertad de la decisión, descartando presión externa de cualquier índole.

En el panorama de los países de nuestro entorno se pueden reconocer, fundamentalmente, dos modelos de tratamiento normativo de la eutanasia.

Por una parte, los países que despenalizan las conductas eutanásicas cuando se considera que en quien la realiza no existe una conducta egoísta, y por consiguiente tiene una razón compasiva, dando pie a que se generen espacios jurídicos indeterminados que no ofrecen las garantías necesarias.

Por otra parte, los países que han regulado los supuestos en que la eutanasia es una práctica legalmente aceptable, siempre que sean observados concretos requisitos y garantías.

En el análisis de estas dos alternativas jurídicas, es relevante la doctrina del Tribunal Europeo de Derechos Humanos que, en su sentencia de 14 de mayo de 2013 (caso Gross vs. Suiza), consideró que no es aceptable que un país que haya despenalizado conductas eutanásicas no tenga elaborado y promulgado un régimen legal específico, precisando las modalidades de práctica de tales conductas eutanásicas. Esta ley pretende incluirse en el segundo modelo de legislación, dotando de una regulación

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 64-1

30 de julio de 2019

Pág. 3

sistemática y ordenada a los supuestos en los que la eutanasia no deba ser objeto de reproche penal. Así, la ley distingue entre dos conductas eutanásicas diferentes, la eutanasia activa y aquella en la que es el propio o la propia paciente la persona que termina con su vida, para lo que precisa de la colaboración de un profesional sanitario que, de forma intencionada y con conocimiento, facilita los medios necesarios, incluido el asesoramiento sobre la sustancia y dosis necesarias de medicamentos, su prescripción, o, incluso, su suministro con el fin de que el o la paciente se lo administre. Por su parte, eutanasia activa es la acción por la que un profesional sanitario pone fin a la vida de un o una paciente de manera deliberada y a petición de este o esta, cuando se produce dentro de un contexto eutanásico por causa de enfermedad grave e incurable o enfermedad grave, crónica e invalidante causantes de un sufrimiento intolerable.

El contexto eutanásico, en el cual se acepta legalmente prestar ayuda para morir a otra persona, debe delimitarse con arreglo a determinadas condiciones que afectan a la situación física y mental en que se encuentra la persona, a las posibilidades de intervención para aliviar su sufrimiento, y a las convicciones morales de la persona sobre la preservación de su vida en unas condiciones que considere incompatibles con su dignidad personal. Así mismo, han de establecerse garantías para que la decisión de poner fin a la vida se produzca con absoluta libertad, autonomía y conocimiento, protegida por tanto de presiones de toda índole que pudieran provenir de entornos sociales, económicos o familiares desfavorables, o incluso decisiones apresuradas. Este contexto eutanásico, así delimitado, requiere de una valoración cualificada y externa a las personas solicitante y ejecutora, previa y posterior al acto eutanásico. Al mismo tiempo, se garantiza la seguridad jurídica y el respeto a la libertad de conciencia del personal sanitario llamado a colaborar en el acto de ayuda a morir.

En definitiva, esta ley introduce en nuestro ordenamiento jurídico un nuevo derecho individual como es la eutanasia. Se entiende por esta la actuación que produce la muerte de una persona de forma directa e intencionada mediante una relación causa-efecto única e inmediata, a petición informada, expresa y reiterada en el tiempo por dicha persona, y que se lleva a cabo en un contexto de sufrimiento debido a una enfermedad o padecimiento incurable que la persona experimenta como inaceptable y que no ha podido ser mitigado por otros medios. Así definida, la eutanasia conecta con un derecho fundamental de la persona constitucionalmente protegido como es la vida, pero que se debe cohonestar también con otros derechos y bienes, igualmente protegidos constitucionalmente, como son la integridad física y moral de la persona (art. 15 CE), la dignidad humana (art. 10 CE), el valor superior de la libertad (art. 1.1 CE), la libertad ideológica y de conciencia (art. 16 CE) o el derecho a la intimidad (art. 18.1 CE). Cuando una persona plenamente capaz y libre se enfrenta a una situación vital que a su juicio vulnera su dignidad e integridad, como es la que define el contexto eutanásico antes descrito, el bien de la vida puede decaer en favor de los demás bienes y derechos con los que debe ser ponderado, toda vez que no existe un deber constitucional de imponer o tutelar la vida a toda costa y en contra de la voluntad del titular del derecho a la vida. Por esta misma razón, el Estado está obligado a proveer un régimen jurídico que establezca las garantías necesarias y de seguridad jurídica.

