



ESTUDIO ÉTICO Y JURÍDICO DE LAS  
PROPUESTAS DE LA ASOCIACIÓN FEDERAL  
DERECHO A MORIR DIGNAMENTE AFDMD  
SOBRE EUTANASIA, SUICIDIO ASISTIDO Y  
SEDACIÓN PALIATIVA.

---

DESDE UNA MIRADA CRÍTICA EN UNA SOCIEDAD CADA VEZ MÁS PLURAL

CÁTEDRA DE BIOÉTICA

Autor: María de los Ángeles, Sotto Claude

Director: Prof. Dra. Dña. Carmen Massé

Madrid - 16 de Agosto de 2016



ESTUDIO ÉTICO Y JURÍDICO DE LAS  
PROPUESTAS DE LA ASOCIACIÓN FEDERAL  
DERECHO A MORIR DIGNAMENTE AFDMD  
SOBRE EUTANASIA, SUICIDIO ASISTIDO Y  
SEDACIÓN PALIATIVA.

---

DESDE UNA MIRADA CRÍTICA EN UNA SOCIEDAD CADA VEZ MÁS  
PLURAL

Por: María de los Ángeles, Sotto Claude

Visto Bueno

Prof. Dra. Dña. Carmen Massé

Fdo.

Madrid - 16 de Agosto de 2016

ÍNDICE	1
SIGLAS Y ABREVIATURAS	2
INTRODUCCIÓN	3
<b>1.CAPÍTULO I:ASOCIACIÓN FEDERAL DERECHO A MORIR DIGNAMENTE. AFDMD</b>	<b>6</b>
1.1 CONCEPTOS GENERALES .....	6
1.2 HISTORIA.....	8
1.3 FINALIDAD.....	11
1.4 ACTIVIDADES.....	11
1.5 CONDICIONES DE PERTENENCIA .....	12
1.6 ESTATUTOS PROPIOS DE LA ASOCIACIÓN .....	13
<b>2.CAPÍTULO II:REIVINDICACIONES DE LA ASOCIACIÓN FEDERAL DERECHO A MORIR DIGNAMENTE</b>	<b>15</b>
2.1 CHARLA PERMITIR LA MUERTE, AYUDAR A MORIR Y FACILITAR LA MUERTE. EL COLOQUIO.....	15
2.2 A PROPÓSITO DEL SUICIDIO ASISTIDO-ASISTENCIA AL SUICIDIO. ¿PODEMOS ACCEDER AL MODELO SUIZO? EXIT-DIGNITAS .....	22
2.3 LEGISLACIÓN VIGENTE EN ESPAÑA EN LA ACTUALIDAD .....	24
<b>3.CAPÍTULO III: CONCEPTOS CLAVES. ¿SABEMOS DE LO QUE HABLAMOS?</b>	<b>29</b>
3.1 EUTANASIA Y SUICIDIO ASISTIDO .....	29
3.2 MUERTE DIGNA.....	37
<b>4.CAPÍTULO IV:ARGUMENTACIÓN EN CLAVE BIOÉTICA EN A FAVOR Y EN CONTRA. EUTANASIA- SUICIDIO ASISTIDO- SEDACIÓN PALIATIVA-TESTAMENTO VITAL</b>	<b>40</b>
4.1 ¿CÓMO SENTIMOS Y VIVIMOS LA MUERTE EL SIGLO XXI, SE APRENDE? DAR SENTIDO.....	40
4.2 DEBILIDADES Y FORTALEZAS PARA ARGUMENTAR LA EUTANASIA .....	43
4.3 DEBILIDADES Y FORTALEZAS AL ARGUMENTAR SUICIDIO ASISTIDO.....	51
4.4 ¿SEDACIÓN PALIATIVA ENTENDIDA SOLO EN LA AGONÍA? .....	54
4.5 EL DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS (DVA) O TESTAMENTO VITAL (TV) COMO HERRAMIENTA PARA LA TOMA DE DECISIONES (TDD).....	58
4.6 UN PUNTO DE ENCUENTRO: LOS CUIDADOS PALIATIVOS.....	61
4.7 PROPUESTA BIOÉTICA.....	64
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>67</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>70</b>

## SIGLAS Y ABREVIATURAS

AFDMD	Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente
ADMD	Asociación Derecho a Morir Dignamente
FDMD	Federación Derecho a Morir Dignamente
Asociación DMD	Asociación Derecho a Morir Dignamente
Ej.	Ejemplo
Pág.	Página
art.	artículo
CP	Cuidados Paliativos
OMS	Organización Mundial de la Salud
SP	Sedación Paliativa
DVA	Documento de Voluntades Anticipadas
TV	Testamento Vital
TDD	Proceso de toma de decisiones

---

## INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas asistimos al aumento gradual aunque prevalente de las enfermedades invalidantes con el consiguiente envejecimiento progresivo de la población.

Por intermedio de los avances médicos conseguidos en tratamientos específicos en cáncer como en enfermedades no oncológicas, las insuficiencias de órgano terminal, se percibe un aumento de la supervivencia con la consiguiente mayor calidad de vida de nuestros enfermos.

En España se producen alrededor de 80.000 muertes anuales por cáncer lo que supone un 25% de todas las muertes.

La Sanidad Española desde la década de los 90 se ha planteado la mejora de la atención de enfermos en fase avanzada de enfermedad.

Las medidas para llevarlo a cabo deberían incluir accesibilidad a los analgésicos opioides, disponibilidad de recursos de atención específicos, mejora de la atención sanitaria en los recursos ya existentes (Atención primaria, Hospitales generales y Centros de media- larga estancia), formación específica en ésta área de los profesionales, educación en la sociedad y su participación a través del Voluntariado.

Es objetivo de mi trabajo conocer en profundidad qué es la Asociación Derecho a Morir Dignamente ADMD, cómo funciona y cuáles son sus propuestas, valorar los argumentos que defienden e intentar conceptualizar lo que llaman “Muerte digna”.

Es conocida la intención en un futuro próximo, de esta organización de lograr una legislación a favor de la Eutanasia y/o la despenalización del Suicidio Asistido. Por ello me he propuesto arrojar luz en torno a los conceptos que se utilizan en la sociedad de forma cada vez más frecuente.

Son relevantes algunas consideraciones en términos específicos como por ej. lo que entendemos por Sedación Paliativa /Sedación en la Agonía y las recomendación de esta asociación a la hora de redactar el Testamento vital o Documento de Voluntades Anticipadas como forma de expresión de deseos al final de la vida

Estos mensajes a la opinión pública en formato video en su propia página en internet pueden resumirlo:

*"Libres hasta el final. ADMD"*. Pág. AFDMD. (Firma nuestra petición [change.org/libres hasta el final](http://change.org/libres-hasta-el-final)).

"...cuando llegue al final de mi vida querría no sufrir más... quisiera poder decidir...en Suiza es posible, no querría llegar hasta allí... yo preferiría morir aquí...En España a día de hoy la Eutanasia es un delito.... se cumplen 20 años del Código penal de la Democracia que recoge algunas de las formas de eutanasia.... penado esto hasta con 6 años de cárcel...¿a quién pertenece mi vida?, Yo decido...tengo un derecho inalienable para decidir cómo, cuándo y cómo morir?.. Quiero ser yo el que decide cuándo morir. No sé si lo haré pero quiero ser libre para decidir...Regular la eutanasia no significa permitir morir, sino decidir qué muerte morir. Es morir con dignidad. Cómo y hasta qué punto morir la propia enfermedad...mi tía falleció después de más de un año de agonía que se podría haber evitado...evitemos los suicidios clandestinos de las maneras más terribles...la libertad es el principio fundamental de la Democracia...decidir cómo cuándo y dónde morir es un ejercicio de mi libertad...si pierdo la conciencia de forma irreversible quiero que sean respetadas mis últimas voluntades, que se conozca y respete el testamento vital...

Libertad para decidir, decidir por la propia vida...queremos una ley que regule el derecho a vivir y a morir con dignidad...nos concierne a todos los derechos al final de la vida... hemos ayudado a decenas de personas a retirar sus tratamientos procurando una muerte digna...la gran mayoría de los españoles está por despenalizar la eutanasia... si la eutanasia fuera legal no aumentarían las muertes, disminuiría el sufrimiento... reconocer el derecho humano a morir... ¿parece fácil no? ...basta con que lo podamos discutirlo en la próxima legislatura... dado a que la muerte es inevitable... al menos no tengamos que morir como Dios manda sino como nosotros queramos..."

Actualmente en su web hay cerca de 53.000 firmantes. Es objetivo necesario alcanzar una cifra ideal de 75.000 firmas, para que este reclamo tenga forma de manifiesto.

Sus intenciones no dejan de intentar poner voz al reclamo de una parte de la sociedad, una sociedad laica y cada vez más plural que busca en estos temas un marco de referencia jurídico.

Si bien parte de estos conceptos se enfocan desde el cuidar y la reivindicación de programas de Cuidados Paliativos, su visión propia en algunos de estos temas es como poco diferente y está sujeta a consideraciones particulares y a veces subjetiva.

Este trabajo se ha redactado en varios apartados. Describir que conocemos de esta asociación (web, blogs, charlas e información general difundida en prensa oral y escrita) y a partir del análisis de conceptos, poder aclarar sus posicionamientos en estos temas.

Impera en la actualidad en la sociedad, la necesidad de hacer uso de un lenguaje común, correcto en cada situación, saber de lo que hablamos en cada caso; dar a conocer los argumentos éticos que se esgrimen a favor y en contra de -Eutanasia, Suicidio Asistido, Sedación paliativa/Sedación en la agonía - que traducen el conflicto de valores y principios en juego para finalmente hacer una propuesta en clave bioética.

# 1. CAPÍTULO I: ASOCIACIÓN FEDERAL DERECHO A MORIR DIGNAMENTE. AFDMD

## 1.1 CONCEPTOS GENERALES

La Federación Derecho a Morir Dignamente se funda en España en 1984 bajo el nombre Asociación Derecho a Morir Dignamente - ADMD-.

Conforme va consiguiendo representación en todas las comunidades autónomas se añade el término de federal -Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente AFDMD-

Está asociada a la “Federación Mundial de Sociedades por el Derecho a Morir”, ente internacional que agrupa varias asociaciones. Defienden los derechos de las personas a la libre determinación en el final de su vida, el derecho a morir dignamente (así expresado) como el libre acceso a la eutanasia voluntaria<sup>1</sup>. Fue fundada en 1980, cuenta con 49 asociaciones de 27 países y realiza reuniones periódicas de carácter internacional sobre la forma de morir y la muerte<sup>2</sup>. La FDMD se inscribió el 13 de diciembre de 1984 en el Ministerio del Interior de España con el número 57889, legalizando un movimiento ciudadano de respeto a la libertad del individuo al final de su vida y que reclama una muerte digna<sup>3</sup>.

Nace como asociación sin ánimo de lucro, para los siguientes fines según sus fundadores:

---

<sup>1</sup> *The World Federation of Right Society*. Consultado el 2016/06/16. Recuperado de: <http://www.worldrtd.net/>

<sup>2</sup> *The World Federation of Right to Die Societies*. Consultado el 2016/06/16 Recuperado de: <http://web.archive.org/web/20110904064956/http://worldrtd.net/about>

<sup>3</sup>.DMD Derecho a Morir Dignamente 2016/20/06 recuperado de :[https://es.wikipedia.org/wiki/Derecho\\_a\\_Morir\\_Dignamente](https://es.wikipedia.org/wiki/Derecho_a_Morir_Dignamente)

-Reivindicar el derecho a disponer del cuerpo y de la vida, eligiendo momento y medios para poner fin a la misma libre y legalmente.

-Defender el derecho de los pacientes terminales a morir sin sufrimiento.

Es prioritario para este colectivo, poder disponer de la propia vida, decidir sobre la propia evolución y la finalización de la misma y no estar sujeto a la voluntad ajena; lo consideran reconocido en la Constitución como - valor supremo -y por lo tanto consideran es un bien innegociable dentro de libertades y derechos democráticos.

Dicen asumir una posición de respeto ante la libertad de cada ser humano, sentirse avalados por una mayoría de ciudadanos y estar inmersos en más de cuatro décadas de lucha por conseguir respaldo y representación institucional.

Consideran crecer de forma segura, fortaleciendo sus argumentos, consolidando sus actividades en una Federación de unos 4000 socios de asociaciones autonómicas: Andalucía, Aragón, Asturias, Cataluña, Euskadi, Galicia, Madrid, Navarra, *Comunitat Valenciana*, que forma parte de una federación mundial de más de un millón de ciudadanos.

La suma de varias comunidades autónomas dentro del territorio español les conferiría en carácter de asociación federal.

Es parte del discurso que divulgan, que -“el tema de la muerte nos concierne a todos”-, apelando a la conciencia de la sociedad para una mayor implicación en estos temas, proyecto que llaman “conquista del proceso de morir en el siglo XXI”.

---

## 1.2 HISTORIA:

Su andadura nace a partir de una casuística de la que datan numerosas publicaciones en periódicos en diferentes sitios de toda España. Son muestra de ello algunas opiniones de los ciudadanos:

El 11 de noviembre de 1983 el diario 'El País' publicó la siguiente carta al director:

"Me encuentro gratamente sorprendido por la reciente aparición en su diario (el pasado 29 de octubre) de un artículo sobre la Asociación (francesa) para el Derecho a Morir con Dignidad. Hace tiempo que persigo la creación de una asociación parecida en España, y desearía dar a conocer mis intenciones. Soy miembro de *The Voluntary Euthanasia Society*, de Londres, desde mayo del presente año (1983), y he intentado contactar con todas las sociedades de esta índole que conozco (más de 30 en todo el mundo). Actualmente dispongo de información recibida de 15 asociaciones, cuyas actividades se centran en los siguientes puntos:

-Se solicita así la distribución de impresos a modo de declaración dónde el sujeto exprese su voluntad de no ser mantenido artificialmente con vida si no existen posibilidades razonables de recuperación a la que definen como Eutanasia voluntaria pasiva y recibir la medicación necesaria para mantenerle libre de dolor y sufrimiento, aunque ello acelere el momento de su muerte.

-Se reclama propuestas que sean capaces de modificar leyes, en defensa del derecho a morir. En particular: la legalización de la eutanasia voluntaria activa para los enfermos en estado terminal, que se practicaría siempre a petición del sujeto y con las debidas garantías y se pone como ej. su instauración en 15 Estados en EE UU en los últimos siete años con numerosas leyes que regulan el proceso de morir".

Esto buscó en la opinión pública una visión favorable y tolerante con el derecho a morir para la "práctica de una especie de auto liberación" potenciando el Suicidio en circunstancias que justifican la Eutanasia voluntaria: normalmente, enfermedad en estado de enfermedad avanzada.

La nota continuaba así:

"estoy de acuerdo con la afirmación de *Monique Badarciux* sobre la falta de demanda social en España respecto al derecho a morir, por lo que puede ser aún prematuro el intento de crear una asociación española en su defensa. No obstante, la demanda surgirá, sin duda, en cuanto haya oportunidad de plantear el problema y de reflexionar sobre el mismo, para lo cual será decisivo el papel de los medios de comunicación. Si la asociación española se creara a tiempo, quizá podríamos participar en la próxima conferencia internacional de Asociaciones pro Derecho a Morir con Dignidad, que se celebrará en Francia el próximo año."

Aparentemente tras esta nota unas doscientas personas se pusieron en contacto entre sí y crearon la "Asociación Derecho a Morir Dignamente", ADMD, (la denominación alternativa fue Sociedad pro-Eutanasia Voluntaria), fundando el movimiento pro-Derecho a morir dignamente en el estado español.

