



ASOCIACIÓN FEDERAL

DERECHO A MORIR DIGNAMENTE

71/2016

3€



EN CAMINO AL **DERECHO A MORIR**

OBSERVATORIO PARA
EVALUAR LA MUERTE DIGNA

**EUTANASIA SÍ,
EUTANASIA NO**

change.org

Pídele a las futuras parlamentarias y parlamentarios que

Apoyen una ley que regule el derecho a vivir y morir dignamente

Para miles de personas en nuestro país, cada nuevo día es una prueba dolorosa: nos vemos obligados a depender de otras personas para las acciones más elementales, como el aseo o cambiar de posición en la cama, a la que ha quedado reducido nuestro horizonte. Ya no somos nosotros y somos una carga que no quisimos ser; que nadie normal querría nunca tener que ser para su familia. Y no es que no lo hagan con amor y dedicación. Es que **el resto de dignidad que nos queda en esta lamentable situación no encuentra ningún sentido a este “no vivir”.** Porque la vida es mucho más que esperar la muerte y deseársela como una liberación.

Para cientos o miles de personas, conciudadanos suyos a quienes tienen el deber constitucional de proteger, la vida se reduce a esperar que el próximo minuto pueda ser, por fin, el último. Para demasiadas personas hace tiempo que la vida dejó de ser un bien.



Les **pedimos como futuras parlamentarias y parlamentarios que cesen en el empeño de anteriores gobiernos, por acción o por omisión, de negarnos el derecho a obtener la ayuda que necesitamos para poner fin a este estado lastimoso e indigno.** Su negativa no puede justificarse en razones morales que no comparte la inmensa mayoría de españoles y españolas.

Tras las próximas elecciones generales es probable que se constituya **una nueva mayoría parlamentaria sensible a nuestro sufrimiento, al de nuestras familias y, sobre todo, respetuosa con los valores de dignidad y libertad que consagra nuestra Constitución.**

Apelamos a esa nueva mayoría para que su acción política sea sensible a este derecho ciudadano de nuevo cuño: el derecho a decidir sobre la propia vida y el propio cuerpo y tengan el coraje de despenalizar y regular legalmente la ayuda altruista necesaria para lograrlo.

 Súmate con tu firma en

www.change.org/libreshastaelfinal

2
EDITORIAL

En camino
hacia la
ley

Los Parlamentos
Autonómicos abren
el debate sobre la
eutanasia

11

4



El 20D y los
compromisos
programáticos

Al menos
ha entrado
en la agenda
política

8

Hacia la
exculpación
de la
eutanasia

9

Se
muere
mal

25



Cómo impulsar la
derogación del delito de
auxilio al suicidio

15

Observatorio para
evaluar el morir

Conocer el mal morir
es necesario para
atender al paciente
con dignidad

20

Eutanasia no,
eutanasia sí

Del estado de
excepción
al estado de
necesidad

32

Ahora que estamos
a tiempo de decidir

30

40

Crónica
de una
decepción
anunciada



“Si no voy a
tener una vida
satisfactoria,
prefiero terminar”

36

La eutanasia gira a la
izquierda en Portugal

47

No me molestéis.
Quiero dormir
mucho tiempo



47

A derradeira lição de magre



45

El movimiento de la
muerte digna en los
países nórdicos

Diseño de Portada:
Sandra Llanas, socia DMD

En camino hacia la ley

Llevamos más de 20 años en la lucha por una ley de libre disposición de la vida y podría parecer que estamos todavía en la línea de salida. La categoría de 'la muerte digna', como muerte en libertad, todavía se sitúa en la sociedad española como cuestión pendiente... Sin embargo, surgen nuevas esperanzas pues en los últimos tiempos algo está cambiando: la mayoría de partidos han dejado constancia en sus programas electorales de que la sociedad en su conjunto, sea cual sea la opción política o religiosa del individuo, reclama el respeto a la libertad personal en el proceso final de la vida. Tanto el suicidio asistido como la eutanasia ya no son ni actuaciones de individuos marginales ni temas vetados, ajenos al diálogo político; hoy se encuentran en medio de la escena ciudadana y han entrado en la agenda política.

Habrà que recordar una anécdota que puede ser muy significativa en estos momentos. Cuando en TVE Zapatero manifestó que el tema de la legalización de la eutanasia no sería tratado en la legislatura, se dice que Paniker, presidente honorario de DMD, comentó al presidente del gobierno que el pueblo español estaba preparado para el paso a la legalización, pero por desgracia los políticos no lo estaban. Parece ser que en estos meses los políticos van empezando a escuchar y a representar democráticamente a los ciudadanos recogiendo su sentir y la exigencia de autonomía del paciente que se encuentra amenazado de muerte.

En la etapa de los noventa y hasta hace pocos meses ha habido que soportar tanto el silencio o la negatividad política del PP como la ambigüedad y los vaivenes políticos de los socialistas respecto a la eutanasia. Ramón Sampedro con su labor inaudita ante los

tribunales logró concienciar a buena parte de la población con la resonancia que su caso tuvo en los medios y con la película 'Mar adentro'. Dado el ambiente de opinión pública los socialistas forzaron una comisión parlamentaria de debate de la cuestión eutanásica. Pero los populares manipularon la comisión de estudio en el Senado. Bajo la presidencia de Esperanza Aguirre en la Comunidad de Madrid arremetieron y descabalaron la buena praxis médica del servicio de urgencias del hospital de Leganés acusándole de unos cientos de homicidios eutanásicos. Si los comités de bioética, inspectores médicos y los tribunales de justicia avalaron la correcta praxis del servicio y si la ley de Andalucía sobre los derechos del paciente en el proceso de morir fue un espaldarazo legal del buen hacer en Leganés, el colectivo de médicos no pudo librarse de la amenaza constante de que se repitiesen denuncias insidiosas y actuaciones cínicas como las del consejero Lamela.

A pesar de que el PSOE en las elecciones legislativas de 2004 llevó en su programa la propuesta de una ley de despenalización de la eutanasia, nunca dió luz verde a las propuestas de reforma del art. 143 que grupos minoritarios de izquierda presentaron en el Congreso con la repetida excusa de que no existía 'demanda social'. Pero por fin hoy los partidos en la franja de la izquierda saben evaluar la fuerte demanda social de la ciudadanía. El año 2015 ha sido positivo y fecundo y puede considerarse el inicio del reverso de la situación vivida hasta el momento. Antes del verano el Parlamento Vasco inauguró una nueva etapa en el camino hacia la legalización de la eutanasia aprobando una iniciativa del PS de Euskadi que solo tuvo en contra los votos de PP. Se instaba al Gobierno de España a modificar el artículo 143 del Código Penal. En noviembre le seguía Navarra y después se han unido al mismo proceder Asturias, Cantabria, Extremadura, Madrid, Murcia y Valencia.

El lector podrá seguir este proceso reivindicativo en este número. Pero en líneas generales el significado de estas actuaciones parlamentarias autonómicas

es tal como señalaba el portavoz socialista vasco: *“el debate, señorías, está en la sociedad desde hace tiempo, en esa sociedad que, por cierto, suele ir por delante de la actuación política”*. Los políticos –con un tanto de retraso, pero por fin– han percibido la sensibilidad política de la calle y entran en diálogo con los ciudadanos. Por primera vez los parlamentarios toman en consideración el sentir fuertemente mayoritario de la opinión y deseos de la población cosa que no hizo en su momento el Congreso cuando el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) aportó los resultados del gran estudio encuesta que realizó en 2006.

Por otra parte, los partidos dieron a conocer sus propuestas políticas acerca de las conductas eutanásicas en los programas electorales: hay posturas claras, pero también imprecisiones y ambigüedad. Como afirma la penalista María Luisa Cuerda “el programa del PSOE es el paradigma de la ausencia de auténtico compromiso”. Es cuestión de esperar y ver: el tema de **la eutanasia “es un buen termómetro para medir la temperatura de la sinceridad de la voluntad de progreso de los futuros legisladores”**, comenta el exfiscal José M. Mena.

En la lectura de esta revista hay que poner interés en el trabajo del profesor Presno que puede ser en buena parte orientativo y básico para el esfuerzo de influencia y de acción política de DMD. El profesor constitucionalista y socio de DMD, apoyándose tanto en el texto constitucional como en el Reglamento de las Cortes, despliega los mecanismos legales que pueden emplearse para impulsar la derogación del art. 143 o bien urgir a que se proceda a una ley despenalizadora de las conductas eutanásicas. El primer mecanismo que expone es el iniciado por el Parlamento de Euskadi y seguido por un buen número de CC. AA. Los parlamentos autonómicos instan al Gobierno estatal a que presente un proyecto de ley orgánica de reforma del Código Penal que despenalice el suicidio asistido y la eutanasia. Puestos a tomar

iniciativas cabe un procedimiento más expeditivo, cual es, presentar desde los parlamentos autonómicos proposiciones de ley orgánica de reforma del Código Penal para que se despenalice el suicidio asistido y la eutanasia. De este modo se inicia ya el procedimiento legislativo. Y todavía cabe reglamentariamente una opción más directa que es una proposición de ley presentada al menos por 15 diputados o 25 senadores o por un Grupo Parlamentario (independiente del número de sus componentes).

También el ciudadano puede urgir al Congreso una acción legislativa mediante una iniciativa legislativa popular (ILP), avalada por medio millón de firmas, siempre y cuando no exista otra iniciativa parlamentaria sobre el mismo tema en esa legislatura (como así ha ocurrido a propuesta de IU desde el inicio de la democracia). Además, la experiencia de la ILP de 2013 sobre la dación en pago, avalada con 1,4 millones de firmas, presentada por la Plataforma Antidesahucios (PAH), los sindicatos y otras organizaciones sociales, es un ejemplo de cómo el Parlamento puede convertir la participación ciudadana en –según palabras de la PAH– “una burla a los afectados”.

Para terminar, recordemos que en marzo de 1994 –en vísperas de la reforma del Código Penal– la diputada Pilar Rahola, portavoz del Grupo mixto, en un careo sobre las conductas eutanásicas y el caso del tetrapléjico Sampedro con el ministro Belloch, afirmaba contundente que “el Estado español no puede inhibirse; a corto-medio plazo tendrá que encontrar la fórmula para resolver ese vacío legal que deja en absoluta indefinición a los que quieren optar por dimitir de la vida”. Después de tantos años de espera y sin haber tenido una respuesta política de las instancias del Estado, sin duda alegre oír de la portavoz de Podemos en el Parlamento de Cantabria: **“mi vida y mi muerte solamente me pertenecen a mí, solo a mí y a nadie más y nadie debería poder tener ni arrogarse el derecho de decidir sobre mi vida”**. ■



CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

El 20D y los compromisos programáticos

■ DMD

Es evidente: los resultados del 20 de diciembre pasado no han enterrado el bipartidismo. Pero lo dejaron malherido; quién sabe si de muerte. Con el resultado electoral, nos hemos dado un parlamento multicolor, inédito en estas latitudes, que refleja mejor la variedad de la sociedad española. Abrimos un periodo de nuestra historia en el que serán difícilmente repetibles mayorías absolutas (y absolutistas) que cierren el paso a reivindicaciones claramente expresadas por la mayoría de la sociedad civil, incluidos los votantes propios.

Cabe preguntarse si la incorporación a la escena de nuevos actores supondrá realmente una mejor oportunidad para la reivindicación de “el derecho a disponer con libertad de nuestro cuerpo y nuestra vida”.

La respuesta a esta pregunta permanece en el aire por ahora. En el momento de redactar estas líneas no está claro si los actores políticos, viejos y nuevos, serán capaces de articular acuerdos, ni qué tendrán que dejarse en el camino para lograr los mínimos que permitan formar un gobierno. Ni tan siquiera, de qué signo político terminará resultando ese hipotético ejecutivo.

A estas alturas y con este incierto panorama puede parecer inútil o inoportuno ocuparse todavía en analizar los compromisos programáticos sobre la disponibilidad de la vida con los que concurren los partidos el 20 de diciembre. Es obvio que cualquier valoración actual no podría modificar retroactivamente el sentido



Ricardo Sixto (IU) en una propuesta de reforma del art. 143

de nuestro voto de entonces. Ciertamente la suerte quedó echada; pero no cerrada. No, al menos, si llegara a hacerse realidad la hipótesis de una nueva convocatoria electoral. En esa eventualidad, que nadie reconoce desear, no seríamos llamados a repetir nuestro voto sino a reconsiderarlo.

En tal caso, la posición de cada partido respecto a la reivindicación de la eutanasia constituiría nuevamente un elemento relevante de decisión, especialmente para quienes formamos parte de DMD. Con esa voluntad informativa preelectoral se organizaron en Barcelona y Madrid los actos de “Fila cero” de los que dio cumplida cuenta el anterior número de nuestra Revista. Sin embargo, en ausencia de programas electorales definitivos, lo expresado entonces por los representantes de los partidos no pasó de ser una opinión, estrictamente personal en algún caso, que poco o nada tenía de compromiso real con los potenciales electores.

Las cuestiones relacionadas con la dignidad en el proceso de muerte están ya presentes en la mayoría de los programas electorales

Analizando las promesas

Aunque la publicación *in extremis* de los programas no consiguió impedirnos una valoración de urgencia, expuesta en el acto “20D. Partidos Políticos y Eutanasia” y en la página web de la Asociación, no me parece ocioso retomar la cuestión y compartir información y análisis con los lectores y lectoras, siquiera sea retrospectivamente. Servirá, tanto para el caso de que seamos llamados a las urnas nuevamente, como para poder vigilar el cumplimiento de los compromisos adquiridos, en el caso de que arranque la legislatura. La primera consideración general con respecto a los programas, tiene que ser moderadamente optimista. Se evidencia una novedad respecto al pasado: las cuestiones relacionadas con la dignidad en el proceso de muerte son ya un elemento presente en la inmensa mayoría de los programas electorales. Tan sólo 3 de los 16 principales partidos concurrentes (PP, Unió Democràtica de Catalunya y Coalición Canaria) han omitido cualquier referencia al respecto. Ello induce a pensar que, entre los responsables de la mayoría de partidos, ha tomado cuerpo la convicción de que la sociedad en su conjunto, independientemente de opciones políticas o religiosas concretas, exige seriamente reformas legales que aseguren su protagonismo en el proceso final. Parece que ya no será posible eludir manifestarse sobre esta reivindicación, como se había hecho hasta ahora. La cuestión de la eutanasia ha entrado, esperemos que definitivamente, en la agenda política.

Pero, como digo, el optimismo ante el nuevo escenario ha de ser necesariamente prudente. Porque no es suficiente la inclusión programática de alguna referencia al respecto; hay que profundizar en lo que se ofrece en realidad. Y en demasiadas ocasiones, la indefinición del compromiso y el empleo de un lenguaje calculadamente ambiguo obliga a desconfiar de las propuestas. Por otra parte, algunos partidos han gobernado ya, por lo que es posible, y necesario, comparar lo que se



Cartel de DMD France que recuerda a François Hollande que el país reclama una ley como la de Holanda

A veces la indefinición del compromiso y el lenguaje calculadamente ambiguo obligan a desconfiar de las propuestas

promete (o se aparenta prometer) con lo hecho cuando tenían en su mano decisiones ejecutivas. Por poner un ejemplo sangrante; que el PP afirme en su programa sanitario: “Promovemos una sanidad personalizada, para que pacientes y familiares sean sujetos activos y el eje fundamental de la gestión sanitaria” y “la libre elección del paciente en la toma de decisiones relacionadas con el cuidado de su salud” produce verdadero sonrojo. No sólo porque el derecho a la libre toma de decisiones por el paciente está en las leyes desde 1986 sino, sobre todo, porque su gestión política ha sido exactamente la contraria, reformando torticera-mente la Ley de Autonomía del Paciente para anular el consentimiento por representación y poner las decisiones nuevamente bajo el criterio médico. Quien ha hecho retroceder la autonomía del paciente a los tiempos del franquismo tiene muy poca credibilidad.

■ En los nuevos dirigentes se ha asentado, por fin, el discurso compasivo que considera inmoral obligar a un ser humano a vivir una vida de sufrimiento e indignidad que rechaza

Dudas razonables pueden tenerse también respecto a la promesa de que el PSOE “abrirá el debate sobre la eutanasia”. No sería la primera vez que incumpliera esa promesa. En todo caso, condicionarla a “que exista consenso al respecto” no demuestra una fuerte convicción precisamente. De hecho, en el documento de propuestas para un Gobierno Progresista y Reformista, tal oferta respecto a la eutanasia queda reducida a la elaboración de una ley de muerte digna “que asegure la libertad de las personas sobre la continuación o no de los tratamientos”. Para tal viaje se necesitan pocas alforjas.

El genérico ‘muerte digna’

Con respecto a los partidos que no llevan el lastre de actuaciones anteriores, su ausencia de pasado no impide una duda razonable sobre sus intenciones reales. Es evidente que algunos pretenden vender humo como mercancía sólida. Ofrecer “que las personas sean ayudadas en el morir en caso de enfermedad no tratable con consecuencia irreversible de muerte” resulta equívoco, porque permitir que las personas sean ayudadas en la muerte es muy diferente que permitir que sean ayudadas a morir si lo solicitan. Es equívoca también porque se matiza con la afirmación de que Ciudadanos –autor de tal propuesta– “participa del consenso mayoritario de los países de nuestro entorno” al respecto ¿A qué consenso se refieren? La realidad es que Ciudadanos no ofrece nada nuevo en relación con la muerte.

Otro escudo lingüístico frecuentemente empleado (PSOE, Ciudadanos, Democracia i Llibertat, Nos-candidatura galega y Ehbildu) es el recurso a la expresión “muerte digna” sin aclarar qué entienden por dignidad. Generalmente, esa expresión limita su significado a una muerte sin sufrimiento. Una oferta absolutamente elemental que debería estar ya garantizada en cualquier sociedad que se considere civilizada, no digamos socialmente avanzada.

Dicho todo lo que antecede, debemos felicitarnos porque seis de las opciones que han conseguido representación parlamentaria (IU-Unidad Popular, Podemos, EAJ-PNV, Compromís y En Comú Podem) se comprometieron abiertamente a desarrollar una ley de eutanasia y a la derogación del artículo 143.4 del Código Penal. Nunca antes vimos algo igual. Estamos asistiendo a un cambio político que parecía imposible hace unos pocos años. Con todo, hay que insistir en la necesidad de pedagogía que tienen los nuevos partidos. Algunos no parecen apreciar la diferencia entre legalizar la eutanasia en caso de enfermedad terminal, y legislar sobre la disponibilidad de la vida. Ni la existente entre despenalizar las conductas descritas en el artículo 143.4 del CP, o derogar el artículo 143 al completo. Todo se andará.

Debemos felicitarnos, sí, porque entre los nuevos dirigentes se haya asentado, por fin, el discurso compasivo que considera inmoral obligar a un ser humano a vivir una vida de sufrimiento e indignidad que rechaza. Pero ello no es suficiente en una sociedad avanzada; un estado social y democrático de derecho como el que proclama esa Constitución que algunos, con evidente cinismo, dicen defender, exige que la libertad de obrar autónoma y responsablemente sea en verdad un bien que el Estado garantice a todos. También, que el ejercicio efectivo de la titularidad de la vida no puede hacerse depender del estado de salud; no está condicionado a la terminalidad o al grado de sufrimiento que se acredite. Cosa diferente es que cuando se dan esas circunstancias penosas, la obligación de los poderes públicos llegue hasta tener que prestar y garantizar cualquier medio que elija el interesado para enfrentarlo. Sea el sufrimiento libremente asumido, los cuidados paliativos adecuados o la eutanasia. La decisión, en suma, no puede seguir estando limitada ni supeditada por el sentido moral del médico ni de los legisladores. Parece que estamos en el camino de que éstos lo comprendan. ■

Al menos ha entrado en la agenda política

M.^a Luisa Cuerda Arnau*



Vaticinar qué cabe esperar que haga el próximo gobierno en relación con el derecho a la disponibilidad de la propia vida es tan incierto como el hecho mismo de si el candidato Sánchez logrará los acuerdos necesarios para su investidura como presidente. En todo caso, mi impresión es que la nueva legislatura no se va a caracterizar por dar un impulso decisivo a esta cuestión.

