

La situación social de la eutanasia y el suicidio asistido en España pone de relieve la necesidad de revisión de un sistema de cuidados paliativos que anticipe y respete las condiciones de muerte digna en nuestro país.

Análisis del debate sobre la eutanasia en España.

La experiencia europea como punto de partida

Darío Gallardo Cuerva

Dedicado a mi madre
y a todas aquellas personas que cada día **deciden** vivir.

Contenido


- 1 - Introducción. La muerte como parte de la vida
 - La relevancia social de la muerte para la vida. Algunas consideraciones filosóficas.
 - La tardía aceptación de la propia muerte
- 2 - Algunas consideraciones metodológicas y objetivo de la investigación
 - Mi experiencia personal
 - De las expectativas iniciales del estudio
 - Objetivo del Estudio
 - Respecto a las fuentes primarias y secundarias
- 3 - La eutanasia en España
 - 3.1 - Qué es (y que no es) eutanasia
 - 3.2 - El debate en España: Entre la eutanasia y los cuidados paliativos de calidad.
 - Cuidados paliativos y eutanasia: dos cuestiones diversas
 - La oposición política: “la pendiente resbaladiza”
 - La práctica de la eutanasia en España
 - Pero ¿qué opinan los españoles al respecto de la eutanasia y el suicidio asistido?
 - El caso de Ramón Sampederro
- 4 - Otra forma de morir: Los casos de Holanda, Bélgica y Suiza
 - 4.1 - El modelo holandés
 - 4.2 - El modelo belga
 - 4.3 - El modelo suizo
- 5 - Conclusiones
 - 5.1 - Introducción
 - 5.2 - Respecto al debate político
- 6 - Bibliografía
- 7 - Anexos
 - 7.1 – Datos Estadísticos
 - Encuestas del CIS
 - Datos relativos a la práctica eutanásica en Europa entre 1990 y 1998
 - 7.2 - Conceptos básico del marco teórico
 - 7.3 - Principios básicos de la práctica médica

1 - Introducción. La muerte como parte de la vida

La relevancia social de la muerte para la vida. Algunas consideraciones filosóficas.

La muerte es, en sí misma, un hecho social de gran trascendencia para la vida. Nuestras decisiones vitales están condicionadas profundamente por la mayor o menor conciencia de la finitud y la transitoriedad de la existencia. Por ello es importante conocer la relación que los individuos y los colectivos sociales mantienen con la muerte. Un individuo puede tomar conciencia de la levedad del ser por muchas razones; por su inminente advenimiento, por la muerte de otra persona o por la simple conciencia casual y espontánea. A esa toma de conciencia las personas responderán de forma muy diversa dependiendo de si es un joven adolescente o una anciana, si vive en Argelia o Catalunya, si trabaja en el servicio de urgencias de un hospital o en un despacho, de si practica deportes de riesgo, de si es ateo o budista, de si ha vivido o no la muerte de seres queridos o de si ha experimentado situaciones de riesgo para su vida en el pasado, como accidentes de tráfico, por ejemplo. La muerte es quizás, junto con el nacimiento, la experiencia más común a todos los seres vivos, pero la relación individual y colectiva con la “idea de muerte” es a todas luces extraordinariamente heterogénea.

Además del hecho de que la probabilidad de que perezamos es 1, existe otra incuestionable realidad común para todos: **hoy podría ser el último día de nuestras vidas**. Esta posibilidad incuestionable es más cierta que la premisa, socialmente compartida y según la cual guiamos nuestras vidas, que nos hace vivir creyendo que moriremos ancianos y en un lecho. Siguiendo la lógica de David Hume que cuestionaba hasta un fenómeno tan poco cuestionado como si “mañana saldría el sol”, es más cierto afirmar que hoy “podríamos” morir que aseverar que moriremos octogenarios, independientemente de las estadísticas referidas a la expectativa de vida. La imagen de una vela encendida ejemplifica nuestra situación vital; sabemos que tarde o temprano la vela se irá consumiendo y la llama se extinguirá, pero del mismo modo sabemos que una corriente súbita de aire puede apagar la llama de modo precipitado e inesperado.



La muerte es quizás, junto con el nacimiento, la experiencia más común a todos los seres vivos, pero la relación individual y colectiva con la “idea de muerte” es a todas luces extraordinariamente heterogénea.

En nuestra sociedad **la muerte es un tabú** y esta ocultación social de una realidad absolutamente compartida por todos configura el modo en que planificamos nuestros objetivos vitales; si hacemos promesas a nuestros hijos, si nos embarcamos en proyectos hipotecarios a 30 años, si contratamos o no un seguro de vida, si en definitiva tomamos decisiones a corto o largo plazo depende de nuestras expectativas de vida y de nuestra conciencia respecto al desenlace final de todos y cada uno de nosotros. Más allá de las consideraciones filosóficas que refieren, por ejemplo, al principio de causalidad de David Hume, es frustrante evidenciar el poco reconocimiento que se le da a la muerte en la facultad de sociología a la hora de explicar el comportamiento social y la acción colectiva.

La muerte no es la antítesis de la vida. La transitoriedad de los fenómenos está presente a nuestro alrededor en todo momento. La muerte o la finitud, indispensable, abarca los seres vivos, las estaciones, los astros y las ideas. La muerte forma parte de la vida, entendida esta, la vida, como la existencia más allá de nuestra percepción individual de la misma, de nuestra propia muerte. Nosotros morimos, pero el resto de la existencia continúa.

La tardía aceptación de la propia muerte

La reticencia común a abordar socialmente la muerte de las personas y afrontar un debate social a favor de esa aceptación, despenalizando la eutanasia, condiciona múltiples contextos sociales; la muerte gira en una espiral del silencio¹ en ámbitos tan cotidianos como la familia, la institución educativa, los medios de comunicación o la política. No es de extrañar, que las decisiones vitales relativas al fin de la vida se tomen en consideración tarde, a veces de modo precipitado cuando acontece la enfermedad². Cuestiones que refieren al testamento, a la Declaración de Voluntades Anticipadas (DVA a partir de ahora), al Plan de Cuidados Individualizados (PCI) o al planteamiento de cómo se desearía morir se posponen, se dilatan, se delegan a terceros (especialmente al personal sanitario) o simplemente se evaden. A modo de ejemplo significativo de este carácter pusilánime de afrontar la muerte; en abril del 2019 sólo un 0,61% de los españoles han inscrito una DVA en el Registro Nacional de Instrucciones Previas del Ministerio de Sanidad (RNIP)³, la mayoría por motivos religiosos o para evitar un sufrimiento o tratamiento innecesario en situaciones vitales cercanas a la muerte⁴.

2 - Algunas consideraciones metodológicas y objetivo de la investigación

Mi experiencia personal

Determinados argumentos y conclusiones en este documento están condicionadas inevitablemente por mi experiencia personal: Por un lado, hace más de 25 años que comparto las tareas de cuidado de una persona mayor, familiar cercano, con un grado de dependencia del 97%. A pesar de sus limitaciones físicas, goza del suficiente discernimiento y autonomía como para decidir sobre su tratamiento y cuidado. En numerosas ocasiones ha expresado su deseo de morir, pero cuando se le ha planteado la posibilidad real de recibir ayuda para acabar con su vida ha desestimado la idea. Por otro lado, he trabajado durante tres años con personas con discapacidad mental lo que me ha permitido adquirir un cierto grado de empatía con los deseos, necesidades y capacidades de los usuarios de un centro diurno de este tipo en Trieste, Italia.

¹ Espiral del silencio. Término acuñado por la politóloga alemana Elisabeth Noelle-Neumann para referirse a las actitudes u opiniones que entran dentro del ámbito de lo socialmente reprobable y del control social.

² El 52% de los registros de DVAs se hacen pasados los 65 años, el 82% más allá de los 51 años. Ver Registro Nacional de Instrucciones Previas (RNIP). Accesible en la página web del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social

³ RNIP. Consultado el 19/05/2019.

⁴ Tatay, D. (2010)

Mis estudios en Derecho Penal, cursados hace más de 15 años en la Universitat Autònoma de Barcelona, contribuyen a la justificación en términos jurídicos de los preceptos legales en materia penal relativos a la eutanasia⁵.

Mi experiencia personal y los conocimientos adquiridos para la elaboración de este documento, me ha llevado a considerar la aplicación de un modelo de regulación de la eutanasia similar a los modelos holandés y suizo, como la mejor iniciativa social para nuestro país. Explicaré con más detalles y con el mayor grado de rigor sociológico posible, el porqué de esta predilección.

De las expectativas iniciales del estudio

Inicialmente, el objetivo del estudio pretendía desentrañar una realidad que creía oculta; pretendía conocer, en base al testimonio de médicos y personal del PADES (Programa de Atención Domiciliaria y Equipos de Soporte) hasta qué punto la práctica eutanásica era una realidad en España y cómo se realizaba. A medida que desde mi inicial desconocimiento del tema me sumergía en la temática, entendí que la práctica eutanásica en España es un hecho, como es un hecho social la existencia de la práctica eutanásica en otras naciones como Bélgica, Flandes, Estados Unidos o Canadá incluso antes de la entrada en vigor de una ley que la regulase⁶. El objetivo inicial del estudio resultó ser irrelevante sociológicamente.

Dado mi interés personal sobre el tema, el capital social adquirido durante la investigación y mi interés por continuar conociendo los aspectos bioéticos relacionados con el Derecho a Morir Dignamente (DMD a partir de ahora) y después de una reconsideración de las expectativas del estudio desde la humildad, decidí llevar a cabo un **proyecto de investigación fundamentalmente descriptivo y exploratorio**. Las herramientas adquiridas durante los cuatro años de estudio en la Facultad me permitían elaborar un análisis del *estado de la cuestión* que resultaba cada día más relevante y necesario, una labor imprescindible para futuros proyectos de investigación que dieran respuesta a aspectos más específicos relativos al DMD, la eutanasia, el suicidio asistido o los cuidados paliativos. Llevar a cabo un proyecto de investigación sobre aspectos específicos del tema sin conocer a fondo el estado general de la cuestión me parecía inadecuado y consideré oportuno y de un gran valor personal y académico, realizar un TFG que sintetizara el marco social, teórico y jurídico que envuelve la eutanasia en España desde una **perspectiva comparativa a nivel europeo**.