En el mundo, surge en el Reino Unido en 1935 la primera asociación en defender el derecho a morir con dignidad fue la asociación Éxito (actualmente *VES: Voluntary Euthanasia Society*). Posteriormente surgieron otras como *Euthanasia Society of América*, que reivindica desde 1938 que se incluya el "derecho a morir" en la Declaración Universal de Derechos Humanos.

A partir de los años setenta el movimiento se extiende por otros países, fundándose la Federación Mundial de Sociedades pro Derecho a Morir (*World Federation of Right to Die Societies*).

En noviembre de 1984 el Ministerio del Interior denegó la inscripción de la ADMD porque sus fines iban en contra del Código de Deontología Médica, "de reconocida utilidad profesional y pública para el ejercicio profesional de la medicina", incurriendo en el delito de inducción al suicidio.

La asociación recurrió insistiendo en que el código deontológico sólo afectaba a un colectivo profesional, no tenía carácter normativo, y que de los fines de la ADMD no se podía deducir que prestara ayuda material para el suicidio.

Se organizó una recogida de firmas de apoyo entre personas conocidas (intelectuales, juristas, médicos, actores...) y asociaciones pro-derecho a morir de todo el mundo.

Se cuestionó entre otras cosas a la religión como una forma de arreglo en lo referente a disponibilidad absoluta del propio cuerpo y se esgrimió que la eutanasia no podía equipararse, al suicidio, sino a la elección entre dos formas de muerte.

El Ministerio del Interior inscribió a la ADMD legalizando este movimiento ciudadano. Cuatro fechas en más de 30 años son más o menos representativas de una sociedad que va cambiando:

-La Ley General de Sanidad en 1986 que reconoce explícitamente el derecho del paciente a negarse a un tratamiento, requiriendo su consentimiento para cualquier tipo de intervención.

-El Código Penal en 1995 el nuevo suaviza las penas por Suicidio asistido y Eutanasia.

-El caso del tetraplético Ramón Sampedro en 1998 que tras solicitar ayuda para morir en los tribunales, se suicida con ayuda de otra persona, y que supuso un hito para el suicidio asistido en España.

-Ley de Autonomía del Paciente en 2002 regula el Testamento Vital, lo denomina Documento de instrucciones previas o de Voluntades anticipadas (dejar por escrito instrucciones sobre cómo se desea ser cuidado en caso de que a consecuencia de la enfermedad no pueda expresar su voluntad).

---

### 1.3 FINALIDAD:

Defiende la capacidad para decidir el momento y forma de finalizar su vida libremente, especialmente cuando se padece un deterioro irreversible con sufrimiento insoportable.

Manifiesta como el pilar básico de una sociedad democrática y un valor superior (Constitución española, art.1) el respeto a la libertad del individuo y el derecho a la vida y a la integridad física y moral (sin que en ningún caso seamos sometidos a tratos inhumanos o degradantes, art. 15).

Se considera que en el respeto por el derecho a la vida se incluye el respetar la vida ajena, aunque excluye de esto el deber de vivir contra la propia voluntad en condiciones penosas. Opinan que el Estado debería proteger la vida, sin imposiciones de vivir bajo cualquier tipo de circunstancia. La AFDMD dice tener como fin primordial:

"...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, y defender el derecho de los enfermos terminales e irreversibles a, llegado el momento, morir pacíficamente y sin sufrimientos, si éste es su deseo expreso."

---

### 1.4 ACTIVIDADES:

Dentro de las actividades que llevan a cabo insisten se ajustan al del marco legal vigente dedicándose especialmente a:

-Promover por intermedio de la difusión pública sus fines favorables

-Insistir e influir políticamente para que se despenalice la Eutanasia y el Suicidio asistido.

-Realización de jornadas de formación, debates, información sobre el funcionamiento de la Asociación, Boletín, etc. coordinando las mismas y sirviendo de nexo común entre sus miembros.

-Brindar atención personalizada y asesoría legal al socio a final de su vida: asesoramiento sobre derechos de los pacientes (rechazo de tratamiento, limitación del esfuerzo terapéutico, testamento vital, sedación terminal), recursos asistenciales, guía de auto liberación, etc.

-Impulsar la creación de asociaciones autonómicas y grupos locales que se identifiquen con sus fines.

-Realización de cualquier otra actividad que vaya encaminada a conseguir las metas de la Asociación dentro del marco legal vigente.

---

#### 1.5 CONDICIONES DE PERTENENCIA:

Su sede social se emplaza en Plaza puerta del sol 6, 3 izquierda 28013 Madrid. La inscripción como socio es por vía de de cuotas de inscripción previo pago a través de ingreso bancario, transferencia, efectivo y/o talón por correo con una cuota anual mínima equivalente a 42, 60, 90 euros anuales y/o importes mayores en concepto de donativos.

Otras formas de colaboración incluyen herencias o legados por cantidades concretas de dinero, un porcentaje del valor del patrimonio, una propiedad, etc. siendo en este caso la ADMD, la coheredera si hay varios herederos.

La misma utiliza como forma de difusión un blog propio, Facebook, Twitter por Internet así como: la propia web: [www.eutanasia.ws](http://www.eutanasia.ws), y otras direcciones para información en prensa o coordinación de grupos.

---

## 1.6 ESTATUTOS PROPIOS DE LA ASOCIACIÓN:

Los mismos se resumen en el Capítulo I y principalmente sus tres artículos:

Artículo 1: Denominación de "ASOCIACIÓN FEDERAL DERECHO A MORIR DIGNAMENTE" (AFDMD.), constituida en el artículo 22 de la Constitución Española, por la Ley orgánica 1/2002 de 22 de marzo reguladora del Derecho de Asociación y disposiciones complementarias

Artículo 2: Fines. La AFDMD tiene como fines:

- a) Defender 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.
- b) Defender los derechos del ciudadano al final de su vida: a la información clínica, a decidir libremente entre las opciones clínicas disponibles (Consentimiento Informado), a la intimidad, a la negativa a un tratamiento y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente, a expresar con premura su voluntad en el testamento vital, documento de instrucciones previas o voluntades anticipadas, acceder a una Medicina Paliativa de calidad que sea respetuosa con sus valores y sus creencias y a recurrir a la sedación paliativa (morir dormido) si esa es su voluntad y el sufrimiento es intolerable.
- c) Defender la despenalización de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido para enfermos avanzados que desean liberarse de un sufrimiento que viven como intolerable.
- d) Ayudar al socio al final de su vida en el proceso de toma de decisiones con los recursos con los que disponga en cada momento según el marco legal vigente.

Artículo 3: Actividades

Difusión en actos públicos, publicación de la revista de la AFDMD, participación en medios de comunicación y redes sociales; colaborar con otras instituciones y /o movimientos ciudadanos, coordinar actividades de todos sus miembros, jornadas, foros de debate, etc.

Buscan impulsar la creación de grupos locales y asociaciones conformes a la ADMD autonómicas, atención personalizada y asesoramiento pertinente acerca de los recursos asistenciales y la normativa vigente.

## 2.1 CHARLA PERMITIR LA MUERTE, AYUDAR A MORIR Y FACILITAR LA MUERTE. EL COLOQUIO

Lugar: Asociación vecinal de Prosperidad Madrid.

Disertante: Fernando Marín, médico de la AFDMD

Me gustaría comenzar diciendo que dicha reunión a la que asistí personalmente, congregaba a un número de 20 asistentes en promedio de edad 50-75 años, clase socio-económica media baja; que no impresionaban ser religiosos, muchos de ellos jubilados pensionistas, algunos visiblemente limitados por algún problema médico de salud, entre los que había un médico de una Residencia Geriátrica.

El inicio de la charla no medió con presentación ninguna de la procedencia o actividad laboral de ninguno de los asistentes.

Se percibía de parte del auditorio por las preguntas realizadas, diferentes motivaciones, como reivindicar el proceso de poder decidir, aclarar conceptos en torno a Eutanasia, Suicidio, Voluntades Anticipadas, Sedación hasta conocer trámites de tipo legal-administrativo para poder conseguir medicación en el caso de necesitarla para un Suicidio voluntario y/o asistido.

En la misma se hicieron consideraciones de todo tipo, vertiéndose opiniones generales, personales del propio médico que disertaba la charla (en el momento de la misma inhabilitado para el ejercicio de la Medicina por 6 meses, aclaró que aunque sin poder firmar ningún tipo de documentación, esto no incluía, poder disertar una charlas divulgativas) tras sentencia de caso de Avilés en los últimos días difundido a través de la prensa.

Fernando Marín empezó su relato con aplausos del público, siendo presentado como “el haber sido encausado por ejercer su profesión dignamente”.

EL CASO AVILÉS: Al principio de la charla se limitó a explicar los pormenores de un caso sucedido en el verano de 2012, por lo que había sido inculpado por la Fiscalía del estado: “por cooperar en el suicidio” de una mujer llamada María Luisa en Avilés, Asturias con antecedente de un trastorno mental grave trastorno de la personalidad, depresión y dolencias físicas y más de 5 intentos de suicidio fallidos.

Según se esgrime: “la asociación solo tuvo contacto con la primera fallecida a través de correo electrónico”. Fue en 2011. Los voluntarios de la asociación de Madrid descartaron prestarle información y acompañamiento (el único servicio que el colectivo puede dispensar) porque no cumplía dos de los requisitos”<sup>4</sup>

Consultó a la ADMD por asesoramiento y cómo adquirir Pentobarbital Sódico contactando finalmente con un voluntario de ADMD de Barcelona de nombre José María (fallecido en el momento del juicio con antecedente de un Parkinson).

Dicho voluntario tenía dos frascos de dicho fármaco y proporcionó uno de ellos por 6000 euros a la paciente que se suicidó en Avilés, la denuncia de la desaparición de ésta fue realizada por la hermana.

Estos dos frascos eran de un pack de cuatro que la ADMD consiguió en 2011 desde México, dos de los cuales a su vez interceptó la policía- vía mensajería- destinados para el hermano de otro médico de Cádiz para “sedación paliativa profunda” de paciente con diagnóstico de Hepatopatía terminal y HIV +que finalmente no se llevó a cabo siendo interceptada por la policía vía escuchas telefónicas.

---

<sup>4</sup> 20 minutos Edición digital 2016 ,18, 06”Tres colaboradores del doctor Luis Montes son condenados por ayudar a morir a dos enfermos” 20 minutos recuperado de :  
<http://www.20minutos.es/noticia/2754336/0/doctor-luis-montes-leganes-condena-eutanasia-ayudar-morir-enfermos/>

“según el relato de la fiscal Elsa Mesones, adquirían y distribuían fármacos anestésicos "de forma ilícita o clandestina". "El uso y entrega de estos medicamentos (...) a las personas podía poner en peligro su salud, pudiendo llegar a ocasionar su muerte", concluía el Ministerio Público en el escrito de solicitud de apertura de juicio oral al que tuvo acceso”

La acusación solicitó la imposición de 1,5 años de condena a F.A. por colaboración frustrada en el suicidio de su hermano. F.M. y M. sumaban a ésta 3 años por el fallecimiento de M.L.D. y 2 años más por un delito contra la salud pública (6,5 años en total) debido a la tenencia de anestésicos, la adquisición del Pentobarbital Sódico en México a través de Internet y el envío de la sustancia a terceros. Este último es el único delito que la asociación reconoce, aunque lo califica de "error" cometido en circunstancias "excepcionales".

El acuerdo con la Fiscalía, que evita la celebración del juicio y la entrada en prisión de los acusados, rebaja el delito de cooperación en calidad de autor necesario a uno de complicidad es decir cómplices no cooperadores y reduce el resto de las penas.

De esta forma, F.A. asume 6 meses por complicidad con el suicidio en grado de tentativa. F.M. y M.C. cargarán con una condena de 1 año y 6 meses de cárcel, seis de inhabilitación y una multa de 1.000 euros cada uno”.

A cambio de no ir a la cárcel los procesados por recomendación de sus abogados se han declarado culpables de Cooperación al Suicidio en grado de tentativa.

El Dr. F. Marín hizo referencia a otro caso que tomo relevancia mediática. Un hijo que cumpliendo la voluntad de la madre en Zaragoza, enferma psiquiátrica de más de 10 años, con delirios persecutorios, con Diabetes de larga data y Artrosis severa pidió ayuda para morir y que tras tomar medicación se anudó una bolsa de plástico en la cabeza sobreviniendo asfixia y con lo que el hijo la ayudó hasta que la paciente murió

y luego lo contó a la policía. En este caso la pena de 9 años fue reducida a 2 años cumpliendo cárcel inclusive<sup>5</sup>.

Parte de lo expuesto se comentaba de la siguiente manera:

“Resulta muy preocupante la falta de sensibilidad y sintonía ciudadana del Ministerio Fiscal, al parecer empeñado en hacer recaer el máximo peso de la ley sobre un ciudadano cuya conducta dista mucho de merecer el rechazo de una opinión pública bien informada. Este caso ilustra una realidad conocida: de la aplicación rígida de la ley puede mostrarse contraria a la causa de justicia”<sup>4</sup>

A raíz de este caso se comenta que la petición del enfermo en este caso para considerarse válida debe ser SERIA, REFLEXIVA y REITERADA ante un padecimiento “difícil de soportar” si el enfermo no es terminal o no está en situación de enfermedad avanzada.

Parte de la charla versó en el cambio de la Medicina en los últimos 50 años desde la aparición de los antibióticos, las nuevas tecnologías con las pruebas de imagen-internet con capacidad diagnóstica superior en especial en los enfermos oncológicos, tratamientos para el cáncer, endoscopias, técnicas quirúrgicas etc.

A esto sumado el marcado envejecimiento de la población, las mejoras en alimentación, calefacción, higiene creando sociedades longevas con patologías crónicas como el Cáncer o las Demencias.

A raíz de esto surge la temática de la charla de PERMITIR LA MUERTE haciendo alusión a conceptos varios pero diametralmente opuestos como, la adecuación del Esfuerzo Terapéutico-Rechazos de tratamientos pero enfocados en cómo conseguir una Eutanasia.

---

<sup>5</sup> INCEL “De cómo la aplicación de la ley puede resultar contraria a la causa de la justicia”2016/05 consultado en 2016/06/15 recuperado de: <http://incel-europe.com/2016/05/06/de-como-la-aplicacion-de-la-ley-puede-resultar-contraria-a-la-causa-de-la-justicia/>

Por otro lado el Dr. Marín enfoca la necesidad de AYUDAR A MORIR no tanto desde el control de síntomas si desde donde el paciente no sea consciente de una "situación de agonía", rechazando de plano la hidratación y la alimentación ya que son un tratamiento y solo forman parte del discurso de los defensores fundamentalistas de la religión católica, llegando incluso en agonía a ser fútiles siendo ya esto conocido en quienes se dedican a cuidados paliativos.

En el abordaje de la cuestión sedación por ejemplo se insiste en la necesidad de una Sedación continua (que acorte los tiempos como máximo 4-5 horas) siendo esto una correcta praxis médica y no lo contrario dilatado en el tiempo y con gran componente de angustia, impotencia e impaciencia en la familia o el entorno cuidador.

Considera que quienes hacen cuidados paliativos hacen sedaciones a demanda con gran temor al "doble efecto", que a su entender no se entiende la sedación que respete tiempos y sin tener la intención de abreviar o acortar la supervivencia, considerando una sedación en agonía con una duración de 7-10 días inclusive como un encarnizamiento terapéutico.

