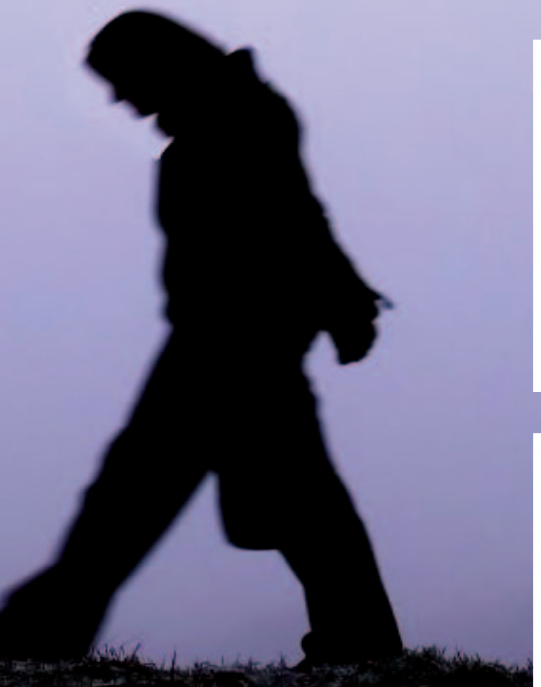
DERECHO A MORIR DIGNAMENTE
ASOCIACIÓN FEDERAL

Revista de la Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente

55/2010

Mario: “por fin lo conseguí, ...mi última siesta”

Crónica de un suicidio acompañado



Al habla con:
Gregorio
Peces Barba

Derecho a la
muerte digna y
objección de conciencia

COMUNICADO DE PRENSA

Madrid 23 de noviembre de 2010.

Ante el anuncio hecho el 19/11/2010 por el Sr. Alfredo Pérez Rubalcaba, Vicepresidente del Gobierno, de que el Ejecutivo prepara una "Ley de Cuidados Paliativos y Muerte Digna", la Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente (AFDMD) MANIFIESTA:

1. Es un hecho que actualmente se muere mal en España por razones complejas (sociales, culturales y profesionales). Casos recientes como el de Inmaculada Echevarría demuestran que los derechos de los pacientes no están suficientemente garantizados por la Ley Básica de Autonomía del Paciente (41/2002). Tampoco la seguridad de los médicos que ejercen con una buena práctica está suficientemente garantizado como demostró el comportamiento del consejero Lamela contra los profesionales del Hospital Severo Ochoa de Leganés.

2. Celebramos que la regulación de los derechos implicados en la "muerte digna" entre por fin en la agenda del Gobierno. La muerte digna no es sólo una muerte sin dolor. A nuestro juicio, no se podrá hablar con propiedad de dignidad en la muerte mientras las decisiones durante el proceso de morir sigan en manos de personas distintas del interesado. La dignidad está indisolublemente unida a la autonomía individual, que no será plena hasta que no se reconozca el derecho a decidir cuándo nuestra vida deja de ser un bien deseable.

3. Compartimos el objetivo de la universalización de los cuidados paliativos. Dejamos claro que, tal y como demuestra la experiencia de otros países, estos cuidados nunca serán una alternativa a la regulación de la eutanasia y el suicidio asistido en las situaciones que contempla el artículo 143.4 del Código Penal.

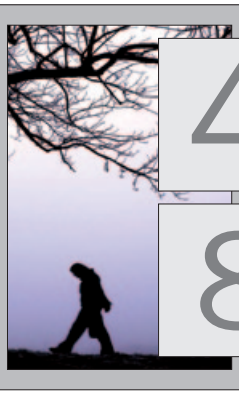
4. Sólo un gobierno progresista será capaz de hacer realidad los "derechos de salida" de los ciudadanos. Solicitamos al Gobierno que escuche a los ciudadanos y aproveche esta oportunidad para profundizar en el debate sobre la disponibilidad de la propia vida.

5. En el respeto a la libertad en el proceso de morir, el Gobierno cuenta con nuestra colaboración y con el apoyo de una mayoría social. El gobierno no debería defraudar a la sociedad con una ley que no aborde todos los problemas que los ciudadanos se encuentran cuando se enfrentan al final de su vida.

DERECHO A MORIR DIGNAMENTE
ASOCIACIÓN FEDERAL

Revista DMD. Editor: Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente
Dirección: Puerta del Sol, 6, 3ºizda. 28013 Madrid. Tf. 91 369 17 46. informacion@eutanasia.ws www.eutanasia.ws
Redacción: Fernando Pedrós, Pablo Soler y Manuel Teigell
ISSN 2171-5947, Depósito legal M-20421-2010

2 **EDITORIAL**
Vulneración de los derechos



4 Mario:
"por fin lo conseguí, ...mi última siesta"

8 El suicidio asistido con garantías

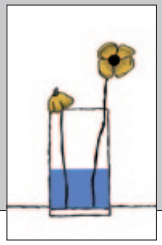
10 **Derecho** a la muerte digna **y objeción de conciencia**

18 Peces Barba
"El derecho a morir emana de la Constitución"

23 La voz de los socios

24 **El tabú de la muerte**
Las reticencias sociales a la Eutanasia

30 Reflexiones sobre la vida y la muerte decididas



32 Vida digna, muerte digna

33 La muerte digna se extiende por españa

34 La realidad social de una minoría reprimida

38 España suspende en paliativos

42 El autor y su libro

43 De cine

44 KEVORKIAN:
Otro médico frente a la inquisición

45 BREVES:
El Dr. Sobel y la ayuda al suicidio en Suiza

Balance de seis años de eutanasia

46 Así nació DMD Getafe

Actualidad

48 Federal
50 Madrid
51 Euskadi
52 Barcelona
53 Andalucía

Vulneración de derechos y muerte digna

Tras la aprobación en Andalucía de la Ley de Muerte Digna en dos comunidades autónomas, Aragón y Navarra, se han presentado iniciativas legislativas sobre los derechos de los ciudadanos en el proceso de su muerte. Quizás no sea casualidad que en estos meses se haya constituido la Asociación DMD-Aragón y que en Navarra y Andalucía se estén dando pasos para empezar a funcionar como asociación DMD autonómicas. En el resto del Estado, aunque la indiferencia institucional respecto al proceso de morir sea la nota dominante, esperamos que poco a poco se vayan constituyendo asociaciones pro muerte digna.

En 2008 la asociación DMD denunciaba en el Manifiesto Santander que los derechos de los enfermos, regulados en 2002 en la Ley de Autonomía del Paciente, no son respetados. En ocasiones, cuando un enfermo grave e irreversible no se puede expresar y su familia pretende ejercer su derecho a elegir por representación entre las opciones clínicas y a rechazar un tratamiento, ésta es maltratada por profesionales sanitarios, ignorando el fundamento actual de la relación médico paciente: el principio de autonomía. Nos encontramos con la paradoja de que el testamento vital se vuelve en contra del ciudadano que no lo ha firmado, como si no ejercer el derecho a dejar unas instrucciones previas menoscabara el derecho a ser representado por los familiares cuando éste no se pueda expresar. Continúa siendo cierto que uno se muere dependiendo del médico que le toque, con el agravante de que las actitudes de rechazo a la autonomía del ciudadano enfermo, con frecuencia responsables del encarnizamiento terapéutico, se ven respaldadas por equipos completos, por jefes de otros servicios, por la dirección médica del hospital e incluso por algunos jueces. El maltrato y el abandono por el no reconocimiento de unos derechos no son únicamente individuales, de algunos profesionales, sino también institucional. Esto es gravísimo. Es imposible conocer las dimensiones del atropello que sufren los enfermos terminales y sus familias, los testimonios que llegan a DMD, algunos atendidos por recursos de cuidados paliativos, son muy significativos, pero no sabemos si son la norma o la excepción. Nadie lo sabe, porque a la profesión apenas le importa y sobre ello no escribe. Por ello, DMD proyecta constituir un observatorio de la muerte digna, un grupo de trabajo formado por las profesionales mejor situadas en el sistema sanitario para contar lo que ocurre: las enfermeras.

Esta vulneración de derechos se produce en un contexto muy particular, definido por la vulnerabilidad, tanto del ciudadano enfermo incapaz de defenderse, como de su familia, que comprueba con incredulidad y estupefacción cómo un ser querido sufre sin que se tenga en cuenta su voluntad. Una situación familiar inédita, muy comprometida emocionalmente, que empeora cuando los representantes del enfermo trasmiten su voluntad no escrita de dejar que la naturaleza siga su curso, de

editorial

permitir que acontezca una muerte digna, ejerciendo su derecho a rechazar un tratamiento. Cuando el médico no lo acepta provoca un conflicto que acarrea un desgaste añadido al que ya padece una familia que sufre minuto a minuto la muerte de su ser querido. Los afectados pasan de la incredulidad a la estupefacción, y de ésta a la indignación y la rabia. La relación, antes vertical, se hace abismal, con el equipo médico arriba, cada vez más lejos, imponiendo sus criterios, y el paciente-familia abajo, arrojados a un pozo, sin salida, impotentes ante el sufrimiento evitable, soportando coacciones e improperios por parte del equipo sanitario. Esta historia, que hace unos meses contaba la prensa, se repite una y otra vez en casi todo el Estado, así nos lo cuentan los socios.
¿Por qué se vulneran impunemente los derechos de los pacientes? Si fuera sólo por ignorancia, el conflicto se resolvería con una lectura de la ley 41/2002. El verdadero origen del problema es que todavía perdura en los profesionales una actitud paternalista que, ante el conflicto con un paciente al final de su vida, invoca al juramento hipocrático y a la libertad de conciencia.

El derecho a la objeción de conciencia, recogido en la Constitución exclusivamente para el servicio militar, se ha ido pervirtiendo convirtiéndose en una herramienta para boicotear una ley que no se acepta. Esta falsa objeción ha sido la experiencia con el aborto y la sociedad corre el riesgo de que se perpetúe la injusticia de imponer criterios personales a ciudadanos que tratan de ejercer derechos reconocidos en la legislación. Por ello, DMD ha abordado públicamente el debate sobre la objeción de conciencia, dejando claro que ninguna razón de conciencia justifica que no se respete la negativa de un paciente a recibir más tratamientos o su voluntad de que se alivie su sufrimiento mediante una sedación paliativa.

Morir dignamente no es únicamente disponer de la opción de una muerte rápida e indolora como la eutanasia o el suicidio médicamente asistido. Es morir de acuerdo a los valores y las creencias de cada persona, cada cual su propia muerte, elegida en libertad, sin que sean otros los que decidan cómo vivir ese proceso, ni cuándo finalizarlo. Este concepto de muerte digna exige reivindicar la muerte voluntaria, sin perder de vista la defensa de los derechos existentes, recogidos en la ley de autonomía del paciente y concretados con claridad en la ley de muerte digna de Andalucía. Desgraciadamente, cuando se regule la eutanasia muchos profesionales seguirán ignorando que el enfermo es un ciudadano que ha perdido su salud, pero no sus derechos ni su dignidad. Pero entonces, cuando la ley reconozca que la disponibilidad de la propia vida es un hecho por fin regulado, al médico le será imposible eludir la voluntad de un enfermo que le diga: ¡basta, ya no puedo más y aquí me quedo!; o la de su familia que le exige, porque es su derecho, que le deje morir en paz.

En esta línea de defensa de derechos reconocidos, pero a veces difíciles de ejercer, DMD apuesta por seguir ayudando a sus socios a morir con dignidad, asesorándoles sobre sus derechos, sobre cómo hacerlos valer ante un conflicto con los equipos asistenciales, sobre los recursos legales disponibles, las opciones asistenciales y sobre el último recurso: la autoliberación.

El suicidio es un concepto fácil de definir, pero extremadamente complejo cuando se abordan las motivaciones y las circunstancias de cada persona para quitarse la vida. Según el INE en España en 2009 se suicidaron 3.650 personas (10 al día), siendo la primera causa de muerte violenta, superior a los accidentes de tráfico. Sin duda, el suicidio de jóvenes y adolescentes (el 5% tienen menos de 25 años) y de personas con crisis existenciales o trastornos depresivos potencialmente reversibles es un problema de salud pública de primera magnitud. Pero, aunque se meta en el mismo saco, nada tiene que ver con la autoliberación de personas que padecen un deterioro irreversible de su salud y un sufrimiento intolerable. En estos casos, el problema no es de salud, por las muertes que deberían ser evitadas, sino de responsabilidad y sensibilidad social, por condenar a estas personas a una muerte escondida en soledad.

En España el suicidio no es delito, tampoco lo es facilitar información sobre cómo planificar una muerte voluntaria, ni acompañar la muerte de una persona responsable, decidida a poner fin a su vida, para liberarse de su sufrimiento. Pero todavía dos aspectos nos diferencian con Suiza. Uno de tipo práctico: el médico no puede prescribir una medicación letal; y otro mucho más importante, verdadero reto para el movimiento ciudadano pro muerte digna en todo el mundo: la aceptación social de la autoliberación como expresión de libertad.

Mario: “por fin lo conseguí, ...mi última siesta”

Un socio de DMD se quita la vida utilizando la guía de autoliberación

Acompañado de su mujer, consuma una decisión pensada durante mucho tiempo

- Fernando Marín
- César Caballero
- Manuel G.Teigell

Mario, que acaba de cumplir los 64 años, había tenido mala suerte. En realidad todas las personas con la desgracia de padecer una grave enfermedad incurable tienen mala suerte. Al menos este es el comentario que se nos ocurre cuando nos enfrentamos a una pregunta dura y sin respuesta: “¿Por qué a mí?” Mientras no nos toca, vivimos la muerte como ajena a uno mismo. Percibimos la muerte del otro, pero no la vivimos. Estamos en el otro lado, en el mundo de los vivos.

Hace cuatro años le detectaron un meningioma que era potencialmente curable. “Después del batacazo que supone que te digan que tienes un tumor en la médula espinal, cuando te aseguran que vas a salir bien crees que tienes buena suerte dentro de la desgracia”. Pero Mario tuvo la mala pata de sufrir complicaciones que no se trataron a tiempo, quedando con una grave afectación de la movilidad de sus piernas.

“Cuando salió del hospital tenía un grado de minusvalía global del 75%. Fue muy duro saber que nuestra vida no se iba a parecer ni remotamente a cómo era cuando entramos allí”. Quien lo dice es Carmen, su mujer, su compañera desde hace más de 36 años desde que se conocieron en unas vacaciones en la Costa Brava, y testigo diario de los padecimientos y los cambios de medicación que no parecen dar ningún resultado.

Después estuvo unos nueve meses en el Hospital de Parapléjicos de Toledo y más tarde le remitieron a la Unidad del Dolor de su hospital de referencia. Ahí le están tratando desde entonces, pero la situación de Mario como él la califica es horrorosa, sumando a su incapacidad para caminar los intensos dolores que padece.

“... ir de la cama al sillón”

“Me da una rabia tremenda no poder salir a dar los paseos por la montaña” Hace 20 años Mario y Carmen se mudan de la capital a una vivienda de un pueblo de la Sierra de Guadarrama. Se había convertido en costumbre para el matrimonio recorrer las sendas naturales con su hija que recogía piedras para su colección. Aunque el pueblo ha crecido mucho desde entonces, todavía se ven muy bien las montañas desde la habitación donde Mario pasa casi todo el día. “Estoy a 10 minutos de hacer lo que más me gusta y no puedo voltearme en la cama sin que me dé un latigazo que me abrasa todo el cuerpo. Mi vida ahora es ir de la cama al sillón.”

“Me da una rabia tremenda no poder salir a dar los paseos por la montaña”

Todo este sufrimiento hizo que Mario intentara suicidarse hasta en dos ocasiones. La primera vez se colocó una bolsa de plástico en la cabeza mientras su mujer estaba en otro cuarto de la casa. Al oir los ruidos y ver lo que estaba haciendo le impidió seguir adelante. “Ya en el centro de lesiones medulares pensé en tirarme al Tajo, pero debido a mi dificultad limitada tuve que rechazar esa posibilidad”, bromea Mario, mientras Carmen, molesta, prefiere salir de la habitación para no revivir esos momentos. Con el segundo intento llegó más lejos, una caja entera de tranquilizantes acabaron en su estómago he hicieron que pasase tres días en coma en el hospital. Por la mañana su mujer le había encontrado inconsciente y llamó al 112 al ver que su marido no reaccionaba.

Para Mario, no sólo la frustración y el enfado de haber fallado ahondan en la degradación que está padeciendo, sino que el perjuicio que le ha causado a su mujer y los suyos ha tensado muchas veces el ambiente en casa.

“Por la noche me tengo que levantar a orinar cada media hora. Después del desayuno, lo paso durmiendo a ratos, porque coinciden las tomas de varios medicamentos, pero sobre las 3 de la tarde empieza mi calvario con unos dolores insoportables como si me estuviera quemando”.

“sobre las tres de la tarde empieza mi calvario”

Él siempre fue una persona inquieta en busca de mejorar las condiciones en las que vivían los suyos y la gente que le rodeaba. Recién llegados a la sierra buscó la asociación de vecinos para poder incorporarse al grupo de trabajo. “Se nos pasaba el tiempo con las discusiones y argumentaciones en la sede de la asociación. Horas enteras en las que teorizabamos los planes de actuación para mejorar el pueblo. Se nos quedaba corto el orden del día porque acababan saliendo temas que arreglar”. Tanta era la pasión que ponía que más de una vez tuvo que salir corriendo porque llegaba tarde para recoger a su hija a la salida de sus clases de kárate.

El apoyo de DMD

Ahora su hija que tiene 32 años no le apoya en su decisión de acabar finalmente con su sufrimiento. Mario acudió a DMD en busca de ayuda, se hizo socio y después de tres meses y largas conversaciones con las miembros de la asociación recibió la guía de autoliberación. Durante este tiempo recibió asistencia de su equipo de atención primaria, de la unidad del dolor del hospital y de un equipo de soporte a la atención domiciliaria (ESAD), recurso específico de cuidados paliativos.

Mientras tanto Mario elabora un plan de suicidio con el asesoramiento de DMD. Su mujer comprende su situación, comparte más que nadie su experiencia de sufrimiento, pero se niega a aceptar su suicidio. Su hija no quiere ni oír hablar de la opción de una muerte voluntaria. Ninguno le ofrece una alternativa, ni siquiera argumentos para seguir aguantando. Mantienen una postura mezcla de irreflexión, prejuicios religiosos, cobardía y miedo. En estas condiciones DMD le indica, a su pesar, que no puede hacer más mientras su entorno familiar no respete su voluntad de morir. "No entendía por qué mi familia seguía ciega ante mi situación. Preferían que yo siguiese vivo sufriendo que procurarme una muerte serena y en paz". Sus expectativas se ven frustradas y de vez en cuando Mario hace una llamada de auxilio a DMD, que vuelve a tantear a la familia sin ningún éxito. Mario sigue sufriendo, solo.

> "No entendía por qué mi familia seguía ciega ante mi situación"

Después de un tiempo en el que el calvario de Mario aumenta con unos dolores que le son insoportables, durante una conversación en primavera con su mujer ésta decide ayudarle. Carmen, que lleva años viviendo con su marido el infierno que está pasando, decide finalmente respetar su decisión. Sólo hay una condición, su hija no puede saber nada porque se opone frontalmente a que su padre decida voluntariamente acabar con su agonía.

"Por fin empezaba a vislumbrarse una salida, pero debido a mi incapacidad para valerme por mí mismo me preocupaba que lo que va a hacer Carmen tenga consecuencias legales y le puedan acusar de cooperación necesaria al suicidio". A Mario no se le escapa que ayudar a alguien a cometer un suicidio puede implicar penas de prisión de hasta diez años de cárcel. Y eso es algo que no puede permitir. Por muy mal que lo esté pasando, esa no es la carga que le quiere dejar a su esposa.

Es entonces cuando las conversaciones con DMD se hacen más frecuentes. La asociación les asesora sobre los medicamentos que se utilizan en una autoliberación, cuál es el método más seguro, la forma de triturar las pastillas, la medicación previa que debe tomar, el tiempo que requiere para que haga efecto, la mejor época para llevarlo a efecto. En su caso durante las vacaciones porque podrán estar solos.

"Que mi hija no pueda estar en este momento por sus convicciones personales es lo que más me amarga en este proceso", dice Mario a la vez que comparte una mirada con Carmen.

Mario está decidido a hacer público su caso. DMD después de sopesarlo con él le ha puesto en contacto con un periodista para que pueda transmitir la experiencia que lleva padeciendo durante todo este tiempo. Carmen no está muy de acuerdo, pero es la vida de Mario y es su decisión que tiene que respetar. La pareja recurre al asesoramiento legal de DMD, que, a pesar de que Mario dispone ya de testamento vital, aconseja realizar un acta notarial manifestando su voluntad de morir. Además, Mario desea dejar testimonio. "Quiero denunciar el sobresufrimiento que significa que no exista una regulación que dé amparo médico y legal a la decisión de poner fin a mi vida. Es absolutamente cruel la situación que padezco, condiciones contrarias a la dignidad del ser humano". También envía una carta al Presidente del Gobierno con copia al Fiscal General del Estado y al Defensor del Pueblo. Una carta extensa en la que denuncia su situación.

"Si me dirijo a usted, es sobre todo para dejar constancia de que tomo una decisión tras una larga reflexión, en pleno uso de mis facultades mentales, con plena conciencia de su trascendencia y sin ser presionado por nadie".

Él no puede valerse de una ley que los políticos no tienen el coraje de aprobar. "Al menos reivindico mi derecho al pataleo y que el subsecretario del director, del gabinete de turno que lea mi carta pueda entender por lo que estoy pasando" dice cabreado. En otro de los párrafos de la misiva Mario apela a la voluntad de los políticos de hacer las cosas por el sencillo hecho de ser las correctas.

"Una de las funciones más nobles de la razón es la de saber cuándo

“Lo hago con la intención de hacerle reflexionar sobre la realidad a la que nos vemos condenados personas reales que estamos atados a una vida que es una condena no merecida. He oído decir que los políticos están para solucionar los problemas de la gente. Señor Presidente, solucionar el de las personas como yo no le hará ganar las elecciones, tampoco perderlas, creo yo, pero le aseguro, será una de las cosas más importantes de su mandato”.

Se ha hecho con una silla de ruedas para poder moverse algo por casa y no tener que molestar a Carmen cada vez que quiera ir al baño, pero cada vez la utiliza menos porque no tiene fuerzas siquiera para poder desplazarse con ella.

Una sonrisa al final del calvario

Con un esfuerzo casi imposible Mario se aproxima al ventanal abierto que da al porche y allí se queda solo y en silencio durante 15 minutos. Aunque son más de las 9 de la noche como es agosto todavía hay un sol bajo que hace que las sombras largas modelen el paisaje de la sierra madrileña. Una luz anaranjada le ilumina la cara y le hace cerrar los ojos. No dice nada, sólo una media sonrisa que le cambia un rostro que ha expresado su calvario desde aquel momento en que le informaron que algo había salido mal tras la operación.

Cuando vuelve de su escogida intimidad, se para frente a su mujer y con una voz suave afirma “Ya no queda más tiempo para teorizar. Ahora toca llevar a cabo el plan de actuación”. Mario conecta el molinillo eléctrico, tritura las pastillas y las mezcla con un yogur. Ya lo tiene preparado para después de cenar. Habla con su mujer. Les preocupa su hija, la quiere con toda su alma, pero no le puede decir adiós. Toma una comida ligera, coge el yogur y se lo toma apresuradamente. Sabe amargo, pero no tanto como los últimos cuatro años de su vida. Finalmente, se acuesta con la ayuda de su mujer.

- Por fin, lo conseguí, mi última siesta.

- Sí, la mejor en mucho tiempo -le contesta Carmen, que no suelta la mano de su marido. Sólo tarda unos minutos en dormirse profundamente.

Carmen llora en silencio. Con un gesto tranquilo, alterna su mirada entre su esposo y la vista privilegiada que se aprecia desde la ventana del dormitorio. Las montañas de la Sierra de Guadarrama que desde hace tanto tiempo su marido no ha podido visitar por culpa de un tumor. Ella continúa acariciando la mano inmóvil de Mario. Su marido muere plácidamente en unas horas. Sobre la mesa, el acta notarial, el testamento vital, una carta al juez y una copia de las que Mario envió a las autoridades.

La policia tranquiliza a la mujer: “No va a pasar nada”

Por la mañana, Carmen llama a los servicios de urgencias: “Mi marido ha muerto, se ha suicidado”. La policía acude al domicilio y se lleva el vaso con restos del cóctel letal y los papeles que Mario ha dejado firmados. No es la primera vez que asisten a un suicidio de este tipo y parecen comprender lo sucedido. Tratando de consolar a la viuda le comentan que no se preocupe, que probablemente no va a pasar nada. Por orden del juez, el cadáver es trasladado al Instituto Anatómico Forense para realizar la autopsia y a las 24 horas devuelto a su familia para su incineración.