Basta repasar los programas electorales de las fuerzas políticas más votadas para percatarse de que la mayoría ha optado por meras declaraciones programáticas deliberadamente ambiguas, en las que se elude afrontar de manera directa el problema central, esto es, si se está o no dispuesto a impulsar reformas que supongan el reconocimiento pleno del derecho que toda persona adulta y capaz tiene a decidir si desea seguir

viviendo. Precisamente el programa del PSOE es el paradigma de la ausencia de auténtico compromiso. Pese a todo, creo que hay razones para la esperanza por cuanto, con la única excepción del Partido Popular, todas las formaciones políticas se pronunciaban claramente acerca de la imperiosa necesidad de abrir un debate profundo que posibilite la promulgación de una ley de muerte digna, lo cual, aunque se diverja en su contenido, es un paso importante en tanto que sitúa el asunto en la agenda política.

Al mismo moderado optimismo conduce el hecho de que partidos y agrupaciones cuya voz tendrá que ser oída por el próximo gobierno (Podemos o Compromís) coincidan en la necesidad de despenalizar la eutanasia, un delito que las generaciones futuras verán con el mismo estupor con que hoy contemplamos los viejos delitos de escándalo público o propaganda ilegal. ■

* Catedrática de Derecho Penal. Universidad Jaume I. Castellón. Miembro de la Junta Directiva del Grupo de Estudios de Política Criminal.

Hacia la exculpación de la eutanasia

José M. Mena*



En los países en que ha sido despenalizada la eutanasia ha habido, previamente, un debate sobre la cuestión, más o menos dilatado en el tiempo.

Los ejes principales, aunque no únicos, del debate han sido dos: el ético relativo a la participación en la causación de la muerte de otro, y el práctico, relativo a la posibilidad de aprovechamiento de la permisividad para la eliminación criminal de determinada persona o, lo que sería más grave, de determinados grupos de personas. El eje práctico conecta con el jurídico-penal y el político. El eje ético conecta con el deontológico del personal sanitario. En los países en que el catolicismo tiene raíces históricas, como Bélgica o España, este eje tiene caracteres morales y teológicos, que significan una traba complementaria cultural no menospreciable.

Por esta razón es difícil pronunciarse sobre la voluntad política de los futuros legisladores, pese a ser una cuestión que no entraña dificultades

vinculadas a la crisis económica. Es uno de los supuestos (como lo fue el matrimonio homosexual) en que a cualquier voluntad de progreso social le es posible avanzar sin temor a la confrontación con los grandes poderes económicos y financieros que condicionan la acción de los gobiernos. Por ello, el tema de la eutanasia es un buen termómetro para medir la temperatura de la sinceridad de la voluntad de progreso de los futuros legisladores, tal como se ve en sus respectivos programas.

□ *La eutanasia es un buen termómetro para medir la temperatura de la sinceridad de la voluntad de progreso de los futuros legisladores*

Como es sabido, el vigente Código Penal español aborda la eutanasia en el Título Primero de su Libro Segundo, cuyo epígrafe es “Del homicidio y sus formas”. El mismo artículo 143 regula dos supuestos distintos: el suicidio asistido (párrafos 1, 2 y 3), y la eutanasia propiamente dicha (párrafo 4). Es a esta materia, únicamente, a la que nos referimos ahora, sin perjuicio de la conveniencia de atender, en posterior ocasión, también al problema del suicidio asistido, indudablemente próximo al de la eutanasia en determinados aspectos.

* Exfiscal del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña.

La propuesta de derogación del artículo 143.4 es, sin duda, un punto de partida indeclinable. Pero no es suficiente. La causación de la muerte de otro, o la cooperación en ella, necesaria y activa, es una previsión penal atenuada del delito de homicidio. A causa de esta previsión atenuada, es posible imponer una pena mucho más reducida que podría evitar el cumplimiento efectivo de la pena de prisión.

El artículo del Código Penal pudiera hacer referencia explícita y clara a la exculpación de delito

Si se suprimiera el artículo 143.4, la misma conducta quedaría abarcada por la previsión general del homicidio, sin atenuaciones específicas marcadas por la ley, y a resultas de la discrecional apreciación, o no, de las atenuantes genéricas, según libre criterio de los jueces. Por lo tanto, la simple derogación del artículo 143.4 podría llevar aparejada una severísima criminalización de la eutanasia, en el supuesto, nada inverosímil, de un tribunal proclive a los dogmas católicos más tradicionales.

Una fórmula exculpatoria

Lo único que debe derogarse del artículo 143.4 es la pena. El texto, como definición legal de la eutanasia, debería permanecer en el Código, pero sustituyendo la pena por una

El Código habla de víctima, porque está tipificando un homicidio atenuado

referencia explícita y clara a su exculpación, que bien podría tener la siguiente fórmula: “No obstante lo previsto en los párrafos anteriores, estará exento de responsabilidad penal el que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de este, en el caso de que el mismo sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos difíciles de soportar”.

(Me permito señalar las variantes que sugiero sobre el texto legal que define la eutanasia. El Código habla de víctima, porque está tipificando un homicidio atenuado. Si despenalizamos la eutanasia ya no hay víctima. Por otra parte, el Código habla de padecimientos graves y permanentes. Creo que la cronología del dolor no debe condicionar la despenalización de la eutanasia, que debe abarcar a los dolores insoportables, sean permanentes o no).

El temor a un aprovechamiento criminal de la exculpación de la eutanasia es jurídicamente inaceptable. Cuando se produce una conducta criminal el delincuente busca eludir su responsabilidad ocultando su participación, simulando su irresponsabilidad o fingiendo la existencia de circunstancias eximentes. Corresponde a las instituciones del Estado la averiguación y persecución del delito, venciendo la ocultación o desvelando la simulación. En el supuesto de una eutanasia simulada para ocultar un crimen, la función de las instituciones es la misma. No cabe, por lo tanto, ampararse en la eventualidad hipotética de un crimen para eludir la inaplazable necesidad de abordar la despenalización de la eutanasia. ■

Los Parlamentos Autonómicos abren el debate sobre la eutanasia

Fernando Soler

El 4 de junio de 2015, el Parlamento Vasco inauguró una nueva etapa en el camino hacia la legalización de la eutanasia en nuestro país. Lo hizo, aprobando una iniciativa del Partido Socialista de Euskadi, que obtuvo el respaldo de los grupos de la cámara, con la sola excepción del PP



La iniciativa, una proposición no de ley (PNL) presentada por la parlamentaria socialista, Miren Gallastegui, planteaba al pleno, para su aprobación, un sencillo texto: *“El parlamento Vasco insta al Gobierno de España a modificar el artículo 143 del Código Penal para despenalizar el suicidio asistido”*. La moción fue aceptada por 63 votos a favor (PNV, PSE, EH-Bildu y UPyD) y los 9 en contra del PP

Lo ocurrido en el Parlamento de Vitoria merece, a mi juicio, una valoración positiva independiente de sus posibilidades de éxito; por primera vez se ha hecho uso de una iniciativa legislativa que el artículo 87 de la Constitución otorga a los parlamentos autonómicos. Por primera vez, digo, en relación con el artículo 143 del Código Penal, porque en otras muchas cuestiones del día a día, la apelación al gobierno de España para que elabore leyes que exceden la com-

“El parlamento Vasco insta al Gobierno de España a modificar el artículo 143 del Código Penal para despenalizar el suicidio asistido”

petencia legislativa de las CC. AA., viene siendo un procedimiento muy común. Otro asunto diferente es la eficacia que puedan tener tales exhortaciones, ya que el Gobierno receptor de las mismas no tiene ninguna obligación legal de satisfacerlas. En consecuencia, la importancia atribuible a esta actuación del Parlamento de Euskadi no está tanto en sus posibilidades de éxito cuanto en el hecho mismo y las circunstancias que lo rodean.

El debate, señorías, está en la sociedad desde hace tiempo, en esa sociedad que, por cierto, suele ir por delante de la actuación política. El Derecho es cauto, pero yo creo que no nos equivocamos cuando afirmamos que existe una demanda social y un consenso ético a favor del reconocimiento de la disponibilidad sobre la propia vida. La política, señorías, está obligada a atender y a escuchar el pulso, el latido del corazón de la ciudadanía, y eso es prueba y síntoma evidente de la buena salud de las instituciones democráticas.

Miren Gallastegui

Una iniciativa socialista

La primera consideración que suscita este caso, es que ha venido a desmontar y dejar en evidencia la justificación que los impulsores de leyes 'de muerte digna' han dado hasta ahora para no avanzar más. Y es especialmente relevante que la iniciativa vasca haya surgido precisamente del Partido Socialista, el mismo que desde la primera de esas leyes, la andaluza, se ha amparado en su imposibilidad de reformar leyes de ámbito estatal, como el Código Penal. La iniciativa del partido socialista vasco ha dejado patente que su homónimo andaluz pudo en su momento haber hecho lo mismo. Es más, tanto en Euskadi, como en Andalucía, como en el resto de comunidades, podrían haber ido más allá, agotando las posibilidades que la Constitución otorga. A saber: elaborando un proyecto de ley que despenalizase la eutanasia, remitiéndolo al Congreso de los Diputados, defendiéndolo allí y, de haber obtenido mayoría a favor, logrando lo que, sin probabilidad aparente de éxito, se pide ahora.

Dicho sea entre paréntesis, por algo se empieza: EH-Bildu respondió a la PNL socialista con una enmienda de totalidad que, aunque no prosperó, utilizaba esta segunda vía de remitir una proposición de ley a las Cortes Españolas. De modo similar, el Parlamento Navarro, aprobó en noviembre de 2015, con los votos en contra de UPN y PP, una moción de Geroa-Bai por la que se exhortaba *"al Ejecutivo Foral a elaborar y desarrollar una Ley Foral que regule el Derecho al Suicidio Asistido y Eutanasia"*. No se aclaraba si tal Ley Foral debía seguir el procedimiento previsto en el artículo 87 de la CE o no. De todos modos, el ejecutivo foral no ha dado cumplimiento aún a la petición parlamentaria. La pregunta que se impone es por qué se producen ahora estos movimientos parlamentarios y no antes, cuando se limitaban a la elaboración de "leyes de muerte digna" que iban poco más allá de regular derechos ya consolidados. Sin duda es posible invocar razones tácticas y de oportunidad para explicar la diferente actitud del partido socialista andaluz en 2010 y del vasco en 2015. Razones como el color

político del gobierno estatal al que se trasladaría el problema en uno y otro caso, por ejemplo.

Personalmente, sin embargo, prefiero poner el acento en el hecho de cuánto ha cambiado el interés de nuestra clase política sobre la disponibilidad de la propia vida. Les ha costado bastante, pero han terminado por asumir esta demanda social, no por silenciosa menos real. La experiencia de Euskadi y la de los parlamentos que se han ido sumando en los últimos meses parece indicar que, para algunos significados actores políticos, sus compromisos programáticos respecto a 'la muerte digna' eran algo más que ganchos electorales. Desde luego, las claves para estimar la profundidad del cambio producido hay que buscarlas tanto en los argumentos empleados en la defensa de las diferentes propuestas, como en el análisis de los actores y el desenlace parlamentario de las diferentes iniciativas.

Tanto en Euskadi como en el resto de comunidades podrían haber ido más allá, agotando las posibilidades que la Constitución otorga

Empezando por este último aspecto, a la petición del Parlamento Vasco se han ido sumando iniciativas similares en otras siete comunidades autónomas: Asturias, Cantabria, Extremadura, Madrid, Murcia, Navarra y Valencia. Salvo en el Principado de Asturias, en que la propuesta partió de Izquierda Unida, y en Navarra, de Geroa-Bai, en el resto de comunidades que se han pronunciado sobre la despenalización de las conductas eutanásicas, ha sido Podemos el autor de la iniciativa, y donde no, se ha sumado en apoyo de la propuesta. Salvo, claro está, en el caso de Euskadi, de cuyo parlamento no forma parte al no existir como partido cuando se constituyó. A la proposición inicial se sumaron otros grupos, con propuestas alternativas en ocasiones, hasta alcanzar, en casi todos los casos, mayoría suficiente para su aprobación. A PSE, Podemos, IU y Geroa-Bai como iniciadores, se han sumado: PNV, EH-Bildu, UPyD, PSOE, Partido Regionalista de Cantabria (PRC), Izquierda-Ezkerria de Navarra y Compromís.

En contra se han posicionado PP, Foro Asturias, Ciudadanos y Unión del Pueblo Navarro (UPN). En Madrid, la mayoría PP más Ciudadanos, eliminó toda referencia a la reforma del Código Penal en la PNL inicial de Podemos, que tuvo que limitarse a ciertas mejoras en la difusión y acceso al testamento vital y en la formación sobre muerte digna a profesionales. En la Región de Murcia, la moción presentada en octubre pasado por Podemos sigue pendiente de discusión en pleno

y, dada la mayoría de PP con Ciudadanos, es previsible que se repita lo sucedido en Madrid. Para completar la descripción de propuestas sobre las que se han pronunciado los parlamentos, las mociones aprobadas en Euskadi y Asturias solicitan al Gobierno de España la despenalización de los tipos recogidos en el artículo 143 del CP y, en el caso de Navarra, se insta además a que elabore y desarrolle una ley reguladora del suicidio médicamente asistido y la eutanasia.

Las posturas políticas se definen

Podemos, por su parte, de acuerdo con sus compromisos programáticos para el ámbito autonómico, ha compatibilizado en sus iniciativas la reivindicación eutanásica con el requerimiento a los ejecutivos regionales en tres sentidos: la garantía efectiva del ejercicio de los derechos al final de la vida reconocidos en leyes estatales y autonómicas, incluida la creación de un observatorio a tal efecto y la garantía de acceso a cuidados paliativos de calidad; la formación de los profesionales sanitarios respecto al contenido de la muerte digna; y la información ciudadana sobre el testamento vital y la mejora de su accesibilidad y eficacia.

En Madrid, sólo estas propuestas, parcialmente descafeinadas en lo que se refiere al observatorio de muerte digna, han obtenido la aprobación de la cámara. Pero, en todo caso, la presentación de las iniciativas, incluso cuando ha sido rechazada, como en Madrid, ha tenido el efecto beneficioso de obligar a los diferentes actores políticos a definirse claramente, sin poder esconderse ya tras las vaguedades o elusiones de sus programas. Lo cierto es que ya no se trata de posiciones teóricas en programas electorales, sino de hechos. Y estos hechos dicen que en el tablero político actual, están en contra de despenalizar y regular la eutanasia cuatro fuerzas, y sólo dos de ellas (PP y Ciudadanos) tienen implantación nacional. Por el contrario, activamente a favor están diez partidos, tres de ellos de ámbito estatal (Podemos, PSOE e IU). Los tres que conforman, por cierto, la opción que en este momento parece menos improbable para gobernar España tras las elecciones legislativas de diciembre.

El otro elemento para evaluar la importancia del giro político producido debemos buscarlo en los argumentos esgrimidos por las diferentes fuerzas parlamentarias, tanto a favor como en contra de la reforma del artículo 143 y la regulación de la asistencia al suicidio y la eutanasia. En este sentido, adquiere una singular importancia cómo explica el PSE-PSOE la razón de su propuesta en medio del debate de una nueva ley de muerte digna vasca auspiciada por EH-Bildu. Según la portavoz socialista, dicha ley: “no aborda el núcleo central de este asunto, [...] que no es otra cosa que



Miren Gallastegui, parlamentaria socialista

En estas actuaciones los diferentes actores políticos han tenido que definirse claramente, sin poder esconderse ya tras vaguedades o elusiones de sus programas

la posibilidad del ejercicio del derecho individual de cada persona de determinar todas las circunstancias que deben concurrir para conseguir una muerte digna, para conseguir su disponibilidad sobre su vida y sobre su propia muerte”. En todo caso, la dignidad en el proceso de muerte que pudiera garantizar esa ley se encontraría, según la portavoz, con “un obstáculo insalvable, que no es otro que el artículo 143 del Código Penal”. No cabe un reconocimiento más palmario de la insuficiencia de las leyes de muerte digna y de la exigencia de plena libertad de decisión, para poder hablar de dignidad en el proceso y, en ese mismo sentido, del carácter limitador de la dignidad que pesa sobre el artículo 143 del CP

La muerte es mía y de nadie más

Otro aspecto a señalar es que, al menos en el discurso público, los socialistas parecen querer desmarcarse de aquella actitud pseudo-paternalista que les llevó a afirmar la falta de madurez de la sociedad para abordar el prometido debate sobre la eutanasia. Su afirmación en el Parlamento Vasco de que “el debate, señorías, está en la sociedad desde hace tiempo, en esa sociedad que, por cierto, suele ir por delante de la actuación política”, parece un reconocimiento a nuestra condición de agentes morales, reconocimiento que habrá de demostrarse, en todo caso, en el futuro inmediato. También es importante su posición respecto a la pervivencia del castigo a las conductas de ayuda eutanásica: “Aquella reforma del Código Penal del 95 ya dio seguridad jurídica a las prácticas clínicas mitigadoras del padecimiento que

se estaban llevando a cabo con los enfermos terminales, y sobre las que algunos, entonces y ahora, sembraban la permanente amenaza hacia los profesionales sanitarios. De aquello han pasado veinte años, y creemos que este es el momento: creemos que debemos abrir este debate en su totalidad, y completar lo que se quedó sin regular en el año 95". *"Digamos alto y claro que este Parlamento no quiere que nadie sea castigado porque se garantice a cualquier persona el ejercicio último de libertad de su vida"*. Una declaración que evidencia la superación del discurso compasivo que llevó en su momento a la despenalización de conductas destinadas a mitigar y no prolongar el sufrimiento. La asunción de que esa despenalización debe completarse, de acuerdo con la voluntad de la sociedad en su conjunto, con el reconocimiento pleno de la libertad individual para decidir, queda a mi juicio, perfectamente reflejada también en las palabras finales de Verónica Ordóñez, portavoz de Podemos en el Parlamento de Cantabria: *"mi vida y mi muerte solamente me pertenecen a mí, solo a mí y a nadie más y nadie debería poder tener ni arrogarse el derecho de decidir sobre mi vida"*.

"Mi vida y mi muerte solamente me pertenecen a mí, solo a mí y a nadie más y nadie debería poder arrogarse el derecho de decidir sobre mi vida"

A este respecto de la superación del discurso compasivo, me parece necesario señalar la inquietud que me suscita la insuficiente rotundidad en este sentido en las propuestas de Podemos. De hecho, mientras las restantes iniciativas reclaman al ejecutivo estatal la modificación del artículo 143 para despenalizar las conductas de ayuda al suicidio, en las suyas Podemos ha limitado el alcance de esta despenalización al punto cuarto del 143, es decir, al que aminora las penas por realizarse las conductas eutanásicas en un contexto de sufrimiento y enfermedad. Parece que habrá que profundizar en la pedagogía respecto a la justificación del auxilio altruista al suicidio, incluso ejecutiva, en el respeto a la libertad individual y no a la existencia de un sufrimiento que no pueda ser evitado de otro modo. Una pedagogía imprescindible con un joven partido que podría ser un pilar fundamental en la futura despenalización.

