

EL DERECHO A MORIR DIGNAMENTE EN ANDALUCIA

Juan José BONILLA SÁNCHEZ*

RESUMEN

El Gobierno central ha anunciado en el mes de noviembre pasado, que en la primavera regulará por una ley de cuidados paliativos y de la muerte digna el derecho de los enfermos terminales a morir dignamente. Se seguirán así los pasos de Andalucía, única Comunidad Autónoma que ya ha aprobado una norma de esta naturaleza¹.

Afrontar un tema tan íntimo y personal como el de la muerte de la persona siempre es y será objeto de controversias entre los fervientes partidarios de "dignificar la muerte" cuando no existen posibilidades de mejoría o curación del enfermo y encarnecidos detractores de cualquier intento humano de intervenir en el proceso natural de la extinción de la vida. Nosotros aquí vamos a limitarnos a exponer el estado de cuestión a día de hoy, analizando la ley, la doctrina y la jurisprudencia respecto al derecho a la vida a su término y a lo que se considera digno en dicho estadio.

Palabras clave: Derecho a la vida, muerte digna, eutanasia, testamento vital, consentimiento informado.

ABSTRACT

The central Government has announced in last November, which in the spring it will regulate for a law of taken care palliative and of the dignified death there deigns the right of the terminal patients to die worth. Will be still like that the steps of Andalusia, the only Autonomous Community that already has approved a norm of this nature.

* Universidad de Sevilla.

¹ El país, 19-11-2010; La razón 19-11-2010; La vanguardia.es, 27-12-2010 o El periódico.com, 10-01-2011.

To confront such an intimate and personal topic as that of the death of the person always is and it will be an object of controversies between the fervent supporters of «dignifying the death» when there do not exist possibilities of improvement or treatment of the patient and passionate detractors of any human attempt of intervening in the natural process of the extinction of the life. We here us are going to limit to exposing the condition of question a today, analyzing the law, the doctrine and the jurisprudence regarding the right to life to his term and to what is considered to be worthy in the above mentioned stadium.

Keywords: Right to life, death with dignity, euthanasia, living will, informed consent.

EPITOME

I. El derecho a la vida y el “no derecho” a la muerte. II. Fundamento del derecho a la muerte digna. III Naturaleza del derecho. IV. Contenido del derecho a la muerte digna. V. El derecho a la objeción de conciencia del personal sanitario ante las instrucciones del paciente. VI. Conclusiones. Bibliografía.

I. El derecho a la vida y el “no derecho” a la muerte

Dispone el art. 15 de la Constitución Española, en adelante CE, que todos tienen derecho a la vida. La vida humana es un valor superior del Ordenamiento y el presupuesto del ejercicio de todos los derechos fundamentales. Está íntimamente ligada a la dignidad de la persona y es la base para poder desarrollar la personalidad.

La expresión “Todos” que emplea el precepto, sin embargo, ha sido interpretada por la Sentencia del Tribunal Constitucional Español (STC) 53/1985, de 11-04, conforme a un criterio sistemático y a los acuerdos internacionales sobre derechos y libertades suscritos por España, como todas las personas físicas. Estas, según el art. 30 del Código Civil, son los seres humanos nacidos vivos y que sobreviven al menos 24 horas. En consecuencia, el *nasciturus*, por no ser persona, no goza del derecho fundamental a la vida, la ley que despenalizó el delito de aborto en determinados supuestos fue declarada constitucional y puede serlo la hoy vigente de 2009, sobre salud sexual y reproductiva e interrupción voluntaria del embarazo.

Advierte la STC 120/1990, de 27-06, que el derecho fundamental a la vida tiene un contenido positivo y permite a su titular recabar la protección de los Tribunales frente a las amenazas provenientes de los poderes públicos y de los terceros, pero no le concede un derecho a la propia muerte, a pedir la colaboración del legislador, del Gobierno o de los Jueces para acabar con la propia existencia.

En consecuencia, el Código Penal español no castiga la tentativa de suicidio, aunque si la cooperación al mismo (art. 143), reduciéndose la pena para quien 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 sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar.

El Estado admite el suicidio de un ciudadano a solas, pero no aquel en el que ha participado un tercero, máxime cuando está ingresado o internado en instituciones públicas. Por eso, claramente, se penaliza la llamada eutanasia activa directa.

II. FUNDAMENTO DEL DERECHO A LA MUERTE DIGNA

La antigua ortotanasia consistía en dejar morir a alguien a su tiempo sin emplear medios desproporcionados y extraordinarios. Hoy se ha sustituido el concepto en la práctica por el de “muerte digna”, para centrarlo en la condición del enfermo terminal (dignidad) y no en la voluntad de morir.

