

DERECHOS DEL ENFERMO TERMINAL, PROPUESTAS BIOÉTICAS EN TORNO A SU REGULACIÓN

La sedación paliativa, la limitación del esfuerzo terapéutico, o el rechazo al tratamiento son los principales focos de conflicto bioético y jurídico a los que se enfrentan los profesionales sanitarios en el cuidado del paciente terminal. El objetivo de este reportaje es la búsqueda de respuestas, interrogantes, o planteamientos de debate en el contexto de la legislación autonómica reciente y el proyecto de regulación nacional. Los entrevistados -expertos en Bioética y Deontología sanitaria de la Universidad y otras instituciones especializadas en cuidados del enfermo terminal- ofrecen recomendaciones para una regulación básica orientada a la protección de pacientes especialmente vulnerables.

Iñigo Barreda. El Consejo de Ministros dio luz verde el 13 de mayo al *Anteproyecto de Ley reguladora de los derechos de la persona ante el proceso final de la vida*, texto en el que un cambio notable ha sido la supresión de la acepción 'muerte digna' del título de la misma ante la petición de un buen número de profesionales, y singularmente de la *Comisión de Deontología de la Organización Médica Colegial (OMC)*.

Un aspecto llamativo en la tramitación de esta ley, al igual que ocurriera con la *Ley de Salud Sexual y Reproductiva*, es que no se ha contado desde el principio con especialistas independientes o sociedades de expertos como la *Sociedad Española de Cuidados Paliativos*, lo que ha provocado la crítica cuando no la denuncia en medios profesionales. Tampoco se ha convocado desde abril del 2010 al *Grupo de Cuidados Paliativos del Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad* para que interviniera en la norma. El halo de ocultismo que precede al anteproyecto de ley -junto a los 'ensayos legales' autonómicos recientes del derecho de 'sedación a la carta'- es una situación anómala que ha provocado escepticismo y descontento profesional.

No puede ignorarse que las propuestas de regulación de esta nueva generación de derechos individuales sobre la disposición de la propia vida o la de terceros cobraron fuerza a partir de hechos polémicos en la sombra del delito (Casos Dr. Morín y Leganés). El Gobierno las acogió manifestando su deseo de garantizar protección jurídica no sólo a conductas profesionales sin indicación médica, sino al lucrativo negocio mercantil surgido en torno a éstas. El debate en torno

a estas cuestiones sigue abierto no obstante, lo que ha movido a ADS a pulsar la opinión de especialistas en bioética médica y en la atención a enfermos terminales.

En clave bioética y desde el contraste crítico, los expertos introducen elementos de discurso necesarios para la definición de claves legales necesarias en una futura regulación de cuidados al final de la vida.

Precisión conceptual

Algunas recomendaciones a tener en cuenta, según su parecer: la precisión conceptual en la definición de situaciones clínicas y opciones médicas al final de la vida valorando la presencia de conflictos en relación con la *lex artis* profesional; el rechazo de la eutanasia; la especial protección de pacientes en situación de incapacidad o vulnerabilidad frente a abusos o faltas profesionales. Junto a ello, la protección jurídica de profesionales que obren conforme a la *lex artis* médica. En todo caso, sus sugerencias se relacionan con la garantía de recursos asistenciales, la necesaria dotación económica, y, especialmente, el necesario impulso para eliminar el déficit formativo y de competencias en cuidados paliativos.

Al tiempo, consideran innecesaria una ley de derechos como los que recoge el Anteproyecto -a la información asistencial, a la toma de decisiones, al tratamiento del dolor, al acompañamiento, y a la intimidad personal y familiar, al consentimiento y las voluntades anticipadas- en la medida en que ya están contemplados en la legislación sanitaria básica, en la *Ley 41/2002*, y en su desarrollo autonómico.

Colaboradores. Para la realización de esta entrevista se ha contado con la participación de:

Carmen de la Fuente Hontañón, Vicepresidenta de la *Asociación Española de Bioética y Ética Médica* (AEBI).
Teresa Alfonso, profesora del Dpto. de Ciencias Sanitarias y Médico Sociales de la *Universidad de Alcalá*.
José María Galán, médico especialista en Medicina Interna, Director del *Master de Cuidados Paliativos* de la Universidad de Sevilla, profesor de la *Escuela Universitaria de Enfermería San Juan de Dios*.
Antonio Piga Rivero, médico forense experto en bioética, profesor del Dpto. de Ciencias Sanitarias y Médico Sociales de la *Universidad de Alcalá*, Vocal del Consejo Asesor de *Actualidad del Derecho Sanitario*.

●

1) ¿Cuál es su opinión en torno a la iniciativa del Gobierno para regular un nuevo régimen de derechos en el proceso de morir y de la muerte?

Antonio Piga. La iniciativa del Gobierno de regular un nuevo régimen de derechos en relación con el proceso de la muerte, al centrarse en la sedación paliativa, la limitación del esfuerzo terapéutico y la efectividad del rechazo a la continuidad de los tratamientos, pervierte el concepto de lo que es posible y deseable en materia de cuidados a pacientes en el estadio terminal de su existencia.

Lo que el Gobierno debería hacer es garantizar a todos el acceso a cuidados paliativos globales y de buena calidad, que deben asegurarse por personal adecuado, tanto en servicios hospitalarios como a domicilio, si el paciente lo prefiere.

La sedación paliativa no se limitará al dolor sino que incluirá la del sufrimiento del paciente, y sobre todo de las causas de éste, que pueden ser tanto orgánicas como psicológicas.

La sedación paliativa incluye la del dolor, pero también la de la angustia y la de la humillación debida a la impotencia y al sufrimiento, y a los problemas causados a los demás. Así cuando el personal asistencial ayuda al paciente y a su familia a resolver los problemas que conlleva la proximidad de la agonía, aporta calma y un ambiente relajado que transforma la imagen terrorífica de la muerte en una experiencia de solidaridad, y afectivamente rica en sentimientos compartidos.

Carmen de la Fuente Hontañón. Como Gobierno tiene el deber de administrar los recursos que la socie-

dad pone a su alcance en beneficio de los ciudadanos y en concreto en los más necesitados o en situaciones de especial cuidado como es el final de la vida. Por ello es justo y beneficiante dotar de recursos asistenciales para todos los españoles al final de la vida en condiciones de equidad y accesibilidad a la terapia paliativa, tanto a nivel hospitalario como a nivel domiciliario, ya que en estos momentos hay desigualdades entre las Comunidades Autónomas, como el derecho a una habitación individual en el Sistema Público de Salud, por ejemplo, o partidas presupuestarias específicas para la infraestructura asistencial que requieren los Cuidados Paliativos.