Objetivo del Estudio

El caso en España de asistencia al suicidio para María José Carrasco⁷ ha devuelto de nuevo al ágora social un tema que requiere una solución política sin ambages, valiente y decidida. Los intereses políticos en España evidencian una disyuntiva clara; Por un lado, un sector del arco parlamentario trata de emular a los países que ya han propuesto medidas para afrontar con coraje un fin de vida digno para las personas. Por otro lado, los sectores más conservadores no

⁵ La tipificación de los delitos debe evitar al extremo de lo posible la interpretación, por ese motivo cada elemento incorporado en un tipo penal que exima de responsabilidades delimita lo que merece o no reproche penal.

⁶ Deliens *et al.* (2000)

⁷ Las noticias al respecto se publican en un apartado de la versión online de El País con el epígrafe "Noticias sobre caso María José Carrasco".

dudan en denunciar la asistencia al suicidio y criminalizar las actuaciones de aquellas personas que saltan al escenario mediático por su implicación en el fin de vida de un ser querido.

La dilación en la consideración del DMD genera sufrimientos innecesarios; Por un lado, el aumento de la longevidad y de las situaciones de dependencia han aumentado debido al envejecimiento de la población. Por otro lado, el personal sanitario lleva a cabo medidas basadas en el subterfugio y la ocultación para evitar las responsabilidades penales derivadas de cumplir con la voluntad de aquellas personas que deciden, de modo premeditado y consciente, solicitar la eutanasia.⁸

El **objetivo principal** de la investigación pretende analizar el discurso de los detractores de la despenalización de la eutanasia en España con datos socialmente relevantes y comprobar si estos se sostienen. Para ello son especialmente significativos los 12 años de experiencia de aplicación de la legislación en materia de eutanasia en países como Holanda, Suiza y Bélgica.

El **objetivo subsidiario** pretende describir el modo en que las personas que solicitan la eutanasia mueren en nuestro país y contrastar esa realidad con el modo en que mueren las personas que solicitan la eutanasia en otros tres países de la Unión Europea (Holanda, Bélgica y Suiza).

A través del análisis de la situación legal, social y cultural de la eutanasia de modo comparado, sirviéndome de casos a modo de ejemplo de una repercusión mediática evidente, se cotejan las principales **hipótesis que inspiraron este documento** y que están contrastadas en la última parte de él a modo de conclusiones. Estas conclusiones parten de la argumentación conservadora de los detractores de la despenalización de la eutanasia:

Hipótesis

- La eutanasia no degenera en una “pendiente resbaladiza” que suponga un abuso de la práctica o un menoscabo de los derechos de las personas dependientes o en situación de vulnerabilidad debido a su enfermedad o proximidad a la muerte.
- La despenalización de la eutanasia no genera un aluvión de demandas de la práctica.
- La posibilidad de decidir con respecto a la propia vida en la última etapa de la existencia evita un sufrimiento social innecesario derivado del miedo de las personas a afrontar un futuro indeseado. En definitiva, poder solicitar la eutanasia reduciría el sufrimiento de los enfermos, incluido el que genera la incertidumbre respecto a la calidad de vida en el futuro.

⁸ Montes (2012)

Respecto a las fuentes primarias y secundarias

Considero las vías a las que he recurrido para documentarme lo suficientemente fiables, ricas y sociológicamente rigurosas. Entre estas fuentes cabe destacar:

- Artículos sociológicos que llevan a cabo una revisión histórica de la situación legal de los diferentes países en materia de eutanasia y bioética
- Artículos de prensa
- Debates parlamentarios en el Congreso de los diputados
- Declaraciones de políticos y doctores en los medios de comunicación
- Entrevista con Nuria Terribas, directora de la Fundación Grífols y Lucas
- Entrevista a Clara Gomis, psicóloga en la Fundación Residencia Santa Susanna de Caldes de Montbui
- Fuentes de derecho europeas en materia de eutanasia.

La solicitud de eutanasia de algunas personas, como vía legítima para decidir sobre su vida en el marco de un derecho a la autonomía individual, sirven de base argumental para definir las ventajas e inconvenientes que supone aceptar la despenalización de la eutanasia. Desde esta **vertiente inductiva** del proceso de elaboración de esta investigación se recurrió por ejemplo al caso de varias personas que solicitaron la eutanasia; como el caso de Ramón Sampederro, el de los hermanos Verbessem en Bélgica, Gaby Olthuis en Holanda o David Goodall en Suiza, todo ellos relevantes por sus particulares especificaciones éticas y sociales.

Tras el análisis contrastado de los datos recogidos se evidencia la necesidad, demandada socialmente como se verá más adelante, de paliar una situación de sufrimiento creciente de las personas, cada vez más numerosas por cuestiones demográficas, que no disponen del sostén administrativo necesario para solicitar ayuda para acabar con su sufrimiento o para llevar a cabo efectivamente el acto eutanásico en nuestro país.

3 - La eutanasia en España

3.1 - Qué es (y que no es) eutanasia

La palabra *eutanasia* proviene del latín científico euthanasia y este a su vez del griego antiguo *εὐθανασία* /euthanasía/ 'muerte dulce'⁹. Independientemente de su significativo origen etimológico, la eutanasia es, sin entrar en criterios legales, “el acto deliberado por el cual una persona pone fin a la vida de otra por petición expresa de esta”. Esta definición es la que se utiliza en la Países Bajos¹⁰.

Desde un punto de vista menos general y más pragmático, la eutanasia debe considerarse como la actuación que cumple con los siguientes criterios: (Simón P., 2008)

- Produce la muerte del paciente a través de una sola acción de forma directa e inmediata
- Es realizada en base a la petición expresa del paciente en situación de discapacidad.
- Se da en un contexto de “dolor total”, debido a una enfermedad irreversible y que el paciente considera inaceptable.
- Es realizada por el personal sanitario en una relación clínica y significativa

⁹ De Echegaray, Don Eduardo (1887). Faquineto, José María, ed. *Diccionario general etimológico de la lengua española*. Tomo III. Madrid: Faquineto. p. 296

¹⁰ Aycke O. A. Smook (2016).

Como veremos en el estudio comparado de la situación de la eutanasia en varios países de la UE, algunos de estas consideraciones son irrelevantes (como la exigencia de un facultativo para llevarla a cabo), otras tienen matices y algunas no se contemplan. Es en la diversidad terminológica de la práctica de la eutanasia donde reside el debate que quiere aprehender este documento, pero si en algo coinciden todas las posturas es en el hecho de considerar la **petición expresa del paciente como un requisito fundamental** para hablar de eutanasia (Montes L., 2012).

No se debe confundir la eutanasia con aquellas prácticas médicas relativas a:

- Los tratamientos que pretenden disminuir el dolor incluso si estos tratamientos acortan la vida.
- La no aplicación de tratamientos fútiles, esto es, que disminuyen la calidad de vida y el bienestar del paciente a sabiendas de su inutilidad para revertir una enfermedad o recuperar la salud.
- La no aplicación de un tratamiento que un paciente rechaza.
- La sedación terminal o paliativa¹¹
- Retirar o no iniciar medidas terapéuticas porque la o el profesional sanitario estima que, en la situación concreta del paciente, son inútiles o fútiles, ya que tan sólo consiguen prolongarle la vida biológica, pero sin posibilidad de proporcionarle una recuperación funcional con una calidad de vida mínima. (Limitación del esfuerzo terapéutico que lleva en muchos casos a la ortotanasia¹²).

Cuando se habla de eutanasia están en conflicto principalmente dos principios de la práctica médica; el principio de benevolencia y el principio de autonomía¹³:

- **Principio de beneficencia** “Dirigir las acciones de la práctica médica a buscar el beneficio del paciente y de la sociedad, mediante la prestación de la atención médica”
- **Principio de autonomía** “Derecho de los enfermos adultos, en uso de sus facultades mentales, para decidir lo que ha de hacerse con su persona, en lo referente a atención médica”

El delicado equilibrio entre estos dos principios está relacionado con multitud de otros principios, como el de confidencialidad, dignidad, respeto y honestidad (ver anexo 7.2). La libertad del individuo a disponer de su vida con autonomía choca, en edades avanzadas, con la capacidad para tomar decisiones, discernir la situación que envuelve al enfermo y tomar una decisión respecto al propio estado de salud.

Los logros de la medicina moderna impiden que las personas muramos de forma natural generando nuevos sufrimientos indeseables¹⁴ derivados, entre otros motivos, de la obstinación terapéutica¹⁵. La situación en nuestro país, para aquellas personas que han solicitado ayuda para finalizar sus días de modo digno y sin dolor, ha sido y sigue siendo lamentable. La pésima situación en la que se encuentran los solicitantes se debe, entre otros factores, a los avances de la medicina para mantener el cuerpo con “vida”, la pobre anticipación administrativa a los efectos derivados

¹¹ Ver anexo 7.2 Conceptos básicos del Marco Teórico.

¹² *Ibidem*

¹³ Ver anexo 7.2 para la descripción de los principios básicos de la medicina, extraídos de Aguirre-Gas H. (2004).

¹⁴ Aycke O. A. Smook (2016)

¹⁵ Ver anexo 7.2 Conceptos básicos del Marco Teórico.

de la baja natalidad y el envejecimiento de la población (que podrían dificultar en nuestro país un sistema de atención domiciliaria y de cuidados paliativos eficiente) y la falta de previsión de los ciudadanos respecto a su PCI y su DVA¹⁶.

3.2 - El debate en España: Entre la eutanasia y los cuidados paliativos de calidad.

