

Reflexiones sobre los derechos de las personas al final de la vida

ANTONIO PIGA RIVERO - M^a TERESA ALFONSO GALÁN

Profesor emérito de la Universidad de Alcalá, Madrid
Miembro del Consejo Editorial de
Actualidad del Derecho Sanitario
antonio.piga@uah.es

Profesora de Legislación y Deontología Farmacéutica
Facultad de Medicina
Universidad de Alcalá
mteresa.alfonso@uah.es

Los autores destacan en este artículo algunos aspectos que el Legislador debería tener en cuenta a la hora de regular la asistencia médica al final de la vida. La dignidad de la asistencia, el dolor y el sufrimiento son conceptos que pueden tener sentidos y significados distintos dependiendo de cómo y dónde se padece una enfermedad terminal, pero la evolución del Derecho y la Medicina permiten asegurar unos cuidados asistenciales mínimos dentro de valores constitucionales universalmente aceptados y del principio médico 'primum non nocere'. Para los autores, el dolor es técnicamente controlable, no así el sufrimiento interior de la persona en los momentos finales de su vida, que precisa de otra 'atención', y la religiosa y espiritual son la medicina del alma. La asistencia terminal a domicilio, la adaptación al estado de lucidez del paciente y la garantía de un trato afectivamente lo mejor posible son otras cuestiones que merecen el comentario de estos expertos.

ADS ha considerado que estas reflexiones son muy pertinentes para apreciar debidamente cualquier regulación legal de los derechos de las personas al final de la vida.

La responsabilidad del personal médico y sanitario en garantizar el respeto de los derechos de los enfermos, muy especialmente en la fase final de la vida emana de la gran importancia y fragilidad de la salud terminal como valor, de la vulnerabilidad de estos pacientes y del gran desequilibrio que existe entre la situación anímica de éstos y la de los profesionales que los atienden.

El desequilibrio, entre la situación del enfermo y la de sus cuidadores es extremo en el caso del paciente terminal, ya que en él las funciones fisiológicas están precariamente mantenidas o en franco fracaso, de modo que la vida se escapa y la esperanza de curación no existe.

La asistencia profesional institucional a quien está en trance de muerte ha progresado tanto co-

mo cualquier otra rama de la medicina, pero institucionalmente puede existir la tentación de escatimar los recursos y atenciones necesarias para estos pacientes con el argumento de que obnubilando farmacológicamente al enfermo se le ahorran padecimientos y que finalmente los esfuerzos no se verán recompensados por la curación o mejoría, lo que es falso pues el proceso final de la vida es tan importante como el nacimiento o la reproducción. Es cierto que nuestra sociedad, con un afán hedonista, cierra los ojos a la educación en saber morir, pero esta falta de preparación hace aún más importante la actuación profesional y los servicios asistenciales al final de la vida.

En el apartado 1 del artículo 10 de la Constitución Española, el primer derecho fundamental que figura es "la dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes (...)". Pues bien, la asistencia al final de la vida ha de asegurar que este tránsito se lleve a cabo con dignidad, sin miedo, sin dolores, sin ansiedad, sin disnea (tan angustiosa para el enfermo como para quien le acom-

paña), sin úlceras de decúbito, con una buena higiene corporal y con una alimentación adecuada al estado del paciente.

Al ser el sistema sanitario el ambiente más importante en las circunstancias del paciente terminal suele éste tener que canalizar u orientar además de los sanitarios aspectos no estrictamente médicos como el facilitar la acreditación de la lucidez suficiente del paciente para realizar disposiciones testamentarias u otras de Derecho civil, autorizar donaciones de órganos o tejidos, expresiones anticipadas sobre los límites de la asistencia cuando ya no se puede otorgar el consentimiento informado, sobre la persona concreta en quien se delega esta capacidad, sobre si se desea recibir asistencia religiosa, y raramente por el propio paciente terminal las últimas voluntades concernientes a los funerales, enterramiento o cremación.

Las palabras, su significado

En las proposiciones de ley sobre el final de la vida hay muchos aspectos sobre los que todos los partidos políticos con representación parlamentaria estarán de acuerdo pero hay otros en los que las diferencias son irreconciliables.

