



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE DERECHO

TRABAJO FIN DE GRADO

**El derecho de la vida: la Bioética, el Código
deontológico médico,
eutanasia y cuidados paliativos.**

AUTOR

María Martín Iturrino

5ºE-3 Analytics

DIRECTOR

Francisco
Valiente
Martínez

Curso 2020/2021
MADRID.

RESUMEN:

A día de hoy en España, los últimos momentos antes de la muerte son cruciales, respetando la dignidad de la persona, la bioética, siendo una parte de la ética, es un conjunto de normas, que se adaptan a lo que se acepta universalmente como lo que conviene al hombre, en lo que se refiere a la vida, constituyendo la vía de la conducta en lo que afecta a la medicina, en la que los principios básicos son: el de beneficencia, el de no maleficencia, el de justicia y el de autonomía y junto a los valores éticos dan el cumplimiento a estos principios. Con el fin de mantener la dignidad de la vida de las personas, que es muy controvertido.

Este tema de gran actualidad resulta de gran complejidad a la hora de abordar una defensa o por el contrario una contraposición a la defensa de estos dos conceptos. Dependiendo del punto de vista de los familiares y médicos, el paciente siempre tendrá al última voluntad, sin embargo, al perder las capacidades facultativas se complica dicha decisión.

El presente trabajo pretende abordar el desarrollo de los conceptos de cuidados paliativos y eutanasia, al igual que la vida y muerte, enfermedad crónica y la problemática a la que se enfrentan, al igual que un examen de la nueva ley aprobada sobre la eutanasia.

En cuanto a la eutanasia y a los cuidados paliativos, se estudiarán desde un punto de vista iusfilosófico y una comparación con los países que también han legalizado la eutanasia, y como se desarrollan en nuestra sociedad, además de las controversias que hay respecto la dignidad de las personas a la hora de morir.

Palabras clave: “*eutanasia*”, “*cuidados paliativos*”, “*vida*”, “*muerte*”, “*derechos*” “*legislación*”, “*regulación*”.

ABSTRACT:

Nowadays in Spain, the last moments before death are crucial, respecting the dignity of the person, bioethics is a part of ethics, being a set of rules, which are adapted to what is universally accepted as what is convenient for man, as far as life is concerned, constituting the way of conduct as far as medicine is concerned, in which the basic principles are: beneficence, non-maleficence, justice and autonomy and together with the ethical values give compliance to these principles. In order to maintain the dignity of people's lives, which is highly controversial.

This highly topical issue is of great complexity when it comes to approaching a defense or, on the contrary, a counter position to the defense of these two concepts. Depending on the point of view of the relatives and physicians, the patient will always have the last will, however, losing the facultative capacities complicates this decision.

This paper aims to address the development of the concepts of palliative care and euthanasia, as well as life and death, chronic illness and the problems they face.

As for euthanasia and palliative care, they will be studied from a legal-philosophical point of view, and how they are developed in our society, as well as the controversies that exist regarding the dignity of people at the time of death.

Keywords: *"euthanasia", "palliative care", "life", "death", "rights" "legislation", "regulation"*.

1.INTRODUCCIÓN:	1
1.2 METODOLOGÍA	1
1.3 ESTRUCTURA	1
2. CLARIFICACIÓN DE TÉRMINOS Y SU PROBLEMÁTICA:	2
2.1 LA VIDA	2
2.2 EUTANASIA	4
2.3 CUIDADOS PALIATIVOS	7
2.4 UMBRAL DEL DOLOR.....	10
2.5 ENFERMEDAD CRÓNICA:	12
2.6 SITUACIÓN TERMINAL:.....	13
2.7 MUERTE CLÍNICA	14
3. LÍMITES Y ALCANCE DE LA RESPONSABILIDAD MÉDICA, FAMILIAR Y PERSONAL DEL ENFERMO, EN GENERAL Y EN SITUACIONES LÍMITES:	16
3.1 DOLOR AGUDO, PERMANENTE.....	16
3.2. IMPOSIBILIDAD DE CURACIÓN	17
3.3 SITUACIÓN TERMINAL.....	18
3.4 CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE	19
4. RESPUESTAS MÉDICAS EN LA PRÁCTICA- CÓDIGO DEONTOLÓGICO:	20
4.1. EUTANASIA	20
4.2. LOS CUIDADOS PALIATIVOS	22
4.3 ANÁLISIS IUSFILOSÓFICO COMPARATIVO DE CADA UNA DE ESTAS RESPUESTAS.	23
4.4 DERECHO COMPARADO	28
5. REGULACIÓN EXISTENTE EUTANASIA EN ESPAÑA Y REGULACIÓN EXISTENTE DE CUIDADOS PALIATIVOS EN ESPAÑA. COMPARACIÓN. PROPOSICION DE LEY EUTANASIA.....	33
6. CONCLUSIONES:	44
7. BIBLIOGRAFÍA:	46

1.INTRODUCCIÓN:

En el presente trabajo se aborda de manera primaria la propuesta de la bioética en situaciones de máximo dolor permanente o al final de la vida, así como todo lo que conllevan los cuidados paliativos y la eutanasia. A la vez se pretende estudiar la relación del código deontológico médico con el derecho constitucional y los propios Derechos Fundamentales de las personas, centrándonos en temas controvertidos como son la eutanasia y los cuidados paliativos. Además de la trascendencia de la muerte de la persona en el tramo final de la vida y como está protegida actualmente, abriendo una línea de investigación para futuras medidas a tomar en la defensa de esta situación.

1.2 Metodología

La metodología ha sido de una parte, el mayor trabajo ha sido la lectura y selección de bibliografía especializada tanto desde el punto de vista antropológico como médico. El segundo objetivo ha requerido una lectura atenta de la legislación en relación con las nuevas actualizaciones, y comités de la bioética en relación con la eutanasia. A su vez, se ha realizado un profundo examen de la nueva ley sobre la eutanasia que entrará en vigor este 2021, al igual que se ha examinado diferente jurisprudencia derivando en un examen del derecho comparado entre los diversos estados y países y las diferencias legislativas en relación con la eutanasia y los cuidados paliativos.

1.3 Estructura

En cuanto a la estructura del TFG procedemos a dar en primer lugar, una clarificación de términos y su problemática: la vida, en la cual incluiremos los conceptos de vida digna, buena vida y calidad de vida, eutanasia, cuidados paliativos, umbral de dolor, enfermedad crónica, situación terminal, muerte clínica, ensañamiento terapéutico, justicia, consentimiento libre, testamento vital, calidad de vida, vida digna además de la problemática que estos términos conllevan.

La clarificación terminológica precede a la consideración antropológica de la vida humana en su fase final y en la peculiar situación de especial vulnerabilidad: dolor, enfermedad crónica/avanzada, situación terminal, falta de consentimiento pleno. El enfermo en esas situaciones desde un punto de vista objetivo y subjetivo.

En tercer lugar, respuestas médicas en la práctica: eutanasia y cuidados paliativos. Junto con un análisis iusfilosófico comparativo de cada una de estas respuestas basadas en la comparación de los bienes jurídicos en juego y los principios de justicia, proporcionalidad de cada una de estas medidas y el impacto sociológico de la práctica generalizada de las dos propuestas. A la vez que se hará una comparación entre los países donde hay se ha aprobado también la eutanasia.

Finalizaremos con el análisis crítico de la regulación existente sobre la eutanasia y cuidados paliativos en España.

2. CLARIFICACIÓN DE TÉRMINOS Y SU PROBLEMÁTICA:

2.1 La vida

La vida: “Es la capacidad de nacer, desarrollarse, reproducirse y morir”¹ de un ser humano, o con ADN humano, independiente y distinto al de los progenitores. La vida es un *don* que se recibe inherentemente, que encontramos en la naturaleza, y que por encima de ella no se encuentra ninguna otra cosa.

En relación a la vida, nacer lleva a dos conceptos inherentes a los seres humanos: la libertad y la dignidad, viviendo en una sociedad en la que la Constitución Española, recoge estos derechos esencialmente en el artículo 15”.²

¹PÉREZ PORTO, J. y MERINO, M. Publicado: 2015. Actualizado: 2017, *Definición de vida digna*. Disponible en: <https://definicion.de/vida-digna/>. Fecha de acceso: 10/01/2021.

² Artículo 15 Constitución Española: “*Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes. Queda abolida la pena de muerte, salvo lo que puedan disponer las leyes penales militares para tiempos de guerra*”.

Bien es sabido que no se puede privar a nadie de estos dos términos, todos somos libres y dignos de vivir una buena vida. La vida es lo que, según distintas circunstancias, buenas y malas, el hombre realiza y soluciona para llegar a su fin último. La vida buena, es la que cada ser humano con sus capacidades y respetando los derechos y libertades de los demás, hace que sea buena. Las circunstancias son importantes, debido a que influyen, pero no determinan, la vida buena. En circunstancias adversas se puede vivir bien y en circunstancias favorables se puede malograr la vida. La dignidad va con la libertad, hay una dignidad ontológica, que nos viene por ser humanos, y por tener esta capacidad de vivir “humanamente”, sólo por eso, somos valiosos.

La *buena vida* puede entenderse desde muchos puntos de vista, desde un punto de vista material, como podría ser una vida sin problemas monetarios, en la que la persona tiene un buen trabajo, con muchas posesiones y lujos, o desde un punto de vista ético: que consiste en vivir de acuerdo con las leyes éticas, morales, legales y religiosas, de acuerdo a la persona y el país donde reside. La buena vida desde el punto de vista material, al fin y al cabo, es una vida vacía, en el que los fines y deseos de la persona, no se cumplen, ni se persiguen, solo interesan los lujos y las posesiones, mientras que, desde la cuestión personal, luchas por conseguir retos difíciles y complicados que pueden requerir perseverancia y constancia, y que una vez conseguidos satisfagan todos tus hechos y deseos como persona. Por lo tanto, una buena vida, es aquella que te hace vivir una vida libre en relación a tus ideales que sumen felicidad, alegría y de un sentido de propósito a tu vida. No solo hay que considerar que la buena vida se obtiene, desde un punto de vista económico, sino que también se obtiene desde un punto de vista social y cultural. La vida es una “actividad pura³”, por lo tanto, habrá momentos más complicados que otros, que al final se lograrán y darán lugar a una buena vida.

La *vida digna*, es la satisfacción de cada persona al cumplir todas sus necesidades básicas de acuerdo a sus ideales, por lo que por ejemplo, una persona, que ha logrado una

³ FERRATER MORA, J, *Diccionario de filosofía, tomo II*, A-K EDITORIAL SUDAMERICANA BUENOS AIRES, p.95.. Disponible en: https://www.academia.edu/35021463/Jose_ferrater_mora_diccionario_de_filosofia_tomo_ii. Fecha de acceso 12 de Abril 2021.

gran fortuna, lo ha hecho a través de actos criminales, en lo que habrá conseguido, satisfacer su necesidad material, pero la personal no, puesto que lo ha hecho a través de actos de mala fe, contrarios a sus principios, al igual que personas, que padecen una enfermedad terminal, en la cual atraviesan en su vida grandes dolores y que acabará muriendo, para diversas personas, esta situación no es de una vida digna por lo que recurren al suicidio asistido o a la eutanasia, pero para otros, aunque la persona tenga una enfermedad terminal, mantiene una vida digna luchando hasta el final ⁴.

En cuanto a *calidad de vida*, está relacionado al concepto bienestar, y lo que busca, es el equilibrio entre los seres humanos y lo que disponemos, y en todo caso respetando lo que establece nuestra sociedad los derechos de cada persona, el derecho a la libertad el derecho a la equidad y a la felicidad. La vida no es algo sistemático y fijado, sino que es un continuo hacer, en lo que cada uno va a ir haciendo para conseguir la mejor calidad de vida posible.

Por lo tanto, cada persona es propia de llevar a cabo su propia vida, siendo esta buena y digna, en la que cada cual lucha por conseguir todo lo que se proponga de acuerdo a sus ideales, y en el modo en el que la vida de cada persona se engrandece con las experiencias tanto desagradables como agradables, y en la que nadie puede ir contra la libertad y dignidad de cada uno, en la que con la libertad, ir en contra de la dignidad y la libertad de cada persona, es una de las problemáticas que conlleva una buena y digna vida, puesto que en muchos casos las personas van en contra de la libertad y dignidad de otra persona.

2.2 Eutanasia

El concepto de eutanasia es demasiado confuso hoy en día, sin embargo, la Asociación Mundial de Medicina lo ha definido de la siguiente manera: "La eutanasia, es el acto de poner fin deliberadamente a la vida de un paciente, incluso a petición del propio paciente o de sus familiares cercanos, no es ética. Esto no impide que el médico respete el deseo de un paciente de permitir que el proceso natural de la muerte siga su curso en

⁴PÉREZ PORTO, J. y MERINO, M. Publicado: 2015. Actualizado: 2017, *Definición de vida digna*.

Disponible en: <https://definicion.de/vida-digna/>. Fecha de acceso: 10 de Enero de 2021.

la fase terminal de la enfermedad".⁵ Por el contrario la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como “acción del médico que provoca deliberadamente la muerte del paciente”.⁶ En relación con la definición determinada por la Asociación Española de Bioética y Ética Médica (AEBI) “es un 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”.⁷

Dentro de la eutanasia se categorizan de dos clases: la eutanasia activa o voluntaria, que: “consiste en la administración de una medicación, como es un sedante o un relajante muscular, para acabar intencionadamente con la vida de un paciente mentalmente competente”.⁸ La segunda clase sería la eutanasia activa involuntaria: “es la muerte que se deriva de la administración de una medicación, con el fin explícito de quitar la vida a un paciente mentalmente competente sin su solicitud expresa”.⁹ La tercera clase es la eutanasia activa no voluntaria “consiste en la administración de una medicación capaz de quitar la vida a un paciente no competente mentalmente que no puede dar el consentimiento porque se trata de un niño o de un paciente con demencia o que no de señales de poder expresar su voluntad”.¹⁰

El presupuesto de esta clasificación de modalidades de eutanasia, se debe a que para terminar con la vida de los pacientes es necesario saber, que la muerte es una decisión personalísima donde la convicción del paciente es innegable ante la solicitud al médico de la eutanasia, sabiendo conscientemente que el sufrimiento es irremediable.

Debemos considerar la experimentación del ser humano: “por un lado, como un ser que existe, un ser vivo que desea seguir viviendo y, por otro, como un ser que ama – es amado– y que desea seguir amando –seguir siendo amado-”.¹¹ Esto hace referencia a

⁵ World Medical Association, Resolución sobre la eutanasia, 2021.

⁶ Organización Mundial de la Salud, definición de eutanasia,2021

⁷FERRER COLOMER, M, ALBERT, M, PASTOR, L, *Morir con dignidad y Eutanasia*, 2019, p.12.

⁸SERRANO MARTÍNEZ, M. *Los últimos días: razón y práctica de los cuidados paliativos*, 2019, p.83.