En España, la Ley 5/2015, de 26 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de las personas enfermas terminales, cita los principales derechos que rigen la buena praxis médica en el caso de enfermos terminales. En ella se considera enfermo terminal “aquella que padece una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, con nula respuesta al tratamiento específico o modificador de la historia natural de la enfermedad, con un pronóstico de vida limitado”. En esta ley se enumeran los principales derechos del que dispone este enfermo:

- Derecho a la información asistencial
- Derecho a la confidencialidad
- Derecho a la toma de decisiones y al consentimiento informado
- Derecho a otorgar el documento de instrucciones previas
- Derecho a un trato digno
- Derecho al rechazo y a la retirada de una intervención
- Derecho del paciente a recibir cuidados paliativos integrales y al tratamiento al dolor
- Derecho del paciente a recibir cuidados paliativos integrales y a la elección del domicilio para recibirlos.
- Derecho al acompañamiento.

Uno de los principales argumentos de los detractores de la eutanasia se basa en la mala aplicación de la ley de cuidados paliativos. Francisco Igea, portavoz del grupo parlamentario de Ciudadanos (C's) en la comisión de sanidad en 2018 y profesional médico durante años, sostuvo en el marco de un debate parlamentario en el Congreso de los diputados que 60.000 personas morían en nuestro país sin los cuidados paliativos debidos (argumento sostenido en base a un informe de la Asociación Española de cuidados paliativos)¹⁷. Pilar Cortés, diputada del PP, argumentaba en el mismo debate que en los países donde se mejoraban las condiciones de los enfermos terminales y los cuidados paliativos el número de solicitudes de eutanasia disminuían.

Cuidados paliativos y eutanasia: dos cuestiones diversas

Para el análisis del discurso debe quedar claro una diferencia sustancial:


Por un lado, los cuidados paliativos forman parte de la cartera de servicios de la sanidad. Deben garantizar, en base al consentimiento del enfermo bien informado, el bienestar del mismo paciente y la evitación del dolor. Para garantizar esta muerte digna e indolora se considera incluso la posibilidad de la sedación paliativa. Los cuidados paliativos deben llevarse a cabo en todos los casos en que sea necesario, aunque como ya hemos visto, nuestro país tiene un largo camino que recorrer hasta gozar de cuidados paliativos de calidad y eficientes.

¹⁶ Plan de Cuidados Individual (PCI) y Declaración de Voluntades Anticipadas (DVA)

¹⁷ Debate realizado en el programa *Parlamento* el 12/05/2018. RTVE

Por otro lado, el derecho a la eutanasia es un nuevo derecho de ciudadanía a adquirir y debe considerarse de forma independiente a los ya de por sí exigibles cuidados paliativos. Supone un nuevo marco legal que permite y garantiza:

- Que los ciudadanos reciban la eutanasia cuando se cumplan los requisitos establecidos en la ley
- Que la administración garantice el derecho del ciudadano a recibir la eutanasia y establezca las medidas para su efectiva realización cuando el personal sanitario se niegue a llevarlo a cabo (contemplando la posible objeción de conciencia del personal sanitario)
- Establecer las medidas de control para evitar el abuso y la mala praxis.



El derecho a la eutanasia es un nuevo derecho de ciudadanía a adquirir y debe considerarse de forma independiente a los ya de por sí exigibles cuidados paliativos

La oposición política: “la pendiente resbaladiza”

Como ya se ha explicado, los cuidados paliativos y la eutanasia son dos conceptos que, si bien están relacionados, pretenden cubrir necesidades y expectativas sociales bien distintas. Pretender negar el derecho a morir a aquellas personas que lo soliciten alegando la falta de alternativas (un servicio de cuidados paliativos de calidad) menoscaba la posibilidad de recurrir a la eutanasia a aquellas personas que no sufren dolores insoportables estando bien atendidas pero que consideran su situación vital indigna e insostenible.

Algunas de las razones que se aducen en el discurso detractor a la eutanasia están relacionados con la desconfianza en el sistema sanitario: Una mala aplicación de la ley podría repercutir negativamente sobre las personas en situación de dependencia que, sin tener garantizado un servicio de cuidados de calidad o un aceptable acceso residencial, podrían ser víctimas de abuso en la práctica eutanasia¹⁸, la mal llamada “pendiente resbaladiza”. Dicho de otro modo, el enfermo, los familiares del paciente y el equipo sanitario deben valorar entre una disyuntiva espuria entre mejorar los cuidados paliativos o considerar una muerte digna y asistida para el principal implicado. Juan José Rodríguez Sendín, presidente de la Organización Médica Colegial considera que “hay muchísimo margen de mejora” respecto de los cuidados paliativos y que es necesario “evitar que la gente la pida” refiriéndose a la eutanasia. Para Sendín no tienen cabida otros debates mientras no se haya logrado una mejora de los servicios sanitarios: “Nuestro trabajo es quitar los condicionantes de la petición de eutanasia”¹⁹.

En 1990 Pilar Rahola, entonces diputada de Esquerra Republicana de Catalunya en el Congreso, expuso por primera vez la cuestión de la eutanasia a raíz del caso de Ramon Sampederro, 12 años antes de que los primeros países europeos despenalizaran la eutanasia en 2002 (Holanda y Bélgica). La propuesta no de ley fue rechazada con tan solo 14 votos a favor (282 en contra y 6 abstenciones). La última vez que se votó al respecto de la eutanasia en el Congreso de los

¹⁸ Conclusiones extraídas del debate realizado en el programa *Parlamento* el 12/05/2018. RTVE y debate parlamentario en el Congreso de los Diputados de día 25/10/2018


¹⁹ De Benito, E. (2009). *Cuidados paliativos contra eutanasia*. Versión digital de El País. 6 de octubre.

diputados fue también rechazada, aunque esta vez con 86 votos a favor (132 en contra y 122 abstenciones)²⁰. Es factible que, tras las últimas elecciones generales del 28 de abril de 2019 se creen los consensos necesarios para la aprobación de la ley, suponiendo el éxito de un gobierno suficientemente duradero para aprobar una ley que exigiría indefectiblemente un cambio en el código penal.

La práctica de la eutanasia en España

El artículo 143 del Código Penal contempla hasta diez años de prisión para las personas que colaboren en el suicidio de otra persona. Hasta el día de hoy la única persona condenada en España en este sentido es el Dr. Marcos Ariel Hourmann. En 2005 el doctor Hourmann inyectó una dosis de cloruro de potasio a una mujer de 82 años que le suplicó en dos ocasiones que la ayudara a morir. En 2019 Hourmann es entrevistado por Fernando González en el programa *El Intermedio* de La Sexta televisión²¹. De esta entrevista se deduce, una vez más, que son numerosos los miembros del personal médico que practican la eutanasia en nuestro país. Fue la institución sanitaria donde trabajaba la que presentó la denuncia, no queda claro si el hospital quiso evitar así asumir responsabilidades. Lo cierto es que Marcos dejó por escrito en el informe médico que practicó la eutanasia, considerando que de haberlo hecho de otro modo “no hubiera sido fiel a la verdad de lo sucedido”.

Otro caso relevante que resonó en los medios de comunicaciones sucede en Madrid. Durante el periodo en que Luis Montes fue coordinador del servicio de urgencias del Hospital Severo Ochoa de Madrid los decesos entre los enfermos terminales triplicaban la media del resto de hospitales de la comunidad. La Consejería de Sanidad identificó hasta 73 casos de sedación realizados de forma incorrecta entre el 1 de septiembre de 2003 y el 8 de marzo de 2005. Finalmente, el caso se sobreescribió por supresión de la fundamentación jurídica respecto a la mala praxis médica²².



La eutanasia se practica hoy en España de modo furtivo, bajo llave, sin que conste en los informes médicos y siempre bajo la amenaza de un reproche penal

A pesar de las reticencias tanto legales como políticas, la eutanasia se practica hoy en España de modo furtivo, bajo llave, sin que conste en los informes médicos y siempre bajo la amenaza de un reproche penal que lleve al personal sanitario o a los familiares del solicitante de la eutanasia a prisión.

En España la situación actual parece virar hacia un contexto similar al que se daba en Holanda antes de la despenalización de la eutanasia en 2002 como se verá más adelante. El caso de Marcos Ariel Hourmann en España es parecido al de la Dra. Geertruida Postma en Holanda; en el año

²⁰ Propuestas de ley registradas en la página web del Congreso de los diputados y publicadas por A. Bueno y H. L. Martínez en 5/4/19, en el artículo de El País “Todas las veces que la eutanasia llegó al Congreso”.

²¹ Entrevista publicada el 4/04/2019 en *La Sexta* televisión.

²² Méndez, R. (2009)

1971 la doctora acabó con la vida de su madre, aquejada de numerosas patologías y que había expresado en numerosas ocasiones el deseo de acabar con su vida. Según Aycke O.A. Smook, cirujano oncólogo holandés y miembro del programa SCEN²³, que abordaremos más adelante, “algunos médicos [en Holanda] eran reticentes a comunicar las eutanasias que habían practicado, ya que tenían miedo a que se les procesase” y aun así “fueron los médicos quienes, gracias a su valentía al comunicar las eutanasias, provocaron que se legislara”.²⁴ Fue un acto de desobediencia civil y de legitimación popular las que finalmente decantaron la balanza hacia la despenalización.

Pero ¿qué opinan los españoles al respecto de la eutanasia y el suicidio asistido?

Según el Barómetro Sanitario de 2011²⁵ un 78% de los españoles encuestados respondía afirmativamente a la siguiente pregunta (número 31): “¿está Ud. de acuerdo con que en España se apruebe una ley que regule el derecho de las personas a tener una muerte digna?”²⁶. Lo cierto es que los conceptos de muerte digna y de eutanasia, si bien están íntimamente relacionados, difieren; la eutanasia se refiere expresamente a la realización de un acto por petición expresa del paciente. La muerte digna refiere a una calidad específica de la muerte, sin dolor, sin sufrimiento.

La última vez que se les preguntó a los ciudadanos de forma inequívoca por la eutanasia fue en mayo del 2009 en el marco del estudio del CIS titulado *Atención a pacientes con enfermedades en fase terminal*²⁷. En este estudio los encuestados fueron interrogados expresamente acerca de una regulación de la eutanasia y el 73, 6% de los encuestados respondieron afirmativamente, si bien el 15% de éstos mostraban algunas reticencias a su regulación.

