

Calidad de vida de los enfermos terminales[©]

Las unidades de cuidados paliativos permiten controlar el sufrimiento del paciente terminal y proporcionarle apoyo emocional, incluso desde su propia casa. En la segunda parte del artículo presentamos los resultados de una encuesta con las opiniones de médicos, enfermeras, familiares de enfermos de cáncer y población en general.

Los cuidados paliativos

Los cuidados paliativos tienen como objetivo procurar que los enfermos terminales disfruten dignamente de los últimos días de su vida, conscientes y libres de dolor, preferiblemente en su propia casa y rodeados de sus seres más queridos.

El enfermo terminal...

Llamamos paciente terminal a aquella persona que sufre una enfermedad avanzada, progresiva e incurable y que tiene una esperanza de vida inferior a los seis meses. La mayor parte de estos pacientes sufren algún tipo de cáncer; (una cuarta parte de los enfermos de cáncer son tratados con cuidados paliativos), aunque también puede tratarse de personas con una grave insuficiencia renal, hepática o cardiaca, enfermos de sida, etc.

Los factores que merman su salud son múltiples, intensos y variables, pero no se trata únicamente de problemas médicos. La presencia explícita o no de la muerte tiene un gran impacto emocional, tanto en el paciente como en su familia.

... Y el equipo médico

El equipo médico de cuidados paliativos

no prolonga la vida y tampoco acelera la muerte. Su función es controlar los síntomas del enfermo así como apoyar emocionalmente al paciente; tan importante como controlar el dolor, los vómitos o la respiración del paciente es mantener una relación de comunicación y apoyo al enfermo y su entorno. Es más, cuando es necesario, su labor incluye la atención posterior a los familiares y amigos del fallecido. Son muchos y muy variados los profesionales que intervienen en el proceso de cuidados paliativos: el médico, las enfermeras, el psicólogo, el sacerdote, el fisioterapeuta, los trabajadores sociales... Se trata de un equipo interdisciplinar que permite adaptarse continuamente a la cambiante situación del enfermo.

También en el propio domicilio

Si el paciente así lo desea ¿no es mejor que pase los últimos días de su vida en su propio hogar acompañado de familiares y amigos?

Uno de los aspectos más innovadores de las unidades de cuidados paliativos es su capacidad para trasladarse fuera del hospital: la mitad de los equipos que existen en España son de atención a domicilio. Sin embargo, aún hoy, sólo tres de cada diez enfermos españoles de cáncer mueren en casa; aunque también ►

No hace muchos años la gente aún moría de enfermedades tan comunes como el sarampión o la viruela. Afortunadamente para nosotros la medicina ha experimentado un espectacular avance en muy poco tiempo. Sin embargo, los éxitos en el campo del diagnóstico y el tratamiento de enfermedades no siempre se han traducido en una mejor atención al paciente. Muchos profesionales de la medicina olvidan la importancia que para el enfermo tienen actos tan sencillos como sujetarle la mano o secar su frente, sobre todo cuando la vida se acerca a su final. Los cuidados paliativos nacieron con la intención de cubrir ese hueco: ofrecer una mejor calidad de vida al enfermo terminal, incluyendo de forma activa el apoyo emocional.

ES IMPORTANTE DISTINGUIR ENTRE...



¿Cuidados paliativos o tradicionales? ¿Cuántos tipos de eutanasia existen?...

Los términos utilizados cuando nos referimos a pacientes terminales en ocasiones pueden resultar confusos. Eliminemos las dudas:

Los programas de **cuidados paliativos** incluyen un equipo específico de profesionales sanitarios que trabajan de forma coordinada para tratar exclusivamente a los enfermos terminales. Sin embargo, como los equipos de cuidados paliativos aún no tienen cobertura en todo el territorio, muchos de estos enfermos son tratados con cuidados tradicionales.

Los programas de **cuidados tradicionales** agrupan todos aquellos servicios que funcionan normalmente en un hospital: desde los médicos especialistas, pasando por las unidades contra el dolor o las unidades de cuidados intensivos (UCI). Servicios dedicados a todo tipo de pacientes que, eventualmente, también pueden ser enfermos terminales.

El **suicidio asistido** (por un profesional médico) es la prescripción directa de fármacos o de los consejos necesarios a un enfermo (a petición libre y voluntaria de éste) para que pueda acelerar el final de su vida mediante una sobredosis (narcóticos, barbitúricos...). Está prohibido en España.