C. Hontañón: “Cualquier derecho del paciente debe efectuarse inexcusablemente dentro de la *lex artis*, con procedimientos y criterios éticos”

Como Miembros de la Unión Europea suscribimos la *Recomendación de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa (25/06/1999) de Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad de los Enfermos en fase terminal y moribundos*. En ella se definen los **Cuidados Paliativos como un derecho subjetivo y una prestación más de la asistencia sanitaria. Siendo el médico, el responsable de la indicación terapéutica ante la enfermedad terminal y proceso de la agonía**. Y se señala que **el deseo de morir no genera el derecho a morir a manos de un tercero (R.XVI C)**.

Desconocemos el espíritu de la Ley futura. Pero ha de quedar claro que la profesión Médica es una profesión **autoregulada** por medio de Consejo General de Colegios Médicos y a través de los Colegios provinciales como se señala en la Constitución Española y se normativiza en el RD 757/2006 de 16 de junio nº 10824

(BOE nº 144 de 17 de junio 2006). Por ello y de acuerdo con lo recogido en la *Declaración de la Comisión Central de Deontología del Consejo General de Colegios Médicos*: "**Cualquier intervención sanitaria que se convierta en un derecho para el paciente (por ejemplo la analgesia,...,sedación,...control de síntomas o la intervención psicosocial), deben ser inexcusablemente efectuadas dentro de la Lex Artis, es decir sujetas a unas indicaciones, procedimientos y criterios éticos perfectamente definidos.** Con la Ley de Autonomía del Paciente 41/2002 y sus posteriores Regulaciones a nivel Autonómico, consideramos que con su desarrollo dotacional de recursos y presupuesto ad hoc, hace ineficiente la futura Ley que se anuncia.

Teresa Alfonso. Por lo que se ha publicado hasta ahora, el resultado de esta iniciativa puede ser lamentable, ya que los derechos del paciente en el proceso de morir **se limitan enormemente, desvirtuando el concepto asistencial y deshumanizándolo.**

T. Alfonso: "Una ley no puede limitar derechos personales del paciente desvirtuando el concepto asistencial y deshumanizándolo"

José María Galán. Hoy se detecta y reconoce en toda Europa la dificultad que supone lograr que los procesos de muerte sean humanizados. La falta de servicios específicos y de profesionales bien preparados, la mentalidad utilitarista de la vida, la soledad de los últimos años de existencia, la tecnificación de la Medicina y otros motivos hacen de la muerte una fase difícil de afrontar. Por ello la Unión Europea está promoviendo políticas que garanticen los Cuidados Paliativos.

Siguiendo estas pautas europeas y teniendo en cuenta el debate social sobre el tema que estamos teniendo desde hace años en España, el gobierno da el paso de regular con una ley específica la atención al enfermo terminal apoyando la implantación de los Cuidados Paliativos.

En principio, una iniciativa legislativa en este ámbito es bienvenida, sin embargo el debate no cesa.

Las dudas que se suscitan tienen que ver con que si esta nueva ley servirá realmente para que el Estado

disponga los recursos necesarios con el fin de alcanzar de forma equitativa el objetivo de Cuidados Paliativos para todos y que así no quede en un mero discurso vacío de contenido.

J. Galán: "En principio, la iniciativa legislativa es bienvenida, pero debe ofrecer garantías jurídicas para una correcta asistencia sanitaria y para los profesionales que la aplican"

Otras dudas se refieren a si con la ley se logrará la seguridad jurídica que garantice la correcta asistencia a la salud de los ciudadanos, y también la seguridad jurídica para que los profesionales realicen actuaciones como la retirada o interrupción de tratamientos a petición de los pacientes, la limitación del esfuerzo terapéutico o la administración de sedación paliativa como indicaciones profesionales sin temor a daños inapropiados a la vida y a la salud y sin miedo a posibles consecuencias legales punitivas.



2) ¿Cómo valora el hecho de que tres autonomías se hayan adelantado a una norma básica de ámbito nacional?

Antonio Piga. Se trata de una anomalía metodológica ya que la norma, de ámbito nacional, debería constituir el marco común que garantizase la equidad fundamental y también la homologación terminológica.

Carmen de la Fuente Hontañón. Si las interpretamos como reguladoras de Derechos ya contemplados en la Ley 41/2002 pero no ejecutados, se entendería. Pero si lo que se pretende con la futura Ley, sea armonizar prestaciones y derechos para que no haya diferencias de recursos y reconocimiento de derechos, no se entiende.

Teresa Alfonso. Me parece lamentable desde un punto de vista metodológico y jerárquico.

José María Galán. En un Estado de las Autonomías como es el español no es extraño que las Comunidades Autónomas tengan iniciativas legislativas sobre

cuestiones que tienen que ver con la salud y la asistencia sanitaria. Esas iniciativas autonómicas suponen una respuesta inicial ante una demanda social y el riesgo es que los ciudadanos tengan ciertos derechos concedidos en una parte del territorio de un mismo Estado y no en otras, generando una desigualdad ante la ley en función de la zona o comunidad donde residan. Una ley básica garantiza al menos unos mínimos para todos, por lo que, en principio, me parece muy adecuado que pueda existir.

La posible razón de que esta ley básica haya sido promovida posteriormente a leyes autonómicas es que quizás el gobierno ha estado falto de reflejos para prepararla y ahora se ve obligado por sus propios compañeros de partido de otras regiones de España o quizás es que haya preferido esperar a valorar cómo se desarrollan leyes similares en algunas Comunidades para dar el paso en un tema que es socialmente controvertido. Realmente no lo sé. En cualquier caso habrá que ver qué ley se aprueba definitivamente y si da respuesta real y prudente a lo que pide la situación.

T. Alfonso y A. Piga: "La anticipación regulatoria en Autonomías es un error. Un marco común debe garantizar la equidad y la homologación terminológica"



3) Las leyes autonómicas publicadas hasta ahora presentan alguna distorsión normativa, como la minoría de edad legal -14 años en la ley aragonesa y 16 años cumplidos en la navarra y la andaluza-. ¿Qué impresión le merece el distinto régimen de derechos en función del hecho autonómico?

Antonio Piga. Las distorsiones normativas, como es el caso de las diferencias respecto a la minoría de edad legal, son absurdas y totalmente injustificables.