Con esta última salvedad, viendo las razones dadas a favor de la despenalización en los diferentes diarios de sesiones, podría muy bien concluirse que el discurso y los argumentos de nuestra Asociación DMD han empezado a calar en nuestra clase política. En un par de ocasiones incluso se han reproducido textualmente artículos de nuestros estatutos desde la tribuna parla-

□ Ciudadanos intenta o aparenta diferenciarse del PP, pero para ellos vivir es tan obligatorio como para el PP

mentaria. Por ejemplo, cuando se ha afirmado *"defender el derecho de toda persona a disponer con libertad de su cuerpo y de su vida, y a elegir libre y legalmente el momento y los medios para finalizarla"*. En relación con los argumentos en contra de PP y Ciudadanos, resulta sorprendente que para el PP hayan girado casi exclusivamente sobre la negación del debate mismo aduciendo que su lugar era el Congreso de los diputados y no un parlamento autonómico. Es llamativo que el partido que se presenta permanentemente como el abanderado de la Constitución desconozca los mecanismos de iniciativa legislativa que esta otorga a los parlamentos autonómicos. Menos sorprenden los reproches lanzados a los socialistas por participar en iniciativas autonómicas tras haber rechazado propuestas idénticas en el Congreso durante la legislatura anterior. Esa es una cruz con la que deberá cargar el PSOE hasta que no haga buenos los argumentos defendidos en los parlamentos regionales, con la presentación y defensa de la despenalización en las Cortes Españolas. Desde luego, parece que contará con apoyos parlamentarios suficientes.

Lo que también ha quedado meridianamente evidenciado en los diversos debates es que se ha disipado cualquier duda sobre la posición de Ciudadanos respecto a la eutanasia. Tanto en campaña como en su programa electoral mantuvo una calculada imprecisión, llegando incluso a declarar su apoyo a la eutanasia pasiva, en una apelación al equívoco que ha sido definitivamente desenmascarada. Debe quedar claro: Ciudadanos llama eutanasia pasiva a conductas que son legales en España desde hace muchos años, concretamente a la renuncia a un tratamiento de sostén vital o su retirada médica ante lo inevitable de la situación clínica. Tras esa utilización artera del término eutanasia, se esconde la intención de aparentar diferencias con el PP al respecto, pero lo reconozcan abiertamente o no, para Ciudadanos, vivir es tan obligatorio como para el PP.

Terminaré con el compromiso de futuro de la portavoz socialista en el Parlamento Vasco: *"les digo al resto de los grupos de esta Cámara –que, por cierto, todos tienen representación en Cortes Generales, en sede de Congreso y en sede de Senado–, que en la próxima legislatura, en que nosotros estaremos gobernando, tenderemos la mano a todos y cada uno de ustedes para que cumplan lo que ahora están diciendo que quieren cumplir"*.

Estaremos atentos, si se da el caso. ■



Cómo impulsar la derogación del delito de auxilio al suicidio

■ Miguel Ángel Presno Linera*

Con la tipificación penal de las conductas de auxilio al suicidio se pretende, en la medida de lo posible, evitar que las mismas sean una fuente de dolor para otros y, al margen de posibles controversias técnicas sobre la mejor manera de conseguir ese objetivo, no ofrece dudas la legitimidad de su regulación. Tampoco está en cuestión, aunque desde hace menos tiempo y, quizá, con menos intensidad, que el reconocimiento como derecho fundamental de la protección de la integridad física y moral implica el deber de los poderes públicos de disponer de recursos económicos suficientes y medios materiales adecuados para la protección de la salud. Como recuerda el profesor italiano Stefano Rodotà, el dolor es una de las formas de injusticia que existen en el mundo y, como tal, debe ser combatido.

La necesidad de derogar el delito de auxilio al suicidio

Todavía queda, en la mayoría de los países, un espacio en el que el control de la lucha contra el dolor no está en manos de quien lo padece si ello implica, de manera radical, el fin de la vida. Es cierto que existen, faltaría más, los llamados “cuidados paliativos”, que se centran en la mitigación del dolor, y que deben servir, lo que no siempre ocurre en la práctica, para que el proceso de morir se desarrolle de manera digna.

Sin embargo, la dignidad no es, en este ámbito, algo que deba referirse exclusivamente a la muerte ni reside en el “derecho a ser anestesiado”; la dignidad tiene que ser un atributo de la vida misma y de la autonomía personal, entendida ésta, en palabras de Ronald Dworkin (*El dominio de la vida. Una discusión acerca del aborto, la eutanasia y la libertad individual*) como la capacidad general de las personas para orientar sus vidas según su criterio, el criterio de lo

que es importante por y para ellas. Y es, precisamente, la dignidad la que exige que el espacio de autodeterminación personal se extienda también al cómo y al cuándo afrontar el último viaje.

■ La dignidad es un atributo de la vida y de la autonomía personal, entendida como la capacidad de la persona para orientar su vida según su criterio

Para eso hace falta que, también aquí, intervenga el Derecho pero, sobre todo, que lo haga desde la perspectiva de quien tiene que tener derecho a decidir, que no puede ser otra que la persona de cuyo dolor se trata y con el objetivo último de respetar su voluntad, se haya manifestado de manera expresa o se pueda deducir de su forma de vivir. Así pues, la autonomía personal que hay que proteger debe implicar tanto el que no se siga prestando una atención médica que únicamente prolonga una existencia que no quiere ser vivida, como que, precisamente, se preste la ayuda necesaria para que, quien así lo decida, pueda morir. En España, lo primero se ha articulado, con mayor o menor fortuna, a través de la Ley 41/2002, reguladora de la autonomía del pacien-

* Profesor Titular de Derecho Constitucional de la Universidad de Oviedo, acreditado como Catedrático de Derecho Constitucional; miembro de DMD Asturias.



(de izda. a dcha.) Luis Montes y Miguel A. Presno en los extremos

te; para lo segundo, como con tantas otras cosas en este país, todavía no se ha encontrado el momento, lo que sí han conseguido en sociedades no menos complejas que la nuestra como la belga o la holandesa. Como es obvio, y dado que hablamos de un derecho, cuando se regule a nadie se le obligará a ejercerlo y habrá que garantizar que, bajo la apariencia de una voluntad libre, no exista una situación de coacción o manipulación. Pero para ello también hay instrumentos jurídicos eficaces, vigentes en sociedades avanzadas y democráticas. Porque una sociedad democrática avanzada no trata de encontrarle un fin, un sentido, al dolor, sino, precisamente, de ponerle fin.

Sin embargo, en España no solo no se ha regulado como derecho la ayuda a la persona que, lúcida y voluntariamente, quiere poner fin a su vida sino que tal conducta es constitutiva de un delito, el previsto en el vigente artículo 143.4 del Código Penal, donde, como es bien conocido, se prescribe: “El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a

Una sociedad democrática avanzada no trata de encontrar un fin y un sentido al dolor, sino precisamente de ponerle fin

las señaladas en los números 2 [Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona] y 3 [Será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte] de este artículo”.

Derogar este precepto es una exigencia del respeto al principio de autodeterminación individual y a la dignidad inherente a la persona a lo largo de toda su vida.

Mecanismos constitucionales para impulsar la derogación del delito de auxilio al suicidio

Puede hacerse a través de una reforma del Código Penal que tenga por objeto exclusivo ese resultado pero también cabría que la misma ley orgánica que

regulase, al modo holandés o belga, el derecho a poner punto final a la propia vida en las condiciones y términos que se establecieran, incluyera una disposición derogatoria que suprimiera el citado artículo 143.4 del Código Penal. Sea primero la derogación de ese precepto o, de forma simultánea, la aprobación de una ley estatal de muerte digna, hay varias maneras de iniciar legalmente este proceso.

- **Instar desde los Parlamentos autonómicos al Gobierno estatal a que presente un proyecto de ley orgánica de reforma del Código Penal que despenalice el suicidio asistido y la eutanasia**

Esta es la vía explorada hasta la fecha y que ha sido impulsada por el Parlamento Vasco (4 de junio de 2015), por las Cortes Valencianas (4 de diciembre de 2015), por el Parlamento de Navarra (20 de noviembre de 2015) y por la Junta General del Principado de Asturias (8 de febrero de 2016). Textualmente, y por poner un ejemplo, el Parlamento de Navarra “insta al Gobierno de España a modificar el artículo 143 del Código Penal, de manera que queden despenalizados la eutanasia y el suicidio asistido”.

La aprobación de las propuestas es probable que tengan escasos resultados política y jurídicamente

Estas iniciativas de los Parlamentos autonómicos son plenamente constitucionales –el artículo 87.2 de la Constitución española dispone que “las Asambleas de las Comunidades Autónomas podrán solicitar del Gobierno la adopción de un proyecto de ley”– y su tramitación está regulada en los respectivos reglamentos parlamentarios. Ahora bien, el éxito de las propuestas es probable que se agote con la aprobación de la mismas en las mencionadas, u otras que se sumen, Cámaras autonómicas pero una vez que salen de allí los resultados que cabe esperar de las mismas son, política y jurídicamente, escasos.

En primer lugar, porque el Gobierno de España no rinde cuentas de su acción, o inacción, política ante los Parlamentos autonómicos sino, en el mejor de los casos, ante la Cámara que ha investido al Presidente y que puede, a través de una moción de censura, cesarle: el Congreso de los Diputados. En segundo lugar, porque la repercusión jurídica de estas iniciativas puede ser totalmente nula, ya que lo único que hacen es “instar” al Gobierno a que haga lo que le piden pero sin que haya manera alguna de obligarle a llevar a cabo la iniciativa o, al menos, de exigirle que explique por qué no lo hace.

Más oportuno hubiera sido que los Parlamentos hubieran dirigido proposiciones de ley al Congreso para iniciar un procedimiento legislativo

E, incluso, aunque el Gobierno estatal estuviera dispuesto a impulsar esta reforma legal –tiene reconocida en la Constitución la capacidad para presentar proyectos de ley–, difícilmente admitiría que lo hace porque ha sido instado a tal cosa por varios Parlamentos autonómicos que, no es casualidad, son de Comunidades donde el partido del, en el momento de escribir estas líneas, Gobierno estatal no está gobernando. Y es que en un eventual proyecto de ley del Gobierno no habría participación alguna de los Parlamentos autonómicos que le han instado a actuar.

- **Aprobar en los Parlamentos autonómicos proposiciones de ley orgánica de reforma del Código Penal para que se despenalice el suicidio asistido y la eutanasia**

Puestos a tomar la iniciativa de la derogación del artículo 143.4 del Código Penal, nos parece mucho más oportuno que lo que remitan los Parlamentos autonómicos al Congreso de los Diputados, y no al Gobierno estatal, sean proposiciones de ley con las que se inicie el procedimiento legislativo para la supresión del citado precepto. Esta opción es también perfectamente constitucional, pues el ya citado artículo 87.2 dispone asimismo que “las Asambleas de las Comunidades Autónomas podrán... remitir a la Mesa del Congreso una proposición de ley, delegando ante dicha Cámara un máximo de tres miembros de la Asamblea encargados de su defensa”.

Por tanto, los Parlamentos autonómicos pueden remitir directamente al Congreso de los Diputados, y no al Gobierno, una propuesta concreta de despenalización del suicidio asistido y de la eutanasia. Con esta opción, y si se cumplen las exigencias formales oportunas, se consigue que haya un debate de toma en consideración en el Congreso de los Diputados en el que, además, podrán participar diputados del respectivo Parlamento autonómico para defender que esa proposición sea tomada en consideración por el Congreso (arts. 126 y 127 del Reglamento de la Cámara Baja).

Otra ventaja de estas iniciativas es que si no son objeto de debate en una determinada Legislatura (piénsese, por ejemplo, en una hipotética pronta

finalización de la que acaba de comenzar), no decaen, sino que, si han sido admitidas a trámite pero no se ha debatido su toma en consideración, se trasladan, sin necesidad de reiterarlas, a la nueva Cámara que se constituya después de las elecciones.

- **Presentación de una proposición de ley por parte de un número mínimo de diputados o senadores o por un Grupo Parlamentario**

Una opción más directa que la anterior consiste en que sea un número mínimo de parlamentarios (15 diputados o 25 senadores) o un Grupo Parlamentario del Congreso o del Senado (al margen del número concreto de componentes) el que inicie el procedimiento para la derogación del artículo 143.4 del Código Penal. Teniendo en cuenta la pluralidad política existente hoy en las Cámaras, no tendría que resultar complicado conseguir los apoyos necesarios para el registro de una proposición de ley como la que nos ocupa, que, en tal supuesto, se presentaría acompañada de una exposición de motivos y de los antecedentes necesarios para poder pronunciarse sobre ella.

La iniciativa legislativa popular es bastante restrictiva: exige estar avalada por medio millón de personas

Y es que no hace falta un estímulo exterior a las Cámaras para que éstas inicien un proceso de reforma del Código Penal o para la aprobación de una ley estatal de muerte digna. Ejercitada la iniciativa, la Mesa del Congreso ordenará la publicación de la proposición de ley y su remisión al Gobierno para que manifieste su criterio respecto a la toma en consideración, así como su conformidad o no a la tramitación si implicara aumento de los créditos o disminución de los ingresos presupuestarios. En esta tesitura, la postura del Gobierno sobre si debe, o no, tomarse en consideración por el Pleno del Congreso la iniciativa de la que hablamos, no es vinculante, pues esa reforma del Código Penal no implicaría aumento de los créditos o disminución de los ingresos.

- **Ejercicio del derecho de petición ante la imposibilidad de presentar una iniciativa legislativa popular**

La Constitución ha regulado de manera muy restrictiva el ejercicio de la iniciativa legislativa popular: en primer lugar, porque exige que la avalen un número elevado de personas –500.000, frente a las 50.000 que se precisan, por mencionar un ejemplo próximo en Italia–, pero, sobre todo, porque ni siquiera con

ese aval o con otro más elevado es posible registrar una iniciativa de esta índole si lo que se pretende con ella es aprobar o modificar una ley orgánica como el Código Penal. Y es censurable que sea así pues de lo que se trata en un sistema democrático es que las personas destinatarias de las decisiones políticas y normas jurídicas puedan dialogar con el Legislador, al menos en la forma de petición legislativa sujeta a reglas sustanciales y formales, y si en algún ámbito deben poder hacerlo, sin que eso suponga presión ilegítima alguna, es en las materias política, social o económicamente más sensibles.

La imposibilidad jurídica de presentar una iniciativa legislativa popular para la derogación del artículo 143.4 del Código Penal no es obstáculo para que sí se pueda presentar una petición colectiva en ese mismo sentido ante el Congreso de los Diputados en ejercicio del derecho fundamental reconocido en el artículo 29 de la Constitución y desarrollado a través de la Ley Orgánica 4/2001. Este derecho permite que se pida a cualquier poder público que haga algo para lo que tiene competencia; también sirve para trasladarle una sugerencia o una iniciativa, pedirle información o expresar quejas.

La Constitución reconoce este derecho a “todos los españoles”, sin diferenciar entre mayores y menores de edad. La Ley Orgánica 4/2001 lo ha extendido también a los extranjeros (art. 1). Por tanto, puede firmar una petición cualquier persona, española o extranjera. Y se ejerce de una manera muy sencilla: mediante un escrito que incluya la identidad del solicitante, la nacionalidad, el lugar o el medio para que el poder público destinatario notifique su decisión, el objeto o motivo de la petición y el poder público al que se dirige. Al ser una petición colectiva, debería constar la firma de todas las personas al lado de su nombre y apellidos (art. 4).

Cualquier ciudadano puede por escrito presentar –personal o colectivamente– una iniciativa o sugerencia al Congreso

Ante una petición colectiva de derogación del artículo 143.4 del Código Penal, el Congreso de los Diputados tendría que acusar recibo de la misma; si el escrito tuviera algún defecto subsanable daría un plazo de 15 días para hacerlo (art. 7). Una vez admitida a trámite (cosa obligada si fuese formalmente correcta), el Congreso está obligado a contestar y a notificar la contestación en el plazo máximo de 3 meses a contar desde la fecha de presentación.

Conclusión

El respeto al libre desarrollo personal y a la dignidad humana debe conducir a que en España deje de ser delito ayudar a una persona a poner punto final a su vida si lo pide de manera consciente y libre. Para ello es necesario derogar el vigente delito de auxilio al suicidio y aprobar una ley estatal de muerte digna en la línea de las existentes en Holanda y Bélgica, donde se regule qué requisitos deben concurrir para que se pueda ejercer el derecho a morir con dignidad, incluyendo la ayuda médica necesaria. Impulsar estos cambios es un ejercicio de libertad y de democracia y, como se ha visto, hay varias vías para ponerlos en marcha; alguna ha comenzado a explorarse pero no parece que pueda ir muy lejos; por eso es importante conocer que existen alternativas con un recorrido más largo. ■



Constitución Española

Artículo 29.1

Todos los españoles tendrán derecho de petición individual y colectiva, por escrito, en la forma y con los efectos que determine la ley.

Artículo 87.2

Las Asambleas de las Comunidades Autónomas podrán solicitar del Gobierno la adopción de un proyecto de ley o remitir a la Mesa del Congreso una proposición de ley, delegando ante dicha Cámara un máximo de tres miembros de la Asamblea encargados de su defensa.

Reglamento del Congreso de los Diputados

Art. 126

1. Las proposiciones de ley del Congreso podrán ser adoptadas a iniciativa de: 1º. Un Diputado con la firma de otros catorce miembros de la Cámara, 2º. Un Grupo Parlamentario con la sola firma de su portavoz.
2. Ejercitada la iniciativa, la Mesa del Congreso ordenará la publicación de la proposición de ley y su remisión al Gobierno para que manifieste su criterio respecto a la toma en consideración, así como su conformidad o no a la tramitación si implicara aumento de los créditos o disminución de los ingresos presupuestarios.
3. Transcurridos treinta días sin que el Gobierno hubiera negado expresamente su conformidad a la tramitación, la proposición de ley quedará en condiciones de ser incluida en el orden del día del Pleno para su toma en consideración.

4. Antes de iniciar el debate, se dará lectura al criterio del Gobierno, si lo hubiere. El debate se ajustará a lo establecido para los de totalidad.

5. Acto seguido el Presidente preguntará si la Cámara toma o no en consideración la proposición de ley de que se trate. En caso afirmativo, la Mesa de la Cámara acordará su envío a la Comisión competente y la apertura del correspondiente plazo de presentación de enmiendas, sin que, salvo en el supuesto del artículo 125, sean admisibles enmiendas de totalidad de devolución. La proposición seguirá el trámite previsto para los proyectos de ley, correspondiendo a uno de los proponentes o a un Diputado del Grupo autor de la iniciativa la presentación de la misma ante el Pleno.

Art. 127

Las proposiciones de ley de las Comunidades Autónomas y las de iniciativa popular serán examinadas por la Mesa del Congreso a efectos de verificar el cumplimiento de los requisitos legalmente establecidos. Si los cumplen, su tramitación se ajustará a lo previsto en el artículo anterior, con la única especialidad de que en las de iniciativa de una Asamblea de la Comunidad Autónoma la defensa de la proposición en el trámite de toma en consideración corresponderá a la Delegación de aquélla.

Observatorio para evaluar el morir

Conocer el mal morir es necesario para atender al paciente con dignidad

Miguel Ángel López Varas*

Como ya he comentado en otras ocasiones, considero que ningún problema es más penoso que el que presenta una persona afectada por una enfermedad incurable, especialmente cuando es inevitable una muerte prematura. Esta reflexión no es mía, la leí hace muchos años en el manual de principios de medicina interna: Harrison.

* Médico internista.



Por otro lado, y para complicar los problemas relacionados con la muerte, en multitud de ocasiones nuestros pacientes fallecen bruscamente durante procesos en los que estos desenlaces no son esperados, lo cual hace todavía más doloroso enfrentarse a este tipo de situaciones.

Una herramienta imprescindible

No tengo absolutamente ninguna duda de que en el Mundo (no solo en España) se muere mal, en muchas ocasiones con intenso sufrimiento, tanto para el paciente como para sus seres queridos y para el personal relacionado con el proceso de la muerte. Los motivos de este 'mal-morir' son múltiples y por tanto difícilmente abordables por lo que la necesidad de crear un Observatorio para evaluar la muerte y que esta se realice con la mayor dignidad posible sería obligado pues para poder atender a nuestros pacientes con la dignidad que se merecen, deberíamos contar con las herramientas necesarias para poder garantizar la mejor de las atenciones, conocer los defectos es indispensable para poder aportar soluciones.