No cabe duda de que estos resultados defienden la **legitimación social de la regulación de la eutanasia en nuestro país**. Si bien la situación política es incierta en tanto en cuanto a su gobernabilidad, no parece que los apoyos parlamentarios vayan a ser impedimento en el caso en que se votara una proposición de ley al respecto.

El caso de Ramón Sampedro

El caso de Ramón Sampedro es popular y conocido en España por muchos motivos. Fue el único caso que llegó a instancias del Tribunal Supremo que falló en contra del enfermo. Éste solicitaba poder recibir el acto eutanásico sin que las necesarias personas que debían ayudarlo fueran encausadas. En el año 2004 Alejandro Almenávar dirigió “Mar Adentro”, un largometraje que daba a conocer el caso, la vida precedente al accidente invalidante que dejó al protagonista tetrapléjico, la carga de trabajo familiar que se deriva de la enfermedad, la situación emocional entre los cuidadores y el enfermo, así como las reticencias familiares a atender la súplica de Ramón.

Desde 1984, la Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente (DMD) se ocupó del caso de Sampedro. La DMD tiene dos principales objetivos: El primero de ellos es “promover el derecho de toda persona a disponer con libertad de su cuerpo y de su vida, y a elegir libre y legalmente el momento y los medios para finalizarla”. El segundo, “defender, de modo especial, el derecho de

²³ SCEN (Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland)

²⁴ Aycke O.A. Smook (2016).


²⁵ CIS (2011). Barómetro Sanitario (Tercera Oleada)

²⁶ Ver Anexo 7.1 Datos Estadísticos.

²⁷ Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) (2009). Estudio 2803.

los enfermos terminales e irreversibles a morir sin sufrimientos, si este es su deseo expreso”²⁸. La institución DMD aboga por la despenalización de la eutanasia, el estudio de los casos particulares, el apoyo jurídico y la atención de las personas en fases avanzadas o terminales de una enfermedad. Según esta asociación, si bien es difícil calcular las personas que recurrirían a la eutanasia en caso de su despenalización, el porcentaje rondaría entre el 1% y el 4% de las defunciones en base a la experiencia de otros países de la UE²⁹.

El caso de Ramón es significativo y un ejemplo más de la situación en la que se encuentran miles de personas en España. Lo cierto es que la petición de la eutanasia se desoye, aunque son atendidos algunos casos cuando la ley se desobedece. No existe una figura legal, institución o entidad reconocida institucionalmente que garantice el cumplimiento del deseo expreso de morir. La lamentable situación personal que acompaña la petición del suicidio asistido se ve ulteriormente menoscabada con la negativa institucional y el reproche jurídico. Cuando esa petición es atendida fuera de las instituciones sanitarias, como es el caso de Ramón Sampedro, las medidas que se llevan a cabo para cesar la vida no suelen estar supervisadas por un miembro del personal sanitario. La poción letal que acostumbra a usarse en Holanda y Bélgica combina un barbitúrico en altas dosis, como el pentobarbital, el tiopental o el Propofol, con un relajante muscular. La muerte sobreviene sin dolor ni sufrimiento alguno. En el caso de Ramón Sampedro, por el contrario, sí hubo sufrimiento como se constata en el video que él mismo decidió gravar para exculpar a las personas que le ayudaron a morir de toda responsabilidad penal. Sampedro ingirió cianuro y afirmó antes de morir; “duele”.



El dilema fundamental que subyace en la problemática no deriva de una disyuntiva entre la vida y la muerte sino en la elección responsable entre dos formas de morir.

Sampedro no sufría una enfermedad terminal pero sus condiciones de vida eran, a su juicio, indignas. Como veremos más adelante, una vez hayamos analizado la situación en los países de la EU donde la eutanasia está despenalizada, resultará evidente que el dilema fundamental que subyace en la problemática no deriva de una disyuntiva entre la vida y la muerte sino en la elección responsable entre dos formas de morir.

²⁸ Página web oficial de la Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente. *Quiénes somos*.

²⁹ Página web oficial de DMD. *¿Cuántas eutanasias habría en España?* Publicado el 24/10/2018.

4 - Otra forma de morir: Los casos de Holanda, Bélgica y Suiza

4.1 - El modelo holandés

Transición hacia la despenalización

Durante los años 70 Holanda vivía en plena efervescencia social. El *mayo del 69* había calado en sus reivindicaciones y la sociedad holandesa había asumido la libertad individual como fundamento para la reivindicación y futura regulación del consumo de drogas, el matrimonio homosexual, la prostitución y, como no, la eutanasia.

El caso, ya comentado, de la doctora Postma generó un debate social en Holanda como el que hoy genera la muerte de María José Carrasco en España. La eutanasia era concebida por la sociedad como un acto de humanidad frente al sufrimiento. El caso de la Dra. Postma llegó a los tribunales y estos sentaron la primera jurisprudencia al respecto que establecía los criterios para un correcto acto eutanásico sin consecuencias penales³⁰. La pena por acabar con la vida de otra persona por petición expresa de esta podía suponer hasta 12 años de prisión.

Antes de que el gobierno holandés aprobara definitivamente una Ley de Eutanasia en 2002, se dio un proceso de institucionalización y debate previo que serviría de referente para las futuras leyes de regulación de la eutanasia en los demás estados de la UE. La ley propuesta por el PSOE o Podemos en España es prácticamente un calco de la original holandesa. Algunos de los acontecimientos que anticiparon la ley en Holanda fueron los siguientes³¹:

- En 1971 se funda la NVVE (Sociedad Holandesa en favor del Fin Voluntario de la Vida). En España la Asociación Federal para el Derecho a Morir Dignamente sigue los mismos principios que entonces movían la NVVE, esto es, la promoción de una ley de Eutanasia y su despenalización.
- En 1972 se creó una Comisión Estatal sobre la eutanasia que ahondó sobre el tema y sentó las bases para la futura ley.
- 1984 el debate hace un giro desde las perspectivas bioética y sanitarias a un debate jurídico y político, vuelco este que desanima a las instituciones que defendían el DMD.

Finalmente, el año 2002 se aprueba la *Ley de Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio* con 104 votos a favor y 40 en contra³².

³⁰ Aycke O. A. Smook (2016)

³¹ *Ibidem*

³² Andruet (2001)

Requisitos para la gestión pública de la eutanasia. Situación de los destinatarios.

Los siguientes requisitos están recogidos en el documento Eutanasia y Suicidio Asistido (2016) (*Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas*, Vol. 41) :

- La solicitud de eutanasia tiene que proceder del propio paciente, debe ser fruto de la reflexión y debe ser voluntaria; debe expresarse reiteradamente y, a ser posible, por escrito (testamento vital o voluntades anticipadas; en Holanda hay un modelo específico llamado euthanasie verklaring).
- El paciente comprende bien la situación en la que se encuentra.
- No hay posibilidad lógica de que la situación mejore.
- Debe esclarecerse, en la medida de lo posible, el diagnóstico del cuadro clínico y el pronóstico.
- El paciente debe encontrarse en una situación de sufrimiento físico y psíquico duradero e intratable.
- La decisión de atender la petición del paciente la toma el médico responsable de su tratamiento junto con al menos un experto independiente
- La eutanasia debe llevarla a cabo el facultativo responsable del paciente con el debido fundamento médico y técnico.
- No debe emitirse declaración de muerte natural
- La eutanasia debe notificarse al instructor forense encargado de investigar las muertes no atribuibles a causas naturales, el anatomopatólogo municipal.

Medidas de control administrativo para evitar la mala praxis

Para evitar negligencias en la práctica clínica, la organización SCEN (Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland) se encarga de solicitar una segunda opinión al respecto de cada uno de los casos concretos. La misma organización imparte formación al personal sanitario para que realice este dictamen. Además, la Sociedad Holandesa en favor del Fin Voluntario de la Vida (NVVE) fundó en 2012 la *Levenseinde Kliniek*, una clínica especializada en los cuidados paliativos y la muerte digna. La clínica suplente los casos en los que los médicos se niegan a practicar la eutanasia (ya sea por motivos relativos a la objeción de conciencia, por falta de valor, etc.). No hay que olvidar que actualmente la eutanasia es un derecho de la ciudadanía protegido por la ley y debe ser garantizado.

Protocolo de actuación: Cómo se lleva a cabo la práctica eutanásica

Como se ha comentado anteriormente, la eutanasia en Holanda debe ser llevada a cabo por un doctor o enfermero. La muerte es causada por la ingestión o inyección de un barbitúrico en altas dosis junto con un miorrelajante. Por lo demás, la persona que solicita la eutanasia puede llevarla a cabo donde desee y junto a las personas con las que se sienta cómoda. En el apartado *Un modo amable de despedirse*, en las conclusiones³³, describiré un hipotético escenario en el que se narra de qué modo es posible morir en Holanda.

³³ Apartado 5.1 *¿Entre la vida y la muerte o entre dos formas de morir?*

El caso de Gaby Olthuis: El límite del sufrimiento

Gaby Othuis era una mujer joven, divorciada, con 2 hijos y un trabajo como escritora. También ejercía como terapeuta para personas que padecían estrés laboral (burnout). Cuando tenía unos 34 años empezó a sufrir de acufenos; un día empezó a oír un ligero zumbido que no cesó ya en ningún momento. Con el tiempo los sonidos que oía en su interior fueron aumentando hasta hacerse insoportables. Estos sonidos persistieron durante 13 años. A este problema se sumaron la hiperacusia, la jaqueca y la depresión. La sobreexcitación nerviosa le hacía estar en casa, aislada. La presencia de sus hijos agravaba el problema por lo que decidió separarse de ellos. “Este tipo de sufrimiento te vuelve loca”, decía³⁴.