Carmen de la Fuente Hontañón. No es congruente con la radical igualdad de los españoles ante la Ley.

Teresa Alfonso. Lamentablemente las leyes autonómicas publicadas hasta ahora no han abordado el problema con amplitud científica, sensibilidad y generosidad, como corresponde a un país que posee un Sistema Nacional de Salud entre los más avanzados del mundo. Creo firmemente sin embargo, que la Corporación, la profesión médica y de enfermería y los dedicados a cuidados paliativos, lucharán denodadamente por que se impongan los derechos de los pacientes y los de sus seres queridos que los atienden, los principios perennes de la ética médica y los criterios de la "lex artis ad hoc", en relación con los cuidados paliativos en el final de la vida.

José María Galán. La mayoría o minoría de edad legal es algo socialmente convenido y puede variar según las épocas y países. Ser considerado legalmente como menor de edad supone entender que aún existe una falta de madurez para asumir aquellas decisiones que conllevan un riesgo significativo y por ello se requiere de un adulto, normalmente los padres, para validar dicha decisión.

La diferencia de edad de minoría legal en las CCAA es absurda, injustificada, socava la igualdad entre españoles, (...) los menores de una comunidad no son más maduros que los de otra

Yo no encuentro justificado que en distintas zonas de un mismo Estado se produzca tal variabilidad normativa en un tema tan importante, pues no considero que dentro de nuestro territorio nacional los menores de una comunidad autónoma sean más maduros que los de otra para la toma de decisiones que afectan a la propia salud y a la vida.

Otra cuestión es que debemos valorar y respetar la voluntad de un menor cuando demuestre suficiente madurez respecto a la decisión a tomar y por esto deba participar en dicha toma de decisión en primera persona aunque sea supervisado, en la medida en que sea necesario, por sus padres o tutores legales sobre todo si son decisiones de alto riesgo o de consecuencias graves.

4) *El nuevo esquema de derechos autonómicos entra en conflicto con el régimen de deberes de los profesionales sanitarios. En concreto, la ley aragonesa considera una infracción muy grave el "obstáculo e impedimento a los ciudadanos del disfrute de cualquiera de los derechos expresados en el Título II". Entre ellos el derecho al rechazo o retirada de la intervención aunque ello pueda poner en peligro la vida del paciente.*

¿Qué inconvenientes -deontológicos, legales- plantea en la práctica este derecho?

Antonio Piga. Aquí la Ley muestra su perversidad intrínseca. Efectivamente si la aplicación de la ley garantizase a los pacientes terminales no sólo la sedación del dolor, sino la alimentación adecuada, la prevención de escaras, de micosis, de hipo o de crisis asfícticas, los cuidados especializados de higiene corporal, la compañía de sus seres queridos y los cuidados de terceros; quien maliciosamente privase a una persona en situación terminal de esas posibilidades y servicios cometería un hecho reprobable y sancionable, pero paradójicamente la ley pretende garantizar solo un derecho "negativo" y que no se puede regular con facilidad por lo tremendamente diferente de las situaciones objetivas y subjetivas posibles.

A. Piga: "La Ley aragonesa muestra su perversidad intrínseca al pretender garantizar sólo un derecho negativo del paciente. Sólo debería penalizarse a quién maliciosamente privara al paciente terminal del cuidado debido"

Uno de los principales inconvenientes de este "derecho" radica en que si no se acompaña de información cumplida sobre las alternativas posibles de tipo asistencial, la elección está viciada por la distorsión de la información, y por la angustia de sentirse una carga insoportable para los demás.

Carmen de la Fuente Hontañón. En parte lo hemos respondido en la pregunta nº 1. Pero más que inconvenientes deontológicos o legales, lo que plantea art

14 de la Ley Aragonesa es un conflicto de competencias legales, mejor dicho **una invasión o apropiación de competencias**, que están legalmente reconocidas en nuestro Derecho, como es el ejercicio de la profesión Médica. **Lo que rompe el art 14 es la relación terapéutica médico-paciente, ante la indicación de terapia paliativa en sus diversas modalidades. Ya no hay indicación médica . No entra dentro de la Lex Artis.**

C. Hontañón: "La ley aragonesa rompe la relación terapéutica médico-paciente ante la indicación paliativa. No establece indicación médica, no entra dentro de la lex artis"

Teresa Alfonso. El conflicto entre los derechos que se pretenden garantizar y los deberes de los profesionales sanitarios es artificial y no corresponde a situaciones generadas en la relación asistencial humana y profesionalmente correcta, sino a la voluntad del legislador de promocionar prácticamente la cultura de la muerte en la fase terminal de la vida, de modo paralelo a como se ha hecho en relación con la interrupción de los embarazos no deseados.

T. Alfonso: "La nueva legislación plantea un conflicto artificial entre profesionales y pacientes. Responde a la promoción por el legislador de la cultura de la muerte, al igual que sucedió con el aborto ante embarazos no deseados".

José María Galán. Un paciente en situación de enfermedad terminal, puede realizar un rechazo de tratamiento entendido como la negativa a que se le aplique el ofrecido por el médico que le atiende. Respecto a la oferta médica, los beneficios del tratamiento indicado por un médico deben estar comprobados científicamente y éste debe informar al paciente de los efectos positivos e inconvenientes esperados en su caso así como de las posibles alternativas. Es un juicio basado en conocimientos científicos y debe ser realizado considerando que la oferta de ese tratamiento, de su balance entre beneficios y riesgos, sería aceptable por un ciudadano medio de la población en la que se encuentra el paciente.

Respecto a la decisión del paciente, hay que considerar que cualquier tratamiento tiene implícito ciertos riesgos de efectos adversos que significan posibles cargas que el enfermo aceptará si considera que para él, desde su perspectiva personal, valores, creencias y proyecto vital, están compensadas por los beneficios del tratamiento. Esto supone un ejercicio de responsabilidad sobre su salud.

En el caso de enfermos terminales la libertad sobre el rechazo de tratamientos está generalmente reconocida por las diversas corrientes éticas, por la deontología profesional y por la ley, puesto que aquí el objetivo no es la supervivencia a cualquier coste sino a un coste que el propio paciente desee y pueda soportar.

La valoración ética, en el caso de que no se trate de una enfermedad terminal varía y podría suscitar objeción de conciencia médica pues aquí el paciente podría luchar contra la muerte con ciertas posibilidades de éxito pero decidiría no hacerlo implicando de alguna forma al médico en su decisión.

