



**Universidad
Zaragoza**

Trabajo Fin de Grado

Final de la vida y eutanasia: una
aproximación desde el Trabajo Social.

*End of life and euthanasia: an approach
from Social Work.*

Autora:

Sofía Gracia Pérez

Directora:

Ana Cristina López Martínez

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo

2022

ÍNDICE:

1) INTRODUCCIÓN.....	3
1.1. Justificación.....	3
1.2. Objetivos.....	4
1.3. Metodología.....	4
2) MARCO TEÓRICO.....	5
2.1. El tránsito entre la vida y la muerte.....	5
2.1.1. La medicalización de la muerte.....	6
2.1.2. La muerte ideal.....	7
2.2. El concepto de eutanasia.....	9
2.2.1. Argumentos en contra de la regulación de la eutanasia.....	10
2.2.2. Cuidados paliativos y eutanasia. ¿Opuestos o complementarios?.....	11
2.2.3. ¿Existen distintos tipos de eutanasia?.....	13
2.3. La eutanasia en la legislación.....	15
2.3.1. A nivel nacional.....	15
2.3.1.1. ¿Qué dispone la Ley de regulación de la eutanasia?.....	17
2.3.1.2. La Comisión de Garantía y Evaluación.....	19
2.3.2. A nivel internacional.....	20
3) LA FIGURA DEL TRABAJO SOCIAL EN EL FINAL DE LA VIDA.....	22
3.1. El trabajo social en la última etapa de la vida.....	24
3.2. Duelo y trabajo social.....	27
3.3. Eutanasia y trabajo social.....	29
3.3.1. La intervención clínica del trabajo social en la eutanasia.....	29
3.3.2. El papel del trabajo social en la Comisión de Garantía y Evaluación.....	32
4. CONCLUSIÓN.....	35
5. BIBLIOGRAFÍA.....	38

RESUMEN.

Como respuesta a las demandas de gran parte de la sociedad civil española, en 2021 aparece la Ley de Regulación de la Eutanasia con el objetivo de reconocer a los pacientes en situación de grave padecimiento la autonomía que merecen para la toma de decisiones en el final de su vida.

En este contexto, como profesión vinculada a principios éticos como la autodeterminación y la dignidad, el trabajo social reclama que sus potencialidades en relación con la eutanasia sean reconocidas.

Así, en este trabajo se presenta una aproximación al fenómeno de la muerte y la eutanasia desde la perspectiva del trabajo social así como unas líneas de intervención basadas en la evidencia para garantizar un abordaje integral de las necesidades y problemáticas psicosociales que pueden surgir en pacientes inmersos en este procedimiento y su entorno cuidador.

Palabras clave: *trabajo social, eutanasia, final de la vida, muerte, dignidad y autonomía.*

ABSTRACT.

In response to the demands of a large part of Spanish civil society, in 2021 the Euthanasia Regulation Law appears with the aim of giving patients in serious conditions the autonomy they deserve to make decisions at the end of their life.

In this context, as a profession linked to ethical principles such as self-determination and dignity, social work claims that its potentialities in relation to euthanasia must be recognized.

Thus, this paper presents, from the perspective of social work, an approach to the phenomenon of death and euthanasia, as well as some lines of intervention based on evidence to ensure a comprehensive approach to the psychosocial needs and problems that may arise in patients immersed in this procedure and their caregivers.

Key words: *social work, euthanasia, end of life, death, dignity and autonomy.*

1. INTRODUCCIÓN.

1.1. Justificación.

Los avances médico-sanitarios y sociales que han tenido lugar en nuestro país a lo largo de las últimas décadas han hecho posible que la esperanza de vida al nacer sea cada vez mayor y que la población pueda disfrutar de más años de vida en condiciones de buena salud, es decir, en ausencia de limitaciones funcionales o discapacidad.

Además, más allá del rango de edad, las personas que sufren enfermedades graves en cualquier etapa de su vida también se han visto beneficiadas de nuevos tratamientos y tecnología médica que permiten alargar sus años de vida y mitigar, en cierta medida, las dolencias derivadas de su enfermedad.

Sin embargo, en algunas ocasiones, la medicina permite alargar la esperanza de vida de los enfermos crónicos o en fase terminal pero a costa de una gran merma en su bienestar, no logrando aliviar su sufrimiento y trayendo consigo grandes pérdidas en su capacidad funcional y dignidad personal. En estos contextos, el alargamiento de la vida se logra con frecuencia a costa del deterioro la calidad de vida del enfermo, entendiendo esta como un concepto de naturaleza biopsicosocial, que abarca la dimensión física, social, psicológica y espiritual de la persona (Vinaccia y Orozco, 2005). Al fin y al cabo, una vida más larga no es siempre una vida mejor en términos de bienestar.

A raíz de estos supuestos se introduce en la conciencia colectiva de la población la posibilidad de conceder a las personas en situación de grave sufrimiento físico y psíquico el derecho a terminar con su vida de manera deliberada. En marzo de 2021 España se une a países como Bélgica, Países Bajos o Luxemburgo y despenaliza la eutanasia al introducirla en el marco jurídico español como un derecho individual de toda la ciudadanía.

Dado que la eutanasia, como técnica de muerte médicamente asistida, es un fenómeno muy reciente, todavía son pocos los estudios que analizan la intervención de los profesionales del trabajo social en dicho procedimiento. De hecho, ni siquiera la Ley de Regulación de la Eutanasia hace referencia explícita a ellos en ningún momento. No obstante, dado que son una figura clave a la hora de velar por la dignidad y el derecho a la autodeterminación de los pacientes en todas las etapas de su vida (desde el nacimiento hasta la muerte), sus aportaciones no deberían ser relegadas a un segundo plano.

En el presente trabajo de investigación se ha observado cómo los valores éticos y habilidades que caracterizan al trabajo social cobran especial relevancia en el abordaje de las necesidades

psicosociales que pueden surgir en contextos eutanásicos. En esta línea, son muchos los colectivos profesionales de este gremio que han reivindicado su papel tanto en la intervención directa con pacientes y su entorno cuidador como en la Comisión de Garantía y Evaluación de la eutanasia. Al fin y al cabo, a pesar del nulo reconocimiento que la LORE concede al trabajo social, no se puede negar que este cambio legislativo supone una gran oportunidad para el impulso de la profesión y, por encima de todo, un gran paso en el avance de los derechos de la ciudadanía.

1.2. Objetivos.

El **objetivo general** de este trabajo es estudiar, desde la perspectiva del trabajo social, cómo se experimenta el final de la vida en la actualidad, la relación que guarda con el aumento de la demanda social de la regulación de la eutanasia y el rol que tiene esta profesión en este proceso.

Para dar respuesta a esta cuestión se plantean los siguientes **objetivos específicos**:

- Analizar cómo el alargamiento de la esperanza de vida y, especialmente, del proceso de muerte ha traído consigo consecuencias indeseadas que no están siendo abordadas desde el Sistema Sanitario.
- Valorar el impacto que la progresiva medicalización de la muerte que se ha vivido en las últimas décadas ha producido en la manera en la que tanto los propios pacientes como sus allegados experimentan esta etapa vital.
- Reflexionar sobre el concepto de eutanasia y sus implicaciones morales.
- Analizar la Ley de Regulación de la Eutanasia (Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo).
- Estudiar el papel que juega el trabajo social en el acompañamiento a las personas que se encuentran en la etapa final de su vida, así como a sus familiares, y en el posterior duelo.
- Valorar el rol que juega la figura del trabajo social dentro del procedimiento eutanásico y de la Comisión de Garantía, y su potencial dentro de ellos.
- Plantear la regulación de la eutanasia como una oportunidad para el impulso del trabajo social.

1.3. Metodología.

La metodología utilizada para la realización del presente trabajo de fin de grado parte de la investigación y revisión bibliográfica de diversas fuentes documentales, entre las que se encuentran artículos de revistas científicas redactados por expertos, proyectos de investigación y textos legales. Las palabras clave que he utilizado para la búsqueda han sido: *eutanasia*,

muerte, sedación paliativa, trabajo social, cuidados paliativos, autonomía y muerte digna. A continuación, he procedido a la organización y análisis de la información recopilada con la finalidad de dar respuesta a las cuestiones objeto de la investigación.

Para la elaboración del marco teórico han sido clave trabajos como *El canon de la muerte*, de Marí-Klose y De Miguel (2000); *El derecho a morir dignamente: una oportunidad para el impulso ético del trabajo social*, de Carbonell, Navarro-Pérez y Botija-Yagüe (2021); *¿Existe justificación moral para la eutanasia?*, de García Otero y Sabio (2011); *Sentir la muerte hoy: el género al final de la vida*, de Bellosta Martínez (2014), entre otros. Otro eje importante de la investigación se basa en el análisis de la reciente Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de Regulación de la Eutanasia. El principal portal bibliográfico que he utilizado para acceder a estos documentos ha sido Dialnet, además de Google Académico y la red de bibliotecas de la Universidad de Zaragoza. Todas las citas y referencias bibliográficas se han realizado mediante el sistema APA.

Dada la complejidad de la materia objeto de estudio y con la finalidad de abarcar todas sus dimensiones, he incluido en mi investigación documentos de distintos ámbitos profesionales: jurídico, sanitario, sociológico, entre otros. Sin perjuicio a ello, cabe señalar que este trabajo se ha elaborado desde la perspectiva del trabajo social y entendiendo la muerte como un fenómeno biopsicosocial. Todas las reflexiones y razonamientos que aparecen en el mismo parten de la visión que la formación en esta disciplina me ha proporcionado.

2. MARCO TEÓRICO.

Hablar de eutanasia significa generar debate, y es que es uno de los procedimientos sanitarios que más controversia causa por las importantes implicaciones morales que lleva asociadas. A pesar de que se trata de un procedimiento sobre el que todo el mundo parece tener una opinión formada, existe mucho desconocimiento sobre lo que realmente significa, el modo en el que se efectúa y los contextos en los que puede aplicarse.

Este apartado busca dar respuesta a estas cuestiones mediante el análisis del concepto de eutanasia, así como el de otros con los que se suele confundir como los cuidados paliativos, la sedación paliativa o la limitación del esfuerzo terapéutico. Para concluir, se incluye un análisis de la reciente ley que regula la aplicación de esta prestación en nuestro país, así como una breve perspectiva internacional.

2.1. El tránsito entre la vida y la muerte.

Si hay algo que nadie puede negar es que morir es la consecuencia última de haber vivido. La muerte forma parte de la vida en la misma medida en la que lo hacen el nacimiento, el

crecimiento y la vejez y, sin embargo, es afrontada de una manera totalmente distinta. Cada sociedad y cultura definen, sienten y viven la muerte de una manera única en función de sus propias creencias y valores, pero lo que gran parte de ellas tienen en común es su desnaturalización, la tendencia a rechazarla y ocultarla sistemáticamente. Con el paso del tiempo, se ha expulsado a la muerte de nuestro entorno cotidiano, olvidando que es una parte inevitable del ciclo vital y se la ha convertido en un tema tabú (Carbonell, Navarro-Pérez y Botija-Yagüe, 2021).

Como señalan Ausín y Peña (1998), ya no se es dueño de la propia muerte. Las personas gravemente enfermas o en la última etapa de su vida son sacadas de sus hogares y trasladadas a centros hospitalarios donde muy probablemente los profesionales tratarán de retrasar al máximo el eventual desenlace.

2.1.1. La medicalización de la muerte.

La relación médico-paciente es, de base, asimétrica. Por los conocimientos que posee y la posición que ostenta, el profesional se encuentra en una condición de privilegio con respecto a su paciente, lo que confiere al ejercicio de su profesión una responsabilidad y una carga ética importante (en realidad, esto no es algo exclusivo del colectivo médico, sino que sucede en cualquier otra profesión del ámbito social o sanitario). De esta manera, si atendemos a los principios éticos de *Beneficencia* y *No Maleficencia* que norman los actos médicos, las intervenciones de los profesionales han de tener el objetivo de producir un beneficio a la persona, a la vez que deben evitar causarle ningún daño, directo o indirecto.