Es de todos conocido que Ramón Sampedro, cuya historia ha recreado para el cine Alejandro Amenábar, en la película “Mar adentro”, interpuso un recurso de amparo ante el Tribunal Constitucional contra la inadmisión de una demanda en la que pedía que, puesto que él se encontraba imposibilitado para quitarse la vida, se autorizara a su médico de cabecera a suministrarle los medicamentos necesarios para morir sin dolor y que se respetase su derecho a no ingerir alimento por medios naturales ni artificiales. El recurso no fue admitido por Auto de 931/1994, de 18-07, conforme a los siguientes argumentos:

a) La Constitución no reconoce explícitamente el derecho a morir con dignidad pero sí se deduce de forma implícita de sus arts. 10, 15 y 17. Sólo la vida deseada libremente puede merecer el calificativo de bien jurídico protegido, por lo que no existe un deber de tener que vivir la vida obligatoriamente, porque, si existiese, supondría la mayor de las imposiciones imaginables a la libertad personal de un individuo.

La decisión libre y consciente de una persona en plenitud de sus facultades psíquicas y al margen de cualquier presión externa, de poner fin a su vida, nunca puede ser castigada o impedida por el Derecho y por ello, repetimos, en nuestro país el suicidio no está penado.

b) No existe ninguna obligación jurídica que justifique la intervención del Estado ni la de un tercero en la libertad de la persona de morir con dignidad, porque la vida, a diferencia de la propiedad, no tiene una función social, sino que es un derecho personalísimo.

Se pone así de manifiesto que el derecho fundamental a la vida no es un derecho absoluto, sino que está sometido a límites como el resto de los derechos fundamentales. También se evidencia que, aun en los casos de pacientes en situación terminal, no existe legitimación del Estado o de terceros para acabar con su vida, pero tampoco justificación para alargársela utilizando medios desproporcionados en contra de su voluntad.

El expuesto es el soporte del reconocimiento de la muerte digna en la doctrina del Tribunal Constitucional, pero ¿cuál es en la Ley andaluza 2/2010, de DERECHOS Y GARANTÍAS DE LA DIGNIDAD DE LA PERSONA EN EL PROCESO DE LA MUERTE?

Señala la Exposición de Motivos de la norma que las cuestiones relacionadas la muerte han adquirido gran importancia en nuestra sociedad por los avances de la medicina y de otras ciencias afines, que han prolongado la vida o mantenido las funciones vitales hasta límites insospechados hace pocos años y por el envejecimiento de la población y el consiguiente incremento de personas terminales con enfermedades incurables crónicas o degenerativas, que acarrear un pronóstico de vida limitado y un intenso sufrimiento personal y familiar. Por otra parte, el respeto debido a la libertad y a la autonomía personal del paciente ha de mantenerse no sólo durante la enfermedad, sino también durante el proceso de la muerte.

Una vida digna requiere una muerte digna y el ordenamiento jurídico está llamado a concretar y proteger este ideal de la muerte digna. Siguiendo las Recomendaciones del Consejo de Europa, puede afirmarse que existe un consenso ético y jurídico bastante consolidado en torno a algunos de los contenidos y derechos del ideal de la buena muerte, cual es el derecho de los pacientes a recibir cuidados paliativos integrales de alta calidad¹.

El encarnizamiento terapéutico, el mantener vivo al paciente a toda costa, aunque carezca de expectativas razonables de mejoría, podría dar lugar a la vulneración de su dignidad y libre desarrollo de la personalidad y a la lesión

¹ Recomendación 779 (1976) sobre los derechos de los enfermos y de los moribundos, de 29-01-1976, artículo 7 y Recomendación 1418 (1999) sobre la protección de los derechos del hombre y de la dignidad de los enfermos incurables y de los moribundos, de 25-06-1.999, artículo 9.

de sus derechos constitucionales a la integridad física y moral, a no ser sometido a tortura, ni tratos inhumanos o degradantes (art.15); a la libertad ideológica y religiosa (art. 16) y a la libertad y seguridad (art. 17).

III. NATURALEZA DEL DERECHO

Las normas jurídicas de las que deriva la competencia de Andalucía para regular por ley el derecho a la muerte digna son las siguientes: el art. 20.1 del Estatuto de Autonomía de Andalucía (EAA) establece el derecho a declarar la voluntad vital anticipada, que deberá respetarse en los términos que establezca la Ley. En su apartado segundo dispone que todas las personas tengan derecho a recibir un adecuado tratamiento del dolor y cuidados paliativos integrales y a la plena dignidad en el proceso de su muerte. Este último derecho es reiterado por el artículo 22.2.i).

El art. 38 EAA establece que tales derechos vinculan a todos los poderes públicos andaluces y, dependiendo de la naturaleza de cada derecho, a los particulares, debiendo ser interpretados en el sentido más favorable a su plena efectividad.

El art. 55.1 EAA asigna a la Comunidad Autónoma competencia exclusiva sobre organización, funcionamiento interno, evaluación, inspección y control de centros y servicios sanitarios, sin perjuicio de lo establecido en el citado precepto constitucional. El párrafo segundo establece que la Comunidad Autónoma de Andalucía tiene competencia compartida en materia de sanidad interior y en particular, sobre la ordenación y ejecución de las medidas destinadas a preservar, proteger y promover la salud pública en todos los ámbitos.