J. Galán: "La valoración ética en caso de enfermos no terminales suscita la objeción de conciencia médica, pero debe tenerse en cuenta que las leyes que comentamos se dirigen a enfermos terminales"

Las leyes que estamos comentando no están dedicadas a este último grupo, sino al de enfermos terminales por los que los posibles inconvenientes de rechazar un tratamiento son menores y en todo caso deben ser respetados debido a que la muerte se presenta como inevitable a corto plazo.



5) La ley aragonesa incluye dentro del derecho de sedación paliativa al "paciente en situación grave e irreversible, terminal o de agonía que padece un sufrimiento refractario tiene derecho a recibir sedación paliativa".

Como la ley andaluza y la navarra, no establece una distinción entre 'sedación paliativa' y 'sedación

terminal o en la agonía'. ¿Considera necesaria una mayor precisión o distinción legal entre distintos supuestos?

Antonio Piga. La sedación paliativa constituye uno de los recursos indispensables en los cuidados terminales. En lo referente a la diferencia entre sedación paliativa o sedación en la agonía, será la clínica y los derechos del paciente y su representante, en colaboración con el paciente quienes determinen la indicación de la conducta más apropiada. Sin embargo debería estar claro que los cuidados paliativos constituyen una especialidad médica y asistencial, que no consiste en proporcionar la muerte antes de tiempo. Por el contrario, los cuidados paliativos constituyen la mejor respuesta sanitaria a las circunstancias dramáticas que llevan a plantearse la eutanasia. Así *Salamagne* escribe que "*prescribir una atención paliativa es optar por lo posible en cuanto a calidad de vida, cuando la palabra curación pierde su sentido*".

A. Piga: "La ley debe garantizar que los cuidados paliativos son una especialidad médica y asistencial, que no consiste en proporcionar la muerte antes de tiempo"

Carmen de la Fuente Hontañón. Efectivamente, el rigor conceptual es necesario para la Lex Artis, La sedación paliativa es una indicación paliativa para una situación concreta, al igual que lo es la sedación terminal, y no son sinónimas. Decir que se tiene derecho a sedación paliativa, es como decir que todo enfermo que tiene fiebre y tos tiene derecho a tomar antibióticos, cuando muchas veces esos síntomas no tienen origen bacteriano sino vírico, y se incurre en una mala praxis.

C. Hontañón: "El rigor conceptual es necesario para la lex artis, no es lo mismo sedación paliativa que sedación terminal"

Teresa Alfonso. La terminología citada "tiene derecho a recibir sedación paliativa", parece totalmente inocente, pero su significación puede resultar perversa. Así pues no está claro si en el espíritu de la ley lo que se trata de "sedar" es solamente el dolor o todos los

síntomas que producen disconfort, y todas las necesidades que solo puede atender un equipo pluridisciplinario especializado, que incluya atención médica, de enfermería, religiosa, de asistencia social y voluntariado. **Realmente SÍ es necesaria una mayor distinción legal entre distintos supuestos de sedación, pero sobre todo a partir de una clara y detallada definición de los objetivos y campo de acción de la ley.**

T. Alfonso: “El derecho a sedación paliativa parece totalmente inocente pero su significación puede ser perversa. Es necesario su precisión legal”

José María Galán. Por definición, la sedación debe ser una técnica que disminuya la conciencia del paciente pero de forma reversible. Se utiliza en otros campos de la Medicina, por ejemplo en ciertas exploraciones endoscópicas y en intervenciones quirúrgicas. En la Medicina Paliativa también se usa con la misma intención de posible reversibilidad pero es cierto que existen circunstancias en las que esta reversibilidad es de hecho improbable; por ejemplo, en la fase de agonía o cuando se presenta un síntoma incontrolado y refractario a otros tratamientos que no tiene otra posibilidad de ser controlado que una sedación continua.

J. Galán: “El problema de la sedación no está en el apellido, sino en el objetivo perseguido, que debe buscar resultados médicamente correctos”

El problema de la sedación no está en el apellido sino en que el objetivo, la forma de realizarla y los resultados esperados sean médicamente correctos. Una sedación mal intencionada o mal realizada desde el punto de vista técnico y que provoque la muerte equivale a eutanasia, entendida ésta como homicidio. Por otra parte, una sedación impuesta y no consentida, aunque no precipite la muerte, es también un problema de maltrato punible por la ley. **El requisito esencial para realizar una sedación es que ésta se indique correctamente por un médico y esto ocurre cuando se da un síntoma refractario, es decir que no cede a otros tratamientos, y que provoca un sufrimiento insoportable en el paciente. Debe existir una solicitud por propia iniciativa del enfermo o una aceptación del paciente a la oferta de un médico, una verificación médica de su correcta indicación, un con-**

sentimiento informado otorgado por alguna de las diversas vías que ya prevé la ley y una correcta aplicación evaluando continuamente sus efectos a fin de que sea efectiva y a la vez se evite un exceso de medicación y la no deseada precipitación de la muerte. En puridad, la sedación bien realizada no debe acelerar la muerte y por ello no es punible por la ley. Otra cuestión es que entre los riesgos de la sedación se encuentre como posibilidad indeseada más o menos remota que se dé una precipitación no deseada de la muerte. Este riesgo debe ser asumido por el paciente que consiente a esta técnica o por sus representantes en el caso en que éstos sean quienes tomen la decisión por delegación o por incapacidad del propio interesado. El riesgo de muerte se da ante muchas otras actuaciones médicas y no por ello se dejan de realizar siempre que estén indicadas y tanto la indicación como los riesgos sean aceptados por el paciente.



6) La autonomía de la voluntad del paciente se ha instalado como un derecho casi absoluto en las decisiones de salud convirtiendo en relativos principios bioéticos universales (beneficencia, no maleficencia, dignidad de la persona). ¿Qué juicio le merece ello en el nuevo contexto legislativo?

Antonio Piga. La autonomía de la voluntad del paciente, como todo derecho, tiene límites, es decir que solo se puede plantear dentro de un abanico de opciones y posibilidades. Hablar de derechos en atención sanitaria también implica referirse a las obligaciones que hagan posible hacer efectivos los derechos reconocidos. La realidad es que cuando los pacientes se encuentran bien acompañados y asistidos las peticiones de eutanasia pasiva se hacen sumamente excepcionales.

A. Piga: “La autonomía de la voluntad del paciente, como todo derecho, tiene límites, implica hablar de obligaciones. La realidad es que cuando el paciente se encuentra bien acompañado y asistido, las peticiones de eutanasia pasiva se hacen sumamente excepcionales”.