El caso de Gaby es todavía hoy controvertido. Además del componente psicológico (aunque Gaby afirmaba que los sonidos le generaban dolor físico) es necesario indagar acerca del límite del dolor aceptado por la ley como “sufrimiento total”, ya que el sufrimiento es una percepción subjetiva e individual. ¿qué pasa cuando el sufrimiento no es percibido por los otros? Es sencillo entender la incapacidad que genera una contusión o una fiebre cuando los síntomas son medibles y evidentes, ¿qué ocurre con los casos “invisibles”? La jaqueca, la “fibromialgia”, las enfermedades psiquiátricas, la depresión, ¿no son acaso sufrimiento? ¿Hasta qué punto estos padecimientos resultan insoportables? Y lo que es más importante, ¿quién decide que son insoportables?

A día de hoy se investiga una posible imprudencia por parte de la Levenseinde Kliniek; La Comisión Regional para la Eutanasia³⁵ indaga acerca de los esfuerzos de Gaby para solucionar su dolencia antes de recurrir a la eutanasia³⁶ que fueron numerosos; visitó varios médicos en Holanda, Bélgica e incluso Israel, llevó a cabo terapias alternativas, tratamientos psiquiátricos, antidepresivos... sin éxito aparente.

La negativa de su médico personal ante la solicitud de eutanasia le llevó a recurrir a la Levenseinde Kliniek que aceptó su solicitud. Murió a la edad de 47 años. Gaby explica en el documental: “No tengo que volverme loca, ya no tengo que sufrir y estar sumida en semejante dolor. Ya no tengo que conducir hacia un árbol tampoco, no tengo que hacer eso. Estoy muy agradecida por eso. Quisiera que todos tuvieran [la misma oportunidad], cada persona que ha llegado a ese extremo, cualquiera que sea la razón, cualquiera que sea la circunstancia. Que pueda, simplemente, ser capaz de dejarse llevar en ese último tramo, que está todo bien, **que está permitido...**”

4.2 - El modelo belga

Transición hacia la despenalización

El 3 de diciembre de 2015, Jacqueline Herremans, miembro de la CFCEE (Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie) y presidente de la ADMD (l'Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité), participaba como ponente en una conferencia titulada *Eutanasia y Suicidio Asistido*. En ella, Herremans dibujaba el panorama precedente a la regulación de la eutanasia en Bélgica³⁷: Antes de la regulación, la eutanasia estaba contemplada en el Código

³⁴ Contexto extraído de la única entrevista realizada a Gaby Olthuis y publicada *post mortem* por la televisión holandesa (accesible en YouTube)

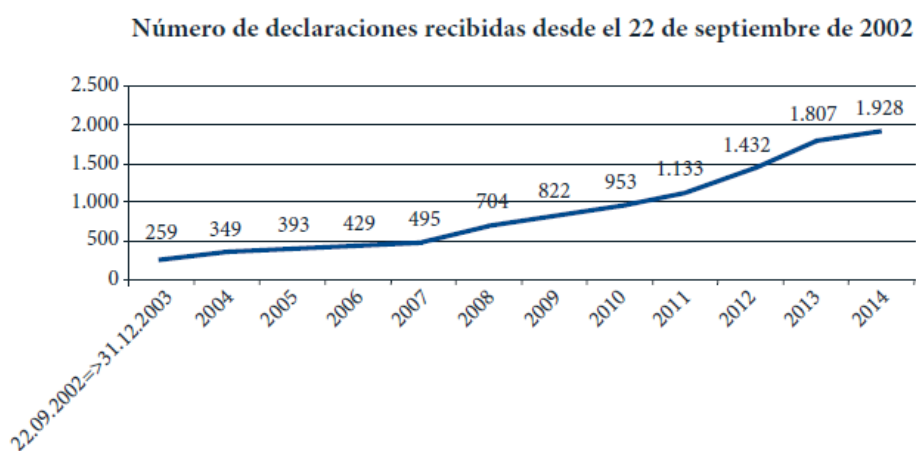
³⁵ RTE (Regionale Toetsingscommissies Euthanasie)

³⁶ Aletheia Team. *La eutanasia de Gaby en Holanda. Un caso Polémico*. Diario online. 26 de Enero 2015

³⁷ Heremans (2015)

Penal dentro de la tipificación del delito de homicidio. En la práctica, la jurisprudencia atribuía el acto eutanásico a un “estado de necesidad” que eximía de responsabilidades al personal sanitario. Aún así, existían numerosas reticencias a practicar la eutanasia por miedo a represalias legales, por falta de compromiso con el paciente, por objeción de conciencia, por miedo, etc. Un estudio publicado por la revista *The Flanders* sostiene que la Eutanasia era ya una realidad en Bélgica, como lo era en Holanda, Australia o Flanders³⁸.

La fundamentación principal que sostuvo la legalización en Bélgica es la misma que se esgrime hoy en nuestro país; pretende garantizar el derecho a la autonomía del paciente y garantizar el marco legal que permita al personal sanitario cumplir con la voluntad de las personas cuando éstos deciden poner fin a su sufrimiento. El 28 de mayo del año 2002 se aprueba la ley vigente hasta hoy. Desde entonces las solicitudes han ido creciendo hasta estabilizarse³⁹:



Requisitos para la gestión pública de la eutanasia.

Según la Ley de Eutanasia Belga de 28 de mayo de 2002, se establecen tres criterios principales para la aceptación de la petición de eutanasia⁴⁰:

- Que el paciente goce de capacidad de discernimiento y sea mayor de edad o menor emancipado y que esté consciente en el momento de su solicitud.
- Que la solicitud sea reiterada en el tiempo, reflexiva y voluntaria y que no resulte de una presión externa.
- Que el paciente se encuentre en una situación médica próxima a la muerte y que reporte un sufrimiento físico o psicológico constante e insoportable que no se pueda aliviar y que resulte de un accidente o patología grave e incurable.

En el caso de los menores se exige una capacidad suficiente de discernimiento (que debe ser evaluada por un pediatra o profesional psiquiatra) y requiere el consentimiento de los padres.

³⁸ Ver Anexo 7.1 *Datos relativos a la práctica eutanásica en Europa entre 1990 y 1998*

³⁹ Heremans (2015)

⁴⁰ Chapitre II. - *Des conditions et de la procédure*. Art. 3.1. Loi relative à l'euthanasie. (Mai 2002) De acceso en www.ejustice.just.fgov.be

Medidas de control administrativo para evitar la mala praxis

El capítulo V de la Ley de Eutanasia belga establece, como la holandesa, las medidas de control de cada caso en particular que se llevan a cabo *ex post* al acto eutanásico.

En el caso en que un médico se niegue a practicar la eutanasia debe delegar la práctica a otro facultativo que el mismo paciente designe. La objeción de conciencia debe explicarse en los casos que se esgriman por motivos confesionales.

Una vez realizada la eutanasia el facultativo tiene un plazo máximo de cuatro días para declararla ante la CFCEE⁴¹. Esta comisión garantiza que los requisitos se han cumplido correctamente y traslada a la fiscalía los casos en los que estas condiciones se desoyen.

Protocolo de actuación: Cómo se lleva a cabo la práctica eutanásica

En los casos en que la muerte del paciente no es inminente, el médico debe tener en cuenta una segunda opinión clínica. Este otro miembro del personal sanitario debe estar especializado en la dolencia del enfermo o ser un especialista psiquiátrico si el caso lo requiere. Además, debe haber un intervalo obligatorio de un mes entre la solicitud y la práctica de la eutanasia.

El caso de Marc y Eddy Verbessem: Un “pacto de muerte”

Marc y Eddy Verbessen murieron a los 45 años en 2012. Nacieron sordos y llevaban una vida al extremo paralela. Todo lo hacían juntos, ambos eran zapateros y vivían bajo el mismo techo. Además de su sordera, la enfermedad degenerativa que padecían les haría perder la vista irremediabilmente. El sufrimiento psicológico derivado de la patología resultó ser a su juicio insoportable. La Comisión Federal de Control y Evaluación de la Eutanasia (CFCEE) consideró que el caso en particular respondía a los criterios de la ley.

Este caso es un ejemplo en el que los enfermos no se encuentran en una situación de muerte inminente. La pérdida de la vista, si bien era irremediable, no había llegado a extremos invalidantes cuando se practicó la eutanasia. Más allá de la situación clínica que aquejaba a los hermanos Verbessem, estos esgrimían otro motivo principal, compartido y reflexionado, para poner fin a sus vidas; los hermanos se negaban a vivir sin poder comunicarse en el futuro.

El debate social que generó este caso giraba entorno de la posibilidad de que los gemelos hubieran optado por la eutanasia, no solo por su situación clínica, sino para evitar la circunstancia futura en la que uno de ellos debiera sufrir el duelo del otro. La sospecha de que los gemelos llevaran a cabo un “pacto de muerte” chirriaba en los oídos de la opinión pública. Entonces, ¿Hasta qué punto puede instrumentalizarse la eutanasia para ver satisfechas expectativas que desbordan la justificación jurídica de la misma ley? Si bien es el primer caso que se practica a gemelos, no es la primera vez que varias personas solicitan la eutanasia para morir juntos; “son relativamente frecuentes los casos de parejas ancianas que deciden poner fin a sus vidas juntos”⁴².

⁴¹ Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie

⁴² Artículo de *La Vanguardia* de 15 de enero de 2013. “Unos gemelos sordos ejercen su derecho a la eutanasia al saber que se iban a quedar ciegos”. Consultado el 16/05/2019

4.3 - El modelo suizo

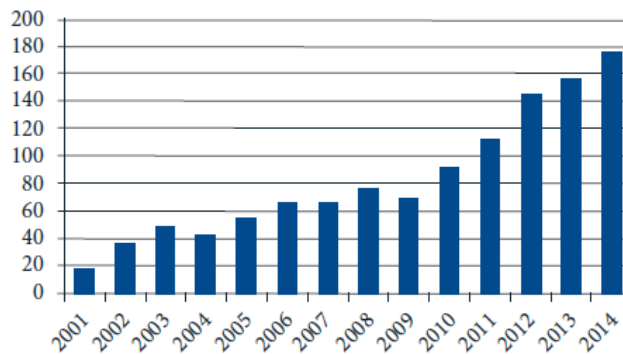
Transición hacia la despenalización

Se podría decir que en Suiza el suicidio asistido y la eutanasia son legales. Esto es así por el carácter doloso que debe acompañar el acto eutanásico para ser considerado ilegal, tal y como está tipificado en el artículo 115.1 del Código Penal; sólo se incurrirá en un acto punible si la incitación al suicidio o su asistencia están movidos por un “móvil egoísta”⁴³.