Está claro que, en medicina, a pesar los avances y de la buena voluntad de los profesionales, muchas veces no pueden garantizarse unos resultados finales; por ello es responsabilidad del profesional valorar el grado de adecuación del tratamiento en base a un cálculo de probabilidades de éxito. Si el beneficio que se espera obtener es inferior al perjuicio que tendrá que soportar el enfermo, tal vez lo más prudente sea abstenerse de aplicar dicha intervención (García y Sabio, 2011).

Pero en la práctica, en este contexto tan medicalizado no es anómalo que los enfermos sean sometidos a tratamientos fútiles, que muy probablemente no van a mejorar el pronóstico de la enfermedad ni van a alcanzar ninguna meta terapéutica significativa, y que por el contrario pueden producir en el enfermo o en su familia perjuicios mayores y falsas esperanzas (de Miguel y López, 2006). En algunos casos, esto puede derivar en lo que se conoce como encarnizamiento terapéutico (u obstinación terapéutica), es decir, en la aplicación de medidas desproporcionadas

en enfermos terminales con la única finalidad de prolongar su vida, ignorando su calidad de vida y su sufrimiento y sin proporcionarle beneficios reales (De Lillo, 2011).

Morir conectado a máquinas y tubos tras un largo periodo de sufrimiento y de progresivo deterioro físico y psíquico ha pasado a considerarse algo habitual y, al final, el tránsito entre la vida y la muerte que hace unas décadas solía durar unas horas ahora puede alargarse durante semanas. El rechazo, el miedo y la ansiedad son las reacciones más habituales a la muerte en las sociedades postindustriales en las que gradualmente se fue olvidando que la muerte es una parte más de la vida; pero a causa de estas circunstancias, en las últimas décadas al temor a desaparecer del plano terrenal se le ha sumado el miedo a tener una «mala muerte».

Es indudable que todo avance médico y científico significa, de un modo u otro, progreso. Gracias a ellos se ha logrado poner tratamiento a multitud de enfermedades, mejorar la calidad de vida de las personas y alargar su esperanza de vida, pero siempre y cuando se apliquen de una manera ética y proporcionada. El personal sanitario tiene que tomar consciencia sobre el grado de utilidad clínica que tiene aplicar ciertos procedimientos en pacientes terminales y dar la importancia que merecen a los aspectos de la persona que van más allá del cuerpo. En esos momentos lo esencial es adoptar el rol de acompañante y ayudar al paciente y a su familia a afrontar el final de la vida de la manera menos dolorosa posible (Mendoza y Pichardo, 2013).

2.1.2. La muerte ideal.

Cuando se piensa en una muerte ideal normalmente aparece asociada a la idea de «muerte natural», aquella que deriva del envejecimiento y del progresivo deterioro orgánico y funcional.

Mari-Klose y De Miguel (2000) realizaron un estudio entre diferentes grupos de población en el que se les preguntó a los participantes cómo les gustaría morir. A raíz de los resultados obtenidos plantearon un modelo idealizado de la muerte y lo denominaron «El canon de la muerte». La muerte ideal tendría las siguientes seis características:

- a) Morir sin dolor, sin sufrimiento.
- b) No ser consciente de la propia muerte, morir durmiendo.
- c) Que sea de manera rápida, imprevista.
- d) Encontrarse acompañado por familiares y seres queridos.
- e) Que sobrevenga en la vejez, tras haber disfrutado de una vida larga.
- f) Morir cómodamente en casa, en un entorno no institucionalizado.

De esta manera, podría decirse que una mala muerte sería la que supusiera lo contrario a cada una de las anteriores premisas: una muerte dolorosa, consciente, prevista, en soledad, a una

edad temprana y en un contexto institucionalizado. Si bien *El canon de la muerte* no es más que una utopía, lo opuesto a él sí que se acerca bastante a la realidad.

Nadie puede elegir exactamente el modo en el que desea morir, pero en un contexto medicalizado sí se puede tener influencia sobre algunos factores. Principalmente, sería conveniente establecer un límite en las intervenciones clínicas para evitar caer en la distanasia y que el fallecimiento sea lo menos traumático posible tanto para el enfermo como para sus allegados.

Como señalan García y Sabio (2011), que el profesional deba evitar realizar intervenciones fútiles no significa que tenga que abstenerse de intervenir por completo. En este tipo de situaciones clínicas irreversibles sus esfuerzos deben ir dirigidos a proporcionar al enfermo todos los cuidados y medidas terapéuticas de las que se disponga para procurarle el máximo bienestar posible. A este tipo de comportamiento médico se le denomina «cuidados paliativos» y debe realizarse poniendo en conocimiento al paciente y la familia de la situación y las expectativas clínicas a partir de la aplicación de dichas técnicas.

Cuando todos los recursos se han agotado, si una persona en sus plenas facultades mentales se encuentra en una situación existencial que considera inaceptable, ningún estado ni persona física tiene derecho a imponerle que continúe viviendo. En realidad, como sostienen Gómez-Sancho et al. (citados por Carbonell, Navarro-Pérez y Botija-Yagüe, 2021) la muerte como tal dura solo un instante y, por ello, una muerte digna es aquella en la que se respeta la autonomía de la persona enferma y se le permite tomar sus propias decisiones hasta el final.

«El derecho a la vida impone sobre los demás el deber de no matarme, pero este derecho trae consigo mi derecho a morir e impone el deber, sobre los demás, de no impedirme ejecutar mi decisión de morir, excepto con el propósito de determinar si tal decisión es totalmente voluntaria» (Chamorro, 2001).

No existe en el marco legislativo español un deber que imponga la vida a toda costa, pero por el contrario sí que existe el derecho a la autodeterminación.

Como respuesta a esta situación-problema surge la demanda social de incorporar al marco legislativo español la garantía de que la autonomía de las personas sea respetada hasta el final de su vida. Así, se introduce el concepto de eutanasia como una alternativa apropiada para que los enfermos en situación de padecimiento grave e irreversible, si así lo deciden, puedan evitar la prolongación de su sufrimiento.

2.2. El Concepto de Eutanasia.

Etimológicamente, el término «Eutanasia» deriva del Griego *Eu* (bueno) y *thanatos* (muerte) que significa buena muerte, entendiendo esta como una muerte rápida, sin sufrimiento.

El Grupo de Trabajo de Atención Médica al Final de la Vida de la Organización Médica Colegial, junto con la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (OMC y SECPAL, 2015) definen la Eutanasia como «la provocación intencionada de la muerte de una persona que padece una enfermedad avanzada o terminal, a petición expresa de ésta y en un contexto médico».

Atendiendo a esta definición, se entiende que el acto eutanásico ha de ser efectuado por personal sanitario y a voluntad del enfermo, que debe presentar su consentimiento libre e informado. Su finalidad última es terminar con su situación de sufrimiento irreversible que él considera insoportable; y el modo en el que se efectúa es mediante la administración al enfermo de una combinación de fármacos que le conducirán a la muerte de manera no dolorosa. Así, la eutanasia se fundamenta en el hecho de reconocer a la persona la capacidad de decidir dignamente si desea, o no, continuar con su vida.

La eutanasia tiene su base en el principio de autonomía, que reconoce a cada ser humano autoridad moral para vivir su vida libremente. Cada persona tiene derecho a tomar las decisiones que considere oportunas para alcanzar sus objetivos, y ningún individuo ni Estado puede interferir en su capacidad de autogobierno a no ser que sus actos causen daños a terceros. En el campo de la bioética el principio de autonomía se evidencia también en el derecho de los pacientes a la autodeterminación, a la confidencialidad y al consentimiento informado.

Para interpretar en toda su profundidad la idea básica por la que se plantea la necesidad de regular esta práctica es esencial comprender que el término «sufrimiento» no hace referencia únicamente al plano físico del sujeto, sino también a cualquier otra dimensión de su bienestar. La eutanasia no es solo una manera de evitar el dolor crónico e irreversible, también es una liberación para aquellos que, por dificultad o imposibilidad de relacionarse con su entorno, por sus graves limitaciones de la autonomía personal o por cualquier otra circunstancia que vulnere su dignidad consideran que su existencia carece de sentido (Álvarez, 2002).

Como señalan Ausín y Peña (1998), «se trata de reinterpretar la eutanasia no tanto como un acortamiento de la vida, sino más bien como un acortamiento de un proceso de muerte (...), una abreviación de la agonía, y no una prolongación de esa vida que ya prácticamente no lo es».

2.2.1. Argumentos en contra de la regulación de la eutanasia.

Quienes se posicionan en contra de la legalización de la eutanasia a menudo alegan que despenalizar esta conducta podría dar lugar a una *slippery slope* (pendiente resbaladiza) que eventualmente nos conduciría a una situación moralmente inaceptable. Su razonamiento se basa en que, si comienza a permitirse terminar voluntariamente con la vida de una persona (aunque sea en el contexto previamente expuesto) sería inevitable que esta conducta pasara a normalizarse y se aplicara en situaciones en las que no debería ser usada. Consideran que se corre el peligro de que las personas enfermas opten por pedir la eutanasia de manera demasiado precoz, antes de haber agotado todas las posibilidades de tratamiento. Asimismo, alegan que puede haber pacientes que sean coaccionados para solicitarla, o profesionales que terminen con la vida de un enfermo sin su consentimiento; pero es evidente que en ese caso ya no estaríamos hablando de eutanasia sino de homicidio.

Es cierto que en temas tan delicados como este el principio de prudencia debe ir siempre por delante, pero de ahí que existan comisiones de garantía y que los mecanismos de control estén garantizados antes, durante y después de su ejecución. Teniendo esto en cuenta, es decisión de cada uno valorar si este argumento peca, o no, de catastrofista.

Por otro lado, el gran peso que tiene la tradición moral judeocristiana en nuestra cultura ejerce una importante influencia en la manera en la que, incluso las personas no creyentes, conciben la idea de la vida y la muerte. Para la iglesia católica la vida es sagrada, es un regalo de Dios y solo él puede quitarla; asimismo, entiende que el ser humano está hecho a imagen y semejanza de Dios, por lo que todas las vidas son igualmente valiosas desde su nacimiento hasta su final. Para el catolicismo el proceso de morir es muy relevante a nivel espiritual ya que supone el paso de la vida terrenal a la vida eterna y no se debe intervenir en él, por lo que es lógico que considere a la eutanasia una práctica moralmente injustificable (Goic, 2005).

Es frecuente que los argumentos de carácter ético-religioso se introduzcan en los debates acerca de la regulación de prácticas socialmente controvertidas (tómese el caso del aborto como uno de los múltiples ejemplos que se podrían presentar); pero al final, del mismo modo que antes he abogado por la aplicación del principio de prudencia, ahora lo hago por el de tolerancia.

El último planteamiento ideológico que me parece relevante considerar es el que entiende la petición de la eutanasia como, en cierto modo, un fracaso en la prestación de los cuidados paliativos. Su perspectiva parte de la opinión de que la implantación de la Ley de la eutanasia habría sido demasiado precipitada y que los esfuerzos estatales deberían haberse destinado a cubrir las grandes deficiencias que sufren los cuidados paliativos en nuestro país. La hipótesis

que defienden es que el desarrollo de una medicina paliativa de calidad supondría una reducción en el número de peticiones de eutanasia, pues muchas personas se habrían visto empujadas a solicitarla al sentirse como una carga para sus cuidadores (Alisent et al., 2021).

Pero ¿realmente existe una clara contraposición entre estos dos tipos de intervenciones clínicas? Introducir a la eutanasia en la cartera de servicios del sistema sanitario público español no quita que, simultáneamente, se pueda abogar por el desarrollo de unos cuidados paliativos de calidad.