Nos encontramos en presencia de derechos nuevos o nuevos contenidos de derechos antiguos proclamados en las últimas reformas de los Estatutos que no tienen un antecedente expreso en la Constitución española. Son derechos subjetivos no fundamentales que precisan su desarrollo por ley autonómica, por lo que el art. 38 EAA encomienda al Parlamento andaluz la labor de aprobar las correspondientes leyes de desarrollo, que respetarán, en todo caso, el contenido de los mismos establecido por el Estatuto de Autonomía y determinarán las prestaciones y servicios vinculados, en su caso, al ejercicio de estos derechos².

² Sobre la naturaleza de los derechos estatutarios puede consultarse ALVAREZ CONDE Y TUR AU-SINA, "Los derechos en el constitucionalismo: tipología y tutela multinivel", Teoría y realidad constitucional, UNED, Núm. 20, 2007, pp. 231 a 276.

El legislador andaluz con la aprobación de la ley 2/2010 ha cumplido el mandato estatutario de regular el derecho de las personas a recibir un adecuado tratamiento del dolor y cuidados paliativos integrales y a la plena dignidad en el proceso de su muerte.

IV. CONTENIDO DEL DERECHO A LA MUERTE DIGNA

Muerte digna no equivale a *eutanasia* y así lo indica la ley, señalando que esta es la actuación sanitaria profesional realizada a petición expresa y reiterada en el tiempo del propio paciente, capaz e informado, que produce su muerte de forma directa e intencionada, cuando sufre una enfermedad incurable que le provoca dolor y sufrimiento que no pueden ser mitigados por otros medios.

La eutanasia, igualmente, es distinta del suicidio asistido, cooperación o auxilio al suicidio, del que tratábamos más arriba, que consiste en proporcionar al paciente los medios para que sea él mismo quien se produzca la muerte.

La “buena muerte”, que es lo que significa *eutanasia*, ha sido un tema discutido desde hace siglos y que despierta un gran interés en la sociedad y sobre todo, entre los médicos, que en una gran mayoría la rechazan como “acción deliberada para eliminar una vida humana con medios de apariencia médica” (Asociación Médica Mundial), considerando, sin embargo, al ensañamiento terapéutico como “error escandaloso”³.

³ Los argumentos en contra inciden en la «inviolabilidad» de la vida humana, la defensa de su dignidad independientemente de las condiciones de vida o la voluntad del individuo implicado, y las repercusiones sociales de desconfianza que podría conllevar la eutanasia.

La Asociación Médica Mundial considera contrarios a la ética y condena tanto el suicidio con ayuda médica como la eutanasia. En cambio recomienda los cuidados paliativos (Adoptada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002 May 2001 20.3/2001)

La eutanasia, es decir, el acto deliberado de poner fin a la vida de un paciente, aunque sea por voluntad propia o a petición de sus familiares, es contraria a la ética. Ello no impide al médico respetar el deseo del paciente de dejar que el proceso natural de la muerte siga su curso en la fase terminal de su enfermedad (Declaración sobre la Eutanasia adoptada por la 38.ª Asamblea Médica Mundial Madrid (España), octubre de 1987)

El Comité Permanente de Médicos Europeos, en su reunión de 27-09-2004, anima a todos los médicos a no participar en la eutanasia, aunque sea legal en su país, o esté despenalizada en determinadas circunstancias.

La Organización Médica Colegial de España considera que «la petición individual de la eutanasia o el suicidio asistido deben ser considerados generalmente como una demanda de mayor atención pudiendo hacer que desaparezca esta petición aplicando los principios y la práctica de unos cuidados paliativos de calidad» Revista de la Organización Médica Colegial Núm. 10, abril, 2009.

En el caso de los Países Bajos, uno de los primeros países en despenalizar al médico que practique la eutanasia, el estudio Remmelink reveló que en más de mil casos el médico admitió haber

Las demás actuaciones sanitarias previstas en la norma, como son el rechazo de tratamiento, la limitación de medidas de soporte vital y la sedación paliativa no deben ser calificadas como acciones de eutanasia, porque no buscan deliberadamente la muerte, sino aliviar o evitar el sufrimiento, respetar la autonomía de los pacientes y humanizar el proceso de la muerte.

Excluida la eutanasia, hemos de definir ahora lo que se entiende por situación terminal y por situación de agonía, las antesalas de la muerte en las que se otorgan los derechos que pretenden dignificarla. La primera es la etapa de enfermedad avanzada, incurable y progresiva, sin posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, con un pronóstico de vida limitado y en la que pueden concurrir síntomas intensos y cambiantes que requieran una asistencia paliativa específica. La situación de agonía es la fase que precede a la muerte y que se manifiesta clínicamente por un deterioro físico grave, debilidad extrema, trastornos cognitivos y de conciencia, dificultad de relación y de ingesta, y pronóstico vital de pocos días.