II

La presente ley consta de cinco capítulos, dos disposiciones adicionales, una disposición transitoria, una disposición derogatoria y cuatro disposiciones finales.

El Capítulo I está destinado a delimitar su objeto y ámbito de aplicación, así como a establecer las necesarias definiciones fundamentales del texto normativo.

El Capítulo II establece los requisitos para que las personas puedan solicitar la prestación de ayuda para morir y las condiciones para su ejercicio. Toda persona mayor de edad y en plena capacidad de obrar y decidir puede solicitar y recibir dicha ayuda, siempre que lo haga de forma autónoma, consciente e informada, y que se encuentre en los supuestos de enfermedad grave e incurable o de enfermedad grave, crónica e invalidante causantes de un sufrimiento físico o psíquico intolerables. Se articula también la posibilidad de solicitar esta ayuda mediante el documento de instrucciones previas o equivalente que existe ya en nuestro ordenamiento jurídico.

El Capítulo III va dirigido a regular el procedimiento que se debe seguir para la realización de la prestación de ayuda para morir y las garantías que han de observarse en la aplicación de dicha prestación. En este ámbito cabe destacar la existencia de una Comisión de Control y Evaluación que ha de controlar de forma tanto previa como posterior el respeto a la ley.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 64-1

30 de julio de 2019

Pág. 4

El Capítulo IV establece los elementos que permiten garantizar a toda la ciudadanía el acceso en condiciones de igualdad a la prestación de ayuda para morir, incluyéndola en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y garantizando así su financiación pública, pero garantizando también su prestación en centros privados o, incluso, en el domicilio de la persona solicitante. Hay que destacar que se garantiza dicha prestación sin perjuicio de la posibilidad de objeción de conciencia del personal sanitario.

Finalmente, el Capítulo V regula las comisiones de control y evaluación que deberán crearse en todas las Comunidades Autónomas y en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla a los fines de esta ley.

Las disposiciones adicionales, por su parte, se dirigen a garantizar que quienes solicitan ayuda para morir al amparo de esta ley, se considerará que fallecen por muerte natural, y a establecer un régimen sancionador. En sus disposiciones finales, se procede, en consecuencia con el nuevo ordenamiento legal introducido por la presente ley, a la modificación de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, con el objeto de despenalizar todas aquellas conductas eutanásicas en los supuestos y condiciones establecidos por la presente ley.

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1. Objeto.

El objeto de esta ley es regular el derecho que corresponde a toda persona que cumpla las condiciones exigidas a solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir, el procedimiento que ha de seguirse y las garantías que han de observarse.

Artículo 2. Ámbito de aplicación.

Esta ley será de aplicación a todas las personas físicas o jurídicas, públicas o privadas, que actúen o se encuentren en territorio español. A estos efectos, se entenderá que una persona jurídica se encuentra en territorio español cuando tengan domicilio social, sede de dirección efectiva, sucursal, delegación o establecimiento de cualquier naturaleza en territorio español.

Artículo 3. Definiciones.

A los efectos de lo previsto en esta ley, se entiende por:

a) «Consentimiento informado»: la conformidad libre, voluntaria y consciente del o la paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que, a petición suya, tenga lugar una de las actuaciones descritas en el párrafo f).

b) «Enfermedad grave, crónica e invalidante»: situación que resulta de una persona afectada por limitaciones que inciden directamente sobre su autonomía física, así como sobre su capacidad de expresión y relación, y que llevan asociadas un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable, existiendo seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones vaya a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable.

c) «Enfermedad grave e incurable»: toda alteración del estado de la salud provocada por un accidente o enfermedad, originados independientemente de la voluntad del o la paciente, que lleva asociada sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable y en la que existe un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva.

d) «Médico responsable» o «Médica responsable»: facultativo o facultativa que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del o la paciente, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, y sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales.

e) «Médico consultor» o «Médica consultora»: facultativo o facultativa con formación en el ámbito de las patologías que padece el o la paciente y que no pertenece al mismo equipo del médico o médica responsable.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 64-1

30 de julio de 2019

Pág. 5

f) «Objeción de conciencia sanitaria»: derecho individual de los profesionales sanitarios a no atender aquellas demandas de actuación sanitaria reguladas en esta ley que resultan incompatibles con sus propias convicciones.