Se entiende que en sí de tiempos se habla y hay gente en especial religiosa que quiere dar su vida y su sufrimiento por algo superior en lo que cree y eso le vale considerando la vida sagrada, sería correcto; pero que nadie puede obligar a los demás, a quién no cree, en inmolar su sufrimiento y obligar a padecer un sufrimiento intolerable.

Se insiste en la intención de acortar la vida ya que el compromiso está con las personas que sufren, no con la muerte en sí. Defiende que la sedación a demanda es legal y aquello que tome tiempos de 12-24-48 horas en donde se sube y se sube la morfina ya roza el encarnizamiento y la medicalización excesiva.

Ante la pregunta de cómo proceder en el caso de una persona querer acabar con su vida aclara que el Suicidio asistido está penado a día de hoy en España y que lo que se puede es un suicidio, con asesoramiento por intermedio del uso de fármacos que se consigan llamados: "El Cóctel de la Liberación" disponible en la página web de la Asociación para consulta, a los socios que cuenten con clave digital.

Describe como la ingestión de un relajante muscular inicial por boca y seguidamente Pentobarbital sódico oral en polvo disuelto en yogurt y tenderse en un sillón, trae aparejado inicialmente disminución del nivel de conciencia y seguidamente la muerte en unas 2 horas todo supervisado por voluntarios de la AFDMD.

El listado de medicaciones está disponible por Internet con más de 30 fármacos que pueden ser conseguidos por China o México de forma clandestina y traerlos a España por envíos-mensajería tipo *Western Union*. Dado a que no siempre es medicación original, se dispone actualmente de Kits para analizar la pureza por 265 euros.

Dentro de los asistentes alguna expresa que le gustaría dormirse como en una anestesia o con una bombona de oxígeno pero se le contesta que no es posible ya que esto es inflamable.

Otra de las asistentes consulta que como debería hacer si no se tiene Seguridad Social y se cuenta con ASISA o MUFASE ADESLAS en donde no hay cobertura como tal de cuidados paliativos. Se insiste en que los fines de semana no hay cobertura de paliativos y en caso de fallecimiento hay que avisar al 112 y si no lo ven claro no quieren firmar el certificado de defunción y ello trae aparejado en caso de duda el pasar por una autopsia para diagnosticar causa del fallecimiento.

Otra de las preguntas en que países es posible hacer una Eutanasia y se contesta que Holanda, Bélgica , Luxemburgo en donde el requisito es una expectativa de vida inferior a 6 meses o un sufrimiento insoportable, quedando dentro de los interrogantes los límites, por ej. Patología psiquiátrica grave.

En todo el momento de la charla se insiste en el respeto a la Libertad Individual, en el respeto al que quiera morir por ideales superiores pero que no se imponga al resto para el que no cree o no tiene creencias. Se insiste en que no por legislar la Eutanasia van a haber más casos, ej. .."que uno o dos o tres se tiren por una ventana no quiere decir que el resto lo haga".

Que como en todas las cosas los que están a favor de la vida son defensores a ultranza de lo moral y por esto no son capaces a respetar el Derecho a Morir con Dignidad. Que las leyes se hacen en función de las necesidades de la gente y es cuestión de tiempo en que esto se reconozca.

Para AFDMD el tema muerte es vanguardia y va por delante en la sociedad.

Desde la asociación se recalca en la necesidad de redactar un Testamento vital ya que es el marco legal hoy disponible inclusive para evitar medidas fútiles, por ej. poner sondas nasogástricas para alimentar o hidratar.

“La gente confía mucho en los médicos”, en que te van a salvar “el pellejo” y muchos ni siquiera informan. Es algo muy común en las Residencias geriátricas donde más se colocan sondas nasogástricas, se envían pacientes a urgencias en numerosas ocasiones dependiendo el médico que te toque.

Siendo que en la actualidad debería ser un criterio de calidad el cómo se mueren los pacientes y desde luego es imperativo el ayudar a morir.

Es por ello que en casos de Demencias leves o en situación inicial redactar un Testamento Vital mientras se está con facultades, para decidir hasta cuándo y no confiar en un tercero, poniendo de ejemplo la película “*Siempre Alice*” (enferma con demencia que grava en video a modo de recordatorio en qué lugar deja su Testamento vital para cuando su memoria este más mermada.

Ante la pregunta de los asistentes de a donde se puede recurrir si se quiere ayuda para morir se comenta países de Europa como Suiza- Lugano- donde está despenalizada la Eutanasia y el Suicidio asistido siempre y cuando no sea por motivos egoístas. En este último te dan una receta para comprar el fármaco, si el caso es justificado y hay que estar no demasiado mal como poder ir allí que en el caso Dignitas por entre 6000 y 9000 euros se puede llevar acabo inclusive el procedimiento como tal.

No han sido pocos los diarios europeos que afirmaron que en Suiza la eutanasia es legal, lo que es un error. En este país no estaría perseguida la asistencia al suicidio de un enfermo que desee poner fin a sus días y cumpla con una serie de estrictos requisitos, mientras que la eutanasia como tal sigue siendo penada por la ley. No hay garantía que yendo a dichos lugares se haga el procedimiento, ya que no solo se debe hablar el idioma sino estar empadronado en el lugar.

## 2.2 A PROPÓSITO DEL SUICIDIO ASISTIDO-ASISTENCIA AL SUICIDIO. ¿PODEMOS ACCEDER AL MODELO SUIZO? EXIT-DIGNITAS

En Suiza el Código penal de 31/12/1937(en vigor desde el 1/1942) art. 115 reformado por la Ley Federal de 13/12 /2001 y en vigor desde 1/01/2007:

“Aquel que impulsado por un motivo egoísta, incite a una persona a cometer suicidio o le preste asistencia en su voluntad de suicidarse, si el suicidio se ha consumado o intentado, será penado con prisión de cinco años a lo sumo, con una sanción pecuniaria”.

La Academia Suiza de ciencias médicas en su directiva del 25/11/2004 enumera condiciones: cercanía de la muerte, fracaso de otras alternativas posibles, reflexión propia del enfermo, deseo repetido de querer morir sin coacción externas, valoración por tercera persona sin necesidad que sea médico. Lo manifestado no se consideró como un texto legal despenalizándose todo tipo de ayuda al suicidio.

No hace referencia (ni exclusión) explícita al suicidio medicamente asistido. El único requisito legal exigido fue que dicha conducta no sea con motivos patrimoniales interesados.

El doctor *Jerôme Sobel* de 56 años, es un prestigioso médico cirujano maxilofacial y otorrinolaringólogo que en Lausana, Suiza dirige EXIT, Asociación por el Derecho a una Muerte Digna. Su compromiso con la causa nace a partir del fallecimiento de un familiar tras una larga y dolorosa enfermedad degenerativa. Es presidente desde 1982. Es uno de los protagonistas del documental '*Exit, el derecho a morir*' del realizador suizo-español Fernand Melgar. La película fue galardonada con el Gran Premio del Cine Suizo en 2006.

El propio doctor *Jerôme Sobel* comentaba en una entrevista<sup>6</sup> que el 11 de diciembre de 2001 se decidió finalmente despenalizar la asistencia médica al suicidio por intermedio la interpretación 'abierta' de uno de los artículos del Código Penal de países como Holanda o Bélgica permitiendo la asistencia al mismo, salvo en el caso de intereses personales.

El candidato al suicidio debería cumplir criterios: la demanda de asistencia debe ser seria y repetida a lo largo del tiempo, que exista una enfermedad incurable con un desenlace previsible acorto plazo, que provoque sufrimientos psíquicos y físicos que hagan su existencia insoportable. Otro requisito es la capacidad de discernimiento sin mediar un cuadro depresivo.

EXIT atiende las demandas de ciudadanos suizos o extranjeros que sean residentes permanentes en Suiza.

Se dispone de de pocos acompañantes y de demasiadas demandas de asistencia. Un acompañante es lo que equivalente a un asistente voluntario que se ocupa del seguimiento personalizado del paciente, se enteran del caso, encuentran a familiares y amigos y llegado el momento, proporcionan al paciente la solución letal. Esto no tiene coste extra excepto que como socios de EXIT deben pagar una cuota de unos 30 francos suizos (20 euros) anuales. La asociación cuenta con unos 70.000 miembros. Existe un tiempo que media entre la demanda de suicidio asistido la ejecución del mismo. Este tiempo que se concede al paciente, es útil para que pueda arreglar las cuentas pendientes de su vida y poder despedirse de familiares y amigos. A partir de entonces se pone fecha que se confirma con el paciente para llevarse a cabo.

---

<sup>6</sup>SWI Swissinfo.ch. 2008/16/12 Mitos y realidades del Suicidio asistido en Suiza consultado el 16/06/2016. Recuperado de : <http://www.swissinfo.ch/spa/mitos-y-realidades-del-suicidio-asistido-en-suiza/7101634>

Se le proporciona una solución con unos 10 gramos de Pentobarbital de sodio mezclada con un zumo que el paciente debe, debe estar en capacidad física de poder ingerir con sus propias fuerzas.

En cuanto a las creencias religiosas al parecer hacen uso de esto protestantes, católicos y judíos.

Uno de las aspiraciones de *Jerôme Sobel* se basa en que estos temas sean abordados ya desde la formación de los médicos en las Universidades de Medicina. Que sean los médicos de familia lo que se ocupen de ellos. Le gustaría que EXIT desapareciese, ya en su país la asistencia al suicidio esté regularizada y aceptada social y políticamente. Es su deseo la despenalización de la eutanasia activa para casos excepcionales.

Por otro lado la Asociación Dignitas, con base en Zúrich, fue creada por su actual director y el abogado *Ludwig Minelli*. Ésta colabora en la asistencia al suicidio de ciudadanos extranjeros, que buscan conseguir receta para la sustancia del suicidio, acomodar el lugar, grabar en video para pruebas, llamar al juez y a la policía una vez realizado. Acuden a su centro ciudadanos del Reino Unido, Francia y Alemania por lo que se habla de 'turismo de la muerte'. En 2007 de los 400 casos, 132 procedían de Alemania y Reino Unido. No cuánta con centro/os dónde pueda llevarse a cabo por lo que se cuentan suicidios polémicos, en coches aparcados en la vía pública o por medio de asfixia con sacos llenos de gas helio.

Se cuenta además con la dificultad de conseguir el necesario Pentobarbital de sodio sin receta médica. Dignitas tiene un coste de hasta 4.000 francos suizos por su asistencia para cubrir gastos de autopsia y exámenes médicos.

### 2.3 LEGISLACIÓN VIGENTE EN ESPAÑA EN LA ACTUALIDAD. POSTURA DE LA AFDMD.

Artículo 143 del Código Penal de 1995: regula en su conjunto las formas de participación en el suicidio de otro y, por otra parte, este artículo se encuadra en el Título Primero del Libro segundo del CP.

Ese título, que abarca los artículos 138 a 143, tiene por epígrafe “Del homicidio y sus formas”:

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 2 a 5 años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona.
3. Será castigado con la pena de 6-10 años si la cooperación llegara hasta el punto de provocar la muerte
4. El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, sería e inequívoca de este, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte o graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2-3 de este artículo.”

El mismo artículo 143 regula dos supuestos distintos: el suicidio asistido (párrafos 1, 2 y 3), y la eutanasia propiamente dicha (párrafo 4).

La propuesta de derogación del artículo 143.4 sin duda sería un punto de partida indeclinable. Causar la muerte de otro, o la cooperación en ella, necesaria y activa, es una previsión penal atenuada del delito de homicidio lo que lleva a imponer una pena mucho más reducida que podría evitar el cumplir pena de prisión efectiva.

El artículo del Código Penal podría hacer referencia explícita y clara a la exculpación de delito según la AFDMD.

Si se suprimiera el artículo 143.4, dicha conducta quedaría abarcada por la previsión general del homicidio, sin atenuaciones específicas marcadas por la ley, y a resultas de la discrecional apreciación, o no, de las atenuantes genéricas, según libre criterio de los jueces.

Por lo que la simple derogación del artículo 143.4 se podría incurrir en criminalizar la eutanasia, en el supuesto, de un tribunal proclive a los dogmas tradicionales.

Se han hecho denodados esfuerzos por encontrar una fórmula que exculpe la pena como derogar del artículo 143.4.

La propuesta desde la AFDMD se resume que podría enunciarse algo así:

“estará exento de responsabilidad penal el que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de este, en el caso de que el mismo sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos difíciles de soportar”.

Aunque centrándose en la Ley 41/2002 se insta a la ciudadanía a que conozca sus derechos a modo de reivindicación clara: a la información clara y comprensible, al uso del Consentimiento informado conociendo todas las opciones clínicas existentes, al respeto a la confidencialidad, a poder negarnos a determinados tratamientos, a la redacción del Testamento Vital, documento de Instrucciones previas o voluntades anticipadas, al acceso a una Medicina paliativa de calidad que sea respetuosa con los valores y sus creencias, a poder hacer uso de Sedación Paliativa (poder morir dormido) para evitar cualquier forma de sufrimiento.

La AFDMD insisten “los derechos no los regalan se conquistan”; que pese a los avances biosanitarios la gente muere mal, en lugares inadecuados como las urgencias de los hospitales de tercer nivel.

Morir genera miedo e inseguridad y más cuándo tememos en que no se respete nuestra autonomía ni la libertad lo que lleva a algunos al suicidio clandestino.

Instan al reconocimiento del Derecho a Morir buscan apoyo para una ley que regule el “derecho a vivir y morir dignamente”.

El mensaje no deja de buscar impacto para sensibilizar a la población ante vulnerabilidad, “no depender ni ser una carga para nadie”. Se insiste con frases como ésta “la vida es mucho más que esperar la muerte y desearla como una liberación”. Es el reclamo ante el gobierno y la conciencia popular el poder obtener ayuda para poder poner fin al sufrimiento y con ello a la existencia, anticipadamente.

Para la AFDMD de esta forma se sería respetuoso con los valores de dignidad y libertad que consagra la misma Constitución; derecho a decidir sobre la propia vida y el propio cuerpo, habría valor y coraje para despenalizar y regular legalmente este tipo de ayuda.

El reclamo se basa en: desvincular jurídicamente la eutanasia de la figura del homicidio en el art. 143 del Código Penal, se podría otorgar por medio de un Observatorio de muerte digna de autonomía, formar a los profesionales de la salud, dar apertura del debate y la reflexión pública hacia la legalización de conductas que fomenten la eutanasia con respeto de la laicidad y pluralidad de la sociedad 7.

El Código Penal habla de víctima, porque está tipificando como homicidio atenuado. Si despenalizamos la eutanasia ya no hay víctima.

Tampoco sería jurídicamente aceptable el temor a un aprovechamiento criminal de la exculpación de la eutanasia. Sería responsabilidad de las instituciones del Estado la investigar y perseguir un delito, ya sea su ocultación o su simulación.

Si bien los defensores de “Cuidados Paliativos”, se centran en la mitigación del dolor y otros síntomas, ellos insisten que en la práctica, no son extensibles a todos los ciudadanos y no siempre el proceso lleva a una “forma digna de morir”.

Y aquí surge el concepto Dignidad que tanto reivindican. La dignidad entendida como atributo de la vida y de la autonomía personal, como la capacidad de la persona para orientarla su vida según su criterio.

No consistiría exclusivamente “al derecho de ser anestesiado a la hora de morir”, esto reflejado en palabras de *Ronald Dworkin* “El dominio de la vida” -que propone una discusión acerca del aborto, la eutanasia y la libertad individual-; tendría fundamento en la capacidad de las personas para orientar sus vidas según su criterio, lo importante por y para ellas. La dignidad nos proporcionaría un espacio de autodeterminación, para decidir el cuándo y si se puede el cómo.