⁹SERRANO MARTÍNEZ, M. *Los últimos días ... op.cit .* pág. 84.

¹⁰SERRANO MARTÍNEZ, M. idem. pág. 84. *Journal of American Medical Association* ,2016, volumen 316, p.70-90.

¹¹ CHÉVEZ- FERNÁNDEZ POSTIGO, José, *El fundamento antropológico del bioderecho. Una reflexión biojurídica*.2015, pág.16.

la complicada decisión de llevar a cabo la eutanasia, donde el apoyo familiar es vital evitando así, la posible soledad que podría sufrir el enfermo.

La problemática fundamental de la eutanasia, es la contraposición del derecho del paciente en relación con el deber que tiene el médico de cuidar y salvar la vida de los pacientes, derivando esto en un problema social.

La decisión final, siempre va a ser del paciente, ya que es el que insoportablemente sufre su enfermedad, siendo la base de su vida la calidad mínima de esta. Derivamos en “las consideraciones sobre la calidad de esa vida, aunque ciertamente son esenciales, de ninguna manera lo son hasta el punto de sugerirle al médico que la vida sin calidad no tiene valor¹²”. En cuanto al médico, el hecho de participar en la eutanasia, significa ir en contra de su deber de cuidar y preservar la vida de los pacientes, ya sea voluntaria o involuntariamente, termina con la vida del paciente, es decir, de la persona.

El problema es entre el paciente particular, el médico y los demás pacientes, indirectamente con los familiares de cada uno y el gobierno, que será el encargado de legalizar dichas situaciones.

Consecuentemente, la actitud que se adopte sobre la eutanasia se centrará en “el valor y la dignidad de la vida humana terminal”,¹³ es decir, se fundarán en todo momento, en la autonomía del paciente, en el sufrimiento y en la autodeterminación. Esto se debe a que independientemente de que el paciente este enfermo, siempre mantendrá su condición de persona.

Hay que tener en mente que esta dura situación deriva en una posible situación de vulnerabilidad, definida como “la capacidad de ser dañado”,¹⁴ en el sentido amplio, donde se refleja que no todos los enfermos pueden acceder a esta práctica por diversas causas,

¹² [Merchán-Price J.](#) *Eutanasia, matar y dejar morir. Desambiguación del concepto de eutanasia y consideraciones bioéticas esenciales.* Pers Bioet. 2019;23(2): 207-223. DOI: <https://doi.org/10.5294/pebi.2019.23.2.4> pg.210.

¹³ FERRER COLOMER, M, ALBERT, M, PASTOR, L, *Morir con dignidad ...* 2019, pág.16

¹⁴ MACPHERSON, I y, ROQUÉ-SÁNCHEZ, M, *Análisis ético del principio de vulnerabilidad sanitaria.* 2019. Pág.254. Fecha de acceso: 16 de marzo de 2021.

como puede ser el dinero, el hospital no lo realiza o por la ilegalidad del país. Este estado de vulnerabilidad siempre ha estado presente a lo largo de la historia y la fuerza y determinación para terminar con esta situación de vulnerabilidad está en manos del gobierno, siendo ellos los que pueden dar acceso a todos los enfermos a esta práctica de la eutanasia.

Debemos tener siempre en cuenta, que no es lo mismo matar que dejar morir, la eutanasia por lo general va a ser activa, solicitada por el paciente debido a que no puede soportar más el sufrimiento, es por ello por lo que el estado ha de legalizar dicha situación.

Con todo el trasfondo que supone la eutanasia, a mediados de diciembre de 2020, se notificó la aprobación en el Congreso de una ley para despenalizar la ayuda de los médicos para realizar la práctica de la eutanasia, aprobada en 2021, estableciendo las pautas que se han de seguir a la hora de ejercer la eutanasia.

2.3 Cuidados paliativos

Los cuidados paliativos son aquellos “cuidados que mejoran la calidad de vida de los pacientes y las familias que se conviven con enfermedades amenazantes para la vida, mitigando el dolor y otros síntomas, y proporcionando apoyo espiritual y psicológico desde el momento del diagnóstico hasta el final de la vida y durante el duelo”.¹⁵

Además los cuidados paliativos, mejoran la calidad de vida de los enfermos, tratando los síntomas y efectos de la enfermedad, afrontando sus problemas de orden espiritual, psicológicos y físicos. Estos cuidados pueden darse al mismo tiempo que los cuidados necesarios para curar o tratar la enfermedad y pueden darse cuando se diagnostica la enfermedad, durante todo el tratamiento o seguimiento y al final de la vida.

Las enfermedades más comunes en las que se ofrecen estos tipos de cuidado son las siguientes: enfermedades cardíacas, cáncer, enfermedades pulmonares, demencia, SIDA, ELA o insuficiencia renal.

¹⁵ BeMun, OMS, (Organización Mundial de la Salud) : *legalización de la eutanasia*. 2019, p.1.

Manuel Serrano Martínez nos da una razón para los usos de estos cuidados paliativos; “eliminación del dolor y los síntomas que asaltan al ser humano en los últimos días de su vida que le pueden sumir en esta desesperanzada tiniebla”.¹⁶ Es decir, tienen el objetivo de liberar el dolor que sufren en la parte de su vida en la que se encuentren, estos cuidados dan cierta calidad de vida a los enfermos y pueden seguir adelante con una mayor facilidad que si no tuviesen los cuidados mencionados.

Otra justificación que podemos encontrar es la de Zurriarán donde defiende que estos cuidados “no tienen como objetivo la muerte del enfermo, sino que cuidan de su vida mientras este llega a su fin, alivian su sufrimiento y proporcionan los medios para una muerte tolerable”.¹⁷

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos “es una asociación de profesionales interdisciplinar, entre cuyos objetivos destacan los de la promoción de una buena calidad de atención de los enfermos terminales, la docencia de los profesionales, la investigación y la ayuda y asesoramiento a la Administración para el desarrollo y la implementación de los Cuidados Paliativos en nuestro país. Fue fundada en enero de 1992 y tiene más de 300 miembros, procedentes de diferentes especialidades y ámbitos de atención, y con diferentes profesiones sanitarias”.¹⁸

El problema con el que nos encontramos a día de hoy, es un problema de equidad entre las comunidades autónomas españolas, donde las comunidades más desarrolladas son Valencia, Cataluña, Castilla y León y Extremadura y dentro de las comunidades menos desarrolladas nos encontramos a Madrid o Castilla La Mancha entre otras.

Un estudio de la OMS destaca que solo un 14% de la población recibe de estos cuidados, debido a la falta de concienciación y formación de los profesionales de salud.

¹⁶ SERRANO MARTÍNEZ, M. *Los últimos días ... op.cit* . pág. 62

¹⁷ Zurriarán RG. *Cuidados paliativos: solución ética acorde con la dignidad humana al final de la vida*. 2019, pg. 186, *Pers Bioet.* 2019; 23(2). PP. 180-193. DOI: <https://doi.org/10.5294/pebi.2019.23.2.2>. Fecha acceso: 16 de abril de 2021.

¹⁸ SECPAL. *Guía de Cuidados Paliativos*, disponible en: <https://www.secpal.com/guia-cuidados-paliativos-1>. Fecha acceso: 10 de Marzo de 2021

Por ejemplo, durante 2017, en España fallecieron 424.523 personas¹⁹. De ellas, un 75% precisaron cuidados paliativos, un total de 318.442 (113.266 fallecieron por cáncer y 205.176, por otros procesos). De esta cifra, casi 129.500 eran personas con necesidades complejas, subsidiarias de ser atendidas por recursos específicos de cuidados paliativos. Aquellas que no presentan un nivel más alto de complejidad pueden ser atendidas por otros recursos, como Atención Primaria.

La etapa final de la vida es de los momentos difíciles debido a la necesidad de los cuidados especiales derivadas de las múltiples necesidades a las que pacientes y familiares deben hacer frente, añadiendo a su vez, el impacto emocional que implica la pérdida de la vida del ser querido. Es por ello que, resulta imprescindible la atención en cuidados paliativos que garanticen la mejor calidad de vida posible a enfermos y a su familia. Además esta atención es un derecho reconocido por diferentes organismos internacionales y una prestación sanitaria que la legislación española contempla como básica en la “Ley de Cohesión y Calidad en el Sistema Nacional de Salud” y, que a su vez, recoge dentro de la Cartera de Servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. Para garantizar la calidad de este servicio el Ministerio de Sanidad elaboró la Estrategia en Cuidados Paliativos que contempla multitud de objetivos y líneas estratégicas.

Actualmente, la sociedad va a llevar a cabo unas medidas con el objetivo de evitar atacar el principio de vulnerabilidad e injusticia; estas medidas van a partir de una base terapéutica que consiste en una atención exhaustiva centrándose en las partes físicas, emocionales y sociales, a la vez que se dará dentro de la unidad entre el enfermo y el entorno familiar, debido a que este es el apoyo primario y fundamental del enfermo. En relación con la toma de decisiones relativas al tratamiento se basará en el principio de autonomía de la voluntad y la propia dignidad del enfermo, derechos fundamentales recogidos en la constitución en el artículo 10”.²⁰

¹⁹ OMS, *Cuidados Paliativos*, 2020.

²⁰ Artículo 10 Constitución Española: “1. La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social. 2. Las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretarán de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por España.”

Llevarán a cabo estos cuidados a través de unos instrumentos básicos, siendo estos los siguientes: “el control de síntomas, el apoyo emocional y comunicación con el enfermo, familia y equipo terapéutico, estableciendo una relación franca y honesta, cambios en la organización, adaptados a los objetivos cambiantes de los enfermos, y un equipo interdisciplinar”.²¹

2.4 Umbral del dolor

Previamente a centrarnos en el umbral del dolor empezaremos por definir dolor: “Percepción sensorial localizada y subjetiva que puede ser más o menos intensa, molesta o desagradable y que se siente en una parte del cuerpo; es el resultado de una excitación o estimulación de terminaciones nerviosas sensitivas especializadas.”²² Uno de los objetivos que ha tenido siempre la medicina es aliviar dicho dolor, para que el paciente pueda vivir de una manera más tranquila y digna, puesto que el dolor conlleva a unas consecuencias sociales y psicológicas que afectan en todos los aspectos a la persona afectada, además de ser el síntoma más común de todas las personas que acuden al médico.

Se puede concluir que el dolor: “es la antítesis de la vida feliz”, “es una experiencia personal influida en diferentes grados por factores biológicos, psicológicos y sociales”,²³ el dolor y el sufrimiento están en la vida de las personas, el dolor aparece, cuando algo no va bien el cuerpo de las personas, a la vez que es útil, para llegar a la enfermedad como distintos síntomas, y nos puede llegar a determinar que tratamientos específicos o inespecíficos, pueden ser necesarios para aliviar el sufrimiento de la enfermedad”.²⁴

²¹ SECPAL. *Guía de Cuidados Paliativos*, disponible en: <https://www.secpal.com/guia-cuidados-paliativos-1>. Fecha acceso: 03 de Marzo de 2021

²² Oxford Languages, Diccionario de Oxford, disponible en <https://languages.oup.com/>. Fecha de acceso: 03 de Marzo de 2021

²³ Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP)

²⁴ SERRANO MARTÍNEZ, M *Los últimos días ... op.cit.* . pág,115.

Dentro del dolor nos encontramos con una clasificación la cual los engloba en distintas categorías dependiendo de la duración, de la localización, curso, patogenia... y sobre todo la farmacología”.²⁵ Según Serrano Martínez el dolor severo y progresivo, se identifica, con una sensación tan dura y dolorosa, que se comprara con algo que te puede quitar la vida, siendo un dolor tan profundo, que se siente como “una espada sobre la existencia”.²⁶

Partimos de la base que el dolor es “subjetivo”, esto significa que cada persona siente el dolor de una manera diferente a otra, es por ello que se hace referencia al umbral de dolor, el cual se considera como la capacidad de las personas de reaccionar ante un estímulo.

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), define umbral del dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada con daño tisular real o potencial”.²⁷

Se puede diferenciar entre un umbral de dolor alto y bajo, donde el alto se refiere a la profunda capacidad de toleración de las sensaciones desagradables, y al contrario, el nivel de umbral de dolor bajo hace referencia a aquellas personas que no son capaces de tolerar dichas sensaciones.

La problemática con el umbral del dolor, es la cantidad de gente que es afectada por el dolor, desde personas de temprana edad hasta a adultos y ancianos, donde se considera dolor crónico y abundante, estos dolores cada vez afectan a más personas y la investigación en este tema es escasa.

Consecuentemente, el dolor afecta de una manera mas profunda y grave a las personas de avanzada edad, esto se debe a la debilidad y al desgaste por el año de los paso, son menos activas, pierden el apetito lo que deriva en una pequeña desnutrición, y además supone un mayor agotamiento y pérdida de sueño.

²⁵ Puebla Díaz, F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S. Dolor iatrogénico pág 33.

²⁶SERRANO MARTÍNEZ, M, *Los últimos días ... op.cit .* pág.115.

²⁷ López Timoneda, F, *Definición y clasificación del dolor.* pág. 1-7.

Actualmente, las personas mayores o las que padecen enfermedades crónicas son las que más sufren y pueden tener un umbral de dolor más alto, puesto que no hay cuidados desarrollados para cuidar de dichas personas.

2.5 Enfermedad crónica:

Las enfermedades crónicas se pueden definir como “enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes”.²⁸ El padecimiento de estas enfermedades no significa sufrir una enfermedad grave, dentro de esta categoría se incluye tanto la artritis, la diabetes o el asma. Además el sufrimiento de este tipo de enfermedad deriva en un desgaste mental, físico y emocional.

A día de hoy, existen diversas tipologías de enfermedades crónicas, esto se debe a la existencia de distintos síntomas y tratamientos, pero el factor común con el que se encuentran es la extensa y larga duración en el tiempo. Afecta también a la parte emocional y mental el como se asume la enfermedad y como se convive con esta, ya que es diferente afrontarla de una manera positiva y con una buena actitud, que de una manera negativa decepcionado. Nos encontramos ante unos sentimientos que se suelen sentir al principio de la enfermedad, cada persona reacciona de una forma distinta al resto de la gente, y es por ello por lo que entra en juego la faceta subjetiva en la descripción del dolor. El objetivo principal de estas enfermedades es “tomar las riendas de la situación”,²⁹ por la cual, al saber más, saben en que consiste el tratamiento y pueden llevar una vida normal.

La problemática de este tipo de enfermedades, es el sufrimiento generalizado que abarca en el ser, de manera prolongada. Además de las consecuencias físicas, se ha de enfatizar en un punto de vista tanto social como económico ya que estos pueden provocar más daño al enfermo como puede ser una burla constante por parte de terceros, o desde

²⁸ Definición de enfermedad crónica, OMS, disponible en: https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/. Fecha de acceso: 10 de Marzo de 2021.