Carmen de la Fuente Hontañón. La autonomía del paciente, es totalmente relevante en la relación médico-paciente, también contemplada en nuestro Código Deontológico. Una señal de respeto a la dignidad del paciente, por parte del médico, es la escucha atenta de sus valores, preferencias etc. tras una información basada en el estado de la ciencia y en el contexto de su pronóstico, para que pueda decidir o elegir lo que se acomode a sus valores. No es anti ético que un paciente renuncie a un tratamiento específico, como puede ser no querer recibir más sesiones de quimioterapia. Otra cosa es la posibilidad de entrar en conflicto con lo que es la indicación profesional, por ejemplo un paciente con tuberculosis activa que está difundiendo el germen en todo su entorno y se negara a ser tratado, aquí prima el principio de salud pública y será la autoridad penal la encargada de obligarle a tratarse, ya que se contempla como delito contra la salud pública.

C. Hontañón: “No es antiético que un paciente rechace un tratamiento. Observamos, por otra parte, una instrumentación mediática de las sociedades proeutanasicas desde hace siglo y medio”

Otra realidad son las demandas por ejemplo de suicidio asistido, en el marco de la relación médico paciente, buscaremos las causas de ese gran sufrimiento, y buscaremos con el paciente la forma de añadir "vida a los años", hay hechos contrastados científicamente que ponen de manifiesto que estas demandas son para el médico llamadas a explorar áreas de sus pacientes que no ha tenido en cuenta. Otra realidad es la demanda por ejemplo de acortarle la vida con medios farmacológicos, seguiremos manteniendo el marco de relación médico paciente buscaremos y estudiaremos con el fundamento de su demanda, y puede llegar el momento en que hayamos de manifestar que queda fuera de nuestra competencia y hacer profesional lo que nos pide y por tanto se rompe la relación médico paciente.

Observamos toda una instrumentación en los medios de comunicación, de las sociedades pro eutanasicas desde hace siglo y medio fomentando la "auto liberación de vida" en contexto médico. También es interesante la corriente contractualista liberal, que se ven en las líneas editoriales de los medios, donde el hombre

grande o pequeño con defectos (diagnóstico prenatal) (enfermos crónicos) han de desaparecer dado el elevado coste que supone en salud.

Teresa Alfonso. Habrá que analizar cómo se presenta en la nueva ley, pero es obvio que en situación terminal la autonomía de la voluntad del paciente tiene muchas limitaciones y que los cuidados paliativos deben procurar para los pacientes una calidad de vida lo mejor posible. En este sentido la autonomía del paciente depende de las opciones que se le ofrecen. La Ley y los medios asistenciales deberían garantizar el máximo de opciones dentro de lo posible.

T. Alfonso: “La autonomía del paciente terminal tiene muchas limitaciones, pero la Ley y los medios asistenciales deben garantizar el máximo de opciones dentro de lo posible”

José María Galán. Es necesario precisar que la voluntad del paciente plenamente capaz o mentalmente competente no es exactamente un derecho absoluto. Está y va a seguir estando limitada por el ordenamiento jurídico ya que vivimos en sociedad. No obstante es importante señalar que en las decisiones de salud el paciente tiene derecho a una libertad especial porque atañen a su propia integridad personal y a su propia intimidad que son dos derechos fundamentales, al igual que lo son el derecho a la vida y a la libertad.

Límites claros a la voluntad del paciente son la petición a otros de que realicen o le ayuden a hacer daño o a acabar con su vida; la solicitud de medios o recursos injustificables desde el punto de vista médico por estar contraindicados y ser dañinos; o injustificables, desde el punto de vista social, por no estar disponibles por el sistema de salud público.

J. Galán: “La autonomía del paciente no es un derecho absoluto, está limitada por su capacidad de decisión, y por otros derechos fundamentales. Una cultura basada en valores individuales pone en peligro la justa distribución de los recursos”

Un peligro del excesivo subrayado de la autonomía como valor cuasi absoluto es dejar en un segundo plano la dimensión social del individuo. Esa que nos llama a solidarizarnos con el enfermo que sufre para sostenerle y ayudarle en su dolor. Una cultura sólo basada en los valores individuales pone en peligro una justa distribución de los recursos sanitarios, que pueden llegar a entenderse como un problema privado y negarse su disponibilidad por el conjunto de los ciudadanos. Esta concepción se da en países que destacan lo individual sobre lo colectivo y por ello niegan un derecho a la asistencia sanitaria de carácter universal.



7) La ley andaluza abrió un nuevo escenario a raíz del caso 'Inmaculada Echevarría', de tal modo que su imprecisión normativa permite la retirada o no instauración del soporte vital cuando exista un mal pronóstico de vida futura. ¿Se trata de una vía de escape legal para la eutanasia?

Antonio Piga. Existe una diferencia sustancial entre la retirada y la no instauración de un soporte vital necesario para la vida. El caso de Ramón Sanpedro, a quien tuve la ocasión de conocer personalmente, es uno de los rarísimos casos en los que se plantea con toda su gravedad el dilema de la eutanasia en Medicina. Sin embargo este caso, excepcional, y muy pocos más, no deben convertirse en ejes para promulgar leyes que por sus consecuencias irremediabiles socaven la confianza de los enfermos más graves en las instituciones médicas. Los enfermos tienen que saber que se superarán los obstáculos para que tengan una buena calidad de vida en su última fase vital.

A. Piga: "Casos como el de Ramón Sanpedro plantean con toda su gravedad el dilema de la eutanasia, pero no pueden servir de eje de leyes que socaven la confianza de pacientes"

Carmen de la Fuente Hontañón. El caso de "Inmaculada Echevarría", tuvo un contexto mediático promovido por sociedades pro eutanásicas que ha

dado lugar a la confusión. Pero desde el punto de vista ético, la retirada del respirador, en este caso, no fue un acto eutanásico. La paciente estaba en una situación terminal desde hacía años, sus pulmones realizaban su función por medio de un medio artificial que es un respirador.

La enfermedad de base es mortal de necesidad, no entramos a valorar si la paciente quería "matarse" o "morir por la evolución de su enfermedad", aunque el acto externamente sea el mismo el juicio moral, lo marca la intención del peticionario, así se define eutanasia que debe incluir exclusivamente la acción u omisión, directa e intencionada, encaminada a provocar la muerte de una persona que padece una enfermedad avanzada o terminal, a petición expresa y reiterada de ésta." Nótese la importancia que tiene la intención de provocar la muerte, para que se pueda hablar verdaderamente de eutanasia. Por otra parte la técnica médica ha avanzado notablemente y se pueden encontrar medidas para sacar adelante a personas, o para mantener o prolongar su vida durante bastante tiempo.