En los cuidados al final de la vida uno de estos aspectos sobre los que hay desacuerdos radicales es la legalidad y moralidad de la eutanasia, otro la regulación de la suspensión de medidas de respiración asistida en casos prolongados cuando no se reúnen las condiciones para diagnosticar la muerte cerebral, otros el margen de decisión del paciente en situación terminal o de un representante en suspender medidas terapéuticas o de alimentación o hidratación.

Sin pretender desarrollar todos estos aspectos sí procede comentar que las distintas ideologías políticas tienen sus modelos de sociedad que para expresarlos y promocionarlos utilizan palabras características que los definen. A veces son términos nuevos y originales pero más frecuentemente son palabras ya existentes.

Esta es una de las causas de la evolución de los significados de las palabras, además de la necesidad de hacerlas servir para las necesidades de los cambios tecnológicos, sociales y morales. Así, en el libro de STEPHEN ULLMAN, 'Semantics' (*Editorial Oxford, UK, 1967*), se cita que MARCEL CAMUS ha afirmado que el lenguaje refleja el ensimismamiento de las personas cuando escribe: "Se trata de saber si incluso nuestras palabras más justas (...) no están desprovistas de sentido (...)"; y que VOLTAIRE abundaba en esta idea: "No hay ninguna lengua completa, ninguna que pueda expresar todas nuestras ideas y todas nuestras sensaciones".

La palabra dignidad etimológicamente procede del latín *dignum*, que merece algo, y *dignitatum*, calidad de digno, y por ello se emplea para denotar la excelencia, el mérito y la alta jerarquía o función. Sin embargo, muy justamente la dignidad humana ha adquirido una significación ontológica que hace a todas las personas dignas, independientemente de su comportamiento, y con ello se llega a poder defender que una muerte con sufrimiento podría ser una muerte en condiciones indignas, o todo lo contrario, que en otras condiciones subjetivas alcanzaría la máxima dignidad.

El dolor y el sufrimiento, diferencias

Otro término que es polisémico es 'sufrimiento'. Quien tiene fuertes dolores sufre, pero hoy en día la terapia del dolor cuenta con recursos que sabiamente utilizados resultan muy efectivos. Pero las causas y características del sufrimiento exceden con mucho a las del dolor; además dolor y sufrimiento, aunque están relacionados son distintos.

El dolor es un síntoma localizado en una parte o estructura del cuerpo, aunque pueda estar irradiado y es un síntoma biológico aunque tenga repercusiones psicológicas y pueda desesperar a quien lo sufre.

El sufrimiento es psicológico y afecta a toda la personalidad. Cuando una persona está en trance de muerte todo su entorno afectivo padece un sufrimiento moral que solo se sublimará con el

amor, el perdón de sus posibles faltas, y hallando el sentido de la existencia con la aceptación de la muerte. A menudo el enfermo terminal desea la llegada de la muerte no sólo para dejar de sufrir él, sino también para que puedan normalizar su vida las personas más unidas afectivamente a él y que no pueden dejar de penar y de esforzarse por atenderle.

Como se lee en el libro de S. B. NULAND, 'Cómo morimos' (*Alianza Editorial*, 1993) uno de los problemas que suele ser común para los familiares más próximos del paciente al final de la vida, sobre todo si está en su domicilio, es que el empeoramiento de su estado les ha cogido desprevenidos y no saben cómo afrontar los múltiples problemas de la asistencia a una persona en fase terminal.

Alternativamente el problema puede surgir cuando el paciente incurable está ingresado en un servicio hospitalario de pacientes con procesos agudos médicos o quirúrgicos y recibe el alta ya desahuciado, con lo que su familia ha de asegurarse de que pueda ser trasladado a un servicio de cuidados paliativos a pacientes terminales si no puede ser atendido en su domicilio. Esto puede ser problemático y causante de conflictos en el hospital si la asistencia social de éste no resuelve a dónde trasladar al paciente.

La asistencia terminal a domicilio

Un aspecto muy importante de la asistencia a pacientes desahuciados, pero en una situación en la que pueden aún vivir varias semanas o meses debidamente atendidos, es el valorar si pueden estar en un domicilio o si han de permanecer en un servicio de asistencia terminal.