2.2.2. Cuidados paliativos y eutanasia. ¿Opuestos o complementarios?

Los cuidados paliativos se definen como «un cuidado total, activo y continuado del paciente y su familia, por un equipo multiprofesional, cuando la expectativa médica ya no es la curación. Su objetivo primario no es prolongar la supervivencia, sino conseguir la más alta calidad de vida para el paciente y su familia» (Subcomité de Cuidados Paliativos del Programa Europeo contra el Cáncer, citado en De Lillo, 2021, p.14).

Las medidas terapéuticas que se toman para controlar el sufrimiento físico varían en función de la gravedad sintomatológica y las expectativas clínicas del paciente, teniendo siempre en cuenta que el fallecimiento se espera, en general, en un periodo inferior a 6 meses. Lo habitual es disminuir progresivamente el esfuerzo terapéutico y hacer uso de analgésicos o sedantes (como la morfina) que reducen el nivel de consciencia del enfermo y cuyo efecto secundario es el acortamiento de su esperanza de vida.

En definitiva, la medicina paliativa se proclama como una alternativa solidaria al encarnizamiento terapéutico en personas que se encuentran en la última etapa de su vida, teniendo como objetivo último lograr el máximo confort y prevenir el sufrimiento tanto del paciente como de su familia. Se basa en proporcionar una atención integral a la persona, cubriendo no solo el alivio de los síntomas físicos sino también la parte emocional y espiritual que implica el tránsito entre la vida y la muerte; y para ello se interviene desde equipos multidisciplinares formados por enfermeros, médicos, psicólogos y trabajadores sociales. (Pascual, 2003).

Los avances sociosanitarios y la progresiva medicalización de la muerte que hemos vivido en las últimas décadas han supuesto que hoy en día sean pocas las personas que fallecen en su propio domicilio. Consecuentemente, conceder a las personas que se encuentran en la etapa final de sus vidas una atención especializada desde los centros sanitarios se ha constituido como un derecho del paciente y como parte de la dignidad de la persona.

Los cuidados paliativos comenzaron a implantarse en España en los años ochenta, pero no fue hasta 2001 cuando se desarrolló el primer Plan Nacional de Cuidados Paliativos. Lo que se pretendía era reconocer a los cuidados paliativos como un derecho de la persona a recibir una atención sanitaria especializada en la etapa final de su vida (Carbonell, Navarro-Pérez y Botija-Yagüe, 2021).

Pero, a pesar de ello, la realidad es que en nuestro país los cuidados paliativos no están todo lo desarrollados que deberían y en muchos casos, dada la escasez de recursos que sufren, no logran cumplir con los objetivos que se proponen. La atención a los ámbitos de la persona que van más allá de lo físico tiende a pasar a un segundo plano, las voluntades anticipadas de los pacientes con frecuencia no son tenidas en cuenta a la hora de abordar la intervención y los cuidados paliativos a nivel domiciliario dejan mucho que desear (Altisent et al., 2021). Además, como señala Benítez-Rosario (2003), los pacientes terminales no inmersos en procesos oncológicos tienen menores probabilidades de ser incluidos en un programa de cuidados paliativos que los que sufren enfermedades terminales neoplásicas, por lo que ni siquiera llegan a todo tipo de pacientes de manera equitativa.

En cualquier caso, según datos del Atlas de Cuidados Paliativos en Europa, España está a la cola en los cuidados paliativos a nivel europeo, ocupando en el puesto 31 de 51 en el ranking. Prueba de ello es que en el año 2019 casi 80.000 personas fallecieron en España sin recibir cuidados paliativos, lo que supuso para ellas un sufrimiento que fácilmente podría haber sido evitado (de la Torre, 2019).

A raíz de esta situación son muchos los colectivos (incluida la SECPAL) que defienden que antes de desarrollar una Ley de Eutanasia debería haberse garantizado el acceso a unos cuidados paliativos de calidad para toda la población. Y, si bien es cierto que a la luz de los datos es urgente reivindicar los cuidados paliativos como una parte fundamental del sistema sanitario público, esto no tiene porqué opacar el hecho de que la puesta en marcha de una Ley de Eutanasia es un gran avance en nuestro país. Es un signo de que las demandas de la sociedad civil están siendo escuchadas y que en las instituciones sanitarias se está entendiendo que el tránsito entre la vida y la muerte debe abordarse de una manera holística, dignificando al enfermo y respetando su autonomía hasta el último momento.

Si el desarrollo de los cuidados paliativos fuera óptimo, veríamos que las premisas que los constituyen difieren poco de las de la eutanasia. Ambas prácticas tratan de colocar a la persona como protagonista de su propia muerte, procurándole el mayor bienestar posible y dignificándola a través del respeto a su autonomía. Lo que fundamentalmente marca la

diferencia entre la eutanasia y los cuidados paliativos es que en estos últimos los fármacos no se administran con la intención directa de acabar con la vida del paciente sino para controlar su sintomatología, aunque el fallecimiento sea una consecuencia eventual de ello. Se trata de una «ayuda en el morir» frente a una «ayuda a morir» (Martínez León et al., 2014).

Los cuidados paliativos son una alternativa para las personas que a pesar de encontrarse en una situación terminal de su enfermedad desean que su sintomatología sea aliviada para poder seguir viviendo su etapa final de una manera digna. Pero cuando todos los recursos se han agotado, también hay que respetar que el paciente haga uso de su derecho a la autodeterminación y decida que no quiere continuar con su vida en esas circunstancias.

Que finalmente se despenalice la eutanasia no implica que se deje de demandar la construcción de unos cuidados paliativos de calidad. Al fin y al cabo, ambas prácticas no son opuestas sino complementarias (Marín Olalla, 2018). De hecho, la Ley de Eutanasia garantiza que las personas que la solicitan sean informadas de la existencia de unos cuidados paliativos; es el último recurso cuando todas las alternativas terapéuticas han fracasado y la persona realmente desea terminar con su sufrimiento.

Antes de emitir juicios morales acerca de la eutanasia y de quienes deciden solicitarla deberíamos plantearnos que, a veces, no es solo un intenso malestar corporal lo que aleja a las personas del deseo de seguir viviendo, sino también el hecho de enfrentarse a una «muerte social». Los seres humanos somos seres sociales y la pérdida de sentido vital puede provocarnos un sufrimiento todavía más profundo que el físico, a un nivel que no puede abordarse únicamente mediante la administración de fármacos o el apoyo psicosocial. La Ley de la eutanasia pretende dar respuesta a los casos a los que los cuidados paliativos, por su propia naturaleza, no pueden llegar.

2.2.3. ¿Existen distintos tipos de eutanasia?

Una vez aclarado en qué consiste la eutanasia y entendiendo que solo puede aplicarse en unos contextos muy concretos, me sorprende haber descubierto que son muchos los autores que han establecido distinciones entre varias formas de practicar la eutanasia. Al analizarlas, es fácil darse cuenta de que algunas de ellas no pueden desligarse más de la verdadera naturaleza del concepto y que, en realidad, lo más preciso sería referirse a ellas como *distintas formas de terminar con la vida de una persona* (de manera lícita o ilícita) y así, al menos, se evitaría dar lugar a confusiones.

Eduardo Rivera López (citado en García y Sabio, 2011, p. 204), por ejemplo, propone una clasificación de lo que él entiende como distintos tipos de eutanasia en función de tres criterios con una importante carga ética. El resultado son una serie de variantes consideradas, cada una de ellas, más o menos moralmente aceptable por el autor. En primer lugar, dependiendo de si el paciente ha prestado o no su consentimiento para la efectucción del procedimiento, distingue entre:

- Eutanasia voluntaria: se efectúa por solicitud del paciente.
- No voluntaria: el paciente no tiene capacidad para autorizar, ya sea por razón de edad o por la presencia de limitaciones físicas o psíquicas.
- Involuntaria: el paciente no presta su consentimiento, desea seguir viviendo.

Pero si atendemos a la definición del concepto de eutanasia esta clasificación no se corresponde con la realidad; decir «eutanasia involuntaria» es, por sí mismo, un oxímoron. Por la propia naturaleza del procedimiento, este nunca puede ser otra cosa que voluntario, de lo contrario estaríamos hablando de homicidio y evidentemente no está aceptado por ningún código legislativo ni moral.

Por otro lado, en función si se pretende inducir el fallecimiento del paciente por acción o por omisión de tratamiento, para Rivera (citado en García y Sabio, 2011, p. 205) la eutanasia puede ser:

- Activa: cuando se proporcionan fármacos en combinaciones adecuadas para terminar con la vida de una persona.
- Pasiva: si no se administra el tratamiento que el paciente necesita, o bien se le desconecta de los dispositivos de soporte vital.

Lo que ambas «eutanasias» tienen en común es que su objetivo es no prolongar la vida de una persona en situación de intenso sufrimiento por voluntad de la misma, ya sea mediante la administración de medicamentos o por la privación de ellos, siempre en un contexto médico y por mediación de un equipo profesional. Es por ello hay quienes incluyen la omisión de tratamiento como una forma ejercer la eutanasia, aunque estrictamente no responda a las características propias de este tipo de procedimiento. No obstante, desde mi perspectiva, existe un concepto más preciso para hacer referencia a la «eutanasia pasiva»: la limitación del esfuerzo terapéutico.

La limitación del esfuerzo terapéutico (LET) no es otra cosa que facilitar al paciente el tránsito hacia la muerte natural mediante la restricción de los tratamientos o equipos técnicos que le

sostienen con vida de manera artificial (Martínez León et al., 2014), por lo que en realidad no se está induciendo directamente la muerte, sino que se opta por no retrasarla por medios artificiales. Se suele llevar a cabo en situaciones en las que de continuar interviniendo lo más probable es que no se produjeran beneficios notables en la situación clínica de la persona y por el contrario sí se generara un sufrimiento añadido tanto en el paciente como en su familia. En resumen, no es lo mismo evitar caer en la distanasia que aplicar la eutanasia.

Aunque es cierto que es una cuestión meramente terminológica, en procedimientos tan delicados como estos sería conveniente hacer todo lo posible para que la población general comprenda las diferencias entre cada uno de ellos.

Con el último criterio que Rivera López (citado en García y Sabio, 2011, p. 205) incluye en su clasificación ocurre algo similar. Hace referencia al objetivo con el que se proporcionan una serie de medicamentos al paciente, y distingue entre:

- Eutanasia directa: si lo que se busca es inducir la muerte del paciente para eliminar por completo un sufrimiento muy intenso.
- Eutanasia indirecta: cuando el fallecimiento es una consecuencia de la búsqueda del control sintomático y de la reducción del sufrimiento físico del paciente.

Pero para que un acto se pueda considerar estrictamente como eutanasia debe existir una relación causal directa entre la intervención realizada y el fallecimiento del paciente (de Miguel y López, 2006) por lo que, de nuevo, creo que establecer esta distinción puede dar lugar a confusiones. Lo que entiendo como «eutanasia indirecta» (que a mi parecer guarda muchas más similitudes con la sedación paliativa que con la eutanasia) es una conducta terapéutica que consiste en la administración de sedantes y otros fármacos para mitigar las dolencias derivadas de la enfermedad, con la particularidad de que su efecto colateral es el acortamiento de la esperanza de vida del paciente (Goic, 2005).

Quiero dejar claro que con este breve análisis no he pretendido rebatir la perspectiva del autor, sino tomar su clasificación como referencia para acotar lo que, desde mi perspectiva, es el significado más preciso de lo que significa este procedimiento. Al fin y al cabo, estrictamente hablando, la eutanasia solo puede ser voluntaria, activa y directa.

2.3. La eutanasia en la legislación.

2.3.1 A nivel nacional.

La agitación mediática y los consecuentes debates públicos motivados por la publicación de historias de vida como la de Ángel Hernández y su esposa evidenciaron entre la conciencia

colectiva de gran parte del pueblo española la necesidad de incorporar a nuestro marco legislativo el derecho de las personas en situación de sufrimiento grave e irreversible a poner fin a su vida de manera consciente, informada y deliberada.