Antes de poder crear un Observatorio y, para que este funcionase, habría que legislar en todo el territorio español acerca de la Muerte Digna. Hoy por hoy existen



Los motivos de este ‘mal morir’ son múltiples y por ello la necesidad de crear un Observatorio para evaluar la muerte y que se realice con la mayor dignidad posible

algunas leyes al respecto, sólo en algunas Comunidades Autónomas y su cumplimiento es cuando menos escaso, debido por lo general, y según mi experiencia, a un desconocimiento acerca de estas cuestiones por parte de gran número de profesionales sanitarios y del público en general. Los profesionales desconocen sus obligaciones y los pacientes y familiares sus derechos. Además, en España, cualquier tema relacionado con la muerte está mal visto, es un problema íntimamente ligado con nuestra cultura y por lo general se considera que hablar de ella tiene “mal fario”, es como si al nombrar la muerte esta se acercase. Cualquier persona que lea este comentario sabrá de lo que estoy hablando.

Debemos, por tanto, potenciar la información relacionada con el proceso de morir. En todo momento debemos recordar que el proceso de morir es único para cada persona y su familia; su vivencia irremediable y su atención requiere de la intervención de todo el equipo contemplando el apoyo a todas las necesidades del enfermo, y de la familia (en muchas ocasiones olvidamos que la familia también sufre y sobre todo se desconoce que incluso se recomienda manejar los estertores *premortem*, que si bien no indican ni inducen disnea en el enfermo producen gran ansiedad en los familiares). Favorecer una buena muerte implica asumir que es una experiencia multidimensional que no puede ser reducida exclusivamente a una actuación médica ni al intervalo temporal de las últimas horas de vida.

Arte y ciencia a la par

Los temas relacionados con la muerte y con la agonía son uno de los aspectos más difíciles de la medicina. Para abordarlos de una manera racional y sólida, los médicos debemos combinar el arte y la ciencia de la medicina, siendo conscientes de que tendemos a sobreestimar el tiempo de supervivencia de los pacientes con enfermedades avanzadas. Esto refleja las dificultades para diagnosticar y aceptar la fase terminal, sobre todo, en las enfermedades no oncológicas. Esta fase debe entenderse, en su concepto más actual, como la situación en la que una enfermedad incurable evoluciona hacia la muerte con un elevado sufrimiento físico, emocional, espiritual y familiar. La fase terminal no debe confundirse con la fase agónica. Esta corresponde a las últimas horas o días de la vida y se reconoce porque están presentes los síntomas y signos de la inmediatez de la muerte. La agonía está marcada por un deterioro muy importante del estado general, indicador de una muerte inminente, que a menudo se acompaña de disminución del nivel de conciencia de las funciones superiores intelectivas, siendo una característica fundamental de esta situación el gran impacto emocional que provoca sobre la familia y sobre el equipo terapéutico que puede dar lugar a crisis de claudicación emocional de la familia, siendo básica su prevención y, en caso de que aparezca, disponer de los recursos adecuados para resolverlas.

Nunca tenemos que olvidar que a menudo es la primera vez que la familia del enfermo se enfrenta a la muerte, por lo que necesariamente tendremos que individualizar cada situación. Durante la agonía pueden existir total o parcialmente los síntomas previos o bien pueden aparecer otros nuevos, entre los que destacan el ya mencionado deterioro de la conciencia que puede llegar al coma, desorientación, confusión y a veces agitación psicomotriz, trastornos respiratorios con respiración irregular y aparición de respiración estertorosa por acúmulo de secreciones, fiebre dada la elevada frecuencia de infecciones como causa de la

En determinadas situaciones hay que tener presente la posibilidad de ofertar la sedación del paciente, al ser la única medida de preservar la dignidad del individuo y evitar sufrimientos innecesarios

muerte de los pacientes con cáncer, dificultad extrema o incapacidad para la ingesta, ansiedad, depresión, miedo (explícito o no) y retención urinaria (sobre todo si toma psicotrópicos) que pueden ser causa de agitación en estos pacientes.

En la fase agónica tenemos que redefinir los objetivos terapéuticos, tendiendo a emplear cada vez menos medios técnicos para el control sintomático del paciente, y prestando más apoyo a la familia. No debemos olvidar que el enfermo, aunque obnubilado, somnoliento o desorientado (grados de coma) también tiene percepciones, por lo que debemos hablar con él y preguntarle sobre su confort y problemas, cuidando mucho la comunicación no verbal (el 93% de la comunicación es no verbal) dando instrucciones a la familia en ese sentido. Se debe evitar hacer comentarios inapropiados en presencia del paciente. Además de las dificultades en el reconocimiento y aceptación de la inexorable evolución hacia la muerte, existen otros miedos en el profesional sanitario que favorecen una situación de 'orfandad paliativa'. Estos miedos, relacionados con el uso de los opioides y sus dosis para aliviar el dolor y la disnea, o recurrir a la sedación paliativa sin soporte hídrico o nutricional en la fase agónica, solo pueden explicarse por el desconocimiento.

El miedo a la sedación

Los tratamientos farmacológicos instaurados por la medicina paliativa no constituyen una eutanasia encubierta, ni siquiera es preciso recurrir al principio del doble efecto para justificar su uso. Dichos tratamientos no disminuyen la supervivencia de las personas afectadas por una enfermedad terminal. Su utilización está dirigida a corregir el deterioro de la calidad de vida y, en el contexto de una atención integral, a preservar la dignidad de la persona moribunda. En los casos en que el paciente tenga una mala calidad de vida, con una mala situación basal, en la que los tratamientos habituales hayan resultado ineficaces, sobre todo en lo referente al control de la sintomatología y los ingresos repetidos sean incapaces de mejorar esta situación así como en las situaciones agónicas o de muerte inminente, debemos tener presente la posibilidad de ofertar la sedación del paciente, al ser en

estos casos la única medida que puede mantener la dignidad del individuo, evitando sufrimientos innecesarios físicos y/o psíquicos.

En definitiva debemos evitar prolongar la agonía del paciente, entendiendo esta como una situación de intenso sufrimiento en el que la vida se extingue gradualmente. El objetivo prioritario de los cuidados paliativos es el alivio de los síntomas -entre los que el dolor suele tener un gran protagonismo- que provocan sufrimiento y deterioran la calidad de vida del enfermo en situación terminal. Con este fin se pueden emplear analgésicos y/o sedantes en la dosis necesaria para alcanzar los objetivos terapéuticos, aunque se pueda ocasionar indirectamente un adelanto del fallecimiento. El manejo de tratamientos paliativos que puedan acortar la vida está contemplado en el ámbito de la ciencia moral y se considera aceptable de acuerdo con el llamado 'principio del doble efecto'. Esta cuestión se encuentra expresamente recogida en los códigos deontológicos de las profesiones sanitarias y, si bien pueden plantear dilemas éticos, se pueden encontrar soluciones con el adecuado asesoramiento ético, sin que sea necesario judicializar la cuestión.

Los médicos tenemos el deber de intentar la curación o mejoría del paciente siempre que sea posible. Y cuando ya no lo sea, permanece nuestra obligación de aplicar las medidas adecuadas para conseguir el bienestar del enfermo, aun cuando de ello pueda derivarse, a pesar de su correcto uso, un acortamiento de la vida. Es por este motivo que el tratamiento de los síntomas/signos del paciente no es una cuestión opcional sino un imperativo ético y un deber deontológico inexcusable en el que no cabe plantear la objeción de conciencia por razón de las convicciones del profesional. Los médicos podemos dudar sobre prescribir dosis altas de narcóticos y sedantes, por temor a precipitar la muerte. El alivio del dolor y la disnea en enfermedades terminales aumentan la comodidad y dignidad del paciente. Cuando las dosis más bajas no bastan para aliviar el sufrimiento, su incremento hasta niveles que puedan inhibir el control respiratorio y facilitar la muerte difiere de la eutanasia activa y se considera éticamente adecuado debido a que la intención del médico es precisamente aliviar el sufrimiento y no acelerar la muerte.

El tratamiento de los síntomas/signos del paciente no es una cuestión opcional sino un imperativo ético; no cabe plantear la objeción de conciencia

Los médicos también podemos aliviar el sufrimiento del paciente y de los familiares permaneciendo a su lado cuando muere, escuchando y atendiendo a su sufrimiento psicológico. Es importante en estas situaciones permanecer cerca del paciente y reevaluar continuamente la situación clínica que

presenta para evitar situaciones que puedan alargar la agonía del paciente y el sufrimiento de este y de sus familiares. Es fundamental ser conscientes de que las actitudes que mantienen la medicalización de la muerte como respuesta al problema existencial de la vida y la muerte alejan a los profesionales de los principios éticos de la medicina. Condenan a las personas que padecen enfermedades terminales a un sufrimiento innecesario, vivido en una inmensa soledad, que atenta contra la dignidad humana.

En este tipo de situaciones es cuando los médicos debemos afrontar verdaderamente la responsabilidad que tenemos con nuestros pacientes, no debemos desentendernos al considerar su situación de enfermo terminal como un fracaso de la medicina o un fracaso en el ejercicio de nuestra labor profesional. Por encima de todo debemos evitar el encarnizamiento terapéutico ya que no sería éticamente aceptable, sobre todo, si ya se ha insistido previamente en el manejo de su patología y este no está ofreciendo claras ventajas al paciente y lo único que se está consiguiendo es que pierda la dignidad en la fase terminal de su enfermedad prolongando su sufrimiento. Debemos intentar preservar la dignidad de la persona a través de la atención de los diferentes componentes –físico, emocional y psicológico, espiritual, familiar y social– del sufrimiento humano. Este tipo de información, básica, debe de ser conocido por profesionales sanitarios y por el público en general, tendría, además, que constar en cualquier ley y/o programa de atención que regulase la muerte digna haciendo hincapié en las consideraciones legales.

El Observatorio una necesidad urgente

Las Comisiones de Mortalidad, lamentablemente, no evalúan si los pacientes fallecen o no con dignidad. Mi experiencia en ellas me dice que lo que verdaderamente se evalúa es si la muerte era esperada y sobre todo si existen casos de muertes potencialmente evitables. No consta si los pacientes tenían poca o



Debemos preservar la dignidad de la persona atendiendo a los diferentes aspectos –físico, emocional y psicológico, espiritual, familiar– del sufrimiento humano

mucha sintomatología en los informes que realiza una Comisión de Mortalidad ya que tampoco suelen constar en los evolutivos: por desgracia conozco multitud de casos en los que los familiares tienen la certeza de que su familiar tiene síntomas no tratados y el equipo médico considera que no es así. En algún caso, demasiado frecuente, si los familiares solicitan tratar esa sintomatología son acusados de querer realizar un acto ilegal, cuando es obligatorio el manejo de toda la sintomatología que pueda presentar el enfermo. Lamentablemente muchos médicos no conocen los principios éticos de Autonomía del paciente (derecho del paciente a decidir sobre su tratamiento) ni el de Beneficencia (se deben administrar tratamientos que beneficien y no dañen al paciente, incluida la sedación en la agonía) y no respetan los deseos expresados por los pacientes o por sus familiares acerca de la no aplicación de tratamientos en situaciones terminales, si bien es cierto que una modificación reciente de la Ley, por parte del PP, da demasiados poderes al médico en casos en los que no exista un documento de últimas voluntades, quedando la familia en una situación de clara indefensión.

Considero indispensable la creación de un Observatorio del Derecho a una Muerte Digna que, según me consta ha solicitado la Asociación DMD y algún partido político para velar por el cumplimiento efectivo de la normativa existente en este ámbito, al objeto de mejorar la asis-

Los profesionales sanitarios deben abandonar la actitud paternalista que ha marcado su actividad durante años y a la que se aferran muchos profesionales

tencia al paciente y el respeto a sus voluntades y para garantizar su dignidad en el proceso final de la vida. Este Observatorio evaluaría los procesos, la difusión de información, el grado de satisfacción ciudadana y las mejoras que se deban poner en marcha para hacer que de verdad el proceso de la muerte sea lo más digno posible. Para poder realizar su trabajo razonablemente bien debería de potenciarse la información a los profesionales y al público en general, realizar entrevistas de calidad de la atención (no sólo en pacientes terminales) y, sobre todo, evaluar sistemáticamente a los pacientes, terminales o no, y a sus familiares, quienes son los que verdaderamente conocen al enfermo (en los casos de enfermos con serias dificultades para la comunicación considero indiscutible la necesidad de atender las peticiones y aceptar las decisiones de los familiares e incluso, si no tuviese, de personas cercanas). Los profesionales sanitarios debemos abandonar totalmente la actitud paternalista que ha marcado nuestra actividad durante muchísimos años y a la que muchos profesionales se aferran.

Siempre debemos tener en cuenta que la información suministrada al paciente y/o a los familiares debe ser comprensible y no sesgada; no debemos coaccionar ni sacar partido de nuestra potencial dominancia psicológica, mucho menos amenazarles con medidas legales inexistentes si no aceptan nuestro criterio paternal. Si bien debemos recordar que no existen normas vinculantes que obliguen al médico a decir inmediatamente todo al paciente, habrá que informar dependiendo de la capacidad individual para enfrentarse a una situación de muerte inminente, esta capacidad, a menudo, crece con el tiempo, por lo que muchas veces la verdad deberá proporcionarse de manera gradual, guiándonos por lo que el paciente quiere saber y cuando quiere saberlo (es cierto que en ocasiones este proceso no es gradual y pacientes relativamente “sanos” presentan alteraciones bruscas en su estado de salud. Siempre tendremos en cuenta la diferencia entre paciente crítico y paciente terminal).

Debemos recordar que la comunicación de la verdad no se alcanza en una única entrevista sino en múltiples. No es instantánea ni inmediata. Se produce a través de un proceso continuo de maduración. La información debe darse de forma lenta, continuada y

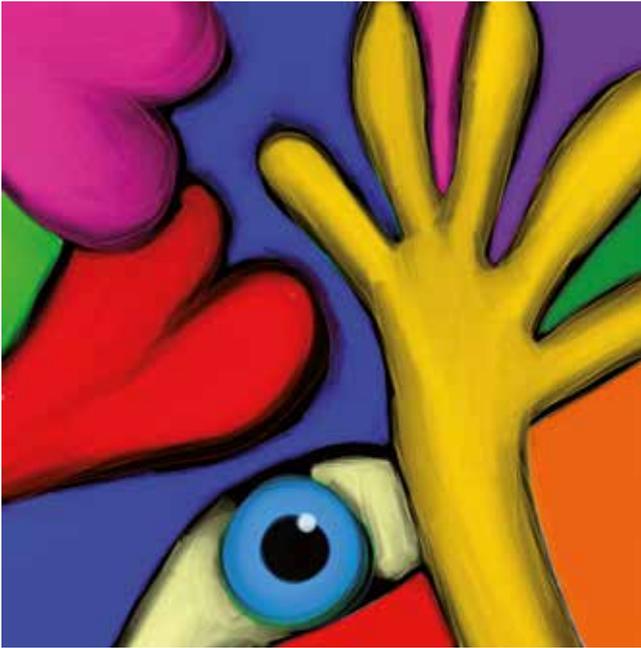
paulatina, respetando el ritmo y las condiciones personales del enfermo. Importante: Nunca quitar la esperanza por mucha información que demos. Mantener la esperanza implica no mentir: hay que averiguar que es lo que sabe el paciente para poder estimar que es lo que separa sus expectativas de la realidad. Tenemos que averiguar cuanto quiere saber antes de informar. Todas estas cuestiones deberían quedar reflejadas en la Historia Clínica ya que sería el único modo de poder evaluarlas *a posteriori* por medio del Observatorio. Creo que deberían recogerse, también, el grado de información y de satisfacción de los familiares respecto a la atención prestada, sobre todo en situaciones relacionadas con el final de la vida.

El hecho de que la proposición de creación de un Observatorio del Derecho a una Muerte Digna implique una gran complejidad para su desarrollo no sólo no debe desanimarnos sino fortalecer nuestras convicciones al respecto de la digna atención que merecen nuestros pacientes. ■

Un observatorio del proceso final de la vida

El 21 de enero se debatió en la Asamblea de Madrid una Proposición No de Ley (PNL) sobre Muerte Digna presentada por el Grupo de Podemos. Cuando Carmen San José afirmó que en la Comunidad de Madrid “se muere mal, con dolor y sufrimiento”, tuvo la réplica del representante popular, Jacobo Beltrán, que le acusó de sostener una “afirmación gratuita” y que su partido defiende la vida digna. Pero si la PNL instaba al gobierno de la Comunidad a que se fomentase el cumplimiento del testamento vital y se respetase en su momento, que aumentasen los servicios de cuidados paliativos, la formación continuada de los profesionales de la sanidad sobre el proceso de morir, y la creación del Observatorio de Humanización de la Asistencia en el proceso del final de la vida significaba que el morir de los pacientes no era digno y se moría mal. En el punto 3 de la PNL se dice:

“Instar al Gobierno de la CM para que dentro del Observatorio de Humanización de la Asistencia se supervise el cumplimiento de las medidas relativas al proceso del final de la vida, incluidas en la legislación nacional y autonómica, basado en criterios de calidad y factores de evaluación, cuyos trabajos arrojen datos que permitan conocer el grado de satisfacción de los ciudadanos, y que exponga el resultado de sus trabajos ante el parlamento autonómico para el conocimiento de esta cámara”.



Se muere mal

Fernando Marín

El pasado 21 de enero, en el Pleno de la Asamblea de Madrid que aprobó parcialmente la proposición no de ley presentada por Podemos, el diputado del PP Jacobo Beltrán decía:

“En nombre del Grupo Parlamentario, no podemos aceptar que usted diga que en Madrid se muere mal; díganos datos, ¡rigor! Hemos llegado a esta transaccional desde el diálogo, pero el diálogo también es rigor, son los principios que tiene el Partido Popular, nosotros cumplimos con la ley, cumplimos con toda la normativa en este aspecto. Cuando uno dice: “se muere mal”, tiene que justificarlo; tendrá alguna razón legal para decir eso, no se pueden hacer estas afirmaciones gratuitamente y decir que en Madrid se muere mal, habrá que decir por qué, dónde, cuándo, cómo, pero no lanzar este tipo de acusaciones así”.

En Madrid en general se muere mal y una persona muere bien, regular o mal dependiendo del médico que le toque

Con estas palabras, este señor, diputado en la Asamblea desde la famosa legislatura del tamayazo de 2003, no sólo demuestra su ignorancia, sino también su falta de sensibilidad con el proceso de morir. Quizás nunca haya pensado en cómo morimos, pero es decepcionante que por esa absurda dinámica

parlamentaria partidista no sea capaz de ver qué se proponía a la Asamblea. Pero además su discurso es indignante porque niega la realidad de los testimonios que cada semana recibimos en DMD, experiencias de sufrimiento evitable en el proceso de morir que, sean excepcionales o no, se toleran con total indiferencia en el sistema sanitario.

¡Pues sí señor! En Madrid en general se muere mal y, en particular, una persona muere bien, regular o mal dependiendo del médico que le toque. No se alarme, que esto no es como la corrupción del PP. En Madrid, en Barcelona, en Sevilla, en París o en Berlín se muere mal, fundamentalmente por culpa de profesionales que no han asumido que ayudar a morir en paz es uno de los fines de la medicina del siglo XXI, tan importante como prevenir la enfermedad, ayudar a vivir o “salvar vidas”. No preguntan a los pacientes por sus preferencias, no les permiten tomar parte del proceso de toma de decisiones, hacen un uso desproporcionado de la tecnología y provocan un encarnizamiento terapéutico y más sufrimiento en el proceso de muerte.

No exagero, le invito a que se lea la exposición de motivos de las leyes autonómicas de muerte digna de Andalucía (2010), Aragón (2011), Navarra (2011), Canarias (2015), Baleares (2015) o Galicia (2015). Tan mal morimos que necesitamos garantizar la dignidad, tal y como aparece en estas leyes. Leyes que, por cierto, no sirven de nada sin la voluntad política que hace falta para mejorar esa muerte chapucera y mala que cada día ocurre en todos los hospitales del Estado, porque la negación de esta realidad no es exclusiva del PP. No es que lo diga DMD, que también, sino que así lo certifican todos los estudios realizados.