Si la opción elegida es la asistencia terminal domiciliaria será indispensable que la familia del paciente se asegure de que podrá resolver los problemas que se citan, que en algunos casos pueden incluir lo siguiente:

- habilitar una habitación para el paciente, por lo que se retirarán todos los muebles u objetos que

sean inútiles para su asistencia y que puedan obstaculizar la prestación de cuidados.

- Podrán ser necesarios una cama articulada, una mesilla para paciente encamado, una alarma, una lámpara, dos sillas, recipientes para heces y orina, una silla de ruedas, un porta sueros, un monitor, respirador automático, etc.

Naturalmente todo este mobiliario se definirá en sus características técnicas y se obtendrá siguiendo instrucciones del equipo sanitario que vaya a asegurar la continuidad asistencial de médico, enfermera y auxiliares a domicilio.

Si el domicilio no reúne las condiciones necesarias o si no hay algún familiar que pueda estar disponible no será posible plantearse la prestación de cuidados a domicilio, aunque a veces el paciente ha dejado instrucciones para ser trasladado a su domicilio cuando ya no haya esperanza. Esto se plantea cuando el paciente desea ser enterrado en su pueblo y cuando la familia no puede pagar gastos del embalsamamiento y traslado del cadáver.

Un ejemplo de institución que en España puede dar esta asistencia a domicilio es la de los religiosos de San Camilo, que cuentan con personal y medios para organizarla y garantizarla aunque puede llegar a resultar muy costosa.

Sobre el deber de actuar con el consentimiento informado del paciente o de un representante y teniendo en cuenta, si existe, una declaración de instrucciones previas que habrá que recuperar del archivo correspondiente para respetar sus prescripciones, salvo que hayan sido revocadas.

La actitud de los allegados del paciente

Con cierta frecuencia los más allegados y afectados visitantes de un paciente grave o moribundo manifiestan que frente a él no saben qué decir o de qué hablar, ya que tienen miedo de que las ideas que acuden a su imaginación delaten la gravedad del caso. En este caso hay que aconsejarles que, por ejemplo, comiencen interesándose

se por el estado del paciente y le pregunten si está o no en una postura cómoda, si tiene dolores, sed, frío o calor, y si necesita algo que el visitante pueda solventar, y deben escuchar atentamente a lo que el paciente pueda desear o decir. El paciente puede interesarse por las personas a las que más quiere o por el propio visitante pudiendo evocar proyectos que ya no se podrán realizar.

Así, la conversación adquirirá un curso emotivo pero natural. Pero tampoco hay que temer al silencio, pues la compañía y el afecto sinceros son una de las necesidades de estos pacientes.

Según una frase de GOETHE solo conocemos lo que amamos, y el conocimiento es tanto más completo cuanto mayor es el amor, y continúa P. LERCH (en 'La estructura de la personalidad', *Editorial Scientia, Barcelona, 1962*) que "la existencia en su propio sentido no le es dada al hombre, sino que le es encomendada, por ello el ser humano se siente impulsado a trascenderse más allá de sí mismo".

Y añade Lerch que "el amor es una tendencia a trascender la estrechez del yo y el horizonte de tiempo como algo efímero en la búsqueda de un absoluto a través del impulso creador, del instinto artístico, de la solidaridad y de la realidad metafísica en la que se percibe el ser absoluto, que está más allá de la finitud, contingencia y fugacidad".

En este sentido, la búsqueda de Dios es un anhelo de lo eterno al que se refiere SAN AGUSTÍN en sus *Confesiones*: "Quien conoce la verdad conoce la eternidad. El amor la conoce, ¡Oh eterna verdad, verdadero amor, amable eternidad!. Tú eres ésto, Tú Dios mío; te respiro noche y día".

Dice KANT: "Debí renunciar al saber para dejar lugar a la fe", con lo que expresa que cuando uno se mueve entre la filosofía y la religión se acaba transfiriendo a esta última la interrogación sobre lo absoluto, ya que es en la religión donde la tendencia humana a la trascendencia halla su horizonte.

Esto no se contradice con el hecho de que muchas personas se conforman con vivir las tenden-

cias de su vitalidad biológica individual, pero en conjunto se puede afirmar que "en el hombre palpita una insatisfacción que rebasa la esfera de la vitalidad del yo individual".