Probablemente por la presión de su hija, Carmen decidió no seguir colaborando para la publicación del reportaje que Mario deseaba, pidiéndole al periodista que dejara en suspenso el trabajo realizado.

Hasta la fecha su mujer no ha sido llamada para declarar. Al no existir una denuncia, probablemente el juez archive el caso sin realizar más diligencias, pero por si acaso la mujer de Mario tiene el teléfono de los abogados de DMD y sabe que cuenta con el respaldo de los tres mil miembros de la asociación.

El Suicidio acompañado
con garantías

Acompañar en el suicidio de una persona en estado terminal o gravemente enferma es una conducta no tipificada en el art. 143 del Código Penal, al considerar que el hecho no es imprescindible en la ejecución del acto. Sólo son castigadas las conductas activas con actos necesarios -suicidio asistido- y aquellas prácticas ejecutivas -la eutanasia-.

La persona que decide suicidarse ha de cumplir unos requisitos básicos: decisión libre y meditada, enfermedad terminal o gravemente irreversible, autonomía suficiente y sufrimiento insoportable.

Con la ley en la mano podemos acompañar el suicidio de un familiar o un amigo libres de sospecha penal. Pero, para que no haya dudas de la intencionalidad y de la madurez del suicida, se deben recoger los documentos necesarios para librarnos de un posible proceso judicial cuando torticeramente se puede deformar la interpretación de la ley. También es importante que la persona que se va a suicidar se asegure una vía de escape cuando se produzca un desenlace no previsto y pueda quedar en estado vegetativo o similar.

1 Lo primero que debe hacer la persona que va a suicidarse es reflexionar sobre los motivos que le llevan a cometer el acto, sopesar las alternativas, confirmar el diagnóstico y el pronóstico de su enfermedad, consultar con el servicio de atención personalizada de la AFDMD -exclusivamente para socios-. Diseñar el plan de actuación es tan importante como el método a seguir. Equilibrio y razón son las premisas indispensables para tener éxito. Los estados de ansiedad extrema van aparejados de un previsible fracaso. De media se cometen cincuenta tentativas por cada suicidio consumado.

2 Seguidamente informar a sus seres queridos de la decisión tomada y pedirles que le acompañen en ese trance. La mayoría de las personas prefiere morir acompañado, aliviado con unas palabras, con un gesto o con una caricia. Este proceso es duro, pero inevitable. Esconderse y morir clandestinamente supone provocar en los seres queridos sentimientos de culpabilidad, de extrañeza y desorientación que sumados a la tristeza por la pérdida hace que el duelo sea difícil de superar. Es necesario la participación de la familia. Despedirse ayuda a quienes se quedan. A veces habrá que negociar el retraso de una fecha con el fin de conseguir el compromiso y el respeto de quienes nos quieren. Porque la muerte es un acto de responsabilidad individual y familiar, debemos estar a la altura de las circunstancias. No puede tomarse a la ligera -hoy no, mañana sí, pasado mañana no- ya que el esfuerzo que se exige al acompañante no se puede trivializar. Es normal que haya dudas. Si hay dudas, ni lo plantee a terceros. Quiere decir que usted todavía no está suficientemente preparado para dar el paso. Espere. Si su familia no respeta su decisión, tendrá que cambiar el plan de actuación y morir solo.

Con la ley en la mano podemos acompañar el suicidio de un familiar o un amigo libres de sospecha penal

3 Una novedad importante introducida por nuestro gabinete jurídico es la realización de una manifestación de voluntad ante notario en el que se hará constar: datos personales, historia de la enfermedad, si hay o no intentos de suicidio, desde cuándo es firme la voluntad del suicidio, narración de su vida diaria con todas las limitaciones que uno tiene, los tratamientos, descripción del sufrimiento intolerable y su voluntad inequívoca de morir. Este documento será prueba de nuestra voluntad de morir.

4 Firme un testamento vital, si todavía no lo tiene hecho, indicando que, en caso de que ya no pueda expresarse, su decisión absoluta es morir. Esto permitirá rechazar todo tipo de tratamientos, incluidos la alimentación e hidratación artificial en el caso de que fracase la acción del suicidio y quede en un estado irreversible de pérdida de conciencia. Deje este testamento encima de la mesilla de noche e incorpore un párrafo de su puño y letra que diga “NO REANIMACIÓN”.

5 También será necesaria una carta dirigida al juez, en la que expliquemos nuestros motivos, nuestra reflexión y que todos y cada uno de los pasos necesarios han sido realizados por uno mismo, de forma autónoma, exonerando de responsabilidad a terceros. Puede ser el mismo documento notarial con copia al juez.

6 También parece pertinente enviar carta certificada con acuse de recibo a las autoridades con los motivos del suicidio. Al Presidente del Gobierno con copia al Fiscal General del Estado y al Defensor del Pueblo. También al Presidente/a de su Comunidad Autónoma así como a los periódicos de tirada nacional. Será una oportunidad de reflexión para ellos y para toda la sociedad.

Seguir todos estos pasos es un acto de compromiso y responsabilidad con uno mismo y con los que se quedan y evita que terceras personas puedan ser acusadas de cooperación necesaria, de inducción al suicidio y denegación de auxilio, conductas perseguidas por la ley.

Quedan fuera de este ámbito el acompañamiento del suicidio de personas con trastornos de personalidad o enfermos mentales sin patología de enfermedad física, que les impidan tomar decisiones serias, reflexivas y libres, y de menores. En estos casos, debido a la inimputabilidad de estas personas ante la ley, el que acompaña se vería previsiblemente acusado no de auxilio al suicidio sino de homicidio o asesinato al estar en una posición de garante.

También, por problemas de imposibilidad material, quedan fuera aquellas personas que residen en instituciones o que tengan un entorno familiar con alto riesgo de denuncia.

Derecho a la muerte digna y objeción de conciencia

Fernando Soler

La objeción de conciencia es un tema delicado y critico. Recientes episodios políticos en diversos campos demuestran que la objeción de conciencia ha sido empleada como instrumento de obstruccionismo político para dificultar el desarrollo ordinario de una ley y para su deslegitimación. Y a nivel personal puede ser un medio de escurrir el bulto, evitarse complicaciones y compromisos, según el principio de 'si algo no me gusta, tengo el derecho a objetar'.

En el campo de la sanidad es llamativo que los hospitales públicos derivasen la práctica de los abortos a centros sanitarios privados concertados. Es, por tanto, necesario y urgente regular la objeción de conciencia para atajar las invocaciones abusivas de pretendidos derechos.

Ante estos conflictos en el mundo sanitario se celebró el pasado 5 de noviembre en la Facultad de Derecho de la Universidad de Sevilla una jornada de estudio y debate sobre 'Derechos en conflicto: aborto, eutanasia y objeción de conciencia'.

La Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP), la Asociación Derecho a Morir Dignamente y Jueces para la Democracia, entre otras entidades, firmaron un manifiesto en el que piden al Gobierno que impida por ley la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios.

Fernando Soler, médico y miembro de la junta directiva de Madrid, participante en la jornada, nos ha preparado una amplia reseña de la Mesa redonda sobre una muerte digna, que presentamos a continuación. En ella intervinieron Pablo Simón Lorda, profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública, Luis Montes Mieza, presidente federal de DMD, Marc Antoni Broggi i Trias, miembro del Comité de Bioética de Cataluña y Paz de la Cuesta Aguado, catedrática de Derecho Penal de la universidad de Cantabria. Actuaron de moderadores los catedráticos de Derecho Penal Borja Mapelli Caffarena y Francisco Javier Álvarez García.

Pablo Simón Lorda

Profesor de Escuela de Salud Pública

Para Pablo Simón, las sociedades pre-modernas mantenían a los ciudadanos en la condición de súbditos sin pensamiento moral, sometidos a la moral impuesta desde el poder. En este tipo de sociedad no cabía objeción de conciencia posible. En estas sociedades pre-modernas la simple expresión de discrepancia es causa de segregación en el mejor de los casos; de represión, en el peor.

Con el nacimiento del Estado moderno –liberal- se introduce el concepto de pluralismo ético, frente al pensamiento ético único. Sin embargo, las diferentes visiones ético-morales se armonizan en un proyecto común de convivencia que permite –a juicio del ponente– incluso el reconocimiento del reparo opuesto desde la ética individual al cumplimiento de determinadas normas comunes que puedan entrar en conflicto con la conciencia particular. En este estado liberal comienza a posibilitarse la existencia de una vida civil digna en que al individuo se le reconoce su capacidad de autogobierno hasta el punto de ser admisible la objeción de conciencia entendida como la negativa al cumplimiento de un deber legal que choca con la conciencia del objetor.

En España la entrada del estado liberal, el comienzo de la sociedad pluralista, no tuvo lugar hasta 1978 con la aprobación de la Constitución. Los derechos que son recogidos en ella, con el reconocimiento de su condición de fundamentales, comenzaron a permitir la existencia de esa dignidad de la vida civil, de ciudadano de pleno derecho. Pablo Simón aclara en este momento el doble contenido del concepto de dignidad desde el punto de vista filosófico. Por un lado está el contenido genérico de dignidad, como derecho formal, que alcanza a todas las personas por el simple hecho de serlo; en otro sentido se refiere al contenido material de la dignidad, es decir, al modo en que se concreta el concepto de dignidad desde la propia valoración del individuo. En este último sentido, la dignidad requiere de la autonomía, entendida como la capacidad de tomar las decisiones que le afectan a uno mismo, tanto en el proceso de vivir como en el de morir que al fin y a la postre no es sino parte del vivir. Pone Simón el ejemplo de cómo muy frecuentemente el ser humano enfermo vive la enfermedad como un estado de pérdida de su dignidad asociado a la pérdida de la autonomía que la enfermedad produce.

En España, tras la Constitución, la Ley General de Sanidad (LGS) de 1986 se da entrada al reconocimiento de esta dignidad del ser enfermo que aparece claramente como portador de derechos en el ámbito sanitario. Muy especialmente, su autonomía personal en la toma de decisiones médicas. Afirma Simón que con la publicación de la LGS se inicia también el debate sobre la objeción de conciencia. El proceso iniciado por la LGS se completará en 2002 con La Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente (Ley 41/2002) que amplía y concreta los derechos sanitarios enunciados por la LGS.

Respecto de la muerte digna, para Pablo Simón el debate comienza en España con Ramón Sampedro y su petición de ayuda para morir. La lucha de Ramón consiguió hacer visible un problema oculto, el de las personas que solicitan la muerte a causa de una vida inaceptable. Posteriormente los casos de Jorge León e Inmaculada Echevarría mantuvieron el debate social sobre el derecho a decidir sobre la propia muerte. Hablar hoy de muerte digna es tanto como decir morir sin sufrimiento, morir acompañado, poder renunciar a tratamientos sin más objeto que prolongar una situación sin solución, hacerse protagonista de la propia muerte. El marco legal de muerte digna hoy en día deja poco espacio para la objeción de conciencia que impida este protagonismo.

Respecto al consenso social alcanzado sobre muerte digna, repasó después el grado de acuerdo alcanzado sobre diferentes aspectos relacionados. Hay acuerdo generalizado sobre la evitación del sufrimiento y sobre el respeto a la voluntad del paciente. No hay acuerdo sobre si el suministro de alimentación e hidratación son o no renunciables y tampoco sobre la eutanasia. No obstante, cita una reciente encuesta a población general sobre el final de la vida en la que el 60% de los encuestados se muestran dispuestos a que se abra el debate sobre la eutanasia y el 40%, también sobre el suicidio asistido. En dicha encuesta, más del 50% piensa que no se debe permitir al profesional sanitario que se oponga a las decisiones del paciente/familia, incluso que esa actuación del médico debería comportar una penalización. Afirmó también que hay que regular la objeción de conciencia y hay que despenalizar la eutanasia y el suicidio asistido en nuestro país y que para ello habría que mirar más a Bélgica que a Holanda.

Luis Montes Mieza

Presidente Federal de DMD

Comienza explicando que interviene en la mesa en su calidad de Presidente Federal de DMD y que, como tal, las ideas y reflexiones que aportará al debate recogerán el ideario de la Asociación. Para Montes, el tema que se debate hoy es "objeción de conciencia vs. libertad de conciencia" Se muestra convencido de que los presentes comparten el contenido de la ley de muerte digna de Andalucía en cuanto a la descripción de buenas prácticas clínicas, el desarrollo de derechos, especialmente la participación y planificación de los ciudadanos en el proceso final de su vida.

Celebra especialmente el desarrollo y pedagogía que se ha hecho respecto a las instrucciones previas, la universalización de los cuidados paliativos, y el posicionamiento sobre la limitación del esfuerzo terapéutico frente a la obstinación. Otro tanto dice de la declaración del rechazo terapéutico como derecho de todo paciente, lo mismo que el derecho al confort en la agonía; el poder morir dormido si se desea.

Afirma Montes que la llamada objeción de conciencia a estas buenas prácticas médicas, dentro de la *lex artis*, no tiene cabida y, por tanto, –a su juicio– no se necesita ninguna regulación. Muy al contrario, cree que deberían denunciarse y tratarse como la mala praxis que son, estas pseudo-objeciones de hecho, que no de derecho, que se producen tanto en la red sanitaria pública como en la privada.

Su posición, que coincide con la de la Asociación que preside, respecto a estas situaciones comunes en relación con el final de la vida: rechazo del tratamiento, limitación del esfuerzo terapéutico y tratamiento de la agonía tienen su justificación en el interés del enfermo y su familia (frente a la pretensión médica de poder decidir cuál es el interés del enfermo). Insiste Montes en que este derecho le corresponde en exclusiva al enfermo o a sus representantes, y la obligación ética es permitir la muerte y ayudar a morir.

Remarcó que estos derechos del enfermo y sus representantes están ya recogidos en las leyes y que las actuaciones médicas correlativas: limitación terapéutica, respeto a la voluntad del paciente y ayuda en la agonía, no sólo no están penalizadas en nuestro ordenamiento jurídico, sino que son exigibles a todos los profesionales y deben ser garantizados a todos y cada uno de los ciudadanos.

Respecto al hecho no ya de permitir la muerte sino de dar la muerte, cuando se producen las circunstancias que describe el artículo 143.4 del Código Penal: la petición expresa, seria e inequívoca del enfermo, en presencia de una enfermedad grave que conducirá a la muerte o que produce graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, el médico se debate entre la ayuda o el abandono. Piensa que se trata de decidir entre seguir una motivación altruista, compasiva y solidaria o anteponer al deseo del paciente la propia conciencia y dejar al paciente en el desamparo del rechazo a su deseo. Dice Montes que la ayuda en dar la muerte bajo esas condiciones se realiza habitual y clandestinamente, según reconocen encuestas publicadas.

> "¿Cabría la posibilidad de una objeción humanitaria al Código Penal?"

Se pregunta a continuación: ¿si se llegase a regular la objeción de conciencia, cabría la posibilidad de una objeción humanitaria, solidaria, por amor, al artículo 143.4 del Código Penal? Y se responde que cree que sí, y con más fundamento ético que el rechazo de actuar en contra del deseo del paciente. Termina afirmando que en la práctica diaria se encuentran los médicos con peticiones de ayuda y acompañamiento para morir en circunstancias de penalidad no atenuada como las del 143.4 del CP: enfermedad grave de difícil tratamiento, con un pronóstico de sufrimientos físicos y psíquicos a largo plazo, con la muerte no cercana y con la firme decisión de dimitir de la vida. Entiende que el debate real en esta circunstancia no es otro que contestar a si podemos disponer de nuestra propia vida o estamos obligados a vivir en cualquier circunstancia. Responde que sólo cada uno es propietario de su propia vida y cree como médico que frente a la postura del abandono y desamparo, su obligación moral es la aceptación y el acompañamiento.

Paz de la Cuesta Aguado
Catedrática de Derecho Penal

El tema de la dignidad de la muerte, dice, se aborda básicamente desde dos formas de percibir el problema que tienen su origen en diferentes conceptos de la vida y la libertad. Por un lado está la visión de quienes, generalmente desde posiciones religiosas, creen que la vida es un bien otorgado y, por lo tanto, teniendo la obligación de vivir, no somos libres de elegir el momento de nuestra muerte. De otro, quienes consideran su libertad, su autonomía, como el bien más preciado incluso que la propia vida, y consideran que el ejercicio de la libertad individual nos faculta para tomar todas las decisiones que nos afectan en el diseño de nuestras vidas, lo que incluye las relacionadas con el final de la vida. Estas dos formas de entender la relación de la persona con la vida y con el núcleo de valores como la autonomía o la libertad, encuentran –a juicio de sus defensores– su justificación legal en la Constitución de 1978. Para los primeros, el artículo 15 constituye el correlato legal de esta visión. Según su interpretación, el contenido de este artículo supondría, no ya el derecho a la vida, sino la obligación real de vivir. Desde esta visión se interpreta que el artículo 16 permite la objeción de conciencia al garantizar la libertad ideológica y religiosa. De tal manera que el profesional sanitario que considere la vida irrenunciable, creerá encontrar en el artículo 16 la garantía de su derecho a negarse a cualquier intervención sanitaria que choque con su conciencia. Quienes ponen por delante de cualquier otro derecho, la libertad y la dignidad personales encuentran respaldo legal en los artículos 1 y 10 de la misma Constitución.

Se impone buscar la correcta interpretación del texto constitucional en las sentencias del Tribunal Constitucional (TC) sobre la materia. Sentencias que no son muy numerosas, en ocasiones aparentemente contradictorias y algunas dictadas hace muchos años en otro contexto social muy diferente del actual. El TC ha dicho que, aunque tenemos la capacidad de morir, de poner fin a nuestra vida, esta capacidad no significa que se tenga derecho a morir, derecho que llevaría aparejadas obligaciones por parte del Estado en el sentido de prestar la ayuda necesaria para morir. El TC, opina, se ha centrado en la defensa del derecho a la vida y olvidado de la defensa de la integridad moral cuyo significado es que, más allá de la capacidad normativa del Estado, hay un reducto personal de decisiones que son propias y exclusivas. Entre ellas, la elección de la forma de muerte. Aunque el TC no lo ha llegado a decir expresamente, su planteamiento sobre la vida y la muerte refleja claramente una concepción del derecho a la vida que se configura realmente como la obligación de vivir. Obligatoriedad de vivir que choca y está en flagrante contradicción con lo previsto en la ley de autonomía y las consecuentes de voluntades anticipadas que reconocen el derecho a renunciar a un tratamiento aunque ello signifique una muerte cierta.

> “Aunque el TC no lo haya llegado a decir expresamente, su planteamiento refleja una concepción del derecho a la vida que se configura realmente como la obligación de vivir”

Reflexionó, además, sobre cómo la muerte altamente tecnificada de hoy en día ha dejado de estar en manos de Dios, como solía decirse, para estar en manos de los médicos. Hoy ya no se muere cuando Dios quiere sino cuando el médico lo permite. Con cierta ironía dijo que no se trata de un mal cambio pues quita la decisión de manos de los intérpretes oficiales de la voluntad divina para ponerla en manos de los que tienen conocimientos técnicos válidos. Sin embargo, preocupa a la ponente que el criterio para decidir cuándo una persona tiene argumentos y justificación para decidir el fin de su vida se haya relegado a la *lex artis* que en realidad significa sólo lo que se acostumbra a hacer médicamente, lo cual puede atentar contra la dignidad personal. Por tanto, es necesaria una regulación clara sobre los derechos en el final de la vida ampliándolos hasta la libre disposición de la propia vida y protocolos claros de actuación sobre lo que se puede o no se puede hacer y a lo que se puede objetar y a lo que no. Lamenta la ausencia de regulación sobre la objeción de conciencia y entiende que no se trata de una omisión por parte de los poderes públicos porque el no regular es también una actuación que, por cierto, deja a los pacientes a merced de los grupos de poder.

Marc Antoni Broggi i Trías

Comité de Bioética de Cataluña

Diferencia el concepto legal de objeción de conciencia frente a la invocación impropia a la conciencia personal para cualquier negativa al cumplimiento del deber. La objeción de conciencia consiste en no cumplir un deber legal de actuar porque dicha actuación vulneraría la moral individual del profesional, sin que el objetor cuestione la validez de la norma ni pretenda su derogación. Desde la visión médica tradicional, en muchas ocasiones el cumplimiento de la voluntad del paciente produce incomodidad y rechazo en el profesional, pero ello no constituye una verdadera objeción de conciencia. No se puede esgrimir objeción de conciencia para imponer una actuación a quien no la quiere. Esa actitud no sólo no es objeción de conciencia sino que constituye una actitud ética y jurídicamente inaceptable: el abuso de una posición de poder. Tampoco es objeción de conciencia la resistencia a actuar en condiciones de una inseguridad técnica excesiva, como cuando se debe operar respetando el rechazo a las transfusiones que pudieran ser necesarias.

Hoy en día la medicina, muy tecnificada, hace demasiado por retrasar la muerte y demasiado poco para impedir el sufrimiento. Los médicos en general se sienten incómodos ante los deseos de sus pacientes que consideran ponen en riesgo su curación o su vida, pero deberían entender que el objetivo profesional no sólo incluye la eficacia contra la enfermedad, sino también el respeto a la integridad de la persona y a su libertad de decisión, y que, por lo tanto, no pueden esgrimir una objeción personal o profesional para justificar la imposición de una actuación a un paciente cuando la rechaza explícitamente. En este sentido, la pretendida objeción al hecho de que los pacientes ejerzan un derecho básico es simplemente una pseudo-objeción. Los médicos deberían entender que el consentimiento es la ocasión de que una persona pueda decir no y pueda decir basta a la actuación médica. La negativa de un enfermo a una actuación médica no justifica la objeción de conciencia, porque no se puede apelar a un deber de actuación, que no existe sin la voluntad del paciente y tampoco a un estado de necesidad, porque es la persona enferma y no el médico quien define su necesidad.

Lo mismo hay que decir en lo que se refiere a la retirada de medidas que se están aplicando. La resistencia a esta retirada, cuando es evidente el resultado de muerte, se puede comprender (aunque no es una objeción), pero en todo caso debe garantizarse la retirada solicitada.

La objeción, o mejor, el rechazo a actuar, debe ser en todo caso, explícita, por escrito, argumentada, individual, razonable y limitada al acto en sí, no al antes ni el después. La negativa a una actuación u omisión de actuación médica escudándose en una pretendida objeción de conciencia es muchas veces una forma de eludir el debate, de no dar razones, de no dialogar con quien, en uso de su derecho, solicita o rechaza tal actuación.

> “Hoy en día la medicina, muy tecnificada, hace demasiado por retrasar la muerte”

Respecto a la petición de abandonar una medida de tratamiento que no puede revertir el pronóstico fatal, lo que se conoce técnicamente como limitación del esfuerzo terapéutico (LET), afirmó que no puede existir la objeción de conciencia para no iniciar tratamientos fútiles o para retirarlos una vez iniciados. La contención terapéutica es una buena práctica médica; su negativa, una mala práctica condenable. Afirmó tajantemente que donde hay indicación médica no es posible la objeción. No cabe admitir objeción de conciencia para tratar el dolor de un paciente pues es el alivio del sufrimiento la obligación capital del médico, por encima del mantenimiento de un resto de vida sin futuro.

El Documento de Voluntades Anticipadas -Testamento Vital- tiene la misma fuerza que la expresión directa de la voluntad del enfermo, aunque es comprensible que pueda dar lugar a interpretaciones.

Consideró el ponente que tanto la eutanasia como el suicidio asistido sí podrán ser causa de objeción de conciencia, siempre con la exigencia de los requisitos expresados previamente: de forma argumentada, por escrito, individual, razonada y limitada al acto en sí, no al antes ni el después. Terminó su intervención con una afirmación de hondo calado: En muchas ocasiones, la motivación para la negativa de un profesional no es tanto el amor al enfermo como el temor a perder la propia tranquilidad.

Coloquio...

Tras esta intervención se inició el debate, moderado por Francisco Javier Álvarez García que lo abrió preguntando a Pablo Simón por qué debíamos mirar a Bélgica en lugar de a Holanda de cara a la legalización de la eutanasia. El interpelado explicó que no tanto porque, a su juicio, la ley belga es técnicamente mejor sino porque el contexto social de Bélgica durante el debate previo a su aprobación, con una fuerte implantación del catolicismo, era más similar al nuestro.

Javier Álvarez afirmó que desde el siglo XVI quedó bien establecido que las leyes no necesitan justificaciones morales. Se preguntó sobre ¿a quién alcanza el derecho a objetar? Y afirmó que para el penalista los límites entre las conductas admitidas y penalizadas deben ser claros, no debe haber ninguna indefinición de hasta dónde llega el derecho. Por otra parte, los jueces deberían examinar los hechos desde lo que dice la ley y no desde sus puntos de vista morales.