¿Qué derechos pueden ejercerse ante tales situaciones? El comité de expertos de la Comisión Autonómica de Ética e Investigación Sanitarias aconsejó al Parlamento andaluz desarrollar los siguientes derechos comprendidos dentro del ideal de la muerte digna⁴:

- El derecho de los pacientes capaces a declarar sus valores y preferencias de tratamiento cumplimentando un Testamento Vital o Voluntad Vital Anticipada, para que sean tenidas en cuenta cuando sea incapaz de decidir por sí mismo.

causado o acelerado la muerte del paciente sin que éste lo pidiera, por razones variadas, desde la imposibilidad de tratar el dolor, la falta de calidad de vida o por el hecho de que tardara en morir. La postura de las iglesias cristianas es mayoritariamente contraria a la eutanasia y al suicidio asistido: es el caso de la Iglesia Católica Romana y de las Iglesias evangélicas y pentecostales. La opinión del actual papa Benedicto XVI quedó explícitamente recogida en una carta (de 2004) a varios eclesiásticos estadounidenses: Puede haber una legítima diversidad de criterios entre católicos respecto de ir a la guerra y aplicar la pena de muerte, pero no, sin embargo, respecto del aborto y la eutanasia (Tercer punto de la carta de Joseph Ratzinger al cardenal Theodore McCarrick, arzobispo de Washington DC.) Las iglesias luteranas y metodistas en cambio, como asimismo la mayoría de las afiliadas a la Comunión Anglicana se oponen en principio, pero dan espacio para la decisión individual caso a caso. Otras, como las iglesias católicas afiliadas a la Unión de Utrecht y algunas Iglesias presbiterianas han optado por no pronunciarse a este respecto y enfatizar el valor de la conciencia individual en cuestiones éticas.

⁴ Accesible en

http://www.juntadeandalucia.es/salud/channels/temas/temas_es/P_2_ANDALUCIA_EN_SALUD_PLANES_Y ESTRATEGIAS/etica_muerte_digna/etica_muerte_digna?perfil=org&desplegar=/temas_es/P_2_ANDALUCIA_EN_SALUD_PLANES_Y ESTRATEGIAS/&idioma=es&tema=/temas_es/P_2_ANDALUCIA_EN_SALUD_PLANES_Y ESTRATEGIAS/etica_muerte_digna/&contenido=/channels/temas/temas_es/P_2_ANDALUCIA_EN_SALUD_PLANES_Y ESTRATEGIAS/etica_muerte_digna/etica_muerte_digna

- El derecho de los pacientes a recibir información adecuada y comprensible respecto al diagnóstico, pronóstico y tratamientos posibles de su enfermedad.
- El derecho de los pacientes a participar activamente en el proceso de toma de decisiones respecto a cualquier aspecto de su proceso de enfermedad y muerte.
- El derecho de los pacientes capaces a rechazar cualquier tratamiento, aunque ello suponga el acortamiento de su vida. Del rechazo de un determinado tratamiento no puede derivarse la suspensión del resto de la atención sanitaria, que deberá seguir siéndole prestada con la mayor calidad, conforme al conocimiento científico vigente.
- El derecho de los pacientes a acceder a cuidados paliativos integrales de alta calidad, proporcionados bien en un centro sanitario o bien en su propio domicilio.
- El derecho de los pacientes a fallecer en su propio domicilio si así lo desean, sin menoscabo de la calidad de la atención sanitaria recibida.

Analicemos los derechos que otorga la disposición andaluza con más detalle, dejando claro que los enfermos titulares de los mismos y que podrán ejercitarlos y reclamar su cumplimiento efectivo son los menores de edad que estén emancipados, o todos los que tengan como mínimo 16 años cumplidos.

A) Derecho a realizar el testamento vital o declaración de voluntad vital anticipada. Según la Ley 5/2003, de 9 de octubre, tal documento se inscribirá en el Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía y se incorporará a la historia clínica del paciente y al Registro nacional de instrucciones previas.

Puede realizar la declaración toda persona mayor de edad o menor emancipado acompañando la resolución judicial de emancipación, en los formularios que están disponibles en Inters@s, en las Delegaciones Provinciales de Salud y en todos los centros sanitarios públicos de Andalucía⁵.

Para la inscripción de la declaración hay que comparecer personalmente en las Delegaciones Provinciales de Salud ante el encargado del Registro y firmarla allí o presentar un testigo que la suscriba. Se inscribe, igualmente, en el Registro Nacional de Instrucciones Previas y desde la inscripción surte plenos efectos jurídicos.

⁵ Accesible en https://ws003.juntadeandalucia.es/docs/ayuda/Anexo_II.pdf

La declaración puede modificarse o anularse en cualquier momento por el mismo procedimiento por el que se realizó la primera vez.

El contenido de la declaración se refiere:

- A las capacidades que dan calidad a la vida a la persona: comunicarse y relacionarse, gozar de autonomía e independencia funcional, sufrir dolor intenso e invalidante, la preferencia por una buena calidad de vida aunque ello la acorte, la preferencia por no prolongar la vida en situaciones irreversibles, etc.
- A las situaciones sanitarias graves e irreversibles que incapacitan al declarante para decidir sobre sus cuidados sanitarios a las que pueden aplicarse las instrucciones: padecer daño cerebral severo e irreversible, cáncer diseminado avanzado, enfermedad degenerativa avanzada, demencia degenerativa avanzada, etc.
- A las instrucciones que han de tenerse en cuenta llegado el momento de incapacidad del declarante: no aplicar ninguna medida de soporte vital, salvo para salvar al feto, en el caso de que esté embarazada; no recibir terapias ineficaces; recibir tratamiento para el dolor, sufrimiento o angustia, aunque ello acorte la vida; facilitar a los familiares y seres queridos el acompañamiento, etc.
- A las instrucciones que han de seguirse después de muerto el declarante: donación de sus órganos para trasplante y donación de sus restos para la investigación y enseñanza universitaria.
- A la designación del representante del declarante y de su sustituto.