Consentimiento y cuidados ordinarios

La situación psicológica del paciente que ha sido advertido de estar desahuciado suele ser oscilante y estar muy influenciada por el efecto de sus expectativas, situación afectiva, religiosidad, medicación, sobre todo sedante, o tranquilizante, etc.

Así, el paciente y también la familia pueden vivir la noticia infausta con desesperación pero poco después, observando cómo se organizan los cuidados terminales pueden recuperar alguna confianza, quizás de mejoría o de ganar tiempo de supervivencia.

En todo caso es muy común que el paciente y su familia para otorgar su consentimiento informado a la asistencia paliativa propuesta pidan al médico responsable de la asistencia primero información sobre las opciones que existen y sobre las posibilidades, ventajas e inconvenientes de cada una.

En este sentido se puede recordar que en pacientes en situación terminal hay que garantizar los cuidados ordinarios de supervivencia, como analgesia, reposo, oxigenación, higiene, nutrición, hidratación y prevención de complicaciones, pero que los cuidados extraordinarios van quedando como descartables en función de su balance beneficio/agresión. En todo caso el encarnizamiento terapéutico por definición queda proscrito en la fase terminal por inútil, inadecuado y perjudicial.

En algunos casos la persona en trance de muerte puede solicitar que se le preste una asistencia que le permita ganar algún tiempo en estado de lucidez para poder arreglar asuntos personales, jurídicos o despedirse de algún ausente, a costa de algunos dolores y sufrimientos o de que se produzca un empeoramiento más rápido después.

La asistencia religiosa

Por último hay que mencionar la asistencia religiosa, que suele ser muy tranquilizante del enfermo terminal y su familia si son creyentes. En los hospitales españoles se puede pedir la asistencia de un sacerdote católico. En pacientes de otras religiones sus familiares o asociaciones de miembros de su confesión tendrán acceso libre al paciente hospitalizado para prestarle ayuda espiritual.

Un libro que trata del tema de la vida después de la muerte desde diversas perspectivas culturales, religiosas, y filosóficas es el editado por A. TOYNBEE y A. KOESTLER, titulado 'La vida después de la muerte' (EDHASA, Barcelona, 1972).

Sobre las prescripciones de las principales confesiones religiosas y tradiciones culturales del mundo en relación con la muerte es muy recomendable el libro de P. SPECK 'Loss and grief in medicine', (Editorial Bailliere Tindall, Londres, 1978)

Como conclusión procede mencionar dos aspectos: uno es la gran importancia del cumplimiento de lo que prescribe la *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*, entre otras cosas para asegurar que en la historia clínica no se omitan ninguno de los extremos, medidas, parámetros e incidencias que deben recogerse tanto en los registros médicos como de enfermería.

Y el segundo es sobre cómo se debe decir al paciente la verdad infausta, aconsejarle que se despidiera de su familia y proponerle que recibiera asistencia religiosa especial para pacientes terminales. Esto es algo que preocupa mucho a la familia, que son los primeros en general en afrontar la decisión y discutir sobre el efecto psicológico en el paciente de este tipo de auxilio moral.

En realidad, el personal médico y sanitario experimentado sabe cómo y cuándo hablar al paciente terminal, hacerlo con tacto y afecto, y así el paciente y su familia reciben esta información

de modo que les suele tranquilizar y no al contrario.

Escribe ELISABETH KÜBLER-ROSS en 'Sobre la muerte y los moribundos' (Editorial Grijalbo, 1989, Barcelona): "No podemos ayudar al paciente desahuciado si no tenemos en cuenta a su familia. Las necesidades de la familia cambiarán desde el principio de la enfermedad y continuarán haciéndolo de muchas formas hasta mucho después de la muerte".

En nuestra opinión, sin pretender profundizar en estos aspectos importa comentar al menos tres factores:

- uno es, en algún familiar muy próximo, la desesperación y la falta de aceptación del sentido de la vida ante la inevitabilidad de la muerte, unido al sentimiento, muy equivocado, de que el sufrimiento del desahuciado es algo que se debe eliminar farmacológicamente en lugar de con amor, comprensión y compañía, sin pretender hurtar a nadie el derecho a vivir su propia muerte, dentro de lo soportable para él.