Se comenta en el debate la última decisión del Tribunal Superior de Justicia de Castilla-La Mancha que ha admitido la posibilidad de que los médicos de familia objeten a su obligación reglamentaria de suministrar información sobre los recursos sanitarios existentes a aquellas mujeres que quieren ejercer su derecho a interrumpir su embarazo y se considera una extralimitación que ignora el principio ya enunciado de que sólo es posible la objeción al hecho mismo rechazado. Para Pablo Simón algunas posturas son en realidad verdaderas desobediencias civiles encaminadas a impedir la eficacia de la norma y no de preservar la propia conciencia.

Paz de la Cuesta intervino diciendo que la característica fundamental de las normas contenidas en las leyes es su obligatoriedad para todos. Señaló cómo ni siquiera el desconocimiento de la ley exime de su cumplimiento ni de la responsabilidad por su incumplimiento. Argumenta que, cuando se desobedece la ley por razones de conciencia, cabría esperarse como máximo una atenuación de las penas que gravan el incumplimiento de la obligación y se sorprende por el hecho de que en el ámbito sanitario las sentencias emitidas son casi invariablemente exculpatorias de la conducta. No ocurre lo mismo en otros ámbitos de la objeción de conciencia. Y se produce entre los presentes un acuerdo general sobre el modo desigual con que se trata judicialmente la objeción de conciencia en el mundo sanitario frente al resto.

La intervención de una persona del público, que se presenta como fiscal, explica como a ella nunca se le ha permitido dejar de aplicar una ley que no comparte y se le ha dicho que, si no quería actuar contra su conciencia, que dejase la fiscalía. Le resulta discriminatorio el trato que reciben los sanitarios en la misma situación.

Para Pablo Simón, no se puede hablar de la objeción de conciencia como de un derecho, lo mismo que, en su opinión, tampoco se puede hablar de la existencia del derecho a abortar. Para él no se trata de derechos en conflicto como dice el título de la Jornada sino, en sentido amplio, de un conflicto de valores y cree que se debe tratar de armonizar los derechos, no de confrontarlos.

Los dos penalistas presentes rechazan esta visión: para Javier Álvarez sí existe el derecho de las mujeres al aborto al ser una conducta expresamente permitida por ley. La objeción no es un derecho salvo en el caso de la negativa al Servicio Militar, único caso expresamente contemplado normativamente. Paz de la Cuesta comparte esta opinión e insiste en que el verdadero objetor reconoce la legitimidad de la norma, no la cuestiona en su validez ni pretende su ineficacia (al contrario que la desobediencia civil), simplemente no puede cumplir lo ordenado porque se lo impide su conciencia y acepta las consecuencias de su negativa, como era la prestación social sustitutoria en el caso de la objeción al Servicio Militar.

Una de las intervenciones se refiere al caso de Inmaculada Echevarría y se lamenta de que tuviera que ser trasladada de hospital porque el que se encontraba desde hacía muchos años, propiedad de una orden religiosa, se negó a cumplir sus deseos.

La intervención dio lugar a que se insistiese en que la objeción sólo puede ser personal ya que sólo los individuos tienen conciencia que invocar.

Pablo Simón intervino para decir que se hizo lo que entonces se pudo hacer, que hoy en día, tras la aprobación de la ley andaluza sobre muerte digna, el centro sanitario no podría negarse y aclaró –lo que para este relator es importante por insuficientemente conocido– que Inmaculada fue acompañada y asistida hasta el último momento por todo el equipo sanitario que la había asistido en los últimos años y que se trasladó con ella al hospital público donde se cumplió su voluntad.

Manifiesto sobre **la objeción de conciencia sanitaria**

En un Estado Social, Democrático y de Derecho como el nuestro resulta admisible que el Ordenamiento Jurídico reconozca a los ciudadanos, en determinados supuestos, el derecho a no actuar en contra de su conciencia. Sin embargo, no parece discutible que los derechos individuales, incluso los fundamentales, aun siendo bienes merecedores de protección jurídica, no pueden serlo de un modo absoluto e ilimitado y deben en todo caso ser conjugados con los derechos de los demás.

Aun en la hipótesis de que el artículo 16 de la Constitución Española pudiera amparar un supuesto derecho general al incumplimiento de una obligación legal por motivos de conciencia, resulta evidente que no toda objeción por convicciones personales puede ser necesaria y directamente admisible, so pena de poner en riesgo la idea misma del Estado.

En coherencia con una interpretación restringida, el propio artículo 16 limita la libertad ideológica en su expresión externa al mantenimiento del orden público como bien de rango superior protegido por la ley.

Resulta obvio que, siendo imposible la uniformidad de conciencia en el conjunto de los ciudadanos, cualquier precepto legal podrá colisionar con los principios éticos de cualesquiera individuos o grupos de individuos. Esta previsible colisión no puede en ningún caso impedir que el Estado de Derecho garantice “el imperio de la ley como expresión de la voluntad popular”, voluntad popular que se concreta en el ejercicio democrático de las mayorías.

En el caso específico de la objeción de conciencia sanitaria, el ejercicio del derecho concreto de las mujeres a una prestación sanitaria como la interrupción voluntaria del embarazo, ha chocado desde el principio con la negativa a practicarlo por parte de funcionarios públicos en el ejercicio de sus funciones.

La admisión automática, indiscutida y general de esa negativa a practicar abortos ha propiciado la objeción generalizada en muchos Servicios de Ginecología y de Anestesia de hospitales públicos, en algunas ocasiones impuesta al conjunto de los facultativos y del personal sanitario por los respectivos jefes. Esta objeción, además, no se ha limitado al hecho concreto del aborto, sino que se ha extendido a cualquier acto, sanitario o no, remotamente relacionado con él.

La ausencia de regulación legal sobre las causas admisibles y las condiciones requeridas para admitir la negativa al cumplimiento del deber, ha llegado hasta el punto de que, en nuestro país, resulta efectivamente más garantizado el presunto derecho de la minoría, esto es, el de los profesionales a objetar, que el derecho fundamental de la mayoría, el de los ciudadanos y ciudadanas a quienes se debe el Sistema, a recibir las prestaciones sanitarias recogidas en la Cartera de Servicios.

Como consecuencia de esta perversión de las reglas democráticas, se da el caso de que el Sistema Público de Salud no puede garantizar hoy en día en todo el territorio nacional, no ya prestaciones sanitarias que, como el aborto, puedan resultar controvertidas para algunos, aunque legales, sino incluso actuaciones como la sedación terminal que son reconocidas por la Organización Médica Colegial como una buena práctica dentro de la *Lex Artis* y, como tal, un derecho de los ciudadanos.

Es lógico suponer que un futuro e inevitable reconocimiento legal del derecho a la eutanasia y la ayuda médica al suicidio en nuestro país resultará inoperante de hecho, en ausencia de una regulación legal específica, por la vía de una objeción de conciencia generalizada.

Por todo ello, manifestamos que:

1 El respeto a la conciencia individual que lleva al Estado democrático a admitir la objeción de conciencia en ciertos casos no puede llegar a impedir en modo alguno el ejercicio de derechos legalmente reconocidos al conjunto de la ciudadanía.

2 En democracia la única forma legítima de luchar contra leyes que se consideran injustas pasa necesariamente por la consecución de mayorías parlamentarias capaces de modificar las leyes.

3 Impedir el ejercicio real de derechos reconocidos en las leyes abusando de una posición de privilegio como la de los profesionales sanitarios es una forma indigna e ilegítima de vulnerar la ley.

4 Resulta inadmisible la situación actual de absoluta impunidad para cualquier objeción al cumplimiento de sus obligaciones por parte de los profesionales al servicio de la Administración Pública Sanitaria.

5 La posibilidad de objetar será en todo caso una opción individual. Los servicios, los centros sanitarios, o las oficinas de farmacia, no tienen conciencia. A todos ellos les es exigible la garantía del acceso efectivo de los usuarios y usuarias a las prestaciones reconocidas legalmente.

6 Ningún médico puede invocar su libertad de conciencia para incumplir la voluntad de su paciente de no ser sometido a tratamientos o actuaciones que rechaza en el momento o anticipadamente, por sí mismo o por medio de sus representantes legítimos.

7 Ningún profesional sanitario puede aducir razones de conciencia para negarse a aliviar el sufrimiento de un paciente, especialmente mediante la aplicación de la sedación terminal en la agonía.

8 El ejercicio efectivo de los derechos sanitarios debe ser garantizado en todos y cada uno de los Centros Sanitarios Públicos. A este exclusivo efecto, reclamamos las necesarias políticas de contratación y redistribución de personal que lo garanticen.

9 La libertad de elección en el terreno sanitario exige una información adecuada y previa sobre los profesionales objetores. Los Poderes Públicos deberán conjugar el derecho a la información con la salvaguarda de la intimidad.

En conclusión:

Reclamamos del Poder Legislativo que, sin dilaciones, adopte las medidas precisas para asegurar el ejercicio efectivo de los derechos sanitarios reconocidos al conjunto de la población, evitando que invocaciones abusivas de pretendidos derechos a la objeción de conciencia frustren el correcto ejercicio de aquéllos.

El derecho a morir
emana de la Constitución

Fernando Pedrós

Gregorio Peces-Barba

Siempre es bueno que se plantee el problema de la eutanasia. La Universidad Internacional Menéndez Pelayo de Santander hace dos veranos organizó un seminario dirigido por Luis Montes sobre la eutanasia ('Muerte digna, asistencia ante la muerte'), cuyo fruto, además de la docencia impartida, fue el llamado 'Manifiesto Santander' presentado públicamente en julio de 2008. Este año el profesor Gregorio Peces Barba en el Seminario III Encuentro interautonómico sobre protección jurídica del paciente como consumidor reivindicaba una ley general que regule la eutanasia y garantice la seguridad jurídica de los pacientes con una salud "irreversiblemente deteriorada". En palabras del profesor el ciudadano tiene un "derecho a la muerte" en contraposición al "derecho a la vida".

Para mi esta información fue una grata sorpresa ya que el acontecer político de estos años, por los movimientos pendulares de opinión del Gobierno y del Partido Socialista en el tema de la eutanasia y, dada la fría sensibilidad que demuestran los políticos, no me dejaban ver el camino hacia un tratamiento jurídico coherente de la eutanasia en los próximos años.

Escuchar de un hombre político comprometido en la elaboración de la Constitución española, presidente del Congreso bastantes años y sobre todo con autoridad en la filosofía del Derecho me ha llevado como socio de DMD al despacho del profesor. Al entrar veo folios mecanografiados de un trabajo sobre una mesa. En la otra mesa Gregorio Peces Barba toma notas en un bloc rodeado de libros abiertos... Según me comenta, está trabajando en otro tomo de la Historia de los Derechos Humanos. Por el momento a sus páginas no llega el derecho a la muerte digna. Pero para él este derecho, que está amaneciendo en la conciencia de los ciudadanos, es un derecho a morir incluido implícitamente en el texto de la Constitución, un derecho a morir contrapuesto al derecho a vivir. Y este derecho en la práctica de la vida plantea situaciones muy complicadas. Cuando, al iniciar la conversación, le hablo de mi escepticismo ante una posible reforma del enfoque jurídico que el Código Penal da hoy a la eutanasia y mi sorpresa por sus palabras refrendando el derecho a morir, rápidamente me dice que "es un tema muy complicado", idea que irá salpicando el profesor en la conversación.

"El marco jurídico –explica- tiene que ser una ley general porque, si se deja en cada caso al criterio de los tribunales, las resoluciones que se produzcan, la jurisprudencia, pueden ser contradictorias y pueden darse injusticias. Por ello considero necesaria una ley general. Incluso la unificación de las posiciones que pueda realizar el Tribunal Supremo o en su caso el Tribunal Constitucional pueda ser la adecuada. Tiene que ser una ley del Estado porque después las colaboraciones y la necesidad de intervención para regular y comprobar cada caso concreto tienen que ser de la administración.

> "no hay dificultad en admitir el tema de la eutanasia pues la Constitución Española solo protege la vida digna y no cualquier vida"

Desde mi punto de vista, no hay dificultad en admitir el tema de la eutanasia pues la Constitución Española solo protege la vida digna y no cualquier vida. El problema es saber cuándo la vida deja de ser digna y ese es uno de los primeros problemas que tiene que plantearse la ley. Y, cuando la vida deja de ser digna, hay que establecer los criterios de control que deben ser muy poderosos y, además, esos criterios lleven a sujetar absolutamente el tema de la ley a unos parámetros concretos, es decir, tiene que quedar clarísimo y acreditado que es una situación sin ninguna solución posible médicamente y eso son las condiciones previas, teniendo, además, por descontado naturalmente que existe una voluntad de morir. Porque siempre hay personas que quieren continuar en la vida, aunque sea con sufrimientos. Estas personas por sus propias convicciones morales o religiosas son capaces de sacar provecho positivo de una 'vida indigna' y no se plantean terminar con su existencia, pero hay otras personas que buscan otra opción cuando llegan a una situación sin posibilidad de reversión.

El problema hasta aquí puede tener una solución, sobre el que puede haber acuerdo. Pero el problema principal es el práctico, pues se trata de valorar, si la persona está inconsciente, las posturas de los que tiene que dar la aceptación para que se produzca la eutanasia. Porque, supongamos, la abuelita puede ser que está muy mal, en una situación irreversible, o que la abuelita es rica y los herederos quieren que muera.

Recuerdo que, siendo miembro de una comisión asesora de sanidad que estableció la ministra de Sanidad Ángeles Amador, se me pidió un informe sobre la eutanasia, que sin duda todavía estará en tal departamento, en el que desarrollaba las razones que estoy dando. Pues en una reunión de esa comisión había tres catedráticos de Medicina que discutían sobre el tema y uno de ellos daba datos de alguien que había estado en coma durante mucho tiempo y escuchaba comentarios tales como 'a este habría que quitarle los soportes vitales y...', y el enfermo lo escuchaba sin poder manifestarse de manera alguna. Hay muchos hechos de difícil solución.

Este es el panorama tal como lo veo. Hay que regular por exigencia de la Constitución y regular con mucho cuidado y atender a los problemas prácticos".

Si nos acercamos al contexto político social del problema de la eutanasia, vemos que la opinión pública -tal como reflejan las encuestas- está sensibilizada y el ciudadano maduro, pero quizás el no todavía preparado o es más retardatario es el político en general.

La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social.

(CE art. 10,1)

"Creo que es más bien por la dificultad y por ser un tema complicado y como hay otras urgencias y otras prioridades lleva a que se vaya dejando y que se considere que este es un tema a aparcar".

Pero el tema viene ya de lejos. Hace años se formó una comisión en el Senado, hubo bastantes comparecencias de expertos: médicos, profesores de Filosofía Moral o del Derecho... Creo que esto fue en tiempos del ministro Romay...

"Romay era una persona bastante flexible y abierto..."

Peces-Barba en su despacho durante la entrevista realizadda por la redacción de DMD

Los socialistas urgieron a Romay para que el Centro de Investigaciones Sociológicas investigara la opinión pública... Pero cuando fue nombrada Esperanza Aguirre presidenta de la Cámara, la comisión murió por inactividad.

Después recuerdo que en el Congreso ha habido unas once iniciativas en que se proponía la toma en consideración del tema de la eutanasia o bien un texto de reforma del artículo 143 del Código Penal.

¿Cree que ahora tendrán los políticos la sensibilidad suficiente para tratar el tema y sus problemas?

"No estoy de acuerdo con la crítica a los políticos. Creo que no es problema de los políticos. Los políticos y los partidos tienen en cuenta la situación y abordan las cosas que están suficientemente maduras y, por otra parte, hay urgencias que hacen que un tema no sea una prioridad. El tema de la eutanasia estimo que estará maduro en dos o tres legislaturas, en un medio plazo".

Pero el Partido Socialista y el Gobierno unas veces juegan a que el tema está maduro y otras a que está verde. Unas veces sacan la bandera de la eutanasia y otras la recogen, según conveniencia. Hoy mismo leía en la prensa que Rodríguez Zapatero desplegaba la bandera del laicismo y manifestaba en un mitin que no aprobaría leyes dictadas por el Vaticano.

“Hay que ser un poco más firme en esos planteamientos y esta llamada al laicismo no se entiende si el gobierno aparca la ley de libertad religiosa. Y, si se hace por razones electoralistas, es poco significativa e incluso poco decente esa actuación.

En estos temas, si no los apoya el PSOE, lo podrá apoyar Izquierda Unidad, pero eso no basta, no es relevante políticamente. Lo relevante es que lo apoye el Partido Socialista. La verdad es que lo apoya en principio, aunque considere que no es el momento”.

Cuando le comento que fue llamativa la secuencia de episodios en el Ministerio de Sanidad hace pocos años: el ministro Bernat Soria anuncia el nombramiento de una comisión pública para estudiar y deliberar sobre la eutanasia; al poco tiempo dimite y la comisión no llega a la vida; la ministra que le sucede, Trinidad Jiménez, rápidamente dice que en el tema de la eutanasia no había demanda social, lo que hacía suponer que había sonado una alarma y se daba carpetazo al estudio de la eutanasia, me confiesa:

“No sé si tenía que ver con eso, no tengo ni idea. Quizás haya que entenderlo dentro del contexto de no crear problemas con la iglesia católica. Creo que ahora Zapatero se ha dado cuenta y esperemos si esto supone que hay un cambio en esa materia”.

En su discurso Ud. legitima la eutanasia por la vida digna que es protegida por la Constitución. Llega un momento en que la vida no es digna y hay que tomar una resolución personal. ¿La justificación de la eutanasia no estaría en la autonomía de la persona que le hace capaz de disponer de la propia vida?

“Autonomía y vida digna y también los intereses de otras personas. Quien no tenga familiares tendrá que tener la tutela del Estado. Existen relaciones e intereses que a veces pueden ser contradictorios y por eso el Estado, los poderes públicos, el Ministerio Fiscal tienen la obligación de vigilar”.

> “El tema de la eutanasia estimo que estará maduro en dos o tres legislaturas, en un medio plazo”

Sin duda estudiosos del Derecho o de la Moral estarán de acuerdo con una ley en el sentido que dice, pero quizás algunos jueces, médicos, etc. sigan reivindicando el enfoque del artículo 143 del Código Penal que interpreta la eutanasia desde el modelo de homicidio. Opino que la eutanasia que se busca no es la acción de un médico que quita la vida a otro hombre sino que la verdadera eutanasia, como muerte digna tal como defiende DMD, arranca de un acto libre y lúcido de solicitud de morir del paciente que no puede por si solo disponer de su vida y no puede ejercer el derecho a morir.

“Es evidente lo que dice y, cuando madure el tema, eso se modificará. No será ningún obstáculo. Y el problema de la diversidad de enfoques y de posturas no es problema de profesionales sino más bien de mentalidades. Esto lo verá si oye o lee trabajos de profesores de Filosofía del Derecho de la Universidad de Navarra, la privada, o de universidades privadas vinculadas a grupos ultras católicos”.

¿La visión que tiene usted de una futura ley reguladora de la eutanasia para dentro de dos legislaturas será una postura de despenalización o de legalización?

“Depende del momento concreto, y es lo mismo que se formule como despenalización pues la despenalización supone la legalización. Una puede exigir más prudencia que la otra que es lo que así ocurrió con el tema del aborto: el derecho de la mujer a disponer de su propio cuerpo no ha prosperado”.

En Santander uno de los conceptos en que hizo hincapié fue en el 'derecho a morir' lo cual parece significar que la persona, al tener derecho a morir, puede disponer libremente de su vida. Mientras que la despenalización sin duda es crear un espacio donde no se persigue y sanciona al médico que ha realizado la eutanasia.

"La consecuencia de ese derecho es la despenalización. Hay despenalización porque hay derecho. No hay que plantearlo como una contradicción. Siempre con frecuencia la segunda es consecuencia de la primera".

> *Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes*
>
> **(CE art. 15)**

Está el problema de la viabilidad de la ley. Pueden sin duda -Ud. lo apuntaba antes- surgir complicaciones entre lo que teóricamente está claro y debidamente justificado y los problemas que surgen en la práctica.

"Es el problema práctico. Por ello la ley y el control de su aplicación tendrán que tomar todas las garantías para que no se den ni abusos ni burlas a la legislación".

Y en el momento actual, caminando hacia ese tiempo de maduración, qué proceso de deliberación y debate público debiera establecerse en la sociedad y en el debate institucional en el Congreso

"Debiera de haber inicialmente una toma de posición parlamentaria que fuera también tramitada socialmente para conocer la reacción de los diversos sectores. Ya se sabe que va a ver una reacción contraria al tema por parte de la iglesia católica, pero creo que la opinión puede expresarse libremente, pero no puede ser en manera alguna condicionante".

Pero en las Cámaras la iglesia tiene su brazo político y actúa con las posturas y comportamientos del PP... Es más, tras las elecciones generales puede haber un cambio de gobierno que marginaría el tema, a pesar del peso de la opinión pública respecto a la legalización del derecho a morir.

"En el PP hay también una parte liberal. No creo que Rajoy esté en el campo radical, aunque hay personas como Mayor Oreja, Esperanza Aguirre... Respecto al segundo punto, el futuro gobierno dependerá sin duda de la capacidad de superar la crisis que tenga el actual

gobierno y de la comprensión del electorado respecto a las medidas económicas adoptadas, contrarias al sentir socialista".

Para terminar, recordará que en Holanda hubo un periodo anterior al proceso de despenalización de reflexión teórica y práctica en la que participaron médicos y tribunales. Los médicos ayudaban a sus pacientes en precisas circunstancias y los tribunales justificaban comportamientos inicialmente delictivos y dictaban sentencias absolutorias. ¿Este modelo sería de manera limitada y muy circunscrita viable en España?

"Esto aquí no es todavía posible. Lo que sí habría que hacer son reuniones, simposios sobre el tema. Vamos a ver si en nuestro ámbito podemos preparar actividades sobre derechos humanos. En estos momentos estoy trabajando en la Historia del siglo XX, pero más adelante... "

En la despedida quedo comprometido para recordarle a principios de año el diseño de un proyecto que ayude a caminar hacia una ley reguladora de la eutanasia.

“Dolor, dolor...
dolor es mi pan, mi agua,
dolor el suelo que piso y el aire que respiro”

La voz de los socios

Yo, Victoria Cansinos Capote, en plenitud de mis facultades mentales, manifiesto alto y claro que amo profunda e intensamente la vida. Pese a que conmigo (lo que solemos llamar ‘la vida’) ha sido tacaña, dura y cicatera, siempre supe roer mi hueso, siendo la creatividad y por qué no decirlo mi talento literario los factores decisivos para saber sacarle el jugo a cada instante.

Amo tanto la vida que no puedo soportar más a lo que se ha reducido por una cruel enfermedad inhabilitadora, degenerativa, extremadamente dolorosa. Un dolor continuo e insidioso que solo dejo de sentir estando dormida, ni la morfina lo quita.

No puedo escribir pues cualquier acto se ha convertido en un esfuerzo mayúsculo. No puedo leer por el mismo motivo y porque no puedo sostener el libro ni estar más de 10 o 15 minutos frente a una pantalla. No puedo caminar ni mantenerme sola en pie. Dependo de un andador para desplazarme distancias muy cortas cada vez más costosamente. No puedo ducharme sola, hacerme la comida, salir de casa... He perdido por completo la autonomía, una condición existencial para mi imprescindible, una ‘conditio sine qua non’.

Amo la vida y me zahiere con limitaciones inaceptables. Me daña verla pasar desde una silla de ruedas, sin ser (lo que yo considero) partícipe activa de cuanto la compone. Me invade y atenaza por dentro una inmensa tristeza demasiado fuerte, honda, al estar excluida de facto de la amada vida o por mi enfermedad irreversible.

La vida fluye, debe fluir; a veces muchas causas la obstruyen, la taponan e interrumpen. Cuando esa obstrucción o taponamiento llegan a imposibilitarla y no hay remedio sino un presente y futuro lleno de padecimientos, privaciones, dolor, dolor, dolor en sus mil formas, entonces el individuo tiene derecho a irse dignamente.

Por amor a la vida no puedo entender, no comprendo, el hecho de que otros se opongan o impidan que alguien elija ejercer el antedicho derecho. Pues es uno mismo y solo uno mismo quien puede decidir en tal cuestión personal, íntima, intransferible.

Me asombra, en verdad me pasma, que otros se arroguen el derecho a determinar hasta cuándo y hasta dónde un ser humano ha de aguantar el sufrimiento. Algunos en nombre de Dios, de la religión, de la caridad cristiana, de la buena praxis médica. ¡Qué disparate! Si hay Dios, dudo que sea insensible, sádico e indiferente. Las (peligrosas en ética por generalizadoras per se) creencias religiosas de cada cual, nunca deberían anteponerse al libre albedrío del sujeto soberano. Lo caritativo y piadoso, la auténtica compasión es no permitir que la tragedia de ciertas realidades extienda sus garras. La medicina, como cualquier ciencia, debe acordar con el enfermo la línea que la separa del ensañamiento terapéutico: jamás caer en la prolongación innecesaria de lo que puede ser una tortura para el individuo. Si este necesita, desea, pide terminar en un subjetivo punto. opino que la obligación de los doctores es facilitar al máximo el tránsito.