Informe Support (1995), 56 pacientes (2002)

La mayor investigación realizada hasta la fecha sobre la calidad de la muerte, llamado Informe Support, concluía hace 20 años: “nos encontramos sumidos en una desagradable situación. El cuadro que presentamos de la atención que se presta a las personas gravemente enfermas o moribundas dista mucho de ser satisfactorio. Ciertamente, hubiéramos preferido descubrir que, a la hora de hacer frente a una enfermedad que amenaza la vida, se incluía al enfermo y a sus familiares en las discusiones, que se valoraban estimaciones realistas de los posibles resultados, que se trataba el dolor y que no se prolongaba el proceso de morir. Esta meta es todavía posible (...)

Para alcanzarla se requiere volver a examinar nuestro compromiso individual y colectivo, un mayor esfuerzo creativo en la elaboración del proceso de tratamiento y quizás, intentos más activos y vigorosos para conseguir un cambio”.

En España se muere mal por falta de cuidados paliativos, pero también hay pacientes que mueren mal por exceso de tecnologías médicas

Desde entonces cada vez que se ha abordado el tema se ha llegado a la misma conclusión: se muere mal. En 2002 un trabajo realizado en un hospital español que observó la muerte de 56 pacientes, decía:

“¿Cuántas horas de extremo sufrimiento humano evitable toleramos antes de que la muerte aporte su inmutable serenidad? Los pacientes de nuestra serie agonizaban con grados variables de disnea (en este contexto entendida como asfixia jadeante) y dolor; fatigados, agotados hasta las mioclonías evidentes; nauseosos o, a veces, vomitando a sus propias vías aéreas, ya sin fuerza. A menudo no controlaban los esfínteres. Sospechamos –no pudimos medirlo– en sus miradas el miedo, la incertidumbre, la desesperación. Morían extenuados. Opinamos, con la legitimidad de los hechos observados, que este sufrimiento humano atentó contra la dignidad del hombre, ese anhelo de seguir siendo, aun al final, un hombre, una mujer, individuos, únicos, singulares e irrepetibles. Tratar activamente el sufrimiento extremo es dignificar, otorgar y reconocer



la autonomía de quien agoniza, más allá de nuestras divergentes opiniones y puntos de vista. Creemos que las diferencias detectadas en las prescripciones de analgésicos y sedantes entre facultativos reflejaron la variabilidad de hábitos y no, justamente, las preferencias expresadas por los pacientes”.

Morir en España (2005)

Igualmente, en 2005, el reportaje de investigación de El País ‘Morir en España’ llegaba a las mismas conclusiones:

Después de consultar con numerosas fuentes relacionadas con el proceso de morir, hay algo en lo que todas coinciden: es posible morir bien y sin sufrimiento, pero en España se sigue muriendo mal. En algunos casos, muy mal. Morir con dignidad y sin sufrimiento es hoy algo así como una lotería: “Depende de dónde vivas y de qué mueras”.

La mitad de los enfermos que ingresan en paliativos no conocen el diagnóstico, no digamos ya el pronóstico, porque son varios los médicos que no han hecho bien su trabajo, ninguno de los que han asistido antes a este paciente se creído oportuno decirle la verdad. No es sólo por un problema de formación, no dar información es una forma de no implicarse emocionalmente con alguien que se va a morir.

En España se muere mal por falta de cuidados paliativos, pero también hay pacientes que mueren mal por exceso de tecnologías médicas. Es impresionante lo que se puede llegar a hacer para mantener a un paciente con vida: respiración asistida, traqueotomía, conexión a un riñón artificial, reanimación en caso de parada respiratoria, hidratación y alimentación por sonda e incluso, si es necesario, mediante un tubo directo al estómago a través de la pared intestinal. Estas medidas de soporte vital no tienen un beneficio terapéutico

directo. Su objetivo es restablecer funciones orgánicas, pero cuando el deterioro orgánico es irreversible, mantenerlas sólo significa prolongar la agonía. No todo lo técnicamente posible es éticamente admisible.

La medicina permite rescatar de la muerte a muchos pacientes, pero en no pocas ocasiones es una batalla pírrica. El problema es que cuando los médicos comienzan su intervención no saben cómo terminará. Y ocurre con frecuencia que después de ganar la batalla contra la muerte, lo que queda es un cadáver que respira.

La redefinición de los fines de la medicina: un problema mundial

En 2015 “The Economist Intelligence Unit” publicó un análisis sobre la calidad de la muerte en 80 países. España ocupa el puesto 23 en el mundo y el 14 en la Unión Europea, solo por delante de Portugal, Polonia, Grecia y Lituania. Este análisis utilizó 20 indicadores cualitativos y cuantitativos, agrupados en 5 categorías:

1. Desarrollo de la asistencia sanitaria y los Cuidados Paliativos (CP, 20% puntuación)
2. Recursos humanos (20%)
3. Cuidados económicamente asequibles (20%)
4. Calidad asistencial (30%)
5. Participación de los ciudadanos (10%)

Al igual que en 2010 el primer lugar lo ocupa Gran Bretaña, con las siguientes características: gran desarrollo de los CP, alto gasto público en salud, amplia formación de los profesionales en CP, ayudas económicas para las familias, fácil disponibilidad de opioides y conciencia pública de la importancia de los cuidados al final de la vida. Otros indicadores de calidad fueron el respeto a la voluntad de los pacientes (limitación del esfuerzo terapéutico), la toma compartida de decisiones y el uso de encuestas de satisfacción de los pacientes.

Tenemos un problema global, pero ¿por qué con un sistema público de salud excelente, España ocupa el puesto 23? Por culpa de gestores que no se enteran de lo que está pasando o no se toman

En todo el mundo, los sistemas de salud están diseñados para la asistencia aguda, cuando lo que necesitamos es atención en la cronicidad. Se centran en el diagnóstico y tratamiento, pero son manifiestamente negligentes en cubrir las necesidades de los pacientes y familias al final de la vida. Lo que hay que hacer para mejorar la calidad de la muerte es muy simple: mejorar los conocimientos sobre el tratamiento del dolor y conversar con la gente sobre el tema.

(The Economist, Quality of Death Index, 2015)

El rechazo de la tecnología requiere tanta destreza y buen juicio como su empleo. No utilices la química cuando estén indicados el tiempo y las palabras

en serio los cuidados al final de la vida y porque, como se ha dicho, los profesionales no han asumido que todo lo que es técnicamente posible, no es éticamente aceptable. Son decenas los trabajos y artículos que llaman la atención sobre el encarnizamiento terapéutico de los últimos años, sobre el uso desproporcionado y maleficiente de la tecnología. Citaremos sólo uno, que comienza con la siguiente cita: “El rechazo de la tecnología requiere tanta destreza y buen juicio como su empleo. No utilices la química cuando estén indicados el tiempo y las palabras”.

La oncología: un tren sin frenos, fuera de control

Desde mi experiencia de treinta años de trabajo en la Oncología Clínica, apoyada por la literatura médica, puedo afirmar la existencia de agresividad terapéutica en los pacientes oncológicos al final de la vida. Muchos pacientes mueren “mal”; mueren en el ámbito hospitalario con poca dignidad, reciben tratamientos agresivos en fases avanzadas de su enfermedad, sin o con poca información y sin o con poca participación en el plan de tratamiento y, en algunos casos, mueren solos”

(Dr. Francisco Barón)

En su tesis doctoral de 2015 un oncólogo gallego estudió en 1.001 enfermos de cáncer fallecidos en Santiago de Compostela entre 2010 y 2013 la agresividad de los tratamientos al final de la vida. Los resultados son “aterradores”: uno de cada cuatro fue tratado con una agresividad injustificable. Un 19% recibió quimioterapia en las dos últimas semanas de vida, un 20% inició un nuevo tratamiento tóxico en el último mes y el 69% acudió a urgencias en su último mes (el 21%, 2 o más veces).

El uso de quimioterapia o radioterapia en las dos últimas semanas de vida son casos claros de encarnizamiento terapéutico. Está demostrado que en esa situación la radioterapia provoca más visitas a



urgencias, más estudios radiológicos, más consultas y más tratamientos asociados, frente a los que no la reciben. En general los pacientes terminales que reciben quimio viven dos meses más que los no tratados, pero en las dos últimas semanas de vida no sólo la supervivencia no aumenta, sino que la calidad de vida es peor y acuden menos a cuidados paliativos que los que no reciben quimio. En la inmensa mayoría de los casos el médico toma unilateralmente la decisión del tratamiento: un 1,2% fue rechazado por el paciente sin tener en cuenta al facultativo y únicamente en el 2% hubo acuerdo dialogado y valorado con el paciente sobre qué opción tomar.

¿Qué propone el autor?: *atender las necesidades con modelos centrados en la comunicación y la dignidad. Dialogar, hacer partícipe al enfermo y a sus familiares en las decisiones, planificar los cuidados, implantar en la práctica clínica las conversaciones difíciles sobre el final de la vida, incorporando el concepto de tratamientos limitados en el tiempo (ponerle fecha en la que han de demostrar si ayudan o no al enfermo).*

“Aquí solo se valora la quimioterapia, como inviertas quince minutos en hablar con un paciente ya te llaman la atención”. “El mejor oncólogo es el que sabe cuándo no hay que poner quimioterapia”

(Francisco Barón, oncólogo)

Promover la autonomía: formación de los profesionales, paliativos y testamento vital

Tras negar la mayor, el portavoz del PP en la Asamblea de Madrid, coincidiendo en este caso con el de Ciudadanos, decía: *“El madrileño, es vitalista, es una persona solidaria, pero cuando usted se refiere a estas*

cuestiones de la muerte digna, yo hablaré aquí siempre de la vida digna; eso es lo que nosotros defendemos: la vida digna, con mayúsculas. Nosotros hemos querido hacer siempre una defensa de la vida”.

Más formación, más paliativos, más protagonismo del ciudadano

Señores y señoras del PP y de Ciudadanos: TODOS defendemos la vida digna. El derecho a morir dignamente es el mismo que el derecho a vivir dignamente, que para nosotros significa vivir sin miedo; sin miedo a perder la casa, el trabajo, la asistencia sanitaria; a no llegar a fin de mes; a expresar libremente las opiniones o la identidad sexual; a decidir cuántos hijos se desean tener; a recuperar a los muertos arrojados como perros en cunetas o en fosas comunes; a la justicia social. Para DMD no se pueden defender sólo algunos derechos humanos.

Los objetivos de la proposición no de ley, finalmente aprobados por unanimidad, coinciden con las medidas que proponen los estudiosos de la calidad de la muerte: más formación, más recursos paliativos y más protagonismo del ciudadano. El testamento vital es la herramienta, ¡hagamos uso de ella!, difundámosla, facilitemos su registro, hablemos de cómo deseamos ser cuidados al final de nuestra vida.

“Hemos aceptado que son los médicos quienes deben decidir cómo tenemos que vivir los días de nuestro ocaso. Es un experimento de ingeniería social, tratar los padecimientos de la enfermedad, el envejecimiento y la mortalidad como cuestiones médicas, poniendo nuestro destino en manos de personas que valoramos más por su destreza técnica que por su comprensión de las necesidades humanas”

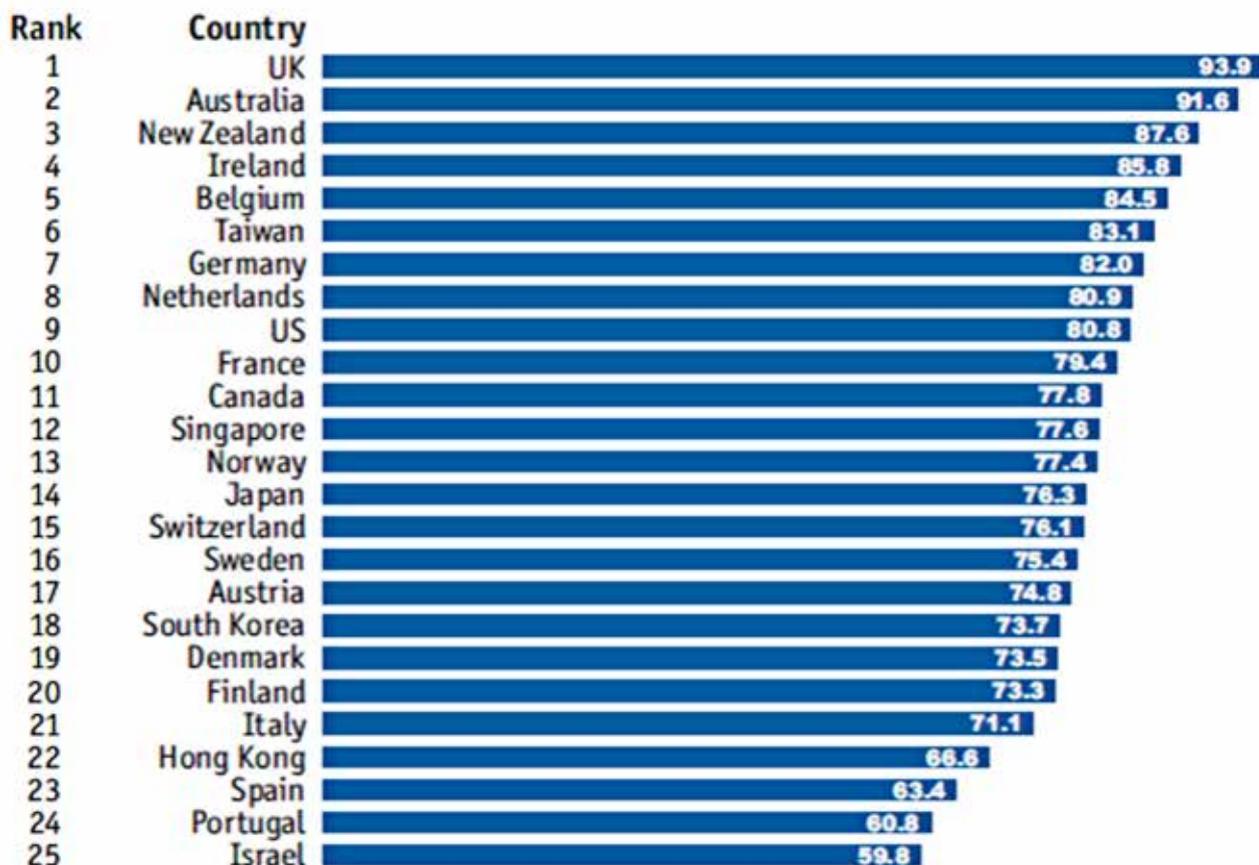
(Atul Gawande, Ser Mortal, Galaxia Gutenberg, 2014)

Tenemos que desmedicalizar la muerte, domesticarla, conquistar el proceso de morir y que cada uno sea el protagonista de su vida, reconociéndose su derecho a decidir cuándo y cómo debe finalizarla. No estamos hablando sólo de la muerte voluntaria o la inyección letal, sino de un cambio cultural mucho más profundo: que se respete nuestra libertad, nuestra dignidad, desde el nacimiento hasta la muerte.

Nota: todas las referencias se pueden consultar en el blog de DMD [morirencasa](http://morirencasa.com):

<http://morirencasa.weebly.com/coacutemomormos.html>

2015 Quality of Death Index—Overall scores



Puntos de la Proposición No de Ley presentada por Podemos que fueron aceptados por unanimidad por el pleno de la Asamblea de Madrid el 21/01/2016

1. Difusión del Testamento Vital, registro en los Centros de Salud y Hospitales, incorporándolo a la historia clínica del paciente.
2. Formación sobre el proceso del final de la vida, la enfermedad terminal y los cuidados paliativos.
3. Que el Observatorio de Humanización de la Asistencia supervise el proceso del final de la vida (legislación, criterios de calidad, factores de evaluación) y grado de satisfacción de los ciudadanos.
4. Cuidados Paliativos en hospitales pediátricos.
5. Aumento de paliativos domiciliarios (ESADs).
6. Plan de Cuidados Paliativos.

Puntos de la propuesta inicial rechazado con los votos de PP y Ciudadanos

7. Creación de un Observatorio de Muerte Digna que, con criterios de calidad, supervise la asistencia en la muerte y el grado de satisfacción ciudadana.

(Se decidió agregar esta función al Observatorio de Humanización de la Asistencia).

8. Instar al Gobierno de la Comunidad de Madrid a que proponga al Gobierno de la Nación la reforma del artículo 143.4 del Código Penal despenalizando las conductas que contempla.

Ahora que estamos a tiempo de decidir

Adela Muñoz*

La historia de Tony Nichlinson atrajo mi atención hacia el suicidio asistido durante una estancia en Inglaterra el verano de 2012. Tras una hemorragia cerebral sufrida en 2005, Nichlinson padecía el cruel “síndrome del atrapamiento”¹ que le había arrebatado el control sobre casi todos los músculos de su cuerpo; sólo podía respirar, tragar con dificultad y parpadear; sus facultades intelectuales estaban intactas.



Tony Nichlinson

Cuando a comienzos de 2012 pudo comunicarse parpadeando ante un ordenador especialmente diseñado para él, pidió repetidamente que le ayudaran a terminar con su vida, por lo que su mujer y sus hijas solicitaron al Tribunal Superior de Justicia de Londres que autorizara la ayuda. Hubo un debate intenso en los periódicos y, en general, la solicitud de Nichlinson recibió apoyos en todos los ámbitos, incluidas la iglesia católica y la anglicana. A pesar de ello, el alto Tribunal no autorizó la ayuda a Nichlinson para que dejara de vivir, pero hizo saber que no se emprendería ninguna investigación si Nichlinson fallecía. A los pocos días de recibir esta última negativa, Nichlinson murió y su entierro puso punto final a su caso.

Posteriormente tuve conocimiento de otros casos tanto o más dramáticos que el de Nichlinson. El que más me impactó fue el del padre israelí que ayudó a morir a su hija de 33 años, enferma de un cáncer terminal que le causaba terribles sufrimientos. Tras comprobar que su hija había dejado de sufrir, en lugar de esperar la sentencia que lo habría de condenar por homicidio, se ahorcó. Se daba la circunstancia de que era un conocido médico en activo; su esposa, sus compañeros y sus pacientes quedaron destrozados con la doble muerte.

* Catedrática de Química Inorgánica. Universidad de Sevilla.

El Tribunal Superior de Londres no autorizó la ayuda a Nichlinson, pero hizo saber que no emprendería ninguna investigación si fallecía

Ante casos extremos como éstos me pregunto por qué la sociedad occidental, en general tan preocupada por garantizar los derechos y las libertades de los ciudadanos, llega a ser tan cruel con los que se encuentran en situación de indefensión extrema. Uno de los motivos de esta aparente incongruencia puede ser que el hecho de que la medicina tenga que ayudar a morir a un ser humano apenas tiene precedentes, porque hasta hace unas décadas la lucha de los médicos ha estado encaminada única y exclusivamente a arrebatar a los seres humanos de las garras de la muerte. ¿Qué es lo que ha cambiado?

¹ En inglés, Locked-In Síndrom. En español se conoce también como Síndrome de enclaustramiento o Síndrome de cautiverio.



Es responsabilidad de los políticos propiciar un debate mesurado y racional en el que puedan hacer oír su voz todos los ciudadanos

demasiado importante para tomarla en situaciones dramáticas o para dejar que otros decidan por nosotros o nuestros familiares.