El declarante podrá elegir y determinar las funciones de su representante y de un sustituto, mayores de edad y capaces, quienes deberán aceptar por escrito el encargo y atenerse al mismo. Actuarán siempre buscando el mayor beneficio y el respeto a la dignidad del representado y velarán para que se cumplan sus instrucciones en las situaciones clínicas contempladas en la declaración.

Para la toma de decisiones en las situaciones clínicas no contempladas explícitamente en la declaración de voluntad vital anticipada, el representante tendrá en cuenta los valores u opciones vitales recogidos en la citada declaración.

El contenido de la declaración sólo podrá ser consultado por el médico que atiende al paciente y siempre que éste no pueda expresarse por sí mismo. Los profesionales sanitarios que le atiendan fuera de Andalucía

podrán acceder al Registro Nacional de Instrucciones Previas, regulado por el Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, en el que también se inscribirá su testamento vital.

B) Derecho a la información. Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada.

La información la dará tanto el médico responsable del paciente, como todos los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial.

La información será verdadera, se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica y comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención sanitaria, sus riesgos y sus consecuencias.

La información se dará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad. También serán informados su representante legal o las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita, o cuando se encuentre incapacitado para entender la información.

Si los enfermos rechazan voluntaria y libremente ser informados, se les solicitará que designen una persona que acepte recibir dicha información y tomar las decisiones en su representación.

C) Derecho a la toma de decisiones y al consentimiento informado previo, libre, voluntario y consciente respecto a las intervenciones que afecten a su salud. El consentimiento será verbal, por regla general, dejándose en todo caso constancia del mismo en la historia clínica.

Los pacientes tienen derecho a revocar por escrito el consentimiento informado emitido respecto de una intervención concreta, lo que implicará necesariamente la interrupción de dicha intervención, aunque ello pueda poner en peligro sus vidas. Si la persona no pudiese firmar, firmará en su lugar un testigo a su ruego, guardando evidencia escrita en la historia clínica.

Cuando el paciente esté incapacitado tanto la recepción de la información, como la prestación del consentimiento y en su caso, la elección del domicilio para recibir cuidados paliativos integrales, se realizarán, por este orden, por la persona designada específicamente a tal fin en la declaración de voluntad vital anticipada, por la que actúe como su representante legal, por el cónyuge o la persona vinculada por análoga relación de afectividad, por los familiares de grado más próximo y por el Juez, en su defecto.

D) Derecho a rechazar por escrito la intervención propuesta por los profesionales sanitarios, tras un proceso de información y decisión, aunque ello pueda poner en peligro su vida. Si no pudiese firmar, firmará en su lugar un testigo a su ruego. Se reflejará testimonio escrito de ello en la historia clínica.

E) Derecho a recibir cuidados paliativos integrales en un centro hospitalario o en un domicilio que designen en el territorio de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

Aquí se incluye la prevención y alivio del dolor, incluida la sedación paliativa.

La Asamblea General del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, aprobó la Declaración de Ética de la Sedación en la Agonía, de 23-02-2009⁶. Por tal anestesia se entiende la administración de fármacos apropiados para disminuir el nivel de conciencia del enfermo ante la presencia de un síntoma refractario a los tratamientos disponibles.

En la sedación se busca conseguir, con la dosis mínima necesaria de fármacos, un nivel de conciencia en el que el paciente no sufra ni física, ni emocionalmente, aunque de forma indirecta pudiera acortar la vida.

Las indicaciones más frecuentes de sedación en la fase de agonía son las situaciones extremas de delirio, disnea, dolor, hemorragia masiva, ansiedad o pánico, que no han respondido a los tratamientos indicados y aplicados correctamente.

La sedación no debe instaurarse para aliviar la pena de los familiares o la carga laboral y la angustia de las personas que atienden al paciente.

F) Derecho a una habitación individual, al acompañamiento familiar y al auxilio espiritual, siempre que la asistencia sanitaria se preste en un centro sanitario.

G) Derecho a la intimidad personal y familiar y a la confidencialidad de sus datos sanitarios.

El texto también regula los deberes de los profesionales sanitarios que atiendan al paciente en su fase terminal. Deberán informarle sobre su situación, respetar las decisiones que éste tome según sus propios valores, creencias y preferencias y no imponer sus opiniones personales, morales, religiosas o filosóficas.