Como respuesta a las demandas de la sociedad civil, el 25 de junio de 2021 entra en vigor la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de Regulación de la Eutanasia¹, que despenaliza la eutanasia, la reconoce como un derecho individual y la incluye en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud como una prestación de financiación pública (art. 13).

Tal y como señala la propia Ley en su Preámbulo, a pesar de que los ciudadanos españoles viven cada vez más años, este incremento en la esperanza de vida no siempre se produce en condiciones de buena salud. No son pocas las situaciones en las que, gracias a los medios técnicos y al conocimiento médico actual, el fallecimiento de un paciente en estado terminal o crítico puede retrasarse significativamente; pero, sin embargo, este prolongamiento de la vida suele venir acompañado de una gran merma en su calidad de vida.

Partiendo de este contexto, el legislador entiende que es su obligación adecuar la legislación actual a las demandas y valores de la población, y justifica así la promulgación de la Ley de regulación de la eutanasia (en adelante, LORE). De esta manera, su objeto es proveer un marco jurídico que *respete «la autonomía y voluntad de poner fin a la vida de quien está en una situación de padecimiento grave, crónico e incapacitante»* (Ley de regulación de la eutanasia, Ley 3/2021).

El fundamento jurídico de la LORE se asienta sobre su compatibilidad con una serie de principios esenciales recogidos en la Constitución Española, como son los derechos fundamentales a la vida y a la integridad física y moral (art. 15 CE), a la dignidad humana (art. 10 CE) y a la libertad personal (art. 1.1 CE). Cabe señalar que la garantía constitucional del derecho a la vida no implica que esta pueda ser impuesta a su titular por encima de su voluntad obviando el resto de los derechos fundamentales previamente enumerados. Cada individuo es dueño de su propia vida y puede tomar las decisiones que considere oportunas para vivirla con dignidad hasta el último momento.

Para hacer valer estos derechos fundamentales, la LORE introduce en el ordenamiento jurídico español el concepto de eutanasia y lo define como:

¹ BOE n.72 de 25.03.2021. Recuperado de: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2021-4628

«la actuación que produce la muerte de una persona de forma directa e intencionada mediante una relación causa y efecto única e inmediata, a petición informada, expresa y reiterada en el tiempo por dicha persona, y que se lleva a cabo en un contexto de sufrimiento debido a una enfermedad o padecimiento incurable que la persona experimenta como inaceptable y que no ha podido ser mitigado por otros medios» (Ley de regulación de la eutanasia, Ley 3/2021).

La elección de palabras utilizadas para dar cuerpo a esta definición no es casual; en realidad, está formulada de tal manera que reúne las tres características propias del concepto de eutanasia que comentaba en el apartado anterior: la voluntariedad, el carácter activo y la intervención directa.

Es este, y ningún otro, el contexto en el que esta ley puede aplicarse, y para ello se proveen los mecanismos de control y garantía necesarios para evitar desviaciones y proteger a los pacientes de cualquier tipo de abuso.

2.3.1.1. ¿Qué dispone la Ley de regulación de la eutanasia?

En su artículo tercero la LORE reconoce dos posibilidades distintas a la hora de prestar la ayuda para morir a quien así lo desee y cumpla con los requisitos previstos en la misma. Asimismo, esta podrá efectuarse tanto en centros sanitarios públicos, privados o concertados como en el propio domicilio, sin que la calidad en servicio pueda verse mermada por ello (arts. 3 & 13, LORE). Será el paciente, en todo caso, el que decida a cuál de ellas quiere acogerse.

La primera modalidad es la que se conoce como eutanasia directa e implica que sea el profesional sanitario competente el que administre directamente al paciente la sustancia que le provocará la muerte.

La segunda, sin embargo, se aproximaría más a la idea del suicidio medicamente asistido que a la eutanasia como tal, pues en este caso será el propio paciente el que se autoadministre la sustancia letal que previamente el profesional sanitario le habrá proporcionado.

En cualquier caso, para ser susceptible a recibir la prestación de ayuda para morir es imprescindible que la persona cumpla una serie de requisitos (Art. 5.1, LORE):

- a) Ser mayor de edad y encontrarse en plenas facultades para prestar consentimiento libre y consciente; además de tener la nacionalidad española, residencia legal o certificado de empadronamiento que acredite haber vivido en España durante al menos 12 meses.

- b) Haber sido informado sobre su situación clínica, posibles alternativas y tratamientos (incluidos los cuidados paliativos) y prestaciones de atención a la dependencia y disponer de esta información por escrito.
- c) Debe quedar constancia de haber formulado voluntariamente dos solicitudes de ayuda para morir con un margen de al menos 15 días entre ellas.
- d) Sufrir una enfermedad grave y crónica que imposibilita la autonomía personal y provoca un grave sufrimiento.
- e) El paciente debe otorgar consentimiento informado y dar muestra de haber comprendido correctamente la información proporcionada por el equipo sanitario. Este consentimiento debe incorporarse a su historia clínica.

No obstante, si el paciente se encuentra en una situación de incapacidad de hecho pero ha suscrito previamente un documento de instrucciones previas, un testamento vital o cualquier documento equivalente, podrá prestarse la ayuda para morir en las condiciones estipuladas en el mismo sin aplicación de lo previsto en los apartados b), c) y e). En ese caso, será el médico responsable el que certifique que el solicitante no se encuentra en pleno uso de sus facultades para entender y tomar decisiones de manera autónoma (art. 5.2., LORE).

Cabe señalar que la LORE reserva a los profesionales sanitarios su derecho a ejercer la objeción de conciencia, al que define como el «*derecho individual de los profesionales sanitarios a no atender aquellas demandas de actuación sanitaria reguladas en esta Ley que resultan incompatibles con sus propias convicciones*» (art 3, LORE). El profesional implicado deberá comunicar su rechazo a efectuar la prestación por escrito, y las administraciones sanitarias se encargarán de elaborar un registro confidencial de objetores de conciencia (art. 16, LORE).

Es importante tener en cuenta que la solicitud de prestación de ayuda para morir puede ser denegada por el médico responsable si este considera que el paciente no se encuentra en un contexto eutanásico. La denegación se realizará siempre en un plazo máximo de diez días naturales desde la fecha de la primera solicitud, siempre alegando por escrito los motivos clínicos que le han llevado a tomar esa decisión. En caso de resolución desfavorable, el solicitante deberá ser informado de que tiene la posibilidad de interponer una reclamación ante la Comisión de Garantía y Evaluación de su Comunidad Autónoma (art. 7, LORE).

Si, por el contrario, el facultativo competente considera que sí concurren las circunstancias y requisitos para realizar la prestación de ayuda para morir, será de nuevo la Comisión de Garantía y Evaluación la que se encargue de verificarlo y emitir una resolución definitiva (art. 10, LORE).

Una vez la petición sea resuelta positivamente, el paciente comunicará a su médico la modalidad por la que se decanta: o bien la eutanasia directa o el suicidio médicamente asistido. Independientemente de ello, su fallecimiento será considerado a todos los efectos legales como muerte natural (art. 19, LORE).

Una vez la prestación ya ha sido efectuada, el profesional responsable dispone de cinco días hábiles para poner en conocimiento de ello a la Comisión de Garantía y Evaluación que corresponda. Le deberá remitir dos documentos en los que constarán tanto sus datos de identificación como los del paciente, así como información acerca de la situación clínica del paciente y de las circunstancias en las que se ha efectuado el acto eutanásico (art. 12, LORE).

2.3.1.2. La Comisión de Garantía y Evaluación.

Como se puede observar, la presencia de la Comisión de Garantía y Evaluación es constante desde que el solicitante formula su petición hasta que esta llega a término. La LORE establece en su artículo decimoséptimo que existirá una de ellas en cada una de las Comunidades Autónomas, y es el órgano administrativo fundamental creado por los gobiernos autonómicos que controla exclusivamente los procedimientos eutanásicos.

Entre sus funciones se encuentran resolver reclamaciones de los pacientes a los que su médico les haya denegado la solicitud, resolver las situaciones en las que exista disparidad de criterios entre varios profesionales, dar respuesta a cualquier duda que pueda surgir en relación con la LORE, verificar si la prestación de ayuda para morir se ha efectuado en los términos previstos por la ley y elaborar un informe público anual sobre la aplicación de la ley (art. 18, LORE).

La Comisión tiene un carácter multidisciplinar y contará con un mínimo de siete miembros, ampliables en función de las necesidades y preferencias de cada CCAA (art. 17, LORE). La presencia de personal médico, de enfermería y juristas es obligatoria, no obstante, cada autonomía podrá decidir si desea que profesionales de otras disciplinas formen parte de ella. En Aragón, por ejemplo, la Comisión está formada por ocho miembros: el presidente (jefe de servicio de la dirección general), tres médicos, tres juristas y un profesional de enfermería. Algunas Comunidades Autónomas como Asturias, Castilla y León y Madrid han considerado oportuno contar entre sus integrantes con un psicólogo y un trabajador social, otras incluyen a filósofos, farmacéuticos e incluso a miembros del Comité de Bioética y representantes de la sociedad civil.

Es en aspectos como este donde más se evidencia el carácter tal vez excesivamente general de la Ley de regulación de la eutanasia. Su falta de concreción si bien no llega a afectar al principio

de igualdad, sí que se traduce en notables disparidades entre Comunidades Autónomas. En lo relativo a la Comisión de Garantía y Evaluación, algunas autonomías se ciñen a los mínimos que marca la ley e incluyen entre sus miembros únicamente a profesionales del ámbito médico y jurídico, en detrimento de aquellos con un componente más ético. Sería interesante encontrar un equilibrio entre disciplinas sanitarias y no sanitarias (como el trabajo social) con el objetivo de favorecer a la reflexión y constituir un organismo de naturaleza verdaderamente multidisciplinar (Martínez Ques, 2021).

En definitiva, la Comisión de Garantía ejerce una vigilancia tanto previa como posterior a la puesta en práctica de la eutanasia, verificando que se esté respetando la ley en todas las etapas del procedimiento. Así, se constituye como órgano consultivo y de control que provee las medidas necesarias para evitar que los pacientes caigan en una situación de desprotección.

Atendiendo a todos estos planteamientos, se puede afirmar que la LORE es una ley muy garantista que no deja espacio a posibles desviaciones, abusos o coacciones. En ella se contempla tanto el respeto a la voluntad y libertad del paciente como a las de los profesionales sanitarios. Es cierto que tiene algunas lagunas, sobre todo en cuanto a la falta de concreción que comentaba previamente, pero hay que tener en cuenta que es la primera ley que aborda este nuevo derecho en nuestro país y que es muy probable que con el tiempo se vaya construyendo un proyecto legislativo más completo y preciso.

A pesar de la agitación con la que ha sido recibida por algunos colectivos, considero que esta ley es un gran avance en cuanto a derechos sociales y una señal de que las demandas de la sociedad civil están siendo escuchadas por las autoridades. Como sucede con cualquier otra prestación, la regulación de la eutanasia no obliga a nadie a hacer uso de ella, pero sí que concede una nueva alternativa a quienes se encuentran en una situación de sufrimiento que consideran insoportable.

2.3.2. A nivel internacional.

Si a nivel nacional ya es complicado llegar a un consenso con respecto a la regulación de la prestación de ayuda para morir, no es de extrañar que a nivel internacional se evidencien posturas todavía más variadas. Hay Estados que consideran esta práctica como éticamente inaceptable mientras que para otros es un derecho que deriva directamente del derecho a la vida y a la autodeterminación. Pero la realidad es que son pocos los países que se sostienen esta última postura, e incluso dentro de los marcos que la despenalizan, las diferencias siguen estando presentes.