Con la autoridad que me otorga ser una víctima de la odiosa polineuropatía, afirmo que nadie, absolutamente nadie puede obligar a una persona a penar y seguir respirando en virtud de la tranquilidad de conciencia del que impone u obliga ¿No les remuerde la conciencia, sin embargo, al ver atormentado a un congénere por las consecuencias (de duración indefinida en según que casos) de su mal? Están condenando, incluso a cadena perpetua, a quienes no volverán a estar bien. Yo proclamo que no. No, ni parientes, curas, frailes o galenos pueden forzar la voluntad del enfermo: nadie, excepto el dueño de su cuerpo y alma. Para mi es una evidencia, es algo tan obvio que lo hace casi indiscutible como que el fruto del manzano son las manzanas. Así lo pienso, así lo siento y así lo digo. ¿Qué alego para defender esta tesis? Dolor, señores, dolor. Es mi pan, mi agua, el suelo que piso y el aire que respiro... Se va haciendo día tras día más asfixiante. Me ahogo, ¡socorro!

Amantes también de la vida que les fue arrancada a ambos pronto, dos de mis más queridos y admirados poetas apoyan –creo- esta declaración con lo siguiente. Él vivió, conoció, asistió a situaciones lo bastante intolerables y tremendas que le llevaron a decir “cuando la vida no es buena ni noble ni sagrada” (Federico García Lorca).

Para que deje de suceder con frecuencia estos “lo que he sufrido y nada, todo es nada/ para lo que me queda todavía por sufrir”. Verso de un poema del gran Miguel Hernández, que finó en la cárcel, preso por sus ideas, enfermo de una tuberculosis descuidada por quienes le quitaron su apreciadísima libertad.

Y ya acabo, extenuada, en Madrid a 14 de noviembre 2010 con anhelo sincero, apasionado...

¡viva la libertad!, ¡viva la vida!

El **tabú** de la muerte

Las reticencias sociales a la eutanasia (1)

Julián Sauquillo

Estamos ante un importante debate en torno a la eutanasia que ha dado lugar a algunos avances legislativos en torno a los cuidados paliativos de los enfermos terminales. Sin embargo, lejos de envanecernos en lo ya logrado podemos reflexionar acerca de qué resistencias impiden actualmente una demanda tanto más consistente de nuevos avances jurídicos en el reconocimiento de la eutanasia. El declive que atravesamos de los movimientos sociales coincide con la crisis económica. Pero, paradójicamente, el agudizamiento de la conflictividad social no conlleva una consiguiente reivindicación social organizada. En épocas de auge de los movimientos sociales -en buena medida impulsados por la clase media, ahora cada vez más deteriorada-, muchas demandas sociales arriban a la política normal u ordinaria de los partidos políticos hasta iniciativas legislativas e incluso constitucionales en muchos lugares del mundo. Pero hoy coincide una conflictividad económica y social manifiesta con cierta atonía de la sociedad civil para emprender propuestas de mejoras sociales.

El tabú de la muerte, su invisibilidad

Por ello, en vez de ser muy triunfalistas, cabe reflexionar acerca de cuáles son en concreto las limitaciones o las causas de ralentización de demandas tan fundamentales como la eutanasia. Que hayamos transitado culturalmente en las sociedades contemporáneas a la apreciación de la vida por su calidad o nivel de bienestar físico en vez de por su sacralidad es todo un logro moral y cultural. Pero existen, al menos, tres causas de resistencia a afrontar

Ayer el sexo era un tabú. Hoy los niños lo saben todo y el tabú es la muerte

la conveniencia de una muerte digna entre los vivos. En primer lugar, existe un olvido existencial de su ineluctabilidad. En las sociedades desarrolladas, la actividad humana se desarrolla de espaldas al problema de la muerte. Hay una invisibilización contemporánea de la muerte que críticos culturales tan sugestivos como Philippe Ariès o Norbert Elias no han dudado en caracterizar como el gran tabú social tras el ablandamiento del tabú sexual característico del siglo XIX.

Vivimos en sociedades en las que se da una disolución de cualquier representación real de la muerte a diferencia de sociedades anteriores en las que existía un discurso público y una vivencia ritual o ceremonial de la muerte. La agonía de la muerte y la ansiedad causada por su espera coincidía con representaciones, ceremonias, cortejos fúnebres, señalamientos de últimas voluntades, expresiones de dolor en el duelo,... desaparecidas ahora en un auténtico disimulo de que la muerte es parte de la vida. De espaldas a nuestro propio fin, se nos ha olvidado que existen muchas formas de morir que oscilan entre la placidez y el dolor inaguantable y prolongado. En segundo lugar, el espacio de la clínica moderna ha disuelto el trato del enfermo como una persona en su integridad. La clínica se erigió en la gran institución de observación. En tercer lugar, las sociedades actuales conciben al individuo como una empresa, más o menos solvente, que invierte todas sus energías en la competitividad, en la adaptación al mercado laboral como idóneo y capaz en grado sumo de atraer flujos económicos al competidor. En esta visión empresarial de la individualidad no cabe la visión del cierre laboral por obsolescencia de la máquina productiva. Cuanto más se concibe al individuo, a su cuerpo, como una máquina, menos se comprende el fin del mecanismo por desgaste o por apagón de sus piezas.

Cuanto más se concibe el cuerpo como una máquina, menos importancia se otorga a la muerte. Un engranaje no admite sucesos paralizadores si está bien concebido. El éxito de un filme tan popular como Matrix (1999) puede ser explicado por el atractivo subyacente que tiene para el espectador unos protagonistas que no sucumben a las caídas, se rehacen completamente de los golpes, y son reanimados por control remoto de las heridas mortales. No hay expresión más popular en el cine de esta concepción maquinal del cuerpo para las sociedades modernas y postmodernas. Nada menos cercano a cualquier previsión de la propia muerte y menos consolador de cualquier desfallecimiento de las propias energías y fuerzas que este filme de máxima audiencia. Una obra de arte que se ha incorporado a nuestra estética y nuestra forma de ver la vida como una urdimbre de cuerpos máquinas.

En busca de la inmortalidad terrena

Norbert Elias se ha referido a la necrofobia característica de nuestras sociedades desarrolladas bajo su síntoma más visible: la “soledad de los moribundos”. Su investigación teórica es en gran parte coincidente con el análisis histórico de Philippe Ariès sobre el “tabú” de la muerte que se hizo eco de las investigaciones sociológicas de Geoffrey Gorer sobre el sortilegio de la muerte en los hospitales

norteamericanos contemporáneos. Esta investigación sociológica pone de manifiesto cómo a las antañas creencias medievales sobre la inmortalidad sobrenatural del hombre tras la vida terrena le han sucedido creencias seculares modernas sobre la extraordinaria longevidad de los hombres modernos. La inmortalidad ultraterrena ha sido reemplazada por la inmortalidad terrena a base de una mayor confianza en la prevención y el tratamiento de las enfermedades, la nutrición más que suficiente, la previsión médica de las fuentes de riesgo de enfermedades, el culto deportivo al cuerpo, la quimera de una apropiación del diseño quirúrgico del propio cuerpo, prometedoras investigaciones médicas de prolongación infinita de la vida, la vivencia de una idílica senectud a imagen de la juventud... Cuanta mayor cobertura médica se da de los riesgos vitales de enfermedad y muerte, mayor olvido se produce de las circunstancias de muerte. Nada coadyuva a tomar buena nota de las circunstancias que antes o después se apoderan de nosotros como moribundos. Como ha señalado Sven Lindqvist: "la sociedad, el arte, la cultura, toda la civilización no es sino evasión, un gran autoengaño colectivo cuya intención es hacernos olvidar que incesantemente caemos por el aire, que a cada instante estamos más cerca de la muerte". Las barreras interpuestas al reconocimiento legal de la eutanasia se inscriben en las dificultades que tenemos para prestar ayuda y afecto a los moribundos. Estas dificultades son resultado de la represión individual y social de la muerte debida a que los moribundos nos recuerdan nuestra propia muerte. El embalsamamiento del cadáver del burgués norteamericano, la incineración de los cadáveres europeos, la interdicción social de cualquier manifestación pública de dolor por los familiares del difunto y el escamoteo médico tecnológico del momento natural de la muerte son manifestaciones de la escisión del mundo de los vivos respecto del mundo de los muertos. Se trata de una división cultural entre la ciudadanía de los vivos y la desaparición de los fallecidos incluso del reposo de los cementerios. En la deshumanización de las sociedades desarrolladas, el moribundo es un fracasado y el muerto un dimisionario de la vida en vez de quien declina necesariamente en las funciones de la vida.

Las reticencias ante el reconocimiento de la eutanasia derivan de la invisibilidad en que se mantiene la agonía del moribundo. Norbert Elias se ha referido a cómo la "soledad de los moribundos" se corresponde con la ocultación del segmento final de la vida tras las bambalinas sofisticadas de la representación teatral actual. El encaramiento real de la muerte no entra dentro de la vida feliz deseable para todos los humanos. Prueba de ello es su ocultamiento a los niños. Mientras a los niños les introducimos cada vez más en los procesos sexuales de la re-

producción y la naturalidad del erotismo, les ofrecemos, en cambio, explicaciones imaginarias y evanescentes del fallecimiento de los adultos ("ha subido al cielo y desde allí nos sonríe").

Cuanto más retrocede el tabú de "eros", más se robustece el tabú de "tánatos". Hay un miedo a la transmisión de la angustia adulta ante la muerte a los niños contraproducente con la natural enseñanza de la finitud inevitable de sus vidas. En el mismo espacio público adulto, hemos perdido las palabras habituales para dar consuelo a los familiares, el duelo fúnebre no se extiende a la noche y los patios de los velatorios se asemejan a concurridas ferias. La relegación de la muerte como problema a encajar en el centro de nuestra existencia ha contado con la salida de la muerte del hogar familiar y su reclusión en el espacio abstracto del hospital y del moderno velatorio. La misma incineración debe borrar cualquier signo de la muerte y evitar cualquier peregrinación admirativa a los cementerios.

Esperanza de vida y eterna juventud

Podemos decir que, salvo en episodios infrecuentes, vivimos en una burbuja indolora. En cuarto lugar, la propia vivencia individualista extrema de la propia existencia como "hombre clausurado" (homo clausus) no facilita compartir las situaciones más críticas de nuestra vida. El moribundo es abandonado por sus amigos, relegado por sus familiares y cortocircuitado en sus costumbres, habilidades, aficiones y actividades. Su vida deja de tener sentido porque no hay lenguaje compartido con quienes conservan sus facultades. Su propia individuación excesiva le conduce a rechazar demasiado afecto de la sociedad.

Cada nueva reivindicación social debe conocer cuáles son las condiciones de posibilidad sociales, más abiertas o cerradas, que pueden o no permitir su plasmación. La reivindicación del derecho a una muerte digna debe conocer el horizonte epistémico en que se produce tal demanda. Los estudios culturales son muy útiles de cara a alumbrar qué posibilidades tiene y qué obstáculos habrá de vencer el reconocimiento legislativo de algún derecho en particular.

Todo nuevo reconocimiento de derechos se abre paso en los límites culturales y políticos de la experiencia de una época. Así ocurrió con el derecho de libertad de conciencia, la igualdad de la mujer, la extensión universal del voto o el derecho a los cuidados propios de una persona dependiente. La historia de la muerte en Occidente depara cambios muy lentos en la apreciación de la muerte. Nosotros nos encontramos en un periodo que Philippe Ariés ha conceptualizado de 'muerte invertida'. Un periodo de no aceptación de la muerte. Un momento histórico de conjura de la muerte dado que llega en una manifestación salvaje, angustiante, de no aceptación, sólo remitente a través del tabú. En nuestras sociedades, la disposición sobre la vida del paciente terminal está localizada en los hospitales.

Los Estados modernos guardan disposición sobre la vida y la muerte. Ya no se trata de un derecho de vida o muerte como ocurría en los poderes políticos (monárquicos) modernos sino de un poder o administración de la vida. Se trata de un poder sobre la vida que puede ejercerse históricamente a través del burdo envío de tropas a zonas de gran peligro con idea de amortizar las sucumbidas pronto con algún otro reemplazo de nuevas tropas. Pero también, mucho más sutilmente, atendiendo al control de los índices de nacimiento, nutrición, atención médica, cuidados en la tercera edad, cuidados especiales a la discapacitación,... El reconocimiento legal del acortamiento voluntario de una vida que carece de calidad y es gravosa en extremo para el paciente se encuentra dentro del ámbito de este poder moderno sobre la vida y la muerte.

Es difícil que la sociedad incluya en la agenda de este poder secularizado el acortamiento voluntario de la vida cuando los gobiernos se amparan en el tabú y se aprovechan del silencio. Si un gobierno emite una afirmación típica como "esto (la eutanasia) no interesa a nadie" puede verse corroborado por el terror de los ciudadanos a encarar su final biológico. El tabú social impide encarar la muerte como un estado crítico normal que siempre atraviesa la vida. Puede que los más avanzados en la sensibilización de los problemas sociales encuentren una audiencia limitada en la demanda de un tratamiento médico decente de la agonía. Pero los gobernantes que utilicen el miedo de sus gobernados no se asientan en ningún firme emancipador. Establecen su poder sobre la 'servidumbre voluntaria', en la docilidad propia de siervos en vez de ciudadanos.

Pérdida de la humanidad en la medicina científica

La modernización hospitalaria ha desvencijado -como señala John Berger- el antiguo papel del médico de acompañante del moribundo: "(...) cuando estamos enfermos, idealmente nos imaginamos al médico como un hermano o hermana mayor. A veces sucede algo similar con la muerte. El médico está familiarizado con ella. Cuando vamos o llamamos al médico, le pedimos que nos cure y que alivie nuestra dolencia, pero si no nos puede curar, también le pedimos que sea testigo de nuestra muerte. Su valor como testigo radica en que ha visto morir a mu-

chos otros. Este mismo valor era el que tenía antaño el sacerdote, más que el hecho de que dispensara la extremaunción o rezara por nosotros. El médico se convierte en el intermediario vivo entre nosotros y la multitud de los muertos. Nos pertenece ahora y les ha pertenecido a ellos. Y el consuelo, real por duro que sea, que nos ofrecen a través de él es también el de la fraternidad."

El médico rural John Sassall al que John Berger acompañó en sus queridos avisos nocturnos es el opuesto al médico de la clínica moderna. El primero inscribe la muerte en la cadena de privaciones en que se encuentran las personas sencillas del campo que no han podido realizar sus sueños. Se ha impregnado de la experiencia de la caducidad de la vida inserta en los ciclos biológicos de nacimiento, crecimiento, declive y muerte que ve todos los años en el cultivo y recogida del grano, mientras que el segundo, el médico clínico, está embebido de los logros de la ciencia: cuando llega la muerte, todavía pide una semana más para que le deje ultimar otro mágico logro, algún nuevo descubrimiento científico.

El enfermo es un objeto de observación con el que no se dialoga

Es la vocación científica y no la humanidad del arte médico lo que prima en las ciencias naturales y, claro está, en la ciencia médica. Opera dejando de lado si la vida para cuyo mantenimiento progresa merece, por indigna, la pena de ser vivida. Con esta clarividencia Max Weber describió este cercenamiento de fines y valores morales en la medicina moderna: "El 'presupuesto' general de la tarea médica es, expresado en sus términos más simples, el de que hay que conservar la vida como tal y que hay que disminuir cuanto se pueda el sufrimiento. Se trata de un supuesto muy problemático. El médico, gracias a sus recursos, mantiene vivo al enfermo incurable aunque este le suplique que lo libere de la vida, aunque los parientes, para quienes esa vida carece ya de valor, que quieren verla liberada del dolor o que no pueden soportar los costos que implica el mantenerla (puede tratarse, por ejemplo, de un loco paupérrimo) estén desando consciente o inconscientemente, y no sin razón, la muerte del enfermo. Sólo el Código Penal y los supuestos sobre los que la Medicina se asienta impiden que el médico se aparte de esta línea de conducta. La Medicina no se pregunta si la vida es digna de ser vivida o cuándo lo deja de ser. Todas las ciencias de la naturaleza responden a la pregunta de qué debemos hacer si queremos dominar técnicamente la vida. Las cuestiones previas de si debemos y, en el fondo, queremos conseguir este dominio y si tal dominio tiene verdaderamente sentido son dejadas de lado o, simplemente, son respondidas afirmativamente de antemano. (...)". Con este proceso de objetivación de la ciencia médica -entre otras ciencias como la astronomía, el derecho o la ciencia del arte-, el enfermo pasa a ser un objeto de observación con el que no se dialoga, tampoco se comprende el proceso completo de su vida y, menos aún, se le acompaña en las elecciones críticas que debería hacer en el momento más vulnerable de su vida.

La modernización de las ciencias comprende una desespiritualización de la acción humana. Lo que menos importa son las condiciones subjetivas, los fines morales o las elecciones vitales. Impera ante todo el estudio de la vida. El enfermo es internado en el espacio de observación de la clínica donde se ejercen relaciones de poder (todos hemos padecido alguna vez las inclemencias disciplinarias de un hospital y la rudeza del despertar institucional de un sueño corto de menos de siete horas) y la extracción de saberes científicos. Cuánta sabiduría popular hay en esa expresión de cómo para los médicos no somos personas, sujetos de libertades y derechos, sino hígados, pulmones, brazos o cabezas.

Por todo ello, la 'demanda social de eutanasia' se enfrenta a una corriente opuesta muy fuerte de modernización científica y desencantamiento o despersonalización del saber moderno en las ciencias humanas. Avanzamos lentamente y con cierta despreocupación social en la

regulación legal de la eutanasia porque la poda de la sensibilidad ante los fines de la vida (coincidente con la aceptación de su finitud y, por tanto, de la muerte) ha colonizado científicamente tanto a los ciudadanos como a los médicos. La mayoría de los médicos de hoy se parecen a bomberos que desean apagar el fuego a toda costa aunque sea destruyendo el edificio completo. Susan Son-

tag ha explicado cómo la mitificación del cáncer expresa nuestra incapacidad para afrontar la muerte. Ante el cáncer, el médico actúa como el dichoso bombero. Es la enfermedad que metafóricamente equivale a la muerte.

Hay que detectar los obstáculos que habrá que vencer para lograr el reconocimiento del derecho a morir.

Con frecuencia se le atribuye ser una auténtica posesión demoníaca (los tumores son 'malignos' o 'benignos'). Una campaña contra el cáncer es la ocasión para los paranoicos que desean una cruzada en vez de un tratamiento. Es una enfermedad tan cargada de mistificación letal que solo le asisten metáforas militares. Han bajado las 'defensas' del organismo -vergüenza del paciente- y, débiles, -señala el arrebato médico- son incapaces de impedir la 'invasión tumoral', su 'infiltración', la 'colonización' desplegada por las destructivas células cancerosas. También el tratamiento recuerda a un sobrevuelo del ejército, nos recuerda la escritora: se 'bombardea' al paciente con 'rayos tóxicos'. Un lenguaje al que le sigue una acción médica que puede dejar al cuerpo del paciente peor que al Berlín nazi bombardeado.

Al médico se le pide que cure y que sea testigo y acompañe nuestra muerte.

La formación de las clínicas y del pensamiento clínico del siglo XVIII quiso acabar con la ambigüedad del concepto de la muerte. Pero no se hizo sobre intensivas y dilatas conversaciones con los enfermos sobre las afecciones del corazón, los pulmones o la víscera gástrica. Se consideró que los síntomas de los pacientes sólo se prestaban a confusión. El conocimiento clínico no se configuró en el diálogo con los sufridos pacientes sino en la masiva apertura y escrutado de cuantos más cadáveres mejor. Para configurar la "anatomía patológica", Bichat abrió seiscientos cadáveres en un solo invierno en el año 1800. La medicina experimental trató de no perder un minuto entre el tiempo patológico del deceso y el tiempo cadavérico. La autopsia quiso desentrañar, sin demora alguna, las causas de la enfermedad como desorden que cunde hasta el caos absoluto. La muerte en la clínica es una situación experimental que sirve para acceder a la verdad de la enfermedad y sus fases.

Michel Foucault desentrañó cómo la vida, la enfermedad y la muerte constituyeron una trinidad técnica y conceptual. La muerte dejó de ser la noche en la que se borra la vida. Pasó a ser el elemento esclarecedor que ilumina el organismo y explica las fases de la enfermedad. La vida es pensada a partir del estudio clínico del cadáver. Se trata, por tanto, de un concepto experimental de la muerte acuciado por la angustia social que suscita. Por supuesto, esta concepción moderna de la medicina posibilitó enfrentarse a las enfermedades y alargar la vida pero desdeñó el diálogo con el enfermo.

---

(1) Este artículo es una versión resumida de la ponencia presentada por su autor en el acto 'Demanda social de eutanasia', organizado por la Universidad Internacional Menéndez Pelayo y la asociación DMD en el Círculo de Bellas Artes de Madrid el 29 de abril de 2010. De este acto y de las ponencias se dio cuenta en el número anterior de nuestra revista.

Reflexiones sobre la vida y la muerte decididas

Antonio Aramayona

Paseo un rato con Séneca, leyendo sus Cartas, saboreando sus Consolationes. Hago mías también sus recomendaciones: dejarse mecer por el pensamiento que refleja una forma de vida, que enseña a vivir, que incita a vivir una vida buena y una buena vida. Junto a él, me siento penetrado por la naturaleza, acaricio esa fuerza interior que me otorga identidad y energía, me sé animal inteligente y libre dentro de mis contornos y limitaciones. Sé que solo así he logrado a veces rozar con los labios del alma la piel del bienestar, a orillas del sosiego donde es posible el encuentro con el amigo y el camarada.

Nada temo, salvo el rostro del dolor cuando aparece implacable. Nada malo me propongo, pues sería una traición a la entraña misma de la naturaleza que nos constituye a mí y a todos. Quiero vivir en plenitud cada uno de los momentos que me restan, amo la vida con todas mis fuerzas, y así converso amistosamente con la posibilidad de acabarla si y cuando concierte con ella que ha llegado el momento. La muerte no es sino el acabamiento de la vida, y si la vida ha sido valiosa y buena ha de desembocar igualmente en una muerte digna, apacible. Si la vida no puede ya conjugarse en positivo, puede hallar liberación, salida luminosa en la muerte. La muerte no es buena ni mala. La muerte no es: de hecho, solo quienes restan en el mundo y se duelen por la ausencia de otro hablan de muerte. El ser humano debe vivir, vivir bien, dejar vivir, hacer que los demás vivan del mejor modo posible. Solo cuando se acaban los caminos desde los que se atisban horizontes, cuando finalmente se traban los pasos y se confunden las sendas, es posible plantearse con fiereza y también con una sonrisa el propio acabamiento.

La libertad supone decidir

Nada ni nadie puede forzar a enquistarnos en una situación o un estado indeseados. Algunos siguen hablando de dioses, de su laberíntica voluntad, de una supuesta ley natural encorsetada y ajustada a los intereses y delirios de quienes desde hace siglos y siglos quieren al ser humano tan esclavo y reprimido como ellos mismos. Nadie está obligado a permanecer en la vida. Hay seres humanos que no soportan la inseguridad, la incertidumbre, el hecho natural de que cada existencia conlleva la necesidad de buscar su pervivencia, sin otro amparo que la libertad y el riesgo de decidir una y otra vez el camino y el rumbo hacia el que dirigir sus pasos. La vida consiste precisamente en decidir cada segundo, cada día, todos los instantes, qué hago y qué dejo de hacer. La libertad es ni más ni menos que el ejercicio de ese decidir permanentemente. La vida es libertad. Por eso reivindico mi libertad de decidir también cómo vivir y morir. Existir debería ser siempre un acto permanente de gozoso, consciente y

> “Nada ni nadie puede forzar a enquistarnos en una situación o un estado indeseados”

libre zambullirse en la aventura del vivir. Una botella o un lapicero son lo que son, están definitivamente terminados, pero los seres humanos estamos siempre por hacer: cada instante decidimos quiénes somos y no somos, qué hacemos con nosotros mismos, incluso echarnos a perder. Por amor a la vida, podemos decidir también morir, y morir bien.

Respiro, bebo, amo y me sostengo cada instante en la voluntad de existir por amor a la vida. Quien no teme morir ama incondicionalmente vivir. De ahí que sea radicalmente ajeno a la vida que la obliguen a pervivir. Soy libre, soy dueño de mis actos y errores, de mis sueños y luchas, decido si y cómo y hasta cuándo existir. Estoy en mis manos y mi obligación fundamental es vivir bien. Mi responsabilidad ética final estriba en qué estoy haciendo de mi vida, también qué hago de y con los demás. No es casual que precisamente aquí y ahora, mientras escribo y paseo con Séneca, me salga al encuentro otro amigo con quien maldecir la moral de los esclavos.

Nietzsche es tan odiado por los funcionarios del corsé y de la mediocridad precisamente por indicar la necesidad de crear, de innovar, de renovar y, por ello mismo, de destruir lo caduco. Paseo también con él, mientras me dice con bravura que sea implacable con la coherencia que le debo a la vida, a cada uno de los instantes que la constituyen, sin concesiones a los inventores de mundos imaginarios.