- Otro es la posibilidad de que en algún miembro de la familia del paciente terminal exista algún sentimiento de culpa por algún error o incidente asistencial o por algún conflicto mal resuelto con el paciente, y que ello origine remordimiento íntimo o reproche hacia otro miembro de la familia. Estos remordimientos o resquemores se tienen que hacer conscientes y quizás consultar para ver cómo se pueden exteriorizar o resolver.

- El tercer aspecto es el decidir si los hijos pequeños y los nietos deben ver o acompañar al paciente desahuciado. La respuesta general es que sí, si el paciente es capaz de comunicarse con ellos y desea hacerlo. Puede resultar muy estimulante y beneficiosa la alegría de que estos niños, inconscientes del drama del paciente que ve en ellos un motivo de auténtica alegría, felicidad y esperanza.

En el libro editado por D. KLASS 'Continuing Bonds' (Editorial Taylor y Francis, USA 1996) se trata en

tre otros asuntos el problema del duelo de los hijos pequeños de un matrimonio tras el fallecimiento del padre o de la madre.

De este importante asunto solo mencionaremos la importancia que tiene el atender a las necesidades psicológicas de los huérfanos de padre o de madre para evitar la cronificación de un duelo encubierto que puede producir familias rotas y desgraciadas si no se pueden adaptar a vivir juntos los hijos del primer matrimonio con los del segundo.

Conclusiones

El hospital es el lugar en el que actualmente se nace y se muere en un ambiente tecnificado, pero sobre todo que ha de estar impregnado de solidaridad y entrega humanas.

Nacimiento y muerte son fenómenos biológicos conectados a través de toda la asistencia. En el primero el recién nacido se desprende de su madre en un proceso en el que el consentimiento informado que se requiere sirve para dar seguridad jurídica a los pacientes, al personal asistencial y a la institución si actúan correctamente, con el objetivo fundamental de que el recién nacido y su madre superen el trance felizmente y sin complicaciones evitables.

En la asistencia a un moribundo el problema reside en el riesgo de que, como escribe E. KÜBLER-ROSS en 'Vivir hasta despedirnos' (Ed. *Luciérnaga*, Barcelona 1991) y en 'Conferencias' (Ed. *Luciérnaga*, Barcelona 1997), el paciente al final de su vida se puede sentir abandonado por todos, reducido al silencio y manipulado como un objeto. Por el contrario nunca es tarde para amar y recibir amor y con ello hallar el sentido más auténtico de la vida.

La realidad del moribundo es que se ha convertido en no apto para realizar sus papeles, funciones y opciones sociales, ya que está en una situación vitalmente regresiva e incapacitante, que le reduce a ser objeto de cuidados. En esta situación, como requisito previo a la asistencia es necesario que el Sistema Nacional de Salud dé ga-

rantías a todos los sujetos de trato inmejorable y humano al igual que se hace con los nacimientos.

Entre estas garantías tenemos la asistencia personalizada, humanizada al máximo, en la que el paciente ha de ser tratado con respeto y cariño, atendido por su nombre y apellidos, conociendo sus preferencias y necesidades personales y relacionales.

Para concluir sólo insistir que la asistencia a las personas en el final de su vida, que en España se lleva a cabo tradicionalmente con criterios de humanidad, respeto de los derechos del moribundo y sus allegados, está siendo objeto de debate por los cambios que impone, por un lado, la tecnificación y el mayor aislamiento social, y, por otro, por la globalización que evoluciona hacia sociedades multiculturales, lo que justifica la adopción de leyes de asistencia terminal que se comentan.

España se está convirtiendo en una sociedad multicultural y hay que tener en cuenta que cuando se da asistencia terminal a personas de otras culturas, se ha de tener presente que tienen que adaptar algunos aspectos de sus tradiciones a los requisitos de nuestra propia cultura que en los últimos decenios también se ha visto tecnificada e influenciada. La asistencia a pacientes terminales se hará con el máximo respeto a su tradición y convicciones, ya que en todas las culturas se puede admitir que lograr el sentido de la muerte en último extremo no es otra cosa que alcanzar el sentido de la vida.

Para concluir deseamos añadir que no es raro que el paciente desahuciado o los familiares más próximos hagan preguntas sobre las experiencias registradas o conocidas de personas que sintieron en un trance de muerte que luego se revirtió, que su alma se separaba del cuerpo, que se proyectaba en un túnel al fondo del cual había una luz muy intensa y que después regresaba al cuerpo para sobrevivir.