Lo que se conoce como **eutanasia pasiva** consiste en la suspensión o no inicio de un tratamiento desproporcionado e inútil que sólo sirve para prolongar la vida sin posibilidad de cambiar la condición irreversible de la enfermedad. Es una práctica médica admitida por la Organización Mundial de la Salud.

La **eutanasia activa** consiste en la administración deliberada de una sobredosis de fármaco con la intención de provocar la muerte de un enfermo, a petición libre y voluntaria de éste. Otra forma de eutanasia activa (conocida como *active life ending*) es aquella que se practica a petición de la familia sobre un paciente incapaz de expresar su opinión (porque esté en coma). Cualquiera de estas prácticas está prohibida en España.

El **doble efecto** es el aumento de la dosis de analgésicos con el fin de aliviar el dolor, aún sabiendo que podría acelerar el final de la vida del enfermo terminal. También está admitido por la OMS.

► es cierto que existen regiones más adelantadas: en Cataluña, la comunidad autónoma con una mayor presencia de equipos de cuidados paliativos, el 60% fallecen en su propio hogar. La realidad es que todavía no hay infraestructura extrahospitalaria suficiente para atender a todos los pacientes que lo deseen en su domicilio; una situación que debería corregirse, sobre todo si tenemos en cuenta que el coste de los cuidados paliativos es entre un 30 y un 40% menor que el de los cuidados tradicionales en un hospital.

La sedación: el último paso

La sedación consiste en la administración de fármacos que disminuyen la conciencia del enfermo. Se trata del último recurso para aquellos pacientes que en sus últimos días presentan síntomas de muy difícil control para el equipo médico, como pueden ser una grave disnea (dificultad para respirar), delirio, hemorragias o un dolor muy agudo. Uno de cada cinco pacientes terminales tratados en unidades de cuidados

paliativos son sedados para conseguir una muerte serena.

Situación actual

El primer centro de cuidados paliativos (tal y como los conocemos hoy) fue el St. Christopher's Hospice de Londres, creado en 1967 por la doctora Cicely M. Saunders. En el resto de Europa este tipo de programas no se desarrollaron hasta finales de los años setenta. Se trata pues de tratamientos relativamente novedosos en los países de nuestro entorno. En cuanto a los países menos desarrollados, la penuria económica y la ausencia de analgésicos opiáceos dificulta el desarrollo de este tipo de iniciativas. España es, después de Gran Bretaña, el país de Europa con un mayor número de unidades de cuidados paliativos. La del Hospital Marqués de Valdecilla de Santander fue la primera (1982); actualmente existen más de 200, la mitad en hospitales y la otra mitad a domicilio. Aún así, sólo está cubierto la mitad del territorio y de forma desigual: la cobertura en las comunidades

autónomas con competencias en sanidad es mucho mayor (un 90% en Cataluña).

Aunque en la actualidad hay más de 1.700 profesionales de cuidados paliativos en España (que atienden a 28.000 enfermos terminales), aún no existe una acreditación o especialidad oficial de cuidados paliativos. De momento dentro de la universidad sólo existen algunos máster de posgrado.

¿Dónde informarse?

El tratamiento de cuidados paliativos está cubierto por la Sanidad Pública, pero todavía no se ha desarrollado en todas las provincias. Si desea más información sobre la situación de estas unidades puede ponerse en contacto con la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Su dirección es: C. Castelló 128, 1º. 28006 Madrid. Tel: 917 820 034. Además, su página web contiene una guía muy útil de consejos para el tratamiento de enfermos terminales (<http://www.secpal.com>).

La eutanasia

Esta palabra es de origen griego (*eu*, buena, y *tanatos*, muerte) y se refiere a la muerte sin sufrimiento físico. En su uso actual la eutanasia se entiende como la acción u omisión destinada a provocar la muerte de un enfermo (a petición libre y voluntaria de éste) con el fin de evitarle sufrimientos que le resulten insoportables.

¿Está legalizada?

No es lo mismo eutanasia pasiva y doble efecto que suicidio asistido y eutanasia activa (vea *Es importante distinguir entre...*). Las dos primeras son prácticas médicas habituales aceptadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), mientras que el suicidio asistido y la eutanasia activa están prohibidos en España y en otros muchos países. Sin embargo, el actual Código Penal los distingue del homicidio o el asesinato; de hecho rebajó las penas a quien ayude a morir a otro "... por petición expresa de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte,

o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de solucionar". Las penas por auxilio al suicidio oscilan entre un año y medio y tres años de cárcel si provoca la muerte, y entre seis meses y un año si coopera.