Si acabo con mi vida, si acabo, solo será, pues, por amor a la vida. Si alguna vez he ayudado a alguien a morir bien, ha sido un inequívoco acto de amor. Se puede dejar libre y responsablemente la vida sin tristeza, sin temor, solo con quietud y por amor a la vida.

Libre desarrollo humano

Soy un ser de la naturaleza, soy una mota de polvo de estrellas entre el rayo y la nube, la tempestad y el paisaje descrito por Beethoven en la Sexta, la hormiga, la galaxia, el quark, las estaciones, la lluvia, el deseo, el niño que veo columpiarse desde la ventana... Estoy sometido a los mismos ciclos, a los mismos trances, a la inmensa potencia de encenderse y de apagarse del cosmos desde hace millones de años, de comenzar y de cesar, de sucumbir y sobrevivir, a esa voluntad de poder de la que habla Nietzsche, a la voluntad de vivir descrita por Schopenhauer. Heidegger, al que tanto debo, que tanto me ha ido enseñando desde mi juventud, creo que está equivocado cuando resuelve que el ser humano es un ser-para-la-muerte. Una cosa es que la entropía deje claro que todo se deteriora y acaba, y otra bien distinta que el objetivo que otorga sentido último a mi existencia sea morir. Basta recordar a mi madre, a tantos otros amigos que ya no están con nosotros.

Dice Aristóteles que todos los seres del mundo coincidimos en algo fundamental: desarrollarnos y realizarnos en plenitud. Los seres humanos estamos sujetos a esa misma necesidad natural de desarrollar nuestras posibilidades naturales, si es que queremos alcanzar nuestra realización plena como humanos. Desde que nace una persona se pone en marcha para conseguir su pleno desarrollo, y por ello y para ello vive, ama, se aburre, estudia, respira, habla, duerme, se apasiona, anda, sufre, se preocupa o suda... Cada etapa, cada situación, cada decisión, cada instante es un paso, progresivo o recesivo, hacia la construcción total y plena de uno mismo como ser humano.

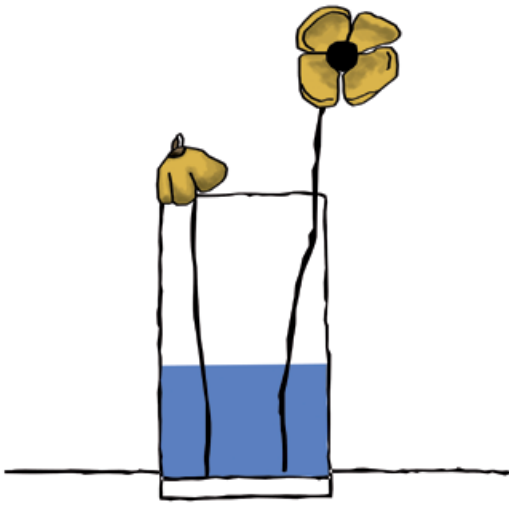
Acompañado de Séneca y Nietzsche, paseando con Aristóteles, mirando desde la lejanía a Heidegger, observando atentamente a Schopenhauer, necesito proclamar ahora mi amor a la vida y mi apasionada amistad con su posible acabamiento, cuando el sol decida descansar más allá de la línea de mi horizonte.

Vida digna, muerte digna

Elías Pérez Sánchez

Este artículo recordaba la lucha de Ramón Sampedro a los doce años de su muerte, lucha que continua DMD en Galicia.

Presentado como colaboración al diario La Voz de Galicia no fue publicado. No se sabe el motivo; si la colaboración no era del agrado de la dirección, no querían posicionarse en un tema delicado o quizás fue por falta de espacio en las páginas del diario. Si los lectores de Galicia no lo pudieron leer, ahora lo ponemos al alcance de nuestros lectores y homenajeamos a un tetrapléjico luchador por la eutanasia, por la muerte digna.



No existe contradicción. Se puede defender y proteger la dignidad de la vida de las personas a la vez que demandar una despenalización de la eutanasia y el suicidio asistido en determinados supuestos y con un serio control social, médico y penal.En ocasiones, la defensa de la eutanasia voluntaria y el suicidio asistido en el contexto de una enfermedad terminal, irreversible o incapacitadora en la que el paciente reclama –a veces suplica- la muerte, es estigmatizada como un atentado contra el valor absoluto y sagrado de la vida humana. Sin embargo, aquellos que proclaman la vida humana como un valor absoluto, no siempre reparan en el grado de dignidad de la misma. La Asociación por el Derecho a Morir Dignamente que yo presido en Galicia tiene como uno de sus objetivos promover el debate social sobre la eutanasia voluntaria y el suicidio asistido y reclamar una regulación del final de la vida humana (la 'muerte digna') más explícita y más seria que la actual. Pero no son esos los únicos fines que ambicionamos.

Como toda ONG intentamos buscar soluciones y alternativas a las insuficiencias de las instituciones públicas, en nuestro caso, la institución sanitaria. A nuestra Asociación acuden personas que demandan nuestra ayuda y nuestro consejo: escleróticos múltiples con escasos recursos económicos a los que el sistema sanitario deniega una rehabilitación y que nos piden ayuda económica con el fin de retrasar la evolución inexorable de su enfermedad y poder sentirse útiles mientras puedan; familiares de enfermos con cáncer terminal en estado preagónico que reciben una mera paliación incapaz de aliviar el dolor, en vez de una sedación en la agonía, tal y como propugna el Código de Ética de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos; familiares de fallecidos que demandan un protocolo de duelo; familiares de enfermos en situación irreversible con los que se lleva a cabo un encarnizamiento terapéutico transgrediendo sus Declaraciones de Voluntades Anticipadas (también llamados Testamentos Vitales), incluso cuando estas Declaraciones han sido debidamente depositadas en el Registro Gallego de Instrucciones Previas (REGAIP); enfermos de distonía muscular aguda que lo único que desean es ser escuchados y comprendidos cuando sufren una depresión transitoria...

No siempre llegamos a todo el mundo. No siempre podemos resolver todos estos problemas dado que la nuestra es una Asociación con recursos limitados. Pero muchas veces lo conseguimos. Es la otra cara -para muchos, desconocida- de la defensa de una 'muerte digna' y de una 'vida digna'. De aquella 'vida digna' que algunos de nuestros detractores no se preocupan por preservar y que, obviamente, el sistema sanitario en ocasiones es incapaz de amparar.

Defender la 'muerte digna' y proteger la 'vida digna' no son, como algunos creen, actitudes inconmensurables, sino complementarias. Este es el espíritu de una Asociación que en Galicia nació a comienzos de los años noventa y de la que fue cofundador Ramón Sampedro: proteger y defender a las personas más vulnerables cuyos derechos son, en ocasiones, literalmente quebrantados. En estas fechas conmemoramos el duodécimo aniversario de la muerte de Ramón. Él, en los años noventa me decía: "aínda queda moito por facer". Doce años después de su muerte, en el 2010, y en una sociedad que vive de espaldas a la muerte y que da la espalda a sus mayores y al dolor, está claro que todavía queda mucho por hacer.

La muerte digna se extiende por España

Redacción DMD

Actualmente, Andalucía es la primera comunidad autónoma que ha desarrollado una ley sobre la muerte digna, aunque, en este momento, comunidades como Navarra y Aragón están pensando en hacerlo. Si en Andalucía ha sido el partido socialista el que impulsó la ley como un desarrollo de lo que estaba ya enunciado como principio en el Estatuto de Andalucía, en Aragón y Navarra han sido IU y Nafarroa Bai los partidos que han presentado una proposición de ley para lograr que la dignidad de la persona sea respetada en el proceso del morir. Pero mientras en el parlamento andaluz el dialogo llevó la ley a buen puerto, en Aragón hubo una diputado conservador que manifestó en el pleno que no se fiaba de IU y que se trataba de una proposición de ley 'trampa' para llegar a la eutanasia y a un Estado totalitario.

Los médicos de atención primaria defienden la muerte digna

Los médicos de atención primaria en su XXXII Congreso Nacional, celebrado en Maspalomas (Gran Canaria) a mediados de octubre mantuvieron un foro sobre 'Derecho a una muerte digna', en el que se pudo apreciar la apertura de miras humanísticas que ha abierto en el medio médico la reciente 'Ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte' de la comunidad andaluza.

Cuando la Organización Médico Colegial (OMC) en septiembre de 2008 consideraba el proyecto de ley andaluza 'pura literatura', los médicos de atención primaria han puesto en primera línea de trabajo de su congreso esta literatura jurídico-médica considerada tema de interés de estudio y aplicación en su tarea asistencial. Los ponentes fueron Rafael Carretero, subdirector de Calidad e Investigación de la Consejería de Salud de Andalucía y redactor de la Ley de muerte digna de Andalucía, y los coordinadores nacionales del grupo de Trabajo de Bioética y Humanidades de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (Semergen), José Francisco Díaz y Antonio Hidalgo.

Rafael Carretero, al exponer las grandes líneas de la ley andaluza, recalcó que el texto legal andaluz hace una importante precisión terminológica de los distintos escenarios que rodean a la muerte y que nada tienen que ver con la eutanasia, identifica la limitación del esfuerzo terapéutico y la sedación paliativa como buenas prácticas clínicas y, por el contrario, la obstinación terapéutica como mala práctica.

Carretero defendió que no debe caerse en el error de considerar la muerte digna como una decisión única del paciente, ya que en la tarea de aprender a enfrentarse a ese trance el médico de primaria juega un papel primordial: enseñar a discernir entre lo posible y la eutanasia, un concepto vinculado a la muerte asistida, prohibida en España, y admitida con reservas en países como Suiza y Holanda. Durante el foro también expuso algunos puntos de la elaboración de la ley andaluza, la única aprobada en España, y reconoció la polémica que suscitó esta norma basada en la ética actual, una ley que "no es novedosa", pero que "abandona el concepto hipocrático paternalista".

El presidente de la sociedad en Andalucía, el doctor Juan Sergio, que moderaba el foro, apuntó que era "importante, por tanto, abrir el debate a toda la sociedad y aquí las asociaciones de pacientes comienzan a abordarlo. Es una cuestión sensible, dependiendo del ámbito de cada una. Las asociaciones consultadas en el trámite de audiencia de la Ley Andaluza se pronunciaron de forma favorable a la norma". Porque en su opinión "no puede haber una vida digna sin tener una muerte digna".

En conclusión que, como decía el doctor Sergio, "el médico de Atención Primaria, como responsable de su proceso, conocedor de su entorno, de su historia clínica, es la persona más cercana para informar, ayudar en la toma de decisiones y acompañarlo en su momento final". Los representantes de la Asociación de Médicos de Atención Primaria, Semergen, manifestaron que es importante abrir el debate a toda la sociedad, involucrando también a las asociaciones de pacientes.

La realidad social
de una minoría reprimida

Pedro de Ayerbe

Salvador Paniker, presidente de honor de la Asociación Derecho a Morir Dignamente, a finales de enero de 2009, después de que el presidente del Gobierno, José Luis Rodríguez Zapatero, afirmara el día anterior en el programa de TVE 'Tengo una pregunta para usted', que el Gobierno no abordaría la cuestión de la eutanasia en esta legislatura, le comentó a Rodríguez Zapatero que la sociedad española está "madura" para regular la eutanasia, "pero no los políticos".

Y, ¿en qué consiste la madurez social y política de la ciudadanía? Pues sin duda en que ha sabido abrir los ojos y observar la situación, han tenido suficiente juicio para valorar la situación de una minoría –los enfermos- reprimidos por un Derecho un tanto anacrónico y la prudencia política para manifestar su juicio contrario al artículo 143 de Código Penal. Pero veámoslo por partes.

El enfermo, un ser invisible y excluido

Cuando los socialistas hablan de que no existe una demanda social acerca de la eutanasia, siempre me he preguntado: ¿es que no la sienten?, ¿no ven su realidad social por las cuatro esquinas de la vida de la sociedad? La desgracia no es ser ciego sino no querer ver. Aunque es posible que quizás tengan razón, si la demanda social la consideran como una manifestación de enfermos terminales por los pasillos del hospital o haciendo una cacerolada ante el Ministerio de Sanidad.

El enfermo en una sociedad que adora el progreso es una figura que poco cuenta y, si es terminal o se acerca a una terminalidad humana, es un ser invisible, y, además, excluido. De todas maneras nadie puede negar que, entre estos enfermos, todos los años se producen 1.500 eutanasias, aunque –es obvio- también son invisibles por clandestinas y porque oficialmente no interesa ni siquiera detectar.

La cuantificación de las peticiones de eutanasia es difícil. No solamente porque las diversas organizaciones que siempre se refieren al campo que atienden aportan estimaciones parciales sino porque el mundo amplio de la eutanasia es un campo de minas debido al art. 143 del Código Penal y al integrismo moral de personas o asociaciones siempre dispuestas a una denuncia que libere a la sociedad de 'homicidas'.

La asociación que aúna a los médicos de cuidados paliativos estima que son unos pocos cientos de enfermos los que, a pesar de los cuidados paliativos recibidos, piden una acción directa de eutanasia. La asociación Derecho a Morir Dignamente (DMD) hace una estimación de más de 20.000 enfermos con dolencias irreversibles que desean en algún momento poder disponer de su vida. Pero siempre quedan fuera de estimación las personas que ni son enfermos de cáncer, ni estando tratados en cuidados paliativos ni que hayan entrado en relación con DMD... y así por la clandestinidad de la eutanasia la cortina del silencio encubre la realidad.

Una sociedad envejecida. La lucha política de la 'salida'

La sociología detecta en sus estudios una supuesta pirámide vegetativa que va perdiendo sus contornos de pirámide lo que significa que, si la población envejece, es más vulnerable y está más vulnerada. A la eutanasia ya desde hace unos años se le ha llamado un derecho emergente. Por ejemplo en 1999 en Barcelona en el curso de unas jornadas de reflexión sobre derechos emergentes y nuevos retos en la sociedad la eutanasia y el suicidio asistido fueron objeto de estudio como derecho emergente sobre la vida y, por ello, libertad para dimitir de la vida. La tabla, pues, de los derechos humanos no es una lista ya completa y cerrada sino que los derechos emergen conforme

se conciencian los hombres, los reconocen y luchan para alcanzar una vida y una convivencia más sensata y coherente con lo que el hombre siente como valores.

Hace unos años un diario nacional entrevistaba a María Ángeles Durán, catedrática de Sociología de la Universidad de Madrid. El título de la entrevista decía: "Viviremos más años como viejos que como jóvenes". No pude menos que tomar nota de unos párrafos: "En los años setenta la lucha política fue por los derechos de entrada: la maternidad libre, convertir la natalidad en algo voluntario. Yo creo que en la década de los diez, y quizás antes, se tiene que plantear una lucha política por los derechos de salida, como la eutanasia o similares, que forman parte del proceso de envejecimiento. Que sigamos dejando en manos del azar o de la providencia nuestros últimos años de vida no tiene ningún sentido para un sujeto libre, individualista y con derechos que hemos conseguido reconocer en las constituciones. Creo que es una lucha política, ciudadana, muy importante para los próximos años en nuestro país".

Ahora, por ejemplo, en España los mayores de 65 años somos unos 7 millones. En el año 2020 las personas de este tramo de edad serán 8,6 millones, diez años más tarde habrá crecido en 1,8 más y en el 2040 los que pasen de los 65 años serán ya 12,4 millones en nuestro país. Sin duda, si vivimos no será solo por que nos hemos encontrado que vivimos, que estamos presentes este día y el siguiente,... sino que alguna razón habrá para que queramos seguir viviendo. Rafael Narbona, profesor de Filosofía, escribía (Saber morir, Claves de razón práctica, n.132) que "se vive por costumbre, por inercia, empujados por mecanismos biológicos o convenciones sociales, pero no por razones filosóficas que justifiquen el valor de la vida". El viejo, estimo, y todavía más que cualquier humano, tiene en algún momento que pensar en su vejez, en la valoración y evaluación de su propia vida. Y quizás su deterioro físico y mental, la decadencia de la persona que va sintiendo física e íntimamente,... la experiencia humana de la edad decadente, etc. le pueden empujar a hacer la valoración de su vida, a plantearse una elección, al adelantamiento de la muerte. Preguntarse por la vida y por la muerte saca de la rutina, del vivir porque sí, de la frivolidad de la falta de sentido. Solo quien se pregunta da sentido a su vida o le da más sentido.

En este escenario de seres que desde su vejez pueden caminar hacia etapas de declive, vida degenerada y de muy escasa calidad no es de extrañar que Ángeles Duran insista en el derecho de salida, como derecho básico en nuestro tiempo y afirme que se trata de "una lucha política, ciudadana, muy importante para los próximos años". Más cuando el desgaste, la degeneración, los dolores físicos, el sufrimiento moral y el cansancio de vivir acrecen en nuestra sociedad, aunque –claro está- de esto no hablan ni las páginas de los periódicos ni los espacios de televisión... Pero los viejos conscientes de la situación sí que hablan y en el Tercer Congres de la Gent Gran de Barcelona los 1.500 compromisarios pidieron el derecho a recibir una muerte digna. Buena noticia es, pues, que la 'Ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte' de la Comunidad autónoma de Andalucía esté dando paso a nuevas iniciativas en la misma línea como la del Parlamento foral de Navarra y la del de Aragón.

Nuevas tendencias sociales

Hay países que ya tienen las conductas eutanásicas claras e institucionalizadas en su legislación. Algunos son países de la Unión Europea. Si queremos dar un repaso de urgencia a la evolución de la consideración de la eutanasia en diversas sociedades hay que empezar por el Estado de Oregon (EE UU) cuya institución legislativa aprobó en 1997 una ley, surgida por iniciativa popular, que se denomino *Death with Dignity Act* en que se autorizaba a los médicos en ciertas circunstancias a prescribir una medicación para que el enfermo pudiera realizar un suicidio. La ley ponía las siguientes condiciones: el enfermo que lo solicitase debía ser mayor de 18 años, la solicitud debía hacerse por escrito, debía padecer enfermedad terminal de manera que se suponía que la muerte iba a ocurrir en seis meses. Ya en esta ley que aludía y regulaba el testamento vital se hablaba de que "las personas adultas tienen el derecho fundamental a controlar las decisiones relativa al cuidado de su propia salud, incluyendo la decisión de mantener o retirar un tratamiento vital (*life-sustaining treatment*) en caso de condición terminal o de inconsciencia permanente".

Y en la Unión Europea fue Holanda en 2000 el primer país que legisló autorizando la eutanasia y el suicidio asistido. Dos años más tarde le siguió los pasos Bélgica, y en 2009 el Gran Ducado de Luxemburgo aprobó la Ley sobre la eutanasia y el suicidio asistido, que viene a ser una copia de la ley belga. Esto quiere decir que, queramos o no, estamos viviendo un contexto cultural y social que camina hacia la despenalización, primero, y en un segundo paso hacia la legalización de la eutanasia. En España simplemente estamos en lucha, pero con un desfase notable respecto a los países locomotora sin que los políticos quieran abordar el tema con seriedad. La lucha de DMD para favorecer la muerte digna y la posibilidad

del enfermo de morir por eutanasia comenzó a mediados de diciembre de 1984 cuando por fin logró su inscripción como asociación aprobada por el Ministerio del Interior. DMD, por ejemplo, estuvo al lado de la lucha del tetrapléjico Ramón Sampedro y hay que recordar que esta lucha motivó la primera intervención parlamentaria acerca de la eutanasia. Fue en concreto la diputada Pilar Rahola la que interpeló al Gobierno el 9 de marzo de 1994 "sobre medidas que tiene previsto llevar a cabo el gobierno para llenar el vacío legal existente en el tema de la eutanasia activa". La Audiencia Provincial de Barcelona había dictado un auto desautorizando la eutanasia al ciudadano Ramón Sampedro y se alegaba que no era función de los tribunales sino del Poder legislativo suplir o rellenar vacíos en el ordenamiento jurídico. La diputada recogía las palabras del auto que suponían un reto al Legislativo para llenar el vacío en el tema de la eutanasia. De ahí argumentaba que "si existe el problema y su vacío legal, si existe la demanda y el debate social, si la eutanasia es objeto de preocupación mayoritaria, sería una grave irresponsabilidad de esta Cámara optar por el silencio político y por la inhibición. En este caso estaríamos desertando de nuestra responsabilidad primera que es la de dar cuerpo legal a la demanda social" (1). Dieciséis años después se pueden volver a repetir las mismas palabras denunciadoras de la postura de los políticos. Además, es curioso que todas las iniciativas parlamentarias hayan surgido de los partidos o coaliciones minoritarios y nunca de los principales partidos. Hay que recordar que durante el primer gobierno de Aznar hubo en el Senado una comisión para estudiar la cuestión de la eutanasia. Incluso el PSOE criticó a los populares por no decidirse a regularla. En esta legislatura, en 1999, el Senado pidió al ministro de Sanidad, en aquellos momentos Romay, que se encargase al CIS una encuesta para conocer el estado de opinión de la población acerca de la eutanasia. Dicha encuesta es de abril-mayo de 2002. En la Comisión del Senado sobre la eutanasia fueron compareciendo diversos invitados expertos en la materia, pero no se continuó con un debate formal, y con la llegada de Esperanza Aguirre a la presidencia del Senado la comisión murió de inactividad.

Si algunos países europeos, tan miembros de la UE como España, han despenalizado al menos la eutanasia y el suicidio asistido, será cuestión de viajar a esos países no en un turismo de muerte sino para abrir la estrechez de miras de quienes tienen nuestra representación política. Recuerdo que la filósofa Hanna Arendt escribió un pensamiento que nos viene como anillo al dedo: "pensar con una mentalidad amplia quiere decir que se entrena a la propia imaginación para salir de viaje". Hay que salir de la propia habitación a respirar aire libre, salir a la calle, conocer otros ambientes, conocer que la plaza pública, la ciudad es un espacio donde cabe una pluralidad de pensamiento y de mentalidades. Salir del viejo caserón del pensamiento tiene una doble consecuencia: la persona descubre la complejidad de sí misma -que no es la del cristiano viejo ahormado con unas costumbres nacidas de lo religioso- y conoce la complejidad ciudadana, frente a la monocultura de una sociedad que vivía en el encantamiento metafísico religioso. No podemos mirar hacia otro lado y mantenernos encerrados en nuestra geografía política y cerrar el caso diciendo 'que legislen ellos'. Sin embargo, otros piensan e incluso lo escriben en algún libro sobre la eutanasia que estos países no suponen ningún peso mundial pues se trata de "dos países de población comparativamente escasa, un territorio semidespoblado y un Estado del Oeste de los EE UU, también de poca población". Como si el peso de las razones estuviera en la cifra de población de un país y no en la fuerza de las razones. A estas mentes que valoran la realidad por la densidad de población de un país, como si la democracia se rigiese por el número de cabezas que tiene un rebaño, habría que recordarles que la democracia nació en una ciudad-estado, Atenas, de pocos habitantes que pusieron en juego el diálogo democrático 500 años antes de nuestra era.

Los políticos españoles en su gran mayoría no han salido de viaje, esconden la cabeza bajo el ala, o -como decía Pilar Rahola en 1994 desde la tribuna del Congreso- en la práctica están desertando de su "responsabilidad primera que es la de dar cuerpo legal a la demanda social".

Nueva cultura y nueva opinión

La opinión pública española ha evolucionado a favor de la eutanasia. En España hay encuestas que reflejan que un 80% de los españoles se han mostrado a favor de las conductas eutanásicas. Las encuestas son un goteo realizado en silencio de manera anónima. Ningún encuestado se ve forzado a contestar de una manera por el influjo de los que le rodean. Está solo ante la pregunta y la suma de respuestas manifiesta una realidad social de evidente enfrentamiento con el contenido del artículo 143 del Código Penal, una manera de pensar que disiente y cuestiona el orden jurídico establecido, y que considera que no permitir las conductas eutanásicas dentro de un marco de racionalidad y seriedad en la práctica es una violación de la libertad individual del enfermo.

Cabe también preguntarse si hay demanda social desde el campo médico. En ambientes conservadores del mundo médico se insiste en los cuidados paliativos como manera de obviar el problema de la eutanasia. Sin duda que las unidades de cuidados paliativos necesariamente han de crecer en España. En un trabajo de esta revista al parecer con datos recientes nuestro país suspende en

cuidados paliativos. Pero, aun suponiendo que todos los hospitales españoles tuvieran unidades de cuidados paliativos y estuvieran bien dotados de camas y de infraestructuras humanas y de instalación sanitaria, son los mismos médicos los que confieran que no cerrarían el camino a la eutanasia. En un estudio del Centro de Investigaciones Sociológicas sobre Actitudes y opiniones de los médicos ante la eutanasia, realizado en abril-mayo de 2002 (recordemos que es la encuesta que solicitó el Senado) el 84,6 por ciento de los médicos encuestados no creía que una correcta utilización de estas unidades solventaría todas las situaciones de eutanasia. Y un 51,8 por ciento juzgaba que el empleo de estas unidades terminaría con algunos casos de petición de eutanasia o bien no cambiaria su número. Y el criterio sobre la eutanasia lo mostraba la misma encuesta: el 59,9% de los médicos españoles estaba de acuerdo con que se regulase la eutanasia; el 57,6% había recibido peticiones para retirar tratamientos; el 19,5%, para acelerar la muerte, y el 7,8% había recibido peticiones del enfermo de una dosis letal que le permitiera acabar con la vida.