g) «Prestación de ayuda para morir»: acción derivada de proporcionar los medios necesarios a una persona que cumple los requisitos previstos en esta ley y que ha manifestado su deseo de morir. Dicha prestación se puede producir en dos modalidades:

i) La administración directa al o la paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario competente.

ii) La prescripción o suministro al o la paciente por parte del profesional sanitario competente de una sustancia, de manera que esta se la pueda auto administrar, ya sea en el propio centro sanitario o en su domicilio, para causar su propia muerte.

h) «Situación de incapacidad de hecho»: situación en la que el o la paciente carecen de entendimiento y voluntad suficiente para gobernar su vida por sí mismo de forma autónoma, sin que necesariamente haya resolución judicial de incapacitación.

CAPÍTULO II

Derecho de las personas a solicitar la prestación de ayuda para morir y requisitos para su ejercicio

Artículo 4. Derecho a solicitar la prestación de ayuda para morir.

1. Se reconoce el derecho de toda persona que cumpla los requisitos previstos en esta ley a solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir.

2. La decisión de solicitar la prestación de ayuda para morir ha de ser una decisión autónoma, entendiéndose por tal aquella que está fundamentada en el conocimiento sobre los hechos más relevantes de su proceso médico, después de haber sido informada adecuadamente por el médico o médica responsable. Debe quedar constancia de esa información en la historia clínica del o la paciente.

Artículo 5. Requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir.

1. Para poder recibir la prestación de ayuda para morir será necesario que la persona cumpla todos los siguientes requisitos:

a) Tener la nacionalidad española o residencia legal en España, mayoría de edad y ser capaz y consciente en el momento de la solicitud.

b) Disponer por escrito de la información que exista sobre su proceso médico, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, incluida la de acceder a cuidados paliativos.

c) Haber formulado dos solicitudes de manera voluntaria y por escrito, dejando una separación de al menos quince días naturales entre ambas.

Si el médico o la médica responsable considera que la muerte de la persona solicitante o la pérdida de su capacidad para otorgar el consentimiento informado son inminentes, podrá aceptar cualquier período menor que considere apropiado en función de las circunstancias clínicas concurrentes, de las que deberá dejar constancia en la historia clínica del o la paciente.

d) Sufrir una enfermedad grave e incurable o padecer una enfermedad grave, crónica e invalidante en los términos establecidos en esta ley, certificada por el médico o médica responsable.

e) Prestar consentimiento informado previamente a recibir la prestación de ayuda para morir. Dicho consentimiento se incorporará a la historia clínica del o la paciente.

2. No será de aplicación lo previsto en el apartado anterior en aquellos casos en los que el médico o médica responsable certifique que el o la paciente está incurso en situación de incapacidad de hecho permanente, cumpla lo previsto en el apartado 1.d) anterior y haya suscrito con anterioridad un documento de instrucciones previas o documento equivalente, en cuyo caso, se podrá facilitar la prestación de ayuda para morir conforme a lo dispuesto en dicho documento.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 64-1

30 de julio de 2019

Pág. 6

La valoración de la situación de incapacidad de hecho por el médico o la médica responsable se hará conforme a los protocolos de actuación que se determinen por el Consejo Interterritorial del sistema Nacional de Salud.

Artículo 6. Requisitos de la solicitud de prestación de ayuda para morir.

1. La solicitud de prestación de ayuda para morir a la que se refiere el artículo 5.1.c) deberá hacerse por escrito, debiendo estar el documento fechado y firmado por el o la paciente solicitante.

En caso de encontrarse este impedido físicamente para fechar y firmar el documento, otra persona mayor de edad y plenamente capaz podrá fecharlo y firmarlo en su presencia. Dicha persona ha de mencionar el hecho de que quien demanda la prestación de ayuda para morir no se encuentra en condiciones de firmar el documento e indicar las razones.

2. El documento deberá firmarse en presencia de un profesional sanitario que lo rubricará. Si no es el médico o la médica responsable, lo entregará a este o esta. El escrito deberá incorporarse a la historia clínica del o la paciente.

3. El solicitante de la prestación de ayuda para morir podrá revocar su solicitud en cualquier momento, incorporándose su decisión en su historia clínica. Asimismo, podrá pedir el aplazamiento de la administración de la ayuda para morir.