En los últimos años algunos países y estados han legislado sobre el suicidio asistido y la eutanasia activa:

- Holanda. En 1993 el Parlamento admitió una serie de medidas legales sobre la práctica del suicidio asistido y la eutanasia activa. Aunque no están despenalizadas, no se persigue a los médicos que las practican si cumplen

LA NORMATIVA HOLANDESA

Actualmente en Holanda los médicos tienen casi la absoluta certeza de que no van a ser juzgados si terminan con la vida de un enfermo en las siguientes condiciones:

- Si el paciente es un adulto competente capaz de decidir por sí mismo.
- Si el paciente pide la eutanasia voluntariamente, de una manera consciente y repetidamente en el tiempo.
- Si el paciente tiene un sufrimiento insoportable, sin posibilidad de alivio, aunque la enfermedad no sea terminal.
- Si el médico consulta la opinión de otro que no esté tratando al enfermo.

cuatro condiciones establecidas por la ley (vea *La normativa holandesa*).

- Estados Unidos. El estado de Oregón aprobó (por referéndum) la legalización del suicidio asistido en 1994. Al igual que en Holanda, los médicos deben respetar una serie de condiciones.
- Australia. El estado de Northern Territory autorizó el suicidio asistido y la eutanasia activa en 1995. Sin embargo, en 1997 el senado australiano dio marcha atrás y derogó la ley.
- Japón. La Corte Suprema autorizó en 1995 la eutanasia activa, pero sólo en determinadas condiciones.
- Colombia. La Corte Constitucional despenalizó (en 1997) que los médicos ayuden a morir a enfermos terminales.

DESIGUALDAD DE RECURSOS

Como se observa en el mapa, el número de unidades de cuidados paliativos varía notablemente según las Comunidades Autónomas. Es más, en varias provincias (Badajoz, Guadalajara, Palencia, Segovia, Teruel, Toledo y Zamora) no hay ninguna.

- Programas de atención hospitalaria
- Programas de atención domiciliaria



Dónde informarse

La Asociación Derecho a Morir Dignamente (ADMD) tiene como objetivo defender el respeto a la voluntad del enfermo irreversible. Su dirección es: Avda. Portal del Angel 7, 4ºB. 08002 Barcelona. Su página web: <http://personal2.redestb.es/admd>

¿Qué es el testamento vital?

El testamento vital es un documento escrito en el que una persona manifiesta su voluntad sobre los tratamientos médicos que desea o no recibir, en caso de padecer una enfermedad irreversible o terminal que le lleve a un estado que le impida expresarse por sí mismo. Este documento puede incluir tanto un deseo de preservar la vida como de acelerar la muerte.

El testamento vital no tiene valor legal en España. En cualquier caso, si se realiza ante un fedatario público (notario) que garantice la libertad de consentimiento de la persona, algunos médicos lo aceptan como válido.

Nuestra encuesta

En la encuesta han participado 11.452 personas de cinco países (Bélgica, España, Francia, Italia y Portugal) repartidas en cuatro grupos de población: médicos, enfermeras, familiares de enfermos y población en general. En nuestro país han colaborado 477 médicos (una tercera parte de los cuales trabajan en cuidados paliativos), 63

enfermeras (todas ellas de cuidados paliativos), 961 familiares de fallecidos de cáncer y 1.005 personas escogidas al azar en una muestra representativa de la población española. Los cuestionarios fueron diferentes en función del grupo de población, aunque algunas de las preguntas fueron comunes. Salvo el gráfico sobre el grado de dolor que experimentó el paciente según los diferentes países (pág. 13), el resto se realizaron con datos de España.

Respuestas de los médicos



Respuestas de las enfermeras



Respuestas de los familiares



Respuestas de la población



CUIDADOS PALIATIVOS Y TRADICIONALES: ¿DURANTE CUÁNTO TIEMPO?

Los cuidados al enfermo terminal duran poco tiempo, generalmente menos de seis meses (vea el gráfico). Los paliativos son especialmente breves, ya que suelen practicarse cuando el proceso ya es definitivamente irreversible.

Otra cuestión es si el momento en el cual se iniciaron estos cuidados fue el más apropiado; el 22% de los familiares españoles de fallecidos de cáncer que recibieron cuidados paliativos opinan que empezaron demasiado tarde.



¿EN CASA O EN EL HOSPITAL?