En resumen, el CIS, institución estatal experta en detectar la opinión pública, nos comunicaba hace unos meses que tres de cada cuatro españoles consideran que hay que aceptar la eutanasia y ya en 2002 nos había adelantado que seis de cada diez médicos estaban de acuerdo en que se legislase para regular la eutanasia. Resulta inútil poner en duda la demanda social interna de nuestro país. En un reciente trabajo el profesor Alfonso Ruiz Miguel certificaba en un trabajo la evolución cultural en España: “se está produciendo una transformación desde una cultura dominada por la primacía del valor de la vida que otorga un papel predominante y paternalista a la sociedad y dentro de ella al personal sanitario, a una cultura en la que la autonomía propia del propio individuo interesado comienza a tener una relevancia hasta muy recientemente apenas reconocida pero que debe ser bienvenida” (2).

Y si la democracia es participación de todos, es comunicación pública y es transparencia, alguien tendría que dar repuesta a este clamor de la plaza pública, al menos darse por enterado e indicar que el mensaje ha sido ‘recibido’; los poderes públicos –desde el ejecutivo, el judicial o legislativo- debieran dar razones, argumentos del mantenimiento de la situación actual marcada por el art. 143 del Código Penal. El ejecutivo debiera explicar sus incongruentes idas y vueltas en el tema de la eutanasia sin envolverse en la excusa de falta de demanda pública. Los jueces, si son sensibles a la percepción ciudadana, expresada democráticamente frente a la norma, debieran tener su respuesta específica en forma de recursos ante el Tribunal Constitucional. Y si nadie quiere sentirse implicado y comprometido, hay que abrir una deliberación pública, en que todos, poderes y ciudadanos, entren en un diálogo sereno, pero radical.

Pedagogía de la eutanasia

A veces me pregunto quién ha educado al ciudadano para que reclame la libertad de las conductas eutanásicas. No la familia, ni la escuela. Más bien la calle, la información acerca de las actitudes de enfermos terminales que han servido de fuerza ejemplarizante para los demás. Los enfermos que han dado el paso de disponer de su vida o que han podido hablar por los medios que les han servido de altavoces al menos por unos días o unas horas, que exigen una forma de vida (disponer de la vida y de la muerte) acorde con la dignidad humana, basada en la autonomía del ser humano.

Nadie ni Ramón Sampedro, ni Jorge, ni Madeleine,... estudiaron el look para posar de ejemplos en la sociedad. Ellos vivieron unas experiencias y cuando se les preguntaba las manifestaban con toda franqueza, tenían una voluntad de morir que no ocultaban, deseaban que hubieran un cambio legislativo,...eran personas sencillas a quienes la enfermedad les había hecho todavía más sensibles y humildes. Recuerdo las palabras de Daniel: “La enfermedad me ha hecho ser más humilde y darme cuenta de que no somos más que esa flor o la hoja que la mantiene”. No dan clases, solo se comportan y, si dicen alguna palabra, es tan corta como la de un pie de foto que comenta rápidamente la escena. Así Daniel susurraba: “La ELA ha acabado conmigo en un año. No puedo apenas moverme, comer, respirar ni hablar. Una vida así nadie debería vivirla.”

Estos sencillos personajes -pues no hablamos de líderes de opinión- han sido el origen de una opinión generalizada y de una postura, de una defensa radical de la eutanasia, son los que por contagio han ido creando y reforzando una actitud y opinión generalizada (llamémosla costumbre) que es el reverso de la costumbre normal hasta hace poco implantada por la educación y predicación católica. Hasta ayer estábamos socializados en la antieutanasia (la eutanasia era delito y era pecado), y ahora la población se ha ido socializando en el valor de la eutanasia como derecho individual y esto se manifiesta en las encuestas.

(1) En la web de DMD, en la pestaña POLITICA, se pueden consultar todas las iniciativas parlamentarias presentadas en el Congreso de los Diputados y los textos íntegros aparecidos en el Boletín de las Cortes.
(2) Alfonso Ruiz Miguel, Autonomía individual y derecho a la propia muerte, Revista Española de Derecho Constitucional, mayo-agosto 2010, 11-43.

España suspende en paliativos

César Caballero

El 16 de agosto de 2010 el periódico El País publicaba la siguiente noticia (1): “España no es un buen lugar para morirse. El acceso a los cuidados paliativos, la disposición de medicamentos para afrontar el dolor o los recursos públicos destinados a atender las necesidades del final de la vida dejan mucho que desear”. El artículo se basaba en un informe internacional (2) sobre la calidad de la muerte, con un ranking internacional por países en el que España ocupa el puesto 26 de un total de 40 y con una nota de 4,2 sobre 10.

El número de recursos de cuidados paliativos en España ha aumentado de 265 en 2004 a 417 en 2009, insuficientes para atender a los pacientes susceptibles de ayuda. Según la Organización Mundial de la Salud, la cobertura debería llegar al 60% de los enfermos oncológicos y a un 30% de los no oncológicos, por lo que se necesitan el doble de dispositivos para no dejar a más de 70.000 enfermos terminales sin acceso a paliativos.

Carencias en las unidades de Paliativos

En el Estado español la distribución de los recursos paliativos es desigual, existiendo comunidades autónomas con un excelente desarrollo de estos cuidados como Cataluña y Extremadura, con una cobertura en CP de más del 70%, y otras claramente insuficientes como la Comunidad Valenciana y Castilla y León con una cobertura menor del 20%. Sin embargo, una deficiencia generalizada es el horario de atención, de 8 de la mañana a 4 o 5 de la tarde de lunes a viernes, quedando los pacientes y sus familias el resto del tiempo, las fiestas y los fines de semana a expensas del servicio de urgencias 112, dispositivo poco apropiado para atender un proceso terminal. Otra carencia es la falta de equipos multidisciplinares, supuestamente uno de los pilares de la medicina paliativa, ya que la mayoría no dispone de trabajadores sociales ni de psicólogos. Para Javier Rocafort, presidente de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, “es un sistema injusto; si eres un niño o si tienes una enfermedad no oncológica casi seguro que no accederás a estas unidades, cuando es un derecho marcado por la Ley de Cohesión y Calidad”.

País	EAPC 2006	ECONOMIST2010
Reino Unido	1º	1º
Irlanda	2º	2º
Suecia	3º	11º
Holanda	4º	5º
Polonia	5º	10º
Francia	6º	8º
España	7º	18º
Alemania	8º	8º
Bélgica	9º	3º
Luxemburgo	10º	12º
Austria	11º	4º
Italia	12º	16º
Dinamarca	13º	15º
Finlandia	14º	20º
Grecia	24º	21º
Portugal	25º	22º

En la Comunidad de Madrid de 24 recursos en cuidados paliativos en 2004 teóricamente se pasó a 50 en 2009, en parte por la puesta en marcha de un Equipo de Soporte a la Atención Domiciliaria (ESAD) en todas las áreas sanitarias (en 2004 sólo había en la mitad), una unidad pediátrica, equipos de soporte hospitalario (para atender interconsultas de otros servicios), unidades de cuidados paliativos (con camas propias) y varias unidades privadas de media estancia gestionadas por órdenes religiosas. Pero esta cifra también ha contabilizado recursos docentes, de gestión y psicosociales sin repercusión en el número de pacientes atendidos (por ejemplo, el Hospital Laguna, vinculado al Opus Dei, tiene cuatro dispositivos de cuidados paliativos y la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Gregorio Marañón dos, es decir, los mismos profesionales repartidos en el equipo de soporte hospitalario y la unidad de cuidados paliativos. Además, los equipos domiciliarios de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) desaparecerán próximamente. ¿Son suficientes? Claramente no. Cataluña, con una población similar a la de Madrid, cuenta con casi 140 recursos.

Volviendo al estudio internacional, si quitamos los países que no pertenecen al continente europeo, España se sitúa en el puesto 18. Según los recursos económicos destinados a CP, ocupa el puesto 24. En 2006 la EAPC (Asociación Europea de Cuidados Paliativos) realizó un

informe sobre cuidados paliativos en Europa y otorgaba a España el séptimo puesto. Si comparamos ambos trabajos, veremos que algunos datos son esclarecedores.

En Europa España ha retrocedido en el ranking de cuidados paliativos 11 puestos (del 7º al 18º), resultado que no ha obtenido ningún otro país. Aunque el número de recursos ha aumentado en estos años de 330 a 417 y la población atendida del 30% al 40%, el resultado es claramente insuficiente. "El Plan Nacional de Cuidados Paliativos de 2001 ha fracasado, ya que ha supuesto un avance demasiado lento e injusto de los cuidados paliativos en España. Si en 10 años sólo se ha conseguido atender un 20% más de enfermos terminales, ¿cuantos decenios necesitamos para que la prestación sea universal?"(3) . Otro dato revelador es que el número de camas de paliativos en 2004 era inferior a 1.000, mientras que en 2009 no llega a las 1.500, cuando se necesitarían 4.500 para atender a estos enfermos.

Falta de voluntad política

El acceso a una asistencia paliativa de calidad es un derecho de todos los pacientes, recogido como tal en la ley de muerte digna de Andalucía de 2010. La asociación DMD apoya la universalización de esta asistencia específica al final de la vida, poniendo sobre la mesa la falta de planificación y de recursos, en definitiva, de voluntad política, para extender una prestación importante para los ciudadanos. Hechos que demuestran la incongruencia de los gestores en el debate de la eutanasia. Unos, porque "están por la vida" y otros porque, por temor a irritar a los "pro-vida", utilizan a los paliativos como subterfugio ("primero paliativos para todos, luego ya hablaremos..."). El resultado es que, desde sus respectivas administraciones, casi ninguno cumple con su obligación de garantizar la prestación paliativa, una excusa para no hablar del derecho a la disponibilidad de la propia vida en la que ni siquiera ellos creen.

Conviene repetirlo una vez más: paliativos y eutanasia no compiten (el debate no es paliativos o eutanasia), sino que se complementan (paliativos para todos, pero que cada persona gestione su proceso de morir). Incluso los mejores cuidados paliativos que se prestan en el mundo, como es el caso en Inglaterra, no satisfacen las necesidades de todos, no evitan la muerte voluntaria. Para refutar la falacia que sostiene que unos buenos CP anulan las peticiones de suicidio asistido y eutanasia, basta con observar la realidad: en los últimos años más de 150 personas han viajado desde Inglaterra, la "tierra prometida" de los CP, a Suiza para suicidarse con la ayuda de la asociación Dignitas; y los informes sobre eutanasia en Inglaterra (revista n. 53 de DMD) reflejan un aumento de eutanasias clandestinas de 936 en 2004 a 1.383 en 2008.

¿Cuánto sufrimiento es necesario para tomarse en serio el desarrollo de los cuidados paliativos y la eutanasia? ¿Cuánta muerte chapucera e indigna para un ser humano? En "tiempos de crisis" no es cuestión de dinero. "La media española es que el 69% de los enfermos de cáncer mueren en el hospital, con una estancia media hospitalaria de 17 días, y la mitad acude varias veces a urgencias en sus últimos meses de vida. Gracias a los paliativos en Cataluña hemos conseguido que el 60% de los enfermos mueran en casa, la estancia media hospitalaria se reduce a ocho días y sólo un 10% utiliza las urgencias. El coste por cama de paliativos está entre un 30% y un 40% por debajo de la de agudos. Cataluña dedica a este programa 2.500 millones de pesetas al año. El ahorro por cama y lo que se deja de gastar en otros recursos suman más de 2.000 millones de pesetas, con lo que prácticamente el programa se autofinancia" (4) .

En Cataluña los cuidados paliativos han supuesto un ahorro de 9,5 millones de euros (más de 1.000 euros por paciente) (5). En el Estado español podría ser de 60 a 80 millones de euros, como mínimo. ¿Por qué entonces no existe, desde hace años, una red de cuidados paliativos adecuada? ¿Qué es lo que está pasando? Con frecuencia el cine nos presenta metáforas de la realidad que vivimos. En Canino (Yorgos Lanthimos, 2010) su director hace una alegoría de la familia y la mentira. Inquietante, describe a una familia patológica en la que los hijos, aislados de la realidad, viven de los cuentos de papá y de mamá, con una percepción completamente alterada del exterior. Los padres definen erróneamente, de manera deliberada, aquellos conceptos que podrían ser perjudiciales para la dinámica familiar, manipulando símbolos e imágenes, en una dinámica alienante. ¿No vivimos acaso en una sociedad infantilizada tratada y mantenida como menor de edad, a expensas de las mentiras de quienes nos dirigen?

---

(1) Maria R. Sahuquillo. España suspende en paliativos. El País 16/08/2010

(2) The quality of death. Ranking end-of-life care across the world. Economist Intelligence Unit 2010.

(3) Azulay Tapiero A. La situación actual de los cuidados paliativos y la eutanasia. Bioética y Debat 2/10/2008.

(4) Gómez Batiste Xavier 1998

(5) Serrat-Prat, Picaza et al. publicados en Medicina Paliativa de 2002

Edición XXXIII 2010 2011

Cursos de Humanidades Contemporáneas

UAM UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MADRID

Dimensiones sociales de la eutanasia

Del 14 al 25 de febrero de 2011
de las 18:00 a las 20:00 horas

La eutanasia, la disponibilidad de la propia vida, es un debate complejo de dimensiones jurídicas, médicas, éticas y, sobre todo, sociales. El curso **Dimensiones sociales de la eutanasia** es una propuesta para profundizar en estos aspectos. El objetivo es fomentar la reflexión y el diálogo en un foro universitario abierto a las preocupaciones sociales.

En 2010 el Parlamento de Andalucía aprobó la ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte, cuyo objetivo es garantizar los derechos establecidos en la ley de Autonomía del Paciente de 2002 y una asistencia de calidad basada en los cuidados paliativos.

Como bien saben los filósofos, lo importante no es tanto obtener respuestas como hacer buenas preguntas. Éstas son las que proponemos a la comunidad universitaria y a los alumnos del curso. ¿Por qué la muerte escandaliza a la sociedad y en especial la muerte voluntaria a la medicina? ¿Qué son los cuidados paliativos? ¿Cuál es el origen del conflicto existente entre eutanasia y paliativos? ¿Qué significado tiene la eutanasia y la disponibilidad de la propia vida en el derecho y la filosofía del derecho? ¿Cómo han legislado los países de nuestro entorno cultural al respecto? ¿Qué es el testamento vital? ¿Cómo se muere en un hospital de agudos? ¿Cómo se cuida y se acompaña a un moribundo? ¿Cuál es la respuesta de la sociedad frente a la muerte tecnológica? ¿Cómo ha evolucionado el movimiento en favor de una muerte digna en el mundo y en España?

Son muchas preguntas sobre las que expertos de diversas disciplinas van a profundizar. Se trata tanto de plantear, cuestionar y debatir los problemas relacionados con la eutanasia desde una perspectiva plural.

El curso se realizará con una metodología participativa, dando tiempo para el diálogo entre ponentes y alumnos. En algunas sesiones se utilizará material audiovisual con el testimonio de pacientes y familiares.

Precio del curso: 40,80 euros
Lugar de celebración: La Corrala, Calle Arniches 3-5 Madrid
Matrícula:

Requisitos para matricularse en el curso:
- Impreso de inscripción
- Fotocopia de D.N.I. o del carné de estudiante
- Resguardo del pago en el banco

Descarga el impreso de matriculación en nuestra web **www.eutanasia.ws**

Directores:

Luis Montes
Médico del HSO Leganés y Presidente Federal de DMD

Julián Sauquillo
Catedrático de Filosofía del Derecho de la UAM

Lunes 14
Reflexiones sobre la eutanasia y el suicidio

Gregorio Peces Barba
Catedrático de Filosofía del Derecho de la Universidad Carlos III de Madrid

Martes 15
Morir en España: la muerte en un hospital de agudos

Enrique Mon
Médico intensivista del H.U. de Getafe

Miércoles 16
Muerte voluntaria y medicina

Alberto Fernández Liria
Psiquiatra, Jefe de Servicio del H.U. Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares.

Beatriz Rodríguez Vega
Psiquiatra del HU la Paz de la UAM

Jueves 17
Eutanasia y paliativos: una relación conflictiva

Julia Fernández Bueno
Médica de paliativos del H.U. La Princesa de Madrid

Viernes 18
La eutanasia: entre la moral y el derecho

Manuel Atienza
Catedrático de Filosofía del Derecho de la Universidad de Alicante

El tratamiento penal del suicidio y la eutanasia en España

Carmen Juanatey
Profesora Titular de Derecho penal de la Universidad de Alicante

Lunes 21
Ética de los cuidados al final de la vida

Mª Isabel Teigell
Enfermera de reanimación del HSO de Leganés

Martes 22
El testamento vital

José Mª Miquel
Catedrático de Derecho civil de la UAM

Miércoles 23
La eutanasia en el derecho comparado

Carmen Tomás y Valiente
Prof. Titular de Derecho penal de la Universidad de Valencia

Jueves 24
Morir con dignidad y sociedad: de Terry Schiavo a Eluana Englaro

Fernando Marín
Médico de ENCASA: Cuidados Paliativos

El derecho a morir dignamente en España: atención personalizada

César Caballero
Responsable de Atención Personalizada de la ADMD

Viernes 25
Autonomía del paciente y vulneración de derechos fundamentales

Mª Jesús Díaz-Veiga
Abogada y prof. de Derecho procesal de la Universidad Carlos III de Madrid

El derecho a la vida (digna) del art. 15 C.E.

Antonio Arroyo Gil
Asesor del Secretario de Estado de Asuntos Constitucionales y Parlamentarios (Ministerio de la Presidencia)

Presentar el impreso de matriculación junto con la fotocopia del D.N.I. o carné de estudiante y el resguardo del pago en Caja de Madrid.
Cuenta: UAM TASAS CURSOS CULTURA, C.C.C. 2038 2831 63 6000117794

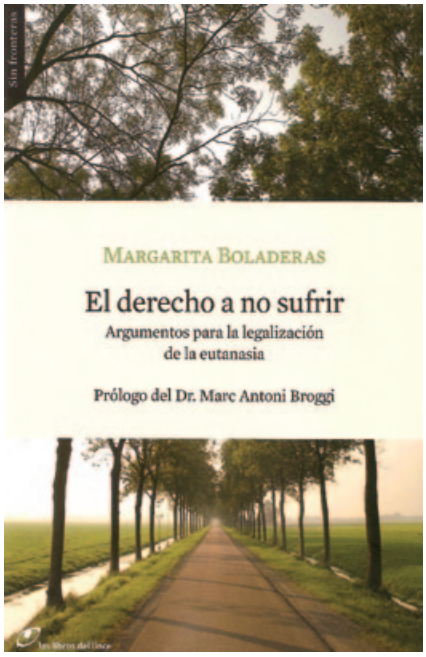
Oficina de Actividades Culturales
Edificio de Rectorado (entreplanta 2ª) • c/ Einstein, 3
Universidad Autónoma de Madrid (Cantoblanco) • 28049 Madrid

Los alumnos matriculados obtendrán diplomas por su asistencia con el número de horas lectivas.
Estos cursos son convalidables por créditos de libre configuración o ECTS.

UAM UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

La profesora Boladeras y la legalización de la eutanasia

Redacción DMD



Colección Sin Fronteras, 184 pp., Los libros del lince, s.l., Barcelona, 2009.

Mi primera pregunta al tomar el libro fue por qué un subtitulo del libro parecia a simple vista el mejor titulo. Tenía en las manos "El derecho a no sufrir. Arugumentos para la legalización de la eutanasia" de Margarita Boladeras. Pero ya en la Introducción la autora me daba la respuesta. A muchos enfermos la medicina no les salva, sino que "les impide morir y les deja en una situación más temible que la propia muerte". Ante esta experiencia y esta situación de tantos enfermos en situación crítica salta y reacciona Margarita Boladeras, catedrática de Filosofía Moral: "no hay principio ético más fundamental que evitar el dolor innecesario". De ahí sin duda el título del libro 'El derecho a no sufrir', y en consecuencia el contenido del libro como 'Argumentos para la legalización de la eutanasia'.

El libro presenta un panorama amplio de la situación de la eutanasia, no es meramente una crónica sino un planteamiento serio y amplio del problema en el mundo de hoy, no olvidando ninguna de sus parcelas. Así la autora va analizando casos recientes de conductas eutanásicas; las instrucciones previas o testamento vital; los países que han despenalizado la eutanasia; la situación jurídica con que se encuentran en España bastantes enfermos con deseo de morir dignamente y sin sufrimiento, el debate público y la opinión publica españoles, sin olvidar el tratamiento del llamativo caso Leganés.

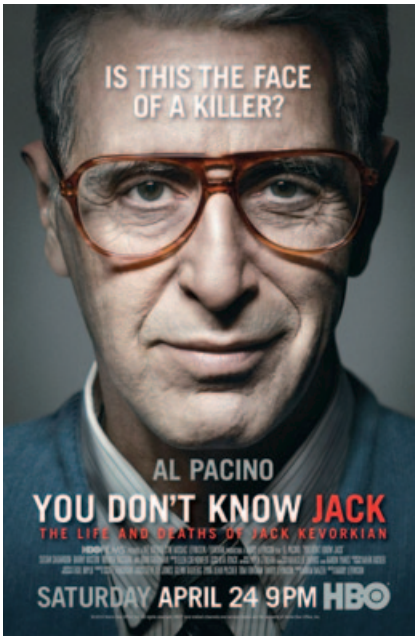
El libro no tiene en su exposición pretensiones académicas sino de poner al alcance de todos la información y la reflexión. Es un libro de interés y agradable lectura que puede ser compañero para hacer frente a cualquier tema acerca de la eutanasia y que podemos recomendar a cualquiera que quiera conocer con seriedad el ámbito de la eutanasia.

Marc A. Broggi, cirujano emérito, también preocupado en sus escritos por la actuación de los médicos con sus enfermos en el proceso final de la vida, en el prólogo rinde homenaje a la labor de Boladeras y al sentido de su trabajo: "los profesionales de la salud aprendemos de ellos (los filósofos) continuamente y nos hemos acostumbrado a su enriquecedora compañía; son ya amigos que sentamos a nuestra mesa, en el comité de nuestro hospital".

Tras la lectura del libro concluiremos que también los que no llevamos bata blanca aprendemos del saber y el sentido humano de esta filosofa moral. A lo largo de la lectura reflexiva del libro he sentido como trasfondo un deseo de morir sin sufrimiento y con dignidad tanto cuando leía casos y comentarios de conductas eutanásicas como cuando se desmenuzan y rebaten los argumentos de los que mantienen posturas antieutanásicas. Y este deseo, como dice la profesora Boladeras, es la expresión del principio ético básico de evitar el sufrimiento innecesario en que se apoya la eutanasia.

No conoces a Jack, el testarudo

Alfonso Ormaetxea



You don´t know Jack
(No conoces a Jack)
Dir. Barry Levinson; Al Pacino, John Goodman, Susan Sarandon, Brenda Vaccaro. 134 m. HBO TV (A la venta en Amazon.com)

Basada en la historia real del doctor Jack Kevorkian, narra la historia de su lucha en el Estado de Michigan, al norte de Estados Unidos, a favor de la muerte digna, de la ayuda al suicidio y de la eutanasia, lo que le valió varios procesos y una condena por homicidio que le supuso más de 8 años de cárcel. Kevorkian contempló impotente la cruel agonía de su madre y decidió que el médico también tenía que ayudar a morir con dignidad y sin dolor a sus pacientes.

Empezó su campaña asistiendo a más de ciento cuarenta personas que sufrían diversas enfermedades, unas en estado terminal, pero otras víctimas de enfermedades crónicas. Contó con la ayuda de su hermana, de la presidenta de la incipiente asociación Hemlock Society, de su abogado y de un amigo que regentaba su propia tienda de suministros médicos. Pero no se limitó a la medicina. Desafió a los tribunales hasta que consiguió que su caso llegara al Tribunal Supremo.

Se trata de una película realizada para la televisión por la prestigiosa cadena estadounidense de cable HBO y eso se nota en el tono aséptico y equidistante, en la rigurosa y fría profesionalidad al filmar, incluso tratándose de un sólido y acreditado director como Barry Levinson (Sleepers, Cortina de Humo...), en un aroma casi documental, en la poca empatía y el tono apagado de los personajes, encendido solamente por la inconmensurable Susan Sarandon, sobre todo en la escena de su muerte.