Un libro reciente muy interesante en este sentido, escrito por un médico anestesista, es de R. PARTI, 'Aprendiendo a despertar', (Ed. *Luciérnaga*, 2016).

Documentos de interés en ADS

ADS nº 246 / Marzo 2017. Ley de Madrid de derechos y garantías de las personas en el proceso de morir: imperfecciones y ambigüedades. ANTONIO PIGA RIVERO.

ADS nº 246 / Marzo 2017. El final de la vida y el respeto de la dignidad humana: valores personales, ciencia y derecho. ALFONSO LÓPEZ DE LA OSA ESCRIBANO.

ADS nº 246 / Marzo 2017. Propositiones de ley sobre el final de la vida (II). IÑIGO BARREDA CABANILLAS.

ADS nº 245 / Febrero 2017. CORTES GENERALES / Propositiones de ley sobre el final de la vida (I). I. BARREDA CABANILLAS.

ADS nº 245 / Febrero 2017. CCAA / Proyectos sobre el final de la vida en Asturias, Madrid y Valencia.

ADS nº 245 / Febrero 2017. VATICANO / Documento sobre la vida y la muerte, dirigido a agentes de salud.

ADS nº 237 / Mayo 2016. Las causas de la muerte, su certificación médico legal. La eutanasia, conclusiones de la ponencia presentada por JULIO JIMÉNEZ FELIZ, médico forense, en la 'Jornada sobre actualización médico legal en la práctica asistencial'.

ADS nº 234 / Febrero 2016. Breves comentarios a la ley francesa 2016/87 "creadora de nuevos derechos en favor de los enfermos y las personas al final de su vida", por ANTONIO PIGA RIVERO.

ADS 234, 235 y 236/ 2016. Luces y sombras de la Ley francesa 2016/87 creadora de nuevos derechos en favor de los enfermos y de las personas al final de la vida. Por ALFONSO LÓPEZ DE LA OSA.

ADS nº 239 / Julio - Agosto 2016. PAÍS VASCO. Ley 11/2016, de 8 de julio, de garantía de los derechos y de la dignidad de las personas en el proceso final de su vida. BOPV nº 134, 14 de julio de 2016.

ADS nº 238 / Junio 2016. Aprobado el Decálogo de Consentimiento Informado de la OMC.

ADS nº 223 / Febrero 2015. Canarias publica su ley de derechos en el proceso final de la vida

ADS nº 225 / Abril 2015. Baleares publica su ley de derechos en el proceso de morir.

ADS nº 212 / Febrero 2014. EUTANASIA INFANTIL EN BÉLGICA.

- EDITORIAL. Los niños y el Doctor Muerte.

- La inclusión de los menores de edad capaces en la ley belga de eutanasia. M^a TERESA ALFONSO y ANTONIO PIGA.

- Otra vuelta de tuerca en la legislación belga sobre eutanasia. JUAN MÉJICA. Doctor en Derecho, Doctor en Medicina. Letrado de la Seguridad Social

- Eutanasia infantil ¿en España?. RICARDO MARTINO, Médico pediatra de Cuidados Paliativos. Hospital Niño Jesús de Madrid.

- Cambios de la nueva ley belga en relación con la del 2002. A. PIGA, profesor Emérito de la Universidad de Alcalá.

ADS nº 199 / Diciembre 2012. La limitación del esfuerzo terapéutico. Entorno legal y bioético. *IV Sesión del Foro Sanidad y Derecho*. Crónica y conclusiones. Edición 2012. Por IÑIGO BARREDA, Director de ADS.

ADS nº 190 / Febrero 2012. Noticia de la Resolución 1859/2012 del Consejo de Europa *Protecting human rights and dignity by taking into account previously expressed wishes of patients*, que recomienda la necesidad de proteger a enfermos terminales, en especial de aquellos que no pueden expresar su consentimiento.

ADS nº 182 / Mayo 2011. '*Derechos del enfermo terminal, propuestas bioéticas en torno a su regulación*', serie de entrevistas realizadas a expertos en bioética y deontología para conocer su opinión sobre el Anteproyecto de Ley nacional y normas autonómicas recientes (leyes aragonesa y navarra): CARMEN DE LA FUENTE HONTAÑÓN, TERESA ALFONSO, JOSÉ MARÍA GALÁN Y ANTONIO PIGA RIVERO.