Países Bajos fue, en 2002, el primer país del mundo en aprobar una ley reguladora de la eutanasia. Unos meses más tarde, inspirado por su ordenamiento jurídico, se le sumó Bélgica y, en 2009, Luxemburgo. Estos tres países, ahora junto con España, reconocen la eutanasia y el suicidio asistido como un derecho individual de la persona siempre que confluayan una serie de requisitos. Aunque cada uno presenta algunas peculiaridades, la esencia del procedimiento es muy similar en todos ellos. Por ejemplo, los cuatro tienen en común que consideran requisito fundamental que el solicitante manifieste su voluntad de recibir la ayuda para morir en repetidas ocasiones y exigen la creación de un comité de control que debe estar informado de todos los casos que se procesen. Sin embargo, los países del Benelux incluyen a menores de edad entre los posibles receptores de esta prestación (con algunas restricciones) mientras que en España solo los mayores de edad pueden ser beneficiarios de esta prestación (Bernal y Trejo-Gabriel-Galán, 2021).

Dentro de la Unión Europea ningún otro país ha despenalizado la eutanasia, sin embargo, en Suiza el suicidio medicamente asistido sí que es una posibilidad. Además, presenta la peculiaridad de que este puede prestarse incluso a ciudadanos extranjeros, siempre por parte de entidades no lucrativas. Aunque la realidad es que el marco legislativo no es muy preciso (más bien hay un vacío legal), por lo que no existen unos criterios que establezcan en qué contextos puede aplicarse esta prestación.

Observando más allá de nuestro continente, son también de interés los casos de Canadá, Estados Unidos y Colombia.

En EEUU la eutanasia está penalizada en todos sus Estados, sin embargo, el suicidio medicamente asistido es legal en algunos de ellos. Oregón fue el primero en regularlo, en 1997, seguido de Washington, Vermont, California, Colorado, Columbia, Maine, Nueva Jersey y Hawái. Para ser susceptible de recibir la sustancia letal, el solicitante debe estar en pleno uso de sus facultades mentales y sufrir una enfermedad terminal con una esperanza de vida no superior a seis meses. En este caso, a diferencia de las previas legislaciones existentes, no es requisito fundamental que se encuentre en situación de padecimiento insoportable (Carbonell, Navarro-Pérez y Botija-Yagüe, 2021).

Tras años de debate en el Tribunal Supremo, en 2015 Canadá eliminó la eutanasia de su código penal, dando pie a la elaboración de una ley de regulación de la eutanasia y el suicidio asistido que terminó llegando en 2016. Sin perjuicio a ello, a lo largo del año previo algunos territorios regularon la muerte asistida por medio de concesiones legales. La provincia de Quebec fue la

primera en hacerlo, inspirándose en las leyes de Oregón, con la diferencia de que no exige al paciente encontrarse en los últimos seis meses de su vida (Castro, Antunes, Marcon et al., 2016).

Colombia, por otro lado, es el único país de Latinoamérica donde la eutanasia está despenalizada. Dejó de estar prohibida en 1997 por medio de una sentencia de la Corte Constitucional, basándose en los principios de autonomía, dignidad y solidaridad. No obstante, durante años la eutanasia se mantuvo en una especie de limbo legal, ya que no se clarificaron los criterios para su puesta en práctica y se la denominaba «asesinato por compasión». En 2015 finalmente se emitió una Resolución que ordenaba al Ministerio de Salud concretar los requisitos y procedimientos necesarios para llevarla a cabo y hacer efectivo el derecho a la muerte digna. En este caso, como en los países del Benelux, los menores de edad también son susceptibles de este derecho (aunque es muy infrecuente); además, la legislación no prohíbe que la eutanasia se efectúe a pacientes extranjeros (Castro, Antunes, Marcon et al., 2016).

El último país en despenalizar tanto la eutanasia como el suicidio asistido fue Nueva Zelanda, cuya Ley de decisión en el final de la vida (*End of life choice*) entró en vigor en noviembre de 2021. Podrá ser solicitada de manera voluntaria y consciente por adultos en estado clínico terminal y en situación de grave padecimiento cuya esperanza de vida no supere los seis meses (Martínez-León, Velaz, Burón y Martínez-León, 2022).

Con este último son un total de siete los países en los que la eutanasia activa está despenalizada; algunos más si tenemos en cuenta la muerte médicamente asistida. Como se puede observar, esta tendencia es mucho más común en los países occidentales del norte que en los orientales, especialmente en Europa, muy probablemente por razones culturales y religiosas.

Muchos de estos países se han visto empujados a tener en consideración el reconocimiento de este derecho a raíz de movimientos de la sociedad civil organizada (asociaciones pro-eutanasia, etc.) que, motivados por casos mediáticos en los que se observa el sufrimiento que algunas personas se ven obligadas a experimentar en la etapa final de su vida, entienden que esta es la única opción que garantiza el reconocimiento de su dignidad y autonomía.

En definitiva, cada vez son más los países que despenalizan la muerte médicamente asistida y, aunque a día de hoy suponen un porcentaje muy pequeño a nivel mundial, vista la tendencia de los últimos años es esperable que cada vez sean más.

3. LA FIGURA DEL TRABAJO SOCIAL EN EL FINAL DE LA VIDA.

La última etapa de la vida de una persona suele venir acompañada de sentimientos de incertidumbre y dolor tanto por parte tanto del propio sujeto como de sus seres queridos.

Aunque es un suceso natural y, en mayor o menor medida, esperado, también es un momento propicio para la aparición de dilemas emocionales y espirituales, además de dudas e inseguridades, y es común que los dolientes se planteen cómo la vida va a continuar sin esa persona presente.

Es cierto que gracias a los avances médicos y técnicos las personas enfermas pueden disfrutar de una vida más larga, autónoma y menos dolorosa. Sin embargo, cuando la vida llega a su fin, es frecuente que estas dejen de ser contempladas como seres autosuficientes y pasen a ser casi objetos clínicos a la espera de recibir los cuidados oportunos que prolonguen esta última etapa vital el máximo tiempo posible (Bellosta, 2014).

Aunque todo lo que rodea a la muerte nunca ha sido plato de buen gusto para nadie, en las últimas décadas se ha ido produciendo un retroceso en los aspectos que se podrían considerar más *humanizantes* de la muerte. A partir de los años noventa lo más habitual es que la persona muera en el hospital y no en su casa, asistida por el personal sanitario y no por sus familiares y, en muchos casos, aislada en una unidad de cuidados intensivos sin ser consciente de su situación. Incluso tras el fallecimiento, se tiende a instar a los más afectados a retomar su vida cotidiana lo más rápido posible, sin permitirles expresar libremente sus emociones ni vivir todas las etapas del duelo de una manera saludable (Bellosta, 2014).

En este contexto, la figura del trabajo social es fundamental a la hora de atender las necesidades psicosociales que aparecen en relación al proceso de morir. Tal y como señala el Consejo General del Trabajo Social (s.f.), el Trabajo Social Sanitario se caracteriza por «facilitar una asistencia directa basándose en el contacto personal, en la comprensión y el soporte emocional de las personas que pasan por un proceso de enfermedad y a sus familiares, mediante un trabajo de ayuda para la reubicación de sus circunstancias personales y familiares debido a los cambios sufridos, consecuencia de la enfermedad o la muerte».

Vanzini (2010) sintetiza en los siguientes puntos la cartera de servicios que el trabajo social puede ofrecer en el final de la vida:

- Valoración y diagnóstico de la situación familiar y detección de factores de riesgo.
- Planteamiento de objetivos y elaboración de un plan de intervención.
- Apoyo emocional a pacientes y familiares con objeto de movilizar sus recursos y habilidades personales.
- Asesoramiento para la gestión de recursos (públicos y privados) y orientación para cumplimentar los documentos pertinentes.

- Coordinación y sensibilización de profesionales de otras áreas implicados en el caso.
- Asesoramiento, formación y apoyo al cuidador.
- Atención al duelo.

De esta manera, los trabajadores sociales son los profesionales encargados de acompañar al paciente y a sus allegados en la recepción de malas noticias, en el transcurso de la enfermedad, durante el fallecimiento y en el posterior duelo. Siguiendo a Ana Lima (2017), presidenta del Consejo General del Trabajo Social, la base para ello es *saber estar* al lado de la persona en las tres fases del proceso (antes, durante y después), teniendo en cuenta su contexto familiar y social y, por encima de todo, poniéndola en el centro de la intervención.

3.1. El trabajo social en la última etapa de la vida.

Los trabajadores sociales del ámbito sanitario son los profesionales encargados de dar respuesta a los fenómenos psicosociales y sociofamiliares que aparecen en la última etapa de la vida de las personas. Para ello intervienen con el paciente y con su familia o entorno cuidador en coordinación con otros profesionales sanitarios, siendo el trabajo social el que aporta la perspectiva social necesaria para lograr una atención integral y multidisciplinar.

El trabajo social puede intervenir con el paciente y su entorno en tres niveles o tipos de atención (Pujol, 2008):

- Asistencial: basada en la atención directa a partir de la valoración social (información sobre derechos y deberes, acompañamiento, asesoramiento, apoyo psicosocial, etc.).
- Preventiva: consiste en la prevención de situaciones de riesgo (labores educativas, mediación de conflictos, evitar sobrecarga del cuidador y claudicación familiar, entre otras).
- Promocional: mediante estrategias encaminadas a lograr el desarrollo de las propias capacidades (grupos de ayuda mutua, ofrecer formación e información, etc.).

Ser consciente de que la vida de una persona está terminando supone un gran impacto emocional tanto para el sujeto como para sus seres queridos, aún mayor si las circunstancias en las que se produce son inesperadas o especialmente dolorosas (personas jóvenes, accidentes, suicidio, etc.). El papel del trabajo social es relevante en estos casos desde el mismo momento en el que se comunican las malas noticias. Su objetivo entonces será el de ayudar a aliviar las emociones negativas que aparecen cuando se toma consciencia de un mal pronóstico clínico; una tarea para la que se requiere una especial sensibilidad y compromiso (Botello, Garzón y Mayorga, 2019).

En primer lugar, será importante velar por el respeto a la dignidad y autonomía del enfermo y recordar tanto a los familiares como a los profesionales que la persona moribunda todavía está con vida y que, por tanto, debe ser tratada con la mayor naturalidad posible. El tabú que rodea a la muerte en la sociedad actual ha hecho que exista un sentimiento de incomodidad al estar en presencia de quienes que se encuentran en el final de su vida y, como resultado, surgen las dudas acerca de cómo dirigirse a ellos, qué emociones expresar en su presencia, qué información se les puede comunicar, etc. Aunque la intención que subyace a estas conductas no es otra que la de intentar sobreproteger al enfermo, al final lo que acaba generándole es todo lo contrario: un sentimiento de distanciamiento, abandono y soledad en el momento en el probablemente más arropado desearía sentirse (Bellosta, 2014).

Es frecuente observar cómo los enfermos terminales son tratados de manera paternalista, pasando por alto el respeto a su autonomía personal y haciéndolos parecer actores pasivos de su propia muerte. El enfermo tiene, en primera instancia, derecho a decidir todo lo relacionado con el final de su vida, a ser informado de sus derechos y alternativas (incluido, por ejemplo, el acceso a cuidados paliativos o eutanasia) y a ser informado verazmente de sus expectativas clínicas siempre y cuando así lo desee. Así lo constata la Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica: «El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita»² (art. 5).

Kayne (citado en Pérez, 2021, pp. 14-15) propone una serie de pautas para intervenir desde el Trabajo Social cuando se detecta que el entorno cuidador está pasando por alto las necesidades y la autonomía del paciente:

- 1) Entrevistarse por separado tanto con el enfermo como con su familia para esclarecer las preocupaciones y temores de cada uno de ellos.
- 2) Preguntarle a la familia con qué finalidad quiere ocultar información a la persona enferma.
- 3) Ayudar a ambas partes a reflexionar sobre las emociones vinculadas a la situación que están viviendo.
- 4) Conceder a la persona enferma la oportunidad de desahogarse manifestando sus sentimientos.