⁶ Accesible en <http://www.andoc.es/admin/archivo/OMC%20Etica%20de%20la%20sedacion%20en%20agonia.pdf>

Están obligados a transmitir información sobre el derecho a formular la declaración de voluntad vital anticipada, así como a consultar el registro.

Los facultativos tendrán la obligación de limitar las medidas de soporte vital cuando lo estimen necesario para evitar la obstinación terapéutica, así como de ofrecer al paciente todas las intervenciones sanitarias necesarias para garantizar su adecuado cuidado y comodidad.

La limitación del esfuerzo terapéutico consiste en la retirada o no instauración de las medidas de de soporte vital o de cualquier otra intervención que, dado el mal pronóstico de la persona en términos de cantidad y calidad de vida futuras, constituye, a juicio de los profesionales sanitarios implicados, algo fútil, que solo contribuye a prolongar en el tiempo una situación clínica carente de expectativas razonables de mejoría.

Las instituciones y centros sanitarios adquieren una especial relevancia en esta Ley en cuanto que son los garantes del ejercicio de los derechos por los enfermos y también son tributarios de un conjunto de obligaciones respecto de la provisión de servicios. En este sentido, habrán de facilitar el acompañamiento familiar y garantizar la adecuada atención asistencial, incluyendo el tratamiento del dolor, el asesoramiento y la atención de cuidados paliativos, de calidad y equitativos, bien en los propios centros, o bien en el domicilio de los pacientes.

De igual forma, procurarán apoyo a la familia de la persona que se encuentre en situación terminal, incluyendo la atención al duelo y la provisión de una habitación individual en los casos en los que la atención se produzca en régimen de internamiento.

Finalmente, se facilitará el acceso de todos los centros e instituciones sanitarias a un Comité de Ética Asistencial, con funciones de asesoramiento en los casos de decisiones clínicas que planteen conflictos éticos.

V. EL DERECHO A LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA DEL PERSONAL SANITARIO ANTE LAS INSTRUCCIONES DEL PACIENTE

Los diputados del Partido Popular en Andalucía querían que la norma que comentamos contemplara la objeción de conciencia de médicos y enfermeros, un derecho que ha venido reclamando la cúpula de la Iglesia Católica y la de los Colegios de Médicos desde que empezó a tramitarse la ley, pero al que el Partido Socialista e Izquierda Unida siempre se han opuesto.

Los parlamentarios socialistas lo rechazaban porque consideraban que la objeción de conciencia es una competencia estatal y que, en cualquier caso, esta ley regula buenas prácticas clínicas y derechos indisputables del paciente ante los que entendían que no cabía la objeción⁷. Si un médico se negara a cumplir algún artículo de la norma tendría dos opciones: pedir la opinión del comité de ética del centro o acudir a los tribunales.

El pleno del Consejo Andaluz de Colegios de Médicos, celebrado el 16-03-2010, difundió un comunicado en el que aplaudía el texto, pero instaba a la Junta a contemplar la objeción de conciencia a algunas de las obligaciones que imponía la ley a los profesionales. La inclusión de fórmulas que puedan resolver las dudas de conciencia es un derecho que el médico necesita como medio de asegurar la independencia de su ejercicio y el propio valor de sus actos.

Pensemos en un enfermo que ha rechazado en legal forma cualquier tratamiento o intervención, que el profesional considera necesarios para salvar su vida, o para mejorar o restablecer su salud. El profesional sanitario está en todo su derecho de considerar que, si sigue las instrucciones del enfermo, está cooperando al suicidio del mismo.

Las leyes de instrucciones previas aprobadas en las Comunidades madrileña, valenciana, extremeña, riojana y balear y el decreto murciano sobre la materia, reconocen la posibilidad de la objeción de conciencia por parte del facultativo o profesional sanitario a quien corresponda aplicar las voluntades anticipadas, en cuyo caso la Administración sanitaria deberá adoptar las medidas que resulten necesarias para garantizar su cumplimiento y no perjudicar al paciente.

Estimamos que la ausencia de regulación expresa de la objeción de conciencia sanitaria a seguir las instrucciones del paciente en la ley andaluza, no es óbice para que el personal sanitario pueda negarse a cumplirlas por motivos éticos o profesionales, ya que el art. 10 del Código de Ética y Deontología Médicas afirma que si el paciente, debidamente informado, no accediera a someterse a un examen o tratamiento que el médico considera necesario, o exigiera del médico un procedimiento que este, por razones científicas o éticas, juzga inadecuado, el médico queda dispensado de su obligación de asistencia⁸.

⁷ El País, 17 y 18-03-2010; Diario de Sevilla, 18-03-2010; El mundo 17-03-2010.

⁸ La Sección 2ª de la Audiencia Provincial de Guipúzcoa, en autos de 22-09-2004 y 18-03-2005, resolviendo la impugnación que hicieron los afectados de las autorizaciones judiciales que permitieron que se les transfundiera sangre, a pesar de su expresa oposición a ello, consideró que no habían sido ajustadas a Derecho, ya que habían contravenido la ley básica de autonomía del pa-

Por su parte, el art. 22 de las Normas Deontológicas que Ordenan el Ejercicio de la Profesión de Enfermería en España con Carácter Obligatorio, aprobadas por Resolución 32/1989 del Consejo General de Enfermería de España, establece que, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 16.1 de la Constitución Española, la/el Enfermera/o tiene, en el ejercicio de su profesión, el derecho a la objeción de conciencia que deberá ser debidamente explicitado ante cada caso concreto. El Consejo General y los Colegios velarán para que ninguna/o Enfermera/o pueda sufrir discriminación o perjuicio a causa del uso de ese derecho.