ADS nº 181 / Abril 2011. Zonas de riesgo profesional en las leyes aragonesa y navarra de dignidad en el proceso de la muerte.

ADS nº 171 / Mayo 2010. Reflexiones sobre la ley andaluza de derechos y garantías en el proceso de la muerte, por IÑIGO BARREDA. Análisis de la *Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte de Andalucía*, que regula por primera vez en España el marco jurídico de derechos de pacientes y obligaciones del personal sanitario e instituciones sanitarias en el contexto de los cuidados paliativos a enfermos terminales.

ADS nº 165 / Noviembre 2009. Prisión por delito de homicidio al aplicar la eutanasia a enferma terminal. Audiencia Provincial de Tarragona. Penal. Fecha: 25-03-09.

ADS nº 152 / Septiembre 2008. Debate sobre nuevas legislaciones despenalizadoras de supuestos del aborto, atención de enfermos en situación terminal y eutanasia. ANTONIO PIGA RIVERO.

ADS nº 163 / septiembre 2009, pág. 613. La sedación paliativa Álvaro Gándara del Castillo. Subdirector del Máster en Medicina Paliativa de la Universidad Autónoma de Madrid. Presidente de la Sociedad Madrileña de Cuidados Paliativos.

ADS nº 158 / marzo 2009, pág. 241. OMC / Declaración ética sobre la sedación en la agonía.

ADS nº 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. A. PIGA. Univ. de Alcalá de Henares.

ADS nº 154 / noviembre 2008, pág. 768. Decisiones al inicio de la vida. Implicaciones éticas en la etapa perinatal (II).

ADS nº 151 / julio-agosto 2008, pág. 519. Las posibles responsabilidades jurídicas derivadas del suicidio, RAMÓN MACÍA GÓMEZ.

ADS nº 129 / 2006 y 135/2007. Directivas anticipadas en Francia (II), V. SAN JULIÁN. Análisis y comparativa con la regulación nacional y autonómica de las instrucciones previas.

ADS nº 120 / octubre 2005. Tratamiento jurídico de los cuidados paliativos. M. GÓMEZ TOMILLO. Prof. titular de Dcho. Penal. Valladolid.

ADS nº 111 / dic. 2004, pág. 935. La Ley francesa relativa a "los derechos de los enfermos al final de su vida". ANTONIO PIGA RIVERO. MARÍA TERESA ALFONSO.

ADS nº 103 / marzo 2004, PÁG. 244. Sentencia TEDH / El juez decide en caso de conflicto entre médico y paciente salvo urgencia vital.

ADS nº 67 / diciembre 2000, pág. 765. La eutanasia hoy, una opción en la sombra del delito. Informe sobre países que han regulado la eutanasia. PABLO PARRÓN.

ADS nº 28 / mayo 1997, pág. 253. Denegada una solicitud de eutanasia con intervención médica.

ADS nº 14 / febrero 1996, pág. 81. Los delitos sanitarios en el Código Penal.

ADS nº 40 / junio 1998, pág. 333. Declaración de Pamplona de la OMC sobre intrusismo, política sanitaria y eutanasia.

ADS nº 58 / febrero 2000, pág. 107. Humanismo, Medicina y Derecho. JOSÉ MARÍA ALVAREZ-CIENFUEGOS SUÁREZ.

ADS nº 40 / junio 1998, pág. 333. Declaración de Pamplona de la OMC sobre intrusismo, política sanitaria y eutanasia.

ADS nº 28 / mayo 1997, pág. 253. Denegada una solicitud de eutanasia con intervención médica.

ADS nº 14 / febrero 1996, pág. 81. Los delitos sanitarios en el Código Penal.

Ver temas relacionados en la web <http://www.actualderechosanitario.com/Eutanasia2.htm>

El TEDH rechaza la petición de eutanasia de una enferma británica.

[http://www.actualderechosanitario.com/TEDH%20\(Caso%20Pretty\).PDF](http://www.actualderechosanitario.com/TEDH%20(Caso%20Pretty).PDF)