² «BOE» núm. 274, de 15/11/2002. Recuperado de: <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41/con>

El objetivo es crear un espacio de diálogo, confianza y respeto para compartir información donde todas las partes se sientan escuchadas y valoradas. La clave será tratar de eliminar las barreras comunicativas que puedan haber surgido en el seno de la familia y de ella para con el enfermo a raíz de la complejidad de la situación que están viviendo. El trabajador social actuará casi como un mediador entre los intereses de cada uno de ellos para favorecer la comunicación asertiva, la escucha activa y evitar malentendidos (Novellas, 2017). Su rol no será el de juez ni arbitro, sino que solamente actuará como un tercero imparcial que ayudará a las partes a llegar a un consenso y resolver el conflicto por sí mismas.

Como se puede observar, uno de los principales objetivos del trabajo social en el final de la vida va a ser el de ayudar al enfermo y a sus seres queridos a mejorar su capacidad de comunicación y expresión de sentimientos, emociones y preocupaciones, pues es a raíz de estos obstáculos comunicativos por lo que luego pueden llegar a desencadenarse o intensificarse otros conflictos intrafamiliares.

Otro aspecto al que es conveniente que los trabajadores sociales presten atención es a la capacidad de organización del entorno cuidador. Muchas familias sienten que es su obligación moral encargarse de los cuidados del enfermo terminal, aunque eso suponga dejar de lado su propia vida. Algunas personas incluso abandonan su trabajo remunerado o reducen su jornada laboral para dar respuesta a esta necesidad de cuidados, con la consecuente repercusión en la economía familiar que supone. Como consecuencia, el estrés y la predisposición a las tensiones y los enfrentamientos sociofamiliares se dispara (Pérez, 2021).

Es habitual que los cuidadores, en su afán por dedicar toda su energía a las atenciones del enfermo, dejen de lado sus necesidades personales y sociales; pero, paradójicamente, el resultado de descuidar su propia salud (física, emocional y social) es una sobrecarga desde la cual es muy complicado ser capaz de proporcionar al enfermo la atención que necesita. En estos casos el profesional del trabajo social será el encargado de ofrecer orientación, formación y apoyo a las personas cuidadoras con el objetivo de preservar su bienestar en la medida de lo posible y de que sean capaces de organizar una logística de cuidados que se adecúe tanto a sus necesidades como a sus posibilidades. Asimismo, tratará de reforzar las redes de soporte familiar y social y de prevenir una posible futura claudicación familiar derivada por sobrecarga emocional. Hudson (citado en Pérez, 2021, p. 15) demostró que «si las personas cuidadoras reciben una formación y preparación psicoeducativas, estarán mucho más capacitadas a nivel psicológico, reduciendo claramente los niveles de ansiedad».

3.2. Duelo y trabajo social.

Los trabajadores sociales sanitarios son los profesionales de referencia a la hora de intervenir con personas que acaban de perder a un ser querido y que a raíz de ello están experimentando el duelo. Por lo tanto, la labor del trabajador social no finaliza cuando se produce el fallecimiento, sino que continúa en todas las fases que lo suceden.

El duelo es la reacción emocional, física y psíquica de dolor y sufrimiento que aparece como resultado de una ruptura de vínculos afectivos, habitualmente por el fallecimiento de una persona. Se le denomina *duelo tanatológico* y puede tener manifestaciones de distinta naturaleza: afectivas (sentimientos como la tristeza, rabia, soledad, y desamparo), físicas (falta de energía, debilidad), cognitivas (confusión, alucinaciones) y comportamentales (trastornos del sueño y del apetito, aislamiento) (Di Maio, 2015).

El duelo es un proceso dinámico y multidimensional en el que cobran relevancia tanto lo privado como lo público: pues la íntima y personal vivencia del sufrimiento viene en gran medida influenciada por los rituales y ceremonias característicos del contexto social en el que se emplaza (Toledo, 2015). En España y otros países mediterráneos todavía algunas mujeres practican el luto como forma de externalizar su duelo por un ser querido, mientras que en México, por ejemplo, existe una festividad dedicada exclusivamente a la muerte y es una de las más importantes fuentes de inspiración artística del país.

La cultura y la época en la que vivimos influye en la relación que establecemos con la muerte y, consecuentemente, en cómo se nos permite o condiciona la vivencia del duelo. A pesar de que la experiencia del duelo es natural y necesaria ya que nos ayuda a adaptarnos a la nueva realidad en la que la persona fallecida ya no está presente, cuando se impide a los dolientes vivirlo como necesitan se corre el peligro de que el sufrimiento se cronifique.

El duelo no es estático, sino que es un proceso que consta de varias etapas. Bolwy (1998) señala que durante las primeras horas o incluso semanas es habitual que se manifieste por medio de la rabia y la desesperación, dando luego paso a una fase de anhelo que se prolonga hasta que se toma conciencia real de la pérdida. A continuación, se produce una fase de desorganización y desesperanza caracterizada por acciones contradictorias en la que se pretende, al mismo tiempo, conservar y desechar todo aquello que recuerda a la persona fallecida. Por último, se comienza a aceptar la pérdida y se toma conciencia de la necesidad de retomar la vida cotidiana. No obstante, esto no significa que el sentimiento de dolor haya desaparecido del todo.

Sin embargo, no hay que olvidar que el duelo es un momento de crisis y vulnerabilidad y en algunos casos son las propias personas las que no cuentan con las herramientas (intrínsecas y extrínsecas) suficientes para hacer frente a la pérdida. Como consecuencia, el dolor se cronifica y les impide a continuar con su vida de manera normalizada. Este fenómeno se denomina *duelo patológico* y es especialmente habitual en fallecimientos inesperados o traumáticos (accidentes, suicidios, víctimas de violencia de género, fallecimientos a raíz de la Covid-19, etc.) (Ruiz, 2020).

Por otro lado, es relevante señalar que no es infrecuente que profesionales sanitarios ajenos al área de la salud mental no reconozcan las etapas habituales del duelo y opten por administrar a sus pacientes psicofármacos que, si bien son de reconocida utilidad en casos de depresión severa, pueden llegar a cronificar un duelo que *a priori* no era patológico. También desde el trabajo social es importante saber reconocer cuándo nuestra intervención debe limitarse al acompañamiento y cuándo es recomendable intervenir con técnicas especializadas de atención al duelo (Tizón, 2006).

Para valorar la manera más adecuada de intervenir en cada caso se comenzará, como en toda práctica de trabajo social, por un diagnóstico (Lema y Varela, 2021). Los aspectos contextuales a tener en cuenta serán, principalmente, las características del fallecimiento (esperado, inesperado, traumático...), el tipo de vínculo que el usuario mantenía con el fallecido y la calidad de su red de apoyo social. Asimismo, se identificarán los recursos y habilidades con los que cuenta la persona y que le serán de utilidad para hacer frente a la pérdida.

El objetivo principal en la mayoría de las intervenciones de higiene del duelo será el de ayudar al usuario a aceptar la pérdida y a adaptarse a la nueva realidad en la que su ser querido ya no está presente. La técnica más utilizada para ello es la entrevista, tanto individual como grupal (es decir, con la familia en su conjunto). Esta última es especialmente interesante para abordar los conflictos que pueden aparecer en la unidad familiar como consecuencia de barreras comunicativas y emocionales y de los distintos estilos de afrontamiento del duelo con los que lidia cada miembro.

La clave para dar respuesta a esta situación es ayudar a la persona o familia a identificar y expresar sus emociones. Para que esto sea posible es fundamental establecer una relación de confianza y seguridad entre el profesional y el usuario, de manera que este se sienta cómodo a la hora de expresar sus emociones, especialmente el dolor, la rabia y el llanto que muy frecuentemente aparecen mientras se experimenta el duelo. En este sentido el profesional tiene que poner mucho de su parte, sobre todo mediante el uso de la comunicación no verbal, que es esencial para transmitir apoyo y empatía al interlocutor. Además, pueden utilizarse distintas

técnicas para dinamizar la entrevista, como el uso de fotografías u otros objetos que animen al doliente a verbalizar al fallecido y a evocar recuerdos compartidos que tenga con él. Esta es una herramienta útil que ayuda a que se asocien emociones positivas a la persona fallecida (Lema y Varela, 2021). La participación en grupos de ayuda mutua también es una opción.

Cabe señalar que la entrevista no es un espacio para ofrecer terapia psicológica (de eso ya se encargan otros profesionales), juzgar u ofrecer consejos; es un espacio de desahogo en el que la finalidad es *acompañar* a las personas a afrontar el duelo de la mejor manera posible y a adquirir aprendizajes de él.

En definitiva, el rol del trabajo social en la atención al final de la vida será el de orientar, informar y acompañar al enfermo y a su entorno cuidador generando un clima de confianza y seguridad con objeto de procurarles el máximo bienestar posible. Su objetivo último siempre será el de contribuir a mejorar la calidad de vida de la familia y también calidad de muerte del paciente terminal.

3.3. Eutanasia y trabajo social.

A lo largo de toda la historia los seres humanos han sido testigos del nacimiento y el fallecimiento de muchos otros de su misma especie. Como ocurre con todo ser vivo, la vida igual que tiene el principio, tendrá un final. Hasta hace bien poco tiempo este final podía ser o bien esperado, como la denominada «muerte natural», o bien sobrevenido, como en los casos de accidente o de graves y repentinas enfermedades. Sin embargo, a raíz de los avances médicos de las últimas décadas, ahora el final de la vida también puede ser *planificado*.

La eutanasia es una técnica de muerte médicamente asistida y, como tal, es un fenómeno muy reciente en nuestra sociedad. Es un tipo de muerte planificada, esperada, no solo por el propio sujeto en situación de grave padecimiento sino también por su entorno social y por sus profesionales sanitarios de referencia. Como sabemos, la muerte no es solo un fenómeno biológico individual, también tiene una dimensión social y cultural, por lo que el modo de hacerle frente también dependerá de las circunstancias que le rodeen y de significados que le sean atribuidos.

La eutanasia es una práctica que, por su naturaleza, no encaja el sistema de valores de todas las personas. El resultado es que al ya tradicional tabú que existe en torno a la muerte se le suma el hecho de que esta se produzca de manera deliberada. Además, aunque el resultado de la puesta en práctica de este procedimiento vaya a ser terminar con el sufrimiento insoportable del paciente, esto no hace la pérdida menos dolorosa para sus seres queridos. Por lo tanto, se

trata de una situación especialmente delicada que requiere un abordaje interdisciplinar llevado a cabo con especial sensibilidad y empatía.

3.3.1. Intervención clínica del trabajo social en la eutanasia.

Si bien es cierto que trabajar desde el trabajo social en la eutanasia no deja de ser una manera más de intervenir en el final de la vida, la muerte y el posterior duelo, dada su naturaleza presenta ciertas particularidades que es necesario tener en cuenta a la hora de planificar el abordaje de la situación.

En primer lugar, el trabajo social como profesión encargada de defender la dignidad humana y velar por el respeto del derecho a la autodeterminación tiene un papel clave a la hora de acompañar y empoderar a los pacientes en la toma de decisiones en el final de su vida. Puede darse el caso de que el paciente, para hacer valer su derecho a la muerte digna, manifieste el deseo de ser beneficiario de la eutanasia y, en el caso de que cumpla los requisitos para ello, se tratará de una decisión plenamente legítima. El rol del trabajador social en estos casos será ofrecer acompañamiento en la toma de decisiones libres y conscientes, evitando verter consejos u opiniones subjetivas que puedan influir en su decisión y respetando el sistema de valores y creencias de cada persona (Carbonell, Navarro-Pérez y Botija-Yagüe, 2021).

Como en todo caso, la intervención del trabajo social sanitario ha de ser integral, continuada y multidimensional, entendiendo al enfermo y la familia como un sistema en sí mismo. El entorno cuidador requiere de una adecuada atención psicosocial antes, durante y después del acto eutanásico. El contexto en el que va a suceder el fallecimiento de su ser querido es inusual y puede despertar actitudes y emociones que han de ser valoradas y abordadas debidamente por todos los profesionales implicados. Para algunas personas la decisión puede ser impactante, incomprensible o incluso incompatible con su escala de valores. En ese caso, es importante ayudarles a comprender y respetar las voluntades de su ser querido para que sean capaces de estar a su lado en el final de su vida. Para otros, por el contrario, puede ser emocionalmente liberador entender que su ser querido finalmente va a dejar de sufrir.