Entienden que el marco jurídico es un imperativo, para poder dar respuesta a quien tiene que tener derecho a decidir. Se entiende que así como se presta atención médica que únicamente prolonga una existencia de quién no quiere vivir, debería ser lícito prestar ayuda a quién así lo decida y pueda morir.

La AFDMD ha planteado diferentes mecanismos constitucionales para conseguir la derogación del delito de auxilio al suicidio que suprima el citado artículo 143.4 del Código Penal.

Sea la vía que sea, la derogación primero y/o de forma posterior o simultánea, la aprobación de una ley de muerte digna, plantean la necesidad de proyecto de ley orgánica de reforma del Código Penal ya sea primero de forma autonómica y luego central que despenalice el suicidio asistido y la eutanasia.

### 3. CAPÍTULO III: CONCEPTOS CLAVES. ¿SABEMOS DE LO QUE HABLAMOS?

#### 3.1 EUTANASIA Y SUICIDIO ASISTIDO:

A la hora de clarificar términos creo es de interés resaltar algunos conceptos.

Tanto en los países europeos como la sociedad española actual está en la palestra la discusión sobre contenidos y límites de lo que ha venido a denominarse “muerte digna”.

La reivindicación concreta versa en torno a escoger libremente el momento y la forma de cómo morir. Si se reconoce esto como derecho a continuación se plantea que deberes tendrían los profesionales y el sistema de salud - público y privado-; así como las implicaciones jurídicas, constitucionales, penales, civiles, administrativas, deontológicas, laborales que esto conllevaría y la posibilidad de objeción de conciencia.

La pendiente resbaladiza y la preocupación surgen a partir de que los mecanismos que se utilicen sean adecuados y garanticen el contenido y los límites de su ejercicio sin abusos. Intervienen en el eje del debate, posicionamientos religiosos, filosóficos, antropológicos, sociológicos, jurídicos y como no políticos.

Las noticias en los medios de televisión y prensa, los debates televisados, tertulias, artículos académicos y encuestas de opinión atribuyen significados diferentes a éstas palabras “muerte digna,” “eutanasia” con los correspondientes juicios morales y jurídicos que a partir de aquí es desprenden.

Es requisito indispensable el uso de un lenguaje común apropiado que garantice procesos de deliberación moral claros y ajustados a la realidad con un acuerdo mínimo, en los términos que se usan para argumentar en Ética, Derecho, Política, etc. Para debatir en bioética es importante el análisis lenguaje con el fin de aportar un mensaje claro.

Para una buena decisión clínica se deben considerar: indicación, pronóstico, deseos del paciente, opinión del familiar y/o representante legal, contexto familiar, condicionantes asistenciales, sociales, etc. con el respaldo del Consentimiento informado.

Dentro de los escenarios que consideraré en este trabajo están: Eutanasia, Suicidio asistido y Sedación paliativa.

Eutanasia: (del griego *eu* "y" *thanatos*, que significa 'buena muerte'<sup>7</sup>). Es la acción u omisión que acelera la muerte de un paciente desahuciado, con o sin su consentimiento (como es el caso del coma).

Según la Real Academia Española (RAE) tiene por finalidad, evitar sufrimientos insoportables o la prolongación artificial de la vida de un enfermo. Se puede realizar con o sin el consentimiento del enfermo con la intención de evitar sufrimiento y dolor <sup>8</sup>

Para la Asociación Médica Mundial (AMM): es el acto deliberado de poner fin a la vida de un paciente, aunque sea por voluntad propia o a petición de sus familiares, es contraria a la ética. 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.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica, en relación con la eutanasia activa <sup>9</sup>lo siguiente: las definiciones no son exactas y pueden variar de una persona a otra, pero tienen varios elementos en común. Se restringe su descripción a la eutanasia directa o 'activa', la cual puede dividirse en tres categorías:

---

<sup>7</sup>.Wikipedia, *Eutanasia*, Revisado el,18/06/2016.Obtenido en :<https://es.wikipedia.org/wiki/Eutanasia>

<sup>8</sup> Diccionario de la lengua española de la Real Academia Española, (2012.) Significado de Eutanasia consultado,18/06/2016,obtenidoen:[https://es.wikipedia.org/wiki/Asociaci%C3%B3n\\_M%C3%A9dica\\_Mundial](https://es.wikipedia.org/wiki/Asociaci%C3%B3n_M%C3%A9dica_Mundial)

<sup>9</sup> WMA Resolución de la AMM (2013). *Declaración sobre la eutanasia* consultado el 18/06/16 obtenido de: <http://www.wma.net/es/30publications/10policias/e13b/>

- 1) El homicidio intencional de aquellos que han expresado, de manera libre y con competencia plena, el deseo de ser ayudados a morir;
- 2) El suicidio asistido profesionalmente; y
- 3) La muerte intencional de los recién nacidos con anomalías congénitas que pueden o no ser una amenaza para la vida.

El concepto de bien morir ha ido cambiando, desde el modelo clásico paternalista al tecnificado basado en la evidencia. En torno a esto hay muchos adjetivos y neologismos así surgen tipos de eutanasia activa, pasiva, distanasia, etc.

La propia Organización Médica Colegial y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos ya abogaron por ello en 2002. Comentan al respecto:

-Por relación causa-efecto, única e inmediata producen la muerte de forma directa.

-Se realizan a petición expresa, reiterada en el tiempo, e informada de los pacientes en situación de capacidad.

-Se dan en un contexto de sufrimiento, "dolor total", debido a una enfermedad incurable experimentada como inaceptable y sin poder mitigarla por otros medios como los cuidados paliativos.

- Son realizadas por profesionales sanitarios que conocen y mantienen una relación clínica significativa con los pacientes.

-Cuando la actuación del profesional se limita a proporcionar al paciente los medios para que sea él mismo quien se produzca la muerte, se habla de Suicidio médicamente asistido o suicidio asistido.

Rodean al término Eutanasia términos diferentes como por ej:

Eutanasia por otros medios definida como: actuación de un profesional sanitario que produce de forma deliberada la muerte de su paciente que estando en capacidad lo solicita de manera reiterada y mantenida ante una enfermedad irreversible con una vivencia de sufrimiento refractaria derivada de la enfermedad.

Suicidio (médicamente): actuación de un profesional sanitario que proporciona los medios intelectuales y/o materiales imprescindibles para que pueda terminar con su vida suicidándose de forma efectiva cuando lo desee.

Suicidio: Producción voluntaria de la propia muerte. Matarse a sí mismo Auxilio, ayuda o Realización de actos que son necesarios para que una persona pueda llevar a cabo un suicidio cooperación al suicidio

Inducción al suicidio: Instigar, persuadir, animar a otra persona a llevar a cabo un suicidio

Asesinato: Matar a alguien con alevosía, ensañamiento o mediando precio

Homicidio: Matar a alguien sin que concurren las circunstancias de alevosía, precio o ensañamiento

Omisión del deber: Situación en que el profesional sanitario deniega o abandona la asistencia sanitaria con grave riesgo para su salud <sup>10</sup>

En el contexto anglosajón, se distingue entre la eutanasia como acción y la eutanasia como omisión (dejar morir). Su equivalente sería eutanasia activa y eutanasia pasiva, respectivamente. También se utilizan, en forma casi sinónima, las calificaciones de positiva y negativa respectivamente.

Sin embargo, la Organización Médica Colegial española y otras instituciones no aceptan la distinción terminológica entre «activa» y «pasiva». Consideran que la eutanasia es siempre deontológicamente condenable, y que es distinta del acto médico de suspender un tratamiento inútil.

Son de lo más variados los calificativos del término eutanasia:

---

<sup>10</sup> Simón Lorda P et al. (2008)Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre el uso correcto de palabras *Revista Calidad Asistencial*.;23(6):274

-Activa, positiva u occisiva: Acciones encaminadas a producir deliberadamente la muerte de un paciente que sufre.

-Pasiva, negativa o lenitiva: Cesación, retirada u omisión de intervenciones terapéuticas que se limitan a prolongarla vida biológica de un paciente que se encuentra en situación de enfermedad terminal o irreversible

-Directa: Son acciones que producen la muerte de un paciente de forma inmediata

-Indirecta: Son acciones en las que el vínculo de causalidad entre la muerte y la intervención es menos evidente, o porque no está claro el mecanismo de acción, o porque hay distancia temporal entre ambos.

-Voluntaria, autónoma: Son actuaciones a petición propia de un paciente capaz.

-Involuntaria o impuesta: Son actuaciones realizadas sin que medie petición del paciente. Suele realizarse a petición de los familiares o por iniciativa del propio profesional.

Así, por ejemplo, se habla de “eutanasia activa, directa y voluntaria” o “eutanasia pasiva voluntaria”, etc.

Son algunos neologismos:

-Distanasia: Prolongación de la vida de un paciente con una enfermedad grave e irreversible mediante la tecnología médica considerada extraordinaria o desproporcionada sin beneficio de recuperación funcional o mejora de la calidad de vida. Es conocida como “encarnizamiento u obstinación terapéutica”

-Adistanasia: Cesación de la prolongación de la vida biológica del paciente permitiendo que la enfermedad termine con la vida del paciente.

-Ortotanasia: Se entiende como la muerte en el momento biológico adecuado.

-Cacotanasia: Acelerar deliberadamente la muerte sin que medie la voluntad del paciente. Equivale a eutanasia involuntaria.

-Criptotanasia: Realización encubierta, clandestina de eutanasia, a petición de los pacientes como si ella. En varios países europeos como Holanda, Bélgica, Luxemburgo la sociedad, la ciudadanía y los profesionales así lo han manifestado <sup>11</sup>

El suicidio médicamente asistido está también regulado en el estado norteamericano de Oregón, donde la eutanasia sigue siendo delito <sup>12</sup>. Suiza es un caso particular, la eutanasia está penalizada, como en Oregón, pero puede realizarse tanto suicidio médicamente asistido como auxilio al suicidio, no siempre y necesariamente tiene que realizarse en un contexto médico.

Es un requisito imprescindible para hablar de eutanasia que exista una petición expresa y reiterada del paciente.

Que no haya consentimiento informado expreso del paciente hace que la actuación del profesional deba ser etiquetada sin más como homicidio.

Habitualmente, dado que se realiza en un contexto de alivio del sufrimiento, quizá podría añadirse la atenuante de la "compasión". En cualquier caso existe acuerdo en que el homicidio es siempre, contrario a la ética, y jurídicamente punible con o sin atenuantes.

A modo de resumen: las expresiones "eutanasia voluntaria" y "eutanasia involuntaria" son innecesarias y confusas, la eutanasia siempre es, por definición, VOLUNTARIA y la eutanasia involuntaria no es eutanasia, sino HOMICIDIO, expresiones como "eutanasia directa" o "eutanasia activa", pues la eutanasia es, por definición, siempre ambas cosas y el problema de las contrarias, "indirecta" o "pasiva", es que no son

---

<sup>11</sup> Ten Have H. (1996) Eutanasia: La experiencia holandesa. Morir con dignidad: Dilemas éticos en el final de la vida En: *Fundación de Ciencias de la Salud*. Doce Calles, Madrid. 38-53.

<sup>12</sup> Júdez J. (2005) Suicidio médicamente asistido en el final de la vida. *Medicina Clínica Barcelona*.; (25):498-503.

eutanasia. Los términos “eutanasia” y “suicidio médicamente asistido” no están recogidos como tales en el Código Penal español y en especial “eutanasia” encaja en el tipo penal descrito en el artículo 143.4 del Código Penal (CP)

El encuadre exacto del “suicidio médicamente asistido” en el tipo del artículo 143.4 del Código Penal también es complejo, sería la cooperación con actos “necesarios” a la muerte del paciente y resultaría difícil diferenciar estos actos de los que no lo son. No existe ninguna condena en España amparada en el artículo 143.4 , lo que hace difícil saber la interpretación exacta que la jurisprudencia dará a ese artículo a la hora de aplicarlo.

El debate de la admisibilidad está abierto en términos de ética civil.

Actualmente hay diferentes grupos que abogan a la apertura y al diálogo en estos temas como grupos de ciudadanos privados como la ADMD, el Instituto Borja de Bioética <sup>13</sup> o el Observatorio de Bioética y Derecho <sup>14</sup> y órganos de carácter público como el Comité Consultivo de Bioética de Cataluña <sup>15</sup> que insisten en su admisibilidad ética y jurídica en determinadas circunstancias.

---

<sup>13</sup> Instituto Borja de Bioética. (2005).Hacia una posible despenalización de la eutanasia. *Bioética i Debat.* XI: 1-7 [citado 14 Ago2007]. Consultado el 18/06/2016.Disponible en: <http://www.bioetica-debat.org/contenidos/b&d/bioetica39esp.pdf>

<sup>14</sup> Observatori de Bioètica i Dret. (2003)Grupo de Opinión *Documento sobre la disposición de la propia vida en determinados supuestos: declaración sobre la eutanasia.* Barcelona, diciembre de 2003 [accedido 13 Ago 2007]. Consultado el 18/06/2016 Disponible en: [http://www.pcb.ub.es/bioeticaidret/archivos/documentos/Declaracion\\_sobre\\_la\\_Eutanasia.pdf](http://www.pcb.ub.es/bioeticaidret/archivos/documentos/Declaracion_sobre_la_Eutanasia.pdf)

<sup>15</sup> Comité Consultivo de Bioética de Cataluña. (2006)*Informe sobre la eutanasia y la ayuda al suicidio.* Barcelona: Departament de la Salut-Generalitat de Catalunya.

Sin embargo, hay otros colectivos no menos relevantes que no lo consideran aceptable. Por ejemplo, el Código de Ética y Deontología Médica 1999 de la Organización Médica Colegial (OMC) dice en su artículo 27.3:

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

Menos directo, aunque también opuesto, es pronunciamiento del Código de Deontología del Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña (artículo 70) <sup>16</sup>

La Iglesia Católica oficial española, desde los presupuestos de su moral religiosa, también mantiene desde siempre una postura radicalmente contraria a su admisibilidad ética y jurídica <sup>17 18</sup>y (Española C. P., 1998).

Su postura es comparable a la de las otras iglesias cristianas y a las grandes religiones: judaísmo, islamismo, budismo, hinduismo. Hay algunas confesiones cristianas que la aprueban en determinados casos. Algunos teólogos católicos también han mostrado posturas discrepantes de la oficial <sup>19</sup>.

---

<sup>16</sup> Consell de Collegis de Metges de Catalunya. (2007)Código de Deontología [accedido 12 Ago 2007]. Revisado el 18/06/2016 Disponible en:  
[http://www.comb.cat/cast/comb/normativa/codi\\_deontologic/codi\\_final.pdf](http://www.comb.cat/cast/comb/normativa/codi_deontologic/codi_final.pdf)

<sup>17</sup> Episcopal Española. (1993) *La eutanasia. 100 cuestiones y respuestas sobre la defensa de la vida humana y la actitud de los católicos*. Madrid.

<sup>18</sup> Comisión Permanente de la Conferencia Episcopal Española. (1998) *La eutanasia es inmoral y antisocial*. Madrid [citado 12 Ago 2007]. Disponible en:  
<http://www.conferenciaepiscopal.es/documentos/Conferencia/eutanasia.htm>

<sup>19</sup> Hamel R (1991) *Choosing death: Active euthanasia, religion, and the public debate*. *Trinity Press International*. Chicago

En lo que sabemos, ninguna de las asociaciones de bioética relevantes en España (Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, Asociación Española de Bioética y Ética Médica, Sociedad Internacional de Bioética y *Associació de Bioètica i Dret*) ni de las de derecho sanitario (Asociación Española de Derecho Sanitario y Asociación de Juristas de la Salud) se ha pronunciado oficialmente acerca de esta materia, aunque sí lo hayan hecho muchos de sus miembros a título individual.