4. En los casos previstos en el artículo 5.2, la solicitud de prestación de ayuda para morir podrá ser presentada al médico o médica responsable por otra persona mayor de edad y plenamente capaz, acompañándolo del documento de instrucciones previas o documento equivalente suscrito previamente por el o la paciente.

Artículo 7. Denegación de la prestación de ayuda para morir.

1. Las denegaciones de la prestación de ayuda para morir deberán realizarse siempre por escrito y de manera motivada por el médico o médica responsable, salvo que la misma derive del ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria prevista en el artículo 16.

2. Contra dicha denegación, la persona solicitante o, ante la situación de incapacidad de hecho de este, la persona que de acuerdo a lo previsto en el artículo 6.4 hubiera presentado la solicitud en su nombre, podrán presentar en el plazo máximo de cinco días hábiles una reclamación ante la Comisión de Control y Evaluación competente. El médico o la médica responsable que deniegue la solicitud está obligado a informarles de esta posibilidad.

3. El médico o la médica responsable que deniegue la solicitud de la prestación de ayuda para morir, con independencia de que se haya formulado o no una reclamación ante la Comisión de Control y Evaluación competente, deberá remitir en el plazo de quince días después de recibida la solicitud, los dos documentos especificados en el artículo 12, adaptando el documento segundo de modo que incluya los datos clínicos relevantes para la evaluación del caso y el motivo de la denegación.

CAPÍTULO III

Procedimiento para la realización de la prestación de ayuda para morir

Artículo 8. Procedimiento a seguir por el médico o médica responsable cuando exista una solicitud previa de prestación de ayuda para morir.

1. Una vez recibida la solicitud de prestación de ayuda para morir a la que se refiere el artículo 5.1.c), el médico o la médica responsable en el plazo máximo de dos días, una vez verificados que se cumplen los requisitos previstos en el artículo 5.1, a), c) y d), realizará con el o la paciente solicitante un proceso deliberativo sobre su diagnóstico, posibilidades terapéuticas y resultados esperables, así como sobre posibles cuidados paliativos, asegurándose de que comprende la información que se le facilita. Sin perjuicio de que dicha información sea explicada por el médico o médica responsable directamente al paciente, la misma deberá facilitarse igualmente por escrito.

2. Transcurridas veinticuatro horas tras la finalización del proceso deliberativo al que se refiere el apartado anterior, el médico o la médica responsable recabará del o la paciente solicitante su decisión de continuar o decaer de la solicitud de prestación de ayuda para morir. En el caso de que el o la paciente

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 64-1

30 de julio de 2019

Pág. 7

manifestara su deseo de continuar con el procedimiento, el médico o médica responsable deberá comunicar esta circunstancia al equipo asistencial, si lo hubiere, especialmente a los y las profesionales de enfermería, así como en el caso de que así lo solicitara el o la paciente, a los familiares o allegados que señale. Igualmente, deberá recabar del o la paciente la firma del documento del consentimiento informado.

En el caso de que el o la paciente decidiera decaer de su solicitud, el médico o médica responsable pondrá este hecho igualmente en conocimiento del equipo asistencial, si lo hubiere.

3. El médico o la médica responsable deberá consultar a un médico o médica consultor, quien tras estudiar la historia clínica y examinar al paciente, deberá corroborar el cumplimiento de las condiciones establecidas en el artículo 5.1, en el plazo máximo de diez días naturales, a cuyo efecto redactará un informe que pasará a formar parte de la historia clínica del o la paciente. Las conclusiones de dicho informe deberán ser comunicadas al paciente solicitante.

4. Una vez cumplido lo previsto en los apartados anteriores, el médico o la médica responsable, antes de la realización de la prestación de ayuda a morir, lo pondrá en conocimiento del presidente o presidenta de la Comisión de Evaluación y Control competente al efecto de que se realice el control previo previsto en el artículo 10.

No obstante, se podrá llevar a cabo dicha prestación de ayuda a morir sin el citado control previo en los casos excepcionales de muerte o pérdida de capacidad inminentes apreciados por el médico o médica responsable, en cuyo caso se procederá de la forma prevista en el artículo 12.

Artículo 9. Procedimiento a seguir cuando se aprecie que existe una incapacidad de hecho.

En los casos previstos en el artículo 5.2 el médico o la médica responsable está obligado a aplicar lo previsto en las instrucciones previas o documento equivalente.

Artículo 10. Control previo por parte de la Comisión de Evaluación y Control.