²⁹The Nemours Foundation, “Vivir con una enfermedad crónica” *Teens Health*: <https://kidshealth.org/es/teens/deal-chronic-illness-esp.html>. Fecha de acceso 14 de Maro de 2020

la parte económica todo el presupuesto que conllevan las pruebas o los aparatos que se necesitan para el control de las diferentes enfermedades como puede ser la diabetes y los medidores de glucosa.

2.6 Situación terminal:

La perfecta definición para la situación terminal sería la situación en la que la enfermedad está en fase terminal, es decir, que no tiene tratamiento específico curativo o con capacidad para retrasar la evolución, y que por ello conlleva a la muerte en un tiempo variable (generalmente inferior a seis meses); es progresiva; provoca síntomas intensos, multifactoriales, cambiantes y conlleva un gran sufrimiento tanto físico como psicológico en la familia y en el paciente”.³⁰ Definición estipulada por la OMS y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, por otro lado nos encontramos con la definición de SECPAL donde lo define como una “enfermedad avanzada en fase evolutiva e irreversible con síntomas múltiples, impacto emocional, pérdida de autonomía, con muy escasa o nula capacidad de respuesta al tratamiento específico y con un pronóstico de vida limitado a semanas o meses, en un contexto de fragilidad progresiva”.³¹

Los elementos fundamentales a estudiar si se trata de una situación terminal o por el contrario no se trata de dicha situación, son: la presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, la presencia numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes, a la vez que la falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, además de la generación de un profundo impacto emocional tanto en el paciente como en la familia y en el equipo terapéutico,

³⁰ MENGUAL BUIGUES, F, PÉREZ TORRES, J, SESÉ MAS, G, PÉREZ FEMENÍA, M, CARDONA BAYDAL, R, *Paciente Terminal: Guía de actuación Clínica en A.P.* Disponible en: <http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/guiasap027terminal.pdf>. Fecha de acceso 14 de Marzo de 2021.

³¹ SECPAL: DEFINICIÓN DE ENFERMEDAD TERMINAL (4,5) <https://www.secpal.com/CUIDADOS-PALIATIVOS-NO-ONCOLOGICOS-ENFERMEDAD-TERMINAL-Y-FACTORES-PRONOSTICOS#:~:text=a%20medio%20plazo.-.Enfermedad%20terminal.,un%20contexto%20de%20fragilidad%20progresiva>. Fecha de acceso 20 de Marzo de 2021.

consecuentemente está bastante relacionado con la presencia explícita o no de la muerte, y por último un pronóstico de vida limitado.

Actualmente, existe un listado en el cual se clasifican las enfermedades de situación terminal, dentro de esta clasificación nos encontramos generalmente el cáncer, el SIDA, enfermedades neurodegenerativas como el ELA o insuficiencias específicas como pueden ser la renal o la cardíaca. Pero es fundamental que aquellos pacientes que sean potencialmente curables, no se les considere en situación terminal, aun así, teniendo alguna de estas enfermedades, puesto que para que se considere situación terminal deben darse los elementos fundamentales.

Refiriéndonos a la problemática de estas enfermedades se debe a que la atención primaria, fundamental e integral no consigue darse al nivel esperado debido a que, el paciente y la familia no son considerados como una única unidad, por lo que no se consigue dar una atención tanto individual como común. A la vez que en determinados casos, no se realizan todas las pruebas pertinentes ni se realiza un correcto seguimiento, ya que se tiene en cuenta tanto la situación en la que se encuentran y el tiempo que les queda de vida.

2.7 Muerte clínica

La muerte clínica consiste en la detención de la muerte del encéfalo. Dentro de esta pequeña definición nos encontramos con la palabra muerte, que surge de la palabra *mors* definida como la interrupción definitiva de las funciones orgánicas de cualquier ser vivo, la cual viene precedida por una etapa agónica, que incluye una serie de manifestaciones clínicas, esta agonía puede ser corta o durar al menos un mes hasta antes de la muerte.

La muerte nos “sitúa en la realidad de lo que constitutivamente somos: seres limitados, finitos débiles y frágiles. La enfermedad y la muerte son signos evidentes de esta vulnerabilidad”.³²

³² ZURRIARÁIN RG. *Cuidados paliativos: solución ética acorde con la dignidad humana al final de la vida*. 2019, pg. 183. *Pers Bioet.* 2019; 23(2): 180-193. DOI: <https://doi.org/10.5294/pebi.2019.23.2.2>.

Dentro de este punto debemos hacer referencia a los términos final de la vida y la muerte, ya que afectan a la dignidad y al problema de la existencia de la persona, en el tramo del final de la vida es donde la palabra muerte adquiere una trascendencia importante y una mayor complejidad.

La muerte clínica puede ocurrir espontáneamente en una persona sana, a una persona con una enfermedad grave o debido a un accidente, en el cual se conoce como muerte cardiorrespiratoria.

Hay que diferenciar entre morir, que hace referencia al proceso biológico, a poner fin a la vida, de la muerte clínica que representa el momento en el que se diagnostica y se atestigua el estado de estar muerto.

No es lo mismo, “morir” que una “muerte clínica”, puesto que morir se refiere al proceso biológico, a poner fin a la vida, y la muerte clínica se refiere al momento en el que se diagnostica y atestigua un “nuevo estado”, el de estar muerto.

“Morir”: es un pronóstico clínico dentro de una referencia lineal del tiempo de la vida humana, permitiendo la consideración de que el proceso clínico está en estado terminal. Por lo que morir se refiere a la vida humana concreta como proceso biológico y al pronóstico de terminalidad de la vida temporal biológica del sujeto. Y en relación a la “muerte” puede referirse a un estado: es el opuesto a la vida o a un evento es el fin de la vida, opuesto al nacimiento. El evento de la muerte es la culminación de la vida en un organismo vivo, mientras que el estado es lo que sucede a dicho evento”.³³

La “muerte clínica” al reconocer un “nuevo estado” compromete la dimensión ontológica del sujeto objeto de estudio, puesto que abre la posibilidad de actuaciones

³³TRUEBA, J.L. *La muerte clínica: un diagnóstico y un testimonio*, 2005, pg.58, disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v30s3/original4.pdf>. Fecha de acceso: 15 de Marzo de 2020.

transcendentes como: la firma de un parte de defunción, la retirada de la respiración asistida, o la solicitud de donación de órganos a la familia del fallecido”.³⁴

3. LÍMITES Y ALCANCE DE LA RESPONSABILIDAD MÉDICA, FAMILIAR Y PERSONAL DEL ENFERMO, EN GENERAL Y EN SITUACIONES LÍMITES:

3.1 Dolor agudo, permanente

En cuanto al dolor, distinguiremos entre dos tipos de dolores: el dolor agudo y el dolor permanente. En relación con el dolor agudo es: aquel dolor repentino que deriva de alguna lesión o enfermedad, este dolor puede ser tratado y solucionado, con las medidas necesarias, pero hay veces, que este dolor no desaparece y se convierte en un dolor permanente o crónico, este dolor se clasifica por ser de larga duración y causa graves problemas. El dolor es una “experiencia subjetiva, siendo por tanto la escucha activa y la empatía de la persona la primera responsabilidad moral de la persona que cuida a la persona doliente”.³⁵

En relación con el médico, este sabe que el dolor esta relacionado con el sufrimiento, por lo que es consciente que en ningún momento puede hacer daño al paciente y debe ejercer una escucha activa con el paciente, puesto que hay momentos en los que los pacientes disminuyen su dolor. Subsidiariamente, la relación médico-enfermo, es importante y esencial, puesto que de esta relación deriva la relación y conexión entre los sujetos mencionados. Hay distintas relaciones entre médico y paciente:

³⁴ TRUEBA, J.L.: *op.cit*, pg.58, disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v30s3/original4.pdf>. Fecha acceso: 15 de Marzo de 2020.

³⁵ CARO GÓMEZ, DIEGO: Universidad de La Rioja: *La ética del cuidado en el final de la vida: un análisis ético del cuidado en el proceso humano de morir dignamente*, U2011-2012 pág 82.

MODELO	ROL DEL MÉDICO	ROL DEL PACIENTE	APLICACIÓN CLÍNICA	PROTOTIPO
Actividad-Pasividad	Hace cualquier cosa al enfermo	Incapaz de dar respuesta	Anestesia, coma, trauma agudo	Padre- Niño
Guía-Cooperación	Dice al paciente lo que debe hacer	Colabora obedeciendo	Infecciones, procesos agudos	Padre- Adolescente
Mutua participación	Ayuda al enfermo a ayudarse	Participa en asociación utilizando la ayuda	Enfermedades crónicas, psicoanálisis	Adulto- Adulto

Tabla 1: Comparación de los papeles del médico y paciente. (Elaboración propia)

Esta tabla, establece las distintas posibles relaciones entre los médicos y los enfermos y lo que supone cada una, estableciendo tanto las responsabilidades como los límites, y siempre respetando la voluntad del paciente.

En relación con el paciente, lo viven cada uno en su persona, no se puede comprar el dolor que tiene un enfermo con el dolor de otro paciente, puesto que nadie es igual y los dolores tampoco son iguales. De un dolor, y generalmente en las situaciones terminales, se derivan otros dolores, y a su vez, se derivan unos sentimientos generalmente de depresión, rechazo, agresividad... Por lo que, en estos momentos, han de contar con la ayuda y escucha activa tanto de los familiares como los médicos.

3.2. Imposibilidad de curación

La imposibilidad de curación: se da en las situaciones en las que el enfermo no tiene cura, y el único destino es continuar viviendo con la enfermedad hasta el fallecimiento. La imposibilidad de curación, se entiende como una situación grave, puesto que ya no tiene solución.

En relación con el doctor, su misión es salvaguardar el historial clínico del paciente, donde se recoge información como el tratamiento y su evolución, siendo este el que informa de la situación, del progreso, del explicándole todo lo que va a suponer.

Nunca le van a poder dejar morir solo y de mala forma, el enfermo aunque no tenga curación, ha de ser tratado como una persona digna y libre, y el límite que no ha de pasar el médico, es el de considerarlo como no persona.

En relación con el enfermo, la responsabilidad que tiene el enfermo, es dejar clara su voluntad a la hora de morir o en el momento que se empeore la situación, que es lo que va a querer que los profesionales lleven a cabo, según sus valores y deseos y, puesto que es una persona digna y libre nadie puede no considerarla como tal e ignorar sus voluntades, siendo responsabilidad de los profesionales y familiares respetar sus deseos y voluntades.

3.3 Situación terminal

En general, desde el punto de vista médica, familiar y del enfermo, afrontar una situación terminal, es muy duro, puesto que son situaciones muy graves.

Desde el punto de vista médico, los profesionales en cuanto a su responsabilidad tienen que lidiar, con uno de sus derechos y deberes que es salvar vida, llegados a esta situación, ya no hay posibilidad de cura, por lo que la responsabilidad del médico es intentar que el enfermo sufra menos, además de la comunicación continua, tanto con los familiares como con el paciente, llegando a ser muy difícil en distintas situaciones, en relación al mero hecho de como transmitirlo y a la vez, cómo será la reacción de los familiares y del enfermo, en la que ha de ser comunicado, de una forma sencilla, descriptiva, realista y verdadera, respondiendo a todas las preguntas realizadas por los familiares y el paciente, dentro de que las situaciones terminales, se consideran como graves, todo detalle de los diagnósticos, test, preguntas al paciente... son esenciales, para después el médico saber que tratamiento le conviene más para llevar a cabo.

En cuanto a los familiares, van a ser considerados como el pilar principal del apoyo del paciente, tanto en sus cuidados, como en el apoyo emocional del paciente, y reorganizarse para superar todos juntos esa situación, sabiendo en todo momento que va a ser un camino difícil, y sin sobrepasar el límite de llevar a cabo prácticas en contra de la voluntad del paciente. En las situaciones terminales graves, ya no es como ayudar a morir al enfermo, sino que es acompañarle en este difícilísimo camino.

En relación al enfermo, el enfermo a la hora de enterarse de la situación terminal en la que se encuentra gracias al médico, tendrá que ser fuerte para seguir hacia adelante hasta el último día de su vida. Necesitará escribir sus voluntades para que en el momento que se necesiten realizar las prácticas los profesionales médicos, puedan realizarlas sin ir en contra de su voluntad, y en el caso que ya no esté capacitado, será entre los familiares y los médicos los que decidan, según sus valores, principios...En estos momentos, la persona sigue manteniendo la condición de persona, y se la tiene que respetar por encima de todo. En cuanto a los límites del paciente en estos casos, es aceptar las recomendaciones tanto de los médicos como de los familiares, para solucionarlo poco a poco. La presencia de los familiares en estos momentos, es esencial para los enfermos, porque cuentan con su ayuda y presencia, y lo más importante es que no se sientan solos en estos momentos difíciles.

3.4 Consentimiento del paciente

El consentimiento libre: es una manifestación de acuerdo con algo, es la capacidad que tienen los hombres para elegir su forma de pensar y actuar, sin estar bajo el dominio de otro. Es un consentimiento que no tiene límites, que no está sujeto ni obligado a otra persona.

El consentimiento informado es: “un instrumento al servicio de la toma de decisiones. Implica un proceso y un substrato. El primero se trata en la relación clínica, en el diálogo del médico con el enfermo. El segundo es un documento que culmina el proceso de información en el que quedan plasmadas las decisiones compartidas³⁶”.

Desde el punto de vista de la responsabilidad médica, el consentimiento del paciente se establece como una protección de los pacientes de cualquiera de los daños que les pueden acontecer, busca siempre el bien del enfermo y procura evitarle cualquier daño, y es un derecho básico del paciente, y ha de respetarse en todo momento.

Desde el punto de vista de los familiares, estos son los que pueden aconsejar al enfermo, pero no pueden decidir por ellos, estarían sobrepasando tanto el límite de la

³⁶ SECPAL, *Problemas Éticos al Final de la Vida*, disponible en: <https://www.secpal.com/PROBLEMAS-ETICOS-AL-FINAL-DE-LA-VIDA>.

dignidad y derecho de libertad del enfermo, como el principio de autonomía bioético, aunque éste este muy enfermo, generalmente estarán de acuerdo a lo que el paciente diga, y en caso contrario, habrá que discutirlo con él, salvo en el caso en el que la situación sea muy terminal, y en este caso, será una decisión conjunta entre la familia y los médicos, teniendo en cuenta siempre el interés del paciente, respetando sus decisiones.

Desde el punto de vista del enfermo: se entiende como una garantía de su autonomía, de su libertad y de su dignidad.

El problema que se puede llegar a dar en estas situaciones, es cuando entran en conflicto la opinión del médico y la del enfermo, en cuanto a lo que diga el médico puede evitar un daño, pero este a la vez este limitando la autonomía del enfermo, en estos casos, la bioética, actúa, y se decidirá lo mejor, en una situación general, en la que el enfermo sea consciente de su voluntad, se llevará a cabo lo que él establezca y de acuerdo con los médicos y familiares sea conveniente, pero en las situaciones graves en las que el paciente, no tiene capacidad para decidir, será entre el médico y los familiares los que decidan, respetando siempre los valores y voluntad del enfermo.