Además, como asevera Jérôme Sobel, presidente de *EXIT A.D.M.D Suisse romande*⁴⁴, del que hablaremos a continuación, “el Tribunal Federal confirmó que todo ser humano capaz de discernimiento – incluso si sufre problemas psíquicos – tiene el derecho, garantizado por la Constitución y el Convenio de Derechos Humanos (CECH), a decidir la forma y el momento de su propia muerte”^{45 46}.

La aceptación social de la eutanasia es evidente cuando atendemos a los datos ofrecidos por la EXIT ADMD relativos al número de suicidios asistidos realizados:

2001	17
2002	35
2003	48
2004	42
2005	54
2006	65
2007	66
2008	75
2009	69
2010	91
2011	111
2012	144
2013	155
2014	175



⁴³ Art. 115 1. Homicide / Incitation et assistance au suicide.

⁴⁴ Association suisse pour le Droit de Mourir dans la Dignité

⁴⁵ Sobel (2015)

⁴⁶ Artículo 8.1 de CEDH

Requisitos para la gestión pública de la eutanasia. Situación de los destinatarios.

La asociación cuenta, a día de hoy, con más de 29.000 miembros. Para solicitar ayuda para morir, la asociación exige⁴⁷:

- Ser miembro de la asociación
- Tener la residencia principal en Bélgica
- Ser mayor de edad
- Gozar de capacidad de discernimiento
- Tener una enfermedad incurable, un sufrimiento intolerable o una inhabilitación derivada de las patologías relacionadas con la edad

Medidas de control administrativo para evitar la mala praxis

Dado el margen de autodeterminación que brinda Bélgica para la práctica eutanásica, prácticamente la mayor parte de los casos se llevan a cabo en el ámbito hospitalario o en el mismo hogar de la persona implicada⁴⁸. Pero, independientemente de si el paciente se encuentra en el hogar o en un hospital, es a través de EXIT ADMD que se informa y facilita el trámite para un fin de vida digno.

Para determinar si la persona goza o no de capacidad de discernimiento se lleva a cabo un cuestionario evaluativo psicológico para asegurar además la decisión serena del paciente, la ausencia de presiones externas y sus motivaciones profundas.

Protocolo de actuación: Cómo se lleva a cabo la práctica eutanásica

Los pasos se resumirían en los siguientes:

- Hacerse miembro de EXIT ADMD
- Solicitud del paciente para que la asociación asista en el suicidio a la persona que reúne las condiciones clínicas establecidas por la institución.
- Comprobación de la asociación de que el paciente reúne las condiciones de discernimiento necesarias para tomar la decisión y que asume las consecuencias.
- Fijación de la fecha
- Traslado del paciente al lugar que desee para realizar el suicidio asistido.

El caso de David Goodall: “el asilo eutanásico”

David Goodall era un científico jubilado de 104 años cuando EXIT ADMD aceptó su solicitud. La CNN realizó un documental donde seguía los derroteros de David hasta la consecución de su último deseo⁴⁹. David Goodall insistió hasta el final en que “él no estaba aquejado de dolor ni estaba enfermo”, quería que constara en su declaración que el motivo principal por el que solicitaba el suicidio asistido refería a un cansancio vital, la camiseta que llevó durante prácticamente todo el documental decía “Ageing Disgracefully” (envejeciendo lastimosamente).

⁴⁷ L'assistance au suicide. Critères d'acceptation. Disponible en la página web (exit-romandie.ch). Consultado el 16 de mayo de 2019

⁴⁸ Según EXIT ADMD, en el año 2013, el 89% de los suicidios asistidos se llevaron a cabo en el hogar.

⁴⁹ Vídeo disponible en CNN español. *El científico australiano explica a CNN por qué buscó un suicidio asistido en Suiza*. Artículo redactado por Melissa Bell y publicado el 10/05/2018. Consultado el 10/05/2019.

La asociación belga consideró que David reunía las condiciones suficientes dada su avanzada edad y su situación de dependencia.

El caso del Sr. Goodall tuvo una repercusión en los medios de comunicación de todo el mundo, no sólo por la condición de relativa salud que aparentaba sino no por el hecho de que viajó desde Australia, donde residía, para morir. Este hecho suscitó mucha polémica por lo que el precedente de Goodall podía invitar a otras personas a practicar un mal llamado “turismo eutanásico” para todas aquellas personas que vieran coartada su voluntad (y su derecho según amplios sectores de la población) de decidir por su vida y por su muerte en su país de origen.

5 - Conclusiones

5.1 – Introducción

A lo largo de este estudio se ha delimitado el concepto de eutanasia y se han analizado los principales argumentos en el debate político para abordar una posible despenalización de la eutanasia en España. También se han analizado las posibilidades de una efectiva aprobación de una Ley de Eutanasia que garantizaría un nuevo derecho a los ciudadanos y un marco de legalidad que eximiría a los facultativos de un reproche penal ante una práctica que, como también ha quedado constatado en este estudio, se practica ya de modo furtivo en nuestro país. A través de estas líneas hemos podido conocer de qué modo llegó el Derecho a Morir Dignamente a los países de la Unión Europea donde es legal, los criterios de aplicación, las medidas de control y algunos ejemplos polémicos pero significativos que nos ayudan a conocer a qué se enfrentaría nuestra sociedad tras la aprobación de la práctica. De este estudio se derivan algunas conclusiones:

5.2 - Respecto al debate político

El análisis del debate acerca de la eutanasia se rehúye

Como ya se comentó anteriormente, el derecho a unos cuidados paliativos de calidad y el derecho a la eutanasia, si bien están relacionados, exigen reivindicaciones y argumentaciones independientes. Cuando se pretende extraer del discurso de la derecha los motivos de la reticencia clara a la regulación, se evidencia la tendencia hacia el discurso sobre la calidad de los servicios de cuidados paliativos en España al mismo tiempo que se elude la situación de aquellas personas que, como los casos de Gaby Oltuis en Holanda, los hermanos Verbessem en Bélgica o el caso de David Goodall en Suiza, no necesitan cuidados paliativos, pero reivindican su derecho a morir dignamente.

La derecha ideológica y los “intereses ocultos”

Cabe destacar que los argumentos de los principales partidos que se oponen a la regulación coinciden con las ideologías más conservadoras y económicamente liberales, en especial El Partido Popular y Ciudadanos, partidarios de la privatización del servicio médico de salud.

Cabría preguntarse hasta qué punto los intereses de estos partidos representan los intereses de las élites económicas más beneficiadas en el mantenimiento del *estatus quo* en materia de sanidad. Según datos del Ministerio de Sanidad⁵⁰ (gráficos en la página siguiente), en 2017 el

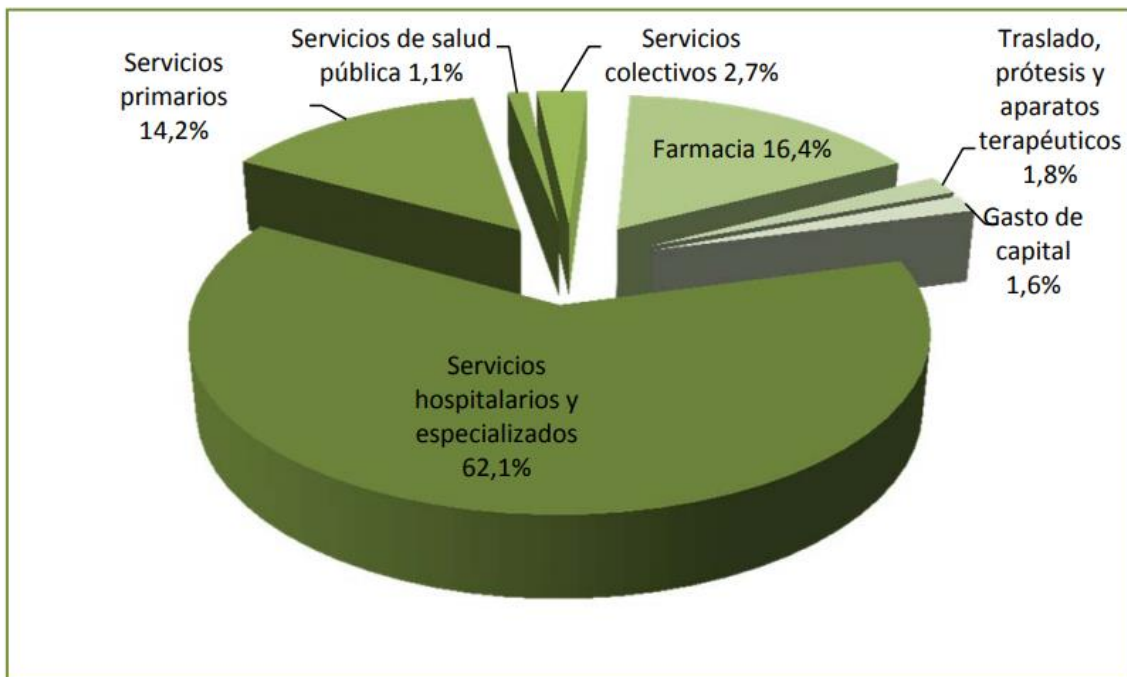
⁵⁰ María del Carmen Rodríguez Blas (2017). *Estadística de Gasto Sanitario Público 2017: Principales Resultados*. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Unidad responsable de la Estadística de Gasto Sanitario Público.

gasto sanitario en España supuso 68.483 millones de euros, lo que representa el 5,9 por ciento del producto interior bruto (PIB), los **servicios hospitalarios y especializados** supusieron el 62,1% de este gasto y el de **farmacia** un 16,4%. Lo más relevante es que, “El gasto sanitario varía mucho con la edad. Casi el 60% de lo que gastará una persona en sanidad a lo largo de su vida se produce después de los 65 años, en caso de sobrevivir a esta edad, y una tercera parte después de los 85”⁵¹.