Una de las responsabilidades de los políticos que ahora intentan acceder al gobierno de la nación es propiciar que este debate se haga de una forma mesurada y racional y que en él puedan hacer oír su voz todos los ciudadanos. ■

Que el triunfo de la ciencia sobre la enfermedad ha sido de tal calibre que no sólo ha permitido casi triplicar la esperanza de vida en poco menos de un siglo, sino que en algunos casos ha llevado a prolongar ésta en condiciones en las que estar vivo puede resultar la peor de las condenas. Otro de los motivos de que se haya llegado a estas situaciones extremas ha podido ser que muchas religiones consideran que la vida humana no es patrimonio de los seres humanos, sino de Dios. Comparada con las batallas ganadas a la enfermedad, la resolución del último problema es relativamente fácil, pero para ello la sociedad ha de atreverse a debatir de forma serena y racional sobre la muerte, un tema que es uno de nuestros principales tabúes.

Hace unos años, cuando mi hijo mayor volvió a casa después de una salida de viernes, me dijo muy serio: “Mamá, tienes que explicarle a la niña que no se puede quedar embarazada”. Yo me quedé en estado de *shock* porque “la niña”, su hermana, tenía entonces ocho años. Cuando le dije que me parecía prematuro, él me razonó que era entonces cuando tenía que hablar con ella, porque si esperaba a que fuera una adolescente responsable ya no me escucharía. Por el mismo motivo, cuando la muerte no nos ronda cerca es el momento de debatir cómo queremos que sea ese trance para nosotros y para los que nos rodean, porque esta decisión es



Adela Muñoz



Eutanasia no, eutanasia sí

Del estado de excepción al estado de necesidad

Fernando Pedrós

Quizás resulte chocante hablar de estado de excepción y eutanasia. Si el estado de excepción se entiende como un régimen de supresión temporal del ejercicio de ciertos derechos y libertades que establece un gobierno en situaciones especiales (1), la eutanasia es una libertad de disposición de la propia vida que lleva suspendida en España desde hace siglos y que los diputados todavía ni se han decidido a debatir para corregir tal injusticia democrática. El art. 143 del Código Penal (CP) es la norma que determina el actual estado de excepción de la libertad de morir del ciudadano. Esta situación penal de la eutanasia también existe en el CP de Holanda, pero sorprende que en el mismo artículo del Código holandés hay dos párrafos, uno con el estado de excepción de la eutanasia y otro que da cuenta del 'estado de necesidad' que anula en ciertas circunstancias la prohibición de disponer de la propia vida y morir voluntariamente.

La figura del 'estado de necesidad' va de la mano de la despenalización de la eutanasia en Holanda. Si la eutanasia y el suicidio médicamente asistido son

En el CP holandés existe el artículo que hace punibles el suicidio asistido y la eutanasia, pero a continuación se adjunta el artículo de la despenalización

legales en determinadas circunstancias es por que el 'estado de necesidad' actúa como razón eximente de responsabilidad criminal del médico que ayuda al enfermo a morir. Si un paciente solicita al médico que le asista para poder morir, y este, al valorar las circunstancias trágicas o extremas del paciente, considera

(1) En España el estado de excepción está definido en el art. 116 de la CE.

que tal situación justifica éticamente la petición del enfermo y él como médico acepta la voluntad del enfermo, está percibiendo un 'estado de necesidad' en que profesionalmente considera que debe ponerse de su lado y ayudarlo. Pero la ley holandesa no se conforma con el buen juicio y buen hacer del profesional y le obliga a poner en conocimiento de una comisión (establecida por la ley) la historia clínica de tal muerte. La comisión revisa cada caso y puede considerar que se daba un estado de necesidad y que el médico ha actuado correcta y moralmente y, por tanto, no ve razón jurídica -apoyándose en la 'eximente de necesidad'- para inculpar y dar cuenta al fiscal para que se incoe procesar al profesional.

¿Qué significa este cambio que se opera en la legislación holandesa con la figura del 'estado de necesidad'? Dicho en pocas palabras, que una situación concreta del paciente, que solicita ayuda para morir, deja al CP holandés sin fuerza acusatoria y condenatoria del médico que ha ayudado a tal muerte. Por ello en el CP holandés no se ha borrado el artículo que hace punibles el suicidio asistido y la eutanasia, pero a continuación se añade el artículo de la despenalización. El CP queda en cierta manera invariable (párrafo 1), pero con la salvedad de que, si se actúa en 'estado de necesidad', no existe infracción y culpa (párrafo 2).

1. El que quita la vida a otra persona, según el deseo expreso y serio de la misma, será castigado con pena de prisión de hasta doce años o con una pena de multa de la categoría quinta.

2. El supuesto al que se refiere el párrafo 1 no será punible en el caso de que haya sido cometido por un médico que haya cumplido con los requisitos de cuidados recogidos en el artículo 2 de la Ley sobre comprobación de la terminación de la vida.

Desde Holanda a nuestro Código Penal

Ante esta fórmula legal cabe preguntarse si puede darse también en España la eximente de necesidad que despenalizase las conductas eutanásicas. De hecho el grupo parlamentario de IU presentó hace dos legislaturas una proposición de Ley que proponía la modificación del apartado 4.º del artículo 143 del CP de modo que quien provocare la muerte en las condiciones que presenta dicho artículo estuviera eximido de responsabilidad criminal. En opinión de bastantes penalistas el acto de ayudarle a morir y provocar

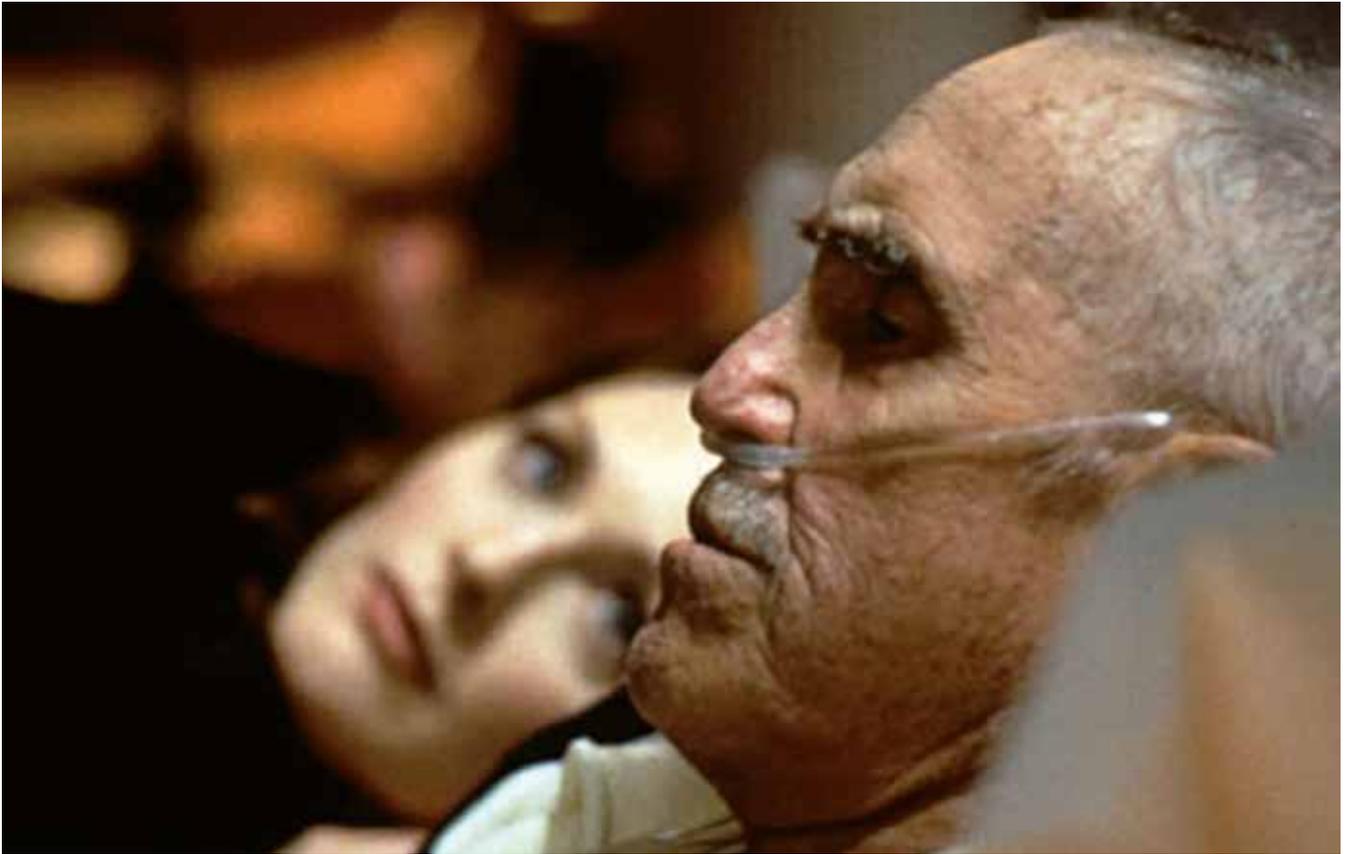
la muerte por el estado de necesidad puede resultar un acto humanitario que acaba con los padecimientos inútiles de un enfermo aquejado de una grave enfermedad y que no desea vivir más. Pero la proposición de ley de IU fue desechada y el estado de necesidad como eximente no se tuvo en cuenta. El Congreso de los Diputados cortaba el camino de la despenalización trazado por Holanda, a pesar de que el CP español tiene en cuenta y valora el estado de necesidad.

Por qué tal respeto al art. 143 cuando hay juristas que lo consideran inconstitucional

Parece ser que el art. 143 del CP es en España intocable. Pero, ¿a qué se debe tal respeto cuando hay juristas que consideran que dicho artículo es incompatible con la libre autonomía de la persona y es inconstitucional por cuanto viola entre otros los artículos 10 y 15 de la CE (2)? El artículo 143 ha demostrado tener hasta ahora una fuerza inusitada. Ha pasado por encima de la Ley de Autonomía del Paciente y ha forzado al Tribunal Constitucional (TC) a evitar afrontar la libertad de autodeterminación del ciudadano y en concreto del paciente que se encuentra en una situación absurda de vida. En la salud y en el propio cuerpo manda la persona y no alguien ajeno a tal vida, pero de hecho la norma legal estipula que nadie manda en su propia vida y, por tanto, el sujeto ha de

(2) El art. 10 CE dice: "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". Y el art. 15: "Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a torturas ni a penas ni a tratos inhumanos o degradantes".





□ La CE reconoce una constelación de valores tan respetables como el valor de la vida y todos ellos configuran la dignidad de la persona

morir cuando su organismo marque la hora. Sin duda el derecho a la vida que el Estado se compromete a proteger es un derecho ideologizado desde la doctrina católica que dice que la vida es de dios y que todo ciudadano ha de rezar y repetir “que sea lo que dios quiera”. Así la norma del artículo 143 –sin duda acuñada desde una mentalidad religiosa o muy cercana a tal creencia– es de obligado cumplimiento también para quien no cree, es ateo, descreído, agnóstico..., cuando la voluntad libre de morir debiera ser una opción dependiente únicamente de la conciencia libre de cada cual: si uno es creyente, acordará su vida y su muerte a la voluntad de Dios, y el resto se comportará atendiendo a su libre conciencia.

En la Sentencia del Tribunal Constitucional 53/85 se afirma que la vida “es un valor superior del ordenamiento jurídico constitucional”. No se puede negar que la vida es un valor superior constitucional, pero, ¿qué valor tiene la vida de una persona que en las condiciones que describe el CP dicho enfermo no la quiere pues no la estima como valor y, a pesar de todo, la ley todavía le condena a vivirla? Tal vida –si

se le puede cínicamente llamar vida– es un ‘desvalor’, pues así la percibe y siente el enfermo y, por ello, solicita ayuda para morir. Y cuando el enfermo va percibiendo cómo degenera el valor ‘vida propia’, va sintiendo que en su interior afloran con mayor intensidad otros valores constitucionales de su persona que van suplantando al valor de la vida.

Una constelación de valores

Cualquiera de los artículos 10 y 15 y sus valores constitucionales serían más que suficientes para fundamentar racionalmente una despenalización e incluso una legitimación de la eutanasia y el suicidio asistido. Si siempre que se habla de la defensa y protección de la vida, se menciona la dignidad de la persona, vale la pena hacer una lectura sosegada del texto constitucional en busca de los valores de la persona pues todos ellos, al estar relacionados, conforman una constelación de valores que configuran la dignidad de la persona. Más que especular en el vacío sobre la dignidad humana o jugar al inútil enfrentamiento jurídico entre derecho a la vida y libertad de la persona es preferible desgranar y sopesar los valores de esa constelación presente en la Constitución (CE). En concreto, las percepciones y deseos del enfermo, que no aprecia sentido a su vida y solicita al médico ayuda para morir, están acordes con valores constitucionales que vive con fuerza en la situación existencial que está viviendo:

- **derecho a ser autónomo y a autodeterminarse** en la vida (art. 10 CE). Lo mismo que el paciente es libre para rechazar tratamientos, intervenciones, aparatajes, etc., de igual manera podrá autode-

terminarse para poner límite a su vida pues a la autonomía de la persona no se le puede suspender legalmente a no ser que en su ejercicio se lesionen los derechos de los demás;

- **derecho al libre desarrollo de la personalidad** (art. 10 CE). La personalidad se desarrolla no solo en la vida sino también en la fase final de la existencia y en la decisión de poner límite al vivir, es decir, en la muerte e incluso en la misma decisión y elección del cuándo, el dónde y el cómo de la muerte que se elige;
- **respeto a la dignidad de la persona.** En tal situación el enfermo percibe que es más digno para él morir y liberarse que sobrevivir y continuar la vida tal como la está malviviendo; nadie mejor que el paciente puede percibir y evaluar su propia dignidad –no la dignidad teórica y en abstracto– en la situación trágica en que vive. Por tanto, él conoce y solo él si su dignidad personal está en seguir viviendo a costa de sufrimientos o en liberarse del malvivir que arrastra. En breve, no hay respeto a la dignidad si no se acepta la decisión voluntaria, racional y libre de la persona;
- **libertad ideológica** (art. 16.1 CE) que refrenda la toma de decisiones sean cual sean las opciones religiosas o de cualquier otro estilo ideológico que el enfermo mantenga; la dignidad hay que conjugarla con la libertad ideológica y, por tanto, con una ideología agnóstica o negadora de la existencia de dios o con la de creyentes religiosos. La libertad ideológica confirma que en la convivencia política de la ciudad las convicciones religiosas no cuentan;
- **derecho al respeto a su vida y a la integridad física** y, por tanto, la prohibición de que la persona reciba tratos inhumanos o degradantes (art. 15 CE). Sin eutanasia o el suicidio asistido el enfermo estará condenado a una situación de dolores y sufrimientos de los que quiere liberarse, y los dolores y sufrimientos pueden suponer una tortura continuada, una condena a una vida sin valor para el sujeto;
- **respeto a la intimidad** (art. 18.1 CE) por cuando la decisión de morir pertenece al terreno de lo privado y no afecta ni daña los derechos de los demás; y quien se adentra en la intimidad de la persona y en sus libres decisiones que solamente a él le afectan, por más que sea el Estado, está actuando como un intruso. En ese mismo artículo la Constitución habla de la no violación del domicilio, ni de la correspondencia. Pues bien, la intimidad es la residencia, el habitáculo más profundo de la persona que solo a ella le pertenece.

Un juicio de valores

Todos los derechos, como dice la Constitución, son inviolables: la vida, el libre desarrollo de la personali-

No se puede decir que en la Constitución exista una jerarquía de valores y que el derecho a la vida sea prioritario

dad, la autonomía, la intimidad, la libertad de conciencia e ideológica, etc. Por defender una vida teórica, en abstracto, a veces se lesionan simultáneamente otras libertades, derechos y valores tan constitucionales y fundamentales como la misma vida. En esa situación jurídica no se puede decir que exista una jerarquía de valores y que el derecho a la vida sea prioritario. Ante todo, y en primer lugar, hay que decir que, al hablar del derecho a la vida, no se está hablando de un derecho a la vida para que el cuerpo funcione, el organismo respire, bombee el corazón,... En ese caso estaríamos hablando de la animalidad de la vida olvidando que el humano vive una vida humana, es decir, consciente y plenamente libre.

Y, en segundo lugar, todos esos derechos y libertades –que pertenecen al sujeto con vida humana consciente y libre– están mutuamente referenciados y ligados entre sí de modo que no se puede hablar de una jerarquía entre ellos y que el derecho a la vida prime sobre los demás. Es más, si se pusieran en una balanza, estando en un platillo el derecho a la vida y en el otro el resto de libertades y valores enunciados, el desequilibrio de valores constitucionales sería más que llamativo, y así, caso de que el médico no ayudase a morir al enfermo tal cual es su deseo y decisión, la mayoría de esos derechos quedarían violados, conculcados por defender el abstracto derecho a la vida. La defensa de una vida tomada en abstracto –independientemente de la vida que le toca vivir a un sujeto concreto y en las circunstancias y condiciones en que vive– no se puede hacer a costa de los males u sufrimientos que se causan a un ser humano concreto que vive su existencia. Muchas veces se pregona la vida, se ensalza, se protege y de resultas de esta proclama el ser humano viviente queda sin libertad, sin dignidad, sin intimidad y condenado a una vida-tortura.

No se puede jugar en el mundo de los conceptos cuando la categoría vida no se corresponde con la experiencia de la vida que tiene el enfermo en medio de una situación sufriente, cuando se soporta una vida devaluada, una existencia degradada, que ha ido perdiendo sentido y que es desechada por el sujeto. A esta situación que vive el enfermo y que detecta solidariamente el médico cuando recibe la solicitud de ayuda para morir se le considera estado de necesidad que justificará el suicidio asistido o la eutanasia. ■

“Si no voy a tener una vida satisfactoria, prefiero terminar”

Vanessa Pi

María Martín-Pintado, socia de DMD, murió el pasado 4 de febrero, víctima de un cáncer terminal. Defensora del derecho a decidir sobre su propia muerte, luchó hasta el final contra la enfermedad porque quería seguir con su marido y sus hijos. Su estado empeoró hasta tal punto que la sedación paliativa fue la única opción.

Medio año. “Con seis meses, me conformo”. Ese era el plazo que María Martín-Pintado le daba a la muerte. Quería estar presente el día en que sus hijos entraran en el instituto, el próximo curso. “Va a ser un cambio importante para ellos, me necesitan”, argumentaba. En el fondo, sabía que no le quedaba tiempo, su oncóloga le había pronosticado tres semanas de vida. Aún con los ojos amarillentos por la disfunción hepática



María Martín-Pintado, en su casa de las Rozas (Madrid)

que sufría, consecuencia de un cáncer con metástasis diagnosticado dos años atrás en forma de “bultito en el pecho”, María nunca dejó de aferrarse a la vida. Murió el pasado 4 de febrero, a los 52 años, sedada junto a su familia.

María expresó a DMD su voluntad de dejar su testimonio póstumo a través de esta revista. Era su forma de manifestar que aunque defensora del derecho a decidir sobre su propia muerte, ella se aferraba a la vida. Saberse dueña por completo de su propio final le hubiera dado más tranquilidad. Por ello, quería que la eutanasia y el suicidio asistido fueran legales. Quería saberse libre de poder decidir hasta dónde llegar en su progresiva agonía. Le hubiera dado paz. Pero pese a sus firmes reivindicaciones, quiso llegar hasta el final. Quería seguir al lado de los suyos.

Como María, una mayoría de personas considera que la eutanasia debería ser legal en España: un 73%, según la encuesta que hizo el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) en 2009. Es una cuestión



de libertad. La realidad es que aún ilegal y penada en España, la inmensa mayoría de las personas no llegan a plantearse seriamente esta posibilidad. Si bien no existen datos estadísticos que lo respalden –la muerte sigue siendo un tabú social– así lo demuestra la experiencia de DMD en el seguimiento de los casos que asesora. La inmensa mayoría de socios y socias de DMD, las personas, quieren vivir. Pero temen el dolor, la incertidumbre, la vida alienada, la muerte indigna.