4. RESPUESTAS MÉDICAS EN LA PRÁCTICA- CÓDIGO DEONTOLÓGICO:

4.1. Eutanasia

La eutanasia ha estado vigente, aunque de forma pasiva e intencionada, en las tribus nómadas, a través del abandono de los enfermos, ancianos, inválidos... dejándoles morir de hambre y sed, abandonados en la fría montaña, esto se debía a los distintos desplazamientos que tenían que llevar a cabo, y estos inválidos, enfermos o ancianos, lo que producían era ralentizar esos desplazamientos, por lo que les abandonaban, para seguir hacia delante.

Actualmente, el concepto de eutanasia es bastante confuso, debido a la tipología de esta, categorizándose como eutanasia activa voluntaria o involuntaria, tanto como la eutanasia activa no voluntaria.

El factor clave para la bioética, no es tanto el proceso psicológico o el biológico, sino la perspectiva ética de la eutanasia. En todo momento, se han de respetar los principios biológicos, siendo estos el de justicia, beneficencia, autonomía, no maleficencia

Independientemente de que la eutanasia, sea activa o pasiva, lo más importante es acompañar al enfermo en todo momento, pues ese sabe que, en un periodo de tiempo no muy largo, no estará ya con sus seres queridos, ni haciendo las actividades que ha realizado a lo largo de su vida, todo esto provoca que el enfermo se asuste y es por ello la importancia de acompañarle en estos últimos momentos.

Se da también la eutanasia intencional, donde los argumentos principales, para llevar a cabo la eutanasia por parte de los médicos es: “toda persona es autónoma, toda persona tiene derecho a decidir sobre su vida, la falta de calidad de vida que conllevan algunas enfermedades, no es justo someter al hombre a circunstancias dolorosas, cuando se tiene el poder de evitarlo”.³⁷

Desde un punto de vista económico, psíquico y sanitario, hay muchas ocasiones en las que se tiene que tomar como medida la eutanasia puesto que no se han llevado de manera correcta los tratamientos médicos.

Lo más importante a la hora de practicar la eutanasia es, ver el origen de la solicitud de esta, es decir, si se ha solicitado por el propio paciente (eutanasia solicitada) y consecuentemente, tener el consentimiento del enfermo, y en caso de que éste, no esté en situaciones, serán los familiares los que los decidan, con la aprobación del médico. Es importante indagar en los sentimientos, valores y su reacción a las diversas situaciones adversas a lo largo de su vida. La suma de todos estos factores da lugar a la verdadera decisión del enfermo resultando así una buena muerte, que es la eutanasia.

³⁷ GERMÁN, Roberto, *Aspectos sociales de la eutanasia*, 2019, Cuadernos de Bioética. 2019; 30(98): pág.25.

4.2. Los cuidados paliativos

Los cuidados paliativos, que son aquellos cuidados que hacen el camino de la muerte más digno, surgen como “estrategia para la consecución de la dignificación del proceso de morir tan amenazada en la actualidad”.³⁸

A partir de la Declaración Universal de los Derechos del Hombre, del 10 de diciembre de 1948, se consideran derechos fundamentales los cuidados paliativos, incluidos en las leyes tanto a nivel internacional como nacional.

Los cuidados paliativos, suelen presentarse en situaciones terminales o de imposibilidad de curación, aminorando así el sufrimiento, siempre de acuerdo con la voluntad y libertad del enfermo, manteniendo su dignidad, actuando además de acuerdo con los principios bioéticos.

Por parte de los médicos, a la hora de llevar a cabo los cuidados paliativos, necesitarán estar atentos en todo momento para manifestar la búsqueda y desarrollar los cuidados necesarios para dar la mayor calidad de vida posible aun sabiendo que fallecerá un período de tiempo limitado. Siendo este el punto de partida para la futura relación médico- enfermo y médico- familiar, por lo que es muy importante que el equipo médico, para conseguir el objetivo, y teniendo en cuenta sus límites, sean comunes a todo el equipo, por lo que previamente, han de deliberar y consensuar, las estrategias y opiniones, para que a la hora de actuar o se desarrollen las prácticas correctamente. El equipo médico se conoce como el Equipo Especializado de Atención Paliativa (EDAP).

Según SECPAL, la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, establece para desarrollar la mejora de los cuidados paliativos, las siguientes medidas:

- “la implementación de recursos específicos,
- la mejora de la atención en los recursos ya existentes (atención primaria, Hospitales generales y Centros de larga estancia),
- la formación de profesionales y,

³⁸ CARO GÓMEZ, DIEGO: Universidad de la Rioja: *La ética del cuidado en el final de la vida: un análisis ético del cuidado en el proceso humano de morir dignamente*, 2011-2012 pg 93.

- la educación de la sociedad y su participación a través del voluntariado³⁹”.

4.3 Análisis iusfilosófico comparativo de cada una de estas respuestas.

En cuanto al análisis iusfilosófico, de la eutanasia y de los cuidados paliativos, hay que tener en cuenta la noción de la vida humana, y los principios de la bioética, según cómo influyen estas prácticas, siendo así el principio de autonomía, de no maleficencia, de beneficencia, de proporcionalidad y de justicia, además de su impacto en la sociedad.

En cuanto a la noción de vida humana, la eutanasia, se centra más en la calidad de la vida, aunque sea más corto el periodo de tiempo, que, para los cuidados paliativos, en los que, a través de los cuidados, lo que se intenta es que a través de distintos cuidados sufra menos el enfermo durante lo que queda de vida sin tratar de acortarla o que dure más la vida. La vida, es de cada uno, y nadie puede ir en contra de la vida de nadie, cada uno es propio de decir que es lo que quiere, por lo que si una persona, quiere morir, por muy dura que sea esa decisión, ha de respetar su decisión, al igual que si una persona prefiere llevar a cabo los cuidados paliativos, pues habrá que proporcionárselos.

Las personas, se van formando, a través de su conciencia, y la razón van aprendiendo poco a poco, van desarrollándose como personas, y así deciden lo que quieren y lo que no quieren, forjando sus valores fundamentales, a partir de los sentimientos, las personas, nos relacionamos y nos llegamos a entender, todos somos dignos y libres, y tanto para la eutanasia como para los cuidados paliativos, son derechos que siempre hay que respetar y tener en cuenta, a la hora de llevar a cabo la práctica de la eutanasia, o de llevar a cabo unos cuidados paliativos u otros.

Normalmente, la gente que recibe estos cuidados o la eutanasia, es gente mayor o con enfermedades crónicas, o discapacitados. En relación al trasfondo cultural, pueden ser una especie de autoridad moral y tener un papel activo en la vida social o como una carga, llegados en el punto de su vida, en el que no pueden desarrollar distintas

³⁹ SECPAL, *Guía de Cuidados Paliativos*, disponible en: https://www.secpal.com/biblioteca_guia-cuidados-paliativos-1.

actividades, los familiares y los médicos, han de hacerles ver a estas personas que no son cargas, si no que siguen siendo personas, aunque estén enfermas.

En relación al principio de autonomía, en los que se basan tanto la eutanasia como los cuidados paliativos, lo más importante es, que la persona es la responsable de sus decisiones y de sus actos. Se basan en que el paciente, tiene conocimiento, ausencia de constricción y conocimiento, con lo que luego firmara el consentimiento.

Es un derecho del paciente, el poder decidir, no un deber, puesto que es sobre su propia persona en quien se van a desarrollar las distintas actividades. Se tiene en cuenta el derecho de que las propias decisiones no pueden ser controladas por los demás, pero sí que se les puede aconsejar, para que sufran menos o no hagan daño al resto de personas. Este principio, solo se llevará a cabo en el caso de que el enfermo, sea consciente, en caso de que no lo sea, serán en conjunto los médicos con los familiares, los que decidan, siempre respetando sus voluntades.

En cuanto al principio de beneficencia: se basa en: “la obligación moral de actuar en beneficio de los otros”.⁴⁰ Este principio se refiere, a que tanto la eutanasia como los cuidados paliativos, han de ser la mejor opción para los pacientes que lo solicitan. En el caso de la eutanasia, no hay muchas opciones donde elegir, puesto que se va a acabar con la vida de la persona, pero va a ser una buena muerte, una muerte digna, mientras que en los cuidados paliativos, ha de ver cuáles son mejores para el paciente, comprando los cuidados para ver tanto los efectos positivos como negativos, para así a la hora de realizarlo al paciente, que sea el que menos efectos negativos le aporte y más beneficioso sea para él. Este principio se basa en la generosidad de las personas, todo el servicio médico, que vela por el menor sufrimiento del paciente y por obtener la mejor opción para el paciente, además de los familiares que están con el enfermo acompañándoles en todo momento, para que no se sientan solos, desde el ámbito moral y personal, es gratificante para el enfermo estar acompañado.

Este principio, está relacionado con el principio de no maleficencia: se basa en no hacer daño a los pacientes, en relación a la práctica de la eutanasia, ha de ser siempre una

⁴⁰ Principio de beneficencia, disponible en: https://www.bioeticawiki.com/Principio_de_beneficencia.

muerte digna y buena, mientras en los cuidados paliativos, siempre se ha de buscar aquellos cuidados que hagan menos daños y que reduzcan el sufrimiento, nunca se ha de producir una negligencia, que se obtiene por no prestar la suficiente atención y el suficiente cuidado hacia el paciente, como por ejemplo , una enfermera en vez de cambiarle el vendaje en el momento preciso al paciente, no se lo cambia aumentando el riesgo del paciente, o darle la medicación incorrecta por “error”. Al igual que hay negligencias, no intencionadas como por ejemplo decirle al paciente una información que no debía, siguen siendo responsables de esa negligencia, haciendo daño al paciente, son responsables tanto jurídica como éticamente los médicos y los enfermeros.

En relación a la justicia, la justicia es un principio de la bioética, en el que desde el derecho la justicia se entiende como: “conjunto de valores esenciales sobre los cuales debe basarse una sociedad y el Estado. Estos valores son el respeto, la equidad, la igualdad y la libertad”. En un sentido formal, la justicia es el conjunto de normas codificadas que el Estado, a través de los organismos competentes, dicta, hace cumplir y sanciona cuando son irrespectadas, suprimiendo la acción o inacción que generó la afectación del bien común”,⁴¹ mientras que, en filosofía, para Aristóteles, la justicia es dar a cada uno lo que le corresponde, según sus aportes y necesidades en la sociedad. En relación a la eutanasia, los médicos saben desde un primer momento, que ninguna operación, va a salvarle la vida al paciente, por lo que, deberán actuar justamente, explicándoles correctamente la situación, y una vez solicitada por el paciente, la eutanasia, llevarla a cabo. En cuanto a los cuidados paliativos, aquí, también han de ser justos, primero respetando la decisión del enfermo, y después sabiendo los cuidados que de verdad le van a ayudar, y no por los cuales van a ganar más dinero.

Ambas prácticas, deben de ser, según el principio de justicia, posibles para todos aquellos que lo necesiten, y actualmente, no todos los hospitales pueden proporcionarlos ni todo el mundo que lo necesite, tiene acceso a ellos, siendo injusto. Por lo que el principio de justicia, lo que intenta es que haya equidad económica, y resuelva las distintas cuestiones médicas que se presentan de forma general, intentando dar a cada uno

⁴¹SIGNIFICADOS, “Significado de Justicia” SIGNIFICADOS, *disponible en:* <https://www.significados.com/justicia/>. Fecha acceso: 30 de Marzo de 2021.

lo que necesite, con el esfuerzo que requiera por parte de los médicos y de la familia, en las condiciones de riesgo similares.

En relación con estos principios debe haber una proporción en las distintas prácticas de la eutanasia y de los cuidados paliativos, sobre todo en estos últimos, entre los que habrá que ver los efectos positivos, como que se reduce el dolor y los negativos, para la salud, como el acortamiento de la vida, la proporcionalidad es otro principio de la bioética, es un principio, que establece cuando es ético utilizar unos medios y la explicación de su utilización, ver los resultados que se pueden obtener con ellos.

Actualmente, los cuidados paliativos, están aceptados mayormente por la sociedad, “se basan en el respeto a la vida humana”.⁴² Ayudan a vivir a las personas, sin tanto sufrimiento hasta el día en el que mueran, estos cuidados ayudan a morir al paciente, y la mayoría de la gente está a favor de ellos, puesto que la dignidad de la persona se mantiene en todo momento y se respeta sus decisiones, pero lo que están tratando con los cuidados paliativos es que la persona sufra menos. Al fin y al cabo, con estos cuidados se está llevando al acortamiento de la vida de esa persona, pero el problema, no es la cuestión de un acortamiento o alargamiento de vida, sino de cómo se encuentra la persona, sus dolores y sufrimientos, estas personas, son aquellas que se encuentran muy enfermas, con enfermedades crónicas o discapacitados, y la dificultad de accesibilidad que tienen estos cuidados, puesto que no en todos los hospitales tanto públicos como privados, disponen de estos cuidados, además en cuanto a la economía, no todo el mundo tiene los recursos económicos para acceder a ellos, puesto que requieren de la cooperación de los servicios médicos específicos. Por lo que deberían de ser más justos estos cuidados, y ser accesibles para toda la gente que lo necesitan, se necesita un ley para garantizar una íntegra atención sobre las necesidades de los pacientes en los últimos momentos de su vida.

Estos cuidados paliativos, la sociedad establece, que se basan en el respeto, reducción del dolor y sufrimiento, y ofreciendo el mejor bienestar posible hasta la hora de la muerte, lo acompañan a morir de la mejor manera, no acaban con su vida directamente. Por lo que la sociedad solidaria, se centra en esta opción de los cuidados

⁴² ZURRIARÁIN GERMÁN, R, op.cit, pg.31.

paliativos, para que el enfermo este acompañado en el difícil camino de sufrimiento y dolor que le espera hasta el día de su muerte.

La eutanasia, esta mucho menos aceptado por la sociedad que los cuidados paliativos, puesto que significa acabar con la vida y no reducir el sufrimiento, que indirectamente acabará antes con la vida de la persona. La parte de la sociedad que apoya la eutanasia, es porque entienden, que el enfermo no quiera seguir sufriendo más y pueda morir tranquilo y con su dignidad, y con su consentimiento, respetado por los médicos y los familiares. En todo momento, la petición del paciente esta vinculada al respeto de su propia vida, de su dignidad humana. Ésta petición “se expresa en la demanda de reconocimiento al derecho a una muerte digna”,⁴³ y ha de ser respetada por todos, en relación a la decisión del paciente.