La contrapartida es que, en ocasiones, las medidas que se adoptan pueden resultar muy duras para el propio paciente. ¿Es necesario prolongar el tiempo de vida a cualquier precio?. La ética médica y la bioética enmarcan estas situaciones dentro del concepto de limitación del esfuerzo terapéutico. Éticamente es bueno limitar las medidas que se toman para mantener la vida, no sólo cuando se trata de medidas fútiles, sino también cuando resultan excesivamente onerosas o desproporcionadas para la situación del paciente concreto. Es muy importante hacer esta distinción entre eutanasia y limitación del esfuerzo terapéutico. Se trata de la diferencia entre intención de provocar la muerte y admisión de nuestra limitación ante la enfermedad.

C. Hontañón: "Caso Inmaculada Echevarría / No creo que estemos ante un caso de eutanasia, podría encuadrarse en el de limitación del esfuerzo terapéutico"

Inmaculada Echevarría es una enferma de distrofia muscular, que a lo largo de los últimos años ha visto cómo ha ido perdiendo movilidad, hasta el punto de que le haya sido imposible respirar y se le practicara

una traqueotomía instalándole un respirador mecánico. Su voz se alzó, manifestando su desesperación y su deseo de acabar la vida. ¿Pedía que se le aplique un acto de eutanasia? Las noticias sobre lo que dijo esta persona son confusas. Visto con los datos que tenemos, no parece que se trate necesariamente de un caso de eutanasia. Si está pidiendo que se le mate, entonces sí. **Pero si lo que pide es que se le quite el respirador porque no lo aguanta más,** podríamos estar ante **un caso de limitación del esfuerzo terapéutico** por aplicar una medida que física y psicológicamente puede ser muy dura. Si quitándole el respirador, con una sedación previa para que no sufriera, su cuerpo no respondiese y muriese, **la causa de su muerte sería la distrofia muscular** que tiene, pero no que se la haya matado.

Teresa Alfonso. Depende de los casos. En todo caso una ley que como en la que nos ocupa, deja un margen tan amplio para la interpretación de su aplicación que puede llegar a legitimar la eutanasia, lo que sería sumamente perversa y perjudicial.

T. Alfonso: “La ley no debe dejar un margen tan amplio que legitime la eutanasia”

José María Galán. No. El caso de la señora Inmaculada Echevarría no fue de Limitación de Esfuerzo terapéutico, que es una actuación indicada por un médico, sino de rechazo a tratamiento que corresponde tomar a los pacientes. En principio la ley andaluza, al igual que la ley básica de Autonomía del paciente 41/2002, afirma que una persona mayor de edad y capaz puede rechazar un tratamiento salvo por motivos de salud pública en cuyo caso no se aplicaría este derecho. Esto significa, que nadie está obligado a aceptar un tratamiento que no desea pudiendo por lo tanto rechazarlo y que se tiene también el derecho a interrumpirlo aunque haya sido iniciado.

J. Galán: “Los límites del caso I. Echevarría fueron complejos. Considero que no fue limitación de esfuerzo terapéutico, sino de rechazo de tratamiento, decisión que corresponde al paciente”

En el caso de un paciente que no está en situación terminal y con posibilidades de seguir viviendo gracias al tratamiento médico, si éste rechaza medios vitales puede surgir la duda de si lo que se está produciendo es un intento de suicidio por omisión. En este caso pudieran darse supuestos de objeción de conciencia de profesionales que no desean participar en el cuidado de este enfermo al que consideran irresponsable e incluso, según se interprete el actual Código Penal, podría darse una actuación judicial contra el médico por entenderse que actúa por acción o comisión por omisión provocando la muerte del paciente al retirar o no instaurar medios que le mantendrían en vida con perspectivas iniciales de éxito. Esta interpretación del Código Penal se pretende encauzar en las leyes que estamos comentando dejando claro que la voluntad del paciente de rechazar un tratamiento exime al médico de su responsabilidad de actuar como garante de ofrecer los medios que puedan continuar la vida y atender la salud.

J. Galán: La retirada o no instauración de medios vitales puede dar lugar a una actuación judicial por delito de acción u omisión, por lo que la ley debería garantizar indemnidad si el profesional actúa por voluntad del paciente”

Si el paciente pidiera al médico medios para finalizar su vida se entraría en el supuesto de una ayuda al suicidio penalizado por la ley. Aquí no cabría, legalmente, sino denegar la ayuda al paciente que desea morir al igual que si la petición es que sea el propio médico quien provoque su muerte lo que está penado como homicidio. Esto puede legalmente cambiarse si se modifica el Código Penal, como ha ocurrido en Holanda, en Suiza o en Bélgica, pero entiendo que no a través de una ley como la que propugna actualmente el gobierno.

En el caso de enfermos terminales, como pudo ser valorado el de la señora Inmaculada Echevarría, no considero prudente pensar que haya que exigir al paciente, desde instancias sociales, que deba asumir todos los recursos posibles médicamente cuando su situación está abocada a un proceso irreversible, sin tratamiento específico, de curso progresivo y lentamente invalidante por completo hasta llegar el momento de morir a pesar de aplicarle medios de soporte vital

que sólo prolongarían una penosa y onerosa existencia desde la perspectiva de la interesada. El coste en sufrimiento humano, un dato principal, y secundariamente el coste de carácter económico del tratamiento vital que la mantenía, ciertamente fue muy alto y sin perspectivas de sacar a la paciente hacia una situación de mejoría clínica sino de mantenerla en dependencia de aparatos mecánicos para sobrevivir en una situación para ella muy penosa. Por ello, el tratamiento de soporte ventilatorio en este tipo de casos podría considerarse optativo, por lo que debe ser ofrecido por los médicos pero sería el paciente, si es plenamente capaz y en ejercicio del agere licere, quien debería decidir libremente sobre su futuro.