#### Concretando:

a) Eutanasia: Es la actuación del profesional sanitario que conoce y mantiene una relación clínica significativa con el paciente, provocándole de forma deliberada y directa la muerte mediante causa-efecto; en el contexto de dolor total, insoportable causado por una enfermedad incurable avanzada. Debe estar presente la petición expresa repetida en el tiempo e informada de los pacientes en situación de capacidad.

Homicidio es matar a alguien sin circunstancias de alevosía, ensañamiento o precio sin que medie todo lo anterior. La diferencia está en la PETICIÓN.

b) En el caso del Suicidio Asistido se restringe a la práctica del profesional sanitario que se limita a proporcionar al paciente los medios imprescindibles por medio de “cooperación o ayuda” para que sea el mismo quien produzca la muerte. Hay petición expresa y reiterada de un paciente capaz en sus decisiones ante una enfermedad irreversible y sufrimiento inaceptable sin mitigar el mismo por otros medios. La diferencia está EN QUIÉN LO REALIZA Suicidio asistido el paciente y en la Eutanasia el Médico.

---

### 3.2 MUERTE DIGNA:

El término dista totalmente de ser aclarado. La vida humana es un bien superior y un derecho inalienable que no puede estar al arbitrio de la decisión de otros, ni de la de uno mismo.

Todo ser humano tiene derecho a una vida digna a realizarse como persona y buscar la felicidad. El sentido de la dignidad implica la búsqueda y el desarrollo de condiciones de bienestar físico, psicológico, espiritual y moral de la persona humana.

La muerte es el destino inevitable, es una etapa en la vida que -quiérase o no, guste o no- forma parte del proceso vital.

Morir dignamente no puede entenderse como terminar la vida de acuerdo a condiciones propicias creadas artificialmente por los servicios médicos a gusto de cada individuo o por un equivocado sentimiento de misericordia para con el enfermo.

Muchos creen que la dignidad humana se degrada por el hecho del sufrimiento y del dolor. No dejan de ser parte de la existencia, nos toca asumirlo con la ayuda de todas las herramientas de las que se dispongan.

El dolor y el sufrimiento es parte de la integridad y la totalidad, es la oportunidad de reconocer la fragilidad humana, no entran en conflicto con la naturaleza humana, envejecer y morir no son fenómenos que degraden la dignidad de un ser humano”<sup>20</sup>

¿Es la eutanasia una “muerte digna”? Algunos lo entienden desde la calidad de vida, conciencia o capacidad de autodeterminación, otros como el valor intrínseco que posee todo ser humano, independientemente de edad, condición social, estado físico o psíquico. La condición digna de la vida humana es invariable desde que se nace hasta la muerte independientemente de las condiciones cambiantes a lo largo de la vida.

---

<sup>20</sup> Catholic net (2016) No es lo mismo muerte digna que eutanasia. Comunicado del episcopado colombiano sobre eutanasia y suicidio asistido. Revisado el 18/06/2016. Obtenido en :(<http://es.catholic.net/op/articulos/23530/cat/801/no-es-lo-mismo-muerte-digna-que-eutanasia.html>).

*Kant* habla de la dignidad Ontológica cómo valor intrínseco, inviolable, incondicional, que no varía con el tiempo y no depende de circunstancias externas o subjetivas y de dignidad Moral, en mayor o menor grado según las acciones que se realicen.

La raíz y el fundamento último de la dignidad del ser humano es el haber sido creado a imagen y semejanza de Dios, somos "*imago Dei*".

La dignidad es inherente a toda vida humana, confiere el derecho irrenunciable a la vida y es un deber inexcusable del Estado protegerla, incluso cuando la persona, su titular, pueda no valorarla <sup>21</sup>

---

<sup>21</sup> Nombella Cano C, López L. et Timoneda et al (2008) La eutanasia: perspectiva ética, jurídica y médica. Madrid. 1-23

## 4. CAPÍTULO IV: ARGUMENTACIÓN EN CLAVE BIOÉTICA EN A FAVOR Y EN CONTRA. EUTANASIA- SUICIDIO ASISTIDO- SEDACIÓN PALIATIVA -TESTAMENTO VITAL

### 4.1 ¿CÓMO SENTIMOS Y VIVIMOS LA MUERTE EL SIGLO XXI, SE APRENDE? DAR SENTIDO.

Abordar el arte de morir es todo un dilema. *Gabriel Marcel* distinguía la muerte como problema (en mí y fuera de mí) y como misterio (en lo que estoy sumido).

La experiencia de la muerte vale solo en parte depende de la postura que se adopte, en definitiva uno muere según ha vivido, no deja de ser un hecho natural.

La muerte confronta nuestra esperanza y desesperanza. Aprendemos como morir cada día, es un proceso; con el dolor, con la enfermedad, con las pérdidas de los amigos y familia, con los sueños truncados, con los grandes dolores podemos entenderla.

Aprendemos a morir con los años, despedimos las etapas que vivimos y aprendemos, al valorar lo esencial nos liberamos de cargas y aligeramos el equipaje. Morimos mejor cuando alguien nos quiere y nos acompaña, se hace más ligera cuando hay descendencia, hijos, familia, amigos.

Nos hace replantearnos el valor de las cosas y revalorizar las experiencias vitales que dan sentido: Justicia, Filiación, Silencio, Conciencia, Amor, Amistad, Sentido de la historia y de los proyectos humanos.

-Justicia: la muerte del justo crea conciencia de lo injusto, pero la infelicidad y las esperanzas frustradas permiten un nuevo comienzo.

-Filiación: las experiencias de despedidas abren un nuevo camino.

-Silencio: como decía *Machado*, "quien habla solo, espera hablar con Dios un día"

-Conciencia: no podemos negar la muerte, "olvidar la muerte conduce a entrar en lo inauténtico" (*Heidegger*)

-Amor: como experiencia siempre es más fuerte que la muerte.

-Amistad: el amigo es el hermano, con su muerte muere la mitad de nuestra propia alma.

-Sentido de la historia y de los proyectos: replantea nuestros valores, confronta nuestras limitaciones y nos permite abrir el corazón <sup>22</sup>

La muerte y lo que ello conlleva no sabe donde situarse; refleja la sensación de fracaso en una sociedad en donde se vale por los logros y el éxito en un extremo, a no creer en casi nada, donde no hay ideales, ni deberes, ni normas, donde el esfuerzo y el sacrificio no tiene sentido. Es prioritario satisfacer deseos inmediatos, pasión, ego, felicidad individual, autonomía exagerada, el aquí y el ahora (*carpe diem*).

Ante el progreso médico también cambia la forma de morir <sup>23</sup>. Las enfermedades son más crónicas, degenerativas e invalidantes, hay un proceso de morir más largo (ventilación mecánica, nutrición artificial, etc), se recurre a todo tipo de técnicas invasivas que aumenten la supervivencia.

Se muere consciente y extenuado con deterioro lento y progresivo, en hospitales masificados pero aislados de familiares y amigos, se oculta la información por miedo o no saber como comunicar malas noticias, no gusta, ni dar ni recibirlas.

La muerte no quiere ser asumida, es un tabú, no se quiere hablar de ello. Preferimos acercarnos al final sin conciencia intentando reprimir el duelo. Las ceremonias cada vez se usan menos, hay que pasar rápido para que así duela menos imperativo en una cultura hedonista. Hasta el mínimo dolor hoy es aliviado con una pastilla.

---

<sup>22</sup> De la Torre J. (2012) Pensar y sentir la muerte. *Dilemas, problemas y misterios ante la muerte. Esperanzas y desesperanzas*. Madrid (1)155-164

<sup>23</sup> De la Torre J. (2012) Pensar y sentir la muerte. *Cambios en el (ayudar) a bien morir*. Madrid 2012.(3)213

Nuestra cultura nos exige satisfacción, espectáculo, burocracia, estricto orden institucional, eficacia extrema y del pragmatismo. Hay miedo a la muerte y hay que reprimirla.

Se propicia una cultura indolora, represora, inmortal, desvirtuadora, desacralizada, cientificista e irracional<sup>24</sup> que por otro lado predica la felicidad, el placer, el confort acortando la vida sin dilatar la muerte; la enfermedad no divierte, no te permite gozar y sobreviene una “vida indigna”.

El suicidio y la eutanasia son el reclamo de nuestra convivencia insana con la muerte.

El suicidio no resuelve nada, no nos permite vivir una vida real. Al suicida le han robado el mundo, la vida, y por eso lo apaga, lo hace desaparecer. Es símbolo de vida y mundo robados.

El ser humano desea una muerte súbita, limpia, inconciente, sin sufrimiento alguno, con “comodidad física y mental del que sufre y sus allegados”. Hay que simplificar y acelerar, dejar la cama libre para otro, entregar presentable al difunto, terminar el funeral, dejar al muerto oculto o incinerar para que no ocupe lugar ni cueste.

Hay miedo al dolor físico, a lo desconocido, a la degradación física, a perder el control mental, miedo a la soledad, a ser olvidados. En nuestra primera parte de vida forjamos herramientas sólidas que nos permiten luchar, afrontar lo que nos toca vivir y desarrollar un yo fuerte. Resulta más sencillo a veces vivir una cultura adolescente, inmadura, que no acaba de asumir la vida, ni hacer posesión de lo que toca.

Si el miedo se esconde, no se comparte y si no nos permitimos sentirlo surgen motivaciones que buscan el fin. El miedo a la muerte implica un miedo a vida.

---

<sup>24</sup> De la Torre J. (2012). Pensar y sentir la muerte. *El ocultamiento cultural de la muerte, raíces y causas*. Madrid 2012.(3) 214-249

Al ocultar información hacemos menos protagonistas de las decisiones médicas sin poder hablar de sentimientos y deseos, en donde en vez de dar sentido, nos preocupa y nos inquieta una negra realidad que se presiente, queremos optar por todo aquello que dulcifique, niegue o abrevie el morir.

Integrar la muerte en nuestra cultura nos puede proporcionar vitalidad, desdramatizar, soñar y asumir espacios de penumbra e incertidumbre.

#### 4.2 DEBILIDADES Y FORTALEZAS PARA ARGUMENTAR LA EUTANASIA

Eutanasia es un término acuñado por Francis Bacon en el año 1600<sup>25</sup>.

¿Cuándo no hay intervenciones terapéuticas posibles y/o el sufrimiento persiste...¿sería factible que el ciudadano pudiera encontrar dentro de su comunidad derechos y asistencia para actos de muerte voluntaria? ¿Cómo debería pensarse la función del estado en estas cuestiones?.

Lacan se había referido a la función que cumplía *Creonte* en la ética trágica: el jefe que conduce y quiere el bien de su comunidad. Pero el error que comete *Creonte*, dice Lacan, "es querer hacer el bien de todos"<sup>26</sup> arrasando así con la singularidad, con la subjetividad de los ciudadanos.

A veces el estado nos conduce a situaciones de abuso o violencia sin "ponerse en el lugar" de las necesidades e intereses, aunque minoritarios, de los individuos que integran el sistema, pero ¿cómo no dejar de ser justos con el resto?

---

<sup>25</sup> Farias G. *Muerte Voluntaria y ética*. Artigos temáticos 35-47.

<sup>26</sup> Lacan, J. (1959-1960/1992). *La ética del Psicoanálisis*. Buenos Aires: *El seminario*. 7 - Ed. Paidós. 309-310

Al argumentar la eutanasia surgen varias cuestiones y su regulación conlleva connotaciones éticas, jurídicas, sociales y emocionales.

Son características propias: 1.deliberada (petición clara, voluntaria y repetida), que no haya otra alternativa mejor para el que lo solicita, 2.realizada por un médico (buen control al final de la vida) y solo aplicada en el contexto de enfermedades avanzadas o irreversibles.

Pero los conflictos surgen porque: es objeto de múltiples disciplinas, hay incertidumbre diagnóstica al igual que con los tratamientos, están en juego las condiciones físico-psíquicas del paciente.

Algunos reclaman autonomía, que el paciente decida, no al paternalismo de los médicos, evitar casos trágicos de suicidio o la influencia de asociaciones pro-eutanasia que reclaman una muerte digna.

Por un lado está la acción: procurar la muerte y por otro está el Derecho a morir con dignidad: morir sin tratos inhumanos que prolonguen la vida artificialmente.

En torno a la acción surgen diferentes cuestiones ¿no es una carga psicológica para el enfermo tener que llevarlo a cabo?, ¿porqué forzarlo cuándo el médico puede llevarlo a cabo?; ¿,¿cabe aquí la objeción de conciencia?. ¿Quién es un enfermo terminal?, ¿Qué es una situación irreversible?, ¿qué es dolor psíquico- existencial?, ¿podemos decidir con capacidad real, jurídica o con el consentimiento de otros? y ¿los ancianos con demencias o los discapacitados o los niños?

El problema jurídico surge de aspectos como: edad-mayor de edad-, capacidad - competente-y libertad, tipo de información -por escrito de las posibilidades de tratamiento ofreciendo cuidados paliativos, sin que exista otra solución-, varios testigos (ni parientes, ni herederos, ni propietarios ni empleadores). En la forma y procedimiento:-verificada por el fiscal o por comisiones específicas, consulta de uno o dos médicos especialistas, practicada por el médico e informada al forense, período de espera para la firma del certificado y en la práctica puede rescindirse en cualquier momento. El médico no puede ser obligado a practicar eutanasia pudiendo acogerse a objeción de conciencia. Otro dato es que se aconseja informar a la familia. Depende

además de tipo de enfermo-incurable, sufrimiento inaceptable, sin depresión clínica tratable-.

Las asociaciones a favor de la Eutanasia voluntaria nacieron en Estados Unidos a finales de la década de los '30, hasta que aparecieron los "living will" o documentos de voluntades anticipadas, que han servido como propaganda para estas asociaciones y sus propósitos <sup>27</sup>. Estas asociaciones influyen en la opinión pública en ocasiones con el enfermo como protagonista, hasta el punto de sacar adelante el referéndum celebrado para la legalización de la Eutanasia en noviembre de 1996, por una amplia mayoría.

Presentan casos de pacientes con extremo sufrimiento en dónde al parecer no hay instrumentos terapéuticos de ningún tipo para paliarlo, insistiéndose en acabar la vida por compasión. Bajo el rótulo de una "condición de vida digna" se muestran casos no tan dramáticos y dónde se decide acabar con la vida a pesar de no ser solicitada la muerte por el paciente sino por las personas a su cargo.

Entonces la discusión ronda en torno a si es lícito o no, que beneficios o perjuicios trae y que, con el hecho de atentar contra la vida se atenta contra la dimensión trascendente de la persona, que hace la vida indisponible y sagrada.

El argumento casi siempre es la autonomía propio de una bioética principialista que busca llegar a un equilibrio en el entorno sanitario entre los valores que entran en conflicto. Lamentablemente, la marcada raíz utilitarista de las posturas intenta ser compensada, con un deontologismo sin fundamentación, con dificultades para luchar contra los intereses ciencia y de la industria.

---

<sup>27</sup> Dresser R.(2004). "Death with Dignity: contested Boundaries". En: *Journal of Palliative Care* 201-206

La autonomía ya no es un valor frente a la beneficencia médica o la no maleficencia, considerada habitualmente como un valor superior, sino como el eje desde el que reinterpretar todas las relaciones sanitarias.

