



INFORME DE LA COMISIÓN DEONTOLÓGICA SOBRE LA PROPOSICIÓN DE LEY ORGÁNICA DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA

Comisión Deontológica CODEM

Presidenta: Tayra Velasco Sanz

Secretaria: Yolanda Rodríguez González

Vocal: Ana M^a Cabrejas Casero

Vocal: M^a Isabel Guerra Llamas

Vocal: José Antonio Barbado Albadalejo

ÍNDICE

Contenido

1. PRESENTACIÓN.....	2
2. TERMINOLOGÍA.....	3
3. ASPECTOS ÉTICOS.....	6
4. ASPECTOS SOCIALES.....	14
5. ASPECTOS DEONTOLÓGICOS.....	16
6. ASPECTOS LEGALES	18
7. ASPECTOS CLÍNICOS	33
7.1 PAPEL ENFERMERA.....	33
7.2 RESULTADOS ACTITUDES DE LAS ENFERMERAS DE LA COMUNIDAD DE MADRID ANTE LA EUTANASIA.....	36
8. RECOMENDACIONES FINALES	52

1. PRESENTACIÓN

Ante la proposición de Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia que la cámara del Congreso de los Diputados de España aprobó llevar a trámite a principios del año 2020, la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Enfermería de Madrid (CODEM) nos solicitó elaborar un informe desde el punto de vista ético y deontológico.

Desde la Comisión Deontológica con el objetivo de ejercer labores de representación y posicionamiento con relación a un ámbito donde la profesión de enfermería está directamente implicada, decidimos llevar a cabo primero una investigación para recoger la opinión de todas las colegiadas/os con respecto a la posible legislación, y las actitudes relacionadas con los distintos aspectos que se contemplan.

Así el presente documento se plantea como un proceso de reflexión participativo, en el que se han recogido las distintas perspectivas desde el punto de vista ético, social, deontológico, legal y por supuesto clínico desde la visión enfermera.

2. TERMINOLOGÍA

Para poder abordar un debate adecuado que permita establecer argumentos que conduzcan a la reflexión y consenso se hace imprescindible el uso de una terminología común, especialmente en temas que generan tanta controversia como la atención al final de la vida.

Uno de los problemas que surge es la gran confusión que hay tanto entre los ciudadanos (muy influida por los medios de comunicación) como entre los propios profesionales sanitarios.

Desde el 2002 se han recogido distintas iniciativas, tanto por parte de sociedades científicas (SECPAL), organizaciones colegiales (OMC)¹, como bioeticistas (Simón Lorda et al.)² que han intentado abordar dicha problemática para poder facilitar el debate y realizar una toma de decisiones adecuada. Será clave, por tanto, que todos los profesionales manejen un lenguaje común³, que permita evitar posibles conflictos éticos, especialmente ante situaciones de gran carga emocional como las que rodean al proceso de muerte.

Así, con respecto a los términos que se emplean al final de la vida es importante tener claras las diferencias entre:

Eutanasia: administración de un fármaco para producir la muerte de un paciente que lo ha solicitado de forma voluntaria y reiterada, por padecer una enfermedad incurable que siente como inaceptable y no ha podido ser calmada por otros medios. Por tanto, siempre será activa, directa, voluntaria y realizada por parte de un profesional sanitario.

Los **4 requisitos** que se deben dar a la hora de aplicar la eutanasia son:

1. **Relación causa-efecto única**, directa e inmediata de la muerte.
2. **Solicitud** por parte de una **persona competente** e informada de forma expresa y reiterada.
3. **Situación de sufrimiento total**, producido por una enfermedad incurable que el paciente siente como inaceptable y que, además, no ha podido ser calmada por otros medios.
4. **Aplicada por profesionales sanitarios**, conocedores del sentir de los pacientes y con quienes mantienen una relación clínica que se considera significativa.

Por tanto, no es eutanasia:

- Adecuación/Limitación del Tratamiento de Soporte Vital (anteriormente denominada eutanasia pasiva)
- Sedación paliativa (anteriormente denominada eutanasia indirecta)

¹ Gomez Sancho M, Altisent Trota R, Batiz Cantera J, Ciprés Casanovas L, et al. Atención médica al final de la vida: Conceptos y definiciones. Madrid: Organización Médica Colegial y Sociedad Española de Cuidados Paliativo; 2015

² Simón Lorda P, Barrio Cantalejo IM, Alarcos Martínez FJ, Barbero Gutiérrez J, Couceiro A, Hernando Robles P. Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre uso correcto de las palabras. Rev Calidad Asistencial.2008; 23: 271-85.

³ Herreros B, Moreno-Milán B, Pacho-Jiménez E, Real de Asua D, Roa-CastellanosRA, Valenti E. Terminología en Bioética Clínica. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2015;53(6):750-61.³

Suicidio Medicamente Asistido (SMA): cuando, en este contexto, la actuación del profesional se limita a proporcionar al paciente los medios imprescindibles para que sea él mismo quien se produzca la muerte. La principal diferencia que hay con respecto a la eutanasia es a la hora de llevar a cabo la acción, es decir, aquí es el propio paciente quien tomará la medicación. El fin que se consigue es el mismo y en las mismas condiciones, es decir producir la muerte de un paciente que previamente lo ha solicitado de forma reiterada y voluntaria por padecer una enfermedad incurable y sufrimiento total. La diferencia fundamental es con respecto al papel del profesional, cuya función aquí es la información y prescripción del fármaco letal.

Limitación de Tratamientos de Soporte Vital⁴: consiste en retirar o no iniciar medidas de soporte vital cuando el profesional sanitario considera que es fútil, es decir, no le produce ningún beneficio al paciente, ni va a mejorar su pronóstico ni su calidad de vida, por tanto, mantener dicho tratamiento sería maleficiente puesto que, lo que se prolongaría es la agonía del enfermo y la familia, cayendo en la denominada obstinación terapéutica. La principal diferencia con respecto a la eutanasia, es que la muerte no se produce por la intervención del profesional, sino por la evolución propia de la enfermedad. Otros términos que también se emplean son Limitación del Esfuerzo Terapéutico, adecuación del esfuerzo terapéutico, o adecuación del soporte vital. Un aspecto importante es que la decisión debe ser interprofesional en donde la enfermera ocupa un papel clave, y nunca se debe responsabilizar a la familia (decisión clínica).

Cuidados Paliativos/ Abordaje paliativo: los cuidados paliativos se basan en una concepción global, activa y continuada, que comprende la atención de los aspectos físicos, psíquicos, sociales y espirituales de las personas en situación terminal, siendo los objetivos principales el bienestar y la promoción de la dignidad y autonomía de los enfermos y de su familia. Actualmente debido al envejecimiento poblacional, y el aumento de enfermedades crónicas la apuesta es iniciar la visión paliativa de una forma más precoz y no esperar a los estadios muy avanzados de la enfermedad para poder establecer de forma complementaria tanto la posibilidad de un tratamiento curativo, como un abordaje paliativo, rompiendo la tradicional dicotomía de curar/paliar para ir graduando los tratamientos y cuidados en base a las necesidades de cada paciente.

Sedación Paliativa/ Terminal: administración de fármacos en las dosis y combinaciones necesarias para lograr el alivio de uno o varios síntomas refractarios, que no pueden ser controlados con los tratamientos habituales y requiere la disminución del nivel de conciencia de un paciente cuya muerte se prevé próxima, con el consentimiento explícito, implícito o delegado. Suele ser continua y su profundidad se gradúa buscando el nivel de sedación mínimo que logre el alivio sintomático.

Planificación Compartida de la Atención⁵: proceso que facilita la toma de decisiones de forma anticipada de una persona competente e informada con la ayuda del equipo asistencial, mediante la deliberación entre paciente, familia y profesionales sanitarios sobre la atención que le gustaría recibir en posibles escenarios clínicos presentes y futuros, cuando la persona enferma no pueda decidir por sí misma. Dentro de dicho proceso también se puede incluir la designación de un representante, así como la elaboración y registro de un (DIP). Su objetivo es mejorar la comunicación sobre los deseos del paciente entre todas las personas implicadas.

⁴ Del Río Gallego F, Velasco Sanz T (Coord). Guía de Limitación/ Adecuación del Tratamiento de Soporte Vital en el Paciente Crítico. Recomendaciones éticas y procedimientos de actuación. Comité de Ética Asistencial. Hospital Clínico San Carlos. Febrero 2020

⁵ Saralegui I, Lasmarías C, Júdez J, Pérez de Lucas N, Fernández J, Velasco T, et al. Claves en la planificación compartida de la atención. Del diálogo al documento. Monografía SECPAL sobre Cronicidad Avanzada.2018; 87-89.

Documento de Instrucciones Previas(DIP) o Voluntades Anticipadas(DVA): documento por el que una persona mayor de edad, capaz y libre puede dejar constancia de forma anticipada de las instrucciones relativas a su atención sanitaria en caso de padecer una situación de incapacidad para poder participar en la toma de decisiones, así como la posibilidad de asignar un representante como interlocutor de sus deseos con los profesionales sanitarios, e incluso llegado el fallecimiento, su voluntad sobre el destino de su cuerpo. El DIP debe ser considerado como una herramienta dentro del proceso de planificación compartida de la atención, como resultado de un amplio proceso de comunicación, y no como un mero acto documental (riesgo de burocratización) siendo parte de la ética de la relación clínica y no como acto legal.

Objeción de conciencia: negativa por parte de un profesional sanitario, a ejecutar o cooperar en la realización de prácticas clínicas por motivos de conciencia (moral o religiosa). Para ello, la acción debe ser de tipo individual y privada. El objetor pretende una excepción a la ley general, no cambiar la norma. Es considerada una forma de proteger la libertad ideológica recogida en el artículo 16.1 de la Constitución Española, y como derecho de los profesionales sanitarios recogido en los distintos códigos deontológicos.

Calidad de vida⁶: según la OMS, la calidad de vida es la “*percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes*”. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto (aspectos biológicos), su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales/entorno, y su espiritualidad.

Sufrimiento: es el dolor total⁷, además de físico, es psíquico (mental), social (abandono) y espiritual (desesperanza). El sufrimiento es una categoría que permite redimensionar el dolor en múltiples aspectos⁸:

- **Dolor físico:** se hace presente en la experiencia sensorial de percepción de un daño tisular real o potencial. El 70% de los pacientes relaciona de forma directa que el dolor no controlado empeora su calidad de vida, sumado a otros síntomas que pueden estar relacionados con efectos adversos de los tratamientos o de su patología en sí, como el insomnio, la fatiga crónica, la ausencia de apetito sexual, entre otros.
- **Dolor social:** se evidencia en la preocupación del paciente por su familia, finanzas, pérdida de trabajo, prestigio laboral, posición social, pérdida del rol familiar y por ende miedo al abandono y aislamiento.
- **Dolor psicológico:** se presenta por enojo por fracasos terapéuticos, retraso en los diagnósticos, alteración de la imagen corporal, ineficiencia y dificultades de acceso a los servicios de salud, miedo al dolor a la muerte y sentimiento de desesperanza, que viven todos los pacientes independientes de la etapa de su patología.
- **Dolor espiritual:** La espiritualidad es diferente a religiosidad. La dimensión espiritual o trascendente deriva del impulso humano intrínseco de encontrar un significado y un deseo casi universal de lograr un cierto sentido a la propia vida en relación con otras personas y el mundo. Esta engloba los aspectos de la experiencia de cada persona, de sus creencias y de sus relaciones que tienen una importancia inherente y una conexión sentida con algo mayor en lo que se puede creer.

⁶ WHO Quality of Life Assessment Group. 1996 ; 17(4) : 385-87 Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/55264>

⁷ Morris D: La cultura del dolor. Andrés Bello, Bs As. 1994

⁸ López-Sánchez JR, Rivera-Largacha S. Historia del concepto de dolor total y reflexiones sobre la humanización de la atención a pacientes terminales. Rev Cienc Salud. 2018;16:340-56

3. ASPECTOS ÉTICOS

La muerte más allá de un acontecimiento biológico, engloba un hecho social, espiritual, antropológico que ha ido cambiando a lo largo del tiempo, influyendo de un modo importante en las formas de actuar, pensar y sentir tanto de los pacientes como los profesionales sanitarios.

Aunque cada vez ha cobrado mayor importancia el salvaguardar como derecho el proceso de morir acorde a los principios de autonomía y libertad que ha definido cada persona a lo largo de su vida, es uno de los ámbitos donde existe mayor controversia.

Algunas de las consideraciones que hay que tener en cuenta para su análisis, es la negación social que actualmente se tiene de la muerte, siendo considerada un tabú, lo que dificulta plantear reflexiones sobre ella, hasta casi ya llegado el proceso final. Unido a ello, la gran confusión terminológica también dificulta en muchas ocasiones poder deliberar de forma adecuada, ya no solo entre pacientes y familiares, sino entre los propios profesionales sanitarios.

Otro punto importante es la irrupción de la tecnología en el ámbito sanitario, consiguiendo resolver situaciones y enfermedades que hasta hace unos años eran impensables, produciendo incluso un cambio en el propio concepto de muerte, y posibilitando nuevos escenarios en los que más allá de prolongar la vida (en términos de cantidad), se puedan dar situaciones de mayor agonía (vulnerando la calidad en dicho proceso), propiciando un alargamiento de la existencia que no se acompañe de la identidad de la persona.

Cabe destacar también, que el envejecimiento poblacional junto con el aumento de las enfermedades crónicas (se prevé que el 75% morirá de una), requiere un abordaje integral durante todo el proceso de atención⁹, en el que la planificación compartida de la atención, junto con el abordaje paliativo precoz deben guiar la toma de decisiones, asegurando que se respete la autonomía del paciente.

Y dentro del debate ético en el proceso de final de la vida, cabe valorar si hay diferencias en:

- **Permitir la muerte como proceso de evolución de la enfermedad, mediante la limitación de tratamientos de soporte vital.**
- **Acortar la vida ante un síntoma refractario en una situación de terminalidad, mediante la sedación paliativa.**
- **Provocar la muerte ante una situación de sufrimiento total, expresado por un paciente de forma reiterada a través de la eutanasia o suicidio asistido.**

Algunos estudios refieren que el suicidio asistido puede ser mejor aceptado que la eutanasia por los profesionales sanitarios, refiriendo una diferencia ética y psicológica dejando en última instancia la decisión en el propio paciente. No obstante, las encuestas realizadas a pacientes refieren mayor preferencia por la eutanasia, entendido como un acto dentro del proceso asistencial.

⁹ Gómez Batiste X, Martínez Muñoz M, Blay C, et al. Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in need of palliative care in the general population: A cross-sectional study. Palliat Med 2014; 28: 302-11

Algunos de los **argumentos** que se han señalado **en contra** de la regulación de la eutanasia son:

- Vida como derecho inalienable: considerar que la vida posee un valor superior a otros bienes, por lo que se debe salvaguardar y nunca se debe acabar con ella
- La prevalencia del principio de beneficencia y la salvaguarda de la vida
- Práctica contraria a los fines de la medicina y la enfermería, y en todo caso, no es un acto médico o sanitario
- Dificultad en el posible arrepentimiento del paciente a última hora
- No resuelve los problemas del enfermo, sino que, directamente lo destruye
- La eutanasia no sería necesaria si se potenciaban los cuidados paliativos
- Presencia de posibles intereses de terceras partes
- Pendiente resbaladiza (al legalizarse dicha práctica los pacientes en situación terminal o incurable se verían abocados de manera imparable a llevarla a cabo, al no ver otra posibilidad para acabar con su sufrimiento, y también la posibilidad de incluir otros casos que no cumplieran todos los requisitos legales).

De los **argumentos** que se han definido **a favor** destacan:

- Derecho a vivir, pero no la obligación a vivir
- La prevalencia del principio de autonomía y del respeto a la libertad para decidir
- Evitar el sufrimiento, cuando los cuidados paliativos no consiguen aliviarlo, incluyendo también situaciones de no terminalidad
- Evitar un fin doloroso ante una enfermedad irreversible
- El temor de ser mantenido con vida a cualquier precio
- No querer convertirse en una carga para los familiares y para la propia sociedad
- Evitar situaciones de irregularidad, mediante un control estricto.

Dentro de los Comités de Bioética también existen controversias en base a su posicionamiento:

En 2003 el Observatorio de Bioética y Derecho de la Universidad de Barcelona¹⁰ publicó un documento en el que señalaba que *El reconocimiento del derecho a la vida tiene en nuestro ordenamiento una vocación garantista: frente al Estado y frente a los demás ciudadanos. No se trata de un derecho absoluto: el derecho a la vida puede entrar en colisión con otros derechos y debe ser ponderado. La concepción del derecho a la vida que implica el mantenimiento de ésta incluso en contra de la voluntad de su titular, debe ceder paso a concepciones más acordes con el respeto al derecho de autodeterminación de las personas y con el carácter laico del Estado.*

¹⁰ Casado M, Royes A, Antón P, Atienza M, Badia A, Buisan L, et al. Documento sobre la disposición de la propia vida en determinados supuestos: declaración sobre la eutanasia. Observatorio de Bioética y Derecho 2003.

Se plantea por tanto la regulación de la eutanasia en base a:

- **Derecho a la vida contra Obligación Vivir:** el derecho a la vida implica el deber de proteger la vida y respetar la vida ajena, no obstante, no se puede imponer el deber de vivir en cualquier circunstancia, en contra de su propia voluntad, especialmente cuando la persona considera que es penosa.
- **Derecho a la libertad:** A partir de la Autonomía, se acoge a la necesidad de respetar la libertad de la persona en la toma de decisiones sobre su propia vida, incluida su muerte, requiriendo la Solidaridad por parte de otra persona, con quienes la solicitan.

En 2005 el Instituto Borja de Bioética¹¹ publicó una declaración argumentando que: *En el marco de la apuesta por la vida, la reflexión sobre la eutanasia se adentra en el inexorable proceso del morir de la persona, un proceso que puede culminar en el último acto humano en la medida que se sabe afrontar con lucidez y responsabilidad. Esta lucidez y responsabilidad pueden significar una firme decisión de anticipar la muerte ante su irremediable proximidad y la pérdida extrema y significativa de calidad de vida. En estas situaciones se debe plantear la posibilidad de prestar ayuda sanitaria para el bien morir, especialmente si ello significa apoyar una actitud madura que concierne, en definitiva, al sentido global de la vida y de la muerte. Consideramos que la defensa de la vida es un valor ético, y debe ser jurídicamente protegido. Sin embargo, se podría admitir una excepción en el caso de la eutanasia tal y como ha sido descrita. Por tanto, se debería plantear cómo tipificar estos casos desde la perspectiva médica y/o sanitaria y cómo recogerlos en una norma jurídica.*

En el documento se plantea una serie de premisas como:

- **Política Sanitaria:** Mayor inversión en cuidados paliativos tanto a nivel de personal como infraestructura para ampliar la asistencia de los enfermos en fase terminal.
- **Política Social:** Resolver condiciones sociales y económicas que acompañan con frecuencia las demandas de eutanasia.
- **Apoyo Afectivo:** el entorno afectivo es clave para ayudar a personas a afrontar su muerte, y tomar decisiones responsables, siendo importante el acompañamiento y el respeto de sus decisiones.
- **Apoyo Sanitario:** es clave en el acto humano de morir, tanto por la presencia, el acompañamiento durante el proceso como por las aportaciones técnicas. Se deberá asegurar un apoyo eficaz, durante el proceso deliberativo por parte del equipo sanitario, tanto en la información diagnóstica, posibilidades terapéuticas reales y los medios que pueden ayudar a bien morir.
- **Contexto Eutanásico:** hace referencia a situaciones extremas/conflictivas, con una posible despenalización ante supuestos que confronten con la vida y su prolongación innecesaria, remarcando la necesidad de establecer unos requisitos muy específicos, evitando una legislación indiscriminada.

¹¹ Abel Fabre F, Busquets Alibés E, Camacho Díaz JA, Cambra Lasaosa FJ, Cardona Iguacen X, Cusí Sánchez V, et al. Hacia una posible despenalización de la eutanasia. Instituto Borja.2005

En 2006 el Comité de Bioética de Cataluña¹² refería en un informe sobre la eutanasia y la ayuda al suicidio que era preciso conjugar tanto la voluntad de la persona para tomar decisiones libres y coherentes con sus convicciones sobre el valor de la vida, como la obligación constitucional de proteger la vida de las personas vulnerables. Para ello referían que se debía asegurar un equilibrio entre los derechos fundamentales a la **VIDA, DIGNIDAD y LIBERTAD**.

- **Dignidad como respeto:** *El derecho fundamental a la dignidad es inalienable e implica no sólo la aceptación de la percepción subjetiva de cada cual, sino la obligación por parte de los otros de reconocer y respetar los diferentes puntos de vista.*
- **Dignidad como libertad:** *La dignidad como una expresión de la libertad individual por la que, en un momento determinado, una persona puede decidir dejar de vivir porque entiende que vive en unas condiciones indignas.*
- **Dignidad y derecho a la vida:** *Cuando la persona decide que su vida deja de tener la dignidad que merece cualquier vida humana, y que, para ser coherente con el derecho a la dignidad, decide libremente dejar de vivir. En este caso, no se niega el valor de la vida, sino de esa vida vivida en circunstancias que la hacen inhumana y contradictoria.*
- **Dignidad y proceso de morir:** *Si se tienen en cuenta los principios morales fundamentales en su relación interna, no se puede separar el respeto a la dimensión física y moral de la persona del conjunto de creencias que configuran su conciencia subjetiva de dignidad, así como de las decisiones que se derivan y que la persona debe poder adoptar de forma autónoma. Desde esta perspectiva, las instituciones sociales no pueden prohibir las concepciones de dignidad que implican tomar decisiones sobre el tiempo y la forma de morir. Los límites de los derechos derivados de estos principios tienen que justificarse, y no viceversa. Las dudas sobre la competencia de una persona, la posibilidad de ser dependiente de otras voluntades, la vulnerabilidad de las personas en muchos aspectos y en diversas circunstancias, aconsejan ser especialmente cuidadosos en la atención a los enfermos y a las personas que piden ayuda para morir, y ciertamente se deben establecer precauciones y garantías.*

Por último, en 2020 el Comité de Bioética Nacional¹³ señalaba en su informe sobre el final de vida y la atención en el proceso de morir que *para que un deseo o una pretensión pueda...transformarse en un auténtico derecho, es necesario poder situar dicha pretensión en el marco de las relaciones sociales como algo razonablemente exigible. Es decir, la existencia del derecho exige razones más allá de los meros deseos de la persona, ya que implica poner en sus manos un poder que le permite controlar la conducta de otros, determinar lo que éstos deben hacer o dejar de hacer, y hacerlo con el respaldo del Estado. El problema reside, pues, en confundir lo lícito en determinados contextos con lo exigible. Y también en transformar, en atención a las características singulares de un caso concreto, una hipotética excepción o atenuación al deber moral y legal de no matar, en un derecho e, incluso, más allá, en una prestación con cargo al sistema público. El Estado no tendría ya en sus manos la salud de sus ciudadanos/as, sino la propia vida, soslayando uno de los principales límites del Estado liberal,*

¹² Armengol R, Boladeras M, Broggi MA, Camps Cervera V, Espasa R, Hernández J, et al. Informe sobre la eutanasia y la ayuda al suicidio. Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya. 2006

¹³ De Montalvo F, Altisent R, Bellver V, Cadena F, De los Reyes M, De la Gárgara A, et al. Informe del comité de bioética de España sobre el final de la vida y la atención en el proceso de morir, en el marco del debate sobre la regulación de la eutanasia: propuestas para la reflexión y la deliberación. Comité de Bioética de España.2020

en virtud del cual, la vida de los ciudadanos/as no puede estar a disposición de los poderes públicos.

Los aspectos que refieren en torno al debate de la eutanasia y/o auxilio al suicidio son:

- **Aspecto moral “puro”:** valoración de la corrección moral o no de practicarlo
- **Aspecto moral casuístico:** valorar la justificación o no de un caso concreto
- **Aspectos ético-jurídicos:** determinar qué legislación se justifica moralmente

Algunos de los argumentos que se recogen en contra de la regulación de la eutanasia serían:

- **Límites de la autonomía:** *El deseo de una persona de que un tercero o el propio Estado acabe con su vida, directa o indirectamente, en aquellos casos de gran sufrimiento físico y/o psíquico debe ser siempre mirado con compasión, y atendido con una actuación compasiva eficaz que conduzca a evitar los dolores y procurar una muerte en paz. Sin embargo, tal compasión no consideramos que legitime ética y legalmente una solicitud que, ni encuentra respaldo en una verdadera autonomía, atendido el contexto actual de los cuidados paliativos y sociosanitarios, ni, además, queda limitada en sus efectos al propio espacio privado del individuo.*
- **Desvalorizar la vida:** *Legalizar la eutanasia y/o auxilio al suicidio supone iniciar un camino de desvalor de la protección de la vida humana cuyas fronteras son harto difíciles de prever, como la experiencia de nuestro entorno nos muestra. o, la eutanasia y/o auxilio al suicidio no son signos de progreso sino un retroceso de la civilización, ya que en un contexto en que el valor de la vida humana con frecuencia se condiciona a criterios de utilidad social, interés económico, responsabilidades familiares y cargas o gasto público, la legalización de la muerte temprana agregaría un nuevo conjunto de problemas.*
- **Normativa:** *La mirada compasiva con la que hemos insistido a lo largo del Informe que debe ser apreciada la solicitud del sujeto que pide la eutanasia y/o auxilio al suicidio creemos que ya está recogida normativamente en nuestro Código Penal, y ello explica que en España el ingreso en prisión por actos eutanásicos sea algo no solo insólito, sino desconocido en las últimas décadas.*
- **Potenciar los cuidados paliativos:** *La protección integral y compasiva de la vida nos lleva a proponer la protocolización, en el contexto de la buena praxis médica, del recurso a la sedación paliativa frente a casos específicos de sufrimiento existencial refractario. Ello, junto a la efectiva universalización de los cuidados paliativos y la mejora de las medidas y recursos de apoyo sociosanitario, con especial referencia al apoyo a la enfermedad mental y la discapacidad, debieran constituir, ética y socialmente, el camino a emprender de manera inmediata, y no la de proclamar un derecho a acabar con la propia vida a través de una prestación pública.*
- **Situación derivada de la Pandemia:** *Lo dicho, además, cobra aún más sentido tras los terribles acontecimientos que hemos vivido pocos meses atrás, cuando miles de nuestros mayores han fallecido en circunstancias muy alejadas de lo que no solo es una vida digna, sino también de una muerte mínimamente digna. Responder con la eutanasia a la “deuda” que nuestra sociedad ha contraído con nuestros mayores tras tales acontecimientos no parece el auténtico camino al que nos llama una ética del cuidado, de la responsabilidad y la reciprocidad y solidaridad intergeneracional.*

En el ámbito de la enfermería una revisión sistemática¹⁴ analizaba los principales argumentos tanto a favor como en contra señalando:

- **La naturaleza ontológica moral de la enfermería:**

Algunos de los argumentos en contra de la regulación señalan que puede suponer la erosión de la confianza pública, al igual que puede influir en la naturaleza de la relación enfermera-paciente. Por el contrario, el reconocimiento de esa relación especial entre enfermeras y pacientes, también servía para argumentar a favor en el sentido del papel que tiene la enfermera durante el proceso, siendo consideradas *testigos principales* puesto que son las que se quedan con los pacientes, comprendiendo mejor el contexto en el que toman las decisiones sanitarias, pudiendo abogar por ellos ante el resto del equipo sanitario. No obstante, algunas de las dificultades que señalan es el fenómeno que denominan *enfermera en el medio*, referido a que las enfermeras tienen una responsabilidad por el cuidado de sus pacientes, pero que no coincide con su poder para influir en las decisiones sobre la atención. En el contexto de la eutanasia, se refleja la paradoja de que, aunque las enfermeras no pueden prescribir medicamentos, están en condiciones de administrar y titularlo para aliviar el sufrimiento. De hecho, los autores señalaban que la enfermera podía ser el testigo principal del sufrimiento, pero sin tener los medios para aliviarlo. Otro aspecto que se reflejaban era que la eutanasia podía tener implicaciones morales únicas para las enfermeras, tanto sobre la profesión como la propia personalidad de las enfermeras, pudiendo afectar a su integridad, siendo una parte esencial de la práctica profesional. Para evitarlo, se hacía referencia a la importancia de la reflexión individual con respecto a los propios valores, tomando decisiones congruentes con sus creencias personales.

- **Principios, conceptos y teorías éticas:**

Desde la **ética principialista**, el argumento basado en el principio de autonomía refiere que el respeto a las personas requiere también el respeto en la toma de decisiones. Se basa en la creencia de que los individuos *poseen* su muerte, al igual que han *poseído* su vida. En ese sentido, las solicitudes de eutanasia no son una indicación de la incapacidad de los profesionales de la salud para brindar atención, sino más bien una expresión de la autonomía o el derecho de un individuo a hacer una *elección que considere coherente con la persona que son y la vida que han llevado*. Sin embargo, a pesar del firme compromiso de mantener la autonomía del paciente, varios autores reconocieron y de hecho enfatizaron, que el principio de autonomía debe considerarse aisladamente, de modo que se vea sin límites. En contra del absolutismo de la autonomía, y en particular, contra las obligaciones de cumplir siempre las solicitudes autónomas, otros argumentos recogen que no se puede imponer un derecho que obligue a otros a acabar con sus vidas, ya que la decisión de un individuo de realizar una eutanasia afecta significativamente a quienes lo rodean. En ese sentido enfatizan que, como tal, la decisión no puede ser puramente privada.

Con respecto a la enfermería, los autores señalaban que para mantener la verdadera autonomía de un paciente, las enfermeras deben ayudarle a encontrar sentido a la vida, incluso en tiempos de sufrimiento, especialmente al explorar solicitudes de ayuda para morir.

¹⁴ Pesut B, Greig M, Thorne S, Storch J, Burgess M, Tishelman C, et al. Nursing and euthanasia: A narrative review of the nursing ethics literatura. *Nursing Ethics*. 2019;1-16

Desde la **ética utilitarista** reflejan que, así como el aumento de dosis de opioides para el control de un síntoma refractario es moral y legalmente aceptable aunque pueda acortar la vida, también podría serlo una inyección letal, puesto que implican al final las mismas consecuencias, el alivio del sufrimiento y la muerte del paciente. No obstante, los autores refieren que el análisis utilitario no puede determinar si la legalización conduciría a un "equilibrio máximo de bien sobre el mal".

Otra de las teorías éticas que valoran para analizar la eutanasia es la **ética de la virtud**, ampliando el campo de la valoración moral, en el sentido de que la eutanasia podría facilitar la eudaimonia (vivir bien, prosperar) puesto que Morir es un evento de la vida, y no morir bien frustraría el objetivo de florecimiento y bienestar tanto para el paciente como para el profesional.

Desde la **ética del cuidado**, tanto para las enfermeras como otros profesionales sanitarios, invitaría a considerar, por un lado, los límites en la imposición de la moralidad en los demás, y también facilitaría el preocuparnos por la otra persona. En ese sentido refieren que, *si el acto de cuidar implica "sentir con el otro la eutanasia", podría justificarse éticamente si las acciones del individuo que solicita ayuda para morir son racionales y no infringen los derechos de los demás.*

Por último, los autores argumentan sobre la importancia de la **ética relacional** para proporcionar a las enfermeras un marco de reflexión a través de la complejidad moral que por ejemplo había acompañado en la regulación de Canadá, basándose en los elementos centrales del respeto mutuo y el compromiso.

- **Consistencia Moral:**

Consiste en valorar la permisibilidad ética de la eutanasia desde la perspectiva de la coherencia moral a través de actos. Es decir, dilucidar si hay diferencia moral entre una práctica y otra relacionada. En este sentido los autores evaluaban la distinción moral entre causar la muerte y permitir la evolución natural del proceso de morir, señalando que no se podía considerar un indicador de aceptabilidad moral, ya que, en muchos intentos de aliviar el sufrimiento a través del manejo del dolor y otros síntomas, sería un acto inmoral por su intervención antinatural con el proceso de morir, o incluso de vivir. Argumentan que, si el estado inicial y los estados finales del paciente son los mismos, es decir, inicial (están muriendo) y final (están muertos), y que las acciones o inacciones del profesional sanitario son las que han llevado al paciente a ese estado final, ¿cuál sería la diferencia moralmente significativa entre un acto y una omisión? Su respuesta es que, puesto que tanto los estados iniciales y finales son los mismos, y el profesional sanitario es la persona involucrada en la actuación, él es el agente éticamente responsable.

En este sentido se hace referencia a la **doctrina del doble efecto** y el papel de la intencionalidad:

1. La acción en sí no debe ser intrínsecamente mala.
2. El buen efecto no debe ser una consecuencia directa del mal efecto.
3. El buen efecto debe estar "destinado directamente"; el efecto negativo sólo "intencionado indirectamente" o "tolerado".
4. El efecto bueno debe ser igual o mayor que el efecto malo.

Bajo el principio del doble efecto se justificaría la enfermera que proporciona grandes dosis de opioides para controlar el dolor, pero a través de ese acto de forma no intencionada acelera la muerte. La diferencia que se argumenta con respecto a la eutanasia es la intención de matar como opción moralmente inaceptable, y opuesta a la doctrina del doble efecto. No obstante, otro de los argumentos que se reflejan es que no es fácil identificar la diferencia moral entre la intención directa (eutanasia) e indirecta (sedación terminal) puesto que ambos actos conducen a la muerte. Se presentan argumentos confrontados con respecto a la doctrina del doble efecto, en el que a favor se señala la congruencia moral, mientras que en contra se indica que no hay distinción moralmente significativa entre la intención o causalidad directa e indirecta.

- **Naturaleza del bien social:**

Se establece que los miembros de una comunidad tienen una obligación relacional de cuidar ciertos intereses que tienen en común. Con respecto a la eutanasia, es importante abordar el contexto social existente como son:

- Las fragilidades sociales existentes
- Vulnerabilidad poblacional
- Equipos de salud fragmentados
- Amenazas de contención de costes públicos
- Percepciones de carga al final de la vida

Los autores señalaban que las políticas de eutanasia podían poner a los grupos vulnerables, como los discapacitados, ancianos y empobrecidos en un riesgo cada vez mayor de explotación y daño, reflejando que *existe un peligro muy real de que los pacientes y sus familiares opten por la eutanasia debido a recursos inadecuados para su atención*. La propuesta que refieren se basa en la necesidad de impulsar los cuidados paliativos, cuestionando el alivio del sufrimiento a través de la eutanasia, cuando muchos pacientes y familias no tiene acceso a unos cuidados paliativos de alta calidad o no comprenden su objetivo de mejorar la calidad de vida.

Por el contrario, otros argumentos señalan que la regulación de la eutanasia impulsaría una mayor cobertura con respecto a los cuidados paliativos, puesto que ante cualquier solicitud de ayuda a morir, lo primero siempre sería asegurar cuidados paliativos integrales, de forma que el paciente se encuentre lo más confortable posible dentro de su proceso de enfermedad, antes de tomar la decisión final. No obstante, la protección de las personas más vulnerables debe ser un requisito que siempre se debe asegurar.

A lo largo de estos artículos, se reconoció la complejidad de factores que interactúan y que en última instancia influyen en el contexto de la eutanasia.

Existe una gran variabilidad desde el punto de vista ético en los posicionamientos con respecto a la eutanasia, desde argumentaciones filosóficas, el enfoque desde las distintas teorías éticas, aspectos sociales...proporcionando un amplio espacio deliberativo para generar distintas perspectivas que faciliten reflexionar sobre el papel tanto individual como profesional, que en este caso ocuparán las enfermeras, especialmente de cara a la posible regulación legislativa.

4. ASPECTOS SOCIALES

Existe una tendencia social creciente de apoyo a la regulación de la eutanasia y el suicidio asistido en España.

En 2009 una investigación llevada a cabo por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS)¹⁵ sobre la atención a pacientes en fase terminal a 2481 personas mostraba que, un 73,6% de los encuestados estaba a favor de la regulación de la eutanasia frente al 52,7% el SMA.

En base a dichos resultados Serrano¹⁶ et al. comparó las características sociodemográficas y contextuales, hallando diferencias entre el posicionamiento a la eutanasia, la religión y la edad.

Molina¹⁷ et al. comparó también las actitudes de la muestra con los modelos legales existentes para identificar con cuál de ellos la ciudadanía podría estar más de acuerdo, reflejando el belga.

En 2015, tras Bélgica y Holanda, donde la eutanasia y el suicidio asistido son legales, una encuesta *The Economist*¹⁸ mostraba que Francia y España eran los países europeos más favorables a la legalización. De 2.112 adultos de edades comprendidas entre los 16 y los 65 años, el 78% se mostraban a favor de la regulación.

Un estudio realizado por Ortiz¹⁹ et al. en 2018 en un centro de salud de la Comunidad de Madrid mostraba que el 54% de los usuarios encuestados (425) se mostraba a favor de legalizar la eutanasia y el 42% el SMA.

En 2019 la empresa de sondeos Metroscopia²⁰ llevó a cabo 1.922 entrevistas reflejando que un 87% de los encuestados se mostraba a favor de que un enfermo incurable tuviera derecho a que los médicos le proporcionaran algún producto para poner fin a su vida sin dolor.

Rodríguez²¹ et al. en 2019 publica un estudio en alumnos de enfermería, medicina y derecho en de la universidad de Santiago de Compostela mostrando que el 75% se posicionaba a favor de la regulación de la eutanasia frente al 54% SMA.

¿Y cuál es la opinión de los profesionales? Durante el año 2019 se realizaron varias encuestas a médicos por parte de los Colegios Profesionales donde se mostraba una actitud favorable con respecto a la regulación tanto de la eutanasia como del SMA. La mayoría creían que el debate sobre la eutanasia y el SMA era un debate social en el que la profesión médica intervenía debido al papel de agente activo que se le asignaba. También señalaban que la principal causa para solicitar la eutanasia era perder la autonomía física completa y la libertad como persona, seguida de sentir un dolor físico insoportable.

¹⁵ Centro de Investigaciones Sociológicas: Atención a pacientes con enfermedades en fase terminal. Estudio nº 2803. Mayo-junio 2009. Disponible en: http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/2800_2819/2803/es2803.pdf

¹⁶ Serrano del Rosal R, Heredia Cerro A. Actitudes de los españoles ante la eutanasia y el suicidio médico asistido. Rev. Esp. Investig. Sociol. 2018; 161:103-120

¹⁷ Molina Martínez, M.A, Serrano del Rosal R. Regulación de la eutanasia y el suicidio asistido en España ¿Hacia qué modelo se dirige la opinión pública? Arbor: Ciencia, pensamiento y cultura. 2014

¹⁸ Poll Conducted for The Economist. Assisted Dying Research.2015. Disponible en: <https://www.ipsos.com/sites/default/files/migrations/en-uk/files/Assets/Docs/Polls/economist-assisted-dying-topline-jun-2015.pdf>

¹⁹ Ortiz-GonçalvesB, Albarrán Juan E, LabajoGonzálezE, Santiago-SáezA, Perea-Pérez B. Decisiones al final de la vida: resultados del cuestionario validado por expertos. Gaceta Sanitaria. 2018; 32(4):333-8

²⁰ Metroscopia. Encuesta 2019. Disponible en: <https://metroscopia.org/8865-2/>

²¹ Rodríguez-Calvo MS, Soto JL, Martínez-Silva MI, Vázquez-Portomeñe F, Muñoz-Barús JI. Actitudes hacia la eutanasia y el suicidio medicamente asistido en estudiantes universitarios españoles. Rev. Bioét.. 2019; 27(3): 490-9

INFORME DE LA COMISIÓN DEONTOLÓGICA SOBRE LA PROPOSICIÓN DE LEY DE LA EUTANASIA

En el Colegio de Médicos de Bizcaya²² se obtuvo el 82,8% se mostraba a favor de regular la eutanasia frente al 72,4% el SMA. El 48,6% consideraban que la eutanasia solo debería aplicarla un médico frente al 15,9% que señalaba que también podría aplicarla enfermería. El 27,48% solicitarían la Objeción de Conciencia (OC) en caso de que se regulara.

En el Colegio de Médicos de Tarragona²³ el 91% estaría a favor de la regulación de la eutanasia frente al 84% SMA. El 45% consideraban que la eutanasia solo debería aplicarla un médico frente al 25% que señalaba que también podría aplicarla enfermería. El 31% solicitarían la OC en caso de que se regulara.

En el Colegio de Médicos de Las Palmas²⁴ el 81,9% estaría a favor de la regulación de la eutanasia frente al 68,5% SMA. El 57,5% consideraban que la eutanasia solo debería aplicarla un médico frente al 13,1% que señalaba que también podría aplicarla enfermería. El 28,4% solicitarían la OC en caso de que se regulara

En el Colegio de Médicos de Madrid²⁵ el 86,49% estaría a favor de la regulación de la eutanasia. El 64,6% consideraban que la eutanasia solo debería aplicarla un médico frente al 15,4% que señalaba que también podría aplicarla enfermería. El 37,6% solicitarían la OC.

En el ámbito de la enfermería, un estudio realizado en 2012 por Tamayo²⁶ et al. en Andalucía mostraba que el 21.4% de las enfermeras encuestadas había tenido solicitudes de eutanasia alguna vez frente al 7,8% por suicidio asistido. Con respecto a la regulación el 70% se mostraba a favor de la eutanasia frente al 65% del SMA. Con relación a las actitudes el 54% se mostraba a favor de participar en la aplicación de la eutanasia frente al 47,3% en el SMA.

En 2014 un estudio²⁷ realizado en el ámbito de atención primaria de Asturias a 514 enfermeras mostraba que el 87,75% estaban a favor de la regulación de la eutanasia frente al 62,06% al SMA, encontrando que las creencias religiosas influían en todas las cuestiones planteadas en su investigación.

En 2019 el Colegio Oficial de Enfermería de la Rioja²⁸ llevó a cabo un estudio entre sus colegiados, el cual mostraba que el 88% de las enfermeras pensaba que cada persona podía escoger cómo y cuándo debe morir, y el 84% que es mejor el fallecimiento que no tener una buena calidad de vida. El 81% de los enfermeros de La Rioja creía que toda la sociedad debía participar en el debate sobre la eutanasia, señalando que la principal razón para solicitarla era el miedo a perder la autonomía física completa, seguido de depender de otras personas. El 83,3% se mostraba a favor de la regulación de la eutanasia frente al 67,4% del SMA. Con respecto a la aplicación de la eutanasia, el 31,1% señalaba que cualquier profesional de la medicina y enfermería podría aplicarla, frente al 30,7% que refería que cualquiera (médico, enfermera o persona cercana al paciente), mientras el 25% que sólo un médico debería realizar tal acción. El 26,6% solicitarían la objeción de conciencia si se regulase.

²² Colegio de Médicos de Bizkaia. <https://www.cmb.eus/informe-encuesta-eutanasia-y-suicidio-medicamento-asistido-del-cmb>

²³ Colegio de Médicos de Tarragona. https://www.comt.org/images/stories/InformeEutanasia_def.pdf

²⁴ Colegio de Médicos de Las Palmas. <https://www.medicoslaspalmas.es/index.php/colegio/institucion/fundamentos/eutanasia>

²⁵ Colegio de Médicos de Madrid.

<file:///C:/Users/audio/Downloads/Resultados%20encuesta%20Colegio%20de%20M%C3%A9dicos%20de%20Madrid.pdf>

²⁶ Tamayo Velázquez MI, Simón Lorda P, Cruz M. Euthanasia and physician-assisted suicide: Knowledge, attitudes and experiences of nurses in Andalusia (Spain). *Nursing Ethics*. 2012;19(5): 677-91

²⁷ Cornejo Sánchez C, Fernández Prieto P, Gómez Fernández P, García García M, Losada García A, Del Castillo Arévalo F. Las enfermeras comunitarias ante el derecho a morir. *Enfermería comunitaria*. 2014; 4(2): 6-20.

²⁸ Colegio de Enfermería de la Rioja. http://www.colegioenfermeriarioja.org/fileadmin/noticias/Estudio_completo_nuevo.pdf

5. ASPECTOS DEONTOLÓGICOS

La enfermera tiene el deber deontológico de prestar una atención correcta al final de la vida del paciente, requiriendo una formación adecuada y asegurando unos cuidados de calidad.

Los códigos deontológicos son las guías de conducta profesional obligatorias que contienen los compromisos éticos, que los profesionales contraen públicamente para garantizar a la sociedad un adecuado nivel de calidad de los servicios profesionales. Dichos códigos se caracterizan porque deben ser dinámicos, deben incorporar los avances científicos y sobre todo, van a estar condicionados por los valores y principios de la época (importancia de su actualización).

En ese sentido, en el Código Deontológico de la Enfermería Española²⁹ aprobado en 1989 no hay una referencia específica con relación a la eutanasia. Lo que sí queda reflejado en el Capítulo III en los derechos de los enfermos y los profesionales de enfermería es el derecho a la vida, los cuidados paliativos y la objeción de conciencia. También en el Capítulo X de normas comunes en el ejercicio de la profesión hace referencia a evitar tratamientos fútiles (véase tabla 1)

ARTÍCULO	CÓDIGO DEONTOLÓGICO DE LA ENFERMERÍA ESPAÑOLA
16	<i>En su comportamiento profesional, la enfermera tendrá presente que la vida es un derecho fundamental del ser humano y por tanto deberá evitar realizar acciones conducentes a su menoscabo o que conduzcan a su destrucción.</i>
18	<i>Ante un enfermo terminal, la enfermera/o, consciente de la alta calidad profesional de los cuidados paliativos, se esforzará por prestarle hasta el final de su vida, con competencia y compasión, los cuidados necesarios para aliviar sus sufrimientos. También proporcionará a la familia la ayuda necesaria para que puedan afrontar la muerte cuando esta ya no pueda evitarse.</i>
22	<i>De conformidad con lo dispuesto en el artículo 16.1 de la Constitución Española, la Enfermera/o tiene, en el ejercicio de su profesión, el derecho a la objeción de conciencia que deberá ser debidamente explicitado ante cada caso concreto. El Consejo General y los Colegios velarán para que ningún Enfermero/a pueda sufrir discriminación o perjuicio a causa del uso de ese derecho.</i>
55	<i>La Enfermera/o tiene la obligación de defender los derechos del paciente ante malos tratos físicos o mentales, y se opondrá por igual a que se le someta a tratamientos fútiles o a que se le niegue la asistencia sanitaria.</i>

Tabla 1. Artículos del CD de la Enfermería Española relacionados con el proceso de muerte

A nivel autonómico tres Comunidades han redactado distintos Códigos de Ética y Deontología que recogen de forma explícita cuestiones relacionadas con los cuidados al final de la vida y la eutanasia (véase tabla 2):

- El Código de Ética de las Enfermeras en Cataluña³⁰ (2013) refleja el respeto a los valores propios de buena muerte del paciente en base a la legislación vigente.
- El Código de ética y Deontología de las Enfermeras en Navarra³¹, al igual que el catalán, recoge un artículo específico sobre la muerte en base a la legislación vigente.
- El Código de Ética y Deontología de Enfermeras en Valencia³² (2019) es el único que hace referencia expresa a la prohibición de la ayuda a morir.

²⁹ Código Deontológico de la Enfermería Española. <https://www.codem.es/codigo-deontologico>

³⁰ Código de Ética de las enfermeras y enfermeros de Cataluña. <https://www.coib.cat/ca-es/actualitat-professional/codi-etica.html>

³¹ Código de Ética y Deontología de la Enfermería de Navarra. <https://www.enfermerianavarra.com/codigo-deontologico>

³² Código de Ética y Deontología de la Enfermería de la Comunidad Valenciana. <http://portalcecova.es/codigo-deontologico>

CD AUTONÓMICO	ARTÍCULOS
CATALUÑA	<p>27. <i>La enfermera, en el marco de la legislación vigente, vela por que en el proceso de final de vida se respeten las creencias y valores que han dado sentido a la vida de la persona atendida y porque muera de acuerdo con su propio ideal de buena muerte.</i></p> <p>28. <i>La enfermera acompaña la persona atendida en todo el proceso de final de vida, le proporciona el máximo confort y bienestar posible y procura facilitar el apoyo adecuado a la familia y/o personas significativas.</i></p> <p>29. <i>La enfermera tiene la responsabilidad de participar en la toma de decisiones clínicas sobre el final de la vida con el equipo de salud y la persona atendida, o con la familia y/o personas significativas cuando la persona atendida no puede decidir o así lo desea. Es especialmente importante que aporte su valoración profesional ante las decisiones relacionadas con la adecuación y/o limitación del esfuerzo terapéutico, el rechazo al tratamiento y la sedación.</i></p> <p>30. <i>La enfermera, en el marco de la legislación vigente, vela por que se respete la planificación anticipada de decisiones sanitarias o las voluntades anticipadas, en caso de que la persona atendida así lo haya expresado y/o dispuesto.</i></p>
NAVARRA	<p>Artículo 13. <i>Final de la vida En el proceso de final de la vida, la enfermera respetará las creencias y valores que han dado sentido a la vida de la persona atendida, y facilitará los medios necesarios para que la muerte sea de acuerdo a su idea de buena muerte, respetando la normativa vigente. La buena muerte debe ser reconocida y manejada correctamente, integrando la experiencia técnica con una orientación humanística y ética, proporcionando una muerte serena, tolerable, sin dolor y con la menor angustia y ansiedad que sea posible, asumiendo la trascendencia que tiene para la persona cerrar su ciclo vital y la necesidad de garantizar el acompañamiento espiritual en el transcurso de la enfermedad.</i></p> <p>Artículo 14. <i>Voluntades anticipadas La enfermera debe garantizar el cumplimiento de la voluntad del paciente, expresadas directamente, a través de su representante o mediante directrices anticipadas, siempre que sean legítimas y estén dentro de la legalidad y del ámbito de sus funciones.</i></p> <p>Artículo 15. <i>Limitación del Soporte Vital. La enfermera, como miembro del equipo multidisciplinar de salud, participará en la toma de decisiones clínicas sobre el final de la vida de la persona atendida. Si la enfermera no estuviera de acuerdo con la decisión adoptada por el equipo, lo deberá manifestar, pero ello no le exime de garantizar la continuidad de los cuidados básicos o garantizar que los realice otra enfermera.</i></p>
VALENCIA	<p>Artículo 18. <i>Muerte en Paz. La enfermera no provocará deliberadamente el fallecimiento de ninguna persona/paciente, ni siquiera en el supuesto que lo solicite de manera expresa.</i></p> <p>Artículo 19. <i>Voluntades anticipadas. La enfermera debe conocer y respetar la legislación vigente respecto a los documentos de voluntades anticipadas o a las directrices conocidas del paciente o su representante. La enfermera corroborará o comprobará en la historia clínica la existencia del documento de voluntades anticipadas.</i></p> <p>Artículo 20. <i>Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET). En cuestiones relativas a la limitación del esfuerzo terapéutico, la enfermera se atendrá a lo expresamente previsto en los protocolos de actuación al efecto si existieran y, en todo caso, a lo que dicte su conciencia moral y su experiencia profesional. En el supuesto que la enfermera no compartiera el criterio del equipo asistencial, podrá negarse a cumplir dicho protocolo y así lo hará saber a todos sus miembros. No obstante, administrará los cuidados básicos hasta poder garantizar la continuidad de los cuidados por otra enfermera.</i></p>

Tabla 2. Regulación de los cuidados al final de la vida en los CD autonómicos

6. ASPECTOS LEGALES

La primera Proposición de Ley³³ Orgánica sobre la eutanasia fue planteada el 30 de enero de 2017 por el Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos cuyo objetivo era regular el derecho que asiste a las personas a solicitar y recibir ayuda médica para poner fin a su vida en los supuestos especificados, los deberes del personal sanitario al respecto y las garantías que las instituciones sanitarias han de ofrecer. A efectos de esa ley, lo referido a la eutanasia resultará de aplicación al suicidio médicamente asistido.

Posteriormente, el 8 de septiembre de ese mismo año, el parlamento de Cataluña presentaba la Proposición de Ley³⁴ de reforma de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, de despenalización de la eutanasia y la ayuda al suicidio (Orgánica) cuyo objetivo era la modificación del apartado 4 del artículo 143 del Código Penal, el cual refleja lo siguiente: 4. *“El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo.»*

La tercera propuesta legislativa³⁵ se presentó el 3 de mayo de 2018 por el grupo parlamentario socialista cuyo objetivo era regular el derecho que corresponde a las personas a solicitar y recibir ayuda para morir cuando concurren las circunstancias previstas en la misma, el procedimiento que ha de seguirse y las garantías que han de observarse. Asimismo, determinaba los deberes del personal sanitario que atendiera a esas personas, definiendo su marco de actuación, y regulando las obligaciones de las administraciones e instituciones concernidas para asegurar el correcto ejercicio del derecho reconocido en dicha ley.

Por último, el 31 de enero de 2020 se aprobó admitir a trámite la propuesta de ley³⁶ orgánica de regulación de la eutanasia presentada por el grupo parlamentario socialista cuyo objetivo es regular el derecho que corresponde a toda persona que cumpla las condiciones exigidas a solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir, el procedimiento que ha de seguirse y las garantías que han de observarse. Se compone de una exposición de motivos, 5 capítulos, 2 disposiciones adicionales, una disposición derogatoria y 4 disposiciones finales.

³³ Boletín Oficial de las Cortes Generales: Proposición de Ley Orgánica sobre la eutanasia. www.congreso.es 30 de enero de 2017. En línea. Disponible en: http://www.congreso.es/public_oficiales/L12/CONG/BOCG/B/BOCG-12-B-77-1.PDF

³⁴ Boletín Oficial de las Cortes Generales: Proposición de Ley de reforma de Ley Orgánica 10/1995 del código penal de despenalización de la eutanasia y la ayuda al suicidio (Orgánica) www.congreso.es 8 de septiembre de 2017. En línea. Disponible en: http://www.congreso.es/public_oficiales/L12/CONG/BOCG/B/BOCG-12-B-154-1.PDF

³⁵ Boletín Oficial de las Cortes Generales: Proposición de Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia. www.congreso.es 21 de mayo de 2018. En línea. Disponible en: http://www.congreso.es/public_oficiales/L12/CONG/BOCG/B/BOCG-12-B-270-1.PDF

³⁶ Boletín Oficial de las Cortes Generales: Proposición de Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia. www.congreso.es 31 de enero de 2020. En línea. Disponible en: http://www.congreso.es/public_oficiales/L14/CONG/BOCG/B/BOCG-14-B-46-1.PDF

El Capítulo I se establece su objeto y ámbito de aplicación, así como las definiciones del texto.

El Capítulo II establece los requisitos para que las personas puedan solicitar la prestación de ayuda para morir y las condiciones para su ejercicio: *Toda persona mayor de edad y en plena capacidad de obrar y decidir puede solicitar y recibir dicha ayuda, siempre que lo haga de forma autónoma, consciente e informada, y que se encuentre en los supuestos de enfermedad grave e incurable o de enfermedad grave, crónica e invalidante causante de un sufrimiento físico o psíquico intolerables. Se articula también la posibilidad de solicitar esta ayuda a través de un documento de instrucciones previas.*

El Capítulo III va dirigido a regular el procedimiento que se debe seguir para la realización de la prestación de ayuda para morir y las garantías que han de observarse. Destaca la creación de una Comisión de Control y Evaluación.

El Capítulo IV establece los elementos que permite garantizar a toda la ciudadanía el acceso en condiciones de igualdad a la prestación, incluyéndola en la cartera del Sistema Nacional de Salud, incluyendo tanto centros públicos como privados. Se regula también el derecho de los profesionales sanitarios directamente implicados a ejercer la Objeción de Conciencia.

El Capítulo V regula las comisiones de Control y Evaluación que deberán crearse en todas las comunidades.

Las disposiciones adicionales consideran que fallecen por muerte natural quienes solicitan ayuda para morir al amparo de dicha ley.

Por último, en sus disposiciones finales modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, con el objeto de despenalizar todas aquellas conductas eutanásicas en los supuestos establecidos por dicha ley.

Una vez contextualizada la situación legislativa en torno a la eutanasia y el suicidio médicamente asistido, procederemos a realizar un análisis de la citada ley.

CAPÍTULO I

Artículo 1. Objeto.

El objeto de esta ley es regular el derecho que corresponde a toda persona que cumpla las condiciones exigidas a solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir, el procedimiento que ha de seguirse y las garantías que han de observarse.

Artículo 2. Ámbito de aplicación.

Esta ley será de aplicación a todas las personas físicas o jurídicas, públicas o privadas, que actúen o se encuentren en territorio español. A estos efectos, se entenderá que una persona jurídica se encuentra en territorio español cuando tengan domicilio social, sede de dirección efectiva, sucursal, delegación o establecimiento de cualquier naturaleza en territorio español.

Artículo 3. Definiciones

A los efectos de lo previsto en esta ley, se entiende por:

a) «Consentimiento informado»: la conformidad libre, voluntaria y consciente del o la paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que, a petición suya, tenga lugar una de las actuaciones descritas en el párrafo f.

***Consideraciones Comisión Deontológica:** pensamos que el consentimiento se debe establecer como un proceso de comunicación que requiere la competencia, voluntariedad, validez y autenticidad para considerarlo adecuado.*

b) «Enfermedad grave, crónica e invalidante»: situación que resulta de una persona afectada por limitaciones que inciden directamente sobre su autonomía física, así como sobre su capacidad de expresión y relación, y que llevan asociadas un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable, existiendo seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones vaya a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable.

***Consideraciones Comisión Deontológica:** creemos que se debe contemplar el sufrimiento total, y las limitaciones deben establecerse de forma plenamente seguras.*

c) «Enfermedad grave e incurable»: toda alteración del estado de la salud provocada por un accidente o enfermedad, originados independientemente de la voluntad del o la paciente, que lleva asociada sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable y en la que existe un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva.

***Consideraciones Comisión Deontológica:** creemos que se debe contemplar el concepto de sufrimiento total y evitar el contexto de fragilidad progresiva (riesgo de pendiente resbaladiza)³⁷.*

d) «Médico responsable» o «Médica responsable»: facultativo o facultativa que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del o la paciente, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, y sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales.

***Consideraciones Comisión Deontológica:** sería conveniente especificar a qué profesionales hacen referencia, y a qué obligaciones.*

³⁷ Van den Berg V, Van Thiel G, Zomers M, Hartog I, Leget C, Sachs A, et al. Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in Patients with Multiple Geriatric Syndromes. JAMA Intern Med. 2020

e) «Médico consultor» o «Médica consultora»: facultativo o facultativa con formación en el ámbito de las patologías que padece el o la paciente y que no pertenece al mismo equipo del médico o médica responsable.

***Consideraciones Comisión Deontológica:** entendemos que es importante incluir mejor un ESPECIALISTA CONSULTOR con la posibilidad de que este sea, por ejemplo, una enfermera paliativista. Será conveniente también especificar la necesidad de que el especialista consultor posea formación y competencias específicas en cuestiones sobre final de vida.*

f) «Objeción de conciencia sanitaria»: 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.

***Consideraciones Comisión Deontológica:** ampliar la definición....derecho individual de los profesionales sanitarios directamente implicados a no participar, (ejecutar o cooperar) en las demandas de actuación sanitaria reguladas en esta ley (eutanasia/SMA) por motivos de conciencia (moral o religiosa). Es considerada una forma de proteger la libertad ideológica recogida en el artículo 16.1 de la Constitución Española, y como derecho de los profesionales sanitarios también recogido en los distintos códigos deontológicos.*

g) «Prestación de ayuda para morir»: acción derivada de proporcionar los medios necesarios a una persona que cumple los requisitos previstos en esta ley y que ha manifestado su deseo de morir. Dicha prestación se puede producir en dos modalidades:

i. La administración directa al o la paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario competente.

***Consideraciones Comisión Deontológica:** sería necesario nombrar directamente el tipo de ayuda a morir, en este primer caso eutanasia, y quién es el profesional sanitario competente, médico/enfermera (importancia de definir las funciones).*

ii. La prescripción o suministro al o la paciente por parte del profesional sanitario competente de una sustancia, de manera que esta se la pueda auto administrar, ya sea en el propio centro sanitario o en su domicilio, para causar su propia muerte.

***Consideraciones Comisión Deontológica:** necesario nombrar directamente el concepto como SMA y quién es el profesional competente, médico/enfermera que prescribe y suministra la sustancia.*

g) «Situación de incapacidad de hecho»: situación en la que él o la paciente carecen de entendimiento y voluntad suficiente para gobernar su vida por sí mismo de forma autónoma, sin que necesariamente haya resolución judicial de incapacitación.

CAPÍTULO II

Derecho de las personas a solicitar la prestación de ayuda para morir y requisitos para su ejercicio

Artículo 4. Derecho a solicitar la prestación de ayuda para morir.

1. Se reconoce el derecho de toda persona que cumpla los requisitos previstos en esta ley a solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir.

2. La decisión de solicitar la prestación de ayuda para morir ha de ser una decisión autónoma, entendiéndose por tal aquella que está fundamentada en el conocimiento sobre los hechos más relevantes de su proceso médico, después de haber sido informada adecuadamente por el médico o médica responsable. Debe quedar constancia de esa información en la historia clínica del o la paciente.

Consideraciones Comisión Deontológica: El conocimiento de los hechos, ¿relevantes para el paciente o solo el médico?, y debe ser de su proceso asistencial (no solo médico), en el que la decisión debe estar incluida en un proceso deliberativo entre el equipo sanitario.

Artículo 5. Requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir.

1. Para poder recibir la prestación de ayuda para morir será necesario que la persona cumpla todos los siguientes requisitos:

a) Tener la nacionalidad española o residencia legal en España, mayoría de edad y ser capaz y consciente en el momento de la solicitud.

b) Disponer por escrito de la información que exista sobre su proceso médico, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, incluida la de acceder a cuidados paliativos.

Consideraciones Comisión Deontológica: debería especificar el haber realizado por parte del equipo responsable un proceso deliberativo con el paciente y familia sobre su diagnóstico, posibilidades terapéuticas y resultados esperables, así como asegurar su acceso a unos cuidados paliativos adecuados, asegurándose de que comprende la información que se le facilita, incluyendo la misma por escrito.

c) Haber formulado dos solicitudes de manera voluntaria y por escrito, dejando una separación de al menos quince días naturales entre ambas.

Consideraciones Comisión Deontológica: pensamos que es un plazo de tiempo muy breve teniendo en cuenta cuáles serán los resultados de la decisión.

Si el médico o la médica responsable considera que la muerte de la persona solicitante o la pérdida de su capacidad para otorgar el consentimiento informado son inminentes, podrá aceptar cualquier periodo menor que considere apropiado en función de las circunstancias clínicas concurrentes, de las que deberá dejar constancia en la historia clínica del o la paciente.

Consideraciones Comisión Deontológica: entendemos que bajo la premisa de que las decisiones a tomar se hagan en un proceso deliberativo del equipo asistencial, en este caso, sea también el equipo responsable (no solo el médico).

d) Sufrir una enfermedad grave e incurable o padecer una enfermedad grave, crónica e invalidante en los términos establecidos en esta ley, certificada por el médico o médica responsable.

e) Prestar consentimiento informado previamente a recibir la prestación de ayuda para morir. Dicho consentimiento se incorporará a la historia clínica del o la paciente.

Consideraciones Comisión Deontológica: como hemos señalado anteriormente, entendemos que el consentimiento informado se debe establecer como un proceso comunicativo, no como un mero acto documental. Deberá quedar constancia en historia clínica que se ha establecido dicho proceso de comunicación, junto con la incorporación final del documento.

2. No será de aplicación lo previsto en el apartado anterior en aquellos casos en los que el médico o médica responsable certifique que él o la paciente está incurso en situación de incapacidad de hecho permanente, cumpla lo previsto en el apartado 1.d) anterior y haya suscrito con anterioridad un documento de instrucciones previas o documento equivalente, en cuyo caso, se podrá facilitar la prestación de ayuda para morir conforme a lo dispuesto en dicho documento.

Consideraciones Comisión Deontológica: en situación de incapacidad, el único documento válido para consultar si el paciente previamente competente había suscrito una solicitud de ayuda a morir es el Documento de Instrucciones Previas o Voluntades Anticipadas.

La valoración de la situación de incapacidad de hecho por el médico o la médica responsable se hará conforme a los protocolos de actuación que se determinen por el Consejo Interterritorial del sistema Nacional de Salud.

Consideraciones Comisión Deontológica: la valoración de la situación de incapacidad debería ser realizada por el equipo responsable, no solo por el médico.

Artículo 6. Requisitos de la solicitud de prestación de ayuda para morir.

1. La solicitud de prestación de ayuda para morir a la que se refiere el artículo 5.1.c) deberá hacerse por escrito, debiendo estar el documento fechado y firmado por el o la paciente solicitante.

En caso de encontrarse este impedido físicamente para fechar y firmar el documento otra persona mayor de edad y plenamente capaz podrá fecharlo y firmarlo en su presencia. Dicha persona ha de mencionar el hecho de que quien demanda la prestación de ayuda para morir no se encuentra en condiciones de firmar el documento e indicar las razones.

Consideraciones Comisión Deontológica: es poco garantista puesto que podría haber conveniencia, ver instrucciones previas y ese testigo puntual quién sería.

2. El documento deberá firmarse en presencia de un profesional sanitario que lo rubricará. Si no es el médico o la médica responsable, lo entregará a este o esta. El escrito deberá incorporarse a la historia clínica del o la paciente....

Consideraciones Comisión Deontológica: *el profesional que participe como testigo deberá formar parte del proceso deliberativo previo para corroborar que no hay coacción*

3. El solicitante de la prestación de ayuda para morir podrá revocar su solicitud en cualquier momento, incorporándose su decisión en su historia clínica. Asimismo, podrá pedir el aplazamiento de la administración de la ayuda para morir.

4. En los casos previstos en el artículo 5.2, la solicitud de prestación de ayuda para morir podrá ser presentada al médico o médica responsable por otra persona mayor de edad y plenamente capaz, acompañándolo del documento de instrucciones previas o documento equivalente suscrito previamente por el o la paciente....

Consideraciones Comisión Deontológica: *solo deberían ser válidas solicitudes a través de un DIP y presentado por el representante que figure en el documento del paciente.*

Artículo 7. Denegación de la prestación

1. Las denegaciones de la prestación de ayuda para morir deberán realizarse siempre por escrito y de manera motivada por el médico o médica responsable, salvo que la misma derive del ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria prevista en el artículo 16.

2. Contra dicha denegación, la persona solicitante o, ante la situación de incapacidad de hecho de este, la persona que de acuerdo a lo previsto en el artículo 6.4 hubiera presentado la solicitud en su nombre, podrán presentar en el plazo máximo de cinco días hábiles una reclamación ante la Comisión de Control y Evaluación competente. El médico o la médica responsable que deniegue la solicitud está obligado a informarles de esta posibilidad.

3. El médico o la médica responsable que deniegue la solicitud de la prestación de ayuda para morir, con independencia de que se haya formulado o no una reclamación ante la Comisión de Control y Evaluación competente, deberá remitir en el plazo de quince días después de recibida la solicitud, los dos documentos especificados en el artículo 12, adaptando el documento segundo de modo que incluya los datos clínicos relevantes para la evaluación del caso y el motivo de la denegación.

Consideraciones Comisión Deontológica: *se debería incluir que la denegación de la prestación de ayuda para morir será por incumplimiento de los requisitos establecidos (art.5.1) en la presente ley, pudiendo participar también en la valoración la enfermera/o responsable.*

CAPÍTULO III

Procedimiento para la realización de la prestación de ayuda para morir

Artículo 8. Procedimiento a seguir por el médico o médica responsable cuando exista una solicitud previa de prestación de ayuda para morir.

1. Una vez recibida la solicitud de prestación de ayuda para morir a la que se refiere el artículo 5.1.c), el médico o la médica responsable en el plazo máximo de 2 días, una vez verificados que se cumplen los requisitos previstos en el artículo 5.1, a), c) y d), realizará con él o la paciente solicitante un proceso deliberativo sobre su diagnóstico, posibilidades terapéuticas y resultados esperables, así como sobre posibles cuidados paliativos, asegurándose de que comprende la información que se le facilita. Sin perjuicio de que dicha información sea explicada por el médico o médica responsable directamente al paciente, la misma deberá facilitarse igualmente por escrito.

***Consideraciones Comisión Deontológica:** se debe incluir al equipo responsable (médico/enfermera...) en la valoración de la solicitud, al igual que su participación en el proceso deliberativo, incluyendo a la familia siempre que el paciente lo aceptara.*

2. Transcurridas veinticuatro horas tras la finalización del proceso deliberativo al que se refiere el apartado anterior, el médico o la médica responsable recabará del o la paciente solicitante su decisión de continuar o decaer de la solicitud de prestación de ayuda para morir. En el caso de que él o la paciente manifestara su deseo de continuar con el procedimiento, el médico o médica responsable deberá comunicar esta circunstancia al equipo asistencial, si lo hubiere, especialmente a los y las profesionales de enfermería, así como en el caso de que así lo solicitara el o la paciente, a los familiares o allegados que señale. Igualmente, deberá recabar del o la paciente la firma del documento del consentimiento informado.

En el caso de que el o la paciente decidiera decaer de su solicitud, el médico o médica responsable pondrá este hecho igualmente en conocimiento del equipo asistencial, si lo hubiere.

***Consideraciones Comisión Deontológica:** creemos necesario ampliar el plazo de 24h para tomar la decisión, al igual que no se puede pensar en la inexistencia de un equipo asistencial. Con relación a ello, es necesaria la incorporación de la ENFERMERA en el proceso de toma de decisiones desde el principio, no al final de una decisión tomada entre médico-paciente. Es el único párrafo en toda la ley en que aparece la figura explícita de la enfermera, sin señalar tampoco papel/funciones, con las implicaciones que tendría en la práctica clínica.*

3. El médico o la médica responsable deberá consultar a un médico o médica consultor quien tras estudiar la historia clínica y examinar al paciente, deberá corroborar el cumplimiento de las condiciones establecidas en el artículo 5.1, en el plazo máximo de diez días naturales, a cuyo efecto redactará un informe que pasará a formar parte de la historia clínica del o la paciente. Las conclusiones de dicho informe deberán ser comunicadas al paciente solicitante.

Consideraciones Comisión Deontológica: se debe incluir un EQUIPO CONSULTOR, en el que al menos haya 2 profesionales (médico/enfermera), al igual que se establece en la Comisión de Evaluación y Control.

4. Una vez cumplido lo previsto en los apartados anteriores, el médico o la médica responsable, antes de la realización de la prestación de ayuda a morir, lo pondrá en conocimiento del presidente o presidenta de la Comisión de Evaluación y Control competente al efecto de que se realice el control previo previsto en el artículo 10.

No obstante, se podrá llevar a cabo dicha prestación de ayuda a morir sin el citado control previo en los casos excepcionales de muerte o pérdida de capacidad inminentes apreciados por el médico o médica responsable, en cuyo caso se procederá de la forma prevista en el artículo 12.

Consideraciones Comisión Deontológica: se debe definir quien compone LA COMISIÓN DE EVALUACIÓN Y CONTROL (bioeticistas, paliativistas, derecho, y sobre todo carácter interprofesional). Creemos que es una fortaleza con respecto a otras legislaciones existentes, el que todos los casos se evalúen por la Comisión de Evaluación y Control para asegurar el cumplimiento exquisito de los requisitos establecidos en la citada ley, para evitar posibles irregularidades o supuestos dudosos. En el caso señalado excepcional de muerte inminente, para aliviar los posibles síntomas refractarios que presente el paciente estaría indicada la sedación paliativa, sin ser necesaria la anticipación de la prestación de ayuda a morir. Por otro lado, en los casos de posible pérdida de capacidad inminentes, se podrían dejar reflejados sus deseos y valores con respecto a la ayuda a morir en un documento de instrucciones previas, sin ser necesario de nuevo la anticipación del proceso sin la correspondiente evaluación.

Artículo 9. Procedimiento a seguir cuando se aprecie que existe una incapacidad de hecho.

En los casos previstos en el artículo 5.2 el médico o la médica responsable está obligado a aplicar lo previsto en las instrucciones previas o documento equivalente.

Consideraciones Comisión Deontológica: en los casos que cumplan los requisitos y criterios contemplados en el artículo 5, se deberán respetar los deseos expresados en el documento de instrucciones previas aplicando la práctica solicitada.

Artículo 10. Control previo por parte de la Comisión de Evaluación y Control

1. Una vez recibida la comunicación médica a que se refiere el artículo 8.4, párrafo primero, el presidente o la presidenta de la Comisión de Evaluación y Control designará en los dos días siguientes a dos miembros de la misma, para que, con carácter previo al pronunciamiento definitivo posterior del órgano colegiado, comprueben si, a su juicio, concurren los requisitos y condiciones establecidos para el correcto ejercicio del derecho a solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir.

***Consideraciones Comisión Deontológica:** la comisión debería estar formada por un equipo interprofesional (médicos, enfermeras, psicólogos) expertos en final de vida (imprescindible los equipos de paliativos), bioeticistas y derecho (medicina legal, abogados).*

2. Para el adecuado ejercicio de sus funciones, los dos miembros de la comisión designados tendrán acceso a la documentación que obre en la historia clínica y podrán entrevistarse con el médico o médica responsable o con el personal que actúe bajo la dirección de este o esta, así como con la persona solicitante.

***Consideraciones Comisión Deontológica:** el resto de los profesionales que trabajen con el médico responsable no están bajo su dirección, son profesionales con competencias propias por lo que será clave también su inclusión durante el proceso de evaluación. Creemos que debería poner que podrán entrevistarse con el médico o médica responsable junto al equipo sanitario, así como la persona solicitante.*

3. En el plazo máximo de siete días naturales, y una vez evaluado el cumplimiento de lo previsto en esta ley, los miembros designados elevarán a la Comisión una propuesta para la aprobación, o en su caso denegación de la solicitud de prestación de ayuda para morir. El contenido de la citada propuesta no vinculará el sentido de la resolución definitiva de la Comisión.

4. La resolución definitiva de la Comisión deberá ponerse, en el plazo más breve posible, en conocimiento del médico o médica responsable que realizó la comunicación para proceder, en su caso, a realizar la prestación de ayuda a morir.

5. Las resoluciones de la Comisión que informen desfavorablemente la solicitud de la prestación de ayuda para morir podrán ser recurridos ante la jurisdicción contencioso-administrativa.

Artículo 11. Realización de la prestación de ayuda a morir.

1. Una vez recabada la resolución positiva por parte de la Comisión de Evaluación y Control competente, la realización de la prestación de ayuda para morir debe hacerse con el máximo cuidado y profesionalidad por parte de los profesionales sanitarios.

Consideraciones Comisión Deontológica: *debería contemplar expresamente qué profesionales sanitarios, y definir sus funciones.*

En el caso de que él o la paciente se encuentre consciente, éste deberá comunicar al médico o médica responsable la modalidad en la que quiere recibir la prestación de ayuda para morir...

Consideraciones Comisión Deontológica: *pensamos que se debería definir desde el principio si la prestación que solicita el enfermo al equipo responsable es SMA o eutanasia.*

2. En los casos en los que la prestación de ayuda para morir lo sea conforme a la forma descrita en el artículo 3.g.i) el médico o médica responsable, así como el resto de profesionales sanitarios, asistirán al paciente hasta el momento de su muerte.

Consideraciones Comisión Deontológica: *se debería detallar claramente a que se corresponde, es decir, en los casos en que el paciente solicita la eutanasia.*

Por otra parte, el acompañamiento por parte del resto de profesionales sanitarios, ¿a quienes hacen referencia?, y a la hora de la preparación y administración del fármaco letal, ¿¿quién la realiza???

3. En el supuesto contemplado en el artículo 3.g.ii) el médico o médica responsable, así como el resto de profesionales sanitarios, tras prescribir la sustancia que el propio paciente se autoadministrará, mantendrá la debida tarea de observación y apoyo a este hasta el momento de su fallecimiento...

Consideraciones Comisión Deontológica: *se debería detallar claramente a que se corresponde, es decir añadir el concepto SMA. Por otra parte, ¿a quienes hacen referencia con el resto de profesionales sanitarios?, y ¿qué funciones tendrían durante el proceso?.*

En los países en los que está regulado el suicidio asistido, como Oregón³⁸ se ha visto que de los casos en que los pacientes solicitan el SMA, en torno al 2% de los pacientes terminales, de las 2217 prescripciones que se han hecho desde su regulación en 1998 hasta el 2018 se han producido 1459 muertes por SMA, lo que corresponde al 65,81% de los pacientes que tras solicitar la ayuda a morir, y recibir la prescripción del fármaco finalmente se toman la medicación letal. El mantener por parte de los profesionales esa vigilancia hasta su fallecimiento podría considerarse como una forma de ejercer presión o coacción para llevar a cabo la autoadministración de la medicación letal. Lo que creemos es que lo que se deberá mantener siempre es un acompañamiento y continuidad de cuidados.

³⁸ Oregon Death with Dignity Act 2018 Data Summary. Public Health Division, Center for Health Statistics. 2018

Artículo 12. Comunicación a la Comisión de Control y Evaluación tras la realización de la prestación de ayuda a morir.

Una vez realizada la prestación de ayuda para morir, y en el plazo máximo de cinco días hábiles después de esta, el médico o la médica responsable deberá remitir a la Comisión de Control y Evaluación de su comunidad o ciudad autónomas los siguientes dos documentos separados e identificados con un número de registro:

***Consideraciones Comisión Deontológica:** volvemos a remarcar la importancia de especificar quién conforma esas comisiones de control.*

a) El primer documento, sellado por el médico o la médica responsable, referido como “documento primero», deberá recoger los siguientes datos:

- I. Nombre completo y domicilio de la persona solicitante de la ayuda para morir y, en su caso, de la persona autorizada que lo asistiera.**
- II. Nombre completo, dirección y número de identificación profesional (número de colegiado o equivalente) del médico o médica responsable.**
- III. Nombre completo, dirección y número de identificación profesional del médico o médica consultor cuya opinión se ha recabado.**
- IV. Si la persona solicitante disponía de un documento de instrucciones previas o documento equivalente y en él se señalaba a un o una representante, nombre completo del mismo. En caso contrario, nombre completo de la persona que presentó la solicitud en nombre del o el paciente incapacitado de hecho.**

***Consideraciones Comisión Deontológica:** volvemos a remarcar la importancia del equipo consultor y que en situación de incapacidad solo se debe contemplar las solicitudes a través de un documento de instrucciones previas.*

b) El segundo documento, referido como «documento segundo», deberá recoger los siguientes datos:

- I. Sexo y edad de la persona solicitante de la ayuda para morir.**
- II. Fecha y lugar de la muerte.**
- III. Tiempo transcurrido desde la primera y la última petición hasta la muerte de la persona.**
- IV. Descripción de la patología padecida por la persona solicitante (enfermedad grave e incurable o enfermedad grave, crónica e invalidante).**
- V. Naturaleza del sufrimiento continuo e insoportable padecido y razones por las cuales se considera que no tenía perspectivas de mejoría.**
- VI. Información sobre la voluntariedad, reflexión y reiteración de la petición, así como sobre la ausencia de presión externa.**
- VII. Si existía documento de instrucciones previas o documento equivalente, una copia del mismo.**
- VIII. Procedimiento seguido por el médico o la médica responsable y el resto del equipo de profesionales sanitarios para realizar la ayuda para morir.**
- IX. Capacitación de las y los médicos consultores y fechas de las consultas.**

***Consideraciones Comisión Deontológica:** volvemos a remarcar la importancia de especificar los profesionales que participan durante el procedimiento, al igual que la capacitación debe ser del equipo consultor.*

Artículo 14. Medidas para garantizar la prestación de ayuda para morir por los servicios de salud.

1. Con el fin de asegurar la igualdad y calidad asistencial de la prestación de ayuda para morir, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud deberá elaborar en el plazo de tres meses a contar desde la entrada en vigor de la ley un manual de buenas prácticas con los que sirva para orientar la correcta puesta en práctica de esta ley.

Asimismo, en este mismo plazo deberá elaborar los protocolos a los que se refiere el artículo 5.2

***Consideraciones Comisión Deontológica:** pensamos que no es suficiente la elaboración de un manual de buenas prácticas para llevar a cabo el procedimiento con las garantías necesarias, siendo necesario implementar un programa formativo específico para los profesionales sanitarios implicados.*

Artículo 16. Ejercicio del derecho a la objeción de conciencia sanitaria por las y los profesionales sanitarios implicados en la prestación de ayuda para morir.

1. Las y los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de ayuda para morir tendrán el derecho de ejercer su objeción de conciencia sanitaria.

El rechazo o la negativa a realizar la citada prestación por razones de conciencia es una decisión individual del profesional sanitario directamente implicado en su realización, la cual deberá manifestarse anticipadamente y por escrito.

2. Las administraciones sanitarias crearán un Registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la ayuda para morir, en el que se inscribirán las declaraciones de objeción de conciencia para la realización de la misma y que tendrá por objeto facilitar la necesaria información a la administración sanitaria para que esta pueda garantizar una adecuada gestión de la prestación de ayuda para morir...

***Consideraciones Comisión Deontológica:** creemos sería controvertido crear un registro a nivel de las administraciones, siendo más adecuado plantear la posibilidad a través de los colegios profesionales.*

CAPITULO V

Comisiones de Control y Evaluación

Artículo 17. Creación y composición.

1. Existirá una Comisión de Control y Evaluación en cada una de las comunidades autónomas, así como en las Ciudades autónomas de Ceuta y Melilla.
2. Dichas Comisiones, que tendrán la naturaleza de órgano administrativo, serán creadas por acuerdo de los respectivos Gobiernos autonómicos y del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social en el caso de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, en los que se determinará su régimen jurídico.
3. Cada Comisión de Control y Evaluación deberá crearse y constituirse antes del término del plazo de los tres meses siguientes a la entrada en vigor de esta ley.
4. Cada Comisión de Control y Evaluación deberá disponer de un reglamento de orden interno, que será elaborado por la citada Comisión y autorizado por el órgano competente de la administración autonómica. En el caso de las Ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, la citada autorización corresponderá al Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

Consideraciones Comisión Deontológica: en una ley que ampara a todos los ciudadanos el reglamento de las Comisiones debe ser de carácter nacional (evitar arbitrariedad y posibles sesgos). También se deben establecer unos criterios claros, objetivos para la composición de la Comisión, basados en la importancia de crear equipos interprofesionales (médicos, enfermeras, psicólogos) con formación específica y experiencia en final de vida (imprescindible los equipos de paliativos), bioética y legislación.

Artículo 18. Funciones.

Son funciones de la Comisión de Control y Evaluación las siguientes:

- a) Resolver en el plazo máximo de veinte días naturales las reclamaciones que formulen las personas a las que el médico o la médica responsable haya denegado su solicitud de prestación de ayuda para morir.

En el caso de que la resolución sea favorable a la solicitud de prestación de ayuda para morir, la Comisión de Control y Evaluación competente requerirá a la dirección del centro para que en el plazo máximo de siete días naturales facilite la prestación solicitada a través de otro médico o médica del centro o de un equipo externo de profesionales sanitarios.

Consideraciones Comisión Deontológica: se debería especificar a qué se refiere con equipo externo ¿realizaría el proceso un equipo ajeno al proceso asistencial? y qué profesionales lo conformarían, ¿qué papel tiene la enfermera?.

Artículo 19. Deber de secreto.

Los miembros de las Comisiones de Control y Evaluación estarán obligados a guardar secreto sobre el contenido de sus deliberaciones y a proteger la confidencialidad de los datos personales que, sobre profesionales sanitarios, pacientes, familiares y personas allegadas, hayan podido conocer en su condición de miembros de la Comisión.

Disposición adicional primera. Sobre la causa de muerte.

La muerte producida derivada de la prestación de ayuda para morir tendrá la consideración de muerte natural a todos los efectos.

Consideraciones Comisión Deontológica: pensamos que no se debería tomar como muerte natural para clarificar siempre los conceptos, dejando constancia de muerte tras acto eutanásico.

Disposición final primera. Modificación de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.

Se modifica el apartado 4 del artículo 143 de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, que tendrá la siguiente redacción:

«4. No será punible la conducta del médico o médica que con actos necesarios y directos causare o cooperare a la muerte de una persona, cuando esta sufra una enfermedad grave e incurable o enfermedad grave, crónica e invalidante, en los términos establecidos en la normativa sanitaria...»

Consideraciones Comisión Deontológica: se debería incluir a la enfermera/o ya que es parte también implicada en el proceso.

7. ASPECTOS CLÍNICOS

7.1 PAPEL ENFERMERA

El desarrollo de las Guías de buenas prácticas (GBP) de la Asociación profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO) tiene como compromiso la búsqueda de la excelencia de los cuidados, sirviendo como herramienta para mejorar la toma de decisiones y la atención sanitaria. Las GBP fomentan la coherencia y la excelencia en la atención clínica, educación, prácticas administrativas y políticas sanitarias, plasmándose en mejoras tanto para los pacientes, comunidades como el sistema sanitario.

En el contexto específico en torno al final de vida, en marzo de 2020 se presentó en castellano la GBP *Enfoque paliativo de los cuidados en los últimos 12 meses de vida*³⁹, donde se recogen una serie de recomendaciones basadas en la evidencia para mejorar la prestación de unos cuidados seguros en todos los entornos de práctica en los que haya personas y familias que precisen cuidados paliativos y cuidados de final de vida. Contiene 11 recomendaciones que abordan: cuidados seguros en las áreas psicosocial, espiritual y cultural; planificación y prestación de cuidados interprofesionales; y estrategias para dar apoyo a los profesionales sanitarios que ofrecen cuidados paliativos y cuidados al final de la vida

Dichas recomendaciones están planteadas para poder implantarse como parte de unos cuidados holísticos, lo que requiere por parte de las enfermeras y el equipo interprofesional una capacitación, formación y competencias básicas en cuidados paliativos, distinguiendo 2 niveles:

- Competencias pertinentes a las enfermeras en todos los ámbitos de la práctica
- Competencias pertinentes a las enfermeras especializadas en cuidados paliativos

Los contenidos básicos son los relacionados con los principios de los cuidados paliativos; Seguridad y Humildad culturales; Comunicación; Optimización del bienestar y la calidad de vida; Planificación de los cuidados y práctica colaborativa; Últimos días y horas; Pérdida, aflicción y duelo; Autocuidado; Formación y evaluación; Práctica ética y profesional donde se recogen los siguientes aspectos (tabla 3)

PRÁCTICA ÉTICA Y PROFESIONAL
Anticipa y aborda las cuestiones éticas y jurídicas que pueden plantearse al atender a personas con enfermedades que limitan su vida
Identifica y respeta los deseos de las personas en relación con sus opciones y preferencias de cuidados
Respeta las decisiones de la persona sobre si desea empezar o no, suspender o cancelar intervenciones...
Reconoce cuando las creencias, las actitudes y los valores personales limitan su capacidad de estar presente y proporcionar una atención centrada en la persona...
Demuestra conocer y ser competente en la legislación y políticas pertinentes en el ámbito final vida
Sabe distinguir conceptos éticos y legales como: principio de doble efecto, sedación paliativa y asistencia médica en la muerte (eutanasia y SMA)

³⁹ Guía de Buenas Prácticas Clínicas: Enfoque paliativo de los cuidados en los últimos 12 meses de vida. RNAO. 2020

Responde a cuestiones relacionadas con la asistencia médica en la muerte de conformidad con las directrices y normas pertinentes del organismo regulador
Accede a los recursos relevantes para orientar éticamente situaciones complejas y pone en práctica las posibles resoluciones

Tabla 3. Competencias Básicas de práctica ética y profesional de la GBP RNAO.

Los contenidos de las competencias de enfermeras especializadas en cuidados paliativos, en concreto las relacionados con la práctica ética y profesional quedan recogidas en la tabla 4.

PRÁCTICA ÉTICA Y PROFESIONAL
Aplica una comprensión integral de las normas jurídicas, éticas y profesionales contemporáneas a la prestación de cuidados paliativos de calidad
Facilita la discusión y el manejo de las cuestiones éticas y legales junto con la persona, su familia y su equipo de cuidados
Participa en debriefing sobre cuestiones éticas y legales de forma individual y en equipos con los profesionales apropiados
Influye activamente y promueve iniciativas estratégicas de cuidados paliativos y elaboración de políticas

Tabla 4. Competencias específicas

En este sentido la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) junto con la Asociación Española de Enfermería en Cuidados Paliativos (AECPAL) también estableció en 2013⁴⁰ la necesidad de desarrollar niveles de capacitación como proceso formativo para dar respuesta a las situaciones que afrontan las enfermeras dependiendo de los ámbitos de actuación en el que se preste cuidado de pacientes en final de vida y sus familiares, desarrollando 3 niveles de capacitación, dependiendo de la complejidad a la que se tengan que enfrentar los profesionales (tabla 5):

NIVEL BÁSICO (PREGRADO)	NIVEL INTERMEDIO (CURSOS POSTGRADO)	NIVEL AVANZADO (ESPECIALISTA)
Áreas de formación en cuidados paliativos durante la carrera de todas las enfermeras generalistas	Formación continuada de postgrado en aquellos niveles de asistencia en los que se atiende puntualmente a pacientes paliativos y responda a las necesidades de actualización de conocimientos de profesionales en temas específicos.	La obtención de este nivel capacitaría a los profesionales que quisieran formar parte de recursos específicos de asistencia paliativa en todas sus acepciones

Tabla 5. Niveles de Capacitación en Cuidados Paliativos de la SECPAL

Dentro de los contenidos que se empiezan a abordar desde el nivel básico, se contempla la importancia de adquirir habilidades de comunicación; La planificación de los cuidados; El afrontamiento ante la muerte; Aspectos éticos y legales incluyendo la formación en Bioética, principales conflictos éticos, voluntades anticipadas, sedación, eutanasia; Principios de los

⁴⁰ Monografías SECPAL. Competencias enfermeras en cuidados paliativos.2013.

cuidados paliativos y la importancia de definir el papel de la enfermera dentro del equipo multidisciplinar.

En ese sentido, uno de los principales conflictos que surge es la falta de participación de la enfermera en la toma de decisiones al final de la vida, incluida su colaboración en el desarrollo de políticas sanitarias. Estudios⁴¹⁴² realizados sobre el papel de la enfermera en los cuidados al final de la vida, incluyendo la eutanasia y el SMA señalan las grandes carencias existentes tanto en el establecimiento de sus funciones como las responsabilidades derivadas. La ley belga por ejemplo, estipula que las solicitudes de eutanasia deben ser discutidas por el equipo de enfermería que tenga contacto regular con el paciente. Como tal, se espera que la enfermera desempeñe un papel, al menos, durante la etapa de deliberación. No obstante, en la revisión realizada se encontró gran variabilidad tanto en la participación de la enfermera en el proceso deliberativo (100% residencias; 58,6% hospitales; 44,4% domicilios), como su participación directa en el proceso, en la administración directa del fármaco letal (43% residencias; 13,5% hospital; 0% Domicilios). En el contexto canadiense, sin embargo, incluye desde la participación en la evaluación de la competencia y capacidad del paciente; a proporcionar información sobre ayuda a morir; Coordinar el proceso; Preparar equipos y acceso intravenoso; Coordinar e informar al personal de salud; Documentar; Apoyar a los pacientes y sus seres queridos; Proporcionar cuidados posteriores a la muerte...

Se requiere una mayor participación, educación, orientación y apoyo para participar de manera efectiva y ética con las personas que solicitan ayuda para morir quedando reflejado y definido legislativamente. Algunas de las recomendaciones se recogen en la tabla 6:

RECOMENDACIONES PAPEL ENFERMERA
Para poder participar en el proceso de toma de decisiones se requiere una formación en bioética y cuidados paliativos, incluyendo la ayuda a morir (eutanasia/SMA) si está aprobado, para poder responder a las preguntas de los pacientes y ayudarles a planificar y aclarar sus opciones.
Reflexionar individualmente para poder aclarar los valores personales y las obligaciones profesionales, explorando de forma objetiva las solicitudes de ayuda para morir. (posibilidad de ejercer el derecho a la objeción de conciencia).
Establecer un proceso de comunicación adecuado, sin prejuicios con los pacientes y sus familias, aprendiendo a tener "conversaciones difíciles".
Adecuar la terminología y asegurar una continuidad de cuidados.
Mantener y proteger la confidencialidad de los profesionales y los pacientes
Participar en iniciativas legislativas con relación a los cuidados al final de la vida, especialmente promoviendo la instauración de unos cuidados paliativos adecuados.
Tener el deber ético de estar al tanto de este tema en evolución, e investigar para entender mejor el fenómeno.

Tabla 6. Recomendaciones del papel de la enfermera

⁴¹ Suva G, Penney T, McPherson CJ. Medical Assistance in Dying A Scoping Review to Inform Nurses' Practice. Journal of Hospice & Palliative Nursing. 2019;29(1): 46-53

⁴² Pesut B, Thorne S, Greig M, Fulton A, Janke R, Vis-Dumbar M. Ethical, Policy, and Practice Implications of Nurses' Experiences With Assisted Death. Advances in nursing science. 2019;42(3):216-30

7.2 RESULTADOS ACTITUDES DE LAS ENFERMERAS DE LA COMUNIDAD DE MADRID ANTE LA EUTANASIA

Desde la Comisión Deontológica se llevó a cabo un estudio para conocer la opinión y actitudes de las Enfermeras de la Comunidad de Madrid con respecto a la posible legislación de la eutanasia y el SMA.

Diseño: se desarrolló un estudio observacional, descriptivo, transversal durante los meses de septiembre-noviembre de 2020.

Población de estudio: todas las enfermeras/os colegiados en el Colegio Oficial de Enfermería de Madrid.

Muestreo: No probabilístico por conveniencia para poder facilitar que todos los colegiados expresaran su opinión en un tema donde la enfermería está directamente implicada y se pudieran recoger las distintas sensibilidades e ideologías presentes en el colectivo.

Tamaño muestral: Para calcular el tamaño muestral en función de la población diana (53.000 enfermeras de distinto ámbito), bajo el supuesto de máxima indeterminación (esperando el 50% de proporción), se estimó $N = 382$ con un nivel de confianza del 95% y una precisión estimada del 5%.

Instrumento de medida: se diseñó un cuestionario *ad hoc* estructurado y autoadministrado a través de la plataforma *GoogleForms* constituido por 34 preguntas con variables tipo Likert, dicotómicas, en base a los estudios realizados por otros colegios profesionales para poder comparar los resultados, y en función de aspectos específicos que se recogen en la propuesta legislativa. Se incluyeron 9 ítems relacionados con variables sociodemográficas (sexo, edad, años de experiencia, especialidad, modelo en el que ejerce la actividad principal y ámbito, creencias, formación en Bioética y Cuidados Paliativos); y 25 ítems relacionados con variables cualitativas (opinión y actitudes ante la eutanasia y el SMA). Para evitar sesgos producidos por la posible confusión terminológica, se incluyeron en la carta de presentación inicial 2 definiciones (una sobre eutanasia y otra sobre SMA) a partir de las cuales se desarrollaría posteriormente el resto de las preguntas.

Intervención: A través de la base de datos del Colegio Oficial de Enfermería de Madrid se envió un correo a todos los colegiados informando sobre el objetivo del estudio e invitándoles a participar de forma voluntaria, junto con un enlace para poder acceder a la plataforma online. El enlace a la encuesta se mantuvo abierto durante todo el periodo de estudio en la página web principal del CODEM, volviendo a invitar a los colegiados durante las Jornadas Deontológicas.

Consideraciones éticas: A cada participante se le aseguró la máxima confidencialidad y anonimato, asegurando los principios éticos recogidos en la Declaración de Helsinki. Toda la información recogida fue tratada de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Análisis estadístico: se realizó a través del programa SPSS versión 22.0. Primero se hizo un análisis descriptivo presentando los porcentajes y frecuencias de las variables cualitativas estudiadas. Posteriormente se realizó un análisis inferencial utilizando la prueba de Ji Cuadrado, tomando como significativos valores de $p < 0,05$.

Resultados:

Se obtuvieron un total de 489 encuestas.

Con respecto a las variables sociodemográficas destaca que el 86,3% (422) fueron mujeres, el 25,8% (126) con edad comprendida entre 31-40 años (Figura 1), el 41,3% (202) con más de 20 años de experiencia laboral. (Figura 2)

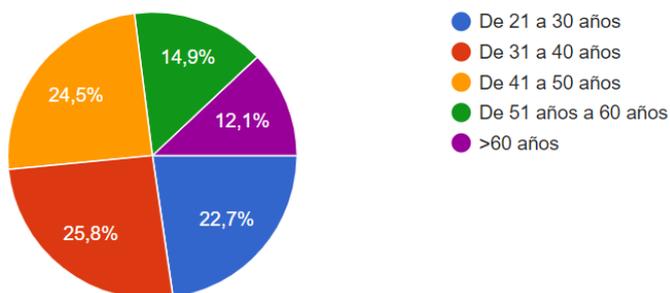


Figura 1. Edad

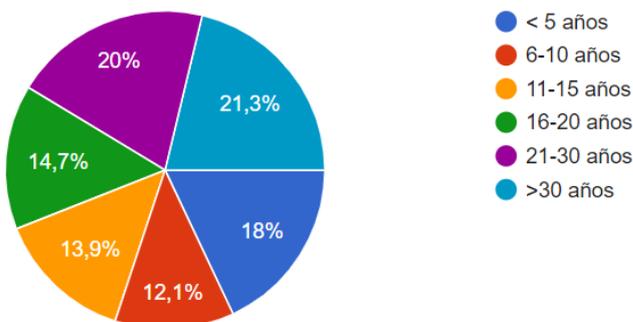


Figura 2. Años de experiencia laboral

El 77,5% (379) no tenían especialidad reconocida (Figura 3), el 78,9% (386) su actividad principal la ejercía en el sistema público (Figura 4), siendo el 68,3% (334) en atención hospitalaria. (Fig.5)

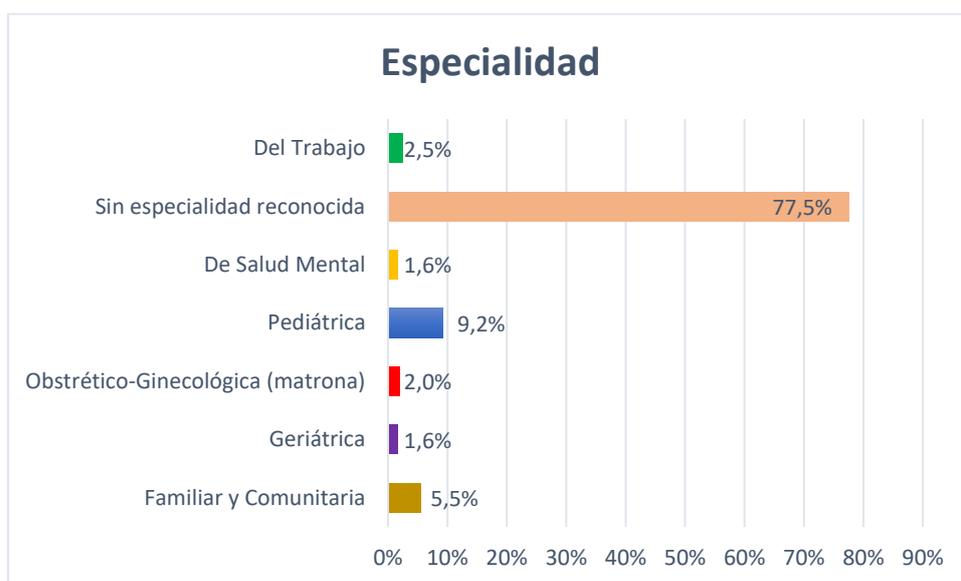


Figura 3. Especialidad

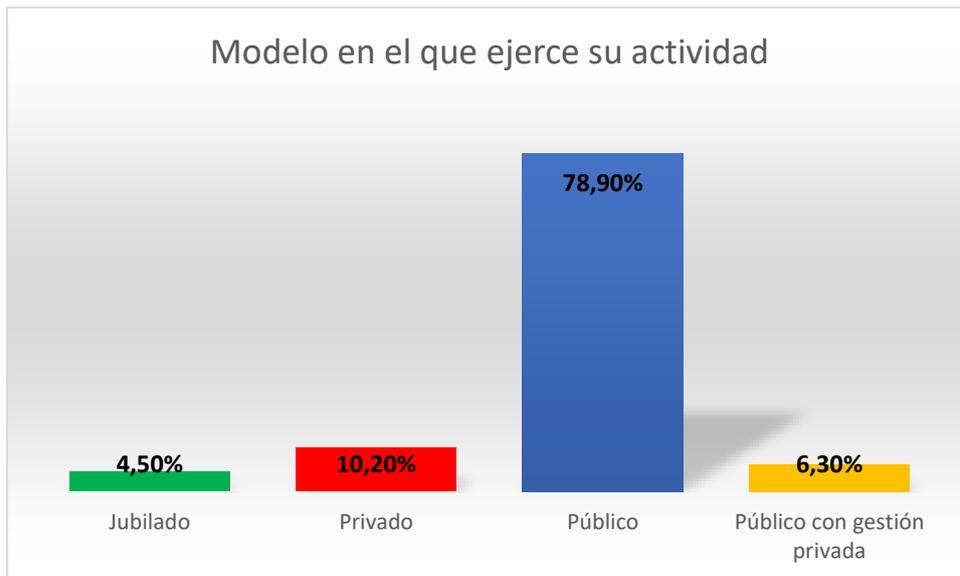


Figura 4. Modelo en el que ejerce su actividad principal.

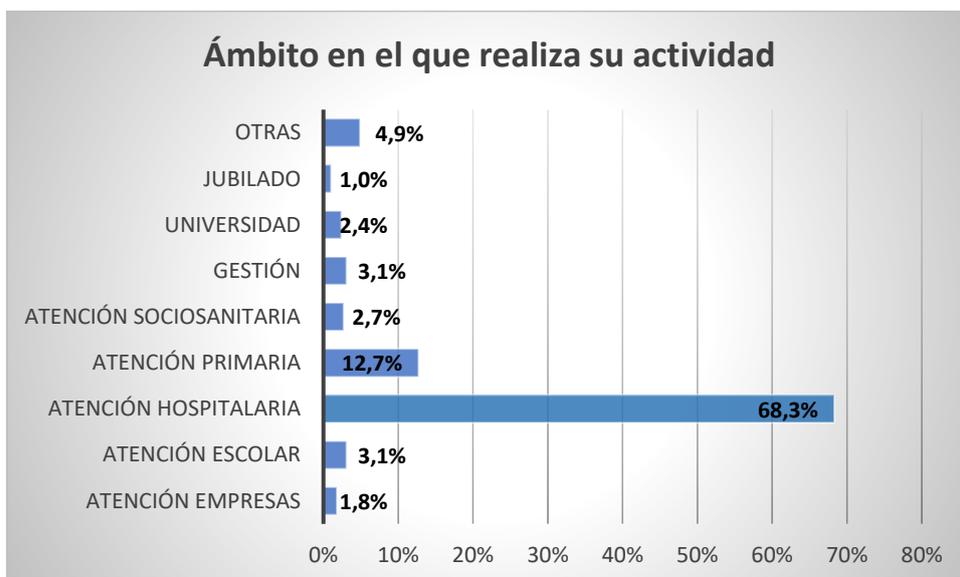


Figura 5. Ámbito en el que ejerce su actividad profesional.

Con respecto a la formación, el 60,7% (297) señalaba tener formación en Bioética durante la carrera (Figura 6), y el 48,3% (236) formación de posgrado en cuidados paliativos. (Figura 7)

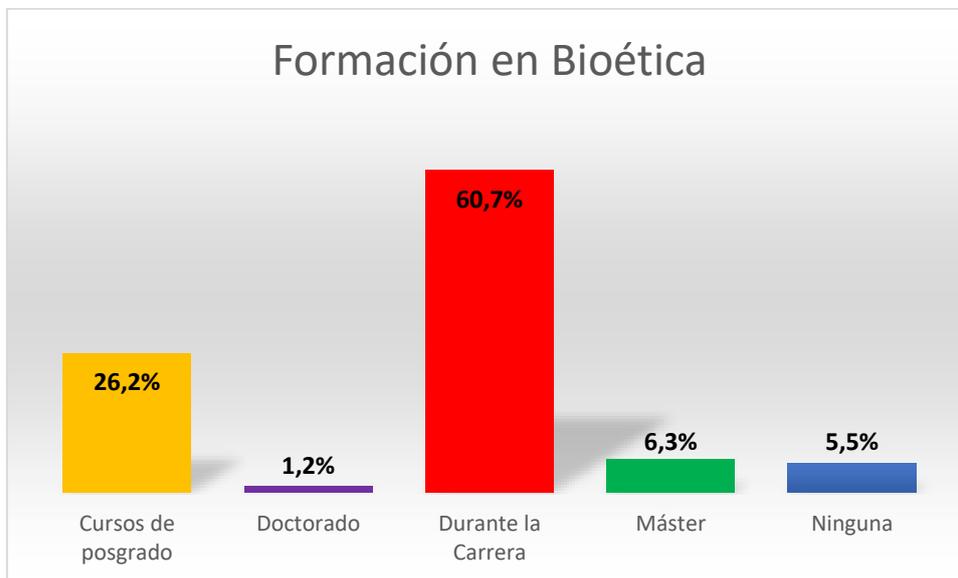


Figura 6. Formación en Bioética

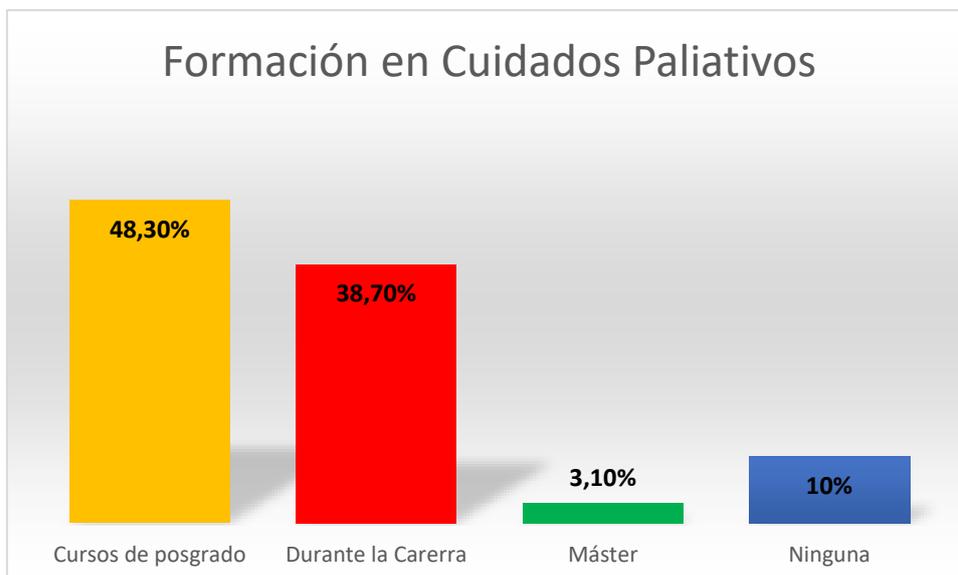


Figura 7. Formación en cuidados paliativos

Con respecto a las creencias el 52,8% (258) se consideraba creyente, señalando el 77,7% (380) que la religión influye en la aptitud frente a la eutanasia de una manera bastante o muy importante. (Figura 8)

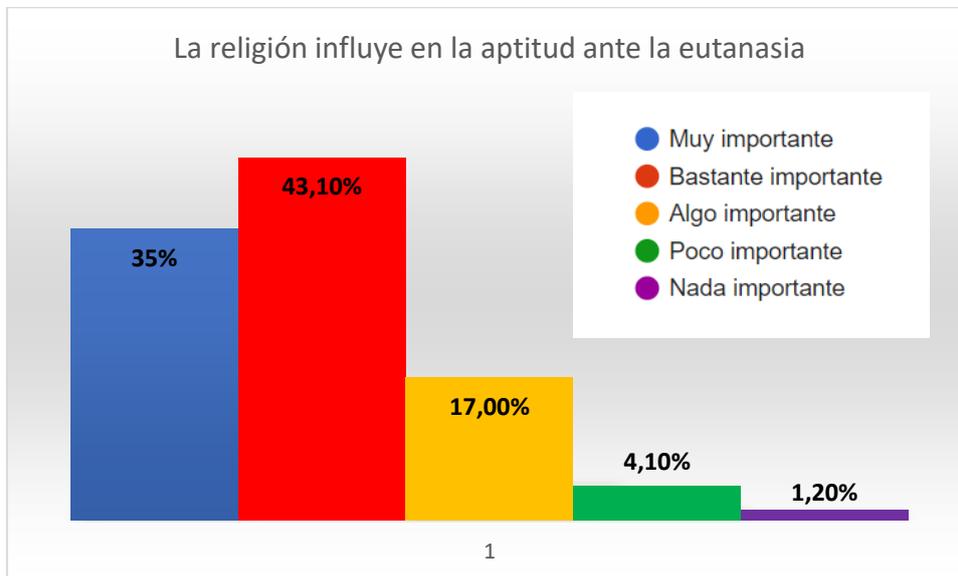


Figura 8. Relación entre las creencias y la aptitud frente la eutanasia

El 42,7% (209) señalaban que el debate de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido debía dirimirse en el ámbito médico/sanitario, de toda la sociedad y la política y el 40,7% (199) de toda la sociedad. (Figura 9)

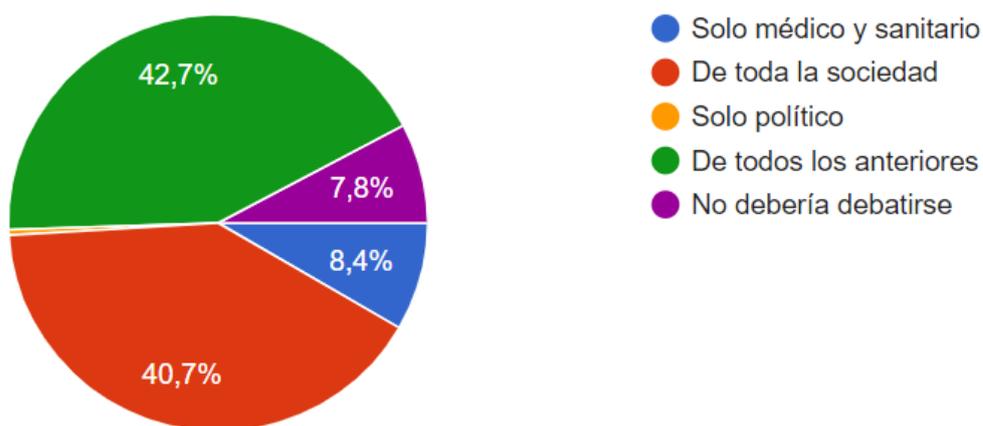


Figura 9. Ámbito donde debe debatirse la eutanasia y el suicidio médicamente asistido

El 59,5% (291) creía que la razón principal que lleva a una persona enferma a solicitar terminar con su vida es la pérdida de autonomía física completa y la libertad como persona, seguida como segunda causa en el 30,7% (150) sentir un dolor físico insoportable. (Figura10)

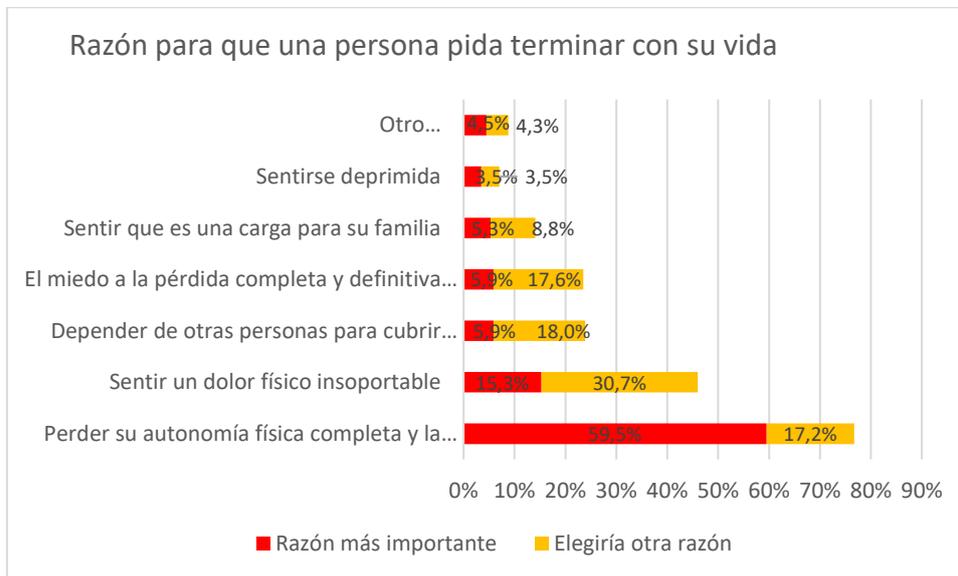


Figura 10. Razones para solicitar una persona enferma terminar con su vida

El 81% (396) creían que cada persona tiene derecho sobre cómo quiere vivir y elegir cómo quiere morir frente al 16,2% (79) que creían que no. (Figura 11)



Figura 11. Creencia sobre el derecho que puede tener una persona sobre cómo quiere vivir y elegir cuándo y cómo quiere morir.

El 75,7% (370) señalaba que la eutanasia debería regularse en España por ley, frente al 22,7% (111) que refería que no. (Figura 12)

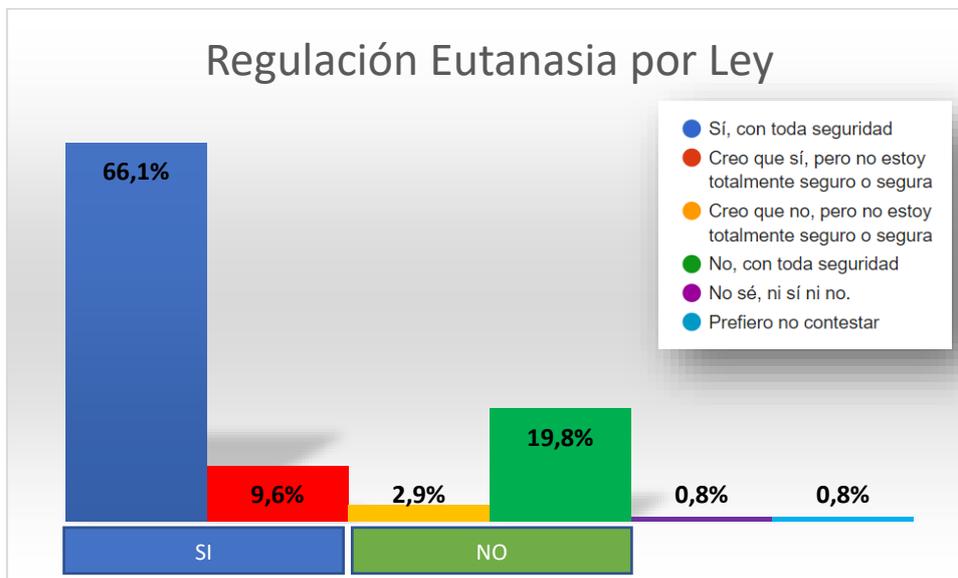


Figura 12. Regulación de la eutanasia por ley en España

El 72,6% (355) creían que debería regularse en España el suicidio médicamente asistido, frente al 25,2% (123) que señalaba que no. (Figura 13)

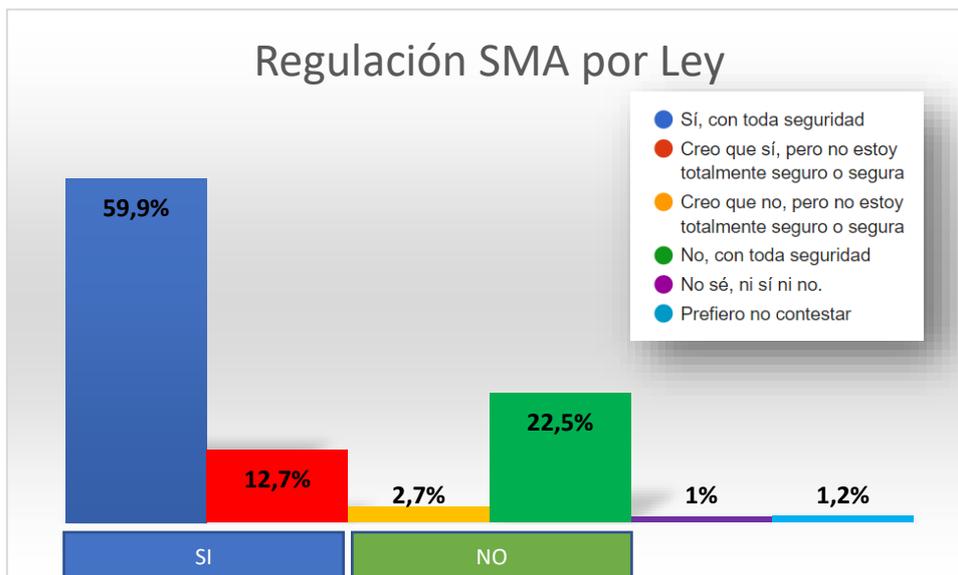


Figura 13. Regulación del suicidio médicamente asistido por ley en España

Ante la solicitud de un paciente de ayuda a morir el 66,3% (324) consideraba que la información sobre la eutanasia o el suicidio médicamente asistido debería realizarse de forma conjunta por parte del médico/a y enfermero/a, frente al 5,7% (28) que señalaba que solamente por parte de un médico/a. (Figura 14)

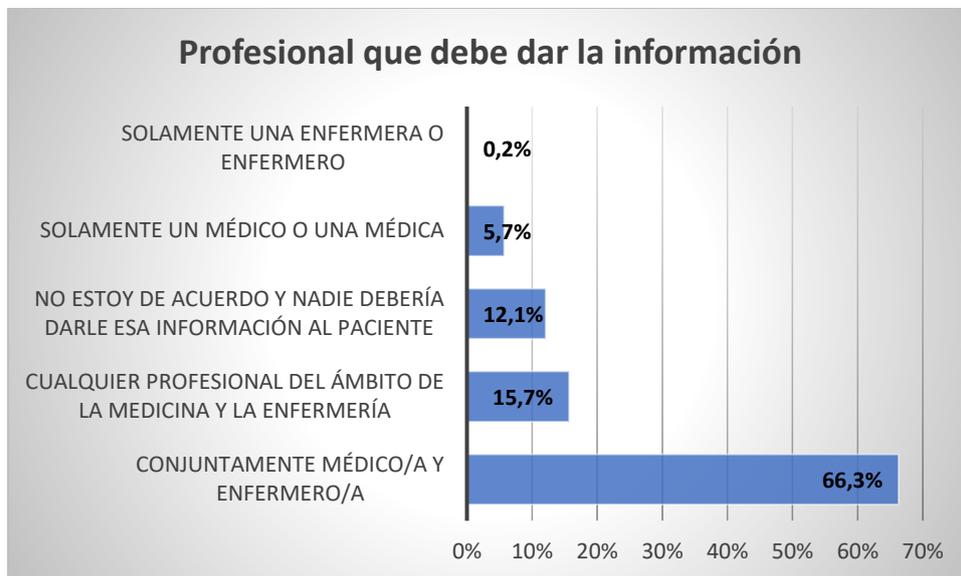


Figura 14. Persona que debe informar sobre la eutanasia o el suicidio médicamente asistido ante la solicitud de un paciente de ayuda a morir.

El 42,3% (207) señalaba que la eutanasia debería aplicarla cualquier profesional del ámbito de la medicina y la enfermería, frente al 3,3% (16) que señalaban que solamente una enfermera/o, y el 8,6%(42) que solo un médico/a (Figura 15)

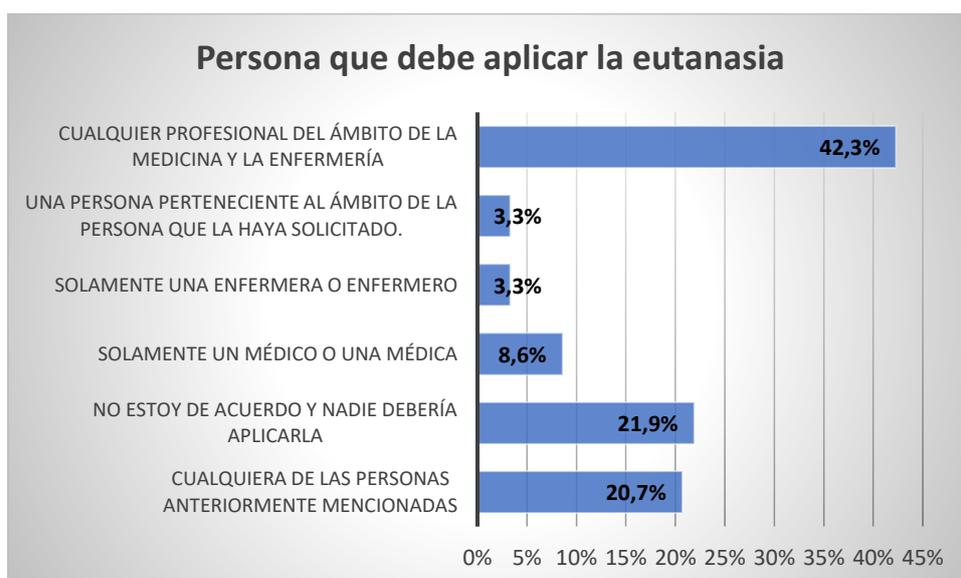


Figura 15. Persona que debe aplicar la eutanasia

El 87,2% (426) señalaban que las enfermeras/os deberían participar orientando e influyendo en la redacción de la ley a través de los colegios profesionales. (Figura 16)

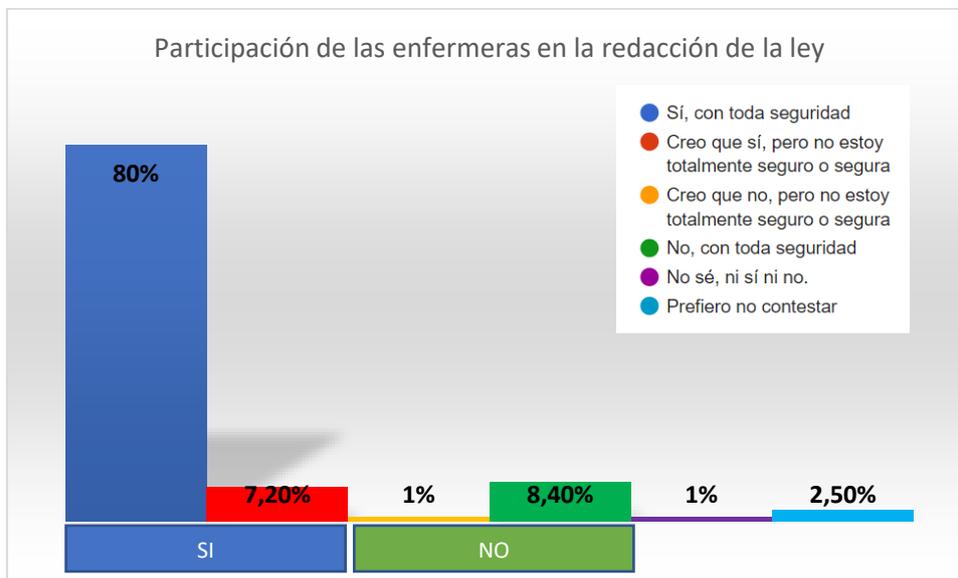


Figura 16. Participación de los enfermeros/as en la redacción de la ley a través de los colegios profesionales.

El 87,5% (428) creían que las enfermeras/os deberían tener derecho a ejercer la objeción de conciencia ante la eutanasia o el SMA. (Figura 17)

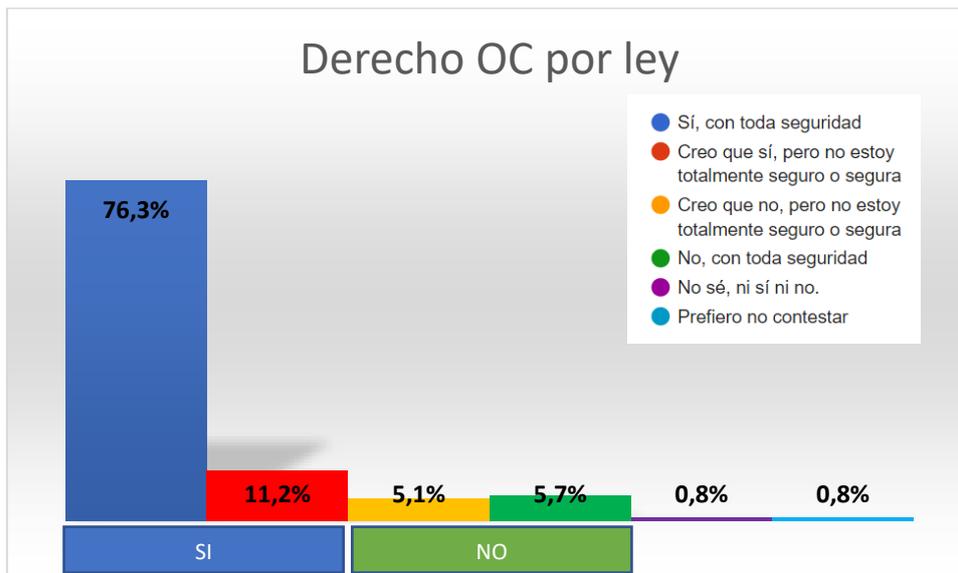


Figura 17. Derecho a ejercer la objeción de conciencia ante la eutanasia o el SMA

Ante la posible aprobación de la ley de eutanasia, el 35% (171) solicitaría la objeción de conciencia frente al 61,9% (303) que no la solicitaría. (Figura 18)

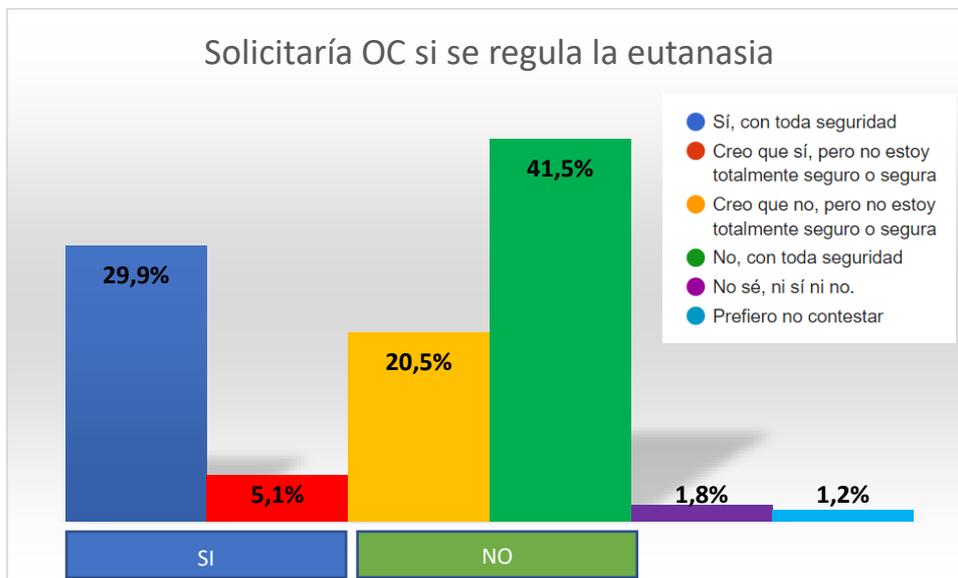


Figura 18. Solicitud de la objeción de conciencia ante la posible regulación de la eutanasia.

En caso de aprobación de la Ley, si como enfermera o enfermero tuviera que administrar directamente al paciente el fármaco letal, el 53,2%(260) no objetaría frente al 44,4%(216) que sí objetaría. (Figura 19)

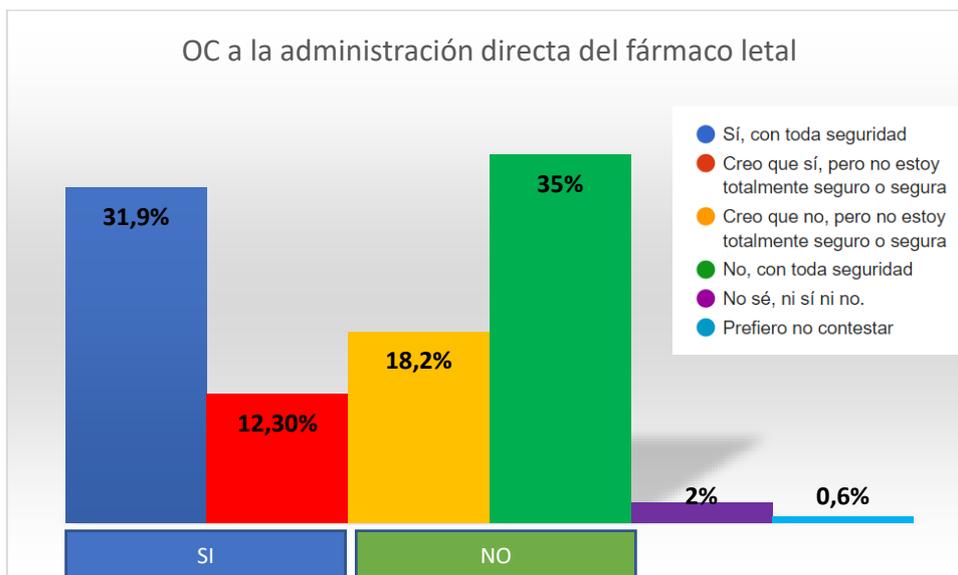


Figura 19. Objeción de conciencia a la administración directa del fármaco letal

Si tuviera que participar en la preparación del fármaco letal pero sin participar en la administración, el 56,6%(277) no objetaría frente al 41,5% (203) que si objetaría.(Figura 20)

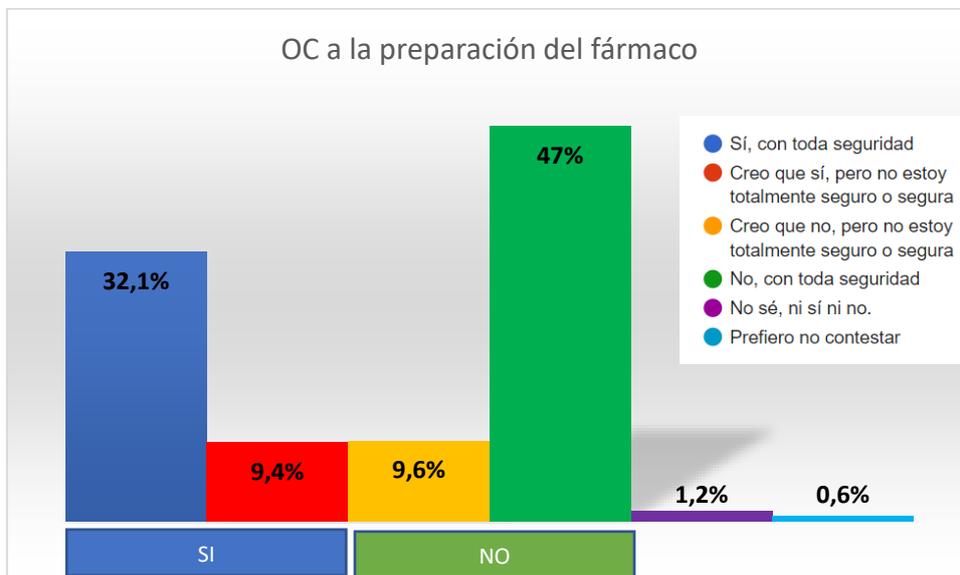


Figura 20. Objeción de conciencia a la preparación del fármaco letal

Si como enfermero/a tuviera que participar tanto en la preparación como en la administración del fármaco letal, el 53,8%(263) no objetaría frente al 44%(215) que si objetaría. (Figura 21)

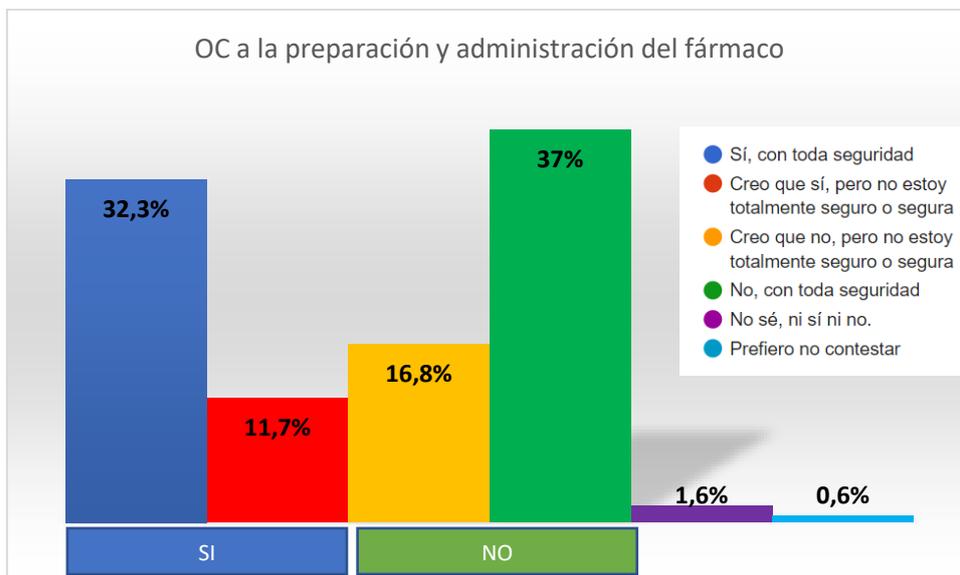


Figura 21. Objeción de conciencia a la preparación y administración del fármaco letal

Si tuviera que acompañar al paciente durante el proceso eutanásico, el 59,3%(290) no objetaría frente al 39,1%(191) que si objetaría.(Figura 22)

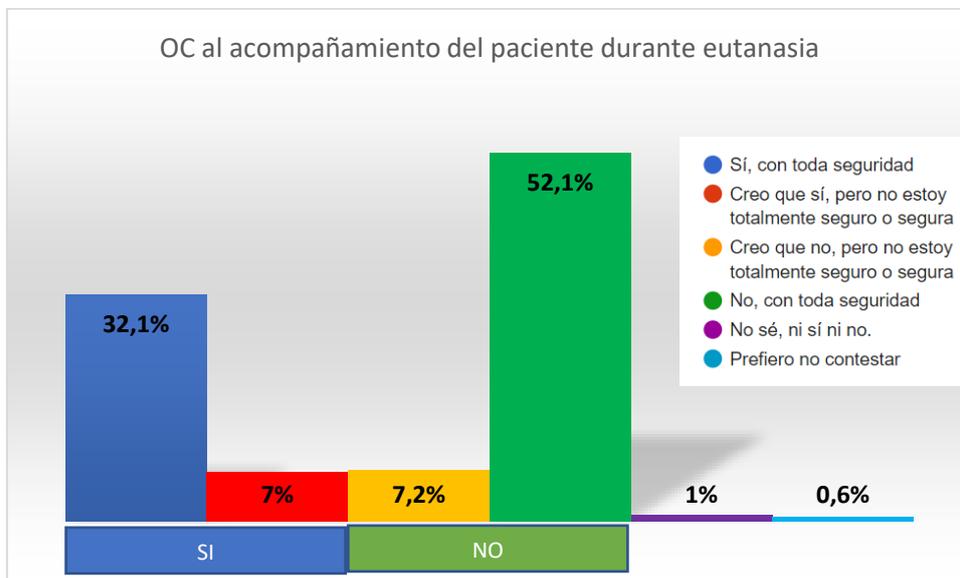


Figura 22. Objeción de conciencia al acompañamiento durante proceso eutanásico

Si tuviera que proporcionar al paciente todos los medios necesarios para que fuera el mismo el que se produjera la muerte, el 55,6%(272) no objetaría, frente al 41,7%(204) que si objetaría. (Figura 23)

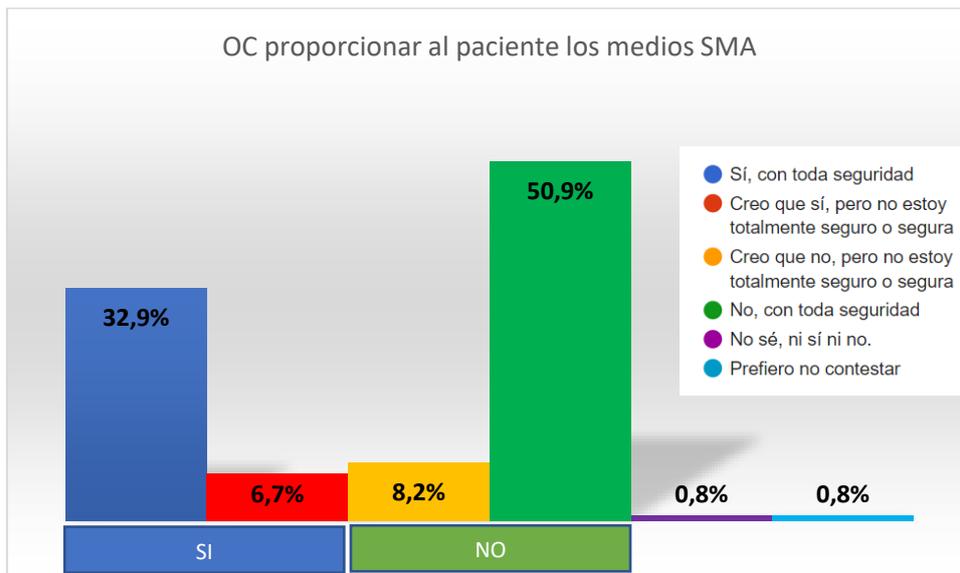


Figura 23. Objeción de conciencia a proporcionar al paciente los medios para SMA

Si tuviera que acompañar al paciente durante el SMA., el 59,1%(289) no objetaría, frente al 39,2%(192) que si objetaría. (Figura 24)

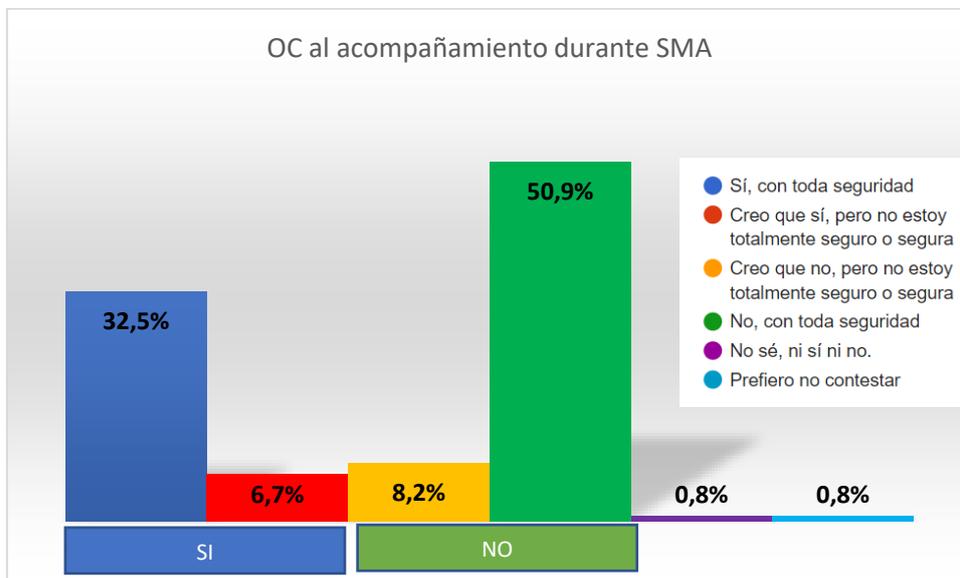


Figura 24. Objeción de conciencia al acompañamiento durante el SMA

Si tuviera que participar en el proceso de diálogo y reflexión ante un paciente que solicita ayuda a morir, el 64,4%(315) no objetaría, frente al 34%(166) que si objetaría. (Figura 25)

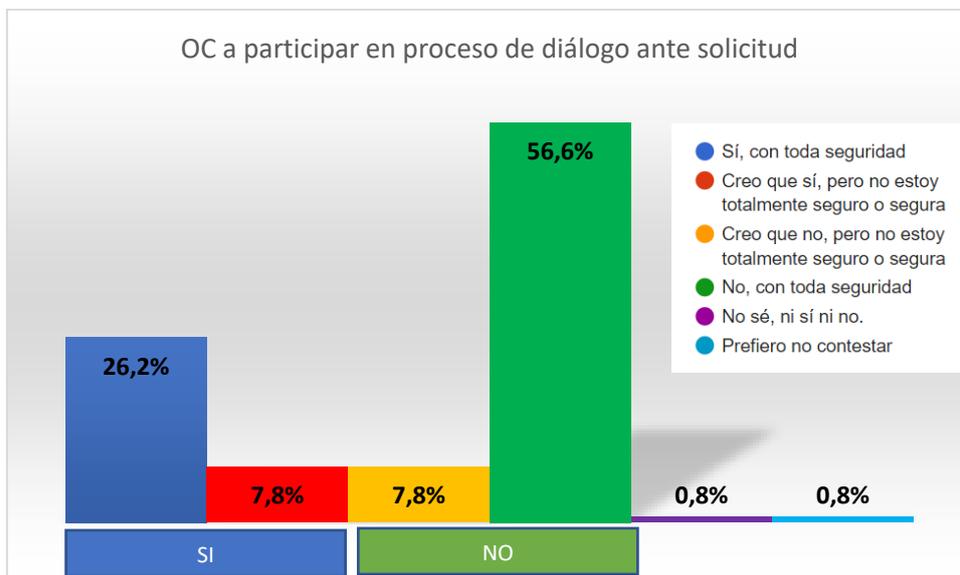


Figura 25. Objeción de conciencia a participar en el proceso de diálogo ante solicitud de ayuda a morir

Si tuviera que participar en el proceso deliberativo con el paciente y la familia sobre su diagnóstico, posibilidades terapéuticas y resultados esperables, así como sobre posibles cuidados paliativos, asegurándose de que comprende la información que se le facilita, incluyendo la misma por escrito, el 63,6%(311) no objetaría, frente al 34,6%(169) que si objetaría. (Figura 26)

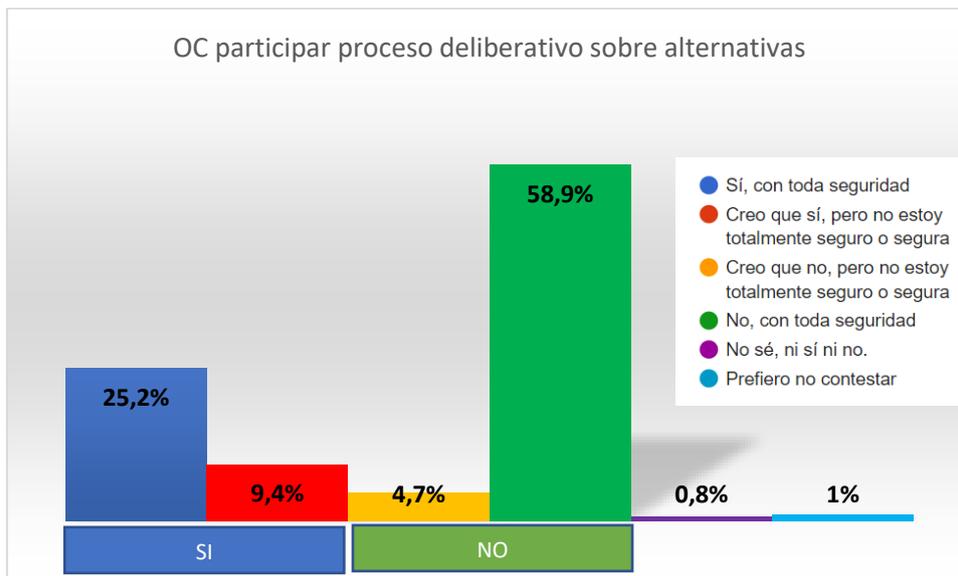


Figura 26. Objeción de conciencia a participar en el proceso deliberativo con paciente y familia

Si tuviera que asesorar y participar con el paciente en la redacción de un documento de instrucciones previas (DIP) que refleje la voluntad de eutanasia si sufriera una situación de incapacidad, el 58,1%(284)no objetaría, frente al 39,5%(193) que si objetaría.(Figura 27)