Aquí no sería aplicable el concepto de limitación de esfuerzo terapéutico ya que éste hace referencia a la retirada o no instauración, de una medida de soporte vital porque a juicio de los profesionales sanitarios implicados, el mal pronóstico del paciente en términos de cantidad y calidad de vida futuras lo convierte en algo fútil y sólo contribuye a prolongar en el tiempo una situación que carece de expectativas razonables de mejoría. El caso Echevarría suponía un pronóstico de cantidad o tiempo de vida positivo pero con el coste de una calidad de vida objetiva y subjetivamente deficiente en el contexto de una enfermedad de base en fase de terminalidad. Es decir, no se cumplen los dos requisitos de mal pronóstico de cantidad y calidad de vida. Por ello, el tratamiento debe ser ofrecido por el médico aunque con carácter optativo ya que puede prolongar el tiempo de vida pero a la vez supone asumir graves cargas al paciente y es éste quien debe decidir si está dispuesto a soportarlas, y con más razón cuando se trata de una enfermedad de base en fase terminal de carácter no oncológico.

Entiendo que la polémica de este caso se dio al considerarlo como un proceso reversible y recuperable, o por pensar que la enfermedad no era progresivamente invalidante o que su pronóstico no era de enfermedad terminal y lo que se pretendía era una muerte prematura o un pseudosuicidio. Ciertamente los límites del caso fueron complejos y no es extraño que la opinión pública los interpretara por diferentes vías y desde diferentes perspectivas. La ley sí que debería aportar seguridad a la actuación médica en casos similares. No estoy convencido de que las promulgadas hasta ahora o la que se prepara, lo consigan plenamente

puesto que existen elementos relacionados con la ley penal que entiendo que no son modificables sin modificar el Código Penal español y aclarar la función de garante sobre los medios que ayudan a la vida que la ley otorga a los profesionales sanitarios.



8) En el contexto internacional existen diferentes regulaciones sobre derechos del enfermo al final de la vida, siendo muy excepcional la de la eutanasia (Holanda, Bélgica). La ley francesa parece ser más garantista. El Consejo de Europa y el Parlamento Europeo han declarado que el deseo de morir no genera un derecho legal del paciente ni una justificación jurídica para que un tercero practique la eutanasia. ¿Considera rechazable la eutanasia? ¿Por qué?

Antonio Piga. La legalización de la eutanasia en Holanda se ha seguido de la evaluación de si su aplicación se ha venido llevando a cabo conforme a lo establecido por la Ley. Pues bien, se han comprobado numerosas infracciones y omisiones que, por motivos obvios, no han podido corregirse ni han tenido remedio.

Además, la legalización de la eutanasia se ha acompañado de un extraordinario aumento del número de casos de pacientes tributarios de la misma, que, analizados, han demostrado que esta práctica se convierte en una cómoda y rápida "solución" de casos que en su inmensa mayoría tienen su respuesta en la humanización de la asistencia terminal y en los cuidados paliativos como atención multidisciplinaria especializada.

A. Piga: "En Holanda se han comprobado numerosas infracciones y omisiones que, por motivos obvios, no han podido corregirse ni han tenido remedio"

Carmen de la Fuente Hontañón. Dentro de las competencias profesionales derivadas de la identidad profesional de la profesión médica, con más de 6000

años de existencia, tiene como finalidad la asistencia preventiva, curativa, rehabilitadora y paliativa de ayuda, en un contexto personal de relación médico paciente.

Esta relación y finalidad se rompe con la eutanasia, dejaríamos de ser médicos.

C. Hontañón: “La AMM rechaza la eutanasia, lo que no impide al médico respetar el deseo del paciente de dejar que el proceso natural de la muerte siga su curso”

La *Asociación Médica Mundial*, formada por las agrupaciones de Médicos del mundo entero excepto las agrupaciones que han renunciado a su identidad como por ejemplo Holanda cuando el Colegio médico amparó la eutanasia, definen la eutanasia en su 39ª *Asamblea Médica Mundial*, Madrid, España, octubre 1987:

"La eutanasia, es decir, el acto deliberado de poner fin a la vida de un paciente, aunque sea por voluntad propia o a petición de sus familiares, es contraria a la ética. Ello no impide al médico respetar el deseo del paciente de dejar que el proceso natural de la muerte siga su curso en la fase terminal de su enfermedad."

Teresa Alfonso. La eutanasia es, a priori y con carácter general, totalmente rechazable.

José María Galán. Sí, rechazo el que unos seres humanos eliminen a otros aunque sea a petición de las víctimas pero comprendo que el miedo, el sufrimiento intenso o la pérdida de sentido vital puedan empujar a algunas personas a solicitarlo. Creo que la respuesta no debe ser la ejecución de sus deseos sino la de luchar contra las causas que originan esta experiencia vital desbordante para que puedan vivirse de una forma suficientemente tolerable.

Respetarnos la vida es algo tan básico que no hacerlo nos podrían en una situación de vulnerabilidad peligrosa ante otros y supondría un deterioro de los fundamentos esenciales donde basamos la convivencia.

9) Los cuidados paliativos inciden en derechos esenciales de salud (integridad física y moral, dignidad y autonomía del paciente...) ¿Considera necesario su regulación por ley?

Antonio Piga. Sí. Dado que cualquier abuso o falta profesional no puede ser denunciado por la propia víctima, personalmente indefensa, a menudo jurídicamente incapaz y, al cabo de poco tiempo, fallecida. En estos casos, la ley debe aportar una protección especial a estas personas.

A. Piga: “La ley debe aportar una protección especial al paciente, para evitar abusos o faltas profesionales, sobre todo en los casos de incapacidad para la toma de decisiones”

Carmen de la Fuente Hontañón. Los cuidados paliativos forman parte de la terapéutica de las enfermedades crónicas o terminales. Conceptualmente una indicación médica no tiene sentido y entra en conflicto de competencias, que se regule por Ley.

Otra cosa es dotar por medio de las diferentes modalidades de la Administración del Estado, por ejemplo una Secretaría de Estado para impulsar, coordinar, proveer de recursos económicos etc. para que todo ciudadano según se recoge en la Ley de Autonomía del Paciente, reciba los medios y atenciones que su estado se merece. La calidad humana de una sociedad se manifiesta en la atención a los más débiles.

C. Hontañón: “Conceptualmente, la indicación médica no se puede legislar, ya que su regulación corresponde a los Colegios profesionales, lo que no impide regular dotación y recursos”

Teresa Alfonso. La regulación de los cuidados paliativos es necesaria, del mismo modo que en su día lo fue la de la asistencia psiquiátrica.