1. Una vez recibida la comunicación médica a que se refiere el artículo 8.4, párrafo primero, el presidente o la presidenta de la Comisión de Evaluación y Control designará en los dos días siguientes a dos miembros de la misma, para que, con carácter previo al pronunciamiento definitivo posterior del órgano colegiado, comprueben si, a su juicio, concurren los requisitos y condiciones establecidos para el correcto ejercicio del derecho a solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir.

2. Para el adecuado ejercicio de sus funciones, los dos miembros de la comisión designados tendrán acceso a la documentación que obre en la historia clínica y podrán entrevistarse con el médico o médica responsable o con el personal que actúe bajo la dirección de este o esta, así como con la persona solicitante.

3. En el plazo máximo de siete días naturales, y una vez evaluado el cumplimiento de lo previsto en esta ley, los miembros designados elevarán a la Comisión una propuesta para la aprobación, o en su caso denegación de la solicitud de prestación de ayuda para morir. El contenido de la citada propuesta no vinculará el sentido de la resolución definitiva de la Comisión.

4. La resolución definitiva de la Comisión deberá ponerse, en el plazo más breve posible, en conocimiento del médico o médica responsable que realizó la comunicación para proceder, en su caso, a realizar la prestación de ayuda a morir.

5. Las resoluciones de la Comisión que informen desfavorablemente la solicitud de la prestación de ayuda para morir podrán ser recurridos ante la jurisdicción contencioso administrativa.

Artículo 11. Realización de la prestación de ayuda a morir.

1. Una vez recabada la resolución positiva por parte de la Comisión de Evaluación y Control competente, la realización de la prestación de ayuda para morir debe hacerse con el máximo cuidado y profesionalidad por parte de los profesionales sanitarios.

En el caso de que el o la paciente se encuentre consciente, este deberá comunicar al médico o médica responsable la modalidad en la que quiere recibir la prestación de ayuda para morir.

2. En los casos en los que la prestación de ayuda para morir lo sea conforme a la forma descrita en el artículo 3.g.i) el médico o médica responsable, así como el resto de profesionales sanitarios, asistirán al paciente hasta el momento de su muerte.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 64-1

30 de julio de 2019

Pág. 8

3. En el supuesto contemplado en el artículo 3.g.ii) el médico o médica responsable, así como el resto de profesionales sanitarios, tras prescribir la sustancia que el propio paciente se autoadministrará, mantendrá la debida tarea de observación y apoyo a este hasta el momento de su fallecimiento.

Artículo 12. Comunicación a la Comisión de Control y Evaluación tras la realización de la prestación de ayuda a morir.

Una vez realizada la prestación de ayuda para morir, y en el plazo máximo de cinco días hábiles después de esta, el médico o la médica responsable deberá remitir a la Comisión de Control y Evaluación de su comunidad autónoma o ciudad autónoma los siguientes dos documentos separados e identificados con un número de registro:

a) El primer documento, sellado por el médico o la médica responsable, referido como «documento primero», deberá recoger los siguientes datos:

i) Nombre completo y domicilio de la persona solicitante de la ayuda para morir y, en su caso, de la persona autorizada que lo asistiera.

ii) Nombre completo, dirección y número de identificación profesional (número de colegiado o equivalente) del médico o médica responsable.

iii) Nombre completo, dirección y número de identificación profesional del médico o médica consultor cuya opinión se ha recabado.

iv) Si la persona solicitante disponía de un documento de instrucciones previas o documento equivalente y en él se señalaba a un o una representante, nombre completo del mismo. En caso contrario, nombre completo de la persona que presentó la solicitud en nombre del o la paciente incapacitado de hecho.

b) El segundo documento, referido como «documento segundo», deberá recoger los siguientes datos:

i) Sexo y edad de la persona solicitante de la ayuda para morir.

ii) Fecha y lugar de la muerte.

iii) Tiempo transcurrido desde la primera y la última petición hasta la muerte de la persona.

iv) Descripción de la patología padecida por la persona solicitante (enfermedad grave e incurable o enfermedad grave, crónica e invalidante).

v) Naturaleza del sufrimiento continuo e insoportable padecido y razones por las cuales se considera que no tenía perspectivas de mejoría.

vi) Información sobre la voluntariedad, reflexión y reiteración de la petición, así como sobre la ausencia de presión externa.

vii) Si existía documento de instrucciones previas o documento equivalente, una copia del mismo.

viii) Procedimiento seguido por el médico o la médica responsable y el resto del equipo de profesionales sanitarios para realizar la ayuda para morir.

ix) Capacitación de las y los médicos consultores y fechas de las consultas.