Más de la mitad de los enfermos españoles recibieron el tratamiento en el hospital (primer gráfico), aunque tan sólo una tercera parte de ellos pudo disponer durante todo el tiempo de una habitación individual. Un porcentaje inferior al de Bélgica y Francia (la mitad de los pacientes gozó de esta situación), pero superior al de Italia y Portugal.

Como consecuencia de esta falta de intimidad, una quinta parte de los familiares españoles encuestados estiman que la habitación del enfermo no era tranquila ni cómoda. Médicos y enfermeras coinciden en subrayar la insuficiente infraestructura para atender a este tipo de enfermos. En cuanto al lugar del fallecimiento, 6 de cada 10 pacientes

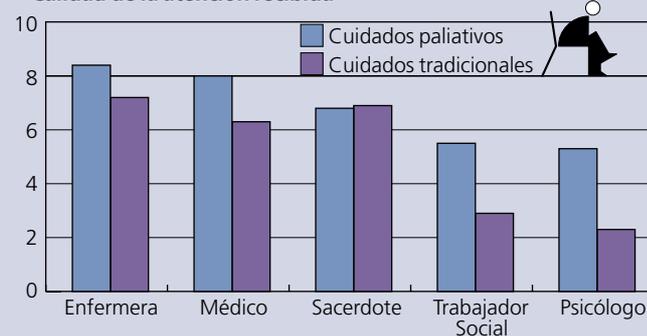
de nuestra encuesta murieron en el hospital (segundo gráfico), si bien el porcentaje de fallecidos en casa también es alto. Sin embargo, según la opinión de los familiares, únicamente el 15% de quienes fallecieron en el hospital deseaban morir allí (tercer gráfico); mientras que el 87% de quienes murieron en su hogar deseaban pasar sus últimos momentos en casa (cuarto gráfico). La opinión de médicos y enfermeras va por el mismo camino: el 93% de los médicos y el 79% de las enfermeras creen que el paciente hubiera fallecido más a gusto en su propia casa.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN AL ENFERMO TERMINAL

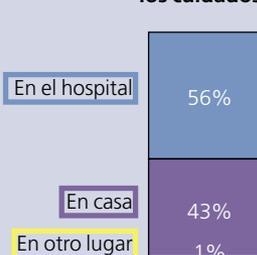
En una escala de 0 a 10, los familiares valoraron la calidad de los cuidados paliativos que recibió el fallecido con una buena nota, un 7,8; sin embargo, esta valoración baja al 6,0 cuando los cuidados fueron tradicionales. En cuanto a la calificación individual de los diferentes profesionales que intervinieron en el tratamiento, las enfermeras recibieron la nota más alta (vea el gráfico). Las peores calificaciones fueron para los trabajadores sociales y los psicólogos; en este sentido es preciso advertir que la mayoría de los equipos que trabajan con enfermos terminales no cuentan con este tipo de profesionales. La encuesta también revela as-

pectos mejorables por parte del equipo médico. Algunos familiares sintieron en ocasiones desconfianza con el equipo médico, falta de apoyo emocional, poco tiempo dedicado al paciente y, sobre todo, escasa información sobre el tratamiento a seguir. Otro aspecto importante es la presencia y apoyo de los familiares. Entre todos los países del estudio, la situación española es la más positiva: el 94% de los familiares tomó parte en los cuidados, un 73% de las veces de forma muy activa. En Italia y Portugal los datos son parecidos (ligeramente inferiores), en Bélgica y Francia menos de la mitad de los familiares participó activamente.

Calidad de la atención recibida



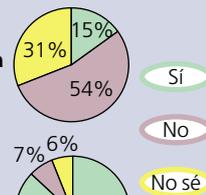
¿Dónde recibió los cuidados?



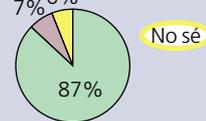
¿Dónde falleció?



¿Cree que deseaba morir en el hospital?



¿Cree que deseaba morir en casa?



TRATAMIENTO DEL DOLOR: MEJOR CUANDO HAY CUIDADOS PALIATIVOS

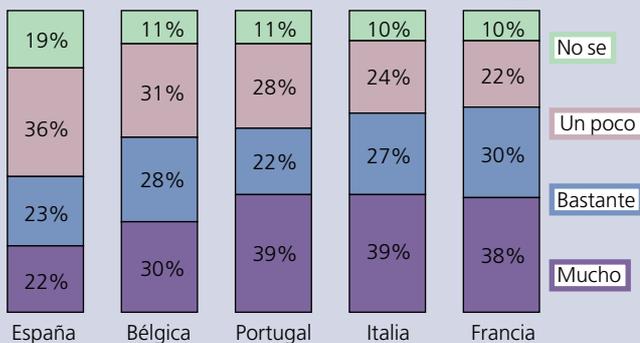
El control del dolor del paciente terminal es uno de los aspectos más importantes respecto a su calidad de vida y, a tenor de la encuesta, sigue siendo una asignatura pendiente.