Pero sus defectos también forman parte de sus virtudes, porque los estadounidenses saben sacar recursos como nadie al medio televisivo, documentar las entrevistas a los personajes secundarios con un barniz de realidad y veracidad, rodear la cinta de una elegante y efectiva banda sonora y contener al a veces sobreactuado Al Pacino, que en esta ocasión hace una faena muy rigurosa y algo despegada, lo que nos permite distanciarnos del personaje al mejor estilo brechtiano.

Hay que tener también bien presente que precisamente al estar hecha para la pequeña pantalla y para el público masivo norteamericano, a los europeos nos choca a veces la simplicidad de los argumentos, lo sucinto de los recursos intelectuales, la estridencia de los personajes más mediáticos, -léase abogados, claro-, y la gris puesta en escena, en tonos muy oscuros, despreciando la naturaleza y rodando las escenas finales de la vida de los personajes de unos ambientes que bordean lo sórdido.

Sin duda es una película bien hecha, instructiva, objetiva y que pone a sus espectadores ante el espejo de la realidad a la que todos tendremos que enfrentarnos, tal y como argumenta el propio Doctor Muerte, como se llegó a llamar a Jack Kevorkian: ¿Cómo prefieres morir, en medio de dolor y sufrimiento o dignamente y cuando uno elija, tranquilamente rodeado por tu familia?

Claro que siempre están los fanáticos religiosos, -de qué religión no importa- que en un momento de la cinta acosan a Kervorkian hasta que éste se da media vuelta para contestar a la pregunta que le gritan los manifestantes: ¿Mi religión? Bach. Johan Sebastian Bach. Al menos fue un personaje real y no inventado como el dios vuestro.

Y el que esto firma se inclina por Tonic, Gin Tonic. Y todos los días entona una plegaria.

Kevorkian

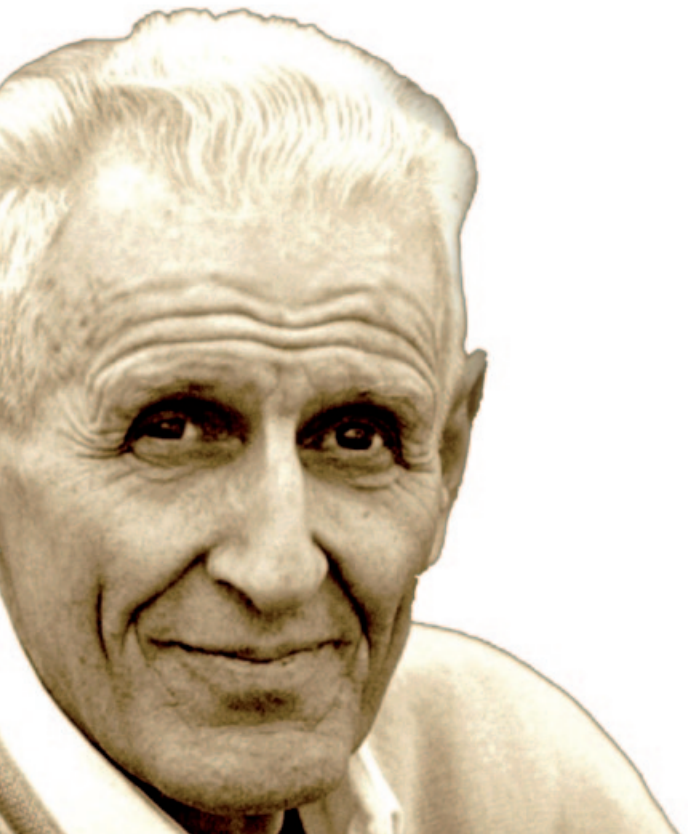
otro médico frente a la Inquisición

Alfonso Ormaetxea

Entró en el tribunal que le juzgaba por homicidio en primer grado ataviado con una toga del siglo XVII y una peluca empolvada y atado a la réplica de un cepo al que se uncía a los reos que se rebelaban contra la intolerancia religiosa de la Iglesia. Renunció a sus abogados, asumió una condena de veinte años, renunció también a la concesión de la libertad condicional por no renunciar a sus principios, le prohibieron ejercer como médico, y afirmó en la TV que todos los médicos juegan a ser dios cuando intervienen en el curso natural de las enfermedades; es decir, siempre. Y les conminó a que ayudaran al buen morir, afirmando que esa es una obligación más del médico.

Este es el retrato robot de un rebelde excéntrico, hijo de armenios exiliados tras la masacre cometida por Turquía en el Genocidio Armenio de principios del siglo pasado. Además es pintor, músico, erudito en su profesión y escritor.

“Ustedes basan todo su mundo y su ideología en mitologías. Y no funciona. Por eso tienen tantos problemas en el mundo. En India, en Pakistán, en Irlanda... Nombren esos problemas. Yo se lo diré: no son más que problemas religiosos, de religión” (Years of Minutes, por Andy Rooney, 2004).



- Nace en Michigan, Estados Unidos en 1928, hijo de armenios exilados; se doctora en medicina en 1952.

- Empieza a colaborar en la prensa alemana en 1980 defendiendo sus ideas sobre la eutanasia; en 1991 el Estado de Michigan le retira la licencia para ejercer la medicina; entre 1990 y 1998 atiende a alrededor de 130 enfermos terminales según cifras manejadas por su abogado; en esos mismos años crea dos aparatos para que los propios pacientes puedan poner fin a su vida el Thanatron y el Mercitron (de la palabra inglesa *mercy*, compasión).

- En 1997 publica su primer disco Paegan Terrorism Tactics con una banda de jazz denominada Acid Bath y pinta varios cuadros, entre ellos el que sirve de cubierta a ese disco; en 1998 hace público un vídeo en que aparece la eutanasia que practicó a Thomas Youk de 52 años, aquejado de ELA, en el que se ve cómo Kervorkian administra la inyección letal al paciente. A continuación reta a la justicia a que se atreva a tomar medidas en su contra.

- En 1999 se le acusa de homicidio en primer grado y de ejercer la medicina y manipular sustancias prohibidas sin las debidas licencias. JK renuncia a la defensa y la asume personalmente. Se le condena a una pena en prisión de entre 10 y 25 años. Kevorkian responde al jurado diciendo que es su obligación asistir a las personas que sufren en el curso de su muerte. Se le deniega la libertad bajo fianza en varias ocasiones al reafirmarse en su decisión de seguir ayudando a acabar con su vida a los enfermos terminales que así lo manifiesten. Cumple algo más de 8 años de prisión y finalmente, en 2006, se le concede la libertad bajo fianza debido a una grave enfermedad, una hepatitis C contraída en Vietnam cuando manipulaba muestras de sangre en trabajos de investigación. A cambio renuncia a atender a terminales reduciendo su actividad a activista de la causa del morir con dignidad.

- Oregón aprueba una ley de eutanasia en ese mismo año.

- El doctor Jack Kevorkian sigue actualmente dando conferencias y apareciendo en los medios de comunicación reivindicando el derecho del ser humano a disponer de su propia vida y a tener un final digno.

Barcelona

El Dr. Sobel y la ayuda al suicidio en Suiza

Redacción DMD

El 28 de octubre pasado celebró sesión extraordinaria el Seminario Permanente de la Asociación de Bioética y Derecho de Barcelona. El acto tuvo lugar en la Sala Fèlix Serratosa del Parque Científico de Barcelona –nos informa María Benítez, presidenta de DMD Catalunya- ya que la sesión era abierta al haber sido invitado a esta sesión el Dr. Jérôme Sobel, médico y Presidente de la Asociación Exit de Suiza Romande, que expuso el tema L'aide au suicide en Suisse actuellement (La ayuda al suicidio en Suiza actualmente), a la que siguió un animado debate entre los participantes. Varios miembros de DMD Catalunya y dos de DMD-Federal, Luis Montes y Fernando Marín participaron en el acto.

La exposición del Dr. Sobel fue en francés y durante el debate hubo ayuda de tradución resumida a cargo de miembros de la Associacò de Bioètica i Dret. Durante las dos horas que duró el acto impartió una clase magistral de cómo se ayuda al suicidio en EXIT y ofreció datos y explicó las dificultades que existen a pesar de estar legalizado el suicidio asistido. Expuso como ejemplo el caso de una anciana que no le fue fácil conseguir un lugar donde morir ya que los inconvenientes que se ponían a cada paso significaban un impedimento para conseguir su objetivo. Habló de las leyes y los problemas que también deben lidiar con ellas.

Ofreció también datos obtenidos de encuestas sobre los motivos y los tipos sufrimiento que llevan a las personas en su país a solicitar ayuda al suicidio. Entre las clases de sufrimiento físico apuntó: pérdida de fuerzas, problemas respiratorios, nauseas y vómitos, sed-hambre, incontinencia fecal o urinaria, escaras de decúbito... Y del sufrimiento psíquico: dependencia, degradación de la imagen personal, pérdida de la identidad, deshonra, humillación, sentirse indigno, ansiedad hasta la agonía o frente al exceso de medicación, soledad, etc.

Bruselas

Balance de seis años de eutanasia

Redacción DMD

Según una reciente encuesta realizada por la Universidad Libre flamenca de Bruselas, el número de eutanasias ha ido creciendo año tras año en Bélgica desde la aprobación de la ley en septiembre de 2002 que autorizaba su práctica. Se ha pasado de 235 en 2003 a 705 en 2008. Por primera vez, este estudio realizado por el profesor Luc Deliens va más allá de las cifras y pergeña los perfiles de los involucrados.

De las 1.917 personas fallecidas por eutanasia, la mayoría son principalmente jóvenes (siendo los hombres un poco más numerosos que las mujeres), con cáncer terminal (93,4%) y que ya no soportan el dolor físico, según las manifestaciones que los enfermos hicieron a su médico.

Una pequeña proporción de pacientes (6,6%) con enfermedades neuromusculares había solicitado la eutanasia por los sufrimientos psicológicos que padecían. Una minoría (18%) de personas mayores de 80 años dispusieron de su vida por eutanasia y esta proporción se mantiene constante. Para el profesor Deliens, la ley no sirve para 'eliminar' a las personas de edad tal como temían y afirmaban los opositores de la eutanasia.

El estudio confirma que la eutanasia es más frecuente en Flandes (83%) que en Valonia (17%), diferencia un tanto llamativa pero que los investigadores explican por las "diferencias en las prácticas médicas".

La ley belga fue votada el 28 de mayo 2002 y protege el médico que "intencionalmente pone fin a la vida de una persona que se lo ha solicitado", cuando este paciente se encuentra en "una situación médica sin esperanza y en un estado sufrimiento físico y mental constante e insoportable que no puede ser apaciguado". La ley belga sobre la eutanasia exige que el médico busque el consejo de un segundo profesional. Un estudio previo realizado en junio de 2009 había demostrado que esta condición no siempre se respeta.

Así Nació
DMD Getafe

Jose Luis Melero Ynaraja

Casi con carácter de urgencia me encargan que cuente cómo ha sido el proceso de alumbramiento del grupo local de Getafe (1) por si puede servir de ayuda en la creación de nuevos grupos. Los pasos del proceso, aparte de la descripción de cada uno, van acompañados de algún comentario que creo puede resultar útil.

Constitución del grupo

Como lo importante era comenzar, pareció que se debía citar a los asociados e iniciar la andadura. Los integrantes eran personas sensibilizadas con el tema, bien por haber asistido a foros o por experiencias personales vividas en algún momento. Ya en la segunda reunión aparecieron personas, que en ese momento no estaban asociadas y a quienes les había ilusionado el proyecto. El grupo quedaba constituido por seis personas: tres del mundo de la sanidad, una del de la política vinculado, además, a la gestión del Ayuntamiento y dos -'cuasi jubilados'- procedentes del mundo empresarial. Al grupo le daba apoyo un tutor, puesto por DMD Madrid, encargado de la formación y consolidación, y el coordinador de estos grupos en Madrid.

La presencia de profesionales de la sanidad (médicos, enfermeras), más si tienen experiencia en asistir a pacientes en sus últimos momentos, me parece un acierto en la constitución del grupo por el conocimiento que aportan y porque le permite al grupo disponer de unos recursos necesarios para funcionar con autonomía en foros, tertulias, etc., una vez se haya desvinculado el tutor. Que en el grupo haya personas con tiempo disponible en los momentos de arranque me parece importante si se quieren agilizar algunos trámites administrativos.

Primeras reuniones

La finalidad de estas primeras reuniones se ha centrado en el conocimiento mutuo de los integrantes del grupo, su formación, y en el conocimiento de la Asociación sobre todo: estatutos, objetivos, principios...

La formación se centró fundamentalmente, aunque ésta no está acabada, en la clarificación de conceptos tales como: eutanasia, suicidio asistido...; el conocimiento de ciertas leyes: Ley General de Sanidad, Ley Básica de Autonomía del Paciente..., y sus fundamentos en la Constitución y en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, aspectos todos ellos esenciales, desconocidos para algunos de nosotros, que han de servir después en tareas de clarificación, de divulgación y sensibilización. Durante este tiempo los componentes del grupo se preocuparon por asistir a foros, encuentros organizado por DMD, donde, además de ampliar conocimientos, se aprende la dinámica de las actividades, los problemas que se suscitan y el modo de abordarlos.

De esta etapa hay que resaltar el papel que representan en el funcionamiento y desarrollo del grupo las figuras del Tutor del Grupo y el Coordinador de Grupos. La figura del tutor como formador, animador, consolidador del grupo nos parece esencial. El tutor por sus conocimientos, experiencias, valores, y por la trasmisión de actitudes, comportamientos... es el garante de que el grupo esté bien integrado, cohesionado, motivado y formado para desarrollar futuros proyectos. La labor del tutor con respecto al grupo debería ir disminuyendo gradualmente a medida que éste vaya ganando en seguridad, pero debería estar a disposición del grupo siempre que éste lo solicite, una vez ya organizado o consolidado.

El coordinador de grupos también merece especial atención, pues aporta homogeneidad en el funcionamiento

de los diferentes grupos y su alineamiento con la Asociación. Además, va a ser quien pueda detectar carencias en materia de formación, ayudar a los grupos a resolver problemas que ya se hayan planteado y resuelto en otros grupos. La asistencia, lograda la autonomía del grupo, debería ser, como en el caso del tutor, también coyuntural. En esta fase es preciso pensar quién puede asumir el papel de responsable de grupo para poder funcionar de manera autónoma. Además del criterio de "disponibilidad de tiempo" deberían ser contemplados los conocimientos, habilidades de relación y organización, si realmente se quiere tener éxito en la gestión del mismo. Esta elección debería estar guiada por el tutor.

Objetivos y reglas de juego internas

Tanto los objetivos como las normas del juego han ido concretándose al paso de las reuniones. Los objetivos hemos tratado de adecuarlos a las necesidades y características de Getafe siempre de acuerdo con el objetivo estratégico de la Asociación. Lo que queda de este año y el próximo lo vamos a dedicar a seguir nuestra formación, sensibilizar a la opinión pública de Getafe para que dejen de verse como tema tabú; formar e informar sobre los derechos de los ciudadanos, la realidad de la muerte digna, la eutanasia, el suicidio asistido; potenciar la presencia social en el municipio, crear una asesoría que pueda dar respuesta a los problemas ligados a la etapa final de la vida; realizar estudios conjuntos con asociaciones ciudadanas en temas relacionados con la muerte, el sufrimiento, las secuelas y cómo paliarlas; seguir colaborando con el Ayuntamiento de Getafe en la asesoría ciudadana por una muerte digna y buscar que el registro del testamento vital se pueda hacer de manera más cómoda para los ciudadanos del pueblo; sin descartar el poder trabajar tanto con la Universidad como con los Institutos de la zona.

Las reglas de juego, aunque no están escritas, son un reflejo de los comportamientos observados por algunos de nosotros en las personas que forman la Asociación y que consideramos esenciales para mantener una asociación plural como ésta, integrada por gente de diferentes ideologías y creencias, de manera cohesionada. Tolerancia, respeto, generosidad, solidaridad y coherencia son valores que pretendemos guíen nuestra actuación dentro del grupo evitando, además, que aparezca el nefasto juego de "quién domina a quién". Nos falta todavía que todos los integrantes del grupo tengan claro su papel-responsabilidad dentro del mismo y puedan ver claramente su aportación o utilidad.

Presentación de la Asociación en sociedad

Potenciar la presencia social de DMD en Getafe suponía tanto darnos a conocer como asociación como aumentar el número de socios y simpatizantes en el municipio si pretendemos que los partidos políticos nos tengan en cuenta a la hora de elaborar sus programas electorales. Que las personas del grupo estén bien relacionadas socialmente y la buena relación con un periódico local han servido para que salieran publicadas entrevistas a Luis Montes y Miguel Casares, y se diese información de los eventos relacionados con la Asociación. El habernos encontrado un gobierno municipal progresista que apuesta políticamente por estos temas, y también el que con anterioridad Luís Montes hubiese dado charlas en la Universidad Carlos III y en el Teatro García Lorca, ambos en Getafe, han propiciado que el Ayuntamiento nos haya encargado llevar la Asesoría Ciudadana por una Muerte Digna (asesoramiento sobre el testamento vital). Posiblemente el hecho que más nos ha ayudado ha sido contar en el grupo con una persona que presta sus servicios en el Ayuntamiento. Así nos ha guiado y ayudado eficazmente en todos los trámites administrativos.

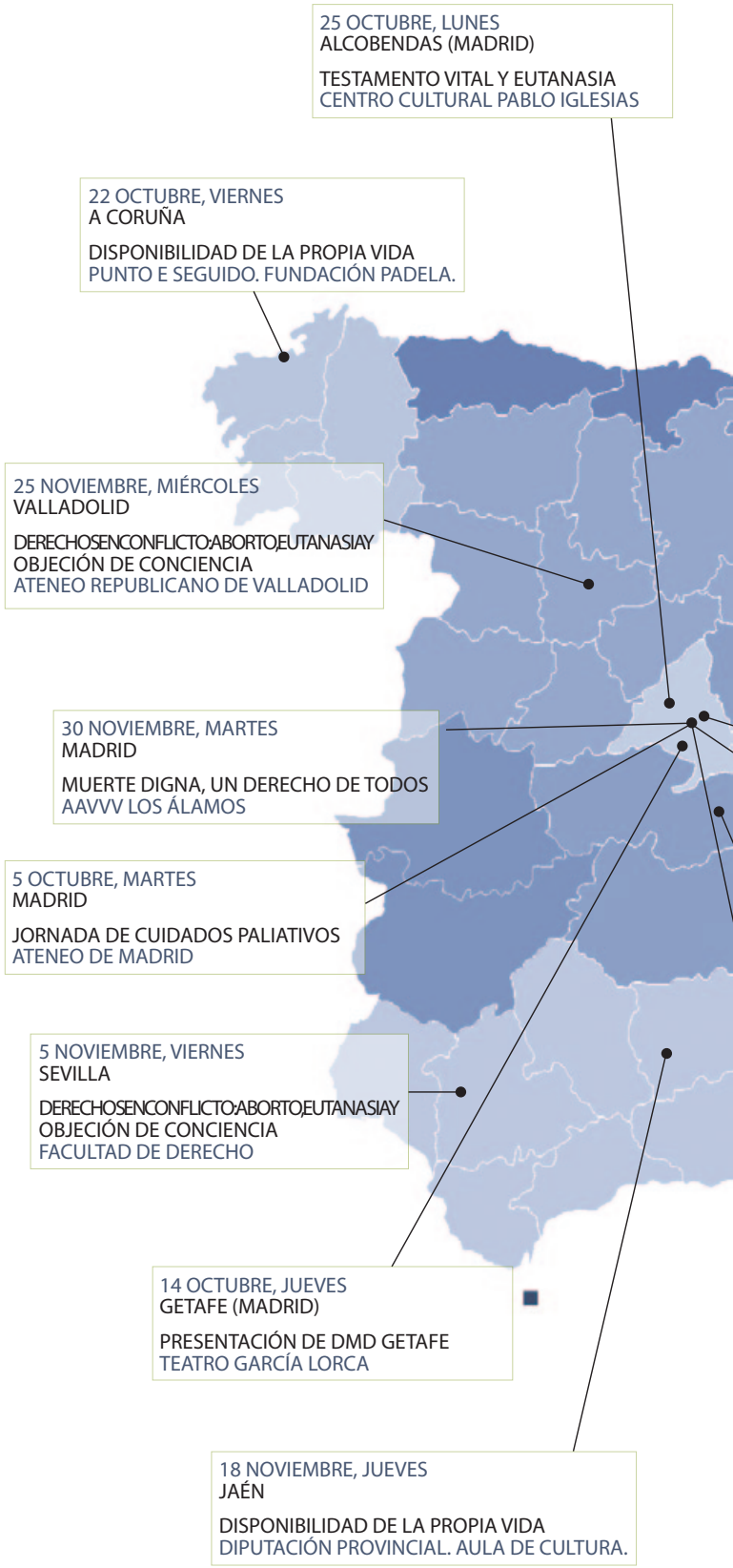
Hasta el momento hemos dado los siguientes pasos: inscripción de la Asociación en el Registro de Asociaciones y Entidades Ciudadanas del Ayuntamiento de Getafe; inscripción en el Consejo Sectorial de Salud de Getafe y aprobación por el Consejo de la pertenencia al mismo; petición y concesión de un local como sede de la Asociación para la realización de sus actividades; presentación formal de DMD Getafe, a cargo de Luís Montes, en la Sala de Conferencias del Teatro García Lorca; presentación formal de DMD Getafe en el salón de plenos del Ayuntamiento a todas las asociaciones que forman parte del Consejo Sectorial de Salud. Quedan pendientes las presentaciones y contactos con cada asociación del Consejo Sectorial de Salud, con los consejos de barrio, los centros cívicos, los partidos políticos y representaciones sindicales.

(1) Getafe es uno los municipios más industrializados del área metropolitana de Madrid. Tiene una población de 167.164 habitantes (INE 2009)

DERECHO A MORIR DIGNAMENTE
ASOCIACIÓN FEDERAL

DMD
Presidencia Federal
Un país en la mochila

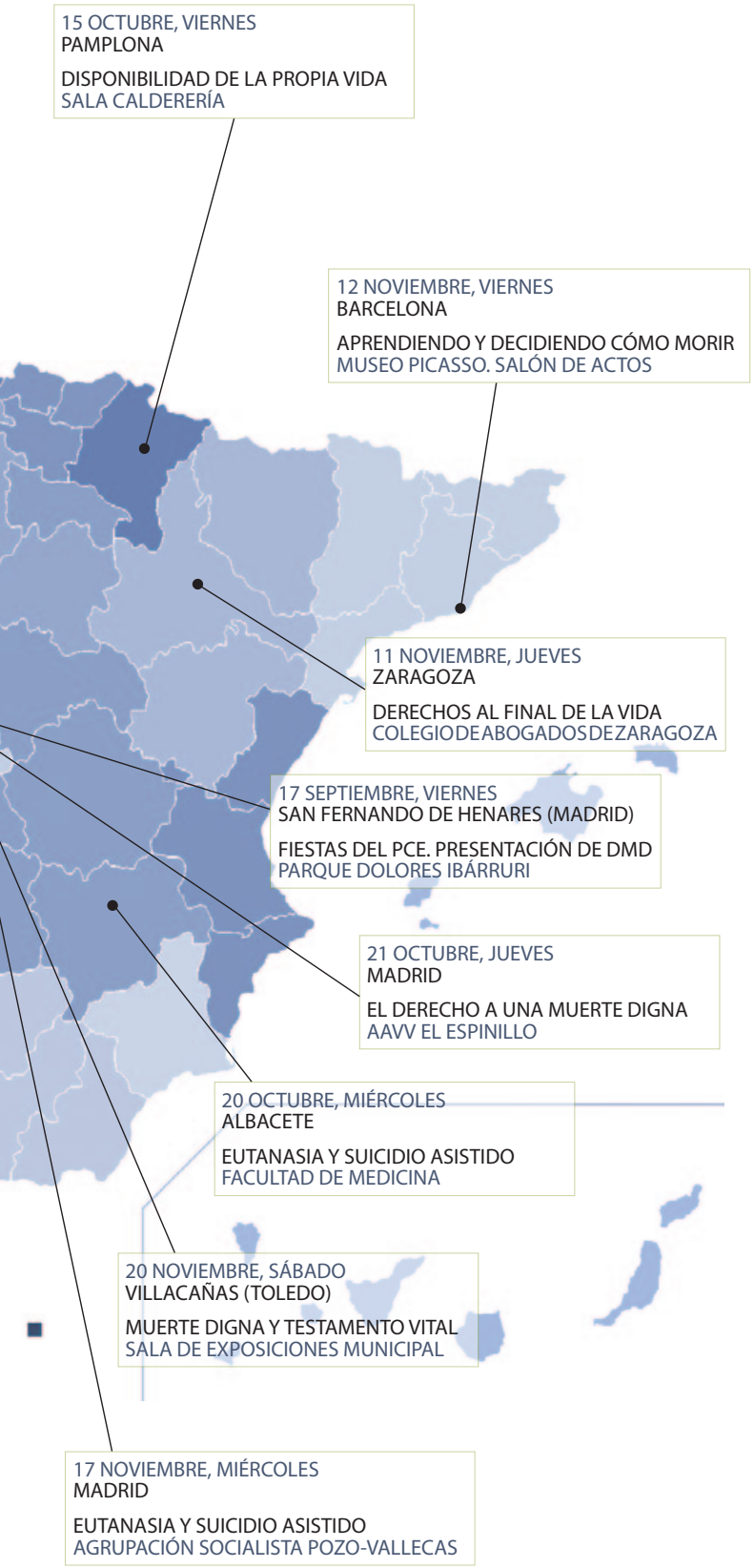
Redacción DMD Madrid



De Luis Montes, presidente de AFDMD, también se podría decir que lleva 'el país en la mochila'. El tiempo que le dejan sus tareas profesionales son para DMD en cualquier lugar del país donde le necesiten o le reclamen.