“Una parte de la sociedad piensa que la vida es sagrada e indisponible, pero la otra parte piensa que cada persona es soberana de sí mismo y, por tanto, puede disponer de su vida”.⁴⁴ En nuestra democracia, es intolerante que el legislador favorezca a alguna de las dos secciones, por lo tanto se debe llevar a cabo la legalización de la eutanasia, garantizando la soberanía y la dignidad de la persona.

En relación a los cuidados paliativos y a la eutanasia, ambos se basan en los principios de no maleficencia, beneficencia, justicia, autonomía e igualdad, hay que actuar siempre en beneficio del enfermo, y evitar el enseñamiento terapéutico, puesto que al fin y al cabo se está lidiando con la vida de una persona, con el derecho más importante que hay. Puesto que toda persona es autónoma, tiene derecho a decidir sobre su vida, ya no disfruta de la calidad de vida que tenía antes de la enfermedad, y teniendo la posibilidad de evitar sufrir, es mejor que la gente no sufra.

Cada vez hay más gente a favor de la eutanasia, y defienden estos argumentos, pero la gente que no la acepta, es porque la vida es indisponible y es sagrada, y el estado no es quien para decidir si un médico puede acabar con la vida del paciente. La eutanasia, por lo tanto no es solo una cuestión individual, si no que afecta a la sociedad.

⁴³ ZURRIARÁIN GERMÁN. R, Ídem, pág. 27

⁴⁴ ZURRIARÁIN GERMÁN, R, Idem,pág.25

En lo que está de acuerdo la sociedad, independientemente de que unos acepten la eutanasia y otros no, o unos prefieran los cuidados paliativos, es que, al fin y al cabo, es llevar a cabo una legislación para cada una de las prácticas, para respetar en todo momento la dignidad humana de los enfermos, y los cuidados bioéticos, junto con que hay que estar con el enfermo, hay que acompañarlo, apoyarlo, para que no se sienta ni como una carga, ni se sienta solo, pues al fin y al cabo es una persona, y la soledad es uno de los peores sentimientos que una persona puede llegar a sentir. En todo momento hay que respetar su decisión, y no ir en contra de él, se le podrá aconsejar, pero no ignorar lo que él quiere que los médicos le lleven a cabo, una vez éste haya sido informado y haya dado su consentimiento.

4.4 Derecho comparado

En España, las leyes establecen, tanto la eutanasia como los cuidados paliativos, como derecho de todas y cada una de las personas, sin poder ser el uno y el otro, negados por cualquier otra persona. Esto sería contradictorio al derecho de la libertad y la igualdad, recogidos en la Constitución en el artículo 17 y 14, respectivamente. En relación a la eutanasia, estarán protegidos por los artículos: 15, sobre la integridad física y moral de la persona, la dignidad humana en el artículo 10, el valor superior de libertad en el artículo 1.1, el derecho a la intimidad, en el artículo 18.1 y en relación a la libertad ideológica y de conciencia, recogido en el artículo 16.

Actualmente, son siete los países que tienen una legislación que aprueba la eutanasia, estos son: Países Bajos, Bélgica, Luxemburgo, Colombia, Canadá y Nueva Zelanda. En algunos Estados de Estados Unidos, en Suiza y en el Estado de Victoria de Australia se permite el suicidio asistido.

Holanda, fue el primer país en aprobar tanto la eutanasia como el suicidio asistido en 2002, basándose en un “sufrimiento inaguantable sin perspectiva de mejora”⁴⁵ Es en 2019 la primera vez, que un médico ha tenido que justificar su actividad, ya que al ejercer la actividad de la eutanasia, lo hizo en un paciente que tenía demencia avanzada, y se

⁴⁵ El País: La muerte asistida es legal en ocho países. Fecha de acceso 11 de abril 2021.

basó en la declaración escrita de voluntad de este paciente, sin embargo entran en juego las señales contradictorias en relación a la muerte. En este caso, la mujer una vez avanzó su demencia solicitaba continuar con la voluntad escrita de fallecer y otras veces decía que no. Esto ha derivado en un descenso de casos de la eutanasia, y ha abierto un debate sobre la prevalencia de la petición cognitiva o la emocional del paciente.

La doctrina del TEDH en relación con este tema y con el derecho a la muerte digna comienza con la Sentencia *Pretty vs. Reino Unido*, (2002)⁴⁶, en la que una mujer, Diane Pretty, sufría de esclerosis lateral amiotrofia (ELA), la cual, es una enfermedad neurodegenerativa sin cura, provocando una parálisis de los músculos. Su enfermedad se hallaba en un estado ya avanzado, estando paralizado su cuerpo desde el cuello hasta los pies, quedándole muy poco de vida, pero sus facultades mentales, estaban íntegramente bien, tanto intelectual como de decisión, pudiendo así elegir el modo de muerte, para evitar sufrir dichas pruebas. Desestimaron su demanda puesto que consideraban que se trataba de un suicidio asistido, prohibido en Inglaterra por aquel entonces donde se desestimó la demanda por la considerar que se vulneraban varios derechos fundamentales consagrados en el Convenio Europeo de Derechos Humanos, entre los que está el derecho a la vida, artículo 2 del Convenio, en el que la demandante alegó que a cada persona le corresponde decidir, vivir o no, resultando así, que el Estado modifique su derecho, permitiéndole a la demandante esa elección, la prohibición de tratos inhumanos y degradantes, en el artículo 3 del Convenio, establece la demandante que el estado debe abstenerse en estas decisiones, además de los artículos 8: el derecho del respeto de la vida privada, el artículo 9, la libertad de pensamiento y el artículo 14 en relación a la prohibición de la discriminación, estableciendo que todas las personas son libre para ejercer su derecho a morir, estableciendo que la prohibición del suicidio asistido iba en contra de sus derechos.

Otra Sentencia, en 2011 la Sentencia *Haas vs. Suiza* (2011)⁴⁷. El demandante Haas, padecía un trastorno bipolar, desde hace unos 20 años, por el cual se intentó suicidar dos veces, siendo sometido a internaciones psiquiátricas, el demandante pertenecía a

⁴⁶ Sentencia *Pretty vs. United Kingdom*, de 29 de abril de 2002.

⁴⁷ Sentencia *Haas vs. Suiza*, de 20 de enero de 2011.

“*Dignitas*”, una asociación de asistencia al suicidio, debido a que su vida era un infierno y no podía vivir dignamente, por lo tanto, acudió al artículo 8 del Convenio Europeo de los Derechos Humanos, además de acudir al artículo 8.2, los cuales el Tribunal Federal rechazó estos recursos. Es por ello que Haas, presentó un recurso ante la Corte Europea de Derechos Humanos contra Suiza, en la cual alegó la violación del artículo 8 de la Convención Europea de Derechos Humanos, declarando por unanimidad que no hubo violación del artículo 8, manifestó, que el derecho de las personas a decidir tanto el modo como la manera para acabar con su vida, constituye uno de los aspectos a proteger del derecho a la vida privada; siempre y cuando se dieran los requisitos de plena capacidad para actuar en consecuencia de lo decidido. Suiza es el único país que permite la entrada de ciudadanos para que puedan morir dentro de este país.

Por lo tanto, en Suiza, de conformidad con el artículo 155 del Código Penal de 1918, el cual no fue hasta 1980 el momento en el que se empezó a regular estas prácticas, en las que se permitió el suicidio asistido, siendo los responsables los médicos que prescriben el fármaco, informando en todo momento al paciente, los cuales generalmente no están cuando se produce el fallecimiento.

En relación con América Latina, solamente se permite la práctica de la eutanasia en Colombia. Esta se despenalizó en 1997 por el Tribunal Constitucional, hasta 2015 era considerado como un asesinato por compasión, recogido de esta manera en el Código Penal. Sin embargo, gracias a la Resolución 12.116/2015 del Ministerio de Salud y Protección Social,⁴⁸ se establecieron los procedimientos y criterios concretos para garantizar un derecho a la muerte digna, por la cual está permitido que se puedan administrar por los médicos drogas por vías intravenosas, para aquellos pacientes que tengan sufrimientos y dolores intensos, siempre y cuando el paciente sea consciente de que esta solicitando la asistencia necesaria para morir, debiendo esta ser supervisada y autorizada por su médico, psiquiatra, abogado o psicólogo, ya sean colombianos u

⁴⁸ Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 12.116/2015, de 20 de abril, en relación con las directrices para la organización y funcionamiento de los Comités para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/ResoluciC3B3n201216_20de_202015.pdf Fecha de acceso 11 de abril de 2022.

extranjeros. La gran diferencia con el resto de los países, es que aquí no hay una regulación para este tema.

En Estados Unidos, el suicidio asistido, es legal en solo cinco de los cincuenta estados, los cuales son: Montana, Oregón, Washington, California y Vermont. El Estado pionero de Estados Unidos fue Oregón, por el que el 27 de Octubre de 1997, se aprobó el “Acta de muerte con dignidad”,⁴⁹ permitiendo a los mayores de 18 años con capacidad de expresar su deseo y voluntad, residentes en Oregón, con enfermedades terminales los cuales están sufriendo y tienen una vida de menos de seis meses de esperanza de vida, a recibir aquellos medicamentos necesarios para poner fin a su vida, a los cuales se les autoadministra voluntariamente medicamentos letales, los cuales no significa en si suicidio asistido, pero si una muerte digna.

El caso más reciente hace referencia a Brittany Maynard, una enferma de cáncer terminal, que se tubo que trasladar a Oregón a ejercer su derecho a morir de una manera digna. Con este caso, se pronunció el Vaticano en contra de la eutanasia afirmando que el suicidio asistido no e trataba de una muerte digna, sino que es algo absurdo.

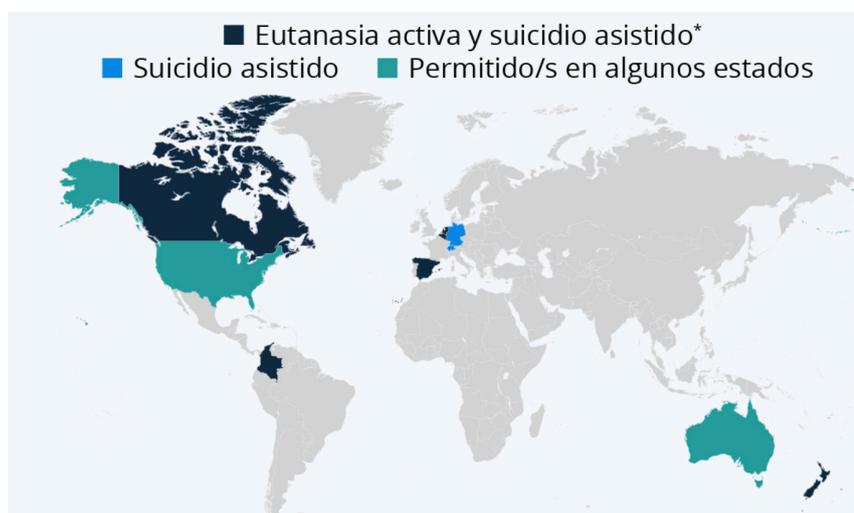


Imagen 1: Países donde está legalizada la eutanasia y el suicidio asistido (Fuente Statista, 2020)

⁴⁹Defensor del Pueblo Andaluz, Eutanasia y suicidio asistido, datos para un debate, disponible en https://www.defensordelpuebloandaluz.es/sites/default/files/ie-muerte-digna/documentos/8_2_eutanasia_derecho.pdf. p. 294

En esta tabla podemos ver los países donde se da la eutanasia y el suicidio asistido, ya sea a lo largo del país entero o solo en ciertos Estados como ocurre en Estados Unidos o Australia, en la parte de Australia del Este la ley entrará en vigor a finales del 2021.

En cuanto a la relación con el derecho comparado con el derecho a la muerte digna, entre la jurisprudencia del Tribunal de Estrasburgo y el Tribunal Supremo de Canadá, están siendo muy discutidas, debido al aumento de la esperanza de vida y la consolidación del paciente en cuanto a su autonomía. La legislación y la jurisprudencia no son uniformes en cuanto a esta autonomía, siendo de interés la Carta Canadiense, evolucionando la función social de los Tribunales salvaguardando los derechos individuales, el caso del Sr. Morgentaler, el Tribunal se enfrentó contra una demanda de una enfermedad terminal, en la que se quería prohibir la muerte asistida, debido a que no se entrometieses con el derecho de protección a la vida humana, en la que se mantuvo esa prohibición tanto sobre la muerte como el suicidio asistido, debido a que era inconstitucional, por in en contra del artículo 7 de la Carta de los Derechos Humanos de Canadá.

En febrero de 2015, Canadá suspendió la prohibición del suicidio asistido y de la eutanasia, Quebec, fue la provincia pionera en regular estas situaciones, a través del “Acta sobre el cuidado en el fin de la vida”,⁵⁰ entrando en vigor en diciembre del 2015, a diferencia de los otros países no es necesario una esperanza de vida de seis o menos meses, y es por medio de los médicos los que suministras las sustancias necesarias para su muerte, siempre y cuando el paciente lo haya solicitado.

En Luxemburgo, también esta aprobada la ley para el suicidio y la eutanasia, para aquellas personas con enfermedades terminales y tengan sufrimientos psicológicos y físicos constantes y muy dolorosos, los cuales no se pueden aliviar. En todo momento, es el paciente quien debe solicitar esta posibilidad a través de “Disposiciones para el final

⁵⁰Defensor del Pueblo Andaluz, Eutanasia y suicidio asistido, datos para un debate, disponible en https://www.defensordelpuebloandaluz.es/sites/default/files/ie-muerte-digna/documentos/8_2_eutanasia_derecho.pdf. p.296

de la vida”,⁵¹a través de un documento escrito, el cual es registrado y analizado por la Comisión Nacional de Control y Evaluación.

En cuanto a Holanda, que tiene una regulación muy similar a la de Bélgica y Luxemburgo, por el cual el paciente, que debe de padecer una enfermedad crónica, cuyos dolores sean insoportables y constantes, debe realizar la solicitud, mediante el cual, el médico debe de informarle en todo momento sobre la situación y las demás posibles opciones, debiendo consultarlo con otro médico y a las autoridades. Aparte de estas personas, también es posible estas prácticas para aquellas personas con demencia o los niños entre 12 y 17 años con capacidad mental comprobada, y los recién nacidos siempre y cuando estén bajo la regulación “Protocolo de Groningen”.⁵²

5. REGULACIÓN EXISTENTE EUTANASIA EN ESPAÑA Y REGULACIÓN EXISTENTE DE CUIDADOS PALIATIVOS EN ESPAÑA. COMPARACIÓN. PROPOSICION DE LEY EUTANASIA

En España, se ha aprobado la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, llevada a cabo por el Partido socialista obrero español (PSOE), en el que la proposición de ley fue admitida a trámite con el apoyo de más de 200 diputados, yendo en contra los partidos políticos, de Vox, Partido Popular, Navarra Suma y Foro Asturias.