VI. Conclusiones.

En nuestros días la interferencia de legisladores y jueces en la práctica de la Medicina es un fenómeno universal y ocasiona un progresivo “sometimiento institucional” de algunos médicos al “consenso político”, a “lo políticamente correcto”, que menoscaba su autonomía e independencia profesionales.

Parece ser que la dignidad de la persona, reconocida en el art. 10 CE, exige que muera con el mínimo sufrimiento, en la intimidad familiar, acompañada de los seres queridos, conforme a sus valores o creencias religiosas, bien informada, sin dolor y rechazando los tratamientos no deseados.

Para que se den todas esas condiciones ideales se hacen necesarios los cuidados paliativos, cargándose al profesional de la salud con la garantía no sólo la vida del enfermo, sino también con la de satisfacer sus valores y creencias personales cuando llega a las postrimerías.

Evidentemente, los cuidados paliativos mejoran la calidad de vida de los pacientes y de las familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades muy graves, a través de la prevención del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y de la evaluación y tratamiento del dolor y de otros problemas físicos, psicosociales y espirituales anejos.

La sedación a enfermos terminales es profesional y éticamente correcta, siempre que sea administrada como una medida excepcional y que se cumplan todas las prevenciones sobre la misma.

ciente y también la doctrina del Tribunal Constitucional dictada para supuestos en que se produce una colisión entre el derecho a la vida y el que ampara la libertad religiosa. El derecho que asiste a una persona a no someterse a actuaciones contrarias a sus creencias religiosas no está sometido a más límites que los que imponen el respeto a los derechos fundamentales ajenos y otros bienes protegidos constitucionalmente, como la seguridad, la salud y la moral pública, que no se veían afectados en modo alguno en estos supuestos.

En la mayoría de los casos, ante su situación de incapacidad y la ausencia de instrucciones previas, quedará en manos de la familia y de los seres queridos de los enfermos terminales la difícil decisión sobre los cuidados y atenciones sanitarias que han de aplicarse o evitarse a los mismos. Lo más espinoso será tener que tomarla no desde las propias convicciones, creencias y valores, sino de las del paciente, procurando colocarse en su lugar.

BIBLIOGRAFIA

ABELLÁN, F.: “Las normas autonómicas en materia de autonomía del paciente”, Unidad Didáctica IV, II edición del Curso aspectos jurídicos de la relación médico-paciente. OMC, Diario Médico, Fundación Aventis, diciembre 2005.

+con SANCHEZ-CARO (COORD.), *Instrucciones previas en España, aspectos bioéticos, jurídicos y prácticos*, Comares, Granada, 2008.

BARRIOS, L.F., “La Sedación terminal”, *Derecho y Salud* 13/2 (2005), pp. 157-186.

BENITO, E., BARBERO, J., PAYÁS, A, *El acompañamiento espiritual en Cuidados Paliativos. Una introducción y una propuesta*, Madrid, 2008.

BOCETA, J. – CÍA, R. – CUELLO, J.A. – DUARTE, M. –FERNÁNDEZ, A., - SANS ORTIZ J., Y OTROS, *Cuidados paliativos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos*, 1ª edic. Madrid, Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo, pág. 10, 1993.

BUISÁN, R. – DELGADO, J.C., “El Cuidado del Paciente Terminal”, *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* 30, supl. 3 (2007), pp. 103-112.

DE HANNEZEL, M, *La muerte íntima*, Plaza y Janés, Barcelona (1996).

DIEZ RIPOLLES y MUÑOZ SANCHEZ, *El tratamiento jurídico de la eutanasia*, Tirant lo Blanch, Valencia, 1995.

DWORKIN, Gerald y BOK, Sissela, *La eutanasia y el auxilio médico al suicidio*, Ed. Cambridge University Pres, UK, 2000.

GAFO, Javier S.J., *10 palabras clave en Bioética*, Ed.Verbo divino, Madrid, 2000.

GALÁN CORTÉS, J.C, *Responsabilidad civil médica*. 2.ª ed., Thomson-Civitas, Pamplona, 2007.

GÓMEZ-BATISTE, X., “Principios generales del control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal”. En Porta J., Tuca A. y Gómez-Batiste X. (ed), *Manual de control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal*, 1.ª ed. Madrid: Arán editores. 2004, pp. 15-25.

GÓMEZ TOMILLO, M.: “Tratamientos paliativos e integridad moral en el contexto de la eutanasia activa indirecta”, *Diario La Ley*, núm. 6300, 21 julio 2005.

GONZÁLEZ-BARBOTELO, J., “El documento de voluntades anticipadas en cuidados paliativos”, *Med Pal* 2008; 15 (Supl 1): 48-49.