CAPÍTULO IV

Garantía en el acceso a la prestación de ayuda para morir

Artículo 13. Garantía del acceso a la prestación de ayuda para morir.

1. La prestación de ayuda para morir estará incluida en la Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y será de financiación pública.

2. Los servicios públicos de salud, en el ámbito de sus respectivas competencias, aplicarán las medidas precisas para garantizar el derecho a la prestación de ayuda para morir en los supuestos y con los requisitos establecidos en esta ley.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 64-1

30 de julio de 2019

Pág. 9

Artículo 14. Medidas para garantizar la prestación de ayuda para morir por los servicios de salud.

1. Con el fin de asegurar la igualdad y calidad asistencial de la prestación de ayuda para morir, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud deberá elaborar en el plazo de tres meses a contar desde la entrada en vigor de la ley un manual de buenas prácticas con los que sirva para orientar la correcta puesta en práctica de esta ley. Asimismo, en este mismo plazo deberá elaborar los protocolos a los que se refiere el artículo 5.2.

2. La prestación de la ayuda para morir se realizará en centros sanitarios públicos, privados, o concertados, sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabadas por el ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria o por el lugar donde se realiza.

Artículo 15. Protección de la intimidad y confidencialidad.

1. Los centros sanitarios que realicen la prestación de ayuda para morir adoptarán las medidas necesarias para asegurar la intimidad de las personas solicitantes de la prestación y la confidencialidad en el tratamiento de sus datos de carácter personal.

2. Asimismo, los citados centros deberán contar con sistemas de custodia activa de las historias clínicas de los y las pacientes e implantar en el tratamiento de los datos las medidas de seguridad de nivel alto previstas en la normativa vigente en materia de protección de datos de carácter personal.

Artículo 16. Ejercicio del derecho a la objeción de conciencia sanitaria por las y los profesionales sanitarios implicados en la prestación de ayuda para morir.

1. Las y los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de ayuda para morir tendrán el derecho de ejercer su objeción de conciencia sanitaria.

El rechazo o la negativa a realizar la citada prestación por razones de conciencia es una decisión individual del profesional sanitario directamente implicado en su realización, la cual deberá manifestarse anticipadamente y por escrito.

2. Las administraciones sanitarias crearán un Registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la ayuda para morir, en el que se inscribirán las declaraciones de objeción de conciencia para la realización de la misma y que tendrá por objeto facilitar la necesaria información a la administración sanitaria para que esta pueda garantizar una adecuada gestión de la prestación de ayuda para morir.

CAPÍTULO V

Comisiones de Control y Evaluación

Artículo 17. Creación y composición.

1. Existirá una Comisión de Control y Evaluación en cada una de las comunidades autónomas, así como en las Ciudades autónomas de Ceuta y Melilla.

2. Dichas Comisiones, que tendrán la naturaleza de órgano administrativo, serán creadas por acuerdo de los respectivos Gobiernos autonómicos y del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social en el caso de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, en los que se determinará su régimen jurídico.

3. Cada Comisión de Control y Evaluación deberá crearse y constituirse antes del término del plazo de los tres meses siguientes a la entrada en vigor de esta ley.

4. Cada Comisión de Control y Evaluación deberá disponer de un reglamento de orden interno, que será elaborado por la citada Comisión y autorizado por el órgano competente de la administración autonómica. En el caso de las Ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, la citada autorización corresponderá al Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

Artículo 18. Funciones.

Son funciones de la Comisión de Control y Evaluación las siguientes:

a) Resolver en el plazo máximo de veinte días naturales las reclamaciones que formulen las personas a las que el médico o la médica responsable haya denegado su solicitud de prestación de ayuda para morir.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 64-1

30 de julio de 2019

Pág. 10

En el caso de que la resolución sea favorable a la solicitud de prestación de ayuda para morir, la Comisión de Control y Evaluación competente requerirá a la dirección del centro para que en el plazo máximo de siete días naturales facilite la prestación solicitada a través de otro médico o médica del centro o de un equipo externo de profesionales sanitarios.