Como se puede comprobar en el primer gráfico, un 81% de los familiares españoles de los enfermos opinan que el fallecido sufrió algún tipo de dolor durante las últimas dos semanas de vida (en el resto de los países de la encuesta el porcentaje es mucho mayor, llega al 90%). ¿Hizo todo lo posible el equipo médico para aliviar el sufrimiento del paciente? Depende. Si el enfermo recibió cuidados paliativos, un 78% de los familiares españoles responde que sí; si no recibió este tratamiento, el porcentaje baja hasta el 54%.

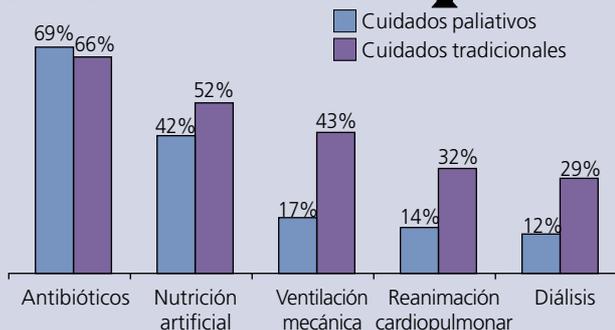
Los propios médicos reconocen que en muchos casos se prolonga la vida del paciente a expensas de un sufrimiento innecesario (vea el segundo gráfico), principalmente mediante el uso

de antibióticos y la nutrición artificial, especialmente en aquellos hospitales sin cuidados paliativos. Este aspecto es muy importante, no olvidemos que según los médicos y las enfermeras el dolor insoportable es la principal causa por la que los enfermos piden acabar con su vida. Pero el dolor no es el único síntoma que se manifiesta con una enfermedad terminal. El paciente también sufre vómitos, pérdida del apetito, problemas para tragar, catarros, sequedad de la boca, problemas respiratorios... Ocho de cada diez familiares españoles creen que estos otros síntomas fueron bastante graves. ¿Hizo el equipo médico todo lo posible para aliviar estos síntomas? De nuevo la opinión varía en función de la forma del tratamiento: si el enfermo recibía cuidados paliativos, el 74% de los familiares opina que sí, si no, el porcentaje desciende hasta el 44%. Es decir, siempre mejor con cuidados paliativos.

Durante los últimos 15 días de su vida, ¿experimentó dolor el fallecido?



¿Con qué frecuencia se utilizan tratamientos de manera inapropiada prolongando la vida a costa de un sufrimiento innecesario?



LA EUTANASIA: UN TEMA TABÚ

Como ya hemos explicado antes, tanto el suicidio asistido como la eutanasia activa no están permitidos en España. Pero, a tenor de las respuestas de los médicos encuestados (vea el primer gráfico), parece claro que sí se practican. Las respuestas de las enfermeras confirman esta situación. A pesar de todo la eutanasia continua siendo un tema tabú: alrededor de la mitad de los médicos españoles de la encuesta declaran no saber si se practica o no. En Italia y Portugal este porcentaje supera el 60%, mientras que en Bélgica y Francia cuatro de cada cinco médicos reconoce abiertamente su práctica.

Curiosamente, el colectivo médico español parece tolerante ante el hecho de practicar el suicidio asistido o la eutanasia activa: sólo una tercera parte denunciaría ante el Colegio de Médicos a un colega que los hubiera practicado, y el porcentaje disminuye si se trata de denunciarlo a la justicia. Ahora bien, si la persona que los hubiese realizado fuese una enfermera, las cifras aumentan considerablemente. También es interesante la opinión de los familiares españoles de los fallecidos por cáncer sobre el momento en que la muerte tuvo lugar (segundo gráfico): un 16% cree que ésta fue acelerada.

¿Se practica la eutanasia activa y el suicidio asistido por médicos en España?



¿Cree que la muerte de un familiar sucedió en el momento natural esperado?

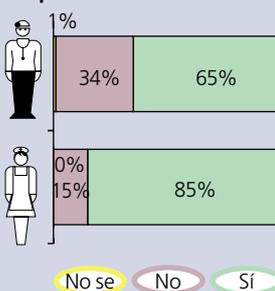


CUANDO EL PACIENTE PIDE ACELERAR SU MUERTE. RAZONES MÁS COMUNES

Como se observa en el gráfico, el 65% de los médicos y el 85% de las enfermeras reconocen que en algún momento de su vida profesional han recibido la petición de un paciente de morir antes, ya fuera suspendiendo (o no iniciando) un tratamiento fútil, mediante el suicidio asistido o la eutanasia activa.

Los familiares confirman que estas peticiones existen: el 27% de los enfermos terminales expresó su deseo de morir antes. Sin embargo, tan sólo el 2,5% del total lo hizo de forma repetitiva y continua. Los datos españoles coinciden con los de Italia y Portugal; sin embargo, en Bélgica y Francia el porcentaje aumenta considerablemente: un 10% de enfermos terminales pidió de forma continua acelerar su muerte.

¿Le ha pedido alguna vez un paciente morir antes?



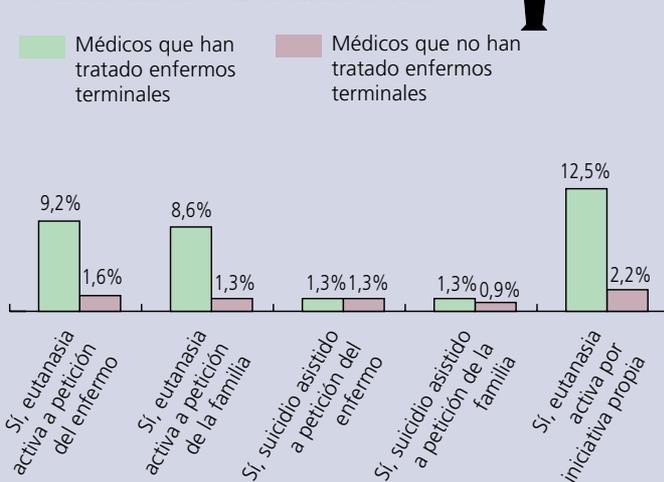
A juicio de médicos, enfermeras y familiares, las principales razones por las que el enfermo pidió acabar con su vida fueron: sentir un dolor insoportable, considerar que se ha convertido en una carga para la familia, miedo al deterioro físico y miedo a tener que depender de los demás. ►

LA RESPUESTA DEL MÉDICO

Por un lado, el 68% de los médicos (el 85% de los oncólogos) aumentó en alguna ocasión la dosis de analgésicos con el fin de aliviar el dolor, aún sabiendo que podría acelerar el final de la vida del enfermo terminal. Por otro, el 69% de los médicos (el 92% de los oncólogos) suspendió (o no inició) un tratamiento de vida asistida. En ambos casos la mayor parte de los profesionales encuestados opina que se trata de prácticas médicas aceptadas. Ahora bien, ¿qué ocurre con el suicidio asistido y la eutanasia activa? Los médicos opinan que estas prácticas pueden crear se-

rios problemas profesionales o legales a quien lo practique. Aún así, el 15% de los médicos españoles encuestados lo hizo en alguna ocasión. Como es natural, el porcentaje de médicos que ha practicado suicidio asistido o eutanasia activa es mucho mayor entre aquellos que trabajan directamente con enfermos terminales (vea el gráfico). En el marco de estos resultados llama la atención otro dato: el 12,5% de estos médicos practicó en alguna ocasión la eutanasia activa por iniciativa propia, es decir, sin consultar antes al enfermo o a la familia.

¿Ha tomado alguna vez medidas para facilitar el suicidio asistido o la eutanasia activa?



¿LEGISLAR O NO LEGISLAR?

Hemos preguntado a una muestra representativa de la población española su grado de acuerdo con la introducción de una ley que permitiese al médico practicar el suicidio asistido y la eutanasia activa en determinadas condiciones. Les planteamos seis hipotéticas situaciones (primer gráfico). En el primer caso (un adulto que sufre una enfermedad incurable y dolorosa y está cerca de la muerte) que es el que cuenta con mayor apoyo, el 70% de la población se declaró a favor

del suicidio asistido y el 75% a favor de la eutanasia activa. En los otros países la opinión (para el primer caso) varía notablemente: un 80% de los belgas y franceses encuestados apoyan la legalización, en Portugal un 61% y en Italia un 55%. Otro dato interesante es la influencia que la edad y la práctica religiosa tienen sobre la opinión de los encuestados: cuanto mayores (segundo gráfico) y más religiosos son, más se oponen a la legalización.

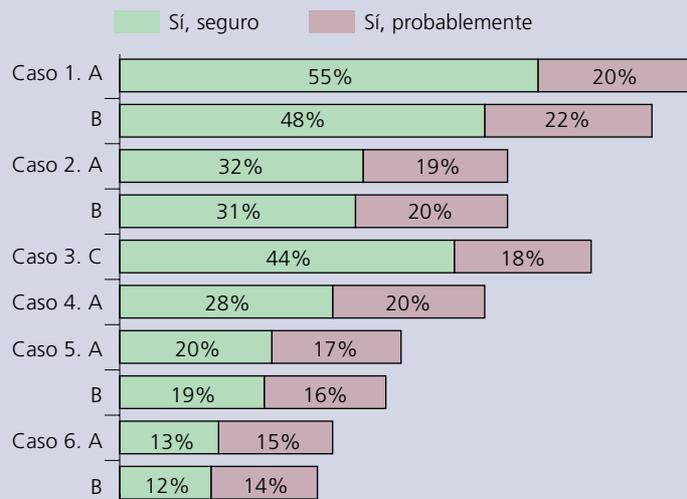
Caso 1. Usted sufre una enfermedad incurable y dolorosa y está cerca de la muerte.

Caso 2. Usted sufre una enfermedad incurable y dolorosa aunque no terminal.

Caso 3. Un familiar sufre un coma irreversible.

¿Cree usted que debería legislarse:

- A - La eutanasia activa
- B - El suicidio asistido
- C - La supresión de vida asistida ?



LA SITUACIÓN EN HOLANDA

Actualmente Holanda es el único país europeo en el cual la eutanasia activa está tolerada y se practica abiertamente. En el caso de que se cumplan las cuatro condiciones que especifica la legislación de dicho país para esta situación (vea en la primera parte de nuestro artículo *La normativa holandesa*), los médicos están autorizados a terminar con la vida del enfermo. Hemos querido conocer si los médicos y familiares de enfermos terminales creen que las condiciones

de Holanda son garantía suficiente frente a los abusos a la hora de practicar la eutanasia. Las opiniones varían mucho, a favor y en contra: el 27% de los médicos y el 39% de los familiares creen que la legislación holandesa garantiza el no abuso de la eutanasia; del otro lado, el 58% de los médicos y el 30% de los familiares piensan que la legislación holandesa no es suficiente para garantizar el no abuso. El porcentaje de quienes no opinan al respecto también es elevado.

Además les hemos preguntado si en España debería existir una situación similar, es decir, si se debería legalizar la eutanasia de acuerdo con las condiciones de Holanda. Como puede observar en el gráfico, los familiares de enfermos terminales están mucho más a favor de una legalización (sólo un 23% se declara abiertamente en contra) que los médicos y las enfermeras, entre los cuales la mayoría se oponen a esta medida.

La opinión de los médicos españoles respecto a la legalización no está demasiado definida en un sentido o en otro (tercer gráfico). En conjunto ganan los síes, pero existe un considerable porcentaje de médicos (cerca del 40%) que se declaran abiertamente en contra (el 48% si se pregunta a los de cuidados paliativos). Respecto a si aplicarían el suicidio asistido y la eutanasia activa en el caso de que estuvieran legalizados, el no es mayoritario, aunque más del 20% sí lo harían. Curiosamente, al

plantearles la misma situación pero aplicada a ellos mismos o a algún de miembro de su familia el sí llega al 40%.

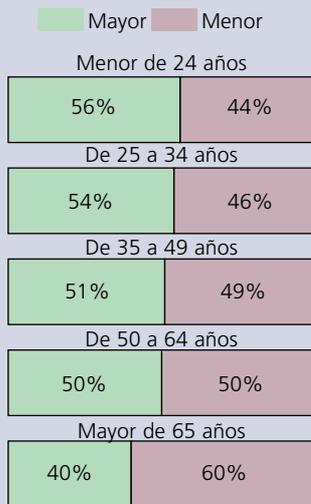
¿Qué postura creen los médicos que debería adoptar el Colegio Médico respecto a estos temas? Una cuarta parte piensa que debería oponerse a cualquier cambio legal; pero el 40% cree que el Colegio debería apoyar una des-criminalización del suicidio asistido y de la eutanasia activa si hubiera una buena legislación para prevenir su abuso.

Caso 4. Un familiar sufre una enfermedad incurable y no puede comunicarse por sí mismo.

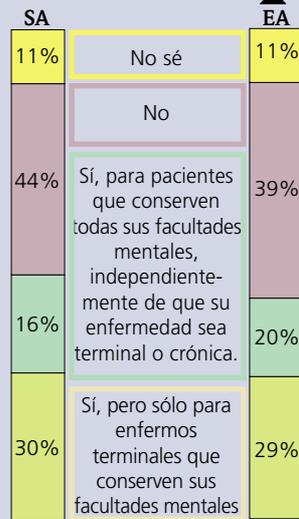
Caso 5. Un joven paralítico depende totalmente de otras personas para todas sus necesidades.

Caso 6. Su hijo de tres años sufre una enfermedad incurable y dolorosa aunque no terminal.

¿Grado de apoyo a la legalización



¿Debería cambiarse la ley para permitir el suicidio asistido y la eutanasia activa?



¿Debería seguirse la normativa holandesa en España?

Sí No No sé



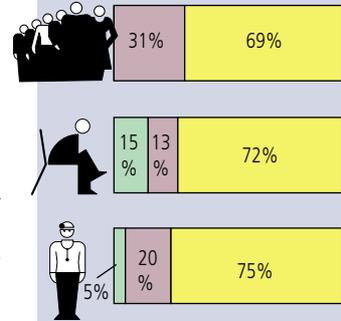
EL TESTAMENTO VITAL

En algunos países existe lo que se conoce como testamento vital. Este documento comunica a doctores y familiares los tratamientos médicos que el paciente desea o no recibir en caso de padecer una enfermedad irreversible que le lleve a un estado que le impida tomar una decisión acerca de su futuro.

En esta ocasión (vea el gráfico) las opiniones coinciden: el 75% de los médicos, el 72% de los familiares de enfermos de cáncer y el 69% de la población encuestada se declaran a favor de aplicar el testamento vital en España.

¿Cree usted que sería bueno aplicar el testamento vital en España?

Sí No No sé

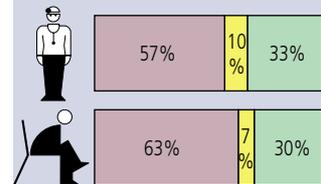


¿CAMBIÓ SU OPINIÓN SOBRE LA EUTANASIA SU EXPERIENCIA CON ENFERMOS TERMINALES?

Realizamos esta pregunta a los médicos y a los familiares con el fin de conocer hasta qué punto el hecho de vivir este tipo de experiencia directamente produce o no un cambio en la opinión que se tenía con anterioridad. Pues bien, para algo más de la mitad de los encuestados (gráfico) la postura ante el suicidio asistido y la eutanasia activa se mantiene igual, pero en los casos en los que sí se produce un cambio de opinión éste es en mayor medida a favor de la posibilidad de aplicarlas que en contra.

¿Cree que su experiencia personal con enfermos terminales cambió su opinión sobre la eutanasia?

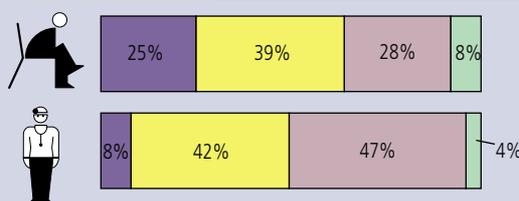
No
Sí, me hizo más opuesto
Sí, me hizo más partidario



¿DISMINUIRIAN LAS PETICIONES DE EUTANASIA CON UN BUEN SISTEMA DE CUIDADOS PALIATIVOS?

¿Cual sería el impacto sobre el número de peticiones de eutanasia si existiera un buen sistema de cuidados paliativos?

No cambiaría Terminaría con la mayoría de las peticiones de eutanasia
Terminaría con algunas peticiones de eutanasia Terminaría con todas las peticiones de eutanasia



Preguntamos a los médicos y a los familiares de fallecidos de cáncer sobre si el desarrollo de un sistema universal de cuidados paliativos tendría un efecto inmediato sobre el número de peticiones de eutanasia. Como se puede observar en el gráfico, la mayor parte de los encuestados (especialmente los médicos) creen que sí, es decir, opinan que el desarrollo de los cuidados paliativos en los hospitales (y a domicilio) reduciría el número de peticiones de eutanasia. ■