GONZÁLEZ-BARBOTELO, J., LLORENS S., ESPINOSA, J., PORTA-SALES, J.,

MATÉ J., GARZÓN, C. y otros, “Conocimiento de los cuidadores principales de pacientes con cáncer avanzado del documento de voluntades anticipadas en una unidad de cuidados paliativos”, *Med Pal* 2008; 15 (Supl 1): pp. 232 y ss.

GONZALEZ SALINAS, P. y LIZÁRRAGA, E. (coords), *Autonomía del paciente, información e historia clínica (Estudios sobre la ley 41/2002, de 14 de noviembre)*. Thomson-Civitas, 2004.

GRACIA, Diego, “Primum non nocere. El Principio de no maleficencia como fundamento de la ética médica”, *Discurso de aceptación en la Real Academia de Medicina de Madrid*, Madrid 1990.

+*Como arqueros al blanco*, Ed. Tricastela, Madrid, 2004.

JÚDEZ J., “Suicidio Asistido y Eutanasia: un Debate Clásico y Trágico, con Pronóstico Reservado”, *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* 30, Suplemento 3 (2007), pp. 137-161.

MITTAG, O, *Asistencia práctica para enfermos terminales. Consejos para la familia y para la hospitalización*, Herder, Barcelona (1996).

MONEO, José-Luis, *Eutanasia: aspectos bioéticos fundamentales*, Universidad Carlos III, Cursos para Mayores, Tercer curso, Madrid, 2008.

OLLERO, A, *Derecho a la vida y derecho a la muerte*, Rialp, Madrid (1994).

SÁNCHEZ-CARO, J. y ABELLÁN, F, *Derechos y deberes de los pacientes. Ley 41/2002, de 14 de noviembre: consentimiento informado, historia clínica, intimidad e instrucciones previas*. Fundación Salud 2000 y Ed. Comares, Granada, 2003.

+*Derechos del médico en la relación clínica*, Fundación Salud 2000 y Ed. Comares, abril 2006.

+*Enfermería y paciente. Cuestiones prácticas de Bioética y Derecho Sanitario*, Univ. Europea de Madrid y Ed. Comares, 2007.

+*La relación clínica farmacéutico-paciente. Cuestiones prácticas de Derecho Sanitario y Bioética*, Fundación Abbott y Ed. Comares, 2007.

+”Guía de las Instrucciones Previas (Testamento Vital o Voluntades Anticipadas)”, Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid, 2007.

SANZ, R. – FERNÁNDEZ, E. (Coord.), *Sedación Paliativa y Sedación Terminal*, Consejería de Salud, Junta de Andalucía, Sevilla, 2005.

SILVA SÁNCHEZ, J. M.^a, “Los documentos de instrucciones previas de los pacientes (artículo 11.1 Ley 41/2002) en el contexto del debate sobre la indisponibilidad de la vida”, *Diario La Ley*, núm. 5840, 2 septiembre 2003.

SIMÓN LORDA– ALARCOS MARTÍNEZ, Ponencia “Ética y Muerte Digna”, Comisión Autonómica de Ética e Investigación Sanitarias, Junta de Andalucía, Consejería de Salud, Sevilla, 2008.

+“Muerte Digna en España”, *Derecho y Salud* 16, Número Extraordinario (2008), pp. 75-94.

SOULIER, Jean-Pierre, *Morir con dignidad*, Ed. Temas de hoy, Madrid, 1995.

+La eutanasia. 100 cuestiones y respuestas. Palabra. Madrid (1998). 187 págs.

STANLEY, J.M., “The Appleton Consensus: suggested international guidelines for decisions to forego medical treatment”, *Journal of Medical Ethics* 15 (1989), pp. 129-136.

URRACA, Salvador: “Eutanasia hoy: debate abierto”. Ed. Noesis, Madrid, 1996.

WILLIAMS, John R., *Manual de Ética Médica*, Asociación Médica Mundial, 2005.

ZAMARRIEGO MORENO, J.J, “Autonomía prospectiva: instrucciones previas / voluntades anticipadas”, *Bioética, Religión y Derecho* (Actas del curso de verano de la Universidad Autónoma de Madrid celebrado en Miraflores de la Sierra del 14 al 16 de julio de 2005), Fundación Universitaria Española, Madrid, 2005.

-Declaración sobre la eutanasia de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. 2002.

-Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente: <http://www.eutanasia.ws/>.

-Organización Médica Colegial, Código Español de Ética y Deontología Médica, 1999.

-World Health Organization, WHO definition of palliative care, Disponible en <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

-Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos, Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos, Madrid, Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA n. 2006/08.

-“Tratamientos de mantenimiento vital y estado vegetativo”, Academia Pontificia para la Vida, y la Federación Internacional de Asociaciones de Médicos Católicos, Ciudad del Vaticano, 2 de abril de 2004, 2.

-Consejo Pontificio Para la Pastoral de los Agentes Sanitarios, Carta de los Agentes de la Salud, Libros MC, Madrid 1995, pp. 93-122.