T. Alfonso: “La regulación de los cuidados paliativos es necesaria, del mismo modo que en su día lo fue la asistencia psiquiátrica”

José María Galán. Es evidente que cualquier derecho esencial debe estar explícitamente respaldado por la ley. En el caso de los Cuidados Paliativos podemos entender que la mayoría de los derechos que se proponen en las nuevas legislaciones están ya recogidos en otras anteriores como la ley 41/2002 o la Ley General de Sanidad y sus respectivas réplicas autonómicas. Por lo tanto, no son, en su mayoría, unos derechos realmente novedosos pues en su mayor parte son los que ya rigen para toda la asistencia sanitaria, incluidos los Cuidados Paliativos.

Quizás el aspecto más ventajoso de las nuevas leyes es la declaración de que verdaderamente tenemos derecho a que se atienda a la población con competencia profesional de excelencia en la fase final de la vida y, por ello y sobre todo, teniendo en cuenta los deseos, valores y creencias personales de forma que no se realicen maltratos en un periodo vital de suma vulnerabilidad, ni por falta de asistencia o abandono, ni con la mala práctica que en ocasiones se produce a consecuencia de un muy mal entendido celo profesional por mantener al paciente en vida cuando realmente no hay ya posibilidades razonables de supervivencia.

No deja de sorprenderme que haya que recordarles a los profesionales de la salud mediante leyes positivas que han de aliviar el sufrimiento de los enfermos en situación terminal, cuando ésta es una de nuestras principales obligaciones. Sin embargo y, lamentablemente, hemos de reconocer que no todos los profesionales saben cómo aliviarlas y, peor aún, que muchos no están dispuestos a hacerlo. Algo falla en los Centros de formación universitaria y de postgrado cuando esta obligación tan primaria no se termina de asumir. En este caso, la sociedad, mediante una ley puede despertar la conciencia profesional.

J, Galán: “El desarrollo de recursos en Cuidados Paliativos no está en manos de profesionales, sino de los políticos”

Por otra parte, no olvidemos que en España los recursos disponibles para desarrollar los Cuidados Paliativos no están en manos de los profesionales sino de los políticos y son éstos al final quienes deben garantizarlos, en nombre de la sociedad, sobre todo en situaciones de tanta trascendencia.

Por todo lo anterior una ventaja, quizás la principal, de estas leyes es que no sólo obligan a los profesionales, sino que también obligan a los políticos a favor de una digna asistencia en Cuidados Paliativos para todos.



10) En caso afirmativo, ¿Qué garantías básicas debería abordar ésta? (consentimiento en la sedación individualizada para cada situación y paciente, procedimiento específico de retirada de soporte vital, objeción de conciencia, otras).

Antonio Piga. Las garantías básicas que debería abordar esta regulación se deberían referir a garantizar a todos los pacientes terminales una atención correcta, tanto a domicilio como ingresados. Esta atención debería ser de gran calidad médica, asistencial y humana, y atender a las necesidades del paciente, pero también a los de sus familiares más próximos.

En el marco de esta atención el consentimiento informado del paciente o de su representante, en caso de incapacidad, constituye un aspecto más a garantizar.

En cuanto a la objeción de conciencia es obvio que debe quedar garantizada.

Carmen de la Fuente Hontañón. El acto médico en su fin y medios nunca atenta contra la vida del paciente. En nuestro estado de derecho la protección de la dignidad de los pacientes en fase terminal, viene perfectamente recogida en la Ley 41/2002.

Teresa Alfonso. Las garantías básicas que debería regular la ley de los cuidados paliativos se refieren a la protección efectiva de los derechos de los pacientes en la última fase de su existencia, a hacer posible la aten-

ción por sus seres queridos y a las obligaciones del personal asistencial y de las instituciones en estos casos. Evidentemente cuando lo que se solicita del personal asistencial va en contra de su conciencia o de su ciencia, la objeción debe ser respetada.

José María Galán. Algunas garantías, no las únicas, que me parece importante aquilatar son:

-Definición precisa de situación de enfermedad terminal, pues tratar como enfermo terminal a otro que no lo es, pone en peligro una correcta asistencia que en el primer caso iría más orientada a lograr el alivio del sufrimiento y en el segundo más a la pro-longación de la vida.

-Definir bien las condiciones legales y la *lex artis* de aplicación de la sedación paliativa, sea o no en el periodo de agonía, para evitar mala práctica y homicidios encubiertos.

-Incorporar explícitamente elementos y referencias de las leyes penales a estas leyes de salud en

Cuidados Paliativos, sobre todo en cuanto a implicaciones respecto a sedación, limitación de esfuerzo terapéutico y a rechazo de tratamiento. Pienso que esto otorgaría seguridad jurídica a la práctica profesional.

-Si centramos el debate en el enfermo terminal y la regulación de las cuestiones más sensibles se realiza de manera adecuada entiendo que no habría necesidad de incorporar una mención a la posibilidad de objeción de conciencia profesional.

Tampoco debemos olvidar que el profesional podría retirarse de un caso si estima una pérdida de confianza por parte del paciente que no atienda sus recomendaciones, asegurando la asistencia por otro profesional que esté dispuesto a asumirla.

Esta prerrogativa recogida en el Código de Ética y Deontología Médica implica que el médico también puede retirarse en ciertas condiciones y este derecho debería ser mantenido para respetar la dignidad profesional y moral de los agentes sanitarios.

 *Otros documentos de interés en ADS:*

- ADS n° 181 / abril 2011, pág. 308. *Aproximación a las leyes aragonesa y navarra de dignidad en el proceso de la muerte.* Iñigo Barreda.
- ADS n° 181 / abril 2011, pág. 307. ARAGÓN. LEY 10/2011 de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte.
- ADS n° 181 / abril 2011, pág. 319. NAVARRA. LEY FORAL 8/2011 de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte.
- ADS n° 171 /2010, págs. 426 (análisis) y 428 (texto legal). Ley 2/2010, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte de Andalucía
- ADS n° 162 / julio - agosto 2009. Murcia / Ley de derechos y deberes en salud.
- ADS n° 152 / septiembre 2008, pág. 605. *Contribución al debate sobre nuevas legislaciones despenalizadoras de supuestos del aborto, sobre atención de enfermos en situación terminal y sobre eutanasia.*
- ADS n° 111 / dic. 2004, pág. 935. *La Ley francesa relativa a "los derechos de los enfermos al final de su vida".* A. PIGA. M^a TERESA ALFONSO.
- ADS n° 90 / enero 2003, pág. 86. *Ley de Voluntades Anticipadas del País Vasco.*
- ADS n° 83 / mayo 2002, pág. 422. Navarra / Ley de Derechos del Paciente a las Voluntades Anticipadas y la Información Clínica.