En el texto registrado por el PSOE, el objeto viene recogido en el artículo 1:

“El objeto de esta ley es regular el derecho que corresponde a toda persona que cumpla las condiciones exigidas a solicitar y recibir la ayuda necesaria para

⁵¹Defensor del Pueblo Andaluz, Eutanasia y suicidio asistido, datos para un debate, disponible en https://www.defensordelpuebloandaluz.es/sites/default/files/ie-muerte-digna/documentos/8_2_eutanasia_derecho.pdf. P. 299

⁵² Defensor del Pueblo Andaluz, Eutanasia y suicidio asistido, datos para un debate, disponible en https://www.defensordelpuebloandaluz.es/sites/default/files/ie-muerte-digna/documentos/8_2_eutanasia_derecho.pdf. P. 301

*morir, el procedimiento que ha de seguirse y las garantías que han de observarse”.*⁵³

Esta ley tiene como objetivo dar una “respuesta jurídica, sistemática, equilibrada y garantista a una demanda social”.⁵⁴

María Luisa Carcedo, diputada del PSOE, defendió, que el objetivo, es regular un nuevo derecho pudiéndolo ejercer aquellas personas que lo deseen, siempre y cuando las personas que lo soliciten serán aquellas que sufran “una enfermedad incurable y que les está generando un sufrimiento y un dolor insoportable para su dignidad e integridad física o moral”.⁵⁵

Para la solicitud de la eutanasia, los requisitos mínimos se encuentran recogidos en el art. 5 de la ley y hacen referencia a la capacidad plena de obrar y decidir, a ser mayor de edad y que sea residente legal en España o con nacionalidad española. Esto significa que el paciente de manera consciente, autónoma, e informado, va a completar y rubricar dos escritos con un plazo de quince días entre estos, a no ser que el fallecimiento sea inmediato, donde se aceptará en cualquier momento. La segunda forma de solicitarla, será a través del documento de instrucciones previas, contemplado en el ordenamiento.

La normativa establece dos modalidades, las cuales son: “la administración directa al paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario competente y la autoingesta por parte del paciente de una sustancia prescrita por el médico”.⁵⁶

⁵³Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. Disponible en: [https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2021-4628#:~:text=A%2D2021%2D4628-Ley%20Org%C3%A1nica%203%2F2021%2C%20de%2024%20de%20marzo%2C%20de,a%2034049%20\(13%20p%C3%A1gs.%20\)](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2021-4628#:~:text=A%2D2021%2D4628-Ley%20Org%C3%A1nica%203%2F2021%2C%20de%2024%20de%20marzo%2C%20de,a%2034049%20(13%20p%C3%A1gs.%20)) Fecha de acceso 4 de abril de 2021

⁵⁴“Así es la ley de la eutanasia que se quiere aprobar en España” *Público*: MADRID [11/02/2020 18:07](https://www.publico.es/politica/ley-eutanasia-ley-eutanasia-quiere-aprobar-espana.html) ACTUALIZADO: [12/02/2020 10:54](https://www.publico.es/politica/ley-eutanasia-ley-eutanasia-quiere-aprobar-espana.html), disponible en: <https://www.publico.es/politica/ley-eutanasia-ley-eutanasia-quiere-aprobar-espana.html>. Fecha acceso: 4 de Abril de 2021

⁵⁵“Así es la ley de eutanasia que busca ser aprobada en España” Blog: *Con Salud*, 01/03/2020, disponible en: https://www.consalud.es/pacientes/ley-eutanasia-busca-aprobada-espana_74982_102.html.

⁵⁶“Así es la ley...España”, *Con Salud*, *op.cit* 01/03/2020. Fecha acceso: 4 de Abril de 2021

En todo momento la relación del paciente- médico, será buena, en la cual el doctor, sabiendo y habiendo estudiado la situación, le explicará al paciente de la mejor forma la situación en la que se encuentra el paciente, para que el paciente lo entienda completamente y pueda decidir, siendo su decisión respetada en todo momento y contando con el apoyo del médico y familiares en todo momento.

Para llevar a cabo la eutanasia en España, el procedimiento está expuesto en el artículo 8. En primer lugar, se establecerá el método de actuación, en el que primero se recibe la solicitud de presentación de ayuda para morir, en el plazo de dos días, el médico una vez habiéndolo verificado, establecerá con el paciente el proceso sobre las posibilidades terapéuticas, el diagnóstico y los posibles resultados, además de los distintos cuidados paliativos que se les favorecerá. En segundo lugar, pasadas veinticuatro horas del proceso deliberativo entre el médico y el paciente, el médico encargado solicitará seguir o declinar con la decisión. En tercer lugar, el médico responsable, consultará al médico consultor, que previamente este habrá examinado y estudiando la historia clínica del paciente, el cual corroborará en el plazo de diez días naturales, el cumplimiento de las condiciones. En cuarto lugar, antes de llevar a cabo la prestación de acabar con la vida del paciente, el informe se remitirá al presidente de la Comisión de Evaluación y Control, que realizará el control previo y podrá llevar a cabo dicha prestación sin el control previo, en los casos excepcionales de muerte o pérdida de capacidad inminentes apreciados por los médicos responsables”.⁵⁷

La Comisión de Evaluación y Control, la cual se encuentra en cada una de las ciudades o comunidades autónomas, con naturaleza de órgano administrativo se crearán de acuerdo con el gobierno autonómico y Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, en el plazo de tres meses próximos a la entrada en vigor de la ley, y cada una de ella tendrá su reglamento de orden interno, según establece el artículo 17 y el control previo lo llevará la Comisión, recogido en el artículo 10, se basa en: la elección de dos miembros de la comisión por parte del presidente, en el plazo de dos días, los cuales tendrán la documentación completa del historial clínica, además de estar en contacto con los médicos responsables y el paciente. En el plazo de siete días, elevarán la propuesta a la comisión, la cual decidirá si continuar o no con la prestación de ayuda para morir.

⁵⁷Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

En cuanto a la realización de la prestación de ayuda a morir, una vez aceptada la resolución por la Comisión de Evaluación y Control, la prestación deberá hacerse cuidadosamente y con profesionalidad por parte de los médicos, y según haya establecido el paciente, en el caso de que se encuentre consciente, así como la ayuda y asistencia necesaria en todo momento, según recoge el artículo 11.

En el artículo 12, una vez realizada la prestación de ayuda para morir, en el plazo de cinco días, el médico responsable mandará a la Comisión de Evaluación y Control de su comunidad o ciudad autónoma dos documentos: un documento sellado por el médico responsable, llamado “documento primero”,⁵⁸ con los siguientes datos: “nombre completo y domicilio del solicitante, y en su caso, de la persona autorizada, nombre completo, dirección y número de identificación del médico responsable y del médico consultor y el segundo documento, llamado “documento segundo”.⁵⁹ Incluirá: sexo y edad del solicitante, fecha y lugar de la muerte, tiempo transcurrido desde la primera y última petición hasta la muerte del paciente, junto a una descripción de la patología del paciente, naturaleza de su sufrimiento, información sobre la voluntariedad, reiteración de la petición y reflexión, una copia del documento de instrucciones previas o un documento equivalente, además del procedimiento seguido por los médicos y el equipo sanitario, junto a la capacitación de los médicos consultores y las fechas de las consultas.

Esta prestación de ayuda para morir, se incluirá en la Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y será de financiación pública, estos servicios públicos aplicaran los medios y medidas necesarias para llevar a cabo esta prestación, con los requisitos establecidos en la ley, según recoge el artículo 13, y en el artículo 14, vienen recogidas las medidas para asegurar la igualdad y calidad de la prestación, en el que en el plazo de tres meses el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud llevará a cabo un “manual de buenas prácticas”⁶⁰ orientando la puesta en práctica de esta ley.

⁵⁸ Ley Orgánica de regulación de la eutanasia.

⁵⁹ Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

⁶⁰ Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia .

La prestación se llevará a cabo tanto en centros privados, concertados o públicos, siendo el acceso y la calidad, el mismo en todos, y sin que la objeción de conciencia sanitaria pueda influir en la prestación.

En el artículo 15, se va a desarrollar la protección de la intimidad y confidencialidad, protegiendo en todo momento la intimidad de los pacientes, al igual que la confidencialidad en el tratamiento de los datos de objeción personal, además de tener custodiadas las historias clínicas de los pacientes.

Una de lo más importante que van a desarrollar todos los órganos y personal sanitarios y familiares, es el “deber de secreto”,⁶¹ recogido en el artículo 19, protegiendo todos los datos y situación del paciente.

Una vez, llevada a cabo las distintas prácticas de la prestación, la muerte del paciente derivado, será valorada con carácter de “muerte natural a todos los efectos”.⁶²

En relación al régimen sancionador, establece que cualquier infracción contra esta ley, estarán sometidas al régimen sancionador en el capítulo IV del título I de la Ley 14/1986, General de Sanidad.

En cuanto a la regulación existente de los cuidados paliativos en España: Ley 4/2017, de 9 de marzo, de Derechos y Garantías de las Personas en el Proceso de Morir.

Esta ley recoge en el artículo 1, lo que tiene por objeto, “*regular y proteger el ejercicio de los derechos de las personas a una adecuada atención sanitaria en el proceso de morir, establecer los deberes de los profesionales sanitarios que atienden a los pacientes que se encuentren en esta situación y definir las garantías que las instituciones sanitarias están obligadas a ofrecer con respecto a ese proceso*”⁶³.

Tiene como finalidad, recogido en el artículo 2:

⁶¹Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

⁶² Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

⁶³ Ley de Derechos y Garantías de las Personas en el Proceso de Morir. 4/2017, de 9 de marzo, pg.5

1. *“Proteger y garantizar el respeto a la dignidad de la persona en el proceso de morir.*
2. *Defender y asegurar la autonomía de los pacientes en el proceso de morir con pleno respeto a la expresión de sus deseos y valores, incluyendo la manifestación anticipada de su voluntad mediante el ejercicio del derecho a formular instrucciones previas.*
3. *Contribuir a la seguridad jurídica de los profesionales sanitarios que acompañan al paciente en el proceso de morir.*
4. *Garantizar unos cuidados paliativos integrales y de calidad a todos los pacientes que lo precisen”.*⁶⁴

Junto a estos fines, lo que se quiere cuidar y proteger es al paciente en todo momento del tratamiento, contando con la seguridad jurídica de los profesionales que le atienden durante el tratamiento con la mejor calidad posible.

Esta ley, solo se aplica en la Comunidad de Madrid, por lo que al final atentan con el principio de igualdad y justicia, debido a que, al darse solo en Madrid, la gente de fuera, tiene más problemas y complicaciones a la hora de poder acudir o solicitar esos cuidados.

En el artículo 4, se establecen los principios informadores, que son: el total respeto a la dignidad del paciente, la entereza de la autonomía, la libertad y la voluntad de la persona, la posibilidad de renunciar o acabar con los cuidados por parte del paciente, la no discriminación ni desigualdad en los servicios sanitarios en la hora de la muerte, junto al derecho de una atención personal en todas circunstancias y el derecho de recibir los cuidados con la máxima calidad posible.

En esta ley, se establecen todos los derechos de las personas en el proceso de morir, siendo estos derechos los siguientes: “el derecho a la información asistencial, el derecho a la toma de decisiones, los derechos de los pacientes en situación de incapacidad a la información asistencial y a la toma de decisiones, el derecho a formular instrucciones previas, el derecho de las personas menores de edad a la información asistencial y la toma

⁶⁴ Ley de Derechos y Garantías de las Personas en el Proceso de Morir. 4/2017, de 9 de marzo, pág.5

de decisiones, el derecho a los cuidados paliativos integrales, junto al tratamiento de sedación y del dolor paliativo, mientras que los deberes de los profesionales sanitarios encargados de atender a los pacientes en el final de su vida, y son: los deberes respecto a la información clínica, los deberes de los profesionales sanitarios en la toma de decisiones y respecto a la adecuación o limitación del esfuerzo terapéutico, deberes sobre las obligaciones de los profesionales de garantizar el derecho a formular instrucciones previas y a respetar estas, deberes respecto a las personas que puedan hallarse en situación de incapacidad de hecho”.⁶⁵ Estos derechos del paciente y deberes de los asistentes sanitarios vienen recogidos en el título I, en los artículos 6 al 15.

En relación a las garantías que proporcionan las instituciones sanitarias, vienen recogidas en el título II, garantizando el respeto efectivo de todos los derechos de los pacientes, acompañar en todo momento a los pacientes, al igual que su asesoramiento. Todos los centros sanitarios contarán además con un Comité de Ética Asistencial, cuya función se trata en asesorar en los casos en que las decisiones clínicas plantean conflictos en cuestiones de ética, en casos en los que los profesionales sanitarios y los pacientes o familiares no coincidan. Estas personas del comité tienen deber de secreto.

En cuanto a la vigilancia y seguimiento del cumplimiento, la responsabilidad, recae sobre el Gobierno de la Comunidad de Madrid, además de las instancias encargadas del seguimiento de implementación de los centros establecidos en esta ley.

El régimen sancionador, se distinguirá entre infracciones leves, que vienen recogidas en el artículo 24, que dan lugar cuando se da el “incumplimiento de cualquier obligación o vulneración de cualquier prohibición prevista en la ley”.⁶⁶ Las infracciones graves, reguladas en el artículo 25, se dará cuando se vulnere alguno de los derechos establecidas en esta ley o el incumplimiento de los deberes por parte de los sanitarios, establecidos en esta ley o cualquier incumplimiento de las instituciones, centros sanitarios y socios-sanitarios tanto públicos como privados, así como la repetición de infracciones leves en el plazo de tres meses. Y, por último, las infracciones muy graves, recogidas en el artículo 26, que es la reiteración de faltas graves en el plazo de 5 años. Todas estas

⁶⁵ Ley de Derechos y Garantías de las Personas en el Proceso de Morir. 4/2017, de 9 de marzo. Título I.

⁶⁶ Ley de Derechos y Garantías de las Personas en el Proceso de Morir. 4/2017, de 9 de marzo, pág.15.

infracciones tendrán sus sanciones administrativas según lo previsto en el artículo 36 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y en el artículo 145 de la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid:

Aparte de esta ley, en 2002, José María Aznar y su gobierno llevaron a cabo la ley 41/2002, actuando como una “básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica”.⁶⁷

En esta ley, viene regulado en el artículo uno el ámbito de aplicación, respecto de los pacientes usuarios, los profesionales y de los centros y servicios sanitarios, en el artículo segundo vienen los principios básicos, como la dignidad de la persona humana el respeto a su voluntad y a su intimidad, para después llevar a cabo la documentación clínica, siempre y cuando se de el consentimiento se practicaran las distintas medidas necesarias, puesto que es el paciente el que tiene derecho libremente a decidir, una vez informado, al igual que pueden negarse a cualquier medida y en todo caso, el personal médico ha de mantener la documentación e información en secreto.