El transcurso del plazo de veinte días naturales sin haberse dictado resolución, dará derecho a los solicitantes a entender denegada su solicitud de prestación de ayuda para morir, quedando abierta la posibilidad de recurso ante la jurisdicción contencioso administrativa.

b) Verificar en el plazo máximo de dos meses si la prestación de ayuda para morir se ha realizado de acuerdo con los procedimientos y requisitos previstos en la ley.

Dicha verificación se realizará con carácter general a partir de los datos recogidos en el documento segundo. No obstante, en caso de duda, la Comisión podrá decidir por mayoría simple levantar el anonimato y acudir a la lectura del documento primero. Si tras el levantamiento del anonimato, la imparcialidad de algún miembro de la Comisión de Control y Evaluación se considerara afectada, este o esta podrá retirarse voluntariamente o ser recusado o recusada.

Asimismo, para realizar la citada verificación la Comisión podrá decidir por mayoría simple solicitar al médico o médica responsable la información recogida en la historia clínica del o la paciente que tenga relación con la realización de la prestación de ayuda para morir.

En el caso de que dos tercios o más de los miembros de la Comisión de Control y Evaluación consideren que no se han cumplido las condiciones y procedimientos establecidos en esta ley, deberá comunicarlo a la dirección del centro sanitario para que proceda a la apertura de una investigación. El centro sanitario deberá poner en conocimiento de la Comisión las conclusiones de la investigación y adoptar las medidas necesarias para asegurar la correcta aplicación de la ley.

c) Detectar posibles problemas en el cumplimiento de las obligaciones previstas en ley, proponiendo, en su caso, mejoras concretas para su incorporación a los manuales de buenas prácticas y protocolos.

d) Resolver dudas o cuestiones que puedan surgir durante la aplicación de la ley, sirviendo de órgano consultivo en su ámbito territorial concreto.

e) Elaborar y hacer público un informe anual de evaluación acerca de la aplicación de la ley en su ámbito territorial concreto.

f) Aquellas otras que puedan atribuirles los Gobiernos autonómicos, así como, en el caso de las Ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

Artículo 19. Deber de secreto.

Los miembros de las Comisiones de Control y Evaluación estarán obligados a guardar secreto sobre el contenido de sus deliberaciones y a proteger la confidencialidad de los datos personales que, sobre profesionales sanitarios, pacientes, familiares y personas allegadas, hayan podido conocer en su condición de miembros de la Comisión.

Disposición adicional primera. Sobre la causa de muerte.

La muerte producida derivada de la prestación de ayuda para morir tendrá la consideración de muerte natural a todos los efectos.

Disposición adicional segunda. Régimen sancionador.

Las infracciones de lo dispuesto por la presente ley quedan sometidas al régimen sancionador previsto en el capítulo VI del título I de la Ley 14/1986, General de Sanidad, sin perjuicio de la posible responsabilidad civil o penal y de la responsabilidad profesional o estatutaria que pueda corresponder.

Disposición transitoria única. Régimen jurídico de las Comisiones de Control y Evaluación.

En tanto no dispongan de su propio reglamento de orden interno, el funcionamiento de las Comisiones de Control y Evaluación se ajustará a las reglas establecidas en la sección 3.ª, del capítulo segundo, del título preliminar de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 64-1

30 de julio de 2019

Pág. 11

Disposición derogatoria única. Derogación normativa.

Quedan derogadas todas las disposiciones de igual o inferior rango que contradigan o se opongan a lo establecido en esta ley.

Disposición final primera. Modificación de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.

Se modifica el apartado 4 del artículo 143 de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, que tendrá la siguiente redacción:

«4. No será punible la conducta del médico o médica que con actos necesarios y directos causare o cooperare a la muerte de una persona, cuando esta sufra una enfermedad grave e incurable o enfermedad grave, crónica e invalidante, en los términos establecidos en la normativa sanitaria.»

Disposición final segunda. Título competencial.

Esta ley se dicta al amparo del artículo 149.1.16.ª de la Constitución Española que atribuye al Estado la competencia en materia de bases y coordinación general de la sanidad.

Disposición final tercera. Carácter ordinario de determinadas disposiciones.

La presente ley tiene carácter de ley orgánica a excepción de los artículos 12, 14, 15, 16.2, 17, 18, disposiciones adicionales primera y segunda, disposición transitoria única y disposición derogatoria única, que revisten el carácter de ley ordinaria.

Disposición final cuarta. Entrada en vigor.

La presente ley entrará en vigor a los tres meses de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

cve: BOCG-13-B-64-1

CON LA COLABORACIÓN DE