Son argumentos a favor : no hay distinción entre acción y omisión , es obligatorio aliviar el sufrimiento rápido a favor de la compasión, se insiste en la Autonomía del sujeto para decidir con libertad y disponer de su propio cuerpo y estar amparado por la ley, se insiste en el Derecho a una muerte digna y se insiste que la tradición médica como las religiosa nacen en otro contexto de enfermedad y muerte no siendo actuales.

Los argumentos en contra parten de: lo prohibitivo de quitar la vida, el daño a la imagen del médico y su relación con el paciente contrario a la tradición de la ética médica, los cuidados paliativos reducen el número de peticiones de eutanasia, la pendiente resbaladiza (que legitima otros inaceptables y modifica valores básicos), no se puede dar marcha atrás cuándo se han reconocido abusos, la posición de desventaja de los más vulnerables, los que la solicitan y los que no y que en cierta forma no somos completamente autónomos como para legitimizarla.

Hay diferentes razones. Las jurídico-políticas consecuencialistas están:

1. El debate de la Pendiente resbaladiza (*slippery slope*): nuevo casos en nuevas situaciones demencias, bebés, etc algo que por otro lado litiga con el “principio de prudencia”, es difícil parar o no coaccionar a las personas que ya no tienen gran autonomía, prima preveer y evitar consecuencias.
2. Consecuencias sociales: menos respeto a la vida humana, rechazo a los menos o no productivos de la sociedad, insolidaridad y deshumanización, riesgo a los más vulnerables, a su vez no sería justo para el sistema de salud y la ley tendría una función pedagógica que conduciría a masificación y despersonalización.
3. Consecuencias médicas: se deteriora la relación de confianza, se va en contra del principio de no matar y otorga a los médicos un rol que no siempre se desea, ya que va en contra del juramento hipocrático y principio de beneficencia. Legalizando la eutanasia se reconoce el derecho de otro a instrumentalizar el final de la vida propia.

Las razones filosófico- moral, deontológicas se centran en:

1. Cuidados Paliativos como alternativa preferente: quienes solicitan eutanasia suelen ser jóvenes, nivel cultural medio alto, independientes, solteros o sin cargas familiares, que viven solos, sin confianza en sus médicos o sin fe religiosa, son personas que han valorado mucho en su vida el control y la independencia.

Es alternativa tratar enérgicamente el dolor, pasar más tiempo con los pacientes, con más sanitarios con formación en esta disciplina, con derivación a estos profesionales especialistas en tiempo y forma correctas.

Los partidarios de una eutanasia proponen una solución técnica para un problema orgánico. No hay Derecho a morir ya que, es un hecho biológico.

Se disfraza la Sedación Paliativa, ya que no se ajusta a una situación de muerte inminente o agonía, ven lógico eliminar el dolor y toda función cognitiva a un estado de inconciencia bajo el rótulo de anular sufrimiento, a sabiendas de acortar la vida como objetivo prioritario.

Las peticiones de eutanasia para quienes trabajamos en CP son bajas, suelen ser reversibles conforme se profundiza en la relación médico- paciente en las visitas. Es mucho más costoso para los gestores de salud desarrollar CP aunque no deja de ser una fórmula rica en valores aceptada por la mayoría de la sociedad.

Despenalizarla creo iría en detrimento de la calidad de vida y el óptimo cuidado. Es una fórmula mucho más fácil con menos implicaciones económicas.

No podemos aceptar como rótulo “el anestesiar un proceso doloroso e indigno”. ¿Somos indignos por enfermar y depender de otros? Despenalizarla no finaliza este proceso ni resuelve el proceso de duelo en los familiares. No se acaba el problema ni es la solución. Hay muchos problemas y gran dolor que no se resuelven con estas medidas. Los familiares no contradicen al que lo desea pero en su mayoría no lo comparte.

Nos debemos a un deber prioritario de apoyo comunitario aunque no, de lo que desean unos pocos. Lo que quieren algunos sectores minoritarios no puede ser avalado por la sociedad al completo.

2. Derecho a la Vida: No hay como tal derecho a morir, la libertad individual no es más que querer autodeterminarse y el derecho a la vida es un valor supremo, la vida es irrenunciable no podemos disponer de ella como bien ni teológico, moral o jurídico. El valor vida protege como tal una vida digna, no somos indignos por enfermar.

Nuestro Tribunal Constitucional STC 120/1990 de 27 de junio el derecho a la vida, "tiene un contenido de protección positiva que impide configurarlo como un derecho de libertad que incluya el derecho a la propia muerte". No hay para el Tribunal Constitucional un derecho a disponer de la vida o no vivir, el derecho a morir no forma parte de la vida.

Para el Tribunal Europeo de Derechos Humanos es un valor superior de ordenamiento jurídico que no conlleva "ni disponer de la vida ni reclamar ayuda o intervención de terceros para finalizar la propia vida". Ante los poderes públicos no cabe el reclamo un derecho a morir aunque podamos autodeterminar en nuestra vida. Reconocerlo como derecho implica obligar a otros de manera excesiva el cumplimiento de lo que nos parece.

El derecho a la vida es el primero de los derechos fundamentales, es anterior a los derechos y goza de un valor superior.

3. Autonomía del sujeto: el enfermo es incapaz de tomar una decisión autónoma, su voluntad (requiere una racionalidad mínima) está viciada, muchas veces reclaman asistencia y afecto, la autonomía suele ser gradual. Casi deberíamos poder decir: si hay decisión autónoma e informada no hay problema ético.

Desean vivir- morir de otra manera, o lo que se traduce en las fases de *Kübler -Ross o Sporken*, no todos somos capaces de afrontar de la misma manera.

El deseo del enfermo y su autenticidad de desear morir como poco es cuestionable, muchas veces manifiesta algo que no desea, interpretarlo de modo no literal es una obligación si se quiere, suelen traducir peticiones de auxilio y afecto.

Es cierto que algunos sujetos aportan razones muy sopesadas acerca de querer morir, en el fondo hay deseo de vivir dignamente y no de lo que otros llaman "autoliberación".

Los Argumentos Aristotélicos: se basan en la relación al derecho moral, la excepcionalidad de los casos y la norma, bienes públicos y comunes.

Los Argumentos Teológicos son: la Santidad- Sacralidad de la vida, la dignidad y la imagen que a veces nos hace esclavos de lo estético, la ley natural siendo consientes de lo deshumanizante que son ciertas tecnologías.

La Eutanasia es un asunto individual, conjuga dos principios Autonomía y Justicia, representa el sentido en diferentes generaciones que conviven juntas y que replantea el valor social que podemos darle a nuestros mayores y vulnerables.

Autonomía nunca es suficiente para legalizar la eutanasia, todas las legislaciones ponen alguna condición. No existe un derecho a quitarse la vida en nombre de la Libertad, no es la voluntad al margen de lo biológico. Cuando se pierden los vínculos relacionales sobreviene sensación de abandono y desamparo.

Muchas veces se traduce en el miedo a perder el control, la identidad y la dependencia.

Debemos conocer a nuestros pacientes para intentar entender sus motivaciones, desde la vinculación, el amor, la escucha activa, el respeto. Somos autónomos cuando somos consientes, libres, responsables y podemos reflexionar. Nuestra autonomía se la debemos a otros. Dependemos del diálogo de la reflexión con nosotros mismos, con la familia con los amigos.

Si de sufrimiento se trata, ¿de qué hablamos?... la percepción del paciente, de la familia, del profesional que interviene. La depresión aumenta al menos un 4% las peticiones de eutanasia.

Un 20% de los que solicitan un suicidio asistido están deprimidos. Para otros la incidencia es mayor y para muchos familiares no es más que la percepción de infelicidad. Los familiares a menudo proyectan sus propios temores, tienen dudas y no están preparados para afrontar estos temas.

Es imposible determinar claramente un momento adecuado para practicar eutanasia más si la enfermedad es llevadera y no hay antes unas Instrucciones previas que a su vez requieren una interpretación para aplicarlas.

Hay discrepancias en cuanto a la Dignidad, es congénita y está ligada a la vida desde que se nace, lo cual está estrechamente vinculado a los derechos fundamentales y a la igualdad entre los seres humanos. Entendida desde el otro extremo, en la calidad de vida, su pérdida, se puede entender como que ya no merece ser vivida y sin ella la vida no tiene sentido.

Desde la filosofía de los cuidados paliativos la dignidad del paciente en situación avanzada de enfermedad, es un valor independiente del deterioro de su calidad de vida por ej. graves limitaciones o severos sufrimientos psicofísicos, y que justamente por ello precisan de especial atención y cuidado.

En general pocos países consideran que la provisión de eutanasia y/suicidio asistido corresponden al nivel de dignidad básica, salvo aquellos en los cuales esta práctica está legalizada o al menos despenalizada. El resto considera que tales actos se inscriben en la categoría de dignidad personal, sin obligatoriedad de que sea proveído por el estado.

Al final de la vida los medios utilizados deben proporcionar calidad de vida con costes emocionales, físicos, morales y económicos razonables.

Desde la perspectiva cristiana la eutanasia pasiva siempre fue admitida, un medio extraordinario puede traer aparejada una carga extra para uno mismo y la familia y prolongar precaria y penosamente la vida, aprender a dejar morir en paz aceptando la muerte.

También se admitió la eutanasia indirecta referida a la administración de calmantes para paliar dolores como se especifica en la Declaración sobre la Eutanasia "la prudencia humana y cristiana sugiere para la mayor parte de los enfermos el uso de medicinas que sean adecuadas para aliviar o suprimir el dolor.

La encíclica *Evangelium vitae* (25/03/1995) valora positivamente los cuidados paliativos.

#### 4.3 DEBILIDADES Y FORTALEZAS AL ARGUMENTAR SUICIDIO ASISTIDO

Para Ignacio Carrasco de Paula<sup>28</sup> en el suicidio asistido la muerte es elección del paciente, que, informado sobre su estado patológico irreversible, prefiere renunciar a terapias inútiles y acelerar un fin que, por otro lado, no puede evitar. El médico se limita a proporcionar tanto el medio para que finalice su vida (con instrucciones de asistencia) para que la muerte ocurra y sin dolor respetando la voluntad y autonomía del paciente.

El Magisterio de la Iglesia es muy sensible a esta problemática. El Papa Juan Pablo II describe en la *Evangelium vitae* el núcleo de la "cultura de la muerte" en términos de autonomía: "falsa autonomía del yo en relación con el otro y en general con el cosmos". En las reflexiones que realiza el Papa sobre el pasaje del asesinato de Abel a manos de su hermano, en la conversación que Dios mantiene con Caín, se muestran algunas de las actitudes "¿Soy acaso yo el guardián de mi hermano?"<sup>29</sup>.

---

<sup>28</sup> Carrasco de Paula, I.(2004) "Eutanasia". *Lexicón, términos ambiguos y discutidos sobre familia, vida y cuestiones éticas*. Ediciones Palabra, Madrid.359-366.

<sup>29</sup> Autores varios. Bioética blog-web-wiki. Revisado el 18/06/2016 Obtenidos de: <http://www.bioeticaweb.com/suicidio-asistido-y-dimensiasn-relacional-de-la-libertad/>

Es especialmente complicado pretender plantear la absoluta autonomía en relación a las demás personas. Los pacientes del Estado de Oregón que solicitaron el suicidio asistido hay una tendencia ascendente en solicitudes como en consecución de la muerte.

Hay una fuerte asociación entre esta solicitud y el tipo de patología, siendo las tres más frecuentes, la Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las Neoplasias Malignas.

De estas tres patologías, el ratio de enfermos totales/enfermos que solicitan entrar en el programa de suicidio asistido es del doble en la ELA que en el SIDA y más de ocho veces mayor en la primera que en las Neoplasias Malignas.

Casi una cuarta parte del total de casos de ELA solicitan ser atendidos por el programa.

Los argumentos a favor: despenalización del “auxilio al suicidio” con eje en el derecho a la Autonomía que a su vez es lo que permite hablar de dignidad. La Asociación DMD insiste en que “no se puede hablar de dignidad en la muerte -ni en la vida- si no se tiene la libertad de decidir”. El derecho a la vida no es un derecho sagrado, ni absoluto, ni un deber así como tenemos derecho a la vida, se supone tenemos un derecho al suicidio y un derecho a la eutanasia y al suicidio asistido.

Dentro del alegato de Hume sobre el derecho al suicidio <sup>30</sup>y los de Camus, que lo consideraba el único problema serio filosóficamente hablando y al que dedicó páginas imprescindibles en “*Le Malentendu*” y en “*El Mito de Sísifo*”, concluyen que el suicidio es el mayor acto de libertad digno.

*Ronald Dworkin* acerca de valor sagrado de la vida, tal y como lo explica Manuel Atienza consideran que “el derecho a la vida no puede ser entendido como un derecho sagrado

---

<sup>30</sup> David Hume, (2005) “Del suicidio”, en *David Hume: Escritos Impíos y Antirreligiosos* (ed. José L. Tasset), Akal, Madrid.

en el sentido religioso-trascendente y por tanto indisponible por parte de los individuos, sino sólo quizá analógicamente”<sup>31</sup>

Para algunos como F. Verdú Pascual <sup>32</sup>afirman que la eutanasia no precisa debate alguno mientras que la discusión debería centrarse sobre la regulación legal del suicidio asistido. Los temas claves surgen en torno a: quién puede estar facultado para solicitar su aplicación, quién puede disponer de elementos de juicio para solicitar su aplicación y quién puede o debe estar dispuesto a ejecutarlo.

Respecto a quién puede solicitarlo: art. 143.4 " la víctima que sufriera una enfermedad grave o graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar".

Con respecto a quién puede autorizarla se podría recurrir a otro art. 156 del Código Penal "haya sido autorizado por el Juez, a petición del interesado o sus representantes, oído el dictamen de dos especialistas, el Ministerio Fiscal previa exploración judicial".

En cuánto a quién la ejecuta: se propondría un listado de voluntarios, médicos, ebanistas, arquitectos, panaderos, periodistas, etc. Este listado estaría bajo el control de un juez o magistrado de las Oficinas del Registro Civil o el Decano en caso de Tribunales del Jurado. Otra posibilidad sería un concurso de aspirantes acreditando conocimiento de la Constitución Española. O que el solicitante de ayuda al suicidio exprese quién debería proporcionarle ayuda (conyugue, hermano, hijo, etc).

Dentro de los argumentos en contra: se entiende que su legalización no se sostiene, y de realizarse, sus consecuencias serían muy graves. La despenalización de los supuestos

---

<sup>31</sup> De Lucas J. Posted 27/10/2014 Algunos argumentos a favor de la eutanasia y el suicidio asistido .Blog de *Lucasfra's* consultado 18/06/2016 Obtenido de <https://lucasfra.blogs.uv.es/2014/10/27/algunos-argumentos-a-favor-de-la-eutanasia-y-del-suicidio-asistido/>

<sup>32</sup> Verdú Pascual F. (1998) Eutanasia y Suicidio asistido (I-) *Siete Días Médicos* 355, (II)357

mencionados ha llevado en la práctica a realizar la eutanasia a muchos pacientes más, que no lo habían solicitado, o que no se encontraban en situación terminal alguna.

Indirectamente la protección de la vida quedaría a juicio subjetivo que sobre ella realizan ellos mismos o sus médicos.

Al menos en Europa tiene peso el "*primum non nocere*", del Juramento Hipocrático "No me dejaré llevar por la súplica de nadie, cualquiera que fuere, para proporcionar un veneno o dar mi consejo a una contingencia semejante" y por un sentido de beneficencia que continúa dando contenido a la vocación en la profesión del médico en contra de una antagónica no maleficencia.