Este patrón de comportamiento se repite en los países donde el suicidio asistido o la eutanasia son legales. Son varios los casos que incluso han saltado a la prensa en que personas que llevaban mucho tiempo reclamando activamente la eutanasia se han echado atrás poco después de que en sus países se les reconociera el derecho a poder aplicársela. Una vez supieron que llegado el momento podrían morir cuando y como quisieran, contaban con la suficiente tranquilidad para poder seguir viviendo, postergando la decisión.

Repaso a una vida

La charla con María tuvo lugar nueve días antes de su muerte. Abrió las puertas de su casa, en Las Rozas (Madrid), para verbalizar y compartir el relato de su vida. Tumbada en el sofá, con su larga y espesa melena castaña apenas salpicada de canas, María dejó fluir sus sentimientos, sus recuerdos, su pensar y su sentir, entre bocanadas de humo de un cigarrillo, café con leche y tarta de chocolate. Estaba cómoda, relajada, acompañada por los dos hombres a los que más quería, su marido, Pete, y su mejor amigo, Chemo.

“Lo estoy pasando mal físicamente, por la falta de fuerzas, porque sé que no las voy a recuperar. Pero psicológicamente no lo estoy pasando tan mal porque creo que aún no soy consciente de mi situación”

Era un miércoles soleado, de un enero primaveral. María ya estaba muy débil. Hablaba con un hilillo de voz y perdía el hilo de sus palabras con facilidad. Andaba a pasitos lentos y cada movimiento le causaba “devaneos”. Llevaba semanas sin salir de casa. Las secuelas del cáncer que la consumía eran muy evidentes. “Mira qué tripa se me ha puesto”, se quejaba. Menuda “desde siempre”, en los últimos meses había adelgazado en exceso. “Si es que se me han quedado unas piernecitas...”. Bromeaba sobre ella misma, coqueta, sabiéndose en su ocaso, aún atractiva.

Hacía 15 días que había salido del hospital. Podía soportar los dolores, pero sentía “punzadas agudas” en el estómago. El cáncer en el hígado le había provocado una insuficiencia hepática. Como consecuencia, tenía el abdomen muy hinchado por la acumulación de líquidos (ascitis). En dos ocasiones le habían tenido que practicar una paracentesis, un procedimiento que consiste en extraer esos líquidos pinchando el abdomen y aspirándolos.

“Lo estoy pasando mal físicamente, por la falta de fuerzas, porque sé que no las voy a recuperar. Pero psicológicamente no lo estoy pasando tan mal porque creo que aún no soy consciente de mi situación”, explicaba serena. Pete no dejaba de observarla con la cabeza gacha. Tenía que irse a la academia de inglés donde imparte clases, pero cada día le resultaba más difícil alejarse de su mujer. Al problema familiar se sumaron, en esas últimas semanas, los problemas

de conciliación. Pete llevaba meses ocupándose de la casa, de su mujer, de sus dos hijos, gemelos de 11 años. Estaba determinado a pedir una baja laboral.

“Sé que estoy muy mal, pero de momento, no tengo miedo, ya me dará”, se sinceraba María. Tener registrado el testamento vital le daba tranquilidad, aunque relativa: “Bueno, sí temo que me pase algo y nadie sepa que lo tengo registrado. Quiero estar segura de que el médico que me atienda cuando llegue el momento, en una emergencia, sepa que he dejado escritas mis voluntades anticipadas”. La posibilidad de que, de necesitarse, no se aplicara su testamento vital era remota. María era socia de DMD y como tal contaba con el apoyo de sus médicos. Además, la asociación tenía una copia de su documento, que, como ofrece a todos sus socios, hubiera presentado si su representante, en este caso su marido, no lo hubiera tenido a mano o bien no se hubiera encontrado el original en el registro autonómico, ambas posibilidades prácticamente imposibles.

Socio-activista comprometida

Aunque muy débil ya, María mantenía la vivacidad de su medio siglo de biografía. Aún no había cumplido los treinta años cuando se mudó a un estudio que le había dejado un amigo, pintor como ella, en el bohemio barrio parisino de Montmartre. María se recordaba jugando al ajedrez, tocando la guitarra y yendo al Musée d'Orsay y al Louvre a ejercer su mayor pasión, la pintura. Cuando regresó a España, hizo su primera exposición. Pero necesitaba más mundo y se fue a vivir a Inglaterra.

En Guilford vivió “la mejor etapa” de su vida. María recordaba sus cuadros, el placer de los paisajes, de las personas a las que conoció; sus conquistas, los hombres a los que quiso, los hombres que la quisieron, los que la cortejaron. Hasta que conoció a Pete. “Me ha cuidado como nadie”, sonreía.

“Quiero estar segura de que el médico que me atienda cuando llegue el momento, en una emergencia, sepa que he dejado escritas mis voluntades anticipadas”

La enfermedad no había conseguido marchitar unos ojos expresivos, inquietos. Siempre fue “una mujer atlética”. Hasta que la enfermedad se lo imposibilitó, María se había volcado activamente en la asociación. Hablaba un inglés fluido y participó en el grupo de Internacional de la Asociación, formado por socio-acti-

vistas con el fin de reunir información sobre la situación de la eutanasia y los derechos al final de la vida en todo el mundo. En aquel último encuentro distendido con DMD quiso lanzar un mensaje de cariño a sus compañeras de grupo: “No he podido colaborar todo lo que quería, las quiero”. Aunque no se acababa de resignar a tirar la toalla: “Espérate a ver que no vaya yo todavía un día de estos por la oficina”. Y sonreía.

“Yo prefiero la muerte que quedarme en una silla de ruedas o quedarme como estoy ahora de forma indefinida”

María intentaba reafirmarse. “Para qué tener miedo”, repetía. Aun así reconocía temer al dolor, aunque decía aguantarlo, “de momento”. Lo tenía muy claro. “Yo prefiero la muerte que quedarme en una silla de ruedas o quedarme como estoy ahora de forma indefinida, eso no va con mi personalidad. Si no voy a tener una vida satisfactoria, prefiero terminar”, razonaba. El cáncer fue tan agresivo que no le quedó opción a tener que reclamar acabar con su sufrimiento. Ni siquiera hubiera hecho falta leerse su testamento vital. La metástasis se la fue comiendo, hasta que mantenerla en vida hubiera sido un encarnizamiento terapéutico, una mala praxis médica.

Muerte dormida

María falleció en su casa, sedada. Ya no había otra opción. La situación se agravaba. Dos o tres días antes de su muerte, la médica de paliativos ya le había dicho a Pete que la situación era insostenible, desde todos los puntos de vista. Había que tomar una decisión. O María ingresaba en un hospital o buscaban a un cuidador, ya que Pete estaba muy agotado y la médico había percibido que no iba a poder aguantar todo el proceso. La situación se precipitó en cuestión de horas. Un día antes del fallecimiento, la doctora manifestó a Pete y a la propia María que había llegado la hora, procedía sedarla. Fue entonces cuando la pareja llamó a DMD. Así lo había manifestado ella con anterioridad. “Si me tienen que sedar, quiero que sea un amigo, no un médico extraño”, había repetido aquella tarde soleada en su casa.

María quería dejar su muerte atada. Los detalles. En el fondo sabía que, por el proceso que estaba viviendo, lo más seguro era que tuvieran que sedarla y quería planearlo en la medida de lo posible. Las dudas la desvelaban. ¿Cuándo moriré? ¿Moriré dormida? ¿Estaré consciente hasta el final? ¿Qué harán con mi cuerpo, llegará al depósito de la facultad de medicina, donde lo he donado para que investiguen?



María conversa con el médico de DMD Fernando Marín

Una de las cuestiones más importantes para ella era plantearse si sus hijos la acompañarían en el momento de su adiós. “¿Si es entre semana, qué hago, que no vayan al cole? Lo tengo que pensar...”. Una semana antes de su muerte, María todavía no había hablado abiertamente de su enfermedad y su muerte próxima con ellos. Pero era consciente de que quizás no hacía falta. “Se dan cuenta de todo. Sienten que me agobian y se quieren ir a casa de su tía. Están notando el final, que algo ha cambiado, son muchos meses así, estoy agotada físicamente desde mucho antes del verano”. Y como la pena se apropiaba de su voz, María se intentaba recomponer. “Que mis hijos crezcan como tengan que crecer, sin mí. Hemos disfrutado de mucho tiempo juntos. Me hubiera gustado estar más tiempo con ellos, pero es lo que hay”.

El día que murió María, por la mañana, los niños se fueron tranquilos al colegio. Antes de salir de casa, confirmaron a sus padres que estaban al corriente de todo: “Si se muere mamá, estaremos muy contentos porque se irá con su Buda [María simpatizaba con el budismo] y siempre estará con nosotros”. María estaba en lo cierto. De una forma natural, sus hijos habían ido afrontando la situación hasta que ese día la verbalizaron. Murió a primera hora de la tarde. Su situación se agravó en cuestión de horas. Ya ni siquiera podía prácticamente moverse o hablar. Junto a ella estaba su marido, Pete, y una de sus hermanas.

Tomar las riendas de la muerte

María no dejó que la enfermedad le quitara las riendas de su vida en el tramo final. Fue consciente de todo el proceso de su enfermedad y lo afrontó con valentía: “Me dan pena las personas que no quieren saber nada. Yo afronto la muerte con toda naturalidad”. “Desde el respeto”, no concebía que haya familias que oculten al enfermo su situación, que ha

“Me dan pena las personas que no quieren saber nada. Yo afronto la muerte con toda naturalidad”

llegado su final. Familias que no hablan de que la muerte acecha, aunque todos lo saben. “Eso me parece una barbaridad, un cinismo. Por eso, tener conciencia y control es tan importante para mí. Por eso es tan importante la lucha de DMD”.

María quiso animar a quienes pasaran por su misma situación. “¡A por ello! Yo no trato de convencer a nadie de nada, que lo vean con sus propios ojos y, sobre todo, que asimilen la enfermedad con sentido común. Les diría que reflexionaran, que la muerte no es un tabú, es parte del proceso de la naturaleza. Tampoco es un túnel blanco, porque nadie ha venido a contaros lo que es. Respeto a quien piense lo contrario, pero que no se imponga la única visión de la sacralidad de la vida”. Tenía muy claras sus convicciones. “Hay que recapacitar, ver la vida de otra manera. Pero hay gente muy radical, con la influencia de la Iglesia, con muchos intereses económicos detrás”.

La conversación con María finalizó aquella tarde con los lazos emocionales reforzados, con el compromiso de DMD de no abandonarla en su final y con la tranquilidad y la satisfacción de ella de haberle dedicado horas a hablar, sabiéndose escuchada, de cuantos aspectos había querido destacar de su vida. María quería sumar, aportar su granito de arena. “Creo que la gente está falta de información genuina. Están muy perdidos todos, van dormidos, no quieren ver la realidad”. ■

Crónica de una decepción anunciada

Loren Arseguet*

Después de casi cuatro años de recorrido, marcados por debates, estudios, consultas, informes y varias sesiones en las dos cámaras, la ley que “*crea nuevos derechos para las personas al final de la vida*” ha sido aprobada finalmente el 27 de enero pasado en Francia. Modifica la ley Leonetti de 2005 hasta ahora en vigor, cuyas insuficiencias estaban reconocidas por todos.

¿Qué dice la nueva ley?

Jean Leonetti, coautor de esta nueva versión de la ley del final de la vida, la presenta como una ley de “equilibrio entre el deber del médico y los derechos del paciente” e insiste en que otorga al paciente un nuevo derecho, el de “dormirse antes de morir para no sufrir”.

Los puntos esenciales de esta nueva ley se pueden resumir de la siguiente manera:

- Derecho de toda persona a “un final de vida digno y al mejor apaciguamiento posible del sufrimiento”. Para cumplir con este derecho, se autoriza “la



sedación profunda y continua hasta el fallecimiento” para enfermos en fase terminal, aunque pueda tener el efecto de abreviar la vida. La sedación se puede practicar en el hospital, en una residencia o en el domicilio del paciente. La ley no autoriza ni la eutanasia, ni el suicidio asistido.

- Rechazo al encarnizamiento terapéutico, derecho del paciente a rechazar un tratamiento y garantía de acompañamiento paliativo: “toda persona tiene derecho a rechazar un tratamiento. El seguimiento del enfermo sigue garantizado por parte del médico con acompañamiento paliativo”.
- Para desarrollar debidamente los cuidados paliativos, se prevé que “la formación inicial y continua de los médicos, farmacéuticos, enfermeros, auxiliares y psicólogos clínicos incorpore una formación sobre cuidados paliativos”.
- La alimentación y la hidratación artificiales son “tratamientos” y en consecuencia pueden suspenderse como cualquier otro tratamiento.
- Desarrollo de las directrices anticipadas (sólo un 2,5% las tienen redactadas). Se anuncia la creación de un registro nacional de dicho documento y la organización de una campaña a nivel nacional para darlas a conocer.

El médico tendrá que “informar a sus pacientes de la existencia de este documento legal y de las condi-

* Socia activista.



TIERRA SU
ON INDIGNIDAD

www.admd.net

El médico tiene la obligación de tener en cuenta las instrucciones previas del enfermo

ciones de redacción del mismo”, y se impondrán al médico... salvo en dos casos: en caso de urgencia vital hasta estabilización del estado del paciente, y en caso de que el médico las juzgue “manifiestamente inapropiadas o no conformes a la situación”.

Algunos pequeños avances

Sin lugar a dudas el principal avance de esta ley y el único punto que provoca la aprobación general es propiciar el desarrollo de los cuidados paliativos, a los cuales sólo el 20% de los franceses tienen actualmente acceso. Hay que recalcar la creación en el mes de enero de un Observatorio de los Cuidados Paliativos y del Final de la Vida que estará dirigido por Véronique Fournier, cardióloga, que dirigió el comité de ética de un gran hospital parisino y se declara partidaria de una ‘eutanasia paliativa’. Este nombramiento ya ha hecho saltar todas las alarmas entre los grupos pro vida que han lanzado una campaña en contra en las redes sociales.

Por otra parte, el hecho de que el médico tenga que tomar obligatoriamente en cuenta las directrices anticipadas, el anuncio de la creación de un registro

nacional, y la promesa de una campaña de información destinada a dar a conocer este documento constituyen también un avance en comparación con la situación actual. Sin embargo, la especificación de dos circunstancias en las cuales el médico no está obligado a tomarlas en cuenta, aunque deba motivar su decisión, levanta muchas críticas.

Ahora se aprecia la ambigüedad de la redacción del Punto 21 del programa electoral de Hollande

La sedación para los pacientes afectados por una enfermedad incurable en estado terminal formaba parte en muchos casos de la práctica hospitalaria, pero esta legislación está destinada a intentar homogeneizar las prácticas en todo el territorio nacional. La ley aporta una precisión al calificar la sedación como “profunda y continua”. Por otra parte, se podrá realizar también en el domicilio del paciente o bien en residencias de ancianos.

Una ley fundamentalmente timorata

Esta ley que ha tardado tanto en ver la luz responde al famoso Punto 21 del programa electoral socialista de 2012.

Punto 21 del programa electoral de François Hollande decía: Propondré que toda persona mayor de edad en fase avanzada o terminal de una enfermedad incurable que provoque un sufrimiento físico o psíquico insoportable y refractario pueda solicitar, en condiciones precisas y estrictas, una asistencia medicalizada para terminar su vida en la dignidad.

La ambigüedad de la redacción de este punto dio lugar a lecturas francamente diferentes: algunos vieron en él una vía hacia la legalización de la eutanasia, y otros lo limitaron a la promesa del desarrollo de los cuidados paliativos a los cuales sólo tienen acceso actualmente un 20% de los franceses.

La realidad es que François Hollande, después de las enormes manifestaciones en contra de la ley de matrimonio homosexual, y en una situación de enorme fragilidad por la crisis económica y el problema del terrorismo, no deseaba abrir un nuevo frente conflictivo. Quiso encontrar “una solución de consenso”. Encargó la elaboración del proyecto de ley a los diputados Jean Leonetti (Partido Les Républicains) –ya redactor de la anterior y muy limitada ley de 2005– y Alain Claeys (Partido Socialista). Las posiciones contrarias a la ayuda a morir (eutanasia y suicidio asistido) de Jean Leonetti son bien conocidas, y su nombramiento ya constituyó un indicio de lo que podría pasar. El tex-

¿CÓMO SE
SIENTE HOY?

TRAICIONADO



www.admd.net

to definitivo votado recientemente confirma todas las sospechas: al querer contentar a todos, ha cosechado las críticas de todos.

Final de la vida: el debate sigue abierto

Los colectivos pro-vida (los mismos que se manifestaron tan vigorosamente contra la ley de matrimonio homosexual en 2013) siguen en pie de guerra. Piensan que la ley no precisa claramente que la intención de la sedación no es “provocar la muerte” y estiman que en realidad este texto abre a medio plazo el camino a la eutanasia. Basan su argumentación en que Manuel Valls (actual primer ministro), Marisol Touraine (actual ministra de Sanidad), e incluso Alain Claeys (coautor de la ley con Jean Leonetti) firmaron en 2009 un proyecto de ley que preveía una “ayuda activa a morir” y sólo pueden considerar la ley recién votada como una “etapa”. Sospechan, además, que permitir esta sedación terminal permitirá en realidad la realización de eutanasias encubiertas.

La sedación era una medida paliativa regulada por un decreto de 2010

En cuanto a los partidarios de una ayuda efectiva a morir, se consideran engañados y traicionados. Jean-Luc Romero, presidente de la asociación ADMD –Asociación para el Derecho a Morir Dignamente– felicita irónicamente al gobierno por “su hazaña, consistente en hacer creer a la opinión pública que se trata de un gran avance, cuando en el fondo sólo pone en conformi-

La nueva ley no aporta ni claridad ni solución a los casos dramáticos en torno al final de la vida que se están viviendo en Francia

dad la ley de 2005 con otros textos, como el decreto de 2010 que permite la sedación cuando todos los tratamientos

se suspenden, o con la posición de los médicos desde el voto de la ley Kouchner en 2002” que consiste en considerar la alimentación y la hidratación artificiales como tratamientos y no como simples cuidados, lo que permite suspenderlos en situación de terminalidad. En cuanto a las directrices anticipadas, la asociación estima que nos enfrentamos a una operación de comunicación exitosa, ya que nadie se fija en las dos excepciones que comporta y que “permiten al médico tomarlas en cuenta... o no”.

El final de la vida es asunto de la ciudadanía

Hemos vivido en el último trimestre de 2015 varios casos dramáticos y muy mediatizados, relacionados con el final de la vida, casos que la ley entonces vigente contribuyó a agravar: el caso Vincent Lambert, en coma vegetativo desde 2008, con sentencias favorables a la suspensión de la alimentación y de la hidratación emitidas por todas las instancias judiciales francesas y por la Corte Europea de Derechos Humanos; procesos de Jean Mercier y del doctor Bonnemaïson, condenados sin cumplimiento de pena por haber ayudado a enfermos a morir. Estos casos han conmovido profundamente a la sociedad y movilizó a la población. La nueva ley no aporta solución a ninguno de estos casos, y la indefinición jurídica de algunas de sus formulaciones –en particular el no respeto del testamento vital si el médico lo juzga “inapropiado”– dejan presagiar futuros problemas. Pocas cosas cambian en realidad. Pero la ciudadanía se seguirá movilizándose: “Los que nos han seducido con buenas palabras y promesas en 2012 no podrán hacerlo en 2017... Peor para ellos...”, dice Jean-Louis Romero con los ojos puestos en las próximas elecciones presidenciales. ■

Siempre es buen momento para **sumarse**

Pero queremos **ser más** para **conseguir el cambio** por el que llevamos **trabajando** durante tanto tiempo.

Entre todos y todas podemos conseguirlo. **¿Te animas?**

2015 está siendo un año de **cambios**. En este último tiempo **DMD** ha crecido hasta los **5.000 socios y socias**.

Si cada miembro de DMD **suma una persona más**, llegaremos a ser un movimiento con **10.000 voces**.