En el capítulo dos, establecen el derecho de información sanitaria, incluyendo el derecho a la información asistencial en el artículo 4, el titular del derecho a la información asistencial en el artículo 5 y el derecho a la información epidemiológica en el artículo 6. En el capítulo tres, vienen los derechos relativos al derecho a la intimidad, recogido en el artículo 7. En relación al respeto de la autonomía del paciente, recogido en el capítulo cuatro, el artículo 8, viene lo relativo a consentimiento informado, los límites del consentimiento informado y consentimiento por representación, en el artículo 9, modificado el 23/09/2015.

El artículo 10 recoge las condiciones de la información y el consentimiento por escrito, las instrucciones previas en el artículo 11, y en el 12 sobre la información del

⁶⁷ Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado, «BOE» núm. 274, de 15/11/2002. 14 de Noviembre de 2002.

Sistema Nacional de Salud, junto al derecho a la información para la elección de médico y de centro, recogido en el artículo 13.

El capítulo quinto, recoge todo lo relativo a la historia clínica, definida y el archivo de la historia clínica en el artículo 14, el contenido en el artículo 15, los distintos usos de la historia clínica vienen establecidos en el artículo 16, la conversación de la documentación clínica en el artículo 17, los derechos de acceso a la historia clínica vienen en el artículo 18, y los derechos en relación a la custodia de la historia clínica en el artículo 19, en relación al informe del alta y de otra documentación clínica vienen recogidos en el capítulo sexto, en el artículo 20: informe de alta y 21: el alta del paciente, en el artículo 22: la emisión de certificados médicos y en el artículo 23: la obligación profesional de información técnica, administrativa y estadística. En caso de ir en contra de alguno de estos artículos, serán sancionados, es decir, esta ley tiene carácter sancionador en lo previsto en el capítulo VI del Título I de la ley 14/1986, General de Sanidad.

	OBJETIVO	SOLICITUD	MODALIDADES	PRESTACIÓN Y FINANCIACIÓN	LLEVADA A CABO POR:
EUTANASIA	Dar una respuesta jurídica, sistemática, equilibrada y garantista a una demanda social.	-Paciente mayor de edad. -Capacidad plena de obrar y de decidir. -Residente en España o con nacionalidad española.	-La administración directa al paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario competente. -La auto ingesta por parte del paciente de una sustancia prescrita por el médico.	-Ámbito nacional. -Centros privados. -Centros concertados. -Centros públicos. -Financiación pública.	-Médicos responsables facultados. -Médicos consultores. -Comisión de control.

CUIDADOS PALIATIVOS	Regular y proteger el ejercicio de los derechos de las personas a una adecuada atención sanitaria en el proceso de morir, establecer los deberes de los profesionales sanitarios.	-Todos los pacientes realmente en situación terminal.	-Distintos cuidados paliativos, según la enfermedad y el estado de la enfermedad.	-Solo en la comunidad de Madrid. -Domicilios. -Centros privados y públicos. -Financiación pública y privada.	-Servicio Madrileño de Salud, junto a ciertas aseguradoras. -Comité de Ética Asistencial.
---------------------	---	---	---	---	--

Tabla 2: Comparación de la eutanasia y los cuidados paliativos. Fuente (elaboración propia).

En comparación de ambas leyes, el ámbito de aplicación de la eutanasia, en cuanto esta se apruebe, será de ámbito nacional, mientras que la Ley 4/2017, de 9 de marzo, de Derechos y Garantías de las Personas en el Proceso de Morir, General de Sanidad, solo es de ámbito aplicable en la Comunidad de Madrid, dando lugar a injusticias tanto territoriales como personales, puesto que la gente fuera de Madrid, tiene más dificultades a la hora de poder solicitar los cuidados paliativos, mientras que en la eutanasia, todos los ciudadanos, cumpliendo los requisitos, podrán tener acceso a ella.

En relación al objeto de la eutanasia, su principal función es finalizar la vida del paciente que está sufriendo en el momento adecuado, mientras que los cuidados paliativos, no pretenden ni adelantar ni retrasar la muerte, si no que su función principal es: ayudar a los pacientes que están sufriendo a llevar de forma más amena sus distintas molestias, dolores, en las distintas situaciones terminales.

Ambas leyes establecen, tanto la eutanasia como los cuidados paliativos, como derecho de todas y cada una de las personas, sin poder ser el uno y el otro, negados por cualquier otra persona, dado que sería contradictorio al derecho de la libertad y la igualdad, recogidos en la Constitución en el artículo 17 y 14, respectivamente, en relación a la eutanasia, estarán protegidos por los artículos: 15, sobre la integridad física y moral de la persona, la dignidad humana en el artículo 10, el valor superior de libertad en el artículo 1.1, el derecho a la intimidad, en el artículo 18.1 y en relación a la libertad ideológica y de conciencia, recogido en el artículo 16.

Los pacientes, podrán solicitar que los cuidados paliativos, si la situación es realmente terminal, que se les proporcionen en sus domicilios, con la misma calidad y respeto, como si se les estuviesen proporcionando en los distintos centros médicos, mientras que la eutanasia, se dará solo en los centros sanitarios tanto públicos como privados.

La eutanasia, será llevada a cabo por: los médicos responsables: que son “facultativo o facultativa que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del o la paciente, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, y sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales”.⁶⁸

En segundo lugar, por los médicos consultores, definidos como: “facultativo o facultativa con formación en el ámbito de las patologías que padece el o la paciente y que no pertenece al mismo equipo del médico o médica responsable”.⁶⁹ Junto a los médicos responsables y consultores, se creará una Comisión de Control y evaluación en cada comunidad o ciudad autónoma, con su propio reglamento interno, resolviendo las reclamaciones formuladas por los pacientes a los médicos y estos hayan denegado, verificar, si los plazos necesarios se han cumplido correctamente, además de detectar posibles problemas en la ejecución de las obligaciones, entre otras. Mientras que, en los cuidados paliativos, actualmente, no existe un cuerpo específico, en Madrid, se lleva a cabo en los hospitales, en sus casas, garantizado por el Servicio Madrileño de Salud o en un centro socio- sanitario, tanto públicos como privados, junto a las aseguradoras que presten sus servicios a la comunidad de Madrid y el Comité de Ética Asistencial, cuyas funciones será de asesoramiento en los casos que se den conflictos éticos entre el paciente y el doctor.

Ambas leyes tienen en común el deber de secreto por parte de los asistentes sanitarios, en el que en ningún caso podrán contar absolutamente nada sobre el contenido

⁶⁸ Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. 122/000020, 31/01/2020, pg.4.

⁶⁹ Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista.122/000020 31/01/2020, pg.4.

del historial médico del paciente, ni nada sobre los familiares resto de los sanitarios, ni de las comisiones ni los comités, yendo en contra de la protección de libertad, confidencialidad e intimidad de los pacientes.

En cuanto a las sanciones, ir en contra de los cuidados paliativos o de la eutanasia, va a dar lugar a una multa sancionadora distinguiendo las dos entre, infracciones leves: con un rango de grado mínimo, que la multa será de hasta “601, 01 euros o un grado mínimo desde los 601,01 euros hasta 3.005,06 euros, en cuanto a infracciones graves: Grado mínimo: De 3.005,07 a 6.010,12 euros. Grado medio: De 6.010,13 a 10.517,71 euros. Grado máximo: De 10.517,72 a 15.025,30 euros, Infracciones muy graves: Grado mínimo: De 15.025,31 a 120.202,42 euros. Grado medio: De 120.202,43 a 360.607,26 euros. Grado máximo: De 360.607,27 a 601.012,11 euros”.⁷⁰

Por lo tanto, tanto la eutanasia como los cuidados paliativos, son considerados derechos de todas las personas y cualquiera que vaya en contra de ellos, irá en contra de los derechos fundamentales de libertad, igualdad, o dignidad entre otros, siendo los culpables, sancionados según lo correspondiente a la ley.

6. CONCLUSIONES:

1. Actualmente, cada vez son más las enfermedades y el sufrimiento que hay en el mundo, esto se debe al aumento de la esperanza de vida y el reconocimiento jurídico de nuevas esferas de libertad al final de la vida derivando en un derecho de autonomía.

2. En relación al objetivo de la eutanasia, su principal función es finalizar la vida del paciente que está sufriendo en el momento adecuado, mientras que los cuidados paliativos, no pretenden ni adelantar ni retrasar la muerte, si no que su función principal es: ayudar a los pacientes que están sufriendo a llevar de forma más amena sus distintas molestias, dolores, en las distintas situaciones terminales. Ambas están recogidas en nuestra Constitución, tratándose de un derecho de todas las personas, los cuales no se pueden negar ya que irían en contra del derecho de la libertad y la igualdad.

⁷⁰ Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid. P.58-59.

3. La etapa final a la que va a enfrentar el paciente va a suponer unos drásticos cambios en su vida, empezando desde la fase inicial en cuanto el médico le explica su situación, hasta que se acostumbra a vivir con ella y se adapte al camino que ha de seguir hacia delante para combatirla. Necesitando la atención plena desde los familiares hasta los médicos.

4. Desde el punto de vista de los médicos, que juegan un papel crucial en este, necesitan desarrollar con el enfermo una buena relación, de la cual dependerán y se entenderán las prácticas que mejor convengan al paciente, siempre respetando la voluntad y el consentimiento del paciente.

5. Médicos y familiares, deben actuar en relación con los principios de la bioética, evitando hacer dalo al paciente, apoyándoles en la situación, respetando al enfermo por encima de todo, junto con las voluntades del paciente, y la justicia, puesto que todos tienen el mismo derecho a recibir las ayudas necesarias. Lo más importante de este tema de deliberación es respetar la dignidad humana en todo momento, a pesar que estas personas lo siguen siendo, a pesar de estar enfermas.

6. Centrándonos en el principio de justicia, la manera más sencilla es a través de su legalización, para que todo el mundo tenga acceso a ellos, y dispongan de los mismos cuidados los enfermos que están en las mismas condiciones. En relación con la eutanasia, debemos profundizar en que se trata a su vez, de un derecho social, a pesar que se considere también como un derecho individual, en el cual la sociedad está muy dividida, la cual en 2021 se ha alcanzado a través de la ley sobre la eutanasia de 23 de marzo de 2021. Se debería elaborar un sistema de garantías para aquellas personas que ejerzan este derecho, que sea compatible con la obligación general de protección de la vida por parte del Estado, con una previsión para una buena aplicación de la ley que evite las desviaciones y usos indebidos de esta, y que no se necesite el desarrollo de futuras leyes en relación con este tema.

7. En conclusión, el gobierno ha de desarrollar y lograr una correcta aplicación de una legislación para la eutanasia y otra para los cuidados paliativos, para proporcionar las mejores soluciones a los enfermos, puesto que al fin y al cabo, es de su vida de lo que se trata, uno de los derechos más importantes, recogido en la Constitución Española,

estableciendo las medidas y desarrollo de las prácticas, por un equipo profesional, manteniendo una buena relación médico- paciente, rodeados de sus seres queridos, harán más fáciles esos momentos difíciles.

8. Se podría abrir una línea de investigación sobre la efectividad de esta nueva ley sobre la eutanasia, en comparación con la efectividad de la correcta aplicación que se ha llevado a cabo en otros países.

7. BIBLIOGRAFÍA:

ACEPRENSA, “Problemas prácticos del testamento vital”, *Aceprensa*, 2001, disponible en:

<https://www.aceprensa.com/ciencia/problemas-pr-cticos-del-testamento-vital/>.

Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado, «BOE» núm. 274, de 15/11/2002. COPIAR
BN

ALBERT, MARTA, *Legalización de la eutanasia: lo que está en juego*. 2019.

ALONSO, MARÍA, *La eutanasia: ¿opción individual o problema social?*, 2018 disponible en:

<http://profesionalesetica.org/la-eutanasia-opcion-individual-o-problema-social/>.

ARENAS-MÁRQUEZ, H; JIMÉNEZ-TORNERO, J.; ARENAS-MOYA, D.; DÍAZ MORENO, A.L.;
BALTAZAR SÁNCHEZ, I.: “Enseñamiento terapéutico”, *Cirujano General* Vol. 33 Supl. 2
-2011, disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2011/cgs112e.pdf>.

ASSOCIACIÓ CATALANA D'ESTUDIS BIOÈTICS (ACEB) (SE REPRODUCE
TOTALMENTE CON LA AUTORIZACIÓN DE LA ACEB), *Razones del “no” a la
Eutanasia*. Disponible en:
https://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion_temas/eutanasia/Razones_del_no_a_la_eutanasia.pdf.

BARBERO. J Y DÍAZ. L, *Diez cuestiones inquietantes en cuidados paliativos, Ten worrying questions in palliative care* 2007. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600006.

BARRIO MAESTRE, JOSÉ MARÍA, *La bioética ha muerto. ¡Viva la ética médica!* 2019.

BÁTIZ, JACINTO, *Problemas éticos al final de la vida*. SECPAL. Disponible en: <https://www.secpal.com/problemas-eticos-al-final-de-la-vida>.

BELLVER CAPELLA, VICENTE, *Vigencia del concepto de dignidad humana en los cuidados de salud: una perspectiva literaria*. 2019.

BETANCOURT BETANCOURT, GILBERTO DE JESÚS, *Limitación del esfuerzo terapéutico versus eutanasia: una reflexión bioética*, 2011. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202011000200003.

BERNAR BORDA, ANDRÉS: *Valoración moral del consentimiento informado como expresión de la relación médico-paciente*, 2000.

BOLETIN OFICIAL DE CASTILLA Y LEÓN (2019): Disponible en: <http://bocyl.jcyl.es/boletines/2019/03/26/pdf/BOCYL-D-26032019-1.pdf>

Boston Scientifics “About Chronic Pain”, “Sobre el dolor crónico” *Control Your Pain*, 2020. Disponible en: https://www.controlyourpain.com/chronic-pain/?s=managing_chronic_pain

BUIGUES MENGUAL, FRANCISCO, TORRES PÉREZ, JORDI, MAS SESÉ, GEMMA, FEMENÍA PÉREZ, MIGUEL, BAYDAL CARDONA, ROSARIO, *Paciente terminal, guía de actuación clínica en A.P.* Disponible en: <http://publicaciones.san.gva.es/docs/dac/guiasap027terminal.pdf>

BUSTOS DOMÍNGUEZ REINALDO, *Elementos para una antropología del dolor: el aporte de David Le Breton*. 2000. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v6n1/art08.pdf>.

Cañamares Arribas, S, *La reciente jurisprudencia del Tribunal de Estrasburgo y del Tribunal Supremo en Canadá en relación con el derecho a la muerte digna*, 2016. Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/REDCons/article/view/54351>

CARO GÓMEZ, DIEGO: *La ética del cuidado en el final de la vida: un análisis ético del cuidado en el proceso humano de morir dignamente*, 2011-2012.

CASTILLO JIMÉNEZ, RODRIGO *¿Cuánto vale un ser humano en el siglo XXI?: Bioética y los cuidados paliativos*. 2016.