El derecho de autodeterminación, pone a todas las personas con enfermedad incurable en situación de indefensión de su dignidad sin protección por el Estado. El bien común quedaría lesionado, el derecho deja de ser un pilar del Estado si niega los valores fundamentales de la persona a los que debe servir.

Se pretende que un Estado no confesional dé cabida a diferentes posicionamientos culturales y religiosos que no tome parte, pero la ley no puede permitirselo. Legalizar el suicidio asistido supone tomar un posicionamiento que asume que hay vidas menos dignas de ser vividas.

---

#### 4.4 ¿SEDACIÓN PALIATIVA ENTENDIDA SOLO EN LA AGONÍA?

En el Mundo (no solo en España) se muere mal, en ocasiones con gran sufrimiento, del paciente y de sus seres queridos. Los motivos de éste, "mal-morir" son múltiples y difícilmente abordables por lo que desde la AFDMD

uno de los objetivos que se plantearon fue crear un Observatorio para evaluar la muerte.<sup>33</sup>

El proceso de morir es único para cada persona y su familia; su vivencia irremediable y su atención requiere de la intervención de todo el equipo, contemplando el apoyo a todas las necesidades del enfermo, y de la familia (que en muchas ocasiones olvidamos que sufre). Debemos potenciar la información relacionada con el proceso de morir.

Favorecer una buena muerte no se debería reducir a la una actuación médica de las últimas horas de vida.

Los médicos debemos combinar el arte y la ciencia para manejar el final de la vida, tendemos a sobreestimar el tiempo de supervivencia de los pacientes con enfermedades avanzadas sobre todo en procesos no oncológicos.

La fase de enfermedad avanzada no debe confundirse con la fase agónica en donde puede ser necesaria una Sedación Paliativa en la agonía.

Esta corresponde a las últimas horas o días de la vida y se reconoce porque están presentes los síntomas y signos refractarios de la inmediatez de la muerte.

Es necesario individualizar cada situación, en esta fase hay disminución de la conciencia que puede llegar al coma, desorientación, confusión y a veces agitación psicomotriz, trastornos respiratorios con respiración irregular y aparición de respiración estertorosa por acumulo de secreciones, fiebre dada la elevada frecuencia de infecciones como causa de la muerte de los pacientes con cáncer, dificultad extrema o incapacidad para la ingesta, ansiedad, depresión, miedo (explícito o no) y retención urinaria (sobre todo si toma psicotrópicos) que pueden ser causa de agitación en estos pacientes.

---

<sup>33</sup> López Varas M. A (2016) Observatorio para evaluar el morir *DMD En camino al Derecho de Morir*. (71):20-24

En esta fase de agonía o Situación de últimos días tenemos que emplear cada vez menos medios técnicos, mayor manejo medicamentoso (uso de los opioides para aliviar el dolor y la disnea sin soporte hídrico o nutricional) y más apoyo a las familias.

Debemos hablar con el paciente si se puede, cuidando mucho la comunicación no verbal (el 93% de la comunicación es no verbal) dando instrucciones a la familia en ese sentido, evitando a hacer comentarios inapropiados en presencia del paciente.

Los médicos podemos dudar sobre prescribir dosis altas de narcóticos y sedantes, por temor a precipitar la muerte. El alivio del dolor y la disnea en enfermedades terminales aumentan la comodidad y dignidad del paciente. Dichos tratamientos no disminuyen sino mejoran la supervivencia de las personas afectadas por una enfermedad terminal.

El manejo de tratamientos paliativos que puedan acortar la vida está contemplado en el llamado 'principio del doble efecto'. La sedación paliativa se usa para control de síntomas físicos y distrés emocional refractario como parte de la Atención al final de la vida. Un tipo específico de sedación es la Sedación en la agonía. Constituye una práctica habitual en quienes se dedican a los Cuidados Paliativos. La sedación en la agonía es aplicable solo en los últimos días de vida para control de síntomas refractarios si procede.

Tratar los síntomas/signos del paciente no es una cuestión opcional sino un imperativo ético y un deber deontológico inexcusable en el que no cabe plantear la objeción de conciencia por razón de las convicciones del profesional. Dentro de los requerimientos éticos para la Sedación Paliativa/Sedación en la Agonía: Antes de indicarla hay que asegurarse que se cumplen las siguientes garantías éticas: <sup>34</sup>

---

<sup>34</sup> Porta Sales J., Gómez Batiste X. (2015)Manual Control de Síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal Institut Català d Oncologia III Ed., 346-9

.Existencia de un síntoma refractario: ha de incluir, siempre que sea posible, para la valoración el consenso de otros miembros del equipo terapéutico y/o asesoramiento por otros especialistas. El objetivo es no pasar por alto otras opciones terapéuticas.

.Cumplir el objetivo de disminuir el sufrimiento: no disminuir el nivel de conciencia más allá de lo necesario para garantizar la confortabilidad del paciente.

.Disminución proporcionada del nivel de Conciencia

.Existencia de Consentimiento: antes de la disminución del nivel de conciencia y discutirlo antes de la situación de crisis, consentimiento verbal, pero es imprescindible que conste en la Historia Clínica.

Si el paciente no puede o no desea participar en la toma de decisiones, se intenta que la familia (cuidador/es principal/les) informe sobre los valores y deseos que explícitamente o implícitamente pudo manifestar el paciente ante situaciones parecidas a las actuales.

En el abordaje terapéutico de la Sedación hay ciertas premisas que se consideran básicas<sup>35</sup>: la sedación profunda, continua, indefinida e irreversible, tiene como objetivo evitar una situación imposible de controlar por otros medios, con consentimiento es técnica y éticamente correcta. Como indicación cabe mencionar síntomas como disnea, dolor y delirium incluida la denominada angustia existencial.

El nivel de conciencia a disminuir deberá ser el necesario para obtener el efecto farmacológico deseado de control del síntoma, es decir, proporcionado a la necesidad de alivio del sufrimiento con dos posibles efectos, uno positivo (combatir el sufrimiento) y otro negativo (el posible fallecimiento); si la persona actúa buscando

---

<sup>35</sup> Gómez-Batiste X., Barbero Gutiérrez J. et al (2016) *Intervención psicológica y espiritual. Toma de decisiones en la sedación*. Manual para la atención psicosocial y espiritual a personas con enfermedades Avanzadas. Ed. Obra Social La Caixa. 392-97

intencionadamente el efecto positivo, pero, como consecuencia de ello, se produce además, de forma no buscada, el negativo, la actuación es moralmente correcta.

Desde el punto de vista ético, la sedación es admisible como mal menor pero es distinta del suicidio asistido o de la eutanasia, dado que la muerte, aunque prevista, no es pretendida. También se justifica sobre el derecho a elegir entrar en un sueño profundo y definitivo.

Podemos resumir diciendo que la sedación puede ser la única salida frente al sufrimiento o a los síntomas refractarios. Es una actuación clínica más que, si se realiza correctamente, es éticamente aceptable.

Es necesario plantearla anticipadamente, para que pueda ser una decisión autónoma. Se debe insistir en la toma anticipada de decisiones donde tendrían cabida el consentimiento expreso del paciente o de su representante siendo excepcional, el consentimiento implícito, tácito o presunto.

#### 4.5 EL DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS (DVA) O TESTAMENTO VITAL (TV) COMO HERRAMIENTA PARA LA TOMA DE DECISIONES (TDD)

El documento de Voluntades Anticipadas (DVD) -conocido como Testamento vital (TV)- no es más que un documento escrito donde se dejan plasmados los deseos acerca del tipo de las atención médica que se desea o no recibir, en caso de padecer una enfermedad irreversible o terminal con el fin de que se cumpla tu voluntad ante un estado que te impida expresarte por ti mismo.

Para que sea válido debe estar redactado ante notario, tres testigos y ante funcionario de la Administración pública.

Se debe hacer con plena capacidad de obrar, actuando libremente y tras una adecuada reflexión y si se está imposibilitado por intermedio de un representante legal.

La ADMD hace consideraciones particulares entorno al este documento, de hecho añaden puntos clave que lo definen como: Sugerencia de Modelo de Testamento Vital de la Asociación DMD. En este se especifica:

-“No deseo para mí una vida dependiente en la que necesite la ayuda de otras personas” para -“actividades básicas de la vida diaria”-, (vestirme, usar el servicio, comer)

-Si estoy en situación de no poder expresarme personalmente sobre los cuidados y el tratamiento de mi salud por un padecimiento que me haga dependiente de los demás de forma irreversible, es mi voluntad clara e inequívoca “no vivir en esas circunstancias”

-Que se me permita morir con dignidad, de acuerdo con las siguientes instrucciones previas:

1. Rechazo todo tratamiento que contribuya a prolongar mi vida: técnicas de soporte vital, fluidos intravenosos, fármacos (incluidos los antibióticos), hidratación o alimentación artificial (por sonda nasogástrica o gastrostomía), solicitando una limitación del esfuerzo terapéutico que sea respetuosa con mi voluntad.

2. Deseo cuidados paliativos adecuados al final de la vida: fármacos que alivien mi sufrimiento, y cuidados que me ayuden a morir en paz, especialmente -aun en el caso de que pueda acortar mi vida- la sedación paliativa.

3. Si para entonces la legislación regula el derecho a morir con dignidad mediante la eutanasia, “ es mi voluntad morir de forma rápida e indolora”, conforme a la regulación del momento.

4. Si algún profesional responsable de mi asistencia se declarase objetor de conciencia con respecto a alguna de estas instrucciones, solicito que sea sustituido por otro profesional.

Estas modificaciones hechas particularmente resumen intenciones: Eutanasia (en el momento que se legisle), eventual reemplazo del profesional sanitario para el que se acoja a Objeción de conciencia, Cuidados Paliativos-Sedación paliativa, Rechazos de tratamientos.

Cabe señalar que difieren en el apartado: Instrucciones que deseo se tengan en cuenta en mi atención médica (punto 3.5)

“Deseo me sean aplicados, todos los tratamientos precisos, para el mantenimiento de la vida hasta donde sea posible, según el buen criterio médico”

Se entiende que es muy amplio. Precisamente es en este punto en donde se entra en litigio por quienes entendemos la concepción holística del cuidar al final de la vida.

Son estos “testamentos vitales” que circulan actualmente en las asociaciones a favor de la eutanasia voluntaria, los que se intentan situarse fuera de la ley, de cualquier ley, intentan aprovechar el resquicio legal dando la sensación de que cada uno puede expresar cualquier voluntad en estos documentos y esperar que vaya a ser cumplida.

La elaboración del DVA o TV tiene una dimensión ética. En sistema sanitario actual quiere girar alrededor del paciente, como quién debe participar de forma activa en los procesos de toma de decisiones (TDD) en lo que concierne a calidad de vida y salud <sup>36</sup>

La redacción del mismo cumple objetivos terapéuticos específicos como promover los valores y decisiones del paciente y su autonomía, reconocer su dignidad pese a su situación vulnerable teniendo en cuenta sus factores biográficos, hacer de herramienta legal, evitar el paternalismo, facilitar la comunicación (paciente, familia y equipo), aumentar la sensación de control frente a una situación de por sí amenazante.

Intenta además potenciar la confidencialidad y la confianza facilitando la relación médico paciente y el proceso de TDD del equipo asistencial al completo.

---

<sup>36</sup> Gómez-Batiste X., Barbero Gutiérrez J. et al (2016) *Protocolo de Elaboración de documento de Instrucciones previas* Manual para la atención psicosocial y espiritual a personas con enfermedades. Avanzadas. Intervención psicológica y espiritual. Ed. Obra Social La Caixa. 373-81

Permite identificar un interlocutor válido elegido por el propio paciente que evita futuras decisiones por representación no deseada en muchas ocasiones. No deja de ser un elemento de seguridad ética y jurídica a los profesionales sanitarios promoviendo la calidad de la asistencia.

En resumen son objetivos del documento: promoverla autonomía moral, facilitar la comunicación terapéutica, es un derecho, pero su planteamiento es terapéutico.

---

#### 4.6 UN PUNTO DE ENCUENTRO: LOS CUIDADOS PALIATIVOS.

Una alternativa firme a la eutanasia y compartida por la Asociación DMD (aunque con sus matices) son los Cuidados Paliativos.

Los expertos en paliativos dirían que existen solo dos cosas y hay que dejarlo claro: - EUTANASIA SIN APELLIDOS- y -CUIDADOS PALIATIVOS CON ATENCIÓN AL FINAL DE LA VIDA-.

Se basan en la filosofía del cuidar y afrontar el acompañamiento al final de la vida procurando la accesibilidad al cuidado integral con objetivos no curativos, no solo controlar el dolor sino también el alivio de todos los síntomas, con la participación del paciente en sus tratamientos y atención a la unidad paciente- familia por un equipo multidisciplinar, respetando tiempos y procesos.

La OMS define el cuidado paliativo como: El cuidado activo total de pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento. Alivian el dolor y otros síntomas angustiantes así como los problemas psicológicos, sociales y espirituales; con el fin de mejorar la calidad de vida e influir positivamente en el curso de la enfermedad, afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal sin intentar ni acelerar ni retrasar la muerte.

Son una red de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte y apoyo para la familia a adaptarse durante la enfermedad del paciente y en su propio duelo.

Las especificaciones que se hacen en el Cáp. VII de Atención Médica al final de la vida por la OMS Consejo General de Colegios Oficiales de médicos es la siguiente: <sup>37</sup>

#### 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, aún cuando de ello pudiera 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 tratamiento 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 nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de éste.
- 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.
- 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.
- 6.- Aunque el médico que haya tenido la mayor carga asistencial sobre el paciente es el que tiene la mayor responsabilidad ética de cumplimentar el certificado de defunción en todos sus apartados, no es deontológicamente aceptable rehuir el compromiso de certificarla cuando se produce si se ha presenciado la misma, se conoce al paciente o se tiene a disposición la historia clínica.

Sin embargo desde la AFDMD insiste que en España, la gente se muere mal por falta de cuidados paliativos y por exceso de tecnologías médicas, “depende de dónde vivas y de qué mueras”. Se insiste que “la mitad de los enfermos que ingresan en paliativos no conocen el diagnóstico, no digamos ya el pronóstico, porque los médicos no han creído oportuno decirle la verdad”.

---

<sup>37</sup> OMC Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Julio, 2011. *Código de Deontología médica. Guía de ética médica*.31

Se mantienen pacientes con: respiración asistida, traqueotomía, reanimación en caso de parada respiratoria, hidratación y alimentación por sonda e incluso, si es necesario, mediante un tubo directo al estómago a través de la pared intestinal sin un beneficio terapéutico.

No todo lo técnicamente posible es éticamente admisible. Es nuestra responsabilidad como médicos el redefinir los fines de la medicina ante las enfermedades y crónicas y una población cada vez más envejecida.

En 2015 *“The Economist Intelligence Unit”* publicó un análisis sobre la calidad de la muerte en 80 países. España ocupa el puesto 23 en el mundo y el 14 en la Unión Europea, solo por delante de Portugal, Polonia, Grecia y Lituania.

¿Por qué con un sistema público de salud excelente, España ocupa el puesto 23? ¿Es culpa de gestores que no se enteran de lo que está pasando o no se toman las medidas oportunas?

Otro importante problema en el horizonte es la Oncología: un tren sin frenos, fuera de control, los pacientes reciben tratamientos agresivos en fases avanzadas de su enfermedad.

El uso de quimioterapia o radioterapia en las dos últimas semanas de vida son casos claros de encarnizamiento terapéutico. En general los pacientes con enfermedad avanzada que reciben quimioterapia en las dos últimas semanas de vida no sólo la supervivencia no aumenta, sino que la calidad de vida es peor y acuden menos a cuidados paliativos que los que no reciben quimioterapia.