Gasto sanitario público consolidado según clasificación funcional. Millones de euros. España, 2013-2017

	2013	2014	2015	2016	2017
Servicios hospitalarios y especializados	37.401	38.010	41.093	41.571	42.533
Servicios primarios de salud	9.124	9.033	9.343	9.528	9.742
Servicios de salud pública	667	657	674	753	763
Servicios colectivos de salud	1.993	1.744	1.890	1.808	1.853
Farmacia	10.456	10.389	10.483	10.849	11.223
Traslado, prótesis y aparatos terapéuticos	1.138	1.238	1.216	1.221	1.243
Gasto de capital	923	872	1.036	948	1.126
Total consolidado	61.702	61.943	65.735	66.679	68.483

Gasto sanitario público consolidado según clasificación funcional. Estructura porcentual. España, 2017



⁵¹ Aguado *et al.* (2012)

De estas evidencias surgen **nuevas preguntas**: ¿hasta qué punto la consideración del momento de la propia muerte como una elección personal podría popularizarse (y por ello el cese prematuro de los cuidados paliativos)? ¿cómo afectaría esa nueva realidad en la disminución del gasto sanitario? ¿cómo afectaría la práctica eutanásica a los beneficios de las empresas farmacéuticas, empresas privadas de salud y aseguradoras?

Sin entrar en otras consideraciones más allá de las económicas también sería necesario conocer el papel de la **Iglesia Católica** como lobby de presión ideológica en contra de la eutanasia.

Qué queda de la temida “pendiente resbaladiza”

Como ya hemos comentado, el discurso detractor no plantea seriamente los supuestos en los que la eutanasia pudiese ser un bien social, no se lo plantea ni en aquellos casos en los que sólo pudiese beneficiarse un limitado sector de la población, si es que los requisitos para su aplicación fueran al límite restrictivos. El caso más flagrante lo ejemplifica Santiago Abascal, líder del partido ultraderechista VOX, cuando dice en relación con la eutanasia: “No estamos a favor de acabar con la vida de un ser humano”⁵². Un mensaje unívoco, inflexible, sin matices y sin debate.

La “pendiente resbaladiza” supondría que el uso de la eutanasia se extendiese, se popularizase y que los requisitos para su aplicación se redujeran progresivamente hasta que las múltiples afecciones derivadas de la edad bastasen para su toma en consideración. En mayo de 2018 tuve la oportunidad de entrevistar a Clara Gomis, psicóloga en la Fundación Residencia Santa Susanna de Caldes de Montbui, durante la fase inicial de esta investigación. Gomis consideraba que “los centros de bioética deberían incorporar el cansancio vital en el debate como motivo suficiente que justificase la aplicación de la eutanasia para aquellas personas que así lo desearan”.

Lo cierto es que, como ya hemos visto, el número de eutanasias ha aumentado en los países donde la eutanasia se ha legalizado. Aun así, el porcentaje de muertes derivadas de ésta es nimio; según la DMD, “si bien es difícil calcular las personas que recurrirían a la eutanasia en caso de su despenalización, el porcentaje rondaría entre el 1% y el 4% de las defunciones en base a la experiencia de otros países de la UE”⁵³.

A modo de colofón

De los objetivos e hipótesis iniciales del estudio, podemos deducir que el discurso que considera el suicidio asistido una fuente potencial de efectos no deseados sólo queda la necesidad de una redefinición del problema. Según el doctor Smook, cirujano oncólogo jubilado y médico del programa SCEN (Support and Consultation on Euthanasia in the Netherlands), la promesa de ayudar a los enfermos a morir “es el mejor cuidado paliativo que puede dispensarse e incluso alarga la vida”⁵⁴. El teólogo y filósofo francés Jaques Pohier afirma: ““L’euthanasie volontaire n’est pas un choix entre la vie et la mort, elle est un choix entre deux façons de mourir” “la eutanasia voluntaria no es una elección entre la vida y la muerte, es una elección entre dos formas de morir”⁵⁵.

⁵² Declaraciones para Atresmedia publicadas en su página web bajo el epígrafe: *Abascal (Vox), sobre la eutanasia: “No estamos a favor de terminar con la vida de nadie. También derogaremos la actual ley del aborto”*. La Sexta televisión. 08/04/2019

⁵³ Página web oficial de DMD. *¿Cuántas eutanasias habría en España?* Publicado el 24/10/2018.

⁵⁴ Aycke O. A. Smook (2016)

⁵⁵ Sobel J. (2015)

Un modo amable de despedirse

Me permitiré una licencia poética y relataré un supuesto ficticio a modo explicativo:

La Gemma es una anciana de 84 años, viuda, madre de tres hijos y abuela de 5 nietos, el mayor tiene ya 32 años. A pesar de su edad, suele ir una o dos veces al año al teatro. Hoy no sólo es uno de esos días, hoy es un día especial pues su nieta se estrena como mezzosoprano en el Teatre Lliure, en el Barri de Gràcia de Barcelona, interpretando a Luisa Fernanda en la zarzuela del mismo nombre. No quería morir sin ver a su nieta cantar.

Hace un mes que acudió a la *Fundació pel Dret a Morir Dignament*. Catalunya se ha incorporado a los países de la Unión Europea que han regulado legalmente la eutanasia. A los seis días del estreno tiene previsto reunirse, un sábado, con toda su familia en una casa de campo alquilada en La Garrotxa, un lugar acogedor y tranquilo donde solía veranear con su marido. No será un viaje agradable, el trayecto durará una hora y media y los traslados le resultan agotadores, aumentan sus dolores articulares y náuseas. Cuando llegue deberá aplicarse oxígeno y no recuperará el apetito fácilmente. Hace tiempo que come frugalmente. Apenas alcanza los 35 kilos.

Espera que sea un día hermoso, el hombre del tiempo ha pronosticado un día soleado y la familia se reunirá en su totalidad, como se reúne en Navidad, también la acompañará su médico de cabecera. Ese día habrá llantos y risas, más risas que llantos. Todos saben que la abuela a decidido marcharse y entienden sus motivos, aunque no todos los compartan. Ese día la abrazarán todos, sin excepción. La Gemma fue una mujer decidida y procuró siempre tomar las riendas de su vida. No siempre fue posible, no al menos como ella hubiera deseado. En esta ocasión pudo escoger y decidió despedirse de sus seres queridos **del mejor modo imaginable**.

Esta imagen ficticia ilustra una posibilidad, un modo de concebir la vida en su totalidad, asumiendo el carácter doloroso y emotivo del principio y del fin de la existencia. Una reflexión, espero controvertida: ¿por qué no podemos decirles a nuestros hijos que, en el mejor de los casos, morirán cuando ellos quieran? Cuando los niños dicen que no quieren morir, ¿por qué no desear para ellos que un día lo ansíen sin temor? ¿Qué mejor manera de morir que llevando a cabo la voluntad propia?: “Espero que un día desees morir, que ese día morir sea tu voluntad. Espero que esa voluntad esté exenta de miedo y sea el producto de tu serena lucidez. Espero que ese día esté lejano y podamos compartir la vida mucho tiempo”.

6 - Bibliografía

Abel i Fabre, F., Terribas i Sala, N., Busquets i Alibés, E., Camacho Díaz, J. A., Cambra Lasasosa, F. J., Cusi i Sánchez, V., ... & Nello Figa, A. (2005). Vers una possible despenalització de l'eutanàsia: Declaració de l'Institut Borja de Bioètica (URL). *Bioètica&Debat*. 2005. Volum 11, Núm 32.

Aguado, A., Rodríguez, D., Flor, F., Sicras, A., Ruiz, A., & Prados-Torres, A. (2012). Distribución del gasto sanitario en atención primaria según edad y sexo: un análisis retrospectivo. *Atención Primaria*, 44(3), 145-152.

Andruet, A. S. (2001). Ley holandesa de terminación de la vida a petición propia nuestra consideración acerca de la eutanasia. *DS: Derecho y salud*, 9(2), 169-199. Aguirre-Gas H. (2004). "Principios éticos de la Práctica Médica". *Cirugía y cirujanos*. Vol. 72. Núm. 6.

Aycke O. A. Smook (2016). *Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas*, Vol. 41. "La eutanasia en Holanda: más de 40 años de experiencia". Barcelona.

Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) (2009). *Atención a pacientes con enfermedades en fase terminal: estudio 2803*. Madrid: CIS.

Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) (2011). *Barómetro Sanitario del 2011 (Tercera Oleada)*. Estudio: 3083. En línea. Consultado el 8/05/2019

De Catalunya, C. D. B. (2010). *Recomanacions als professionals sanitaris per a l'atenció als malalts al final de la vida*. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut.

De Miguel, J. (1995). "El último deseo": Para una sociología de la muerte en España. *Reis: Revista Española De Investigaciones Sociológicas*, (71/72), 109-156. doi:10.2307/40183865

Deliens, L., Mortier, F., Bilsen, J., Cosyns, M., Vander Stichele, R., Vanoverloop, J., & Ingels, K. (2000). End-of-life decisions in medical practice in Flanders, Belgium: a nationwide survey. *The Lancet*, 356(9244), 1806-1811.

Fundació Victor Grífols i Lucas (2016). *Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas*, Vol. 41. "Eutanasia y suicidio asistido". Barcelona.

Herremans J. (2015). *Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas*, Vol. 41. La eutanasia en Bélgica. Transcripción de la ponencia presentada el 3 de diciembre en la jornada "Eutanasia y Suicidio Asistido". Barcelona.

I Duran, X. B. (2004). *Aprender a morir: vivències a la vora de la mort*. Documenta Universitaria.

Méndez, R. (2009) *Lamela declarará ante la juez por denuncia falsa en el 'caso Leganés'*. Diario El País 18 de Abril. Madrid.