En cualquier caso, el trabajador social valorará el estado emocional y socio-contextual del paciente y de su entorno cuidador, así como sus percepciones en relación con la enfermedad y el inminente fallecimiento. Es posible que despierten en ellos sentimientos y actitudes de muy diversa índole, algunos relacionados con los significados simbólicos que se atribuyan al proceso de fallecer de manera planificada y otros que simplemente tienen que ver con los distintos estilos de afrontamiento de cada persona (negación, huida, retraimiento, culpabilidad, entre otras). El profesional prestará especial atención a la comunicación no verbal de los usuarios

(tono de voz, mirada, postura corporal...), pues le pueden proporcionar información privilegiada sobre emociones que no están preparados para poner en palabras, o de las que ni siquiera ellos son conscientes.

Por otro lado, la pérdida de un ser querido, además de afectar a nivel emocional, también lo hace a nivel organizativo, es decir, en las dinámicas familiares. Supone un cambio de roles, funciones y tareas dentro de la familia, especialmente en la unidad de convivencia. Es muy probable que paciente inmerso en un contexto eutanásico fuera una persona dependiente demandante de grandes atenciones, por lo que su fallecimiento implica desarticular toda una logística de cuidados.

Realizar una correcta y precoz evaluación psicosocial resulta fundamental también a la hora de detectar factores de riesgo y prevenir situaciones como la claudicación familiar. Los pacientes inmersos en el denominado «contexto eutanásico» presentan rasgos clínicos que hacen susceptible al cuidador de sufrir una situación de elevada sobrecarga, con las consecuentes repercusiones que esto tiene tanto en su salud física y psicológica, como en su vida cotidiana y laboral (Álvarez, Jiménez, Sobrino y Pérez, 2012). En estos contextos, el abordaje de los cuidadores debe realizarse desde la prevención y la detección precoz de la sintomatología ansioso-depresiva, ofreciendo el apoyo y el asesoramiento necesario para disminuir los niveles de sobrecarga y evitar una posible claudicación.

Por último, cabe señalar que, al contrario que en los fallecimientos repentinos o accidentales, un fenómeno que puede surgir es el duelo anticipado, es decir, aquel que está desencadenado no por la muerte en sí misma, sino por la amenaza de muerte, por la certeza de la inminente pérdida que va a suceder (Di Maio, 2015). Generalmente ocurre cuando se recibe el diagnóstico de una enfermedad mortal, pero en el caso de la eutanasia puede ser aún más acusado en el momento en el que el paciente toma la decisión de someterse a dicho procedimiento. Dado que su sintomatología no tiene por qué diferir del duelo que se produce tras la muerte efectiva, es fundamental que el trabajador social permanezca alerta para detectarlo lo antes posible. En ambos tipos de duelo, las tareas del trabajador social se resumirán en (Worden, citado en Germán, 2011, pp. 127-129):

- Ayudar a reconocer y aceptar la pérdida.
- Trabajar las emociones y el dolor derivados de ella.
- Adaptarse a una realidad en la que el fallecido ya no está presente, con los consecuentes cambio de roles y de dinámicas en la unidad familiar.

- Que el doliente sea capaz de continuar con las actividades de su vida cotidiana recordando los vínculos simbólicos mantenidos con la persona fallecida en un sentido positivo.

Si existen niveles altos y prolongados de ansiedad o sufrimiento emocional, dificultades en el desarrollo de las actividades productivas que se mantienen en el tiempo o sentimiento intenso de culpabilidad, es conveniente derivar al doliente a atención psicológica por tratarse de un duelo complicado o patológico (Germán, 2011).

En síntesis, los servicios que el trabajo social de tipo clínico puede aportar en casos de eutanasia siguen el mismo esquema que en cualquier otro fallecimiento; al fin y al cabo, la intervención siempre debe ser individualizada y personalizada. Sin embargo, ciertas particularidades deben ser tenidas en cuenta a la hora de abordar las problemáticas psicosociales asociadas a la situación. En este sentido y en base a la revisión documental realizada, procedo a formular las siguientes recomendaciones:

- Priorizar el empoderamiento del usuario para la toma de sus propias decisiones, garantizando la promoción de su autonomía personal y autodeterminación.
- Valorar la situación psicosocial del paciente y de su entorno cuidador teniendo en consideración los significados simbólicos que la eutanasia lleva asociados.
- Ofrecer al entorno próximo la orientación e información necesaria para que comprendan y asuman la decisión que su ser querido ha tomado.
- Promover la comunicación y expresión de sentimientos tanto del paciente como de su entorno en relación con las particularidades de la situación.
- Acompañar durante el afrontamiento de la pérdida, prestando especial atención a las dinámicas familiares que van a verse modificadas tras el fallecimiento y a la posible aparición de un duelo anticipado.
- Actuar como agente de coordinación y sensibilización de los profesionales implicados en el proceso eutanásico.

3.3.2. El papel del trabajo social en la Comisión de Garantía y Evaluación.

Más allá de la intervención directa con los pacientes, su entorno próximo y sus profesionales de referencia, el trabajo social también puede tener un papel relevante como miembro de la Comisión de Garantía y Evaluación de la eutanasia. Como comentaba previamente, la LORE insta a cada comunidad autónoma a crear una en su territorio con la finalidad de homogeneizar criterios, intercambiar buenas prácticas y llevar un seguimiento de los procedimientos

eutanásicos. Aunque la ley no hace referencia directa en ningún momento al Trabajo Social, solo a médicos, enfermeros y juristas, sí que da pie a que estos puedan formar parte de ella al indicar que *«la composición de cada una de ellas tendrá carácter multidisciplinar»* (art. 17, LORE).

Desde el propio Consejo General de Trabajo Social (2021) se viene reivindicando la presencia de los trabajadores sociales sanitarios en la comisión como forma de brindar una perspectiva más humana a este órgano administrativo. Lo que defienden que es la decisión de una persona de poner fin a su vida tiene repercusiones a nivel social, moral y familiar y, por lo tanto, su valoración no puede limitarse a lo biológico y jurídico (CGTS, 2021).

Como señala la trabajadora social Noelia Ordieres (2021), investigadora sobre el final de la vida y la ley de la eutanasia, a pesar de que la muerte es un fenómeno biopsicosocial, su esfera social tiende a ser olvidada; y precisamente esto es lo que ha ocurrido desde la promulgación LORE. Añadir a la medicina una perspectiva psicosocial, empática y centrada en la persona no la hace menos científica, sino más bien todo lo contrario. Es por eso que, para ella, la figura del trabajador social en la comisión sería fundamental como pieza clave a la hora de brindar a los pacientes la atención sanitaria integral a la que tienen derecho (Ordieres, 2021). Dado que la eutanasia ya es una prestación sanitaria más del catálogo de servicios del Sistema Nacional de Salud, también se trata de un nuevo derecho de la ciudadanía al que, como profesionales, tenemos la responsabilidad de dar respuesta.

Son muchos los Colegios Profesionales de Trabajo Social que se también se han pronunciado defendiendo su presencia en la Comisión de Garantía y también en la atención directa con el paciente eutanásico. Sus miembros alegan que *«en la figura del trabajador social sanitario confluyen conocimientos propios de la salud y de la intervención social»* y que *«como disciplina que vela por los derechos humanos, debemos estar presentes»* (COTSA, 2021).

El trabajo social es una profesión con un gran compromiso ético y que defiende la autonomía de las personas, su dignidad y la justicia social. Por lo tanto, es lógico afirmar que sus aportaciones como integrante de este organismo pueden ser muy enriquecedoras, sobre todo teniendo en cuenta que la eutanasia tiene unas implicaciones morales intrínsecas que la diferencian del resto de prestaciones médicas.

De lo que no me cabe duda es de que si todavía no forman parte obligatoria de la comisión no es por falta de esfuerzos por parte de los colectivos profesionales, que desde la publicación de la LORE han reivindicado no solo la importancia de su figura en el procedimiento, sino también el derecho de la ciudadanía a ser beneficiarias de sus aportaciones. A día de hoy, algunas comunidades autónomas como la de Madrid ya ha incluido en su marco legislativo la

obligatoriedad de que «una persona graduada o diplomada en trabajo social con actividad en los ámbitos de atención primaria o atención hospitalaria» forme parte de la comisión.³ El tiempo nos dirá si esta tendencia se extiende al resto del país.

³ DECRETO 225/2021, por el que se crean y regulan el registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la ayuda para morir y la comisión de garantía y evaluación. BOCM de 07 de octubre de 2021. Recuperado de: http://www.madrid.org/wleg_pub/servlet/Servidor?opcion=VerHtml&nmnorma=12307

4. CONCLUSIÓN.

A lo largo de las últimas décadas cada vez son más quienes han alzado su voz exigiendo a las instituciones públicas que se les devuelva a las personas enfermas en situación de extremo sufrimiento la capacidad de decidir sobre el rumbo de su vida. Los recientes avances tecnológicos y sanitarios han logrado que muchos enfermos crónicos puedan disfrutar ahora de una mejora en su calidad de vida que hasta hace no mucho habría sido inimaginable. Sin embargo, si estos no son utilizados de manera responsable y proporcionada pueden llegar a suponer un prolongamiento del sufrimiento físico y psíquico

Si seguimos los principios de *Beneficencia* y *No Maleficencia*, cuando un paciente se encuentra en una situación clínica irreversible en la que el padecimiento lo ha empujado a, prácticamente, una «muerte social», es fácil ver que lo más ético es orientar los esfuerzos a proporcionarle las medidas terapéuticas necesarias para aliviar su sufrimiento. Sometiendo a estos pacientes a tratamientos fútiles, llegando incluso a caer en el encarnizamiento terapéutico, lo único que logra es convertir la última etapa de la vida de una persona en un acontecimiento traumático. Por el contrario, regularizando la eutanasia lo que se pretende a ofrecerles la posibilidad de decidir si desean, o no, continuar con su vida. Es una cuestión de derechos y de libertad; de dejar a un lado el paternalismo y permitirles tener las riendas de su vida de principio a fin.

En Aragón, durante este pasado primer año de vigencia de la ley, se presentaron catorce solicitudes de eutanasia, tres de las cuales se resolvieron positivamente y fueron llevadas a término.⁴ Como reflejan las cifras, su regularización no ha supuesto el «efecto llamada» que algunos temían que se produjese. Sigue siendo un procedimiento poco frecuente que se lleva a cabo en casos excepcionales, pero al que era necesario darle cabida en el marco legislativo.

La LORE no solo despenaliza la eutanasia en España, sino que también positiviza el derecho a recibir una ayuda para morir. Pasa a ser una manera más de ejercer el derecho a la vida y a la autodeterminación, reconociendo la dignidad de las personas y respetando su voluntad hasta el final de su vida. En este contexto, y aunque la ley no hace referencia explícita en ningún momento, aparece el trabajo social como profesión que trabaja en conjunto con los demás profesionales sanitarios con el objetivo de configurar una intervención holística y centrada en la persona, tratando de humanizar el proceso de muerte y de despojarlo de los tabúes que arrastra.

⁴ Aragón Digital. (2022, 25 de marzo). Aragón recoge 14 solicitudes de eutanasia en su primer año, tres de ellas ya aprobadas. <https://www.aragondigital.es/2022/03/25/aragon-recoge-14-solicitudes-de-eutanasia-en-su-primer-ano-tres-de-ellas-ya-aprobadas/>

Los profesionales del trabajo social son el perfil idóneo para tener cuenta las particularidades implícitas en el proceso eutanásico y las implicaciones sociales y psicológicas que tiene para el ser humano que su vida llegue a su fin. Se encargan de acompañar, orientar, resolver dudas y promover la autonomía personal y la calidad de vida tanto del paciente como de su entorno cuidador para dar respuesta a las problemáticas psicosociales asociadas tanto a la situación de enfermedad e intenso sufrimiento como al inminente fallecimiento y duelo. El eje central de su intervención es que las personas sean las protagonistas de la misma, buscando maximizar su bienestar sin caer en el asistencialismo.