Potenciar y extender la asociación, impulsar la creación de asociaciones autonomicas, cohesionar a los socios de cada asociación, animarles, darles presencia en su espacio regional, vincular a todas las asociaciones,...solo se logra con viajes, kilómetros a la espalda, distendidas charlas, actos públicos, presencia en diarios y revistas, emisoras de radio ...

Las huellas dejadas por estas conferencias y contactos se aprecian en el artículo de Santiago Navarro, periodista y miembro de DMD, publicado en la revista local de Pamplona Iruñerrian Auzolan, del que espigamos algunos párrafos en la página contigua.



"La charla que el médico salmantino Luis Montes ofreció el pasado 15 de octubre en Iruña con el nombre de 'Disponibilidad de la propia vida', además de acercar a Nafarroa la figura del ex-coordinador de urgencias del Hospital Severo Ochoa en Leganés, sirvió en bandeja a quienes se han interesado por la lucha en pos de una muerte digna, la posibilidad de conocer algo más sobre este mundo en el Estado Español de nuestros días. Gracias a iniciativas como ésta, encima, pueden conocerse las verdaderas razones de lo que se considera el mayor escándalo de la sanidad pública en muchos años.

Pero este desgraciado incidente sólo es el caso más popular de los que conforman la búsqueda de la regularización de la muerte asistida, pues debe recordarse que la asistencia en la agonía del ser humano está reconocida en las leyes, que incluyen el uso de sedaciones terminales conducentes a evitar el sufrimiento inútil en la muerte. Aunque no sea fácil de encontrar por hallarse descatalogado, el libro que Montes tituló 'El Caso Leganés' y escribió con la colaboración de Oriol Güell describe con minuciosidad este intento de acoso y derribo que muchos conocen como el "Bulo de Leganés".
En el libro, publicado por Aguilar, se lee: "En Leganés atendemos unas 100.000 urgencias al año, de las que menos de 50 reciben sedación terminal...". Y se aclara que "la regulación de la eutanasia no implica ningún escenario apocalíptico, como se nos ha querido hacer ver". Tal debate, el que existe realmente desde hace mucho tiempo sobre la eutanasia, puede ayudar a conocer también que, desde 1995, están despenalizadas algunas prácticas como la sedación terminal. Es cierto que el 21 de enero de 2008, la Audiencia de Madrid acabó con las dudas sobre la mala práctica en el proceso en cuestión... a nivel jurídico. Sin embargo, el reconocimiento de la honesta actuación del equipo de Montes no ha evitado la demonización de prácticas que suponen un avance difícil de aceptar para los defensores de la medicina más tradicional.

Sea como fuere, puede pensarse que ya no se puede detener el combate entre pluralismo y fundamentalismo, posturas que defienden los antagonistas en este deseo de salir de una vida cómo y cuándo se quiera, algo que, evidentemente, defiende la asociación Derecho a Morir Dignamente (DMD) a la cual pertenece también Luis Montes y pretende hacer reflexionar sobre el final de la vida, ya que sus socios y quienes la apoyan consideran que se tiene derecho al rechazo de tratamientos y a la limitación del esfuerzo terapéutico en caso de enfermedad irreversible y/o terminal, al alivio del sufrimiento con cuidados paliativos y, en ocasiones excepcionales, a la eutanasia y al suicidio asistido."

DERECHO A MORIR DIGNAMENTE
MADRID

DMD Madrid

La expansión en el área metropolitana

Redacción DMD Madrid

El 9 de noviembre se celebró la asamblea de la asociación en la Escuela Julián Besteiro. Hubo buena asistencia de socios y un amplio e interesante coloquio en la segunda parte de la asamblea. En primer lugar se eligió la nueva junta directiva. La única candidatura presentada –presidida por Fernando Marín, fue elegida sin votos en contra y con una abstención.

La asociación en Madrid cuenta con 875 socios; ha habido bajas sobre todo por defunción y han sido cerca de 200 los nuevos socios incorporados en el último año. Después de 25 años de vida la asociación siente que tiene mayor presencia e influencia en la sociedad, vive un momento de crecimiento y expansión por grupos asentados en municipios del área metropolitana de Madrid y la oficina de Puerta del Sol abre también de 17,00 a 20,00 horas por la tarde. El plan estratégico tiene tres puntos principales: la expansión de la asociación que ha de suponer un crecimiento de socios, pero con formación y activismo, la búsqueda de influencia política para una reforma de la normativa legal de la eutanasia y la atención personal al socio en el final de la vida.

Se informa de los focos principales de expansión: grupos locales de Getafe, Fuenlabrada, Leganés, Rivas,... del funcionamiento de las tertulias de Vallecas, una vez al mes a las 19,00 horas, etc.

Se presenta el curso 'Dimensiones sociales de la eutanasia' que se va a impartir en colaboración con la Universidad Autónoma de Madrid en una corrala que ha habilitado la Universidad (de este curso se informa en las páginas de la revista). Y como último punto de la asamblea Luis Montes informa de la expansión de AFDMD en diversos puntos del país.

En el coloquio se habló y debatió sobre diversas propuestas de actividad de la asociación, de la formación de grupos activos de socios por distritos de la ciudad, de la estructura –tanto institucional como de funcionamiento- de DMD con la incorporación de los grupos locales de diversos municipios regionales, etc.

EXTRACTOS DEL ACTA DE LA ASAMBLEA DE SOCIOS.
10/11/2010

"Toma la palabra el actual Presidente, Fernando Marín, para presentar a los miembros de la candidatura. Se aprueba la candidatura con una abstención y 66 votos a favor"

"Elegida la nueva Junta Directiva, el Presidente electo, Fernando Marín, hizo un repaso de lo acontecido a la Asociación en el año 2010. Comunica que somos 875 socios en Madrid al día de la fecha y que se han producido 200 nuevas incorporaciones en este año, lo que es un crecimiento nunca antes experimentado ya que en sus últimos 20 años el crecimiento ha sido sostenido pero de mucha menor cuantía. Lo achaca el Presidente a la incorporación del Dr. Luis Montes a la Presidencia Federal, al enorme incremento en número de actos públicos y al haber podido contratar a personas que trabajan para la organización en tares concretas liberando así a la junta y permitiéndoles una mayor presencia pública. A su juicio, la mayor proyección social ha propiciado mayor conocimiento de DMD por el público y mayor número de afiliaciones. Informa también que, gracias a estas incorporaciones se ha podido hacer realidad una vieja aspiración como era la apertura de la oficina de Sol por las tardes a demás de las mañanas, lo que supondrá sin duda una mejor asistencia a los socios y simpatizantes."

"A continuación, Fernando Soler y José Luis Melero, intervienen explicando cómo ha sido la dinámica de formación de los Grupos Locales de Getafe y Leganés y se informa que el primero forma ya parte del Consejo Sectorial de Sanidad, se ha presentado en sociedad y ha participado en varios actos públicos en su corta vida. El grupo de Leganés está en tramitación de su inscripción en el Registro Municipal de Asociaciones.

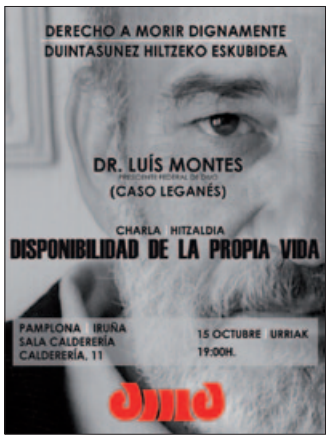
Se inicia el coloquio preguntando una socia si no se corre el peligro de atomizar DMD con los grupos locales. Se le responde por el Presidente y por José Luis Melero, que la única personalidad jurídica es DMD-Madrid y que existe la figura del coordinador de grupos que garantiza una marcha de actividades acompasada con la organización."

DUINTASUNEZ HILTZEKO ESKUBIDEA
EUSKADI

DMD Euskadi

DMD-DHE Euskadi viaja a Pamplona

Redacción DMD Euskadi



Navarra cuenta ya con 20 socios. La noticia más significativa que podemos comunicar en esta página es que con el apoyo de Luis Montes hemos ayudado y sobre todo hemos sido testigos de la formación de un grupo autonómico de DMD en Navarra gracias al impulso de Manu Eciolaza.

DMD-DHE Euskadi, al sentirnos vecinos de Navarra y ser animados por la presidencia de DMD Federal, decidimos conocer el número de personas asociadas, convocar en abril pasado una reunión de socios/as en Burlada (Navarra). De esta reunión surgió el compromiso de organizar una conferencia en Pamplona que podría servir para conocer a los socios y, quizá, para organizar un grupo autonómico, dado que cuentan con un médico entusiasta, Manu Eciolaza, y socio de DMD que es el que se está moviendo.

El día 15 de octubre se celebró la conferencia que impartió Luis Montes en la Sala Calderería, del Ayuntamiento, en Calderería nº 11, resultando un gran éxito. El tema que expuso Luis Montes fue "Disponibilidad de la propia vida". Asistieron unas 200 personas, muchas del ámbito sanitario que hicieron que la participación fuera rica, fluida y clarificadora. A la salida la mayoría mostraba mucho interés por la documentación e información que habían recibido. La prensa se hizo eco del acto y el día 26 de octubre Manu Eciolaza participó en un debate en Popular TV Navarra en el programa "Contraste".

En la actualidad hay unas 20 personas asociadas, de estas unos 7 nuevos socios son anteriores y posteriores a la conferencia. De momento esto es lo que hay. Desde DMD-DHE Euskadi seguimos en contacto con Navarra y estamos dispuestos a colaborar en el proceso de formación de un grupo autonómico contando siempre con la Federal.

DMD Euskadi a pie de calle. Todos los primeros sábados de mes socios de DMD Euskadi estamos presentes en el mercado del Casco Medieval de Vitoria-Gasteiz con nuestra mesa expositora. Informamos sobre los fines de la asociación y sobre el sentido y contenido de un Documento de Voluntades Anticipadas, hablamos del Manifiesto de Santander y recogemos firmas de apoyo y también es la ocasión para recoger direcciones de correos electrónicos para que puedan recibir el boletín on line de la Asociación.

En Munguía (Bizkaia) hubo a finales de mayo una mesa expositora con motivo de la Feria de la Salud. En el número de septiembre de la Revista AKTUAL, editada en Vitoria, salió una reseña sobre la Asociación DMD. Se habla de la razón de ser, finalidad, objetivos, lo que reivindica... Una buena reseña. AKTUAL es una revista muy conocida de gran tirada y gratuita.

Registro vasco de DVA. En una entrevista que mantuvimos con el responsable del Registro Vasco de Voluntades Anticipadas, el 16 de febrero, obtuvimos los datos estadísticos, desglosado por edad, sexo y provincias, sobre las firmas de dicho documento registradas en el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. En una población de 2.147.754, 5.641 personas han registrado su Documento de Voluntades Anticipadas; 3.803 mujeres y 1.838 hombres.

Más actos en noviembre y diciembre:

El 29 de noviembre, en Vitoria-Gasteiz, habrá una charla con visionado del corto "La dama y la muerte" en la Facultad de Farmacia de la Universidad.

El 3 de diciembre en Bilbao Fernando Marín dará una conferencia sobre "Eutanasia: un conflicto para una medicina en crisis", en el Centro Cívico Bidarte de Bilbao.

DRET A MORIR DIGNAMENT
CATALUNYA

DMD Catalunya

Aprendiendo y decidiendo cómo morir

Redacción DMD Cataluña

Foro Espacio de Libertad.
Barcelona

La Fundación Ferrer i Guàrdia y el Moviment Laic i Progressista organizaron y convocaron el Foro Espacio de Libertad. La Fundación Ferrer i Guàrdia trabaja desde 1987 por la laicidad, como exigencia de neutralidad del Estado ante las diferentes opciones de conciencia (religiosa o no religiosa) y como la meta para crear las condiciones de emancipación de toda la ciudadanía, apostando por la educación, la extensión de los derechos de ciudadanía como garantía de que cada miembro de la comunidad pueda definir su proyecto de vida sin dogmas, tutelas o autoridades arbitrariamente impuestas.

Este Espacio de Libertad supone un encuentro de personas y organizaciones ciudadanas que apuestan por la emancipación en un marco de igualdad, y también un ejercicio de actualización de su pensamiento y de su acción en torno a cómo la ciudadanía puede construir sus espacios de libertad y luchar para la ampliación de sus derechos. A este Espacio fuimos invitados y estuvimos presentes los días 5, 6 y 7 de noviembre en Barcelona.

La Asociación DEMPEUS y DMD-Catalunya organizaron una jornada de debate sobre Aprenent i decidint com morir (Aprendiendo y decidiendo cómo morir) el día 12 de noviembre.

A las 17.30 de la tarde comenzaron en la sala de actos del Museo Picasso (c/ Montcada, 15-23) siguiendo el programa establecido: M ª Ángeles Martínez Castells, presidenta de DEMPEUS presentó la jornada y Luis Montes, médico del Hospital Severo Ochoa de Leganés, expuso el tema 'Derechos al final de la vida'. A continuación se organizó una mesa redonda en relación al tema 'Aprendiendo y decidiendo cómo morir', moderada por Gustavo Subirats, socio de DMD-Catalunya, y con la participación de Antonio Barberà, médico clínico y Salud Pública, Cristina Montané, Asociación de familiares de Afectados FM-SFC-SQM, María Benítez, presidenta DMD Cataluña y Albert Royes, del Observatorio de Bioética de Barcelona. A continuación de las exposiciones de los miembros de la mesa se abrirá un coloquio entre los asistentes y ponentes.

DMD Andalucía

Córdoba, Málaga y Sevilla
los tres centros de DMD en Andalucía

Redacción DMD Andalucía

En el número anterior la Asociación DMD en Andalucía nos informaba de que, a pesar del poco tiempo de recorrido, eran ya 160 socios entre todos los puntos de Andalucía. Isabel Torres nos informó de la formación del grupo de Córdoba. Hoy Penélope, desde Sevilla, nos habla del grupo sevillano.

El primer encuentro de DMD Sevilla fue el 6 de octubre en el Ateneo Popular de Sevilla. Nos pudimos juntar 15 socios con Luis Montes, Carlos Vara e Isabel Torres y en esa reunión nos propusieron crear un grupo en Sevilla. Dos de nuestros socios encontraron un local donde reunirnos, que en principio va a ser nuestro lugar de reunión habitual: Centro Cívico Torre del Agua en C/ Editor José Manuel Lara s/n. Enviamos un correo electrónico a todos los socios citándolos para la primera reunión el día 16 de octubre, y asistimos 9 socios. Como primer encuentro estuvo muy bien y entre otras cosas nos planteamos como primer objetivo ampliar el número de socios.

Desde entonces estamos en contacto con todos los socios por mail, enviándonos información hasta la próxima reunión que será el 20 de noviembre.

Y José Mª García nos aporta información de DMD en Málaga con estas palabras:

La Asociación DMD Federal ha puesto en marcha la creación de grupos locales con el fin de que el mensaje que queremos dar a la sociedad llegue de forma más clara y cercana. La idea es ciertamente buena y me atrevo a compararla con la Teoría del Big Bang, de forma que "De un solo punto (DMD Federal) y tras una expansión de materia (grupos locales) se llegará a los más recónditos lugares del Universo (en nuestro caso a cada ciudad de nuestro país)". Esto, en el caso de Andalucía, supone la creación de tres Asociaciones: Andalucía occidental, Andalucía centro y Andalucía oriental, aunque el tiempo dirá si es más operativo tener dos, puesto que en nuestra Comunidad Autónoma siempre se ha hablado de Andalucía oriental y Andalucía occidental.

Con esta idea de formar grupos a nivel local esperamos que en un futuro cada ciudad andaluza tenga una sede de DMD. Esto nos permitirá tener una cercanía al socio y a la sociedad (a través de instituciones, asociaciones de vecinos, colectivos varios, etc.) desconocida hasta ahora.

Con esta idea y tras contactos previos con DMD Andalucía y DMD Federal, está empezando a ver la luz DMD Málaga. En nuestra provincia somos actualmente 21 socios (dentro de poco 22) que aún no nos conocemos. Por ello, vamos a convocar una reunión que tendrá lugar, aproximadamente, a mediados del próximo mes de enero para "poner cara a los nombres", ver cómo podemos empezar nuestra andadura, quiénes están dispuestos a colaborar más allá de pagar una cuota anual, cómo vamos a ponernos a trabajar, etc.

Casi sin quererlo, y mucho menos sin pretenderlo, me he convertido en la cabeza visible del grupo en Málaga. Ello conlleva, sin duda, una gran responsabilidad, en primer lugar con los socios y en segundo lugar con la sociedad en general. Mi entrada en la Asociación se produjo a raíz de una experiencia personal que me hizo plantearme muchas cosas, entre ellas que la vida no es como nos la quieren contar ciertos "estamentos" (o al menos no totalmente), que hay muchas formas de entenderla y que hay que respetar la individualidad de cada persona respecto a ella. Cuando empecé a pensar en todo esto me dí cuenta de la cantidad de gente que quiere gobernar tu vida (familia, amigos, instituciones, etc.) y del poco respeto que hay por la libertad individual e innegociable de cada persona a hacer con su vida lo que le plazca, sobre todo en condiciones de sufrimiento extremo y agonía. Según ciertas personas, la vida es de Dios y solo él puede decidir cuando acabar con ella. Esta frase nos convierte en marionetas, en esclavos de ese 'Dios', puesto que no tenemos la LIBERTAD de elegir sobre nosotros mismos.

Quisiera terminar este escrito agradeciendo a DMD Federal, y especialmente a Fernando Marín, Luis Montes, Pablo Soler e Isabel Torres, su inestimable ayuda y colaboración en este proceso de gestación.

Por el derecho a una muerte digna

Hazte socio

Actividades de DMD

- **Difusión** en la sociedad de los fines de la Asociación promoviendo una opinión pública favorable.
- **Reivindicación de derechos** ciudadanos colaborando con instituciones, movimientos y colectivos ciudadanos, para influir social y políticamente.
- **Atención al socio** en relación con el final de su vida: derechos, recursos, testamento vital, grupo de ayuda mutua, etc...

Servicios que te ofrece DMD

- **Información actualizada sobre la muerte digna.**

  Página web con acceso a una zona exclusiva de socios, envío periódico de boletines electrónicos y de la revista de DMD al domicilio, invitación a actos públicos (conferencias, debates, cine-fórum, cursos, etc.)

- **Participación en las actividades de DMD.**

- **Atención personalizada al final de la vida.**

  Asesoramiento médico y jurídico sobre sus derechos, testamento vital (modelos, requisitos, registro, utilidad...), recursos asistenciales existentes (cuidados paliativos públicos y privados, red de sanitarios por una muerte digna), decisiones al final de la vida, guía de autoliberación (socios con 3 meses de antigüedad).

entra en www.eutanasia.ws y asóciate

DMD FEDERAL
Puerta del Sol 6, 3º Izda
28013 Madrid

☎ 91 369 17 46
✉ informacion@eutanasia.ws
✉ grupos@eutanasia.ws
✉ web@eutanasia.ws

DMD GALICIA
Apartado de correos 2010
15704
Santiago de Compostela

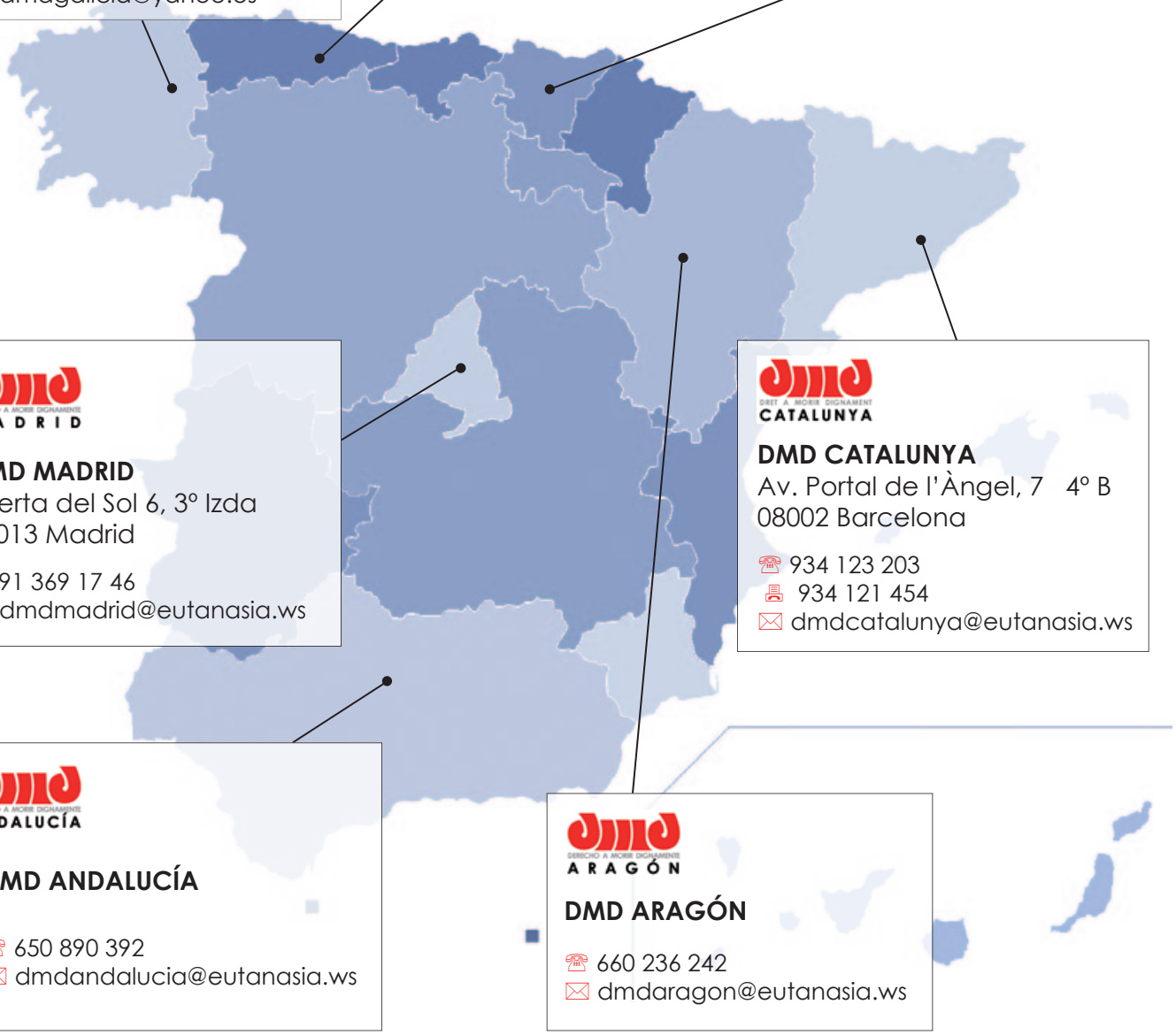
☎ 657 107 634
635 083 140
✉ dmdgalicia@yahoo.es

DMD ASTURIAS
Apartado de Correos 169
33500 Llanes, Asturias

☎ 628 362 300
✉ dmdasturias@yahoo.es

DMD EUSKADI
Apartado de correos 362
01080 Vitoria-Gasteiz

☎ 635 729 176
✉ dmd-dhe@gmail.com



DMD MADRID
Puerta del Sol 6, 3º Izda
28013 Madrid

☎ 91 369 17 46
✉ dmdmadrid@eutanasia.ws

DMD CATALUNYA
Av. Portal de l'Àngel, 7 4º B
08002 Barcelona

☎ 934 123 203
934 121 454
✉ dmdcatalunya@eutanasia.ws

DMD ANDALUCÍA

☎ 650 890 392
✉ dmdandalucia@eutanasia.ws

DMD ARAGÓN

☎ 660 236 242
✉ dmdaragon@eutanasia.ws

Hazte amigo y fan en facebook.
Síguenos en twitter.
Lee nuestra revista en issuu.

Manifiesto Santander

que nadie decida por ti

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.

Firma este manifiesto en www.eutanasia.ws