CICLO FORMATIVO UCPD SEGOVIA, *Dolor: definición y clasificación*. Disponible en:
<http://www.comsegovia.com/paliativos/pdf/curso2014/sesion2/1%20DOLOR.DEFINI.DIAGINTERDISCIPLINAR.SESION2.pdf>.

CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA, *Diccionario Médico*, disponible en:
<https://www.cun.es/diccionario-medico>.

CON SALUD, “Así es la ley de eutanasia que busca ser aprobada en España” Blog: *Con Salud*, 01/03/2020, disponible en: https://www.consalud.es/pacientes/ley-eutanasia-busca-aprobada-espana_74982_102.html.

CON SALUD, “España está a la cola en cuidados paliativos y los expertos piden soluciones” *ConSalud.es*, 2019. Disponible en:
https://www.consalud.es/pacientes/espana-esta-a-la-cola-en-cuidados-paliativos-y-los-expertos-piden-soluciones_64191_102.html

¹ Defensor del Pueblo Andaluz, *Eutanasia y suicidio asistido, datos para un debate*. Disponible en https://www.defensordelpuebloandaluz.es/sites/default/files/ie-muerte-digna/documentos/8_2_eutanasia_derecho.pdf

“DERECHOS Y DEBERES DEL MÉDICO”, PENSAMIENTO PENAL. Disponible en:
<http://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2011/10/doctrina31833.pdf>.

ECURED “CALIDAD DE VIDA”, *ECURED*. Disponible en:

https://www.ecured.cu/Calidad_de_vida.

ÉXITO X MINUTO, “¿Qué significa la buena vida?”, *EXITOXMINUTO*. Disponible en:

<https://exitoxminuto.com/que-significa-la-buena-vida/>.

FERRER COLOMER, MODESTO, ALBERT, MARTA, PASTOR, LUIS MIGUEL, *Morir con dignidad y Eutanasia*, 2019.

FERRER GRUPO, elaborado en colaboración con la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, *La enfermedad terminal, el paciente y su familia*. Disponible en: http://2011.elmedicointeractivo.com/formacion_acre2004/tema16/herramientass6.htm.

FERRATER MORA, JOSE, *Diccionario de filosofía, tomo I*, A-K EDITORIAL SUDAMERICANA BUENOS AIRES.

FERRATER MORA, JOSE, *Diccionario de filosofía, tomo II*. A-K EDITORIAL SUDAMERICANA BUENOS AIRES.

FERRATER MORA, JOSE, *Diccionario de filosofía, tomo III*. A-K EDITORIAL SUDAMERICANA BUENOS AIRES.

FERRATER MORA, JOSE, *Diccionario de filosofía, tomo IV*. A-K EDITORIAL SUDAMERICANA BUENOS AIRES.

FORERO, JENNY, VARGAS, IVONNE, BERNALES, MARGARITA, *Voluntades anticipada: desafíos éticos en el cuidado del paciente*. *Persona y Bioética*, [S.l.], v. 23, n. 2, p. 224-244, dec. 2019. ISSN 2027-5382.2019.

FUNDACIÓN PASQUAL MARAGALL, *Hablemos del Alzheimer*, 2020. Disponible en: <https://blog.fpmaragall.org/el-testamento-vital-que-es-y-para-que-se-utiliza>

GARCÍA GUERRERO, J, *El consentimiento informado algo no resuelto en el ámbito penitenciario*. 2019

GARCÍA GUERRERO, J, *Información clínica, consentimiento informado y deontología médica. Una relación reciente*. 2019.

GERMÁN ZURRIARÁIN, R, *Aspectos sociales de la Eutanasia*, 2019. Disponible en: <http://aebioetica.org/revistas/2019/30/98/23.pdf>.

GERMÁN ZURRIARÁIN, R, *Vulneración de la dignidad humana al final de la vida*. 2019

GOBIERNO DE MÉXICO, “Eutanasia, Ortotanasia y distanasia”, *INCMNSZ* , 28 diciembre 2017. Disponible en: <https://www.incmnsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/eutanasiaOrtotanasiaDistanasia.html>.

Gobierno de España. Ministerio de Sanidad y Política Social. *Atención a los cuidados paliativos. Organización de las comunidades autónomas*. Disponible en: <http://www.cuidarypaliar.es/doc286>.

GÓMEZ CASUETE, J. *Análisis valorativo sobre la Renta Garantizada de Ciudadanía en Castilla y León: Estudio representativo de la población perceptora de RGC en la localidad de Medina del Campo (Valladolid)*. 2014-2015. Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/14297/TFGG1218.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

GÓMEZ GARCÍA, M: *La bioética en los cuidados paliativos*. mayo, 2004.

GUTIERREZ P, V, *La técnica, como ensañamiento terapéutico frente a la dignidad en el morir*. 2010, disponible en: http://www.familia.org.ar/media/W1siZiIsImZhbWlsaWEvcG9uZW5jaWFzLzE1Mi9kb2N1bWVudG9zL0pvcem5hZGFfMTJfLV8wNC5wZGYiXV0/Jornada_12_-_04.pdf?sha=060ab48e7ba592d5.

HENDIN HERBERT, *Seduced by death*, W.W. NORTON & COMPANY (New York and London). 1998.

HÉVEZ- FERNÁNDEZ POSTIGO, JOSÉ, *El fundamento antropológico del bioderecho. Una reflexión biojurídica*. 2015.

IMAGINARIO, ANDREA, *significado de subjetivo*. Disponible en: <https://www.significados.com/subjetivo/>.

INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER. *Enfermedad crónica, 202º*. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/enfermedad-cronica>.

JARAMILLO-MAGAÑA, JOSÉ J. *Muerte clínica, muerte somática y muerte encefálica*. 1993. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-1993/cma932d.pdf>.

JARQUE Jordi, *Umbral del dolor*. 2012, La Vanguardia. Disponible en: <https://www.lavanguardia.com/estilos-de-vida/20110716/54297662331/umbral-del-dolor.html>.

J. RODRÍGUEZ LÓPEZ, MANUEL, BLANCO TARRÍO, EMILIO, ESPINOSA ALMENDRO, JUAN MANUEL, MARCOS CARRERAS, HERMENEGILDO, *Guía de buena práctica clínica en dolor y su tratamiento*. Editorial: International Marketing & Communications, S.A. (IM&C). Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_dolor_0.pdf.

LA CARTA DE PRAGA 2012 *Palliative Care- A human Right (2012)*. Disponible en: <http://www.cuidarypaliar.es/wp-content/uploads/2016/04/Carta-de-Praga.pdf>.

LORENZO IZQUIERDO, DAVID, *Teorías bioéticas, protección de la vida y ley natural*. 2019.

MACPHERSON, Ignacio y, ROQUÉ-SÁNCHEZ, María Victoria, *Análisis ético del principio de vulnerabilidad sanitaria*. 2019.

MARÍN- OLALLA, Fernando, *La eutanasia: un derecho del siglo XXI*: 2018. Disponible en:

<https://www.scielo.org/article/ga/2018.v32n4/381-382/es/>.

MARÍN- OLALLA, F. Revista: “La Eutanasia: un derecho del siglo XXI”: *Gaceta Sanitaria: Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria*. Vol. 32. Núm 4. Julio- Agosto 2018. Pág. 381-382. Disponible en:

<https://www.gacetasanitaria.org/es-la-eutanasia-un-derecho-del-articulo-S0213911118300694>.

MERCHÁN-PRICE.J. *Eutanasia, matar y dejar morir. Desambiguación del concepto de eutanasia y consideraciones bioéticas esenciales*. *Pers Bioet*. 2019;23(2): 207-223. DOI.

Disponible en:

<https://doi.org/10.5294/pebi.2019.23.2.4>

NOMBELA, CÉSAR, POSTIGO SOLANA, ELENA, LÓPEZ TIMONEDA, FRANCISCO, SALORT ABELLÁN, JOSÉ CARLOS, SERRANO RUIZ- CALDERÓN, JOSÉ MIGUEL, PRENSA SEPÚLVEDA, LUCÍA. *La eutanasia: perspectiva ética, jurídica y médica*. 2009.

Disponible en:

<https://www.bioeticaweb.com/la-eutanasia-perspectiva-actica-jurasdica-y-macdica/>

OBSERVATORIO DE BIOÉTICA, Instituto Ciencias de la Vida, Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir. Testamento vital, 2013, disponible en: <https://www.observatoriobioetica.org/informacion-sobre/todo-sobre-testamento-vital..>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Cuidados Paliativos, 2020. Disponible en:

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Enfermedades crónicas*. 2020. Disponible en:

https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/.

PASTOR, LUIS MIGUEL: *Eutanasia y bioética*. 2019.

PÉREZ BRET, ENCARNACIÓN, ALTISENT TROTA, ROGELIO, ROCAFORT GIL, JAVIER, JAMAN MEWES, PAULA, *Cuidados al paciente y su familia al final de la vida: la anticipación compasiva*. 2019.

PÉREZ PORTO, J. y MERINO, M. Publicado: 2015. Actualizado: 2017, *Definición de vida digna*. Disponible en: <https://definicion.de/vida-digna/>. Fecha de acceso: 10/01/2021.

P.J.G. “La eutanasia «va contra la profesión médica, mejoremos los paliativos», dicen los médicos españoles”, *Religión en libertad*, 18/10/2018. Disponible en: <https://www.religionenlibertad.com/polemicas/202168439/La-eutanasia-Ava-contr-la-profesion-medica-mejoremos-los-paliativosA-dicen-los-medicos-espanoles-.html>.

“PRINCIPIO DE BENEFICENCIA”, *Bioeticawiki*, 2021. Disponible en: https://www.bioeticawiki.com/Principio_de_beneficencia.

“PROPORCIONALIDAD DE LOS TRATAMIENTOS”, *Bioeticawiki*, 2021. Disponible en: https://www.bioeticawiki.com/Proporcionalidad_de_los_tratamientos.

PÚBLICO, “Así es la ley de la eutanasia que se quiere aprobar en España” *Público*: Madrid 11/02/2021 18:07 actualizado: 12/02/2021 10:54. Disponible en: <https://www.publico.es/politica/ley-eutanasia-ley-eutanasia-quiere-aprobar-espana.html>.

Rey, F. (2015). La ayuda médica a morir como derecho fundamental (Comentario crítico de la Sentencia de la Corte Suprema de Canadá de 6 de febrero de 2015, Asunto Carter vs. Canadá). *Diario La Ley*, 1-26. Ruiz Miguel, A. (2010).

REAL ACADEMIA DE LA LENGUA ESPAÑOLA, Diccionario. Definición de “Consentimiento”, 2019. Disponible en: <https://dle.rae.es/consentimiento>.

REAL ACADEMIA DE LA LENGUA ESPAÑOLA, Diccionario. Definición de “Enfermedad crónica” . Disponible en: https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/.

SÁNCHEZ CÁMARA, IGNACIO: *El valor y la dignidad de la vida terminal .Prolegómenos filosóficos para una crítica de la eutanasia*. 2019.

SECTOR ASEGURADOR “Todo lo que tienes que saber sobre el testamento vital”, Blog: *Sector Asegurador*. Disponible en:
<https://www.sectorasegurador.es/informacion-testamento-vital-vida/>.

SERRANO MARTÍNEZ, MANUEL. *Los últimos días: razón y práctica de los cuidados paliativos*. Digital reasons, 2019.

SERRANO RUÍZ-CALDERÓN, JOSÉ MIGUEL, *¿Existe el derecho a morir?* ,2019.

SIGNIFICADOS, “Significado de Justicia” SIGNIFICADOS, *disponible en:*
<https://www.significados.com/justicia/>. Fecha acceso: 30 de Marzo de 2021.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CUIDADOS PALIATIVOS (SECPAL), *Declaración sobre la eutanasia de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos*. 2008. Disponible en:
<https://www.bioeticaweb.com/declaracion-sobre-la-eutanasia-de-la-sociedad-espaapola-de-cuidados-paliativos/>

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CUIDADOS PALIATIVOS, SECPAL, *Guía de Cuidados Paliativos*. Disponible en:
https://www.secpal.com/biblioteca_guia-cuidados-paliativos-1.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CUIDADOS PALIATIVOS, SECPAL, *Problemas Éticos al Final de la Vida*. Disponible en:
<https://www.secpal.com/PROBLEMAS-ETICOS-AL-FINAL-DE-LA-VIDA>.

TANGO. J, “¿Qué son los cuidados paliativos?”, *MEDINE PLUS*: 2020. Disponible en:
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000536.htm>

THE NEMOURS FOUNDATION, “Vivir con una enfermedad crónica” *Teens Health*:
<https://kidshealth.org/es/teens/deal-chronic-illness-esp.html>.

TRUEBA, J.L. *La muerte clínica: un diagnóstico y un testimonio*, 2005. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v30s3/original4.pdf>.

TRUEBA, J.L, *La muerte clínica: un diagnóstico y un testimonio, Clinical death: a diagnosis and a testimony*. 2007. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600005.

UNED (Curso 2017-2018), *El derecho a la vida desde una perspectiva iusfilosófica*. Disponible en: http://portal.uned.es/portal/page?_pageid=93,56233773&_dad=portal&_schema=PORTAL&idAsignatura=26601174&idContenido=2&idTitulacion=.

VALENZUELA, ISABEL, *¿Cuáles son las diferencias entre estado vegetativo y muerte cerebral?* 2005. Disponible en: https://www.vix.com/es/btg/curiosidades/6323/cuales-son-las-diferencias-entre-estado-vegetativo-y-muerte-cerebral?utm_source=next_article.

VIDAL CASERO, MARÍA DEL CARMEN, *La problemática del consentimiento informado*. Disponible en: <http://aebioetica.org/revistas/1998/1/33/12.pdf>.

ZAMBRANO, PILAR, *Omisión y suspensión de los cuidados vitales. ¿Matar o dejar morir? Una aproximación desde los criterios morales y jurídicos de tipificación de la acción*. 2019.

ZURRIARÁIN, RG. *Cuidados paliativos: solución ética acorde con la dignidad humana al final de la vida*. 2019, *Pers Bioet.* 2019; 23(2): 180-193. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.5294/pebi.2019.23.2.2>.

LEGISLACIÓN:

Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, 41/2002, de 14 de noviembre.

Disponible en:

<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>.

Ley de Derechos y Garantías de las Personas en el Proceso de Morir. 4/2017, de 9 de marzo. Disponible en:

https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2017-7178.

Ley General de Salud Pública 33/2011, de 4 de octubre. Disponible en:

<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2011-15623>.

Ley General de Sanidad, 14/1986, de 25 de abril. Disponible en:

<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>.

Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid. 12/2001, de 21 de diciembre.

Disponible en:

<https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-4375-consolidado.pdf>.

Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia. 122/000020 Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. 31/01/2021, p. 4. Disponible en:

http://www.congreso.es/public_oficiales/L14/CONG/BOCG/B/BOCG-14-B-46-1.PDF.