De esta manera, los trabajadores sociales que intervienen clínicamente en la eutanasia, por medio de una relación basada en la confianza, potencian el empoderamiento del paciente en la toma de decisiones libres e informadas, facilitan la comunicación y la expresión de sentimientos entre todos implicados (teniendo en cuenta que se trata de un contexto de crisis especialmente delicado), actúan como agentes de coordinación interprofesional y ofrecen el apoyo necesario para movilizar los recursos y habilidades personales de cada uno con objeto de que sean capaces de afrontar los desafíos que presenta la situación de manera autónoma. Asimismo, para garantizar una atención continuada y de calidad, una vez el paciente fallece la intervención continúa, acompañando a los dolientes a afrontar la pérdida de la manera más sana posible. Precisamente este es un punto clave que diferencia al trabajo social del resto de profesionales, cuya labor finaliza con el deceso de su paciente.

Por otro lado, más allá de las intervenciones centradas en la persona, la implicación del trabajo social con la eutanasia también tiene potencial para ser trabajada a nivel comunitario. Abordar en la comunidad los tabúes y estigmas que rodean a la muerte y, más concretamente, a la eutanasia es fundamental para que las personas que se encuentren en situación de sufrimiento puedan elegir cómo desean morir sin sentirse juzgadas. De esta manera, sería interesante potenciar desde el trabajo social comunitario la puesta en marcha de proyectos de sensibilización que permitieran abordar el fenómeno eutanásico desde una perspectiva más humana y cercana a las personas.

La regulación de la eutanasia versa sobre muchos de los principios que resultan ser señas de identidad del trabajo social, por lo que no es de extrañar que esta ocasión sea considerada por muchos como una gran oportunidad para reivindicar su figura dentro del procedimiento. Más allá de ello, de lo que no me cabe duda es que la entrada en vigor de la LORE ha sido un importante avance en el reconocimiento de los derechos de la ciudadanía y una señal de que las demandas de la sociedad civil han sido escuchadas. Por supuesto, no ha llegado libre de

controversias, y es que para algunos este ha sido el primer paso hacia la decadencia del «derecho a la vida». Pero, al menos desde mi perspectiva, el respeto a la dignidad y la voluntad de las personas debe estar siempre por encima de las creencias de cualquier otra.

En definitiva, la regulación de la eutanasia en nuestro país supone una gran oportunidad para poner en valor la labor del trabajo social tanto dentro de este procedimiento como dentro del sistema sanitario en su conjunto (no podemos olvidar que todavía a día de hoy los trabajadores sociales no están considerados como personal sanitario). Aunque en un inicio este colectivo profesional había sido excluido de las intervenciones en la eutanasia, se puede observar cómo poco a poco en algunas CCAA se comenzó a considerar al trabajo social una pieza importante para efectuar una valoración no solo sanitaria (como se venía efectuando desde la medicina y la enfermería) sino también psicosocial. Estos avances empoderan a la profesión y la equiparan a otros miembros del equipo multidisciplinar sanitario, lo que me lleva a pensar que finalmente se está reconociendo desde las instituciones el valor añadido que estos profesionales aportan al sistema y que se está abriendo el camino para un todavía mayor impulso de la profesión.

5. BIBLIOGRAFÍA.

Álvarez, I. (2002). *La Eutanasia Voluntaria autónoma*. Dykinson.

Altisent, R., Nabal, M., Muñoz, P., Ferrer, S., Delgado-Marroquín, M. T., y Alonso, A. (2021). Eutanasia: ¿es esta la ley que necesitamos? *Atención Primaria*, 53(5), 102057.

Álvarez, H. B., Jiménez, A. V., Sobrino, M. S., y Pérez, M. S. C. (2012). Detección del riesgo de claudicación en los cuidadores de pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Paliativos de Agudos. *Medicina Paliativa*, 19(3), 100-104.

Ausín, F. J. y Peña, L. (1998). Derecho a la vida y eutanasia: ¿acortar la vida o acortar la muerte? *Anuario de Filosofía del Derecho*, 15, 13-30. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10261/10003>

Bellosta Martínez, M. A. (2014). *Sentir la muerte hoy: el género al final de la vida*. Prensas de la Universidad de Zaragoza.

Benítez-Rosario, M.A. (2003). Cuidados paliativos en pacientes no oncológicos. *Med. Clin. (Barc)*, 121(8), 297-298.

Bernal, C. V., y Trejo-Gabriel-Galán, J. M. (2021). Leyes de eutanasia en España y en el mundo: aspectos médicos. *Atención Primaria*, 54 (1), 102170.

Bowlby, E. J. (1998). *Apego e perda: tristeza e depressão*. São Paulo: Martins Fontes.

Botello Vela, N., Garzón Vásquez, L. F., & Mayorga, J. M. (2019). Trabajo social: Cuidados paliativos y sentido de vida para la muerte. *Revista Perspectivas*, (16), 21-33.

Carbonell, A., Navarro-Pérez, J. J. y Botija-Yagüe, M. (2021). El derecho a morir dignamente: una oportunidad para el impulso ético del trabajo social. *Trabajo social global – global social work*, 11, 1-29. <https://dx.doi.org/10.30827/tsg-gsw.v11.11453>

Castro, M. P. R. D., Antunes, G. C., Marcon, L. M. P., Andrade, L. S., Rückl, S., & Andrade, V. L. Â. (2016). Eutanasia y suicidio asistido en países occidentales: una revisión sistemática. *Revista Bioética*, 24, 355-367.

Consejo General de Trabajo Social (s.f.). Trabajo Social y Salud. https://www.cgtrabajosocial.es/Ejes_Estrategicos_ambito_intervencion_Salud

Consejo General de Trabajo Social (2021). Trabajo Social: clave en las comisiones de la ley de la eutanasia. Recuperado de: [Portal del Consejo General del Trabajo Social - Trabajo Social: clave en las comisiones de la ley de la eutanasia \(cgtrabajosocial.es\)](https://www.cgtrabajosocial.es/Portales/Trabajo_Social/Trabajo_Social:_clave_en_las_comisiones_de_la_ley_de_la_eutanasia)

- Constitución Española. *Boletín Oficial del Estado*, 29 de diciembre de 1978, núm. 311.
- COTSA. (2021, julio). Profesionales del Trabajo Social aplauden su inclusión en las comisiones que evaluarán las peticiones de eutanasia. Colegio Oficial de Trabajo Social de Alicante. Recuperado de: <https://www.cotsalacant.es/es/noticias/8896/profesionales-del-trabajo-social-aplauden-su-inclusion-en-las-comisiones-que-evaluaran-las-peticiones-de-eutanasia>
- Chamorro Fletes, R. (2001). Sobre el derecho a la vida y la eutanasia. *Encuentro*, 57, 115-124.
- De la Torre Díaz, J. (2019). Eutanasia: los factores sociales del deseo de morir. *Revista Iberoamericana de Bioética*, (11), 1-23.
- De Lillo, L. (2011). Del encarnizamiento terapéutico a una muerte digna. *Revista de Bioética y Socioantropología en Medicina*, 6 (1).
- De Miguel, C. y López, A. (2006). Eutanasia y suicidio asistido: conceptos generales, situación legal en Europa, Oregón y Australia (I). *Medicina Paliativa*, 13 (4), 207-215.
- De Miguel, J. y Marí-Klose, M. (2000). El canon de la muerte. *Política y Sociedad*, 35, 113-144.
- Di Maio, L. R. (2015). El tema del duelo en la práctica del trabajador social. *Trabajo Social*, (17), 239–252.
- García Otero, A. y Sabio, M. F. (2011). ¿Existe justificación moral para la eutanasia? *Revista Americana de Medicina Respiratoria*, 11 (4), 202-209.
- Germán Zurriarain, R. (2011). *Cuidar cuando no es posible curar: Los cuidados paliativos. Morir dignamente en un contexto humanizado*. Universidad de La Rioja.
- Goic, A. (2005). Apuntes sobre la eutanasia. *Revista médica de Chile*, 133(3), 371-375.
- Grupo de Trabajo de Atención Médica al Final de la Vida de la Organización Médica Colegial (OMC) y Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). (2015). Atención Médica al final de la vida: conceptos y definiciones. *Asamblea General de la Corporación médica*. Recuperado de: http://www.infocuidadospaliativos.com/ENLACES/documento_conceptos_atencion_finalvida_2015.pdf
- Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. *Boletín Oficial del Estado*, nº 72, de 25 de marzo de 2021.
- Lema, D. S., & Varela, M. C. (2021). Intervención en duelo desde el enfoque del Trabajo Social. *Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales*, (101), 8.

Lima, A.I., González-Rodríguez, R. (2017). La Intervención Social en el final de la vida. *Servicios Sociales y Política Social*. XXXIV (114), 11-18.

Martínez León, M., Asensio Villahoz, P., Martínez León, C., Torres Martín, H. & Queipo Burón, D. (2014). Análisis ético y médico-legal de la eutanasia en la unión europea. *Anales de la Real Academia de medicina y cirugía de Valladolid*, (51), 129-140.

Marín-Olalla, F. (2018). La eutanasia: un derecho del siglo XXI. *Gaceta Sanitaria*, 32(4), 381-382. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.01.007>

Martínez Ques, Á. A. (2021). La regulación de las Comisiones de Garantía y Evaluación autonómicas en aplicación de la Ley de Eutanasia en España. *Ética de los Cuidados*, 14 (14008), 1-4.

Martínez-León, M., Velaz, J. F., Burón, D. Q., & Martínez-León, C. (2022). Estudio médico legal de la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia en España en comparación con el resto de los países que regulan la eutanasia y/o el suicidio asistido. *Revista Española de Medicina Legal*.

Mendoza, I. y Pichardo, L.M. (2013). Calidad de vida y dignidad humana en el paciente terminal: opciones para una buena muerte. *Anales Médicos Asoc. Med. Hosp. ABC*. 58 (2), 112-115.

Novellas Aguirre de Cárcer, A. (2017). La atención de situaciones de final de vida desde el trabajo social. *RTS: Revista de treball social*, (210), 37-53.

Ordieres Buarfa-Mohamed, N. (2021, junio). Ley de eutanasia en España: donde el trabajo social debe estar. TSDIFUSION: publicación de los colegios profesionales de trabajo social de Cádiz, Córdoba, Huelva y Málaga. Recuperado de: <https://www.tsdifusion.es/ley-de-eutanasia-en-espana-donde-el-trabajo-social-debe-estar>

Pascual, A. (2003). Cuidados paliativos. *Humanitas, Humanidades Médicas*. 1(1), 71-78.

Pérez Bandera, M. (2021). Trabajar con la muerte desde el trabajo social. Implicaciones antropológicas, psicológicas, bioéticas y legales. *Trabajo social hoy*, (92), 7-26.

Pujol Carbonell, M. (2008). El trabajo interdisciplinar en Psico-geriátrica. El trabajo social con el paciente psico-geriátrico. *Informaciones psiquiátricas: Publicación científica de los Centros de la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús*, (192), 149-158.

Ruiz Mosquera, A. C. (2020). El duelo desde el Trabajo Social. Experiencia de intervención social con grupos. *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social*, (63), 29-42.

Tizón, J. L. (2006). De los procesos de duelo a la medicalización de la vida. *Jano*, 1818, 58-60.

Toledo, L. R. (2015). El tema del duelo en la práctica del trabajador social. *Trabajo social (Universidad Nacional de Colombia)*, (17), 239-252.

Vanzini, L. (2010). El Trabajo Social en el ámbito de los cuidados paliativos: una profundización sobre el rol profesional. *Documentos de Trabajo Social*, 47, 184-199.

Vinaccia, S., y Orozco, L. M. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas*, 1(2), 125-137. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S179499982005000200002&lng=pt&tlng=es