¿Quién te ha hablado de esta campaña? (nº socio/a)

Nombre _____ Apellidos _____

Dirección _____

Población _____ C.P. _____

Provincia _____ Profesión _____ Jubilado/a

D.N.I. _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

Teléfonos _____/_____

E-mail _____ Revista solo online

Deseo colaborar como socio/a con una CUOTA anual de:

42,00 € **60,00 €** **90,00 €** **OTRAS** _____ €
(cuota mínima)

Deseo hacer un donativo por valor de _____ €

Mi cuota la haré efectiva mediante:

Domiciliación bancaria (recomendado)

Titular _____

Banco/Caja _____

Código IBAN (24 dígitos)

Otras:

Ingreso directo o Transferencia **Efectivo** **Talón por correo**
(Recuerda indicar tu nombre)

Código IBAN (La Caixa): **ES90 2100 0555 3302 0100 2963**

Nota: La cuota abonada es la del año en curso. Las cuotas se renuevan el día 1 de enero de cada año. Los/as socios/as que se den de alta durante el último trimestre del año comenzarán a abonar sus cuotas a partir del año siguiente.

En _____ a _____ de _____ de 201____

Fdo.:

AFDMD Plaza Puerta del Sol, 6 3º Izda. 28013 Madrid
Registrada en el Ministerio del Interior (Grupo 1 - Sec.1 - N°57889)

 **913691746**

 **informacion@eutanasia.ws**

www.eutanasia.ws

Los datos personales que se facilitan, tienen carácter obligatorio y su tratamiento se realizará de forma confidencial y de conformidad a la normativa vigente que en cada momento regule la protección de datos de carácter personal. La **AFDMD** garantizará los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en relación con estos datos, que podrán ser ejercitados por el interesado enviando un escrito al domicilio social o e-mail de la entidad. El firmante queda informado y expresamente consiente a la **AFDMD** la incorporación de los datos de carácter personal que figuran en este documento a los ficheros automatizados de esta entidad y su tratamiento informatizado (o no) para su uso exclusivo por la entidad (en aquellas necesidades recogidas en sus estatutos o aprobadas por sus órganos de gobierno) sin posibilidad de cesión a terceros.

También puedes rellenar la solicitud de ingreso por internet, en nuestra página web **www.eutanasia.ws** en el apartado **HAZTE SOCIO/A**.





El movimiento de la muerte digna en los países nórdicos

Unn Brundin*

En el puente peatonal que lleva al islote en el centro de Estocolmo donde se encuentra Sveriges Riksdag – el parlamento sueco– pueden los ciudadanos manifestarse por cualquier causa durante media hora, sin permiso especial. Esta pequeña ocasión de ejercer la libertad de expresión a las puertas del parlamento es aprovechada cada jueves a mediodía por Ada Salomon, una jubilada de origen uruguayo, flamante activista de RTVD –Rätten till en Värdig Död– la organización sueca por una muerte digna. Ada –sola o a veces acompañada por otros soci@activistas– llena el espacio con sus carteles artesanales de distintos tamaños y diseños, y hasta una foto grande de Björn Ulvaeus, fundador del famoso grupo musical ABBA y miembro de la Junta Directiva de RTVD, adorna la colorida exposición. En los carteles se pueden leer todos los distintos argumentos que los que luchamos por una muerte digna compartimos y que se pueden resumir en uno solo: ¡Exigimos el derecho a morir dignamente!

Sociedad avanzada de espaldas a la muerte

En varias ocasiones he tenido la suerte de poder participar en esa minimanifestación en Estocolmo, una experiencia muy curiosa. Los transeúntes aceptan normalmente nuestros folletos con cierta reticencia, y sólo de vez en cuando se para alguien con preguntas o comentarios. Algún que otro ministro o diputado que acuden a pie a su trabajo nos regalan, en el mejor de los casos, con una benévola mirada. El puente está dentro de uno de los circuitos turísticos más frecuentados de la ciudad, por lo que Ada también ha fabricado carteles en inglés. La reacción unánime y perpleja de los extranjeros es “Pero... ¿todavía no está la eutanasia legalizada en Suecia?” Pues, no. Ni en Suecia, ni en el resto de los cinco Países Nórdicos, todos conocidos como sociedades avanzadas, laicas

y, en general, defensoras de los derechos humanos, existen leyes sobre eutanasia o siquiera ayuda a morir voluntariamente mediante suicidio asistido. Es más, salvo en Dinamarca, tampoco existen registros oficiales del testamento vital, un concepto incluso más desconocido en esos países que en España. Las leyes de los derechos del paciente de los distintos países sí permiten el rechazo de tratamientos y está permitida la sedación terminal, aunque siempre según el criterio de los médicos y nunca sólo a petición del paciente o sus allegados.

Las conductas no están reguladas en los países nórdicos a pesar de que son conocidos como sociedades avanzadas

La asociación sueca RTVD –Rätten till en Värdig Död (Derecho a una Muerte Digna)– se constituyó en el año 1974 por iniciativa de un catedrático de filosofía de la Universidad de Uppsala, una periodista y un parlamentario, párroco de la iglesia luterana, entonces todavía estatal, de Suecia. Cuarenta años más tarde sigue luchando contra la total falta de voluntad por parte de los partidos políticos de legislar acerca de una muerte digna. Cuentan con unos 2.500 socios (sobre una población de cerca de 10 millones), un número que más o menos se ha mantenido a lo largo de los últimos años.

* Socia activista.

El debate sobre la eutanasia está actualmente muy vivo en Suecia por la reciente publicación de varios libros sobre la muerte digna. Gran atención en todos los medios ha merecido el título 'La última libertad sobre el derecho a nuestra muerte', escrito por Inga Lisa Sangregorio, periodista jubilada que forma parte de la Junta Directiva de RTVD y que ha estado en tratamiento oncológico durante cuatro años. En el libro habla, entre otras cosas, de cómo sus años de enfermedad, con varias operaciones y muchos ciclos de quimioterapia, habrían sido mucho más llevaderos si ella hubiera tenido la seguridad de que la decisión de cuándo dejar de sufrir fuera suya y solamente suya. En su juventud participaba Sangregorio muy activamente en la lucha por el aborto libre en Suecia y se pregunta ahora "¿no es contradictorio que hoy en día la ayuda de la sociedad sueca es un derecho inalienable si es una vida que crece en mi cuerpo, pero no si es la muerte?". El aborto es un derecho en Suecia y el personal sanitario no se puede negar a llevarlo a cabo, mientras que un médico que en alguna forma asiste a una persona que decide suicidarse al final de su vida puede ser condenado a cárcel o al menos arriesga su futuro profesional.

En Dinamarca en 2001 se creó una asociación por la muerte digna. Cinco años más tarde se disolvió

Un fenómeno interesante en Suecia y los demás países nórdicos es la participación muy activa en el movimiento por una muerte digna de personas creyentes e incluso miembros destacados de la Iglesia Sueca, como es el caso de la obispa emérita Tuulikki Koivunen Bylund que, junto con otros tres personajes muy conocidos en Suecia, acaba de firmar sendos artículos publicados por el diario más grande del país, que han despertado enorme interés y creado un encendido debate. Los autores terminan su último artículo diciendo: "La cuestión de la eutanasia sí o no tiene fácil solución: ¡Dejadnos decidir! Los que no aceptan la eutanasia –sean estos pacientes o personal sanitario– obviamente, no serán obligados a tomar parte, pero su opinión no se nos puede imponer a nosotros".

De Islandia a Finlandia

La situación en los países vecinos es muy similar a la de Suecia. La asociación noruega se creó en 1977 por dos médicos bajo el nombre 'Mi Testamento Vital'. En un principio no se aceptaba la eutanasia como tal –concepto que en todos los países nórdicos normalmente se denomina 'ayuda a morir' debido a la carga negativa que todavía tiene la palabra eutanasia, tan mal empleada durante el nazismo–, pero a finales de los años noventa se inicia la lucha por una legislación

Finlandia reivindica una ley de eutanasia y el gobierno facilita un modelo de Testamento vital

sobre suicidio asistido y eutanasia y unos años más tarde se cambia el nombre de la asociación, que actualmente cuenta con unos 4.000 socios, a 'Derecho a una Muerte Digna'.

En Dinamarca se creó en 2001 la asociación 'Una Muerte Digna', a raíz del gran interés que había despertado un programa de televisión sobre la eutanasia. Pero, unos cinco años más tarde habían desaparecido los cerca de 700 asociados del principio y desde entonces sólo sigue en activo un médico de la antigua Junta Directiva que se dedica a dar conferencias y a asesorar y, en algunas ocasiones, acompañar a personas que viajan a Suiza para conseguir una muerte voluntaria. Por otro lado, es Dinamarca el único país que cuenta con un registro oficial del testamento vital que se instituyó en 1992.

Desde 1993, en Finlandia la asociación EXITUS reivindica una ley de eutanasia, a la vez que trabajan para que los legalmente establecidos derechos del paciente al final de la vida sean respetados y llevados a la práctica en todo el país. Igual que la asociación, las autoridades sanitarias finlandesas facilitan a los ciudadanos un formato de testamento vital, pero no hay registro alguno. En Islandia no existe todavía un movimiento específico en defensa de la muerte digna, pero la asociación humanista-laica Sidmennt organizó en el año 2013 unas jornadas sobre la eutanasia, con gran eco en los medios. Un representante de Sidmennt nos informa del renovado interés por los derechos a la propia vida en Islandia y de las intenciones de crear una asociación a medio plazo.

En los debates sobre la muerte digna en España, se oyen a menudo los argumentos –por no llamarlos lamentos– del gran poder de la iglesia católica y su influencia en la falta de derechos al final de la vida. Creo y espero que estas pinceladas sobre la situación en los países nórdicos nos haga ver que la resistencia no sólo viene de ahí sino, sobre todo, del tabú generalizado de tratar con la muerte, tabú que compartimos todos, seamos nórdicos o latinos, creyentes o laicos. Cuentan que la escritora sueca Astrid Lindgren, madre de la tan valiente Pipi Calzaslargas, hacia el final de su vida saludaba a sus amigos con las palabras "Döden, döden, döden" (Muerte, muerte, muerte) para después poder seguir hablando de la Vida. Aprendamos de ella, hay que familiarizarse con la muerte para saber luchar por el derecho a nuestra propia vida y –al final– ¡una buena muerte! ■

La eutanasia gira a la izquierda en Portugal

De cuando en cuando en la prensa portuguesa aparecía alguna noticia sobre algún caso de supuesta eutanasia, pero ha sido en estos últimos meses cuando la cuestión de la eutanasia ha entrado en el calendario político en Portugal. Recientemente la presidenta de la organización que acoge al colectivo de enfermería de Portugal manifestó a la prensa que en los hospitales se producen eutanasias clandestinas. Pero esta noticia que ha provocado un revuelo de opiniones al parecer pertenece a la reacción sociopolítica ante una acción del movimiento 'Direito a morrer com dignidade' (DMD) que bien puede poner las conductas eutanásicas en la primera página de la agenda política de la Asamblea de la República.

El debate político está a punto de empezar, pero el proceso será lento

Todo comenzó con el manifiesto lanzado por el movimiento DMD, fundado en noviembre por la profesora universitaria Laura Ferreira dos Santos y por el médico nefrólogo João Ribeiro Santos. El manifiesto a favor de la legalización del derecho a morir en libertad, hecho público a principios de febrero, ha sido bien recibido por los partidos políticos que componen el Bloque de Izquierda que piensa presentar en la Asamblea de la República "una iniciativa legislativa que coincidirá con el manifiesto de la sociedad civil, que es garantizar el derecho a la muerte digna". Pero, la resonancia del manifiesto ha alcanzado a las filas del centro político y ha sido firmado por personalidades pertenecientes al PSD de Pinto Balsemao y al parecer el partido, reconociendo que tiene "diferentes puntos de vista", está dispuesto a dar libertad de voto a sus diputados en la Asamblea. El CDS, como era de esperar, se ha posicionado en contra con los argumentos al uso. Isabel Neto Galriça, del CDS y directora de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital da Luz, argumentaba que la ley "puede permitir, como en los Países Bajos y Bélgica, que las personas mueran sin ser preguntadas, y que las personas deprimidas sean sacrificadas. Es demasiado peligroso".

Las conductas eutanásicas están ya en Portugal a las puertas del parlamento, pero como decía el diputado socialista Pedro Delgado Alves "el debate está todavía en una fase embrionaria, aún tendrá que dar bastantes pasos". ■



No me molestéis. Quiero dormir mucho tiempo

Antonio Aramayona

Me abordó muy de mañana, mientras yo paseaba por la playa de Mont-roig del Camp, en Tarragona. Se llamaba Antoni Benaiges, iba acompañado de un puñado de niñas y niños que miraban, asombrados, el mar, y jugaban y saltaban con las olas. "Les prometí hace mucho tiempo que iríamos de excursión al mar y les he traído aquí, a la playa del pueblo donde nací", me explicó. Aquella promesa no pudo cumplirse porque en 1936, 30 falangistas entraron en el pueblecito burgalés Bañuelos de Bureba, de donde Antoni era el maestro, quemaron el material de la escuela, buscaron a los amigos del maestro, registraron sus casas y detuvieron a Antoni y a todos los sospechosos. A Antoni le torturaron, le arrancaron los dientes, le pasearon medio desnudo por el pueblo y lo fusilaron con muchos otros, en una fosa seca y honda cavada en un lugar alejado. Por eso aquellos niños y niñas no habían podido ver el mar prometido por Antoni hasta ahora, inicios del 2016. "Puedes conocer mejor nuestra historia", me aclaró Antoni Benaiges, "si, por ejemplo, ves 'El retratista' de Alberto Bogleux y Sergi Bernal, o lees 'Desenterrando el silencio. Antoni Benaiges, el maestro que prometió el mar'".

Me quedé todo el día con ellos allí, en la playa de Mont-roig del Camp, con la mirada clavada en esos chicos que correteaban y jugaban con la arena y la



espuma de las olas. “No me dejaron vivir ni morir en paz, Antonio”, me dijo, “me mataron a los 33 años y me enterraron con otros muchos represaliados en una gran fosa común, donde mis ojos y mi boca se me llenaron de barro y de tinieblas hasta 2010, en que fueron exhumados nuestros restos. Hoy he podido cumplir mi promesa: estar aquí, en la playa de mi pueblo, con estos muchachitos y muchachitas que por fin han podido ver el mar”. Y al escucharlo, no pude, ni quise, contener la emoción.

Atardecía, cuando se añadió a la conversación un hombre menudo, que adornaba su pequeña cara con un mínimo bigote y unas grandes gafas. Enseguida se presentó como Barlow (R.H. Barlow, decía su tarjeta, que rápidamente nos ofreció) y demostró ser también un apasionado del mar (Barlow hablaba siempre de “océano”). Había escrito varios libros, sobre todo relatos de ficción, en comandita con otro gran literato, H. P. Lovecraft, a quien profesaba gran admiración. “Os sonará sobre todo uno, ‘La noche del océano’, del que vuestra compatriota María Lorenzo ha creado un excelente cortometraje de animación. Amo al océano sobre todas las cosas” –prosiguió Barlow– “lo amo como lo están amando ahora estas niñas y niños que no paran de acariciarlo con sus voces y sus manitas”.

Estudió e investigó en arte, antropología, biología, oceanografía, desde su lejana Florida, pasando por California hasta arribar a México, donde llegó a ser

profesor en la Universidad de México, subyugado por la cultura de aquella tierra misteriosa, de la que aprendió su difícil lengua náhuatl, la originaria lengua mexicana. Allí, sobre todo allí, se hicieron realidad las vivencias proyectadas sobre las aguas de Ellston Beach en “La noche del océano”, un libro escrito con 18 años.

“... me mataron a los 33 años y me enterraron con otros represaliados en una gran fosa común”

“Sí, así es”, asintió Barlow, “en esas aguas volqué enigmas contemplados con una visión interior, fantasías relampagueantes que nos llegan en la oscuridad del sueño, más vívidas que la propia realidad. El océano puede ligarnos a sus múltiples estados de ánimo, mostrándose con el sutil indicio de una sombra o el destello de la luz sobre las olas, sugiriéndonos de esta forma su tristeza o alegría. Allí he sentido una inquietud indefinible, a caballo entre el silencio y la antiquísima voz de lo salvaje”, prosiguió, “por eso el océano grabó en mí el misterio que encierra todo lo valioso”.

Sus palabras se unían rítmicamente a las olas: “Aún ahora, desconozco por qué el océano me fascina tanto, la melancolía de su espuma teñida de plata por los rayos de la luna; sus olas sombrías, silenciosas, eternas, que baten desnudas arenas. Vasto y desolado es el océano, y se ha dicho que todas las cosas que un día salieron de él volverán tarde o temprano a su seno. Nadie caminará por la superficie de la tierra cuando transcurran los ciclos del Tiempo; solo las aguas eternas continuarán agitándose bajo la noche. Todo será negro entonces, incluso la blanca luna dejará de enviar reflejos sobre las aguas. No habrá nada, ni por encima ni por debajo de ellas. Y en ese último ciclo, cuando todas las cosas hayan desaparecido, el mar seguirá batiendo y agitándose bajo la negra noche”.

Antoni Benaiges se acercó entonces a mí y me contó en un susurro que el 2 de enero de 1951, con 32 años de edad, R. H. Barlow falleció en México D.F. a consecuencia de una sobredosis de barbitúricos. Antes de recluirse en su habitación, dejó una nota clavada en su puerta, escrita en caracteres y lengua náhuatl, que decía: “No me molestéis. Quiero dormir mucho tiempo”.

¿Qué es el mar? ¿Dónde, dónde está que me hiere?, logré preguntarme en ese instante. Jugando y llorando vivimos, buscando caminos (¿cómo las olas?). ¿Qué es el mar? ¿Es la vida que pasa muriendo?

Pero ya no había nadie. ■



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

GRUPOS AUTONÓMICOS

DMD ANDALUCÍA / CÓRDOBA

☎ 650 890 392
☎ 645 422 324
✉ dmdandalucia@eutanasia.ws

DMD SEVILLA

✉ dmdsevilla@eutanasia.ws

DMD MÁLAGA

✉ dmdmalaga@eutanasia.ws

DMD GRANADA

☎ 638 399 305
✉ dmdgranada@eutanasia.ws

DMD ARAGÓN

Apartado de Correos 14011
50080 Zaragoza

☎ 660 236 242
✉ dmdaragon@eutanasia.ws

DMD ASTURIAS

✉ dmdasturias@eutanasia.ws

DMD CATALUNYA

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

☎ 934 123 203
✉ dmdcatalunya@eutanasia.ws

DMD LLEIDA

Espai Salut GSS
Henri Dunant, 1
25003 Lleida

☎ 973 10 68 34
✉ dmdlleida@eutanasia.ws

DMD EUSKADI

Apartado de Correos 362
01080 Vitoria-Gasteiz

☎ 635 73 81 31
✉ dmdeuskadi@eutanasia.ws

DMD GALICIA

✉ dmdgalicia@eutanasia.ws

DMD MADRID

Puerta del Sol, 6 3º Izda.
28013 Madrid

☎ 91 369 17 46
✉ dmdmadrid@eutanasia.ws

DMD NAVARRA

☎ 696 357 734
✉ dmdnavarra@eutanasia.ws

DMD SALAMANCA

✉ dmdsalamanca@eutanasia.ws

DMD TOLEDO

✉ dmdtoledo@eutanasia.ws

DMD VALENCIA

☎ 608 153 612
✉ dmdvalencia@eutanasia.ws

DMD ALICANTE

✉ dmdalicante@eutanasia.ws



facebook.com/afdmd
Hazte fan
twitter.com/afdmd
Síguenos
issuu.com/afdmd
Lee nuestra revista
vimeo.com/afdmd
Mira nuestros videos
afdmd.ivoox.com
Escucha nuestros audios

www.eutanasia.ws

FOR EL DERECHO
A UNA MUERTE DIGNA
SI TU NO DECIDES
ALGUIEN
DECIDIRÁ POR TI
QUE NADIE
DECIDA