Montes, Luis et al. (2012). *Qué hacemos por una muerte digna*. Ed. Akal. Madrid

NULAND, Sherwin B. (1995): *Cómo morimos: Reflexiones sobre el último capítulo de la vida* (Madrid: Alianza Editorial), 260 pp. Publicado originalmente en inglés en 1993.

Pérez, D. G. T. (2011). El documento de voluntades anticipadas: problemas de eficacia social de la norma y propuestas de solución. *Revista jurídica de la Comunidad Valenciana: jurisprudencia seleccionada de la Comunidad Valenciana*, (38), 47-61.

Serrano, R. y Heredia A. (2018). "Actitudes de los españoles ante la eutanasia y el suicidio médico asistido". *Reis: Revista Española De Investigaciones Sociológicas*, (161)

Simón, Pablo *et al.* (2008). "Ética y muerte digna: Propuesta de consenso sobre el uso correcto de las palabras". *Revista de Calidad Asistencial*, 23(6): 271-285.

Sobel J. (2015). *Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas*, Vol. 41. "El modelo Suizo". Transcripción de la ponencia presentada el 3 de diciembre en la jornada "Eutanasia y Suicidio Asistido". Barcelona.

Tatay D. (2010). *El Documento de Voluntades Anticipadas: Problemas de eficacia social de la norma y propuestas de solución*. Observatorio de bioética de UCV. Valencia.

7 - Anexos

7.1 – Datos Estadísticos

Encuestas del CIS

Encuestas del Centro de Investigaciones Sociológicas

Pregunta 31 del Barómetro Sanitario (Tercera Oleada). CIS (2011).

PREGUNTA 31

Cambiando de tema, ¿está Ud. de acuerdo con que en España se apruebe una ley que regule el derecho de las personas a tener una muerte digna?

	%	(N)
Sí	78.0	(2021)
No	9.7	(250)
N.S.	10.7	(276)
N.C.	1.6	(41)
TOTAL	100.0	(2589)

Pregunta 37 del Estudio nº2803 titulado "Atención a pacientes con enfermedades en fase terminal" de mayo de 2009

PREGUNTA 37

¿Cree Ud. que en España debería regularse por Ley la eutanasia?

	%	(N)
Sí, con toda seguridad	58.4	(1449)
Creo que sí, pero no estoy totalmente seguro/a	15.2	(377)
Creo que no, pero no estoy totalmente seguro/a	4.2	(104)
No, con toda seguridad	10.3	(256)
No sabe qué significa eutanasia	5.0	(125)
N.S.	5.9	(146)
N.C.	1.0	(24)
TOTAL	100.0	(2481)

Datos relativos a la práctica eutanásica en Europa entre 1990 y 1998

Table 5. Estimated rate of ELDs in medical practice in Netherlands, Australia, and Flanders⁵⁶

	Netherlands 1990*	Netherlands 1995*	Australia 1995*	Flanders 1998
All deaths	128 786	135 546	125 771	56 354
Administration, prescription, or supply of drugs with the explicit intention of shortening patient life				
Euthanasia	(1.7%, 1.4–2.1)	(2.4%, 2.1–2.6)	(1.7%, 1.1–2.3)	640 (1.1%, 0.9–1.5)
Physician-assisted suicide	(0.2%, 0.1–0.3)	(0.2%, 0.1–0.3)	(0.1%, 0.02–0.2)	65 (0.1%, 0.05–0.3)
Ending of life without the patient's explicit request	(0.8%, 0.6–1.1)	(0.7%, 0.5–0.9)	(3.5%, 2.7–4.3)	1796 (3.2%, 2.7–3.8)
Alleviation of pain and symptoms with opioids in doses with a potential life shortening effect	(18.8%, 17.9–19.9)	(19.1%, 18.1–20.1)	0(30.9%, 28.0–33.8)	10416 (18.5%, 17.3–19.7)
Withholding or withdrawal of potential life prolonging treatment	(17.9%, 17.0–18.9)	(20.2%, 19.1–21.3)	(28.6%, 25.7–31.5)	9218 (16.4%, 15.3–17.5)
All deaths with an ELD	(39.4%, 38.1–40.7)	(42.6%, 41.3–43.9)	(64.8%, 61.9–67.9)	22135 (39.3%, 37.8–40.8)

*Percentages and 95% CIs shown in parentheses.s

⁵⁶ Deliens, L, *et al.* (2000)

7.2 - Conceptos básico del marco teórico

Definiciones obtenidas en las leyes:

- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Ley 5/2015, de 26 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de las personas enfermas terminales.

Calidad de vida: la satisfacción individual ante las condiciones objetivas de vida desde los valores y las creencias personales. En el contexto de los cuidados paliativos, la calidad de vida se centra en diversas facetas de la persona, como la capacidad física o mental, la capacidad de llevar una vida personal y social satisfactoria, el logro de los objetivos personales, los sentimientos de felicidad y de satisfacción, así como la dimensión existencial o espiritual. En la expresión «calidad de vida» pueden identificarse cuatro componentes: bienestar físico, psicológico, socioeconómico y espiritual.

Consentimiento informado: de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 3 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, y en la Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes, la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades, después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud. El Plan gallego de cuidados paliativos lo entiende como el proceso gradual y continuado, plasmado en ocasiones en un documento mediante el cual un paciente capaz y adecuadamente informado acepta o no someterse a determinados procesos diagnósticos o terapéuticos en función de sus propios valores. 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.

Cuidados paliativos: la Organización Mundial de la Salud los define como el conjunto coordinado de intervenciones sanitarias dirigidas, desde un enfoque integral, a la mejora de la calidad de vida de los pacientes y de sus familias, que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, mediante la prevención y el alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y el tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicológicos y espirituales. Hoy en día se considera que deben aplicarse cuando el paciente inicia una enfermedad sintomática, activa, progresiva e incurable, y nunca debe esperarse para su aplicación a que los tratamientos específicos de base estén agotados.

Libre elección: la facultad del paciente o usuario de optar, libre y voluntariamente, entre dos o más alternativas asistenciales, entre varios facultativos o entre centros asistenciales, en los términos y condiciones que establezcan los servicios de salud competentes, en cada caso.

Limitación del esfuerzo terapéutico: retirar o no iniciar medidas terapéuticas porque la o el profesional sanitario estima que, en la situación concreta del paciente, son inútiles o fútiles, ya que tan sólo consiguen prolongarle la vida biológica, pero sin posibilidad de proporcionarle una recuperación funcional con una calidad de vida mínima. La limitación del esfuerzo terapéutico permite la muerte en el sentido de que no la impide, pero no la produce o causa. Forma parte de

la buena práctica clínica. No es una decisión opcional sino una obligación moral y normativa de las y de los profesionales.

Obstinación terapéutica: un tratamiento terapéutico desproporcionado que prolonga la agonía de enfermas y enfermos desahuciados.

Ortotanasia: la buena muerte, en el sentido de la muerte en el momento biológico adecuado.

Persona enferma terminal: aquella que padece una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, con nula respuesta al tratamiento específico o modificador de la historia natural de la enfermedad, con un pronóstico de vida limitado, con síntomas multifactoriales, cambiantes, intensos y variables que provocan un alto grado de sufrimiento físico y psicológico al paciente y a sus personas cercanas. También se incluyen las personas accidentadas en situación incompatible con la vida.

Representante: la persona mayor de edad y capaz que emite el consentimiento por representación de otra, después de ser designada para tal función mediante un documento de instrucciones previas, o, si no existe éste, siguiendo las disposiciones legales vigentes en la materia.

Situación de agonía: la que precede a la muerte cuando esta se produce de forma gradual y en la que existe deterioro físico intenso, debilidad extrema, alta frecuencia de trastornos cognitivos y de la conciencia, dificultad de relación e ingestión y pronóstico de vida en horas o días.

Sedación paliativa: la administración deliberada de fármacos en las dosis y combinaciones requeridas para reducir la conciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal tanto como sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios y con su consentimiento explícito. Si este no es posible, se obtendrá de su representante. La sedación paliativa constituye la única estrategia eficaz para mitigar el sufrimiento ante la presencia de síntomas refractarios intolerables que no responden al esfuerzo terapéutico realizado en un período razonable de tiempo. Un tipo especial de sedación paliativa es la sedación en la agonía, que se aplica cuando la muerte se prevé muy próxima. El fallecimiento será una consecuencia inexorable de la evolución de la enfermedad y/o de sus complicaciones, no de la sedación.

Síntoma refractario: el síntoma que no puede ser adecuadamente controlado a pesar de los intensos esfuerzos para hallar un tratamiento tolerable en un plazo de tiempo razonable sin que comprometa la conciencia del paciente. Hay que distinguir entre síntoma refractario y síntoma difícil, que es aquel que tiene un control difícil pero no imposible.

Documento de instrucciones previas: el documento por el que una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad sobre los cuidados y tratamientos de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de sus órganos, con el objeto de que dicha voluntad se cumpla si cuando llegue el momento no se encuentra en condiciones de expresarla de forma personal.

7.3 - Principios básicos de la práctica médica⁵⁷

Principio de beneficencia “Dirigir las acciones de la práctica médica a buscar el beneficio del paciente y de la sociedad, mediante la prestación de la atención médica”

Principio de autonomía “Derecho de los enfermos adultos, en uso de sus facultades mentales, para decidir lo que ha de hacerse con su persona, en lo referente a atención médica”

Principio de confidencialidad “Derecho del paciente de que se respete el secreto en la información proporcionada al médico, durante la relación profesional médico-paciente”

Principio de dignidad “Otorgar atención médica al paciente en forma congruente con su condición humana, en cuanto a su organismo, su conciencia, su voluntad y su libertad”

Principio de respeto “Compromiso del médico de otorgar atención a sus pacientes, con la consideración y cortesía que su condición de humano enfermo requiere”

Principio de honestidad “Valor del ser humano que lo conduce a expresarse y obrar con apego a la ley, a las normas vigentes y a los principios éticos y religiosos”

⁵⁷ Extraídos de Aguirre-Gas H. (2004).