Parte de replantear el enfoque sería dialogar aún de las cuestiones difíciles, hacer partícipe al enfermo y a sus familiares, planificar los cuidados, promover la autonomía. Varios aspectos claves han surgido en la Evaluación de los Cuidados Paliativos en

España<sup>38</sup>. Según las estadísticas en el 2013 murieron en España 175.446 personas susceptibles de recibir CP. Actualmente en España solo la mitad de la población de recibir Cuidados Paliativos es atendida. En los últimos años, ha habido un incremento del número de profesionales de los recursos de CP, un 27% sin dedicación a tiempo completo y/o sin formación avanzada el 15% en médicos y 58,7% en enfermeras y 25,8% de los psicólogos y el 48,1% de los trabajadores sociales.

Se han identificado 9 recursos de atención en CP Pediátricos. La evaluación en CP puede no estar haciéndose correctamente. Los estándares no están definidos por escrito en el 54,6% de los recursos. Hay 8 estructuras de coordinación (Programas de CP) en 7 comunidades autónomas.

Aunque la formación específica en CP se oferta en 40 facultades, solo es obligatoria en 8. Se han identificado 3 Másteres con título oficial y 7 Másteres con título propio.

De acuerdo al ranking de 2013 de la EAPC Sociedad Europea de CP el desarrollo e implementación de CP a nivel europeo nos fijaría en el puesto 11, después de Alemania o Polonia Curiosamente los primeros países en dicho listado sería Reino Unido, Bélgica, Holanda y Suiza. Es esta sociedad quién en 2012 desarrolló unas normas de calidad y estándares en CP <sup>39</sup>

---

#### 4.7 PROPUESTA BIOÉTICA.

Muchos profesionales médicos no pueden manejar su propia angustia, no siendo capaces de entablar una correcta relación de ayuda, que acompañe a

---

<sup>38</sup>Herrera Molina , E ,Librada Flores, S. et al (Mayo 2016)Análisis y Evaluación de los recursos Paliativos de España Monografía SECPAL (2016) (9)1-136

<sup>39</sup> Autores Varios (Mayo 2012) *Libro blanco sobre normas de calidad y estándares de Cuidados Paliativos de la Sociedad Europea de Cuidados Paliativos*. Monografía SECPAL (1)1-32

los enfermos con sus temores, sus esperanzas, con el calor y apoyo que necesitan al final de la vida.

No podremos acompañar en el proceso del morir por más compasión que tengamos, si antes no hemos trabajado de manera personal nuestro miedo a la muerte o haberla vivenciado.

Debemos propiciar que un fallecimiento sea rodeado de los que nos quieren, que se salden las cuentas pendientes, las obligaciones morales, afectivas, económicas, etc.

No podemos centrarnos específicamente en no prolongar la vida y controlar el dolor, sino procurar todas las herramientas que tengamos disponibles para conseguir una muerte en paz y no digna exclusivamente, ya que dignos somos por naturaleza. No podemos quitar protagonismo al enfermo de su propia muerte, pero si podemos humanizarla.

La AFDMD considera que son muchos médicos no conocen los principios éticos de Autonomía del paciente (derecho del paciente a decidir sobre su tratamiento) ni el de Beneficencia (se deben administrar tratamientos que beneficien y no dañen al paciente, incluida la sedación en la agonía) y no respetan los deseos expresados por los pacientes o por sus familiares acerca de la no aplicación de tratamientos en situaciones de enfermedad avanzada.

Es imperativo mejorar la asistencia al paciente y el respeto a sus voluntades para garantizar su dignidad en el proceso final de la vida.

Informar no es comunicar, debe hacerse dependiendo de la capacidad individual para enfrentarse a la situación de enfermedad que toque, proporcionándola de manera gradual, guiándonos por lo que el paciente quiere saber y hasta dónde (información pronóstica).

La comunicación no se alcanza en una única entrevista sino en múltiples, es un proceso continuo, debe darse de forma lenta, continuada y paulatina, respetando el ritmo y las condiciones personales del enfermo. Mantener la esperanza implica no mentir: hay que averiguar que es lo que sabe el paciente para poder estimar que es lo que separa sus expectativas de la realidad.

Actualmente es muy importante la labor de atención en Duelo y prevención de duelo patológico. <sup>40</sup>Sin embargo aún en CP hay todavía puntos clave en cuestión a considerar:<sup>41</sup> Debemos garantizar un acceso real equipos específicos tanto domiciliarios como hospitalarios, cobertura a los pacientes no oncológicos y pacientes pediátricos con tiempos de supervivencia más prolongada, intervención precoz, trabajo multidisciplinar y uso del DVA.

No somos omnipotentes para poder responder a todas las necesidades y demandas de los pacientes al final de la vida, pero sí exigir cobertura económica y asistencial de esta disciplina aunque, se entiende que pese a la existencia de los equipos específicos de CP el debate sobre la eutanasia no se extinguiría.

Sería importante que el cuidador principal cuente con lo equivalente a una baja laboral para poder cuidar si así lo desea, en especial si no se cuentan con ayudas sociales, económicas o fiscales para la dependencia.

---

<sup>40</sup> Lacasta Reverte M.a., Sanz Llorrente B. et al. (junio 2014) *Atención al Duelo en Cuidados Paliativos: Guía Clínica y protocolo de Actuación* Monografía SECPAL (5)1-64

<sup>41</sup> Barbero J., Díaz L. (2007) *Diez cuestiones inquietantes en Cuidados Paliativos* An. Sist. Sanit Navar(30)Supl. 3: 71-86

---

## CONCLUSIONES

La AFDMD resalta dentro de los derechos del paciente con enfermedad avanzada la Dignidad y Autonomía, el derecho a decidir cómo, cuándo y dónde querer morir en el momento que o se legisle la Eutanasia o se derogue el delito de auxilio al suicidio.

Su postura compartida hacia los CP es sinónimo del cuidar, acompañar, para la atención del proceso de enfermedad y eventualmente la medicalización de la fase de agonía mientras no se legisle en España la eutanasia.

La reivindicación hacia la redacción del DVA o TV se basa en elaborar una herramienta que sea capaz de defender a los ciudadanos de la acción terrorista y paternalista de su médico, hacer viable el rechazo de un tratamiento fútil, enfocado desde la óptica de evitar el Encarnizamiento terapéutico.

La Asociación DMD no hace CP, aunque se ajusta por la normativa vigente al respeto a esta práctica-cuidar, aliviar, acompañar-. Se podría decir que, solo existe una eutanasia pero sin apellidos, otra cosa es hacer CP y Atención al final de la vida.

Esta entidad, pese a lo que divulga conceptos erróneos y formas de proceder como poco dudosas y ambivalentes; se dedica a sedar a los pacientes que lo solicitan en domicilio, con el fin de acortar la vida, muchas veces sin indicación clínica y por dinero el que cobra a sus socios.

La sedación es un tratamiento médico y los tratamientos están indicados por los especialistas que por otro lado no se pueden pedir a la carta.

Desde la ética y la deontología médica, el paciente tiene potestad para renunciar o rechazar a un tratamiento, siempre y cuando esté bien informado del tratamiento y de las consecuencias del rechazo. No existe un derecho a la eutanasia y el suicidio asistido, nada tienen que ver con sedación.

La sedación es un tratamiento para disminuir la conciencia de la persona cuando el sufrimiento es insoportable y habiendo utilizado todos los tratamientos existentes sin haber podido aliviarlo. Es una forma de tratamiento más al que se puede acceder siempre y cuándo esté indicado.

Hay cuestiones inquietantes todavía en quienes rechazamos de plano la Eutanasia o el Suicidio asistido y creemos en la filosofía de los CP.

Quienes nos dedicamos a los Cuidados Paliativos entendemos su filosofía desde la atención integral, que tenga en cuenta los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales. Procuramos brindar atención individualizada y continuada al enfermo y la familia como una unidad a tratar. La familia es el núcleo fundamental del apoyo al enfermo, adquiriendo una relevancia especial en la atención domiciliaria. La familia requiere medidas específicas de ayuda y educación.

La promoción de la autonomía y la dignidad tienen que regir en las decisiones terapéuticas por las que se opte. Este principio sólo será posible si se elaboran "con" el enfermo, objetivos terapéuticos.

La Atención al final de la vida plantea diferentes escenarios clínicos y uno de ellos es la Sedación en la agonía. No podemos reducir toda nuestra actuación a esta práctica como lo "único que permite la legislación vigente", que tenga como eje principal el acortar la vida, justificando un proceder que evite un "sufrimiento indigno", aún con el uso-cumplimiento del requisito formal del Documento de Voluntades Anticipadas.

La experiencia nos dice que equipos específicos y completos se encuentran en ocasiones con síntomas refractarios muy agudizados o con una experiencia de sufrimiento insoportable. Los propios defensores de la eutanasia comentan que ha de ser entendida como un acto excepcional ya que las personas no tienden a pedir la muerte más que como último recurso precisamente por su carácter radical y excepcional.

Es inaceptable que se aplique la eutanasia, si previamente no se han ofertado unos buenos cuidados paliativos, lo que no significa que siempre y en todo momento los CP vayan a cubrir todas las necesidades de las personas al final de la vida.

Los Cuidados Paliativos y la Atención al final de la vida son una alternativa firme a la Eutanasia.

La experiencia de sufrimiento es un imperativo moral para paciente, familia para el médico, para los equipos específicos de CP como para la sociedad, los gobiernos como para el mismo sistema sanitario; su prevención y/o resolución.

Es prioritario garantizar la universalidad de los cuidados paliativos, su accesibilidad no solo a las grandes ciudades sino también a las zonas rurales del territorio nacional.

Es prioritario procurar programas de formación en CP desde las Universidades, reconocimiento y acreditación de formación especializada de posgrado; dar a conocer bien hecho que se hace , impulsar la divulgación social de los cuidados paliativos y de la solidaridad con el que sufre, como seña de identidad de la calidad moral de una sociedad.

Es importante la mirada crítica y reflexiva e intentar explorar posibilidades de mejora. Debemos apostar por una visión que respetando la voluntad de una parte minoritaria de la sociedad, respete lo que quiere una mayoría garantizando el acceso a los Cuidados Paliativos sin por eso tener que recurrir a la Eutanasia o el Suicidio Asistido.

## BIBLIOGRAFÍA

### LIBROS:

De la Torre, J. (2012) *Pensar y sentir la muerte. El arte del buen morir*. Universidad Pontificia de Comillas. Madrid.1-407.

Gómez-Batiste X., Barbero Gutiérrez J. et al (2016). *Manual para la atención psicosocial y espiritual a personas con enfermedades. Avanzadas*. Ed. Obra Social La Caixa.

Porta Sales J., Gómez Batiste X. (2015). *Manual Control de Síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal*. Institut Català d Oncologia III Ed.

### ARTÍCULOS Y CAPÍTULOS DE LIBROS:

Autores Varios (Mayo 2012) *Libro blanco sobre normas de calidad y estándares de Cuidados Paliativos de la Sociedad Europea de Cuidados Paliativos*. Monografía SECPAL (1)1-32

Barbero J., Díaz L. (2007) *Diez cuestiones inquietantes en Cuidados Paliativos*. An. Sist. Sanit Navar(30) Supl. 3: 71-86

Carrasco de Paula, I. (2004) "Eutanasia". *Lexicón, términos ambiguos y discutidos sobre familia, vida y cuestiones éticas*. Ediciones Palabra, Madrid.359-366.

De la Torre, J. (2012) *Pensar y sentir la muerte. Dilemas, problemas y misterios ante la muerte. Esperanzas y desesperanzas*. Madrid (1)155-164

De la Torre, J. (2012) *Pensar y sentir la muerte. Cambios en el (ayudar) a bien morir*. Madrid 2012. (3)213

De la Torre, J. (2012) *Pensar y sentir la muerte. El ocultamiento cultural de la muerte, raíces y causas*. Madrid 2012. (3) 214-249

Farias G. *Muerte Voluntaria y ética*. Artigos temáticos 35-47.

Gómez-Batiste X., Barbero Gutiérrez J. et al (2016) *Intervención psicológica y espiritual. Toma de decisiones en la sedación*. Manual para la atención psicosocial y espiritual a personas con enfermedades. Avanzadas. Ed. Obra Social La Caixa. 392-97

Gómez-Batiste X., Barbero Gutiérrez J. et al (2016) *Protocolo de Elaboración de documento de Instrucciones previas* Manual para la atención psicosocial y espiritual a personas con enfermedades. Avanzadas. Intervención psicológica y espiritual. Ed. Obra Social La Caixa. 373-81

Gómez-Batiste X., Barbero Gutiérrez J. et al (2016) *Protocolo de Elaboración de documento de Instrucciones previas* Manual para la atención psicosocial y espiritual a personas con enfermedades. Avanzadas. Intervención psicológica y espiritual. Ed. Obra Social La Caixa. 373-81

Hamel R. (1991) *Choosing death: Active euthanasia, religion, and the public debate.* Trinity Press International. Chicago

Herrera Molina, E., Librada Flores, S. et al (Mayo 2016) Análisis y Evaluación de los recursos Paliativos de España Monografía SECPAL (2016) (9)1-136

Hume D., (2005) "Del suicidio", en *David Hume: Escritos Impíos y Antirreligiosos.* Ed. Tasset , Akal, Madrid.

Júdez J. (2005) Suicidio médicamente asistido en el final de la vida. *Medicina Clínica Barcelona.*; (25):498-503.

Küng H, Jens W. (1991). *Morir con dignidad.* Trotta Madrid

Lacan J. (1959-1960/1992). *La ética del Psicoanálisis.* Buenos Aires: *El seminario.* 7 - Ed. Paidós. 309-310

Lacasta Reverte M.a., Sanz Llorrente B. et al. (junio 2014) *Atención al Duelo en Cuidados Paliativos: Guía Clínica y protocolo de Actuación* Monografía SECPAL (5)1-64

López Varas M. A (2016) Observatorio para evaluar el morir *DMD En camino al Derecho de Morir.* (71):20-24

Presno Linera, M. (2016). Cómo impulsar la Derogación del auxilio al suicidio. *En camino al derecho de morir DMD* (7):1519

Porta Sales J., Gómez Batiste X. (2015). Sedación Paliativa. *Manual Control de Síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal* Institut Català d Oncologia III Ed., 346-9

Simón Lorda P et al. (2008)Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre el uso correcto de palabras *Rev Calidad Asistencial.*; 23 (6):274

Ten Have H. (1996) Eutanasia: La experiencia holandesa. Morir con dignidad: Dilemas éticos en el final de la vida En: *Fundación de Ciencias de la Salud*. Doce Calles, Madrid 38-53.

Verdú Pascual F. (1998) Eutanasia y Suicidio asistido (I-) *Siete Días Médicos* 355, (II) 357

#### **DOCUMENTOS:**

ADMD Derecho a Morir Dignamente (2015) *20D Partidos políticos y eutanasia. Analizando programas. Escuela de relaciones Laborales UCM. Madrid*

Comité Consultivo de Bioética de Cataluña. (2006)*Informe sobre la eutanasia y la ayuda al suicidio*. Barcelona: Departament de la Salut-Generalitat de Catalunya.

Episcopal Española (1993) *La eutanasia. 100 cuestiones y respuestas sobre la defensa de la vida humana y la actitud de los católicos*. Madrid.

Nombella Cano C, López Timoneda F. et al (2008) *La eutanasia: perspectiva ética, jurídica y médica*. Madrid.1-23

OMC Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Julio, 2011.*Código de Deontología médica. Guía de ética médica*. 31