



DERECHO A MORIR DIGNAMENTE
ASOCIACIÓN FEDERAL

Revista de la Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente Nº54/2010

Andalucía aprueba la **Ley de Muerte Digna**

La aportación de DMD a la comisión de Salud

**LA EUTANASIA; ENTRE EL PLURALISMO Y EL FUNDAMENTALISMO
EUTANASIA Y SUICIDIO ASISTIDO, UN DEBATE NECESARIO
PROCESO DE AUTOORGANIZACIÓN Y EXPANSIÓN EN DMD ARAGÓN
RED DMD DE MADRID**



**TRES ESPECIALISTAS ABORDAN LA DEMANDA
SOCIAL DE LA EUTANASIA**

que nadie decida por ti

Manifiesto Santander

Todo ciudadano tiene derecho al alivio del sufrimiento al final de su vida mediante una asistencia paliativa de calidad respetuosa con sus valores y sus creencias, expresados en ese momento o de forma anticipada en el testamento vital (instrucciones previas o voluntades anticipadas). El paciente tiene derecho a recibir información veraz sobre su proceso de enfermedad, a rechazar un tratamiento, a limitar el esfuerzo terapéutico y a elegir entre las opciones disponibles, como la sedación terminal.

Por ello, manifestamos que es responsabilidad de los políticos:

1. Conocer de manera fehaciente cómo mueren los ciudadanos.
2. Garantizar el libre ejercicio de estos derechos.
3. Promover un debate sobre la eutanasia y el suicidio médicamente asistido de personas que al final de su vida padecen, a pesar de los cuidados paliativos, un sufrimiento insoportable del que desean liberarse con todas las garantías legales.

Este manifiesto fue elaborado en Santander en el Seminario de la Universidad Internacional Menéndez Pelayo (UIMP) 'Muerte digna, asistencia ante la muerte' y presentado públicamente el 11 de julio de 2008.

2

EDITORIAL

4

LA MUERTE DIGNA

Un debate ciudadano
en marcha



8

LA EUTANASIA

Entre el pluralismo
y el fundamentalismo

11

RED DMD

Una experiencia
de expansión

12

ANDALUCÍA APRUEBA LA LEY DE MUERTE DIGNA

Derechos y garantías
Justificación
Autonomía del paciente
Reticencias

17

**DMD EN EL
PARLAMENTO ANDALUZ**

Intervención de
Fernando Marín en la
Comisión de Salud

21

**LA RESPUESTA
DE LOS GRUPOS
PARLAMENTARIOS**



22

**EUTANASIA Y SUICIDIO
ASISTIDO**

Un debate necesario

29

**COMITÉ DE BIOÉTICA
DE CATALUÑA**

Recomendaciones a los
profesionales sanitarios



30

UIMP

Tres especialistas
abordan la demanda
social de la eutanasia

34

DMD FEDERACIÓN

La Asociación de Andalucía echa a andar
Proceso de organización y expansión en Aragón
Asturias. Hacia una presencia en los medios y en la
sociedad
Cataluña. III Jornadas sobre el Derecho a Morir
Dignamente
Madrid. Red territorial de grupos locales y red de
profesionales

42

Entrevista a
María Benítez

45

Que la muerte
nos sea leve

46

La voz de los
socios

Ley de muerte digna de Andalucía

En marzo de 2010 el Parlamento de Andalucía aprobó la Ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte, cumpliendo así el compromiso adquirido en su Estatuto de Autonomía, que en el artículo 20 reconoce el derecho de todas las personas a la plena dignidad en el proceso de su muerte. La AFDMD fue invitada a participar en su elaboración, y la mayoría de sus aportaciones fueron incorporadas al texto legal.

La ley de muerte digna andaluza no establece nuevos derechos, sino que desarrolla oportunamente los establecidos en 2002 por la Ley de autonomía del paciente, específicamente en el ámbito del final de la vida.

¿Qué avance supone esta ley? En primer lugar es un texto que hace pedagogía de la muerte digna, sin abordar la eutanasia, castigada en el Código Penal y fuera de las competencias autonómicas. Aclara conceptos fundamentales como rechazo de tratamiento, encarnizamiento terapéutico o sedación paliativa. Lo más importante es que concreta los derechos a la información, al consentimiento (elección entre opciones clínicas y rechazo de tratamiento), al testamento vital (que el profesional tiene la obligación de conocer y respetar), al alivio del sufrimiento y a la sedación paliativa (morir dormido) cuando el enfermo terminal o en agonía lo precise.

Una ley autonómica no regula nuevos derechos, los garantiza. Teóricamente todos los ciudadanos del Estado estamos en igualdad, pero la realidad, la práctica clínica, es otra, porque la ley de autonomía del paciente no está pensada para el proceso de morir (de hecho la palabra muerte ni siquiera aparece), resultando demasiado ambigua y a veces inútil para garantizar que se respete la voluntad del enfermo. Al final, el morir depende del médico o médica que a uno le toque, porque los derechos de los pacientes, si no están claras las obligaciones de los profesionales y las garantías del sistema sanitario, pueden quedar en papel mojado. ¿Resultado? Una mala muerte.

¡Enhorabuena a Andalucía por esta norma!, un homenaje a Inmaculada Echevarría y al Hospital Severo Ochoa de Leganés. Ahora toca trabajar por la universalización de la sedación paliativa en enfermos terminales o en agonía y por la regulación de la eutanasia y el suicidio asistido en todo el Estado.

Holanda

Of Our Own Free Will

(Por voluntad propia)

Con el lema “la vida es un derecho, no una obligación”, el movimiento ciudadano Por voluntad propia (Of Our Own Free Will), ha recogido más de 140.000 firmas para que el Parlamento de Holanda debata la regulación del suicidio asistido para personas mayores de 70 años, sin enfermedad terminal. Muchas personalidades holandesas (médicos, ex ministros e intelectuales) apoyan esta iniciativa.

Cuando en 2002 Holanda despenalizó la eutanasia la campaña gubernamental se basó en la obligación del Estado de estar pendiente de los usos sociales, de la realidad existente dentro de sus fronteras, legislando sobre lo que es un hecho, en lugar de mirar hacia otro lado. Este mismo argumento es el que utiliza 'Of Our Own Free Will': "unos 400 ancianos se quitan la vida de forma violenta en Holanda cada año. No se trata de enfermos terminales o desesperados, porque para eso está la eutanasia. Son personas mayores que sienten que la muerte ha pasado de largo, olvidándose". El suicidio de personas mayores existe, es un hecho real en la población, que el poder debería legislar, porque en una sociedad democrática los usos y normas sociales se convierten en derechos.

Según el proyecto de ley, para evitar posibles abusos, un grupo de

expertos (psicólogos, enfermeros y guías espirituales) deberá analizar cada caso para garantizar que la persona mayor de 70 años que considere que “su vida está completa” está en pleno uso de sus facultades mentales y expresa libremente su voluntad de morir, sin coacciones externas. "En la clínica suiza Dignitas convencen a la mitad de los que acuden para que no se suiciden. También nosotros descartamos depresiones o soledades que lleven a buscar una escapatoria. Pero debe aceptarse que gente sana y cuerda no quiera sufrir por hacerse mayor".

Según Of Our Own Free Will, estos mayores, que no están enfermos y mantienen sus facultades mentales, podrían suicidarse –muchos de forma violenta como hasta ahora-, pero desean hacerlo “dignamente”, tomar ellos mismos su cóctel letal, en su casa y rodeados de las personas que ellos elijan.

Para el movimiento mundial por el derecho a una muerte digna



“la vida es un derecho,
no una obligación”

Holanda ha sido hasta ahora un faro que ha iluminado el camino a seguir. ¿Seguirá siendo así? Probablemente sí, pero este debate, que llegará al sur de Europa a su debido tiempo, hoy por hoy puede resultar inoportuno.

Tal y como dicen sus estatutos, la AFDMD defiende la libertad de todo ser humano a disponer de su vida (decidir cuándo y cómo morir), porque la iniciativa holandesa encaja con nuestra filosofía. Pero la organización reivindica un cambio legislativo, la despenalización de la eutanasia y el suicidio asistido, únicamente para enfermos irreversibles con sufrimiento intolerable. En el Estado español el debate sobre la muerte digna se produce en los términos en los que existía en Holanda hace 20 años. El debate sobre suicidio de personas mayores sanas nos queda demasiado lejos y no procede especular sobre lo que ocurrirá en el futuro, mientras miles de ciudadanos se ven condenados a sufrir el final de su vida por una enfermedad de la que desean liberarse.

Un debate ciudadano en marcha: la muerte digna



La afirmación de la actual ministra de Sanidad nada más ser nombrada en el cargo de que “no existe un clima social que demande este tipo de legislación”, refiriéndose a la eutanasia, además de ignorancia culposa de lo que las encuestas de opinión revelan, parece simple y llanamente querer rehuir un debate sobre el que no tuvieran las ideas claras y sí miedo a enfrentarse con la jerarquía católica y a su permanente pretensión de erigirse en la referencia moral de una sociedad como la nuestra, constitucionalmente aconfesional.

Es evidente que a nosotros no nos parece en absoluto que el debate sobre la muerte digna esté fuera del alcance ni del interés de los ciudadanos. Muy al contrario, el hecho de que un tema tan profundamente tabú como la muerte se abra paso en los medios a pesar de vivir en una sociedad hasta hace nada dominada por el fundamentalismo religioso y político de la peor clase, que ha utilizado el ‘después de la muerte’ como elemento de dominación, nos parece un signo inequívoco no ya de que las personas tenemos muy claro cómo queremos y sobre todo cómo no queremos morir, sino de que, además, consideramos que el modo de morir afecta directamente al núcleo fundamental de nuestra dignidad.

“Es preciso intensificar el debate”

Con la intención de contribuir al desarrollo sosegado de este trascendental debate pretendemos en este artículo enfocar de un modo general aspectos éticos de la eutanasia y el suicidio asistido, definiendo el contenido de estos dos conceptos que, de un modo interesado, han sido asimilados a términos tan diferentes como asesinato, genocidio, eugenesia, etc.

Es precisamente la respuesta a este empeño de sus detractores en asociar la eutanasia a crímenes especialmente horrendos lo que nos lleva a reivindicar abiertamente la eutanasia y el suicidio médicamente asistido como integrantes del derecho a una muerte



digna; expresión que, en este contexto, viene a significar una muerte voluntaria, ayudada o no, que pone fin a una existencia considerada indigna por el propio interesado.

Dado que el concepto de dignidad en general y el de dignidad de la vida en particular tiene tantos contenidos diferentes como hablantes, pretender imponer a los demás una visión particular de la dignidad es una forma especialmente inaceptable de impedir el ejercicio de la libertad personal, de la autonomía, en que reside la razón de ser de nuestra dignidad como ciudadanos de un Estado de Derecho.

Empezaremos por definir ambos conceptos que conforman el más amplio de muerte voluntaria. Quede ya apuntado que en esta adjetivación de la muerte como voluntaria -no debida a obligación ni deber- radica el núcleo del debate ético.

Tanto la eutanasia como el suicidio son formas de muerte voluntaria que se diferencian en la persona que administra la muerte: en el suicidio es la propia persona que desea morir quien se da muerte a sí misma, sin el concurso de nadie -suicidio simple- o bien con la ayuda de otro en el suicidio asistido; médicamente asistido cuando la ayuda para morir es prestada por un médico.

En la eutanasia la muerte la produce otra persona, médico o no, distinta del sujeto aunque, desde luego, a petición suya.

En ambos casos el carácter de muerte a petición distingue estas muertes de cualquier otro homicidio y, por supuesto de cualquier forma de asesinato, sea individual o colectivo. Pero, además de la voluntad inequívoca de morir, la muerte eutanásica requiere, por decirlo en los términos del artículo 143.4 del vigente

“Trabajamos para que el muro se convierta en una frontera transitable para los que así lo decidan”



Código Penal “que la víctima sufra una enfermedad grave que conduciría necesariamente a la muerte o que produzca graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar”.

Es esa motivación compasiva la razón de que merezca una pena atenuada respecto del homicidio no eutanásico. Desde el punto de vista legal (el único que nos obliga a todos) la eutanasia no es ni mucho menos ese crimen especialmente reprochable que se nos quiere presentar desde sectores confesionales.

Y, ya que hablamos del Código Penal vigente, hay que insistir en que sólo los actos (no las omisiones de tratamiento) y directos (no los efectos colaterales no buscados directamente, como ocurre con la sedación terminal), constituyen hoy por hoy conducta penalmente reprochable, limitada pues a la eutanasia activa directa.

Quedan así apuntados los dos dilemas éticos que suscitan las conductas eutanásicas: desde quien desea morir, el carácter de muerte voluntaria y solicitada interroga sobre si la vida es o no un derecho renunciable. Desde el médico que presta su colaboración, incluso ejecutiva, la pregunta es si la ética médica permite o no una actuación eutanásica, independientemente de que la ley pudiera permitirla.

¿Es la vida un derecho renunciable? Desde una visión confesional la vida es un don divino y como tal irrenunciable. Por tanto, no tienen sentido disquisiciones acerca de su dignidad: la vida,

cualquier clase de vida, incluso la meramente vegetativa, debe ser preservada, no en función de su calidad sino por su condición de don divino.

¿Permite la ética médica una conducta eutanásica?

¿Es lícito tener este concepto de la vida? Por supuesto que es lícito. No se puede creer en la libertad y negarle a alguien el derecho a tener un código ético particular. Lo que es inadmisibles es que se quiera imponer al conjunto de la sociedad un sistema de valores particulares.

Por decirlo claramente: no hay ningún derecho a convertir en delito lo que algunos consideran un pecado. Sencillamente porque, no estando justificada la auto-consideración de su moral como ‘la verdadera’, no existe el derecho a extender su código moral a los no creyentes ni a los de otros credos; a la sociedad civil en suma. En todas las sociedades democráticas avanzadas de nuestro entorno cultural cualquier código ético particular está sometido al imperio de las leyes civiles.

Durante siglos en nuestro país el pensamiento católico ha inspirado las leyes civiles, pero cada vez más decididamente, las leyes comunes, las que nos obligan a todos, se limitan a perseguir las conductas que perjudican a los demás.

Por otra parte, los derechos civiles tienen el carácter de renunciabiles y cuando la ley reconoce un derecho al conjunto, quien lo considere inadmisibles en función de su código ético particular no tiene más que no ejercerlo. Unos ejemplos ilustrativos: la ley que permite el aborto no obliga a nadie a practicarlo ni siquiera en el caso de que el feto sea portador de graves malformaciones que, una vez nacido, exigirán un mayor esfuerzo social para su mantenimiento. Aunque nuestra Constitución nos reconoce a todos el derecho a la propiedad privada (art. 33), ello no impide que los miembros de órdenes religiosas renuncien a ese derecho mediante el voto de pobreza. Del mismo modo, una ley civil que permita la eutanasia no obligará a nadie a solicitarla ni a practicarla.

La autonomía del paciente anula razones sin fundamento

Las personas que no consideramos la vida un don divino (y no pocas de las que sí lo consideran así) reclamamos legítimamente de los legisladores el reconocimiento expreso del derecho a la vida propia como renunciabiles. Nosotros entendemos el derecho a la vida como un derecho fundamental en el sentido de que sin ella no cabe el ejercicio de ningún otro, pero eso no lo convierte en irrenunciabiles. Tenemos el derecho a vivir, no la obligación

de hacerlo. Nuestra Constitución de 1978 en su título preliminar declara la libertad como valor superior del ordenamiento jurídico y hay que esperar al artículo quince del segundo capítulo para que nuestra Ley Suprema establezca que “Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a torturas ni a penas o tratos inhumanos o degradantes”, formulación que a todas luces pretende la defensa de la vida frente a la actuación de terceros, por ejemplo, frente al encarnizamiento terapéutico que, so pretexto de defender la vida, nos somete a trato inhumano y degradante.

Nadie sino uno mismo tiene la capacidad de decidir hasta dónde su vida merece ser vivida y desde dónde no; cuándo ha perdido su dignidad. El sentido común y también las leyes protegen la vida, pero no nos condenan a ella. Nadie, ni el Estado Democrático, tiene derecho a empeñarse en la protección de un derecho por encima del deseo y del interés de su titular, ni siquiera en el caso de la vida.

Parece muy razonable pedir que cesen las contradicciones del ordenamiento jurídico actual que no penaliza el suicidio y considera un derecho renunciar a un tratamiento, aunque de esa renuncia se siga ciertamente la muerte, y sigue castigando, aunque sea atenuadamente, la colaboración necesaria al suicidio y la eutanasia por más que sea un acto altruista y compasivo y por más que, en los casos en que la persona que desea la muerte está impedido para procurársela, sea la colaboración de otro la única forma de garantizar el ejercicio de su libertad individual.

Quienes, desde posiciones religiosas, se oponen a la regulación legal de la eutanasia emplean, además del de la sacralidad de la vida, dos tipos de argumentos: el primero se conoce

La frontera del art. 143 del Código Penal.

La reforma del Código Penal de 1995 consideró un atenuante la motivación altruista (por el bien del enfermo) para los delitos eutanásicos, rebajando notablemente las penas. El objetivo fundamental de DMD es la legalización de la eutanasia en nuestro país. Para ello, en sus 25 años de trabajo y lucha se esfuerza por hacer visible el cambio de mentalidad en nuestra sociedad que se manifiesta mayoritariamente a favor de este derecho. Pero este derecho, que nace de la dignidad personal y se expresa en la autonomía personal, se encuentra con el muro, por el momento infranqueable, del art. 143.

El Código Penal de 1995 -aprobado en noviembre de 1995- que entró en vigor el 25 de mayo de 1996 dice en el art. 143:

como pendiente resbaladiza y consiste en pronosticar que, si se admitiese legalmente la eutanasia, se abriría la puerta a la eliminación no solicitada de personas dependientes, incapacitadas, ancianas... no productivas en suma. A este argumento, puramente consecuencialista e hipotético, hay que replicar que ninguna ley puede impedir *per se* un uso abusivo de la misma. Cuanto mejor es una ley, más se acercará a ello, pero pretender evitar el abuso del derecho eliminando el derecho en sí nos llevaría a un callejón sin salida: ¿tendremos que eliminar el derecho de los ayuntamientos a ordenar su territorio para evitar que se produzcan “gürtelazos”? o ¿habrá de prohibirse la enseñanza en centros católicos para evitar los delitos de pederastia que escandalizan a la sociedad? Reconócese el derecho a decidir sobre la propia muerte y regúlese la ayuda prestada para evitar abusos vigilando su cumplimiento, pero no se niegue preventivamente el derecho mismo.

El segundo argumento que se esgrime es que el ayudar, y más aún el producir directamente la muerte de una persona, se opone frontalmente a la deontología (ética) médica. Para quienes esto afirman el objeto primero de la medicina -la obligación y razón de ser del médico- es el mantenimiento de la vida hasta donde sea posible. Hay que decir muy claramente que esta idea de que el deber absoluto del médico es mantener la vida es tendenciosamente falsa.

La deontología hipocrática, que con su *primum non nocere* (lo primero, no hacer daño) que tan buen encaje ha tenido en el pensamiento cristiano, está superada hoy por los principios bioéticos de autonomía del paciente, beneficencia, no maleficencia y justicia. Esos principios, recogidos por las leyes nacionales y los consensos internacionales, establecen sin lugar a

dudas que ninguna actuación médica, aun encaminada a evitar una muerte cierta, puede ser realizada sin el consentimiento válido del paciente, porque la libre voluntad del paciente es el principio fundamental que inspira hoy la relación médico-paciente que ha dejado de ser paternalista para transformarse en una relación de colaboración igualitaria.

Los ciudadanos somos dueños de nuestro destino y nuestra libertad

Desde la Declaración Universal de los Derechos Humanos los ciudadanos nos hemos desprendido del carácter de súbditos y nos hemos hecho dueños de nuestro destino y nuestra libertad. Las leyes, muy especialmente la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente -Ley 41/2002- desmienten que el objetivo de la acción médica sea el mantenimiento de la vida del paciente por encima incluso de sus deseos. La razón de ser del médico es hoy la ayuda técnica a la persona enferma. Ayuda que debe respetar en todo caso la libertad de decisión individual basada, eso sí, en una información completa y veraz sin la que no cabe libertad real de elección.

A nuestro juicio es muy evidente que empeñarse en mantener vivo a quien no desea seguir viviendo no respeta el principio de autonomía; conculca el de no maleficencia porque condena al paciente a una vida indigna de sufrimiento, lo que él considera un mal; no cumple el de beneficencia al anteponer los principios éticos del médico al derecho del paciente a decidir sobre su propia vida y, por añadidura, el empleo desmesurado de medios para mantener una vida no deseada atenta directamente contra el principio de justicia malgastando bienes comunes.

¿Quién puede dudar, desde la estricta aplicación de los principios bioéticos que nos obligan a todos los sanitarios, que quepa en la deontología más exigente el ayudar a morir a quien no tiene más futuro que el dolor o lo que él estima una existencia indigna y pide ayuda para acabar dignamente con su sufrimiento?

Del mismo modo que deseamos y esperamos para nosotros un trato compasivo por parte del colega que nos asista en el trance final, dedicaremos nuestro esfuerzo a conseguir que quien tenga la bondad y el valor de hacerlo no se vea perseguido por cumplir nuestro deseo y actuar compasivamente con nosotros. Para lograr este que hemos llamado Derecho del Siglo XXI, hace falta el concurso de todos y a todos, especialmente a los miembros de DMD, convocamos a trabajar decididamente por el reconocimiento legal de la Eutanasia y el Suicidio Médicamente Asistido como parte fundamental del derecho a una Muerte Digna sin el que no puede considerarse cumplido el derecho a una Vida Digna.

1. El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años.
2. Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona.
3. Será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte.
4. El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de este, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo.

la eutanasia

entre el pluralismo y el fundamentalismo



Si se repasa la crónica política sobre la eutanasia en los últimos años, podemos evaluar los vaivenes del Partido Socialista tanto en sus programas electorales como en las manifestaciones del Presidente del Gobierno o de algún ministro acerca del planteamiento de un debate público acerca de este problema. Algunos podrán interpretarlos como producto de la improvisación que a veces se le achaca a Rodríguez Zapatero, de las diversas tendencias que puedan existir en el seno del Partido Socialista o de la agenda política según los momentos al existir otros asuntos o problemas que se consideren a nivel colectivo prioritarios. En diversas ocasiones el Gobierno o políticos socialistas han esgrimido la ambigua frase de que no existía demanda social, expresión tan inexacta como capaz de envolver cualquier razón o motivo de desdecirse o de echarse atrás. En mi opinión existe demanda social -aunque no sea este el momento de valorarla- en la población que no está marcada con juicios o prejuicios integristas o tradicionales, y que considera oportuno dar paso a la eutanasia en la sociedad como muestran las encuestas sociológicas. Pero, a su vez, también existe por desgracia una crispación político-religiosa respecto a la eutanasia que ejerce una especie de filibusterismo beligerante que impide el necesario ambiente de serenidad para abordar una deliberación política. En cualquier momento en que la jerarquía católica sospecha que se habla o puede hablarse en los pasillos políticos sobre la eutanasia promueve una movilización fundamentalista que revuelve la serenidad de la opinión pública, ambiente que no deja de aprovechar el populismo de la derecha de la política española.

En vez de fomentar un ambiente de tranquilidad donde se pueda decir “silencio, se piensa, se delibera”, se juzga mejor estrategia soltar un vaquilla en la plaza y provocar la desbandada.

La vida desde el nacionalcatolicismo

En el tema de la eutanasia como en otros alledaños al tratamiento de la vida se agita en nuestro país la crispación de raíces fundamentalistas. La opinión pública y las posturas de la mayoría de la población, según manifiestan barómetros de medición social, están abiertas al hecho del pluralismo, lo cual no quita para que exista y se deje sentir una jerarquía católica española y un mundo de asociaciones y movimientos católicos no menos fundamentalistas -y a veces más montaraces- que con beligerancia atienden las consignas de los jerarcas y crean un espacio denso por vociferante y amplio por su infiltración que parece ser la tónica general del país.

La iglesia católica estima que el fundamentalismo tiene lugar en el campo de talibanes o de ayatolabs, pero si nos atenemos a la definición que aportan documentos eclesiásticos acerca del fundamentalismo como actitud de “quienes, en nombre de una ideología con pretensión científica o religiosa, creen que pueden imponer a los demás hombres su concepción de la verdad y del bien” (palabras de una encíclica de Juan Pablo II), nos encontramos que la postura de los jerarcas católicos es claramente fundamentalista en el caso de la eutanasia por efecto de su propia definición.

Si el pluralismo es el espacio humano-social en que, según la Constitución española, hemos de asentar los españoles nuestra convivencia política, es hora de que los católicos no fundamentalistas manifiesten públicamente ante la nación y ante los obispos que el evangelio en el que creen no es fundamentalista y que su vida como ciudadanos solo es posible democráticamente en el respeto al pluralismo que es el respeto a los demás. Supongo que el creyente antes de creyente ha de ser una persona adulta y, además, ética. Y sin duda tal estilo de cristiano aceptará de buen grado que “ninguna autocompresión ética de los ciudadanos goza en principio de privilegio frente a otras” (1), principio derivado del hecho del pluralismo aplicable tanto al tema de la eutanasia y también a la misma iglesia que, al autocalificarse ‘la única verdadera’, y proclamarlo con firmeza públicamente a los

cuatro vientos, resulta ser una afirmación y un convencimiento fundamentalistas.

El pluralismo defiende, por tanto, que mi personal opción por la eutanasia entendida en su pleno sentido es una opción de valor, que como tal ha de ser tenida en cuenta y de entrada exige –juntamente contra otras opciones similares, contrarias a la opción exclusiva y fundamentalista de la iglesia católica- un debate público sereno, ajeno a la crispación fundamentalista a la que aludía anteriormente.

El agobiante fundamentalismo ambiental que se crea con la palabra eutanasia es sin duda lo que produce el vaivén político acerca de la eutanasia en las agendas de las políticas públicas del Gobierno. No se puede hablar con ruido, con agresividad, con gritos y sobre todo sin razones y con presiones sociales agresivas. Cuando la iglesia dice en sus documentos que ninguna autoridad puede legítimamente imponer ni permitir la eutanasia pues sería una violación de la ley divina, una ofensa a la dignidad de la persona humana, es necesario –dejando de lado la ley divina pues la convivencia política no se rige sino por las leyes que emanan de la soberanía popular- entrar en el diálogo de las razones con un lenguaje netamente público del que participen todas las opciones posibles en torno a la eutanasia. Si a la iglesia le parece la eutanasia contraria a la dignidad de la persona, hay opciones proeutanasia que hay que considerar derivadas de la comprensión de la dignidad humana tal como se entiende en el texto constitucional.

Eutanasia en una sociedad plural

Si he mencionado antes la percepción de la población española sobre la eutanasia ha sido con el fin de justificar la demanda social, pero –claro está- sin querer justificar que la norma moral y legal de una regulación de la eutanasia derive de una mayoría obtenida en una especie de recuento de opiniones. La demanda social demostrada con datos verídicos de encuestas ha de dar paso a una deliberación pública en la que se encuentren las razones y argumentos racionales que funden legítimamente la ordenación de la eutanasia en la vida en común. Considero que la sociedad se ha de hacer consciente del hecho del pluralismo, que no es tolerable que la jerarquía eclesiástica juegue con conciencias y con la opinión y mantenga una pretensión de avasallar a un Gobierno y también a un Parlamento obstaculizando en una palabra una labor política libre y plural: el poder estatal es un poder ‘constituido’, y en manera alguna puede ser un poder domesticado o colonizado (2). Y los vaivenes de los que hablaba al comienzo de este comentario son efecto del vaivén de fondo que vive nuestra sociedad que siente el pluralismo y lo manifiesta con libertad en su gran mayoría, pero sufre los embates fundamentalistas político-religiosos de los obispos católicos.

Trinidad Jiménez vs Bernat Soria

El que fue ministro Bernat Soria prometió abrir a debate público el tratamiento de la eutanasia en España y para ello adelantó ante la opinión pública que se iba a nombrar un comité de expertos que estudiaran el tema. La eutanasia iba a entrar, al menos así parecía, en el foro del debate público; se iba a continuar la preocupación política de un tiempo un tanto lejano cuando en el Senado hubo una comisión de estudio de las conductas eutanásicas.

Hace algo más de un año, el 7 de abril de 2009, la cartera de Sanidad pasó a manos de la actual ministra, Trinidad Jiménez, que cerró el tema bajo cuatro llaves. Sin duda su negativa al debate de la eutanasia se debía a sus convicciones personales sobre la eutanasia que, además, casan perfectamente con la política del Gobierno que silencia el sentir bastante mayoritario de la opinión pública y las preocupaciones de sectores profesionales – médicos y juristas- y de movimientos sociales que luchan por una muerte digna.

Las palabras de Bernat Soria fueron una sorpresa al decir que iba a haber posibilidad de proponer con libertad, y contrastar las razones de un lado y otro con seriedad y respeto a las razones del otro, con el fin de llegar a una solución adecuada a una sociedad secular y que vive en el pluralismo. Pero todo fue una nube de verano que paso sin dejar una sola gota.

El Gobierno, la ministra de Sanidad viven incommunicados de la sociedad, han olvidado a tantos enfermos que yacen postrados en hospitales o en sus propias casas. Al parecer, mirar hacia otra parte es la estrategia de lo ‘políticamente correcto’, dando de lado a la dignidad y autonomía del paciente, el derecho a la muerte digna.

Por ello, estimo que parlamentarios, políticos, ciudadanos que admitan el hecho del pluralismo que sean conscientes de que el ordenamiento jurídico solo procede de una deliberación y decisión soberana de la nación han de ser capaces de hacer frente a las diversas oleadas de fundamentalismo y de aberraciones que obstruyen un proceso democrático.

Termino con unas palabras bien significantes de Elpidia Esteban, enferma de esclerosis lateral amiotrófica, que en un minuto de pantalla denunciaba en un programa de televisión en junio de 2008: “Quiero dejar las cosas preparadas para cuando yo ya no pueda valerme por mi misma. Porque sé que eso llegará tarde o temprano. No quiero que sea lo que Dios quiera, sino lo que yo

decida”. Que no sea lo que pretende imponer la jerarquía eclesiástica que dice hablar en nombre de dios sino lo que decida un Parlamento que con el apoyo de la deliberación de la sociedad sea capaz de decidir en sede parlamentaria lo alcanzado en una deliberación racional y democrática. Y terminaba su locución Elpidia reclamando una acción política: “Muchas personas necesitamos que se legisle claramente para garantizar nuestro deseo de acabar con nuestra vida”.

(1) Vargas-Machuca, R., La justificación de la democracia, en Arteta, A., El saber del ciudadano (2008), p.125.
(2) Habermas, J., Entre naturalismo y religión (2006), p.109.

Eutanasia a encuesta

Dígame si está de acuerdo o en desacuerdo con lo siguiente

	Eutanasia	Suicidio	Aborto	Fecundación artificial
Sí	28.5	9.0	22.8	55.7
Sí con reservas	14.0	4.2	14.6	13.2
En casos específicos	34.1	6.6	33.6	14.4
No, en ningún caso	16.6	72.7	25.8	9.9
N.S.	5.7	6.0	2.5	5.8
N.C.	1.1	1.5	0.7	1.0
(N)	1973	1973	1973	1973

El Centro de Investigaciones Sociológicas en su estudio 2752 realizó, como en otras ocasiones, una pregunta sobre la eutanasia y el suicidio. Los cuatro puntos sobre los que se hace la pregunta están relacionados con la vida humana y los resultados obtenidos se muestran en la tabla.

Es un dato bien relevante que más de dos terceras partes (76,6%) de la población encuestada acepta la eutanasia. Solo un 16,6 por ciento se opone a la eutanasia sin aceptar ninguna excepción. Un 6,8 por ciento considera que no tiene criterio o simplemente no está interesado en contestar.

Si desglosamos esta aceptación, vemos que el 28,5 por ciento de los encuestados aprueba la eutanasia de modo general sin condicionarla a ningún aspecto de edad, situación personal, etc. El 34,1% condiciona la aprobación de la eutanasia a casos específicos y el 14,0 por ciento la aprueba con reservas. Por otra parte, hay que decir que del texto y el contexto de la pregunta no se puede deducir que dicha aceptación signifique despenalización o

legalización de la eutanasia. Pero sí se puede colegir que dos terceras partes de la población española están de acuerdo en que la eutanasia es una figura de comportamiento humanosocial que debe estar presente en la sociedad sin ser delito.

La situación es totalmente opuesta en el caso del suicidio: el 72,7 % de los encuestados lo desaprueba y el 19,8% lo acepta con matices o bien con reservas o en casos específicos. Puede pensarse que este resultado se debe a que el suicidio en nuestra sociedad sigue teniendo una mala imagen. Sin embargo, en la encuesta aparece el suicidio como realidad independiente de las otras realidades sobre las que se pregunta; por ello, al parecer, se considera al suicidio como el quitarse la vida sin ninguna connotación de enfermedad, condición de invalidez seria, padecimiento de intensos dolores o terminalidad de vida. Por tanto, la realidad por la que se pregunta y se responde en nada tiene que ver con el suicidio asistido entendido como actuación de disposición de la propia vida y como conducta eutanásica.

RedDMD de Madrid.

Una experiencia de expansión

En la estructura actual de DMD, la base de la asociación la conforman los socios. DMD no sería lo que es sin el apoyo de sus socios. Reflexionando sobre las posibles motivaciones de los socios, algunos miembros de la directiva han llegado a la conclusión de que podría haber socios que quisieran una colaboración más activa en la asociación y que no hayan encontrado la forma de participar o contribuir con su esfuerzo.

En su evolución a lo largo de los años la asociación ha adquirido experiencia y ha ayudado a personas que lo necesitaban, sin embargo, y siendo críticos, sigue muy alejada de los objetivos marcados en favor de la eutanasia. El Congreso no se plantea el debate de la eutanasia y nos mantenemos a muchos años de distancia con respecto a países vecinos como Holanda y Bélgica, entre otros. Para acercarnos a este propósito se plantea en la directiva de la asociación, otorgar al socio, que así lo desee, la posibilidad de contribuir de forma activa y voluntaria en la asociación a través de grupos locales que puedan tener iniciativas propias, además de presencia en sus ayuntamientos a través de los consejos de salud, y sobre todo que contribuyan a la divulgación y abran un debate social a pie de calle.

Aunque el proyecto no está perfectamente definido, ya que todavía se está elaborando un plan de desarrollo para estos grupos, la idea propuesta es que los socios de una misma zona, que en ocasiones ni se conocen, puedan conocerse e intercambiar puntos de vista formando un pequeño grupo de opinión con el fin de aprender o aclarar conceptos básicos sobre el debate en torno a la eutanasia (eutanasia activa, pasiva, suicidio asistido, testamento vital, etc.).

Las motivaciones que empujan a DMD a dar estos pasos en la formación de grupos son muchas, pero cuantos más luchan por una causa, mayores son los avances que se consiguen.

Se están poniendo en marcha dos grupos locales para ver qué evolución y qué repercusión podrían tener.



La asociación, más concretamente nuestro compañero Fernando Soler, entró en contacto con socios de Leganés y Getafe, y personas interesadas en esta causa, convocó una reunión a la que acudieron algunas personas interesadas y se les informó acerca de las intenciones y las motivaciones de crear estos grupos locales.

El grupo de Leganés comenzó con una reunión de cuatro personas, entre ellas Fernando Soler, fue breve y a modo de presentación, pero fue un inicio alentador en el que se propuso la idea de difundir la creación del grupo con el objetivo de que nuevos voluntarios pudieran acercarse y debatir. Esta reunión dio sus frutos en la segunda reunión, ya que de cuatro asistentes se pasó a once y sirvió para resolver todas las dudas que pudieran tener acerca de términos, procedimientos, leyes, etc... Getafe ha tenido una primera reunión y está concertada una segunda, podemos prever un recorrido similar al de Leganés.

Las directrices de estos grupos no están definidas desde la directiva de DMD, serán los integrantes del grupo los que progresivamente decidan sus objetivos y actuaciones, siempre respetando los estatutos de DMD y con todo el apoyo que se pueda ofrecer desde la oficina de DMD Madrid.

En cualquier caso siempre será una experiencia positiva sentarse en torno a una mesa y debatir con otras personas.

Andalucía aprueba la ley de muerte digna

La norma pionera en España regula los derechos de pacientes y deberes de los profesionales sanitarios de los centros públicos y privados.

El Parlamento de Andalucía aprobó por unanimidad en el pleno del 17 de marzo pasado la Ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte, el texto legal conocido como ley de muerte digna. A grandes líneas se puede decir que la norma aprobada en Andalucía declara que “el derecho a decidir del paciente” está por

encima de cualquier otra consideración.

La ley de la muerte digna establece los derechos que tienen los enfermos terminales y en agonía durante la fase final de su vida, reconociendo el derecho de todas las personas a la plena dignidad en el proceso de la muerte.

Estos derechos generan obligaciones de cumplimiento para los profesionales sanitarios y cualquier institución sanitaria, pública o privada, incluyendo también las del ideario religioso.

Se deberán respetar las decisiones del paciente, sin que nadie –persona o institución- le pueda imponer sus opiniones o criterios religiosos, personales o morales. Muchos han reflexionado que no se repetirán situaciones como la vivida por Inmaculada Echevarría en 2007 cuando la Orden Hospitalaria San Juan de Dios exigió su traslado a un hospital público para que le pudieran retirar la ventilación mecánica que la mantenía con vida.

● Derechos y Garantías para una muerte digna.

La Ley de derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso de la muerte regula la limitación del esfuerzo terapéutico (la retirada o el no iniciar un tratamiento de un paciente que no tiene posibilidad de recuperación), prohíbe el ensañamiento terapéutico (prolongar de manera “inútil” la vida) y permite a los pacientes rechazar un tratamiento que prolongue su vida de manera artificial. Además, da cobertura a la sedación paliativa para aliviar el sufrimiento de los enfermos, aunque ello pueda “acortar su vida”.

La norma obtuvo el sí de los tres grupos parlamentarios de la Cámara autonómica -PSOE, PP e IU-, pero es preciso hacer notar que el grupo popular obligó a votar tres artículos por separado. Se referían a la composición de los comités de ética y al supuesto derecho de objeción de médicos y enfermeras. A estas exigencias del PP,

tanto los parlamentarios de PSOE y de IU se opusieron.

Respecto al derecho a la objeción de conciencia propuesta y reclamada por los populares la respuesta socialista, en palabras de la parlamentaria socialista Rosa Ríos, fue que, como se sabe, la regulación de conciencia es una competencia propia del Gobierno central como afirman los juristas del Consejo Consultivo de Andalucía Y, además, añadía que en opinión del Grupo socialista la ley de la muerte digna es un texto y una norma de buenas prácticas médicas en la que “no cabe la objeción”

Los aspectos más significativos de la Ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte de la Comunidad de Andalucía son:

• **Derecho a una información asistencial**, matizando el derecho a rechazar

dicha información, haciendo ver al enfermo la trascendencia de su decisión y solicitando un interlocutor familiar.

• **Derecho a tomar decisiones** respecto a las intervenciones sanitarias que les afecten, sean o no indicadas para la enfermedad. Toda intervención requiere el consentimiento del paciente y cualquier intervención puede ser rechazada por el enfermo, incluyendo la alimentación-hidratación artificial o cualquier otra medida de soporte vital. El médico tiene obligación de respetar la voluntad del enfermo. Además tiene la obligación de limitar el esfuerzo terapéutico cuando se considere fútil o innecesaria la intervención y sólo prolongue la vida biológica.

• **Derecho a anticipar las decisiones** para el caso de perder irreversiblemente la conciencia, por medio del documento de testamento vital. El médico tiene la



obligación de informar a los enfermos sobre el testamento vital y a respetar sus decisiones.

- En el caso de que un enfermo no se pueda expresar y no tenga redactado un testamento vital los **derechos se ejercerán por un representante o tutor**. Si no lo tuviera, por su cónyuge o familiares. Los familiares de enfermos con demencia, estado vegetativo o cualquier otra situación irreversible podrán deci-

dir qué es lo mejor para su ser querido.

- **Derecho a unos cuidados paliativos de calidad**, al tratamiento del dolor y a la sedación paliativa, tanto de enfermos en agonía como enfermos terminales con un sufrimiento refractario. Este derecho es inobjetable por parte de los médicos, considerando una falta muy grave no mitigar el sufrimiento del enfermo y su obligación de respetar los valores, creencias y preferencias del paciente.

- **Derecho a la intimidad personal y familiar y a la confidencialidad**, derecho al acompañamiento familiar y a una habitación individual con el nivel de confort e intimidad que requiere el estado de salud del enfermo.

Muchos pacientes mueren en condiciones lamentables, en un lugar inadecuado, compartiendo habitación con desconocidos, sin intimidad y sin compañía de familiares.

● Justificación de la ley y sus límites ¿Y la eutanasia...?

Desde 2002 se han producido en España situaciones que han puesto de manifiesto la confusión existente respecto a la autonomía del paciente en el proceso de morir, especialmente la infamia en 2005 de la Comunidad de Madrid contra el Hospital Severo Ochoa de Leganés, a propósito de la sedación de pacientes moribundos, y en 2007 el caso de la muerte voluntaria de Inmaculada

Echevarría en Granada, tras rechazar el respirador que en los últimos 10 años la mantenía con vida. La desconfianza de los ciudadanos respecto a sus derechos y el desconcierto de los profesionales, justifican esta ley y el derecho de todas las personas a la plena dignidad en el proceso de su muerte, tal y como aparece en el Estatuto de Autonomía de Andalucía (art. 20).

Algunos se preguntarán por qué al hablar de la autonomía del paciente no se habla de la eutanasia, del disponer de la propia vida, del llamado derecho de salida de la vida. Esta ley no recoge ni la eutanasia ni el suicidio asistido debido a que el Parlamento de Andalucía no puede legislar en materias de responsabilidad del Estado. Tanto el suicidio asistido como la eutanasia propiamente dicha

están todavía penados en España por el artículo 143 del Código Penal. Su modificación compete exclusivamente al Congreso de los Diputados.

El Parlamento andaluz ha trabajado sobre la autonomía del enfermo en el proceso de la muerte. Esta es su competencia autonómica y estos sus límites. Pero siempre queda la pregunta si la vida es un derecho o una obligación y, puesto que hay

muchos ciudadanos que piensan que su autonomía en casos de enfermedad terminal llega a poder decidir el cómo y el cuándo, la eutanasia y el suicidio asistido quedan como asignaturas pendientes. Así la Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente, tras felicitarse por la aprobación de la norma, ha pedido al Ejecutivo de José Luis Rodríguez Zapatero “que legisle y sea valiente en materia de eutanasia y suicidio asistido”.

Aun con una norma estatal de iguales características entre el 1% y el 2% (3500-7000) de las personas que mueren en España al año quedarán abandonadas. Son los que solicitarían la eutanasia de poder cumplir su voluntad. De éstos el 20% tendrán suerte y su voluntad será respetada a través de la eutanasia clandestina (700-1400) pero un 10% (350-700) se suicidarán de forma violenta, por ahorcamiento, precipitación o arma de fuego.

● Hitos de la autonomía del enfermo

La Ley de la muerte digna, como se le conoce a nivel popular, responde a un mandato expreso del nuevo Estatuto de Autonomía. La Junta de Andalucía quiso recoger en una ley todos los derechos y garantías que podían estar dispersos o implícitos en diversas normas de la legislación estatal para así favorecer el ejercicio de los derechos del enfermo y a su vez el ejercicio de los profesionales e instituciones sanitarias.

Para poder entender el proceso de trabajo de la ley andaluza valga recordar algunos de los pasos dados en España a favor de la autonomía del enfermo.

- En 1986 la Ley General de Sanidad recoge, por primera vez, los derechos del paciente (art.10): a la información, al consentimiento de toda intervención (acto médico) y al rechazo de tratamiento.
- En 1995 el Código Penal despenaliza la eutanasia pasiva (limitación del esfuerzo terapéutico y rechazo de tratamientos), la eutanasia activa indirecta (sedación paliativa) y la cooperación no necesaria en el suicidio asistido; reduciendo las penas para la eutanasia y la cooperación necesaria en el suicidio asistido.
- En 1997 el Convenio Europeo sobre Derechos Humanos y Biomedicina (Convenio de Oviedo) establece el derecho a la información clínica, al consentimiento y al testamento vital.

- En 2002 la Ley de Autonomía del Paciente, de acuerdo con el Convenio de Oviedo, primera norma jurídica vinculante en vigor en 2000, desarrolla los derechos del paciente (derogando los art. 10.5, 6, 8, 9 y 11 de la Ley general de Sanidad): información, elección entre opciones de tratamiento, rechazo de tratamiento y testamento vital, sin especificar nada sobre el proceso de morir.

En Andalucía la opinión pública estaba a favor de una ley de muerte digna. El

barómetro sanitario de 2007 daba un dato significativo y alentador: el 93 por ciento de los andaluces está de acuerdo en que “todo el mundo tiene derecho a morir dignamente”, lo que era un respaldo a la voluntad y decisión de la Junta de redactar un proyecto de ley que defendiera este derecho y diese garantías de que se cumpliría para remitirla a debate del Parlamento.

El 9 de septiembre de 2008 el Parlamento de Andalucía invitó a la Asociación Federal Derecho a Morir

No al encarnizamiento terapéutico, y sedación terminal para el enfermo que lo pida

Con la nueva ley andaluza es de esperar que no haya casos parecidos al ocurrido en el Hospital Severo Ochoa de Leganés que ha estado en todo momento presente en la mente de los parlamentarios de la Comisión de Salud del Parlamento de Andalucía que deliberó y debatió la ley.

A principios de 2005 una denuncia anónima acusaba a los médicos de urgencias del Hospital Severo Ochoa de Leganés (Madrid) de practicar sedaciones a los enfermos terminales de forma irregular, y realizar ‘eutanasias’. La denuncia anónima y la manipulación política del entonces consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid le costó la jefatura de servicio al Dr. Luis Montes y sus puestos a otros médicos de su equipo de Urgencias. En junio de 2007 todos los acusados fueron absueltos por los tribunales.

El nuevo texto legal ha de ayudar a evitar y olvidar situaciones como el linchamiento del equipo de Luis Montes y, a su vez, para aclarar actuaciones de manera que tanto los profesionales sanitarios, las administraciones autonómicas y también los ciudadanos

Dignamente a realizar las alegaciones oportunas al anteproyecto de ley. Estas fueron enviadas el 24 del mismo mes en la dirección de extender los derechos a todos los enfermos que se encontraran en situaciones relativas al final de la vida.

En la segunda semana de junio de 2009 el Gobierno andaluz aprobó en Consejo de gobierno el proyecto de la ley de muerte digna y su envío al Parlamento de Andalucía En aquellas fechas y a pesar de la percepción manifiesta en la opinión pública del pueblo andaluz se temía que el debate iba a ser duro, quizás a veces crispado, pues como pronosticaba la consejera de Salud, la socialista María Jesús Montero, sin duda iba a producirse un “debate interno”

en el seno de Partido Popular que se reflejaría en los medios de comunicación y en el debate parlamentario. Al parecer, independientemente de lo que haya podido ocurrir entre bambalinas en el PP, al menos “el ala dura” no se ha impuesto a pesar de que a última hora los populares hayan votado ‘no’ a tres artículos de los 33 que conforman la ley.

Aunque la consejera Montero aspiraba a que la ley se aprobase con el máximo consenso, en sus intervenciones se mostraba consciente de que, según decía, “puede despertar controversias” en la sociedad andaluza. Pero, al fin ha habido consenso y aprobación general a falta de los 46 votos populares a tres artículos. En una palabra, un mínimo disenso.

El 17 de noviembre de 2009 Fernando Marín, vicepresidente de la Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente, es invitado a defender las alegaciones ante la Comisión de Salud del Parlamento de Andalucía, siendo felicitado por todos los grupos parlamentarios por la claridad de la exposición. Estas alegaciones fueron defendidas por el Grupo de Izquierda Unida e incorporadas mayoritariamente a la ley.

El 17 de marzo el Parlamento andaluz votaba y aplaudía la Ley de derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso de la muerte.

● Las reticencias del mundo religioso y del mundo médico

Desde el mundo religioso institucional las críticas han sido feroces. Esta Semana Santa el obispo de Almería, monseñor González Montes, dio lectura a una carta pastoral titulada Acoso a la

vida, poniendo al mismo nivel la ley del aborto, la ley andaluza de muerte digna junto a una ristra de hechos delictivos como la tortura, el acoso criminal de los regímenes totalitarios, la pena de muerte, los enfrentamientos raciales, los genocidios y las persecuciones de cristianos”.

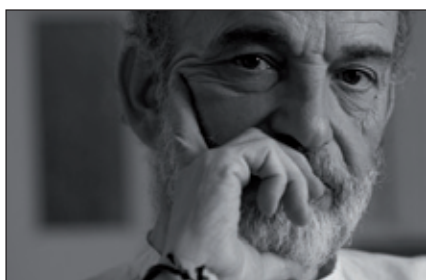
González Montes censuraba por igual las leyes y los delitos, pero culminaba la carta pastoral con un frase inequívoca: “La humanidad se llegará a arrepentir y horrorizar ante prácticas inhumanas y aberrantes hoy amparadas por la ley, tal vez sin querer reconocerse a sí mismas en ellas”.

En el mismo lado los Obispos del Sur (Odisur) intentaron que la Ley de Derechos y Garantías de la Dignidad de las Personas en el Proceso de la Muerte, conocida como ley de muerte digna, incluyese el derecho de los médicos a abstenerse a aplicar los cuidados que limiten el dolor de un enfermo terminal. Al ser rechazada su propuesta, y una vez que se aprobó la ley, los obispos aseguraron que “en sí la ley como tal

no es de estricta necesidad porque la sociedad no reclama una ley ahora y en los hospitales se puede funcionar perfectamente sin ellas”.

Los obispos andaluces desconfían de la ley. Aseguran que existen “ambigüedades” que pueden “abrir el camino a interpretaciones contrarias a la dignidad de la persona en el proceso de su muerte con el riesgo de favorecer una forma de eutanasia encubierta”. Consideran irrenunciables los tratamientos de soporte vital a enfermos en coma o en estado vegetativo, como la hidratación y la alimentación, “hay que realizarlos siempre” pues, si se prescinde de ellos “en lugar de permitir la muerte inevitable, lo que se hace es provocarla y esto es una forma de eutanasia”.

En el ámbito de los colegios médicos su postura ha sido ambivalente pasaron de una crítica contenida a un saludo tímido a la ley. La objeción de conciencia ha sido el caballo de batalla, sobre todo para el Consejo de Colegios Médicos de Andalucía. Como muestra de su intolerancia su comisión deontológica



sepan, además de respetar los derechos del paciente, diferenciar las acciones correctas de sedación paliativa, las propias de la eutanasia y los actos de mala praxis.

ha calificado recientemente la selección genética, también avalada por una ley, como una práctica “al servicio de la violencia”.

En septiembre de 2008 la Organización Médica Colegial (OMC), tildó la ley de “pura literatura”. Los representantes de los colegios profesionales cargaron entonces con la iniciativa legislativa andaluza con el respaldo de un documento de consenso colegial en el que se expresaba el rechazo a la norma de la Junta de Andalucía. El motivo era doble: no aportaba nada ya que se

recogía en otras leyes los derechos de los enfermos y, por otro, tenían miedo a las sanciones económicas que aportaba el anteproyecto de ley ante situaciones de incumplimiento grave de deberes por parte del personal médico. Apoyaron la posibilidad de objetar.

Curiosamente en las jornadas sobre la eutanasia y suicidio asistido en la OMC de 2009 el propio presidente manifestó con respecto a la sedación que era una práctica habitual, similar y obligatoria para los médicos, tanto como pudiera ser una operación de apendicitis. Ante

estas manifestaciones el representante de la Asociación Federal DMD le puso en el brete de responder si estaba de acuerdo en la objeción de conciencia en operaciones de apendicitis, ya que se había manifestado en la prensa a favor de la objeción de conciencia con respecto a las sedaciones. Una vez aprobada la ley, los Colegios de Médicos y la OMC aplaudieron la ley, tal vez al constatar que más del 90 por ciento de la población apoyaba las normas y quedaban descolgados una vez más del tiempo en que viven.



Inmaculada Echevarría

Los niños le apoyaron en su lucha. Con su sentido común y directo los niños de algunos colegios de la ciudad comprendieron el sufrimiento físico y moral de Inmaculada. Ellos mismos se pintaron en sus dibujos para acompañarla en el dolor. También los socios de DMD estuvimos junto a Inmaculada: en la foto aparece con Inmaculada Fernando Marín, médico paliativista y presidente de la asociación DMD Madrid.

El objeto principal de la nueva Ley es hacer prevalecer los derechos del paciente a no recibir determinados tratamientos, así como al obligado cumplimiento de las garantías de estos enfermos por parte de cualquier institución sanitaria, ya sea pública o privada, inclusive de una orden religiosa.

En la redacción y debate de la ley estuvo muy presente

“No es justo vivir así”

la situación vivida en 2007 por Inmaculada Echevarría, cuando tuvo que ser trasladada de un hospital de la Orden Hospitalaria de San Juan Dios a otro hospital de titularidad pública para que pudiera ser desconectada la ventilación mecánica que la mantenía con vida.

En octubre de 2006 Inmaculada Echevarría dijo:

“Asumo mi enfermedad, pero no los métodos artificiales de alargarla de manera inútil, aumentando el dolor y desesperación que ya sufría, y que esperaba se acabara con una muerte natural”.

“Mi vida no tiene más sentido que el dolor, la angustia de ver que amanece un nuevo día para sufrir, esperar que alguien escuche, entienda y acabe con mi agonía”.

“Lo único que pido es la eutanasia. No es justo vivir así.”

El 14 de marzo de 2007 Inmaculada lograba ejercer su derecho a la muerte digna. Fue sedada y se le retiró, tal como deseaba, el respirador artificial como un acto de rechazo de tratamientos.



Fernando Marín

La norma andaluza debía cumplir la exigencia que había marcado el Estatuto de Autonomía y, además, al ser la primera, tenía que realizar un mayor trabajo y poner si cabe mayor esmero en la precisión de las situaciones. Así la ley de la muerte digna ha sido trabajada y redactada con el acuerdo y las aportaciones de más de 60 colectivos.

La Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente fue invitada a participar en la elaboración de la ley. Sus enmiendas fueron mayoritariamente aceptadas e incluidas en la ley. En la sesión celebrada el martes 17 de noviembre de 2009 participó Fernando Marín para exponer ante los diputados los criterios y el pensar institucional de DMD. Transcribimos parte de dicha sesión del libro de sesiones. de la Comisión de Salud del Parlamento de Andalucía.

•DMD en el Parlamento andaluz

Intervención de Fernando Marín en representación de DMD

Muchas gracias por la invitación. En primer lugar, excusar la ausencia esta tarde del doctor Luis Montes, Presidente de la Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente, por motivos laborales.

La Asociación de Derecho a Morir Dignamente, un movimiento ciudadano que se fundó en el año 1984, valora positivamente la iniciativa andaluza, al final diré por qué. Voy a tratar de concretar, de acuerdo al orden en que está hecho el proyecto.

Por un lado, en el título nos parece muy adecuado que se incorpore el término «garantías», y habría estado muy bien recordarle a la Orden de San Juan de Dios, del Hospital San Rafael, de Granada, las garantías a las que estaba obligada como institución, cuando desplazó a Inmaculada Echevarría en las últimas horas de su vida, que no pudo morir, tal como ella quería, en la institución que la había acogido los últimos años, por cierto de una manera

excelente. Esta anécdota nos acerca a la situación de este mundo contradictorio, complejo, lleno de matices, como es el ámbito del final de la vida, donde se mezclan con demasiada frecuencia lo que son creencias personales con objetivos profesionales o ciudadanos, a veces de una manera intolerable, en una sociedad que se pretende laica.

Aclarar incongruencias terminológicas

Respecto los artículos 3 y 5, en el proyecto existe una incongruencia entre el ámbito de aplicación (artículo 3) y las definiciones (artículo 5). Se habla de personas que se encuentran en el proceso de muerte o afronten necesidades relacionadas con dicho proceso, sin embargo, cuando define lo que es el proceso de muerte, a diferencia del anteproyecto, se ha excluido a las “personas que tienen una enfermedad grave, irreversible y de pronóstico mortal”, incluyendo exclusivamente (artículo 5.j) a personas en agonía o

en situación terminal. ¿Qué significa? Que personas con enfermedades degenerativas, como esclerosis lateral amiotrófica, paradigma del sufrimiento brutal al que se ve sometida una persona, personas con la enfermedad de Alzheimer que tengan un testamento vital, personas en estado vegetativo, o la propia Inmaculada Echevarría, que no tenía un pronóstico mortal, se verían excluidas de todo el desarrollo de la ley, porque a continuación todo el articulado se refiere exclusivamente a «personas con enfermedad terminal o en proceso de agonía».

Es verdad que la definición de enfermedad terminal es interpretable, pero desgraciadamente el concepto de enfermo terminal está muy asociado a un pronóstico de tiempo de fallecimiento, que en todo este tipo de enfermos no es posible hacer, ligado a los enfermos de cáncer. Por ello, sería mejor devolver al texto lo que anteriormente estaba: «personas con enfermedad grave, irreversible y pronóstico mortal».

Siguiendo con las definiciones, sobre la definición c), de cuidados paliativos, nosotros preferiríamos que se utilizara la definición de la Organización Mundial de la Salud que aparece en la Guía de práctica clínica hecha por el Ministerio de Sanidad en 2007, que no habla de enfermo terminal por la misma razón.

Hay un objetivo fundamental en la medicina paliativa, en el planteamiento paliativo, y es extenderlo a los enfermos que no tienen cáncer. Si tan bueno es para las personas que tienen un proceso claramente progresivo y en el cual es relativamente fácil hacer un pronóstico, beneficiemos de este enfoque, de esta metodología, a todas las personas que están al final de su vida. Para eso es fundamental poder abarcar a cuantas más personas mejor, a pesar de la dificultad de identificar cuándo un enfermo de Alzheimer es terminal.

Aquí, en Sevilla, se ha hecho un trabajo puntero en toda Europa, en el hospital de Valme, de la Sociedad Andaluza de Medicina Interna. En una apuesta bastante arriesgada para determinados colectivos de la bioética, afirman que todo enfermo de Alzheimer, incapaz de reconocer a sus familiares y dependiente para todas las actividades de la vida diaria (es decir, no puede comer por sí mismo, ya no camina, por supuesto no va al servicio, ni se viste), es un enfermo terminal. Esto significa que es beneficiario de los cuidados paliativos.

Cuidados paliativos y tiempo de morir

Y esto ¿qué es? Pues que los cuidados paliativos en el fondo no son más que un cambio de “chip”, o sea, «cuando ya no hay cura, lo que toca es cuidar». Se va a morir en cualquier caso, hagamos lo que hagamos, pero se puede morir mejor o peor dependiendo de lo que hagamos, sobre todo si dejamos de utilizar la tecnología de manera

Llega un momento en que es tiempo de morir

sistemática, como lo hemos hecho hasta ahora, en otro contexto clínico, de una forma acertada. El enfermo degenerativo, con ELA, Alzheimer, etc., se ha beneficiado durante su evolución de la rehabilitación, de los tratamientos farmacológicos y otras medidas de manera insatisfactoria, porque el fracaso terapéutico es bastante rotundo en este tipo de enfermos. El caso es que durante todo ese tiempo se ha hecho todo lo posible por mantener su calidad de vida o su autonomía, su independencia, pero llega un momento en que es tiempo de morir. Y esto es muy difícil de saber, porque ocurre como en el cáncer, no es «me ha fallado la quimioterapia», la cuarta línea de tratamiento, «ya no hay más, no tengo nada que ofrecerte y estás hecho unos zorros», ante una situación que se ve, porque todo el mundo sabe que ese paciente va a morir.

No es así. Los cambios son sutiles, y el enfermo, que está empezando a tener dificultades para tragar, de pronto ya no traga, ya es arriesgado forzar la alimentación. Y aquí es cuando se plantea la alimentación artificial o no, qué hacer. En este contexto, el documento sobre la toma de decisiones en el paciente con demencia avanzada al que he hecho referencia dice: «A partir de aquí, es tiempo de morir» —se podía expresar—, es tiempo de los cuidados paliativos. Lo que importa es el confort,

evitar molestias. Se acabaron las pruebas complementarias que no conducen a nada, se acabaron las transfusiones, se acabó el Sintrom u otros anticoagulantes, la heparina... Se acabó todo, todo, porque lo que tenemos que hacer es cuidar de que esté a gusto. El objetivo ya no es prolongar, sino mejorar en la medida de lo posible, que tenga una buena muerte. Este planteamiento, aunque parezca crudo, es el más sensato, y lógicamente requiere un proceso de asesoramiento y deliberación con la familia.

Por eso pensamos que la definición más adecuada es evitar el concepto de «enfermo terminal» y utilizar «enfermedades amenazantes para la vida», que es el que utiliza la Guía de Práctica Clínica del Ministerio.

En la definición sobre obstinación terapéutica ocurre lo mismo: falta la enfermedad grave. O sea, ¿no existe obstinación terapéutica con un enfermo de Alzheimer? Pues claro que puede existir, y obstinación diagnóstica. O sea, esos escáneres en enfermos avanzados que no van a mejorar su vida en nada, sólo para que yo como profesional compruebe “cómo está la foto”, teniendo que sedar al paciente para que se esté quieto, no tienen sentido. Eso es obstinación diagnóstica.

Por no hablar de la responsabilidad económica del asunto, del principio ético de la justicia, tema en el que nosotros, obviamente, no vamos a entrar: lo que cuestan las cosas y los límites que en un momento dado habrá que poner a este despilfarro.

La AFDMD propuso evitar el término «sedación en la agonía», que vemos que se ha recogido, porque era confuso, «sedación paliativa» es suficiente. Pero el objetivo de la sedación paliativa que está en la definición no es aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios. Hay un desliz importante.

Los médicos trabajamos con síntomas, necesitamos hacer esquemas de lo que le pasa al enfermo, pero a veces, en el esquema, el enfermo se pierde, porque un ser humano es bastante más complejo que una lista de síntomas. Lo necesitamos, yendo más allá del síntoma, es fundamental hacer una lista de prioridades de lo que le preocupa, no sólo lo que le duele, sino qué le preocupa, qué le amenaza, cómo está viviendo este proceso. Pero lo que realmente nos importa en medicina es cuál es su experiencia de sufrimiento. Esto es lo que se aborda fundamentalmente desde los cuidados paliativos. No es el dolor únicamente, con todo lo importante que sea, sino el ser humano. Para unos cuidados paliativos integrales la historia clínica se convierte en biografía, lo que importa es, según esta persona ha vivido y lo que le está pasando ahora, esta ruptura de su proyecto vital, cómo lo está viviendo, y qué podemos hacer para que lo viva de la mejor manera posible. Por ello, el objetivo de la sedación paliativa es aliviar el sufrimiento. Si queremos medicalizarlo un poquito, bueno, el sufrimiento refractario, obviamente debido a los síntomas. Tampoco es necesario cambiarlo, pero creo que es interesante pasar del lenguaje de los síntomas, del lenguaje del dolor, de «me duele diez» o «me duele dos», al lenguaje más metafórico y más complejo del sufrimiento, que es eminentemente subjetivo y muy emocional. Entonces, dos enfermos iguales, prácticamente iguales clínicamente, no tienen el mismo sufrimiento. ¿Y de qué depende? De cada persona, de cómo haya vivido, y, sobre todo, del concepto que tenga de su propia vida, del sentido que le busque a su experiencia de sufrimiento.

Respecto al previo consentimiento a la sedación, que los expertos en bioética consideran irrenunciable, es discutible. En una sedación en la agonía, si el enfermo ha esperado tanto o le ha pillado de sorpresa, se está muriendo

físicamente y se va al hospital porque se está ahogando, ya no está en condiciones de dar el consentimiento.

El proceso terminal

Los ciudadanos que están recogidos en esta norma no se mueren súbitamente: se mueren tras un proceso. Y la muerte avisa, avisa que puede hacerse presente en cualquier momento durante las próximas semanas. Los profesionales tienen que hacer su trabajo, de hablar, de saber cuál es su voluntad al respecto, si desea morir en casa o en el hospital, si llegado el momento en el que los síntomas sean muy aparentes, prefiere morir dormido. Eso es el consentimiento del enfermo terminal, no inmediatamente antes de ser sedado y morir. Por eso, la obligación del consentimiento es un asunto delicado.

Respecto al artículo 5.m), que habla del síntoma refractario, una sugerencia: los síntomas no se controlan, la dinámica del control en medicina paliativa tiene que dar paso a la dinámica de la elección. Los síntomas se alivian, el control es otra cosa. Esta palabra habla de una situación de autoridad que los profesionales no tienen frente al fracaso estrepitoso que supone el proceso terminal y la muerte. De acuerdo con los signos de los tiempos sugerimos: «Aquel síntoma que no responde al tratamiento adecuado y precisa, para ser aliviado, reducir la conciencia del paciente».

En el artículo 8.1 dice que la persona que se encuentre en el proceso de muerte tiene derecho a rechazar la intervención. No: todo el mundo tiene el derecho a rechazar la intervención. Todos los pacientes, no hace falta estar en el proceso de muerte. Esto supone que se puede rechazar la alimentación y la hidratación, hoy en día considerados tratamientos terapéuticos como cualquier otro.

Montana (EE UU) legaliza la eutanasia

Es el tercer Estado, tras Oregón y Washington, que legaliza (enero 2010) esta práctica sanitaria y lo ha hecho mediante resolución judicial de su Corte Suprema, que exime al facultativo de responsabilidad.

Primer caso de eutanasia pasiva

Una joven de 32 años con parálisis total y enfermedad neurológica degenerativa congénita falleció en el hospital de Danderyd, en Estocolmo (Suiza), después de que la dirección del centro autorizase la desconexión del respirador al que estaba conectada. Este es el primer caso de eutanasia pasiva en Suecia desde la reinterpretación de la normativa, a finales de abril. La Dirección Nacional de Salud se pronunció en abril de forma favorable a la petición de la joven y de otros dos enfermos más, señalando que cualquier paciente capaz de tomar decisiones y mentalmente sano puede interrumpir, si lo desea, un tratamiento que únicamente lo mantiene con vida.

La Asociación para la defensa del Hospital Severo Ochoa rebate al PP

Ante las noticias aparecidas en diferentes medios y las declaraciones del portavoz del PP en la Asamblea de Madrid, Sr. David Pérez, afirmando que el Juzgado de Instrucción nº 43 de Madrid habría archivado la querella presentada en su día por Luis Montes Mieza contra Manuel Lame-la, ex consejero de Sanidad, y seis miembros de su comité de expertos, esta Asociación comunica a la opinión pública lo siguiente: «Dichas noticias y declaraciones no responden a la verdad. La resolución del citado Juzgado de fecha 26/03 /2010 en ninguno de sus apartados contempla el archivo de la citada querella.

El artículo 12 recoge el «derecho del paciente a recibir cuidados paliativos integrales y a la elección del domicilio para recibirlos». En lugar de derecho a cuidados paliativos, yo diría que uno tiene derecho al alivio del sufrimiento y a una asistencia paliativa cuando lo precise. Por ejemplo, ¿un paciente en urgencias, en agonía, tiene derecho a los cuidados paliativos? Pues, sí, pero, ¿qué es eso? ¿En qué se diferencia el abordaje que pueda hacer un internista del hospital, concienciado, sensibilizado con el protocolo de sedación de la Junta de Andalucía, que es de obligado cumplimiento, de lo que va a hacer un autodenominado paliativista? En nada. Los paliativos son otra historia, no son únicamente para el proceso de agonía, cuando ya es demasiado tarde para intervenir. Los paliativos, su gran objetivo es morir en paz, que el proceso transcurra con el menor sufrimiento posible para todos, también para la familia; que se acepte, que no haya conspiración de silencio, que se pueda hablar, se pueda uno despedir, y esto requiere tiempo, obviamente. La persona que se va a morir en uno o dos días lo que necesita son fármacos...

En el artículo 14, el derecho del paciente a la administración de sedación paliativa, llama la atención que el artículo se despacha con un «cuando lo precise». De nuevo faltan los enfermos avanzados graves, enfermos de ELA, Alzheimer, etc., que padecen una neumonía tampoco están aquí, porque esa neumonía es potencialmente curable, dependiendo de lo que hagamos, con lo cual no se puede hacer un pronóstico, etc., etc. Pero la expresión «... tiene derecho a recibir sedación paliativa cuando lo precise»... ¡Hombre, no!, porque cuando lo precise es cuando a usted le dé la gana. No, no, vamos a buscar en el texto cuál es el sentido de la ley: cuando tengan un sufrimiento refractario difícil de soportar. O parafraseando el artículo 143 del Código Penal, cuando

El sufrimiento intolerable justifica la sedación

tenga «padecimientos permanentes y difíciles de soportar». Pues una situación insostenible es la que justifica la sedación. El derecho a la sedación paliativa es un gran avance, es un gran avance, pero nos gustaría que el paso ese se apuntalara, sin entrar en otras disquisiciones como la eutanasia, que como ustedes comprenderán, a nosotros nos gustaría abordar en este momento.

El artículo 16.b), dice: «El auxilio espiritual, de acuerdo con sus convicciones y creencias». Bien, pues sí, es un derecho, pero también es una obligación del centro respetar esas creencias, y que no haya un crucifijo en la cabecera de su cama. Entonces, habrá que cuidar a dónde se envía un paciente, con los conciertos con las entidades confesionales, y decirles: «Me parece muy bien, firmo el concierto, pero los crucifijos a demanda». Para algunas personas profundamente anticlericales

ya es bastante impactante entrar en un centro y encontrarse con la capilla de frente, pero es que eso hay que respetarlo, eso forma parte de la intimidad. Nos parecerá bien, mal o regular, pero eso depende cada uno. Conocí a un señor que estuvo siete años en la cárcel por ser comunista y lo mandaron a un hospital religioso: montó en cólera.

Cuando la ley habla del acompañamiento como derecho, habrá que trabajar el tema de la baja laboral, que el tener un enfermo terminal sea motivo de baja laboral en lugar de que dependa de lo majete que sea el médico de cabecera, que a veces te da la baja y otras no. No se puede cuidar un enfermo en casa si trabajas en una tienda, o sea, es imposible. Y es un motivo interesante porque incluso ahorra dinero.

Termino... Perdón, por esta rapidez. A nosotros nos parece un paso importante, pero hay dos cosas que nos preocupan. El camelo de la objeción de conciencia. Aquí no existe objeción de conciencia posible, porque si la sedación paliativa es una obligación deontológica ¿quién va a objetar el qué? El respeto de las creencias es una obligación constitucional ¿qué objeción es esta? Si el profesional está confundido y se hace historias mentales con la eutanasia, que vaya se las aclare, que vaya a un curso o se lo pida al comité de ética asistencial, pero el conflicto de conciencia no existe.

Y en segundo lugar, es fundamental saber cómo se muere hoy. Si en Andalucía no sabemos cómo se muere hoy, dentro de cinco años no vamos a saber si se ha mejorado o no. Y cualquier cosa que digamos tendrá que ser creída, porque nadie podrá demostrarlo. Por eso instamos a la Junta de Andalucía a que haga un trabajo de cómo se muere hoy y cómo se muere dentro de cinco años, y veremos si la ley ha tenido resultados o no. Gracias por escucharme, buenas tardes.

● La respuesta de los Grupos parlamentarios

A continuación espigamos algunos párrafos de las intervenciones de los portavoces de los grupos parlamentarios en sus referencias a la intervención del vicepresidente de la Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente.

Sr. Mariscal Cifuentes,

Grupo Izquierda Unida-Los Verdes-Convocatoria por Andalucía.



“Compartimos no solamente todas y cada una de las palabras, sino que también compartimos los objetivos que se han fijado a nivel estatal en cuanto a modificaciones legales que dieran mucho más sentido a esta cuestión de la muerte digna. Además, creo que es una intervención clarificadora, didáctica y, sobre todo, algo que muchas veces se echa de menos en estas cosas, y es que ha hablado con un lenguaje claro, preciso y ha huido de lo políticamente correcto”.

“Ya le anuncio desde ahora que todas y cada una de las cosas que ha afirmado van a ser convertidas en enmiendas por parte de Izquierda Unida”.

Sra. Ríos Martínez,

Grupo Parlamentario Socialista



“Ha sido un placer escucharlo porque tiene muy claros los conceptos y un conocimiento muy profundo y muy delicado de todos los temas. Y es verdad que algunas de las cosas que usted ha dicho nosotros no las habíamos pensado detenidamente, a pesar de que hemos estudiado, yo creo que bien, esta ley”.

“Vamos a intentar, en la medida de lo posible, abordar y mirar con detalle sus sugerencias, sus matices”.

“En cuanto a la objeción de conciencia, también lo tenemos claro. Ahí coincidimos con usted”.

“Muchas de las aportaciones que ha hecho me han parecido interesantes, de las que he tomado buena nota. Creo que hay materia donde trabajar para mejorar el proyecto de ley”.

“Lógicamente yo coincido en muchas de las cosas que ha dicho; en otras no. Y en esas me voy a centrar”.

“Yo no considero que la objeción de conciencia sea un camelo. Yo creo que el mismo derecho que tiene el paciente a decidir si quiere seguir o no un tratamiento, lo debe tener un profesional a decidir si quiere hacerle el seguimiento”.

Sra. Corredera Quintana,

Grupo Parlamentario Popular.



Eutanasia y suicidio asistido: un debate necesario



Hoy en día se considera que los cuidados paliativos son un derecho de los ciudadanos. Nadie rechaza, pues, que se limite el esfuerzo terapéutico en enfermos terminales que padecen graves sufrimientos o que se les administre sedación paliativa. Esto es así porque se admite que el enfermo terminal es una persona libre y autónoma que, bien informada, debe decidir cómo quiere morir. Sin embargo, esa autonomía tiene un claro límite: la eutanasia y el suicidio asistido son ilegales. En este trabajo defendemos que esa limitación de la autonomía no se apoya ni en argumentos morales definitivos ni en la opinión de la población española, lo que genera serias dudas sobre los motivos para sancionar ambas prácticas.

Hacia una nueva cultura de la buena muerte

Para la mayoría de las personas la muerte ideal sería la que sobreviniera en casa cuando se es ya viejo (ochenta años o más), la que llegara sin dolor y sin que fuéramos demasiado conscientes de ella. La muerte que se prefiere es, además, una muerte en compañía de familiares y amigos, a ser posible rápida o repentina, pues así no se es una carga para nadie. La muerte ideal es una buena muerte, plácida y digna.

Pese a que el canon de la muerte no es más que un ideal, hoy en día los países con modernos sistemas sanitarios están en condiciones de acercarse a ese ideal. Ningún sistema sanitario puede asegurarnos, desde luego, que no moriremos de forma prematura (eso sería ciencia ficción), pero sí cuentan con



Aportaciones para un difícil debate

La sublínea de investigación del IESA-CSIC en la que se está desarrollando este proyecto de investigación financiado por la Fundación Centro de Estudios Andaluces-Consejería de la Presidencia/Junta de Andalucía tiene por objetivo el análisis de políticas públicas, especialmente del ámbito sanitario, desde el bienestar subjetivo y la satisfacción de los usuarios potenciales o reales, desde la ciudadanía.

El investigador principal es Rafael Serrano del Rosal, doctor en Sociología e Investigador Científico del CSIC y el grupo de investigación lo forman Lourdes Biedma, socióloga y coordinadora técnica de la sublínea, Julia Ranchal,

licenciada en Investigación y técnicas de mercado, Jose M^a García y Sergio Galiano, sociólogos. Para desarrollo del proyecto de investigación sobre calidad en el morir se han sumado al grupo Fernando Aguiar, doctor en Filosofía y científico titular del CSIC, Isabel García, socióloga y colaboradora de I+d+i del CSIC y José Antonio Cerriello, sociólogo y miembro de la Unidad técnica de estudios aplicados del IESA.

El objetivo general del citado proyecto de investigación sobre calidad en el morir es aportar información empírica rigurosa sobre las opiniones, actitudes y discursos de la ciudadanía andaluza sobre la etapa final de la vida y lo que algunos autores han denominado



derechos de salida; todo ello con objeto de alimentar de información y análisis el debate sobre un hecho social que aun existiendo en ocasiones está larvado o se produce sobre la base de tópicos, prejuicios o eslóganes. El proyecto se está desarrollando en tres fases, la primera centrada fundamentalmente en el análisis de la literatura, los conceptos y los argumentos a favor y en contra de los derechos de salida.

La segunda centrada en el análisis de datos cuantitativos sobre la opinión y actitudes de los andaluces ante temas como el testamento vital, la muerte digna o la eutanasia. Y, la tercera y última, sobre los discursos de los ciudadanos sobre el proceso final de la vida, fundamentada en una serie

de grupos de discusión y entrevista en profundidad realizados al efecto, y actitudes de los andaluces ante temas como el testamento vital, la muerte digna o la eutanasia. Y, la tercera y última, sobre los discursos de los ciudadanos sobre el proceso final de la vida, fundamentada en una serie de grupos de discusión y entrevista en profundidad realizados al efecto.

El documento editado como documento de trabajo en la colección Policy Papers de la Fundación Centro de Estudios Andaluces y que ahora se reedita en la revista de DMD, es fruto de la primera fase de este proyecto de investigación, al igual que lo están siendo diferentes aportaciones a Congresos y seminarios de ámbito nacional e internacional.

medios para aliviar o incluso erradicar el dolor, paliando el miedo y la angustia de quien va a morir; pueden y deben permitir que en el trance de la muerte estemos rodeados de nuestros amigos y familiares, facilitando incluso la muerte en casa asistidos por profesionales; pueden procurar, en fin, que la muerte sea lo más rápida posible, evitando así largas y penosas agonías. Los modernos sistemas sanitarios están en condiciones, pues, de acercarse al ideal de una buena muerte, humanizando de esta forma el proceso de morir.

La recuperación del “humanismo en los hospitales” , que trata de hacer real en lo posible el ideal de una buena muerte, implica un largo y complejo aprendizaje, tanto de los profesionales de la medicina como de los enfermos y sus familiares. Familiares y enfermos exigen a veces curaciones imposibles que fuerzan a los especialistas a realizar tratamientos invasivos, dolorosos e inútiles. Los profesionales de la medicina, educados a su vez en un código deontológico que les enseña ante todo a salvar vidas, se hallan a menudo mal preparados para afrontar el proceso de morir, que es social y psicológicamente muy complejo para todos (enfermos, familiares y personal sanitario). Estas carencias en el desarrollo pleno de una nueva cultura del buen morir alejan la muerte de lo que sería el ideal. La cultura del buen morir ha cambiado a lo largo del tiempo y ha sido y es diferente en distintas sociedades. A principios del siglo XXI la cultura occidental de la muerte se presenta mediante una compleja mezcla de valores morales y religiosos que, más allá de sus enormes diferencias, parece haber llegado a un acuerdo básico: la muerte digna hoy es aquella en la que el enfermo, que es un individuo autónomo, puede elegir libremente cómo desea morir (dentro de las posibilidades que se le ofrecen), y los profesionales de la sanidad deben respetar esa dignidad salvaguardando la libertad del paciente. Esta concepción del buen morir, que

es mucho más reciente de lo que quepa imaginar y aún no se cumple por igual en toda España, ha entrañado profundos cambios morales, sociales y legales, pues la muerte digna no es ya sólo un deseo o un ideal, sino un derecho.

En efecto, desde la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, que

en su Recomendación 1418 de 1999 exige que se protejan los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos, hasta la Ley 41/2002 de 14 de noviembre que regula en España la autonomía del paciente y su derecho a estar informado, pasando –entre otras cosas- por el artículo 28.2 del Código Deontológico de la Organización Médica

Colegiada o por los preceptos número 2.276, 2.278 y 2.279 del Catecismo de la Iglesia Católica, todo indica que existe un amplio acuerdo sobre el derecho a una muerte digna. Ese derecho, que no deja de ser parte de una concepción amplia de la calidad de la vida en la que la muerte no está excluida, se sustancia hoy en día de la siguiente forma:

1. Derecho a la información y al ejercicio de la autonomía: el enfermo y sus familiares tienen derecho a recibir una información veraz y confidencial que les permita tomar parte en las decisiones sobre tratamientos; el enfermo tiene derecho a designar representantes y a firmar un Testamento Vital que sirva para que se cumpla con su voluntad en caso de verse incapacitado por la enfermedad (Ley 41/2002).

2. Derecho a cuidados paliativos: Según el Plan Nacional de Cuidados Paliativos (2001), se trata de la “asistencia total, activa y continuada de los pacientes y sus familias por un equipo multiprofesional cuando la expectativa médica no es la curación. La meta fundamental es dar calidad de vida al paciente y su familia sin intentar alargar la supervivencia”. Entre esos cuidados cabe destacar los siguientes:

a. Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET): Supone que se retire o no se inicien medidas terapéuticas de soporte vital si los profesionales de la medicina –que informarán al paciente, a sus familiares o a su representante- consideran que son inútiles. Es una medida para evitar la obstinación terapéutica, es decir, el empeño dañino en sanar o mantener con vida de forma artificial a una persona que ya no es sanable o que está en un estado vegetativo.

b. Rechazo del Tratamiento: Los pacientes tienen derecho a rechazar total o parcialmente un tratamiento o una prueba y los médicos deben respetar ese derecho.

c. Sedación Paliativa: Se trata de la “administración de fármacos a un paciente en situación terminal, en las dosis y combinaciones requeridas para reducir su conciencia todo lo que sea preciso y aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios que le causan sufrimiento, contando para ello con su consentimiento informado y expreso o, si esto no es factible, con el de su familia o representante” (Comisión Autonómica de Ética e Investigación Sanitaria, 2008).

d. Suspensión de atención médica por fallecimiento: Retirada de todas las medidas terapéuticas cuando se produce la muerte encefálica que conduzca a un paro cardiovascular (R.D. 2070/1999 de donación y trasplante de órganos y tejidos)

El derecho a una muerte digna (o a la dignidad en el proceso de la muerte), que toma cuerpo como mínimo en este conjunto de medidas, supone una claro avance hacia una nueva cultura de la buena muerte.

Pero en España, como en casi todos los países del mundo, la nueva cultura de la buena muerte no admite aún ni el auxilio médico al suicidio ni la eutanasia,

Los cuidados paliativos ya no generan debate

motivo por el cual la ley sanciona ambas prácticas. ¿En qué se basa el rechazo legal de la eutanasia y el suicidio asistido, que genera tanta indefensión entre los profesionales de la sanidad? O se basa en la existencia de sólidos argumentos morales en contra de ambas prácticas, o en el rechazo que genera en la inmensa mayoría de la población o en las dos cosas a la vez. Como veremos, ninguna de estas condiciones se cumple.

La cuestión moral: algunas dudas sobre la solidez de los argumentos en contra de la eutanasia y el suicidio asistido

En este apartado nos centraremos en algunas de las razones morales más importantes para rechazar tanto la eutanasia como el suicidio asistido. La defensa de estas prácticas no puede basarse

sin más en la autonomía y la dignidad de los pacientes, pues los detractores de la eutanasia y el suicidio asistido se apoyan también en estos valores que, como hemos dicho, forman parte de nuestro

patrimonio ético común. Partiendo, pues, de que la autonomía y la dignidad son los bienes morales que se han de preservar, los detractores de la eutanasia y el suicidio asistido argumentan lo siguiente:

1. Nunca se tendrá verdadera información sobre lo que quiere un paciente terminal o incurable

El paciente que pide la eutanasia o el auxilio médico para suicidarse puede hallarse en tal estado psicológico -posiblemente deprimido- que quepa dudar de su autonomía: si se acepta el suicidio asistido y la eutanasia “la línea entre los pacientes capacitados para dar su consentimiento y los que no lo están parecerá arbitraria a algunos médicos” (New York Task Force, 1994: 133). Este argumento revela un pa-

ternalismo inaceptable cuando se aplica a adultos que, bien informados, piden ayuda para suicidarse o solicitan la eutanasia con todas las garantías legales. Es inaceptable también cuando el enfermo incapaz ha designado a un representante o ha firmado un Testamento Vital. Es aceptable, en cambio, para enfermos que no han expresado nunca su voluntad o para enfermos que carecen de esa capacidad (enfermos

mentales o niños menores de 12 años). Sin embargo, en tales ocasiones son los jueces, allí donde la eutanasia o el suicidio asistido son legales (como en Holanda), los que han de resolver el dilema nombrando representantes de los enfermos. Los médicos, en todo caso, no son los garantes de la autonomía del paciente incapaz: la autonomía del enfermo incapacitado es la de su representante legal.

2. La muerte es un mal: no se puede aliviar un mal (la enfermedad o la postración) causando otro (la muerte) que es aún mayor y es irremediable

En nuestra cultura la muerte se concibe como un mal irremediable y casi absoluto, por eso puede resultar a primera vista inmoral que un profesional de la sanidad ayude a alguien a quitarse la vida o le cause la muerte (a petición del enfermo) para librarlo de una grave y dolorosa

enfermedad. Sin embargo, también está bien anclado en nuestra cultura el hecho de que se puede causar un mal menor (amputar, matar en defensa propia) para conseguir un bien mayor (curar, salvar la propia vida): la muerte misma se concibe en ocasiones como un mal

menor, la muerte no es siempre el mayor mal. Puesto que no podemos afirmar que la eutanasia o el suicidio sean siempre males mayores que las enfermedades que padecen quienes solicitan tales prácticas, no son rechazables sin más como males absolutos.

3. No es lo mismo dejar morir que matar

Este argumento es importante, pues no cabe duda de que la regulación de la eutanasia afecta a los profesionales de la medicina, a su libertad y a su autonomía: son ellos quienes la tienen que llevar a cabo en última instancia. La frontera es muy tenue, pues inyectar morfina y retirar los soportes vitales a sabiendas de que el paciente morirá, no tiene por qué ser moralmente

mejor que causar directamente la muerte de quien sabemos que va a morir. Puesto que la LET puede retrasar la muerte del enfermo durante varios días, lo que atenta contra el ideal de una muerte rápida (y por tanto contra la dignidad de los pacientes), dejar morir a un enfermo sedado puede resultar moralmente menos razonable que causar intencionadamente una muerte

rápida con todas las garantías. De nuevo la eutanasia puede ser el mal menor frente a una muerte más lenta, lo que debilita la idea de que dejar morir es moralmente más legítimo que causar la muerte de enfermos terminales. (En el caso del suicidio asistido es el paciente quien se mata, luego no se aplica nada de esto: la ayuda del médico no causa la muerte).

4. El personal sanitario no tienen ninguna obligación de llevar a cabo tales prácticas, luego no puede haber un derecho moral a suicidarse con auxilio médico ni a exigir la eutanasia

Si se acepta que la eutanasia y el suicidio asistido pueden llegar a ser el mal menor frente a una enfermedad incurable o terminal, pues la muerte rápida e indolora no es siempre el mayor mal; si no cabe esperar a que se tenga un sistema de cuidados paliativos que funcione a la perfección para empezar a hablar de eutanasia, pues aunque se tenga, siempre habrá casos irresueltos; si la autonomía del paciente no puede verse limitada por argumentos paternalistas sobre su capacidad y si, por

**Eutanasia y suicidio
asistido pueden ser el
mal menor frente a una
enfermedad incurable o
terminal**

último, no sólo no existe diferencia moral entre dejar morir y causar intencionalmente la muerte, sino que en ocasiones puede ser moralmente más razonable causar la muerte bajo control médico que dejar morir bajo control médico, entonces los profesionales de la sanidad sí tendrían la obligación moral de causar intencionalmente la muerte a pacientes informados (eutanasia) y de auxiliar en el suicidio para procurar a los enfermos el mayor bienestar bajo circunstancias bien determinadas.

5. La pendiente resbaladiza de la eutanasia y el suicidio

Este es uno de los argumentos más populares y más débiles en contra de la eutanasia y el suicidio asistido. Si aceptáramos la eutanasia y el suicidio asistido, se dice, caeríamos por una pendiente que conduce al asesinato y a la eugenesia.

Los médicos que acepten tales medidas, ¿por qué no habrán de aceptar también acabar con enfermos mentales y otras personas vulnerables que sufren? ¿Cómo se mide el sufrimiento? ¿No tendríamos

**Para algunos la eutanasia
llevaría a la eugenesia.
Como si una copa de
vino, y otra... llevasen al
alcoholismo**

que ayudar a morir o causar la muerte de cualquiera que lo pida por poco que sufra?

Se trata de un argumento falso, pues el paso A (aceptar moralmente la eutanasia y el suicidio asistido) no es la causa de B (asesinar a las personas vulnerables) ni de C (ayudar a suicidarse a cualquiera que lo pida): no existe forma lógica alguna de mostrar que eso sería así.

Desde un punto de vista empírico, los casos de Holanda y Bélgica demuestran que no se produce pendiente resbaladiza alguna, como veremos.

6. La vida es sagrada

El derecho a la vida es un derecho fundamental de la persona que no está en cuestión cuando se habla de enfermos terminales. La limitación del esfuerzo terapéutico, por ejemplo, no viola el derecho a la vida. Tampoco la eutanasia. Por eso al hablar del carácter sagrado de la vida se hace referencia a un valor más religioso que moral. Mas como no cabe duda de que para mucha gente los valores morales se inspiran en sus valores

religiosos, es necesario tener en cuenta este argumento. La vida es sagrada, se dice, porque la otorga Dios: los hombres no son quién para quitarla. Con todo, este es un argumento que muchas confesiones (catolicismo, islamismo, judaísmo) pueden relativizar en ciertos casos. Muchos teólogos cristianos medievales y renacentistas defendían el magnicidio como acto de la ciudadanía en defensa propia contra la crueldad de los tiranos; el

mismo Santo Tomás consideraba legítimo matar en defensa propia. Del mismo modo, muchas religiones han justificado a lo largo de la historia la Guerra Santa o las Cruzadas. El valor sagrado de la vida, pues, no es absoluto, ni siquiera para la mayoría de las religiones. La eutanasia y el suicidio asistido, que se realizarían como mal menor en circunstancias especialísimas, no atentan, pues, contra el valor sagrado de la vida.

La cuestión social: opinión pública y opinión de los profesionales

Si los argumentos morales contra la eutanasia y el suicidio no son definitivos (algunos son incluso muy débiles), ¿se apoya la prohibición de ambas prácticas en el rechazo de una población que no está preparada para aceptarlas? No, al menos en el caso español.

Se puede afirmar que la población española está mayoritariamente a favor de la eutanasia. Así, por ejemplo, en un estudio realizado por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) en 1992, un 78% por ciento de los españoles estaba ya a favor de los cuidados paliativos (que no generan polémica alguna) y un 66% se mostraba a favor de que la ley permita que los médicos pongan fin a la vida de un enfermo terminal que lo solicite. Incluso un notable 49% afirmaba estar de acuerdo con que esa decisión pudiera tomarla un familiar.

Esas cifras se han mantenido estables a lo largo de estos años, como muestran los estudios más recientes: en una encuesta del CIS del año 95, el 62% de los encuestados se manifestaba a favor de que “los médicos proporcionen al [enfermo terminal] un producto que ponga fin a su vida sin dolor”. En otro estudio, realizado por la Organización de Consumidores y Usuarios (OCU, 2000), se muestra que tres de cada cuatro españoles son favorables a

la regularización de la eutanasia; y en otro más, realizado por el CIS en 2008, 7 de cada 10 españoles aseguran también estar de acuerdo con la eutanasia (CIS, 2008). El estudio de la OCU demuestra, además, que el 70% de los españoles apoyaría el suicidio asistido de un enfermo terminal que lo pidiera. Ese porcentaje desciende a un 51% cuando la enfermedad no es terminal.

En lo que se refiere a la población andaluza, según el Barómetro Sanitario Andaluz 2007, la ciudadanía de esta Comunidad Autónoma se muestra casi unánimemente (93,7%) a favor de una muerte digna y de obtener información clínica veraz (93,4%), sea cual sea su estado de salud. Además, una gran mayoría (87,2%) se muestra partidaria de recibir atención y alivio del dolor aunque acelere el proceso de su muerte. Por último, tres cuartas partes de la población andaluza (74,3%) están a favor de la eutanasia: un 39,5% lo estaría a favor de una concepción amplia que incluyera también a enfermos incurables que no son terminales y un 34,8 sólo estaría a favor de que se aplicara a enfermos terminales. Por lo demás, llama la atención, dadas estas cifras, que la mayoría de la población andaluza desconozca la existencia del Testamento Vital (62,4%). La ausencia de debate e información sobre estos temas, tanto en

Andalucía como en el resto de España, es más que notable.

Los profesionales de la medicina, por su parte, también están a favor de la eutanasia y del suicidio asistido y, por lo tanto, de su regulación legal. Según el estudio Actitudes y opiniones de los médicos ante la eutanasia (CIS, 2002) un 41,5% de los médicos considera que se debe cambiar la ley para permitir la ayuda al suicidio asistido o eutanasia en caso de enfermos terminales que lo soliciten; un 18,4% cree que la ley debiera ser favorable al suicidio asistido y a la eutanasia incluso en el caso de enfermos no terminales que padezcan graves sufrimientos físicos o psíquicos.

Los estudios discrepan, sin embargo, en cuanto al número de pacientes que reclaman a los profesionales de la sanidad la eutanasia o la asistencia en el suicidio. Así, por ejemplo, el estudio de la OCU (2000) indica que entre un 65% de médicos y un 85% de enfermeras reconoce haber recibido una petición de eutanasia o suicidio asistido. Además, un 21% de los médicos dice haber participado en la práctica de eutanasia o suicidio asistido (OCU, 2000). Sin embargo, en la encuesta del CIS (2002) se afirma que el 80% de los médicos jamás ha recibido una petición de eutanasia, y el 91,9% nunca ha recibido una petición de ayuda al suicidio.

La cuestión jurídica: ¿una prohibición justificada?

Si los argumentos morales a favor de la eutanasia y el suicidio asistido son sólidos (tanto o más que los argumentos en contra), la población y la profesión médica está mayoritariamente a favor, ¿por qué siguen siendo ilegales estas conductas en España?

Lo cierto es que España no es una excepción, en muy pocos países son legales tales prácticas. En Holanda y Bélgica, los casos quizá más conocidos,

ambas prácticas son legales. En Suiza y Alemania la eutanasia es ilegal, pero el suicidio asistido es legal. En Inglaterra un proyecto de ley de 2005 (Assisted Dying for the Terminally Ill Bill) daba los primeros pasos para regular ambas prácticas. En el resto de países la eutanasia y el suicidio asistido son ilegales.

Fuera de Europa se ha discutido mucho el caso del estado de Oregón (EEUU), donde se legalizó de forma pionera el

suicidio asistido, pero no la eutanasia, y el de Colombia, “único país del mundo hasta el momento en el que la práctica de la eutanasia ha sido reconocida como un derecho fundamental por el máximo intérprete de la Constitución” (Tomás-Valiente Lanuza, 2005: 24).

El artículo 143 del Código Penal (CP) de 1995 se refiere expresamente a estas prácticas y las prohíbe, si bien, como señala Carmen Tomás-Valiente,

“la opción adoptada por el legislador consistió en atenuar considerablemente la pena de los comportamientos ordinarios de cooperación con actos necesarios al suicidio ajeno (art. 143.2) y de ejecución de la muerte de quien no desea vivir más (art. 143.3), siempre que tales conductas se produzcan en ciertas circunstancias específicamente detalladas en el artículo 143 apartado 4 (relacionadas con la salud y la expresión de voluntad de la víctima)”.

Según esta autora, el CP llega a atenuar tanto esos comportamientos que no castigaría el suicidio asistido cuando el suministro de medicamentos al paciente que se quiere suicidar se considere una “colaboración no necesaria”. Sin embargo, ni la sociedad española ni la profesión médica tienen conciencia de esta “despenalización parcial”, pues el

legislador no tuvo intención alguna de presentar el artículo 143 en esos términos (Tomás-Valiente, 2005: 12).

Lo más llamativo de la prohibición, tanto en España como en la mayoría de países de Europa, es que ni se sostiene en la opinión de los ciudadanos ni en argumentos éticos sólidos. De hecho, los poderes públicos (ejecutivo y judicial) suelen basar su rechazo sobre todo en dos argumentos que, como hemos visto, son más que cuestionables: la pendiente resbaladiza y la tenue diferencia entre dejar morir y causar la muerte de enfermos terminales agónicos (véase en este sentido la condena de la eutanasia en la Recomendación 1418 del Consejo de Europa). Y lo que es más grave quizá:

hay casos en los que el poder judicial, apelando a dichos argumentos, desvirtúa las despenalizaciones de la eutanasia o del suicidio asistido promovidas por el legislador. Así, por ejemplo, en Alemania, donde la colaboración necesaria, la innecesaria y la inducción al suicidio son impunes, el Tribunal Supremo sanciona esas conductas mediante interpretaciones forzadas del código penal.

La actitud de los españoles ante el derecho de salida es abierta: los datos de las encuestas de opinión lo refrendan. Siete de diez españoles están de acuerdo con las conductas eutanásicas

Conclusión: necesidad de mayor conocimiento social

A diferencia de los cuidados paliativos, la eutanasia y el suicidio asistido producen aún debates muy enconados. De hecho, ambas prácticas están prohibidas en casi todos los países del mundo, por lo que no se puede afirmar categóricamente que formen parte de lo que hemos denominado la nueva cultura de la buena muerte. Ahora

La eutanasia y el suicidio asistido son fenómenos sociales que deben debatirse públicamente

bien, puesto que los argumentos morales en contra de la eutanasia y el suicidio asistido no son definitivos (algunos son, como hemos visto, poco sólidos) y puesto que la opinión pública española parece que acepta estas prácticas, no es legítimo hurtar

a la sociedad el debate sobre estos temas, reduciéndolos a una cuestión puramente legal. Antes al contrario, la eutanasia y el suicidio asistido son fenómenos sociales que deben debatirse públicamente. Por eso recomendamos lo siguiente:

- Andalucía ha llevado al límite sus posibilidades legales en relación con el proceso de morir. Desde ese punto de vista (legal), poco más se le puede exigir. Sin embargo, los poderes públicos aún pueden hacer mucho más para promover el debate social. Los medios de comunicación públicos –radio y televisión– jamás abordan con seriedad estas cuestiones y son la mejor vía de acceso a amplios sectores de la ciudadanía.

- Por otro lado, para que ese debate se apoye en un conocimiento solvente, es preciso realizar un mayor número de trabajos sociológicos, cuantitativos y cualitativos, sobre las opiniones y los

discursos relacionados con la muerte y el proceso de morir, en general, y la eutanasia y el suicidio asistido en particular:

Encuestas a la población en general, encuestas a profesionales; médicos, jueces, políticos, etc... Estudios cualitativos sobre la ética y la percepción social de la muerte y el morir de la población en general. Estudios cualitativos sobre la ética y el discurso de médicos y juristas sobre la eutanasia y el suicidio asistido.

- Sería imprescindible realizar un estudio sobre cómo muere la gente en Andalucía, en línea con el que promovió en su día el Hastings Center (EEUU).

- Por último, sería preciso crear en Andalucía una Comisión similar a la Comisión de Ética e Investigación Sanitaria que, además incluyese los aspectos sociales, psicológicos y legales del problema de la eutanasia y el suicidio asistido.



Recomendaciones a los profesionales sanitarios para la atención a los enfermos al final de la vida

(Comité de Bioética de Cataluña)

Recientemente hemos tenido conocimiento del trabajo publicado por el Comité de Bioética de Cataluña. Un trabajo de grupo, multidisciplinar, que ha llevado un año y medio de esfuerzo, de diálogo y de contraste, y de redacción que ha exigido perfilar conceptos y pulir expresiones. El Grupo de trabajo estuvo compuesto por Rogeli Armengol, médico psiquiatra, Ramón Bayés, psicólogo, Marc-Antoni Broggi, cirujano y coordinador del grupo, Josep M^a Busquets, médico del Departamento de Salud y secretario del grupo, Anna Carreres, médico de urgencias, Clara Gomis, filósofa y psicóloga, Clara Llubia, anestesióloga y cuidados críticos, Pilar Loncan, médico de socio-sanitario, Joan Padrós, médico internista, Montserrat Puig, enfermera de cuidados paliativos y Jordi Trelis, médico de cuidados paliativos.

El documento se estructura en forma de guía para los profesionales, dando prioridad a la comunicación con el enfermo, a la ayuda en el sufrimiento, al respeto escrupuloso de las decisiones del enfermo cualesquiera sean. El contenido de este documento se puede ver en la hemeroteca de nuestra web www.eutanasia.ws

Para comprender el enfoque y contenido de este trabajo, transcribimos los párrafos de la Introducción;

“El presente documento quiere servir de ayuda a los profesionales que tienen que asistir enfermos que están cerca de la muerte, sea cuál sea su disciplina o especialidad. No pretende ser una aportación teórica ni un protocolo técnico, sino un documento útil para ayudar a comprender los valores que están en juego en esta situación y las necesidades básicas principales: la de evitar y combatir el dolor y el sufrimiento, y la de atender las demandas personalizadas en aquello que sea posible”.

“Paralelamente a la sociedad, la práctica de la medicina también evoluciona y afronta nuevos retos. Por ejemplo, con el gran progreso tecnológico, la lucha contra la enfermedad ha permitido mejorar mucho una de sus finalidades clásicas: la de retrasar la muerte. Sin embargo, tal como se pregunta el Informe del Hastings Center: ‘qué significa ... ¿cuándo hay máquinas que pueden mantener en vida cuerpos que antes habrían muerto sin más? ¿hasta donde llegar a la hora de prolongar una vida que se acaba?’ Es evidente la necesidad de adecuar a cada caso las actuaciones que hay que empezar, continuar o detener con el fin de evitar hacer un daño superior a lo que se quiere combatir”.

En una palabra, que, como dicen los autores y es su preocupación, “a menudo se hace demasiado para retrasar la muerte y demasiado poco para mitigar el padecimiento que la acompaña” con lo que “a veces no sólo no se disminuye este padecimiento sino que se lo puede aumentar”.

Universidad Internacional

Menéndez Pelayo



José Manuel Gómez Benítez. Catedrático de Derecho Penal (CM), vocal del CGPJ

María Ángeles Durán. Catedrática de Sociología, profesora de investigación del CSIC

Eutanasia y suicidio asistido, una demanda social de nuestro tiempo

Unas 1.500 eutanasias al año, es decir, de 4 a 5 eutanasias y suicidios asistidos al día son muchas eutanasias, no ya por su número sino porque, al estar penados por el Código Penal español, estas muertes obligadamente no solo quedan en la total privacidad sino que son invisibles. Para poder ejercer un derecho, para ejercer su autonomía 1.500 personas cada año han de morir

en la clandestinidad. Y, sin embargo, el Gobierno y el partido que lo respalda repetirán que en España no existe una demanda social y, por ello, no se abre un debate público.

Ante esa situación de negativa al derecho a disponer de la propia vida, la existencia de eutanasias clandestinas y la constante afirmación del gobierno y ciertos sectores de que no existe demanda social la Universidad Internacional Menéndez Pelayo (UIMP) organizó una mesa redonda en torno a la eutanasia y el suicidio



Luis Montes. Médico del servicio de anestesia Hospital Severo Ochoa.

Julián Sauquillo. Catedrático de Filosofía del Derecho (UAM)

Ana López. Universidad Internacional Menéndez Pelayo

asistido como demanda social de nuestro tiempo el 29 de abril en la sala del Círculo de Bellas Artes, de Madrid.

Ana López, vicerrectora de la UIMP, abrió el acto comentando que la función académica de la UIMP se acercaba en esta mesa redonda a un tema conflictivo, crítico en busca de un diálogo y un debate abierto. A su vez recordó que en el año 1998 se tuvo un seminario y que en el verano pasado en Santander el Dr. Luis Montes había dirigido un curso sobre eutanasia y suicidio asistido. Un derecho del siglo XXI del 10 al 14 de agosto. De ahí que el mo-

derador de la mesa redonda fuera Luis Montes, médico del Servicio de Anestesia del Hospital Severo Ochoa, y presidente de la Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente.

A continuación transcribimos de manera concisa los principales puntos tratados por los ponentes de la mesa:

María Ángeles Durán

Catedrática de Sociología, profesora de investigación del CSIC

De entrada la profesora Durán se despojó ante la audiencia de sus títulos y dedicación profesional. Bajó de la cátedra para comentar su experiencia de enferma, de persona a la que un cáncer se le presentó como *nuntius mortis* (mensajero de la muerte). Comentó su experiencia rica humanamente de la enfermedad y de la vivencia de la aproximación a la muerte vivida de manera compartida con otros.



Según A. Durán, hay tres grandes grupos de muerte:

- La muerte por accidentes –de diversa índole y procedencia- con su característica de sorpresa, experiencia súbita e inmediato desenlace.
- La muerte asociada a un estadio de degeneración: por ejemplo, afecciones cardiovasculares unidas a otros percances orgánicos.
- La muerte que se aproxima, que la anuncia un episodio que actúa de mensajero. Muerte anunciada con tiempo y que, por tanto, puede ser abordada con lucidez y reflexión. Este último fue el caso de la ponente que, según dijo, le dio pie a la reflexión, planificación y toma de decisión.

En este tiempo, dijo, se vive el dolor propio, el de los demás que te acompañan en las diversas terapias, se vive la progresión del mal y sus fases, las ausencias de otros enfermos que van desapareciendo y, sobre todo, junto al dolor, físico y moral, de la enfermedad se vive el dolor de un posible ‘morir mal’.

Julián Sauquillo

Catedrático de Filosofía del Derecho (UAM)

Desde la perspectiva del filósofo, el profesor Sauquillo analizó el contexto social moderno que no deja lugar al tema del proceso de la muerte. Las causas de ese enfoque del concepto muerte son varias:

- Otros problemas o conflictos son de gran relevancia para el hombre moderno y el valor de la fase anterior a la muerte deja de ser signifiicante. De ahí surge las reticencias de la sociedad y la languidez social ante conflictos de carácter personal.
- La medicina clínica tiende a la objetivación del enfermo y del cadáver. Ambos son objeto de un trabajo clínico que pretende hacer progresar la investigación y las técnicas médicas. Así el valor de la situación existencial del enfermo queda marginada y es desatendida.
- Las imágenes de ayer tras la muerte estaban fijas en un más allá (‘estar en el cielo’, ‘permanecer en el Nirvana’, etc.); ahora han pasado de moda y el imaginario gira en torno a lo siempre joven y se buscan los medios que conlleven el elixir de la eterna juventud.

José Manuel Gómez Benítez

Catedrático de Derecho Penal (UCM), vocal del CGPJ

El penalista Gómez Benítez no pudo hablar de la demanda social. Desde el comienzo fue claro: la demanda social no es un criterio válido para la política penal; es cambiante, manipulable en un sentido u otro y, por ello, no puede ser fundamento para la definición de lo justo. Pero dentro de estos límites de la ciencia moral y del Derecho, el profesor dio algunas pinceladas críticas de la situación jurídica y esbozo puntos-base:

- Lo justo no depende de un consenso mayoritario.
- La reflexión no depende de la demanda social sino hay que fundamentarla en los derechos y la dignidad de las personas. Progresar en los derechos humanos supone progresar en el Derecho. La Carta Magna española en su artículo 10 establece la base constitucional de todo el ordenamiento jurídico: la dignidad de la persona, los derechos inviolables y el libre desarrollo de la personalidad.
- Desde la Ley de autonomía del paciente, promulgada en 2002, el derecho a consentir o no consentir hace que el consentimiento del enfermo conforme la validez y legitimidad jurídica de un tratamiento médico. No puede existir una ars medica contraria al consentimiento.

- No se puede actuar contra las decisiones de un testamento vital o instrucciones previas del enfermo como se quería hacer con el caso de la huelga de hambre de la saharauí Aminatou Haidar. Se decía que, al entrar en coma, en el hospital se le aplicaría la alimentación forzosa puesto que en ese momento no podía manifestar su voluntad.

- Ni el juez, ni el médico ni familiares pueden suplantar el consentimiento del adulto y actuar en contra de su voluntad. El derecho a consentir es inviolable aun en riesgo de muerte. Una actuación médica en contra de las instrucciones previas es punible.

- La legislación actual es difusa y confusa, propia de un Estado de Derecho punitivo. Hay que tener en cuenta que la confusión e imprecisión juegan a favor de las actitudes restrictivas.

- Necesidad de una ley de eutanasia concreta, precisa, que ponga los límites de seguridad e inseguridad. Es de lamentar el estado actual de abandono legislativo en este tema de la eutanasia, la muerte anticipada. Hay que ampliar el margen de despenalización.

- No se comprenden incongruencias como que el suicidio no es delito y que el apoyo, la colaboración al suicidio sea punible.

- Desde el punto de vista político la intervención del Estado liberal ejerce un poder sobre la vida y la muerte: si para el ciudadano, el votante, solo cuenta la vida, la agenda política excluye el proceso de la muerte y la muerte digna puesto que -se dice- a nadie le interesa. Por tanto, a la larga esta intervención y agenda políticas se traducen en una represión del Estado sobre la muerte.

El derecho de salida de la vida es básico para personas mayores, agotadas, en situación a veces terminal...



Estas fueron en resumen las lecciones de la mesa redonda de la UIMP, en una sesión de universidad de la vida frente al proceso de la muerte: una experiencia y una rica reflexión existencial, el descubrir que vivimos en una sociedad reticente a la muerte y que vive de espaldas a ella tanto desde la cultura vigente como desde la agenda política del Estado liberal, una lección crítica sobre un Derecho ambiguo, unas leyes imprecisas y, por ello, no válidas y en desacuerdo con las exigencias y las vivencias lúcidas de los asistentes a la mesa de diálogo sobre el proceso de muerte.

Y ahora ¿qué? Como decía Durán, desde la Revolución Francesa el ciudadano tiene conciencia de que el señor de la vida no es ni el médico, ni el juez ni la familia o allegados: la vida es nuestra, de cada uno que la vive. Hay un

derecho a dar la vida a otro ser, al hijo. Ángeles Durán fue clara: no hablaba del aborto sino de la planificación familiar y comentaba que la planificación obligada del Ogino y métodos parecidos dio paso, gracias a la lucha feminista y de las parejas, a otros métodos contraceptivos.

La lucha era llevada a cabo por gente joven, en plenitud... Pero el derecho de disponer de la vida, el derecho de salida de la vida es un derecho básico para personas mayores, agotadas, en situación a veces terminal... La lucha no está en sus manos y tiene que ser delegada en asociaciones y movimientos sociales que tienen ser la voz de los que no pueden tener voz, ser la demanda social activa y organizada que reclama la despenalización e incluso la legalización de las conductas eutanásicas, exigidas por la autonomía y dignidad de la persona.



La asociación de Andalucía echa a andar

La Asociación DMD en Andalucía lleva muy poco tiempo de recorrido, es sin duda el núcleo más joven de España. Nos encontramos en la primera fase, echando a andar, pero somos ya unos 160 socios en todos los puntos de Andalucía. En principio en Córdoba hemos creado un pequeño grupo, con ilusión por trabajar en la idea y aquí hemos constituido la Junta Directiva de la Asociación, pensando en su operatividad. La idea surgió por que yo siempre he estado muy sensibilizada con el tema, he sido enfermera y sé como se muere en muchos hospitales y también por haberlo sufrido en primera persona. Estas experiencias fueron el detonante para reaccionar, nos unimos varias personas con inquietudes similares y después de algunos contactos con la Asociación Federal en Madrid decidimos empezar a caminar. Ahora nos encontramos en la primera fase de cumplir con los requisitos de Inscripción Oficial en el Registro de Asociaciones de la Consejería de Justicia y Administración Pública de Andalucía.

Entendemos que tenemos un gran reto por delante, pero no por ello nos falta ilusión, ni ganas de trabajar; todo lo contrario, es un gran estímulo que en Andalucía nos encontremos en un momento propicio para hacerlo, ya que, como sabéis, se ha aprobado recientemente la Ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte y nos marca unas exigencias de trabajo urgente para difundirla, que las personas sepan ejercer sus derechos ante una muerte digna. No queremos que se quede en "papel mojado", como ya pasó con la Ley de Autonomía del Paciente o con el Registro de Voluntades Vitales Anticipadas, cuya difusión ha sido mínima.

Estamos intentando contactar con instituciones oficiales (Consejería de Salud, Ayuntamientos...) y particulares, para poder crear consultorios o asesorías de información sobre la Muerte Digna; también intentamos contactar con diferentes colectivos que al igual que nosotros luchan por conseguir el derecho fundamental del respeto a las libertades individuales. Todo ello sin olvidar que nuestra tarea va más allá, promoviendo una conciencia a favor de la eutanasia y el suicidio asistido.

Entendemos que la Comunidad Autónoma de Andalucía es demasiado extensa para poder coordinar todo el trabajo desde un sólo punto. Por eso, estamos intentando formar varios puntos

de trabajo: nos gustaría que fueran tres -Andalucía Occidental, Andalucía Centro y Andalucía Oriental, como colectivos independientes. Pero, esta es una idea que también está en fase de maduración.

El Proyecto supondrá la creación de tres asociaciones: Andalucía occidental, Andalucía oriental y Andalucía centro.

Como veis, estamos empezando a trabajar, ganas no faltan, pero necesitamos ayuda y colaboración, buscar fórmulas de organización y de trabajo que nos faciliten nuestra presencia y actividad en toda Andalucía. Así buscamos la experiencia de otras Asociaciones y el apoyo de DMD Federal para desarrollarnos lo mejor posible y no perdernos en el camino.

En el mes de diciembre del año pasado tuvimos un primer acto de presentación de la Asociación, invitados por la AS. Europa Laica de Andalucía. En este acto intervinieron Maribel Teigell y Fernando Soler; Más recientemente hemos tenido otro acto "Eutanasia, un debate de actualidad", convocado por el Ateneo de Córdoba, en el que intervenía Luis Montes. Este acto ha levantado ampollas..., Bodegas Campos es una empresa cordobesa, que tiene sentido ciudadano y que favorece el debate público, Bodegas Campos tuvo que suspender un acto público debido a las presiones de grupos integristas. Los mensajes, propios de extremistas por su dureza e insistencia, enviados a la Fundación vinculada a la empresa, a instituciones y a distintos foros de opinión obligaron a cambiar el lugar de la conferencia sobre la eutanasia que había sido organizada por el Ateneo de Córdoba y que iba a darse en las instalaciones sociales de la Fundación.

Más que desanimarnos este episodio nos indica que aún queda mucho por hacer. Por esta primera crónica de nuestra recién estrenada historia queremos animaros a que os unáis a nosotros en la medida que cada uno pueda colaborar: toda ayuda o colaboración es necesaria y será bienvenida.



Proceso de autoorganización y expansión en la comunidad aragonesa

La asociación DMD se está implantando en Aragón a través de un proceso dirigido tanto a crear una organización autonómica plenamente operativa como a incrementar el número de socios. Gracias a una serie de iniciativas surgidas en los últimos meses, la gente de DMD en esta Comunidad, hasta ahora dispersa, ha formado una Comisión Gestora que prepara una serie de actos y pretende presentarse en público y legalizar su actividad en el ámbito autonómico antes de las vacaciones veraniegas.

Todo empezó con una mesa redonda en el Paraninfo de la Universidad de Zaragoza celebrada en junio del 2009 y en la que intervino Luis Montes. El 28 de enero de este año otro acto público, en este caso destinado a difundir el testamento vital que plantea el Gobierno de Aragón, sirvió para realizar nuevos contactos entre nuevos y antiguos miembros de DMD. A partir de estos encuentros se preparó la primera asamblea de socios y amigos. Convocada por Pucha Martínez Lasierra, Antonio Aramayona y José Luis Trasobares tuvo lugar el 15 de abril. Lo más importante de este acto fue poner en relación a personas que hasta entonces no se conocían y constatar la identidad de criterios y las ganas de difundir en la Comunidad el derecho a morir dignamente. Se nombró una Gestora y se decidió preparar un calendario de actividades que tuviera su momento culminante en una presentación pública de la asociación.

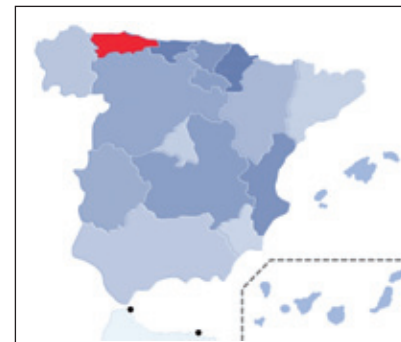
Este primer impulso ya se ha traducido en nuevas altas de socios. La Comisión Gestora prepara una jornada en la que, con el apoyo de la dirección federal de DMD, se entre en contacto con las instituciones, las entidades sociales, los medios de comunicación y la ciudadanía. Será el 28 de mayo, en Zaragoza. A las siete de la tarde, en el centro “Joaquín Roncal”, calle San Braulio, habrá una conferencia para dar a conocer nuestros objetivos e insistir en la captación de asociados. De nuevo contamos con Luis Montes como protagonista. Al día siguiente, el 29, en el Jardín de Invierno del zaragozano Parque Grande, y a partir del mediodía, tendremos una fiesta familiar con teatro, recogida de firmas para el Manifiesto de Santander y algunas sorpresas.

Ha ocurrido además que, mientras se revolucionaba la vida de DMD en Aragón, el grupo parlamentario de IU en las Cortes autonómicas presentaba un proyecto de Ley destinado a regular las últimas voluntades en la línea de la normativa ya aprobada por el

Parlamento andaluz. En una reunión montada sobre la marcha, el diputado de IU, Adolfo Barrena, trasladó a representantes de DMD el contenido del proyecto. Se trata sin duda de un paso adelante sobre el actual testamento vital y en tal medida va a contar con el apoyo activo de nuestra incipiente organización.

Se pretende hablar posteriormente con las autoridades sanitarias, con los colegios de médicos, enfermeras y abogados, así como con organizaciones sociales. Estamos convencidos de que los mensajes a favor de una muerte digna van a encontrar eco en una opinión pública a la que hasta ahora se le ha escamoteado el debate sobre las condiciones en que se viene gestionando la enfermedad terminal y el fallecimiento de los aragoneses. La situación a este respecto es fácil de definir: pese a la vigencia del testamento vital, que supuestamente libra a quienes lo suscriben del encarnizamiento terapéutico, en el momento de la verdad el tratamiento que reciben los enfermos y sus familias depende mucho de la actitud del médico o médicos que tocan en suerte. No hay polémicas respecto de la eutanasia o los protocolos que se aplican a pacientes en situación terminal o aquejados de dolencias incurables que limitan absolutamente su calidad de vida; simplemente no se habla de ello. Como en otras comunidades, aquí está casi todo por hacer: promover un debate público, reclamar una normativa más precisa y práctica que clarifique el papel de los profesionales de la sanidad, divulgar que la eutanasia es un derecho esencial sin el cual se condena a muchas personas a sufrimientos inútiles y degradantes... Son cuestiones que sin duda impactarán sobre una buena parte de la ciudadanía que ya habla de ellas de manera espontánea.

DMD-Aragón pretende culminar su proceso “constituyente” en la segunda quincena del mes de junio cuando se hayan cubierto todos los pasos legales y se elija una junta directiva que sustituya a la gestora actual. Hay entusiasmo y ganas de trabajar. Contamos además con una red de organizaciones y colectivos “amigos” que comparten criterios y objetivos. Lo cierto es que algunos socios están tan animados que casi es necesario pedirles que bajen un poco el ritmo, porque estamos en una carrera de fondo que hemos de cubrir día a día. Pronto dispondremos de una página web que sirva como enlace no sólo entre nuestra gente de Zaragoza sino también con los núcleos que puedan surgir en Huesca, Teruel y las respectivas provincias.



Hacia una presencia en los medios y en la sociedad

Junta directiva y nuevos cargos. El 7 de noviembre pasado se celebraron en Gijón asambleas generales ordinaria y extraordinaria de la asociación. Durante la asamblea general extraordinaria se procedió a renovar la Junta Directiva, con los socios que se presentaron para suceder a los componentes de la Junta Directiva que había dirigido hasta esa fecha la asociación. El 14 de noviembre, reunida la nueva Junta Directiva, y conforme a las normas de los estatutos, hubo un reparto de cargos.

La Junta ha quedado constituida de la siguiente manera:

Presidente: Juan Morote Rosso.

Vicepresidente: Blanca Cañedo Argüelles

Tesorero: Francisco José Pascual Martín

Secretario: Dolores García Martínez

Vocales: Ángeles García Pascual, M^a Jesús Romero Nicieza, Françoise Mennet Brunner, Dulce María Prieto Fernández y Carlota Roldán Rodera.

Organización interna de la asociación. Desde el momento de su nombramiento la Junta Directiva ha iniciado una serie de gestiones para dinamizar y actualizar la asociación. Podemos destacar entre las actuaciones organizativas y de carácter interno: traspaso y ordenación de la documentación; actualización de los datos de socios; ampliación de los terminales del teléfono para una mejor atención; obtención de firma electrónica para agilizar trámites administrativos; establecimiento de un sistema de comunicación con los socios vía e-mail, con objeto de mantenerles informados y facilitar la comunicación; cambio de firmas bancarias; reuniones de la Junta Directiva al menos una vez al mes.

Relaciones federales. Respecto a la relación y coordinación con DMD Federal la Junta o representantes de la Junta nos reunimos en Oviedo con Luis Montes (21/11/09). Se tuvo una reunión en Madrid (21/12/09) para coordinar las formas de funcionar y se participó en la Asamblea General en Madrid (13/03/2010). Además la Junta mantiene contactos frecuentes vía e-mail y teléfono. Como resultado de estas actuaciones tenemos un tríptico común, una web única para todas las asociaciones

DMD, y se ha incrementado el intercambio de información, y existe una mayor participación.

Testamento vital. Se han realizado gestiones con el registro de Asturias con objeto de que difunda al máximo la existencia del Testamento vital, el procedimiento de tramitación y para que el lugar donde poder tramitarse sea más accesible al ciudadano. En Asturias se han procesado alrededor de 1.500 Testamentos vitales, a pesar de haber sido la última comunidad autónoma que lo ha regulado.

Presencia en la sociedad y contactos externos. Con objeto de dar a conocer la asociación AFDMD, se ha confeccionado un inventario de asociaciones y entidades sociales y se ha contactado con ellas para establecer un calendario de reuniones y poder dar a conocer los objetivos de la asociación. Otro tanto se ha hecho en el campo de los medios de comunicación para darles a conocer el objeto de la asociación y nuestras actividades con el fin de tener una presencia en los medios de comunicación

Se han grabado y publicado entrevistas con Canal 10, periódico El Comercio, Cadena SER y RTV del Principado de Asturias.

Cuidados paliativos. Se ha procedido a investigar la situación y planes de actuación de los cuidados paliativos en Asturias con objeto de hacer un seguimiento respecto a su funcionamiento y cumplimiento de los planes de implementación.

Se ha recogido información sobre las posibilidades de formación en el tratamiento sanitario de los cuidados paliativos de manera que miembros de nuestra asociación puedan adquirir formación especializada en el tema.

Próximas actuaciones. Se ha programado (Gijón, 3 de junio de 2010) una conferencia coloquio de Marcelo Palacios, experto en bioética, sobre la eutanasia. En otoño, todavía sin fecha, se espera poder organizarla en Oviedo.

El doctor Marcelo Palacios es el Presidente de la SIBI, es autor del libro Soy Mi DIGNIDAD, que solo se vende por Internet porque otras distribuidoras le exigían censurar algunas cosas. Por ello optó por esta forma de difusión.



Red territorial de grupos locales y red de profesionales

La asamblea general de socios tuvo lugar el miércoles 12 de mayo a las 18,00 horas en la sede CC OO de Madrid con una asistencia de 53 socios. En primer lugar, el Presidente de DMD Madrid, Fernando Marín, hizo un repaso a los principales episodios de la actividad de la asociación a manera de recordatorio para los socios. Expuso las labores de difusión a través de la web y de las redes sociales. Se comentó la lectura por Gaspar Llamazares de un documento elaborado por DMD en el Congreso de los Diputados, en relación a la iniciativa de IU para el debate de la despenalización de la eutanasia. Informó de la atención al socio durante 2010 que se resume en: 235 personas atendidas. Se ayudó a morir a 73 socios enfermos terminales. Se respondieron más de 2.500 llamadas y 3.000 correos electrónicos. César Caballero, responsable de la administración, informó del balance económico. De las cuentas analizadas se observa un crecimiento anual del 12 por ciento de socios. Este crecimiento es continuo desde hace 10 años con mayor incremento en la última etapa. Luis Montes aseguró que a final de año habría 900 socios en Madrid. No sólo crece en número de socios sino la presencia de la asociación en la sociedad es mucho mayor. Los miembros de la Junta están permanentemente dedicados a actos, conferencias, coloquios, entrevistas, mesas redondas, además de la presencia en los medios pues cualquier información en relación con las conductas eutanasicas o del proceso de la muerte los periodistas recurren a DMD para recabar el criterio y la opinión de la asociación de manera que DMD resulta ser un constante referente del tema. Se presentó el informe económico que fue aprobado.

El punto de mayor interés de la asamblea fue la presensación por parte de Luis Montes del Plan Estratégico para DMD Madrid. Se propone la creación de una red territorial de grupos tanto en la capital como en la provincia. Analizados espacialmente se conforma un mapa de distribución geográfica con una media de 30 socios por distrito que favorece la formación de células locales para el desarrollo de iniciativas de debate.

Los objetivos principales de estos grupos locales serán la formación de sus miembros (para ello DMD dispondrá del material didáctico suficiente); la captación de nuevos miembros; el entronque en los espacios culturales, o de actividad ciudadana para lograr una actuación en el tejido social de la zona

promoviendo actos de difusión de los problema en torno a la muerte digna.

Esta red social de DMD que ya se ha estrenado en Getafe, Leganés, Fuenlabrada, etc. complementa el establecimiento de grupos sectoriales de socios de carácter profesional: sanitarios, enseñantes y juristas.

Finalmente se abordaron tres temas para el debate: el primero, la colaboración con otras entidades ciudadanas y los límites de esta colaboración. Evaluar los beneficios con los perjuicios. En el coloquio se pudo observar la diversidad y riqueza de planteamientos contrarios y complementarios. El segundo, la incorporación de sectores jóvenes a la Asociación, y por último, se planteó la posibilidad de realizar un proyecto de ‘Casa de DMD’ que sea el refugio para un buen morir de los socios que no tienen domicilio o que deseen morir fuera de su hogar. El coloquio estuvo muy animado de sugerencias, propuestas y sobre todo de disposición y compromiso, de manera que la propuesta que estaba en el orden del día de aprobar la continuidad por un año más del trabajo de la actual junta directiva fue aprobado por unanimidad.

Asesoría Ciudadana por una Muerte Digna en Getafe.

Asesoría ciudadana. DMD abre en Getafe la segunda Asesoría ciudadana por una Muerte Digna de la Comunidad. En colaboración con el Ayuntamiento de Getafe, la asesoría dará información de los diferentes modelos de Testamento Vital, además de facilitar las aclaraciones necesarias para mejorar el bienestar de los ciudadanos durante el final de su vida. También ofrecerá atención personalizada profesional para casos complejos. La atención presencial se realiza los martes, de 16,00 a 20,00 horas, en un centro municipal de salud.



III Jornadas sobre el derecho a morir dignamente

Bajo el lema “Derecho a escoger” se celebraron las III Jornadas Derecho a Morir Dignamente los días 5 y 6 de noviembre de 2009 en el auditorio AXA de Barcelona. El nivel de las ponencias y la amplia participación de público confirman que el debate social sobre la eutanasia y su regulación legal siguen suscitando el interés creciente de profesionales y ciudadanos.

La Asociación Derecho a Morir Dignamente de Cataluña (DMD-CAT), con el apoyo de la concejalía de Derechos Civiles del Ayuntamiento de Barcelona, organizó estas terceras jornadas, coincidiendo con la celebración del 25 aniversario de la asociación. Abierto el acto por los señores Joaquim Mestre, concejal de Derechos Civiles del Ayuntamiento de Barcelona, y Gustavo Subirats, presidente de DMD-CAT, se dio paso al conferenciante Pablo Simón, médico y miembro del grupo de trabajo redactor del proyecto de ley “Ley del gobierno de Andalucía de derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso de la muerte”, quien expuso las líneas generales de esta ley que se espera sea aprobada a finales del primer trimestre de 2010. Si bien la eutanasia y el suicidio asistido no se han podido contemplar en esta ley, dado que en nuestro ordenamiento jurídico actual forman parte exclusiva del código penal, sí se contemplan cuatro escenarios éticos del final de la vida, como son:

- a) Limitación del esfuerzo terapéutico
- b) Rechazo al tratamiento médico por parte del enfermo
- c) Sedación paliativa
- d) Suspensión de actuaciones por muerte

El proyecto de ley incluye también un amplio catálogo de derechos de los pacientes, así como criterios claros para evaluar su capacidad. Además, hay un capítulo dedicado a las garantías de aplicación de la ley que ha previsto un régimen de sanciones en caso de incumplimiento.

Bajo el lema “Derecho a escoger” las tres mesas redondas trataron respectivamente los tres principios sobre los que

se fundamenta este nuevo derecho: el principio de autonomía, el de libertad y de dignidad. El derecho a escoger el momento y las condiciones de la propia muerte se enmarcan en los llamados Derechos Humanos emergentes, un nuevo concepto que responde al dinamismo de la sociedad contemporánea y reclama poder dar respuesta a nuevos retos y necesidades. Así, las ponencias que configuraron las mesas redondas de las Jornadas fueron las siguientes:

Tabla 1: Principio de autonomía

- Derecho a la información. Abordaje del enfermo que no quiere saber.
- La autonomía del paciente al final de la vida y necesidades de la familia: comunicación significativa, consentimiento informado (CI) y voluntades anticipadas (DVA).
- Derechos y necesidades del enfermo terminal .

Tabla 2: Principio de libertad

- ¿Podemos renunciar a vivir?
- La muerte contemporánea: entre la salida y la voz.
- Derecho a rechazar un tratamiento médico.

Tabla 3: Principio de dignidad

- Autonomía personal y limitación del esfuerzo terapéutico.
- La sedación terminal, buena praxis médica.
- Aún sobre la eutanasia.

Los expertos aportaron sus opiniones y experiencias en torno a la muerte digna. “No siempre lo que es técnicamente posible es lo más conveniente para el enfermo terminal”, afirmó Marc Antoni Broggi, vicepresidente de la Sociedad Catalana de Bioética, en una defensa de la necesidad de poner límites al esfuerzo terapéutico y de respetar la autonomía personal del paciente. Por su parte, Luís Montes, presidente de la Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente (AFDMD), manifestó que es necesaria una asistencia médica en el proceso doloroso de la agonía, entendiendo como tal aquella situación clínica de gran sufrimiento tanto físico como psíquico donde se hacen muy presentes los síntomas de la muerte. María Casado, directora del Observatorio de Bioética, afirmó que el debate sobre la eutanasia debe pivotar sobre la autonomía del paciente y también la del médico. En referencia a la objeción de conciencia, quedó claro que los límites sólo pueden venir dados por el respeto a la autonomía del paciente. En este sentido añadió que los problemas éticos aumentan cuando no hay un equipo médico que actúe de forma solidaria y consensuada.

En cuanto al Documento de Voluntades Anticipadas (DVA) o Testamento Vital, se resaltó la importancia que tiene como herramienta clarificadora y facilitadora de la asistencia médica. Es recomendable llevar una copia cuando se viaja dada la inexistencia de un registro unificado. Actualmente las competencias autonómicas en materia de salud hacen que cada administración esté aplicando criterios diferentes. Así, algunas Comunidades Autónomas no tienen registro, otros lo tienen a nivel provincial y otros, como la Generalitat de Cataluña, lo tiene a nivel autonómico. Quedó claro, pues, que el interesado debe ser el gestor activo de este documento.

Salvador Pániker, presidente de honor del AFDMD, hizo un repaso a los 25 años de historia de la Asociación, que actualmente tiene más de 2.000 socios.

Desde el primer modelo de Testamento Vital que data de 1986, remarcó que a lo largo de estos años se ha hecho un largo camino, pero también que todavía queda mucho por hacer. Recordó que el derecho a “dimitir de la vida” es personal e intransferible. Y aún más si añadimos “de la vida que podemos evaluar como no deseable”. Alcanzar esta meta debe ser un paso más en el respeto a la autonomía del paciente y el derecho a escoger consciente y responsable sobre la propia muerte.



Cartel de las Jornadas

La clausura de las Jornadas incluyó la proyección del cortometraje (15 ‘) de Eduardo Chaperó-Jackson titulado “Alumbramiento”. Esta cinta sobrecogedora, que ganó el premio 2007 al mejor corto europeo, relata la muerte de una madre rodeada de sus hijos como una experiencia íntima ya la vez intensa. Al acabar, el turno abierto de preguntas por parte del público fue muy representativo del debate social que genera el tema de la muerte digna. Muchas preguntas quedaron sin respuesta. Será necesario continuar el debate.

La revista de la Asociación de Jóvenes Abogados de Girona, editada por el Colegio de Abogados ha aparecido en el n. 16, de abril-junio de 2019 una entrevista a María Benítez, secretaria de nuestra asociación. La sección La eutanasia desde dos puntos de vista recogía dos entrevistas y María Benítez defendía el derecho a morir.

Holanda

“Si sientes en tu fuero interno que ya no te queda más vida, debes poder actuar”, dice Dick Swaab, director gerente del Instituto de Neurociencia de Amsterdam, y, según este criterio, apoya la iniciativa de dar libertad de abordar la propia muerte y permitir el suicidio a los mayores de 70 años.

Holanda siempre es un buen ejemplo en la comprensión de la muerte digna y en el proceso de despenalización y legalización de la eutanasia. Desde el año 2002 tiene ley de Eutanasia y ha sido el primer país europeo que legisló sobre la eutanasia. En su papel de nación pionera es importante conocer y analizar otro paso más en el debate sobre el derecho de salida de la vida. Holanda debate ahora el suicidio legal a partir de los 70 años de edad.

“La vida es un derecho, no un deber. Y la ayuda al suicidio debe legalizarse, a partir de los 70 años, para las personas sanas que no deseen seguir viviendo”, comenta Marie José Grotenhuis, holandesa de 62 años, portavoz del grupo Por voluntad propia.

Este grupo, formado sobre todo por intelectuales, políticos y escritores, se propuso que el suicidio asistido debiera despenalizarse para los ancianos que se encuentran ya cansados de vivir y estiman que han cumplido ya su vida, que está ya completada. Han recogido las suficientes firmas para poder presentar su propuesta al Parlamento y que este la discuta cuando se forme y abra sus sesiones tras las próximas elecciones.

Una vez que una sociedad ha aceptado el derecho a una muerte digna, a poder disponer de la propia vida en casos concretos delimitados legalmente, grupos de ciudadanos preocupados y solidarios advierten las situaciones personales de sus congéneres. Y así han advertido cómo en Holanda cada año se quitan la vida de forma violenta unos 400 ancianos. Como no se puede pasar por la vida mirando hacia otro lado, los componentes de este grupo reflexionan que, si los enfermos terminales o abrumados con grandes dolores crónicos tienen el recurso de la eutanasia para las personas mayores que sienten que su vida está suficientemente cumplida hay que liberar el suicidio del sambenito y la demonización con que se le ha cargado en la sociedad y hacer que para estos ancianos sea una manera de llevar a cabo su muerte digna.

No se trata de banalizar ni la vida del anciano ni el recurso al suicidio. Por ello las persona del grupo Por voluntad propia, promotores de la nueva iniciativa de muerte digna proponen que el derecho a disponer de la vida de estos an-

Suicidio legal a partir de los setenta.

cianos sea valorado y ejercido con la ayuda de un elenco de especialistas —médicos, psicólogos, enfermeras o incluso guías espirituales o religiosos— expertos en el suicidio asistido. Además de que estos expertos fueran los que evaluaran la racionalidad y congruencia de la decisión del anciano, serían los responsables de que la muerte fuera digna y sin ninguna violencia.

Marie J. Grotenhuis alega que “morir debe ser un acto digno. Y no nos confundamos. En la clínica suiza Dignitas convencer a la mitad de los que acuden para que no se suiciden. También nosotros descartamos depresiones o soledades que lleven a buscar una escapatoria. Pero debe aceptarse que gente sana y cuerda no quiera sufrir por hacerse mayor”.

Reino Unido

El Reino Unido ha sido últimamente una fuente de acontecimientos y de información sobre la muerte digna. Un periodista confesó en un programa de la BBC que había ayudado a morir a su novio enfermo. Posteriormente se conoció que había sido puesto en libertad.

La fiscalía del Reino Unido publicó el 25 de febrero las normas y criterios que ha de seguir la Policía y la Justicia británicas caso de procesar a supuestos protagonistas de los casos de muerte asistida. Los expertos consideran que en relación con las directrices provisionales que se dieron a conocer en septiembre de 2009 las nuevas son mas duras, pero parece ser que abren la puerta a la muerte asistida y, a largo plazo, pudieran llegar a suponer la regulación del suicidio asistido o de la eutanasia.

En las normas últimas han quedado excluidos dos supuestos: la recomendación de que no se procesará a quienes ayudasen a morir a personas discapacitadas o bien que la ayuda procediese de un familiar o amigo cercano a la persona que quería morir. Estos supuestos resultaban polémicos dado el riesgo de que se pretendiese ayudar a la muerte para evitarse una carga en el contexto familiar.

Sin embargo, y en este punto se encuentra lo que se considera un paso adelante hacia la eutanasia, las nuevas normas indican que no se debiera procesar a las personas que ayuden a morir a otra si ésta ha manifestado su decisión “clara, firme e informada” de que quiere disponer de su vida mediante el suicidio; si la persona sospechosa está “totalmente motivada por compasión”; cuando sus acciones, incluso siendo decisivas, suponen únicamente “un estímulo o una asistencia menor”.

En cambio, se actuará con el procesamiento si la víctima era menor de 18 años, no tenía capacidad mental para tomar una decisión informada, no comunicó su voluntad y decisión de modo claro e inequívoco, cuando el interés personal y no la compasión llevó a ayudar al suicida, o hubo presión, etc.

Debbie Purdy se declaró ayer satisfecha con las nuevas directrices, que son provisionales pero de aplicación inmediata. “Hoy, y gracias a los jueces lores y al director de Procesamientos Públicos, podemos tomar este tipo de decisiones sabiendo cuáles son las consecuencias que pueden tener”. A Purdy, 47 años, antigua bailarina y periodista musical, hace quince años se le diagnosticó que estaba

afectada de esclerosis múltiple. Desde hace un tiempo usa silla de ruedas y necesita ayuda para bastantes actividades personales.

Purdy recurrió a tribunales pues quería estar segura, y por ello exigía al Gobierno que se clarificase, de que su marido, el músico cubano Omar Puente no fuera procesado si le ayudaba a viajar a Suiza para terminar con su vida. Sin embargo, no ha quedado claro si la fiscalía en sus normas se refiere a actuaciones fuera o dentro de territorio inglés.

El director de Procesamientos Públicos, Keir Starmer, subrayó que tanto la eutanasia como el suicidio asistido continúan siendo ilegales y que la policía sigue estando obligada a investigar cada caso. Si antes no se producían procesamientos, ahora habrá más seguridad de que no ocurran, por más que se investiguen.

Ciento quince británicos se han suicidado en la clínica Dignitas desde 2002. Y, en teoría, las personas que les ayudaron a llegar hasta la clínica pueden ser procesadas y condenadas a 14 años de cárcel. Pero, a pesar de que ha habido numerosas investigaciones policiales, nadie ha sido condenado.

Un paso a favor de la muerte asistida

El último caso sonado ha sido el del director de orquesta sir Edgard Downes, de 85 años, y su esposa Joan, de 74, que se suicidaron en Dignitas hace unos meses en presencia de sus hijos Caractacus, de 41

años, y Boudicca, de 39. El año pasado, la fiscalía renunció a procesar a los familiares del jugador de rugby de 23 años Daniel James. Aunque había pruebas suficientes para condenarles, el jefe de la fiscalía, Keir Starmer, concluyó que su procesamiento no era de interés público.

Las clarificaciones han sido bienvenidas por Sarah Wootton, directora de la organización Morir con Dignidad, que subrayó que las nuevas directrices “distinguen de forma sensata entre un comportamiento motivado por la compasión y un comportamiento malicioso”. Las directrices afectan a Inglaterra y Gales, pues Escocia e Irlanda del Norte tienen su propia legislación.

Hasta aquí el pragmatismo británico. Pero es importante que lord Joffe, conocido por sus campañas en defensa del suicidio asistido, piense y anuncie proponer una nueva ley el año que viene. Joffe ya fue derrotado en 2006 en un primer intento por cambiar la legislación en esta materia.



María Benítez

Secretaria de la junta directiva de DMD-CATALUNYA en la revista de la Associació joves advocats de Girona

• **¿Cuál es la definición para vosotros de eutanasia?**

Eutanasia es el acto por el que se pone fin a la vida de una persona que lo pide explícitamente y que sufre una enfermedad o situación de salud que le causa un sufrimiento físico y / o moral que considera insoportables.

• **¿Es la eutanasia un problema médico? ¿O por el contrario es un problema social?**

Más que un problema, es una cuestión que afecta al médico, porque está implicado en el mundo de la enfermedad y posiblemente tendrá que ayudar a morir a la persona que desee que se le aplique la eutanasia. Y también es una cuestión social, porque la muerte afecta a todos, de manera directa porque algún día todos moriremos, y de manera indirecta, a todos se nos muere alguien de la familia, amigos, conocidos... etc. También es un problema social, porque los organismos que colaboran en la salud de la población han de proporcionar los medios para el bienestar de ésta, a lo largo de la vida, y eso incluye la muerte. La sociedad en general debe saber responder a esta realidad.

• **¿Cuál es la regulación legal española?**

En España no es posible aplicar la eutanasia, como tampoco la ayuda al suicidio, así lo dice el artículo 143 del Código Penal de 1995.

• **¿Y cual creéis que debería ser esta regulación legal?**

El modelo legal que hay en Holanda sería bueno para España.

• **¿Se pueden prever las consecuencias sociales de una aceptación de la eutanasia?**

La sociedad puede aceptar perfectamente la legalización de la eutanasia, aunque siempre habrá colectivos que rechazarán esta práctica, sobre todo los grupos de ideología religiosa, pero se puede convivir con diferencias ideológicas. No tiene por qué tener consecuencias negativas el hecho de que dentro de la sociedad haya colectivos que piensen de manera diferente, es una consecuencia lógica en una sociedad plural y democrática.

• **¿La aceptación de la eutanasia voluntaria por parte del enfermo terminal puede traer consecuencias positivas y / o negativas?**

Siempre es voluntaria una eutanasia, la persona pide que se le ayude morir, porque por sí mismo no puede hacerlo. Esto es eutanasia, por lo tanto siempre será voluntaria. No se puede confundir nunca la eutanasia con el asesinato. En el asesinato a la persona se la mata sin su voluntad de morir. Sobre las consecuencias positivas o negativas habría que saber a quién se refiere la pregunta. Evidentemente para el enfermo son positivas. No tiene por qué tener más consecuencias.

• **¿Está de acuerdo con el testamento vital? ¿Qué parte de la autonomía del paciente entiende que incluye? ¿Cree que es una forma de eutanasia?**

Evidentemente sí, estamos de acuerdo con el testamento vital, es la voluntad por escrito en el cual uno dice cómo quiere ser tratado en el proceso de su muerte. Incluye el derecho a decidir no aceptar un tratamiento que no lo salvará de la muerte, por ejemplo. No es una forma de eutanasia. Ya hemos dicho antes qué es, y qué no es eutanasia.

• **¿El suicidio asistido debe tener el mismo tratamiento?**

¿Se refiere al mismo tratamiento legal? Evidentemente ha de ser legalizado, porque es la alternativa a una vida de sufrimiento, sin llegar a perder la autonomía y tener que depender de otros para morir.

• **¿Cree que debe prevalecer la voluntad del paciente a una muerte digna y sin sufrimiento, antes que una agonía debida a una enfermedad incurable?**

Totalmente, nadie tiene derecho a decidir por delante de la voluntad del paciente.

• **Sin embargo, ¿qué significa el argumento de derecho a una muerte digna?**

Significa que nadie más que uno mismo puede decir qué es dig-

“La vida como un derecho, no como una obligación”

no y qué no es digno en relación a la manera de vivir la enfermedad y el sufrimiento. Tiene una dimensión subjetiva, es definido de manera individual.

• **¿El dolor y la muerte deben ser parte de la vida humana o, por el contrario, no forman parte de la misma vida?**

La muerte forma parte de la vida, pero el dolor puede ser evitado o controlado. De todos modos se puede dejar elegir, y si la persona cree que el dolor es una manera de vivir la muerte, es perfectamente respetable para nosotros. Los que defendemos la posibilidad de morir sin sufrimiento y no alargando con medidas extraordinarias el momento de la muerte, no obligamos a vivir de la misma manera a los que piensan de manera diferente.

• **¿Si el dolor forma parte de la vida, se puede considerar como un valor positivo?**

Para quienes defendemos la muerte sin sufrimiento, evidentemente no tiene ningún valor positivo el dolor.

• **¿Entonces, si la muerte es inevitable y el dolor forma parte de la vida, qué sentido tiene la investigación científica para paliar el dolor y encontrar curas a las enfermedades?**

Ya hemos dicho que la muerte es inevitable, pero el dolor sí se puede evitar. Por lo tanto, la investigación científica tiene sentido, hay que trabajar para encontrar tratamientos a las enfermedades, para evitar sufrimientos innecesarios, pero cuando no hay posibilidad de curar, se debe evitar el sufrimiento con cuidados paliativos y, además, debe haber una manera de morir sin sufrir. Hoy todavía se muere con sufrimiento, y esto se puede evitar.

• **¿Podría ser la eutanasia una herramienta para la humanización de la muerte del enfermo terminal?**

Debería poder ser así, siempre, de manera voluntaria.

• **El derecho a la muerte no es un derecho constitucional, en cambio el derecho de la vida, sí. ¿Podría incluir este derecho a la vida el derecho a decidir cuándo queremos morir?**

Sí, es verdad que en el derecho constitucional la vida es más que un derecho, es un estado inherente a la persona, que escapa del ámbito de la autonomía de su titular, pero creemos que poco a poco se ha de ir avanzando y se ha de llegar al derecho a decidir

sobre la propia vida.

• **¿Por qué la muerte es uno de los momentos, a pesar de ser de los más importantes, que no podemos decidir, cuando cada uno toma habitualmente las decisiones de su vida?**

Porque la sociedad ha hecho un camino donde las leyes no siempre han protegido los derechos individuales, y es el que debemos conseguir.

• **¿Cree que debe ser legal, como en Holanda o Suiza, el suicidio médicamente asistido? ¿En qué casos?**

En Holanda es posible solicitar la eutanasia, y en Suiza se puede pedir el suicidio médicamente asistido. En nuestro país debería poder ser igual, deseamos que llegue pronto, para evitar sufrimiento en los casos que deben soportar una vida indigna.

• **¿Qué actuaciones lleva a cabo su asociación?**

La Asociación Derecho a Morir Dignamente promueve el derecho de toda persona a disponer con libertad de su cuerpo y de su vida y a elegir libre y legalmente el momento y los medios para finalizarla. Defiende, de manera especial, el derecho de los enfermos terminales que, llegado el momento, quieran morir pacíficamente y sin sufrimiento, si este es su deseo.

Apoya investigaciones relacionadas con la muerte y la libertad del ser humano para escoger racionalmente su destino personal.

Promueve el clima de opinión pública favorable y tolerante con los fines de la Asociación, y los da a conocer mediante charlas y actos divulgativos de carácter público.

Hace difusión del Documento de Voluntades Anticipadas

• **¿Han valorado, estudiado o compartido la opinión de los enfermos terminales? ¿Qué efecto tiene el debate de la eutanasia sobre ellos?**

Son muchos de estos enfermos los que han proclamado que este debate se debe llevar adelante. Y no sólo ellos, se deben tener en cuenta también a los enfermos crónicos que no son terminales, y ya empiezan a salir otros colectivos, como las personas que llegan a una edad avanzada y consideran que los dolores y sufrimientos crónicos ya no dan valor humano a su vida.

• **¿Cree que los tratamientos paliativos son la alternativa a la eutanasia?**

Los tratamientos paliativos deben convivir con la posibilidad de elegir la muerte dulce. No es la alternativa, debe ser una opción que debe acompañar siempre para evitar sufrimiento y dar calidad de vida al enfermo.

• **¿Cómo influyen casos como el de Ramón Sampredo en la sociedad?**

Son casos que abren el debate público, dan empujones a la clase política para dar respuesta a las necesidades que personas, como Ramón Sampredo, se atreven a reclamar de forma tan dramática. La sociedad debe preguntarse muchas veces en hechos como el de Ramón qué se está haciendo en favor de estas personas olvidadas, que no están en la calle, que se hunden cada día más por no tener reconocido el derecho a morir.

• **¿Cree que la Iglesia Católica influye en el Estado español en la regulación legal de la eutanasia?**

Sí, la iglesia es todavía un poder en nuestra sociedad.

• **Se redactó la proposición de ley sobre la disponibilidad de la propia vida ¿Cuál es su filosofía, y en qué estado se encuentra su tramitación?**

La base fundamental de la proposición de ley es que la vida es un derecho, no una obligación.

• **¿Cree que la libertad individual debe prevalecer? ¿O al no ser un derecho absoluto no existe disponibilidad sobre la propia vida?**

Si, creemos que la libertad individual debe prevalecer.

• **¿Qué creéis que serían las consecuencias de la despenalización de la eutanasia?**

Más tranquilidad para todos aquellos que son enfermos crónicos, porque tener la posibilidad de elegir morir en el momento deseado es mejor que depender de los otros. No debe tener más consecuencias, pues no afecta a nadie más.

• **¿Qué creéis que son las razones políticas para no despenalizar la eutanasia?**

No se sabe los motivos, pues muchos médicos querían que la ley les dictara criterios de actuación. Ahora se tiene miedo de escuchar al enfermo, a su familia, por miedo a denuncias. Aunque están los derechos del enfermo. Si el enfermo se encuentra en el hospital, tiene muchas dificultades para ser respetado. Si sus

criterios no son los de obedecer los criterios médicos. Es posible que la industria farmacéutica tenga peso.

• **¿Cuáles son las alternativas a la eutanasia?**

No hay alternativa, si el individuo no tiene este derecho, pierde libertad y autodeterminación sobre su vida.

• **¿Se podría considerar la sedación terminal como una alternativa a la eutanasia?**

No, la sedación terminal es muy cercana a la muerte natural. En estos momentos, es una solución a la agonía dolorosa, pero con la eutanasia la persona no tiene por qué llegar a este extremo si no quiere.

• **¿Cuándo se aplica?**

Cuando la muerte es fatigosa, y la agonía se alarga de manera innecesaria.

• **¿Es éticamente correcto?**

Sí, porque si la muerte se irremediable, ¿qué sentido tiene hacer sufrir a una persona?

• **¿Qué es el encarnizamiento terapéutico?**

Alargar innecesariamente la vida de una persona con finalidades alejadas de objetivos terapéuticos hacia el enfermo, que no le benefician, y que pueden suponer un sufrimiento innecesario.

• **¿Cuál es el sentido de la jurisprudencia española sobre este tema?**

El Documento de Voluntades Anticipadas es una herramienta para evitar el encarnizamiento terapéutico, siempre es la voluntad del paciente y no la voluntad del médico la que debe prevalecer.

• **Últimamente hemos oído hablar de otra terminología, la ortotanasia y la distanasia. ¿Qué significan estos términos exactamente?**

Ortotanasia es la defensa al derecho a morir dignamente. Y la distanasia es lo contrario, el encarnizamiento terapéutico.

• **¿Podría considerarse que se está apartando la palabra eutanasia de nuestro vocabulario para introducir otras que la hagan más aceptable?**

Esta terminología no es demasiado utilizada.



Que la muerte nos sea leve

Ana Cuevas Pascual

Conozco al dolor. Me rodea en mi puesto de trabajo desde hace varias décadas. Y en el ámbito personal, como muchos de ustedes, he visto padecer agonías estériles y prolongadas a algunos de mis seres más queridos. En cada ocasión en la que, en mi entorno, se produce una muerte tras un proceso de extinción lento y doloroso, sin tratamientos paliativos adecuados, sin disminuir con morfina u otras drogas la intensidad del sufrimiento y la angustia del moribundo (con la irónica excusa de no acelerar su muerte), siento una profunda tristeza que rápidamente muta en una rabiosa indignación.

¿Quién se cree con derecho moral para condenarme a morir rablando en base a sus propios principios éticos o religiosos? ¿Por qué, si estos iluminados buscan la santidad a través del tormento extremo no se lo aplican en sus propias carnes y dejan que los demás, aunque nos perdamos el cielo, podamos pasar por este trance con la serenidad que merece un ser humano?

Son estos personajes, ultracatólicos de programa electoral y sus quintacolumnistas, los que emprendieron la caza de brujas contra el doctor Montes y su equipo en el Severo Ochoa de Madrid. Luis Montes perdió su trabajo, a pesar de que se demostró su inocencia acerca de las sedaciones “sospechosas” de las que fue acusado, gracias a un “anónimo” envenenado. Pero esto solo fue el principio de una maraña de descalificaciones, calumnias e insultos en la que, la vida del médico, quedó enredada largamente. ¿Cómo defenderse de políticos casposos, como Miguel Ángel Rodríguez o de mercenarios periodísticos como Vidal, Pedro J. Ramírez o Federico Losantos? Su delirante ofensiva contra el jefe del servicio de urgencias desplegó un amplio abanico de despropósitos. Desde compararlo con el líder de Sendero Luminoso, pasando por acusarlo de nazi, asesino y otras exquisiteces que, el propio Montes, ha tenido que combatir en los tribunales. Pero insisto: Aunque la justicia acabe dándole toda la razón y los lenguaraces paguen por su insidiosa verborrea. Aunque Montes recuperara su puesto de trabajo, cosa que incomprensiblemente no ha sucedido. A pesar de todo esto, el daño ya está hecho.

Porque no todos los profesionales pueden ser tan valientes como Luis Montes. Dar la cara ante toda la basura que le echaron encima, con el objeto de convertirlo en el chivo expiatorio de una estrategia política, y sobrevivir dignamente. Y este asunto ha influido en las decisiones de otros profesionales respecto a las sedaciones de enfermos en estado terminal. La consecuencia es que todos salimos perdiendo.

Porque debemos hablar claro. Aquí no se están debatiendo planteamientos tan elevados y espirituales como se pretende. He visto pedir con igual fervor que se aplicaran calmantes, tanto a laicos y católicos como a practicantes de otros credos. Especialmente cuando el proceso de la muerte es irreversible y el moribundo es un familiar cercano o, incluso uno mismo. Entonces saltan por los aires esas férreas convicciones espirituales. La crudeza de presenciar el “martirio” al que se somete al enfermo al negarle los fármacos que le ayuden a moderar el suplicio, rompe los esquemas del más recalcitrante.

A no ser que hablemos de algún ejemplar de psicopata de corte religioso, que haberlos haylos, capaz de anteponer sus principios sadomasoquistas a la compasión ante el dolor de los que dice amar.

Pero estos son los menos. Los demás, utilizan el estandarte del miedo y de la fabulación. Como borricos iletrados que saben que contarán con la aquiescencia, y con los votos de otros iletrados, mucho más borricos que ellos. Esa masa de linchadores anónimos a la que se apuntan tantos ciudadanos, independientemente de la causa objetiva, animados por defender los valores de la España nacionalcatólica que nunca se resignaron a perder.

En los últimos días fue un juez en Madrid el que obligó a seguir alimentando artificialmente a una enferma terminal contra la voluntad de su familia. Finalmente, médicos comprometidos que pertenecen a la organización DMD (Derecho a morir dignamente), consiguieron administrarle la sedación adecuada en su domicilio.

En muchas otras ocasiones, la intolerancia gana la batalla y condena a la persona a una muerte innecesariamente cruel.

En cualquier caso, espero que reciban para ellos lo que están reclamando para los demás. Una muerte sin ningún doctor Montes que atenúe su vía-crucis particular. Sin ninguna droga que les ayude a disipar el terror de ese momento. Una muerte “digna y santa” para alguien que pretende convertir la mía en un infierno.

Para los demás: Que la muerte nos sea leve, compañeros.

Tomado de la revista Andalán, de 26.5.2010

La VOZ de los que no tienen voz

De 1984 a 2010: todo sigue igual

Vicente.

“Ya son varias las cartas que le he escrito y, naturalmente, no las ha publicado. Ahora me dirijo a usted porque esta vez ya me afecta muy directamente el asunto de que se trata: la denegación de inscripción en el registro de asociaciones del Ministerio del Interior a la Asociación pro Derecho a Morir Dignamente. ¿Cómo puede un poder extraño a mi persona impedirme buscar ayuda y comprensión para que el fin de mi vida, en lugar de ser horroroso -tengo cáncer-, sea al menos amable? ¿Qué clase de autoridad tiene quien puede inmiscuirse en la intimidad más profunda de mi conciencia para convertir en delito lo que para él, o ellos, es un pecado de su religión? ¿Hasta cuándo tendremos que estar sufriendo por la falta de sentido común de algunos? ¿Para cuándo el cambio prometido? ¿Es que habrá cambio alguna vez en este país? Señor director, le sugiero que promueva un amplio debate en su periódico sobre lo que significan las palabras democracia, libertad, tolerancia, propiedad e igualdad. Seguro que leeremos cosas muy sabrosas y pintorescas. Podría empezar por preguntárselo a la Dirección General de Política Interior, que ha decretado la no inscripción de nuestra asociación”. Vicente Arribas Vázquez

El texto de esta carta al director, escrita por Vicente, un socio fundador de la Asociación DMD publicada en El País el 11 de noviembre de 1984, sigue estando en vigor. Lo único que ha cambiado es que hoy DMD es una asociación legalmente registrada.

La carta que publicamos -con el consentimiento de quien la escribió- no es reciente, pero mantiene muy actual su contenido y confirma la necesidad de una ley como la reciente aprobada en Andalucía acerca de la muerte digna.

Pero la publicación de esta carta no es por estar al día de la noticia de actualidad. La revista DMD querría entre otras cosas ser la voz de los que no la tienen, que en sus páginas resuene y se perciba el grito y el dolor físico y moral de los enfermos y de sus familiares. Por ello le damos las gracias a Laura por el testimonio de su carta que inicia esta sección.



Laura con su padre

Hoy hace un año que murió mi madre, Gloria. Ocurrió de forma inesperada, a consecuencia de un derrame cerebral. Pocos días antes, cuando nada hacía sospechar que nos dejaría en tan breve plazo, a colación de un programa que veíamos juntas en televisión, volvió a decirme lo que ya me había hecho saber en otras ocasiones, solo que esta vez aclaró con solemnidad que hablaba en serio: expresó su deseo de morir; algún día, cerca de los suyos, sin cables, sin agujas, sin aparatos mecánicos que se empeñen en prolongar artificialmente algo tan natural como la vida, expresó su deseo de terminar su vida cuando le llegara el momento, con dignidad.

Pero... ¡AH!, no me lo dio por escrito ni lo firmó, así que no me creyeron en el hospital, o no les sirvió... la metieron y la acribillaron y la aislaron en la UCI, junto a tantos otros...

Ella me había enseñado a entender la muerte como un tránsito hacia otra forma de vida, hacia otro lugar, otro estadio quizás... algo parecido al tránsito del nacimiento. Igual que en el difícil momento de nacer es deseable un entorno cálido y apacible, donde se respire amor, en el momento de la muerte es lo que ella quería para sí y lo que yo deseaba e imploraba en el hospital para ella, es lo que ella proporcionó a su padre cuando le acompañó en su lecho de muerte y lo que yo quería proporcionarle. Se dice y se escribe que el sentido del oído es el último que se pierde. De acuerdo, no se sabe, pero... ¿y si es cierto?... Yo quería despedirme de mi madre, hablarle al oído, cogerle la mano igual que ella hizo con su padre, que su piel sintiera mi piel, que sintiera que no estaba sola... y no me dejaron, no pudo ser... el sistema tuvo el inmenso descaro de inmiscuirse en un momento que debería ser tan íntimo!, ... mi madre se nos iba y yo deseaba estar junto a ella y sabía que eso era lo que ella había deseado para ese momento único, irrepetible, trascendental en nuestras vidas..., pero no, para el sistema éramos una cifra más, yo suponía una amenaza de infección... para ella y los demás...

No dudo ni por un instante que los médicos que me impedían estar con mi madre lo hacían con la mejor de sus intenciones, pero sí creo que se han convertido en piezas de un enorme sistema, donde se ha perdido el punto de enfoque. Afortunadamente en este sistema sanitario nuestro pululan personas que no han perdido de vista que allí se trabaja para personas completas, compuestas de mucho más que de lo puramente físico, que entienden que la vida es mucho más..., gracias a ellos, a pesar del sistema, pude pasar algunos instantes robados y preciosos con mi madre, los últimos, pude susurrarle al oído, muy cerca, palabras de amor, tranquilizadoras, que no eran de despedida sino de hasta pronto... pero pudo ser mejor, debió ser mejor.

Igual que hasta hace poco tiempo a los neonatos con problemas en los hospitales se les aislaba hasta de sus padres "por temor a los gérmenes" y ahora se va admitiendo que el contacto con aquellos, piel con piel, no solo no es perjudicial si no que acelera su recuperación, igual que eso, espero y deseo, reclamo y reivindico que sea tenida en cuenta la intimidad que este momento requiere, la dignidad que se merece, la posibilidad de estar junto al moribundo, que a mi y a tantos otros se nos ha negado en el Hospital Infanta Cristina de Badajoz.

Ruego sean tenidas en cuenta mis palabras, que sin duda expresan también los sentimientos de otros que callan, y se realicen los cambios oportunos para que el que está muriendo en la UCI pueda hacerlo en compañía de los suyos.

No puedo despedirme sin dar las gracias por la residencia para familiares del hospital: a quien tuvo esa magnífica idea y a quien permitió su realización. Me parece una iniciativa maravillosa que hace más llevaderos esos brutales momentos. Estoy segura de que si siguen por ahí aquellas personas que han demostrado esta sensibilidad, mis palabras no habrán caído en saco roto.

*Atentamente:
Laura*

Holanda publica las cifras de eutanasias practicadas en 2009

Recientemente se ha publicado en Holanda las cifras sobre las eutanasias practicadas en Holanda en el año 2009. Las comisiones regionales encargadas de evaluar los casos de eutanasia consideran que se ha practicado en dicho año 2.636 casos, cifra que supone un crecimiento del 13% respecto al año anterior. “Tal vez el tabú empieza a desaparecer -comentaba el portavoz de dichas comisiones-, pero también es posible que los médicos la remitan con mayor frecuencia. O bien que antes la tomaran como una forma extrema de cuidados paliativos”.

El fiscal ha pedido dos años de cárcel y 20.000 euros para Miguel Ángel Rodríguez, ex portavoz del Gobierno de José María Aznar, por llamar nazi al doctor Luis Montes, que en 2008 fue exonerado por la justicia de la acusación de que practicó sedaciones ilegales masivamente en el Hospital Severo Ochoa de Leganés. La fiscalía considera que Rodríguez incurrió en un delito de injurias días después en el programa de Televisión Española ‘59 segundos’ al llamarle nazi. La fiscalía pide que sea inhabilitado para ser elegido durante dos años y que, en caso de ser condenado, dé publicidad a la sentencia como parte de la “reparación del daño”.

El fiscal pide dos años de cárcel a Miguel Ángel Rodríguez por injurias al doctor Montes

Debate sobre la muerte digna en la versión catalana de 59 segundos

En el programa se ha debatido sobre el derecho a una muerte digna y la eutanasia con la participación de Rogeli Armengol, médico psiquiatra y psicoanalista, miembro del Comité de Bioética de Cataluña y Margarita Boladeras, catedrática de Filosofía Moral de la Universidad Autónoma de Barcelona.

La Cámara de los Comunes canadiense votó el 28 de abril pasado en contra de un nuevo intento para legalizar la eutanasia y el suicidio asistido, apoyada por Francine Lalonde, del Bloque Quebequés, quien sostiene que hay que autorizar “a los enfermos terminales con dolores intolerables”, que «mueran en paz y en el momento que ellos lo elijan”. La labor para contrarrestar la propaganda de la cultura de la muerte ha estado liderada por la Euthanasia Prevention Coalition, que promueve, entre otras medidas, fomentar los servicios a las personas ancianas o discapacitadas, mejorar los cuidados paliativos y prevenir las causas de suicidio.

Canadá dice no a la eutanasia

Estudio sobre los casos de eutanasia

Un grupo de científicos ha publicado (marzo 2010) un trabajo que aporta las características de todos los casos de eutanasia en Bélgica desde la aplicación de la ley de 2002. El objetivo de este informe es estudiar las práctica médica de la eutanasia y realizar un análisis de todos los casos recogidos en la base de datos de la Comisión Federal de control y evaluación de la eutanasia.



Por el derecho a una muerte digna Hazte socio

Actividades de DMD

Actividades de la asociación

1. Difundir en la sociedad los fines de la Asociación, promoviendo una opinión pública favorable a los mismos.
2. Influir políticamente para que se despenalice la eutanasia y el suicidio asistido.
3. Coordinar las actividades de todos sus miembros, sirviendo de nexo entre los mismos: jornadas de formación, debates, información sobre el funcionamiento de la Asociación, Boletín, etc.
4. Atención personalizada al socio a final de su vida: asesoramiento sobre derechos de los pacientes (rechazo de tratamiento, limitación del esfuerzo terapéutico, testamento vital, sedación terminal), recursos asistenciales, guía de autoliberación, etc.
5. Impulsar la creación de asociaciones autonómicas y grupos locales que se identifiquen con los fines de la Asociación.
6. Cualquier otra actividad que, dentro del marco legal vigente, vaya encaminada a conseguir las metas de la Asociación.

Todas las actividades de la AFDMD se realizan con respeto al ordenamiento jurídico vigente

Qué ofrece DMD

- Asesoramiento sobre los derechos y obligaciones del enfermo respecto a los servicios sanitarios.
- Servicio de atención personal para casos concretos. Este servicio hasta el momento se limita a Barcelona y Madrid.
- Asesoramiento Jurídico en cuestiones relacionadas con el morir dignamente.
- Asesoramiento médico para casos de enfermedad.
- Modelo de testamento vital con indicaciones para su utilización y un registro voluntario de testamentos vitales.
- Información actualizada de los actos de DMD a través de boletines web.
- Página web al día de todas las noticias relativas a una muerte digna.
- Revista semestral en el domicilio con artículos de opinión, reportajes, experiencias de socios, noticias, etc.
- Ayuda al socio en el final de su vida.

entra en www.eutanasia.ws y asóciate



DMD MADRID - FEDERAL
Puerta del Sol 6, 3º Izda
28013 Madrid
Tel.: 91 369 17 46
dmdmadrid@eutanasia.ws
informacion@eutanasia.ws



DMD ASTURIAS
Eduardo Torner 1, 1º Dcha
33600 Mieres
Tel.: 628 362 300
Fax.: 985 463 789
dmdasturias@yahoo.es
www.dmdasturias.org



DMD CATALUNYA
Avd. Portal de l'Angel 7, 4º B
08002 Barcelona
Tel.: 934 123 203
Fax.: 934 121 454
dmdcatalunya@eutanasia.ws



DMD EUSKADI
Apartado de correos 362
01080 Vitoria-Gasteiz
Tel.: 635 729 176
dmd-dhe@gmail.com



DMD GALICIA
Apartado de correos 2010
15704 Santiago de Compostela
Tel.: 657 107 634/ 635 083 140
dmdgalicia@yahoo.es

“ Desde aquí solemnemente solicito que, cuando la vida (que es vértigo y creación y luz y dolor de parto por ser más) me retire su ávida confianza, no se me sostengan, ni un solo instante después, ni el pulso ni el vagido. Deseo vivir con la hermosa dignidad con que vivió este ser; que contemplo adentrarse desesperado por la muerte, sin que lo dejen libre nuestros perros de presa melosos y cobardes: el malentendido amor, la abnegación estúpida, la fraudulenta esperanza. Y deseo morir (nunca comprenderé ni toleraré el dolor inservible) con la hermosa dignidad con que tiene que morir un ser humano, que ha vivido su vida y ya a vivir su muerte”.

Testamento Vital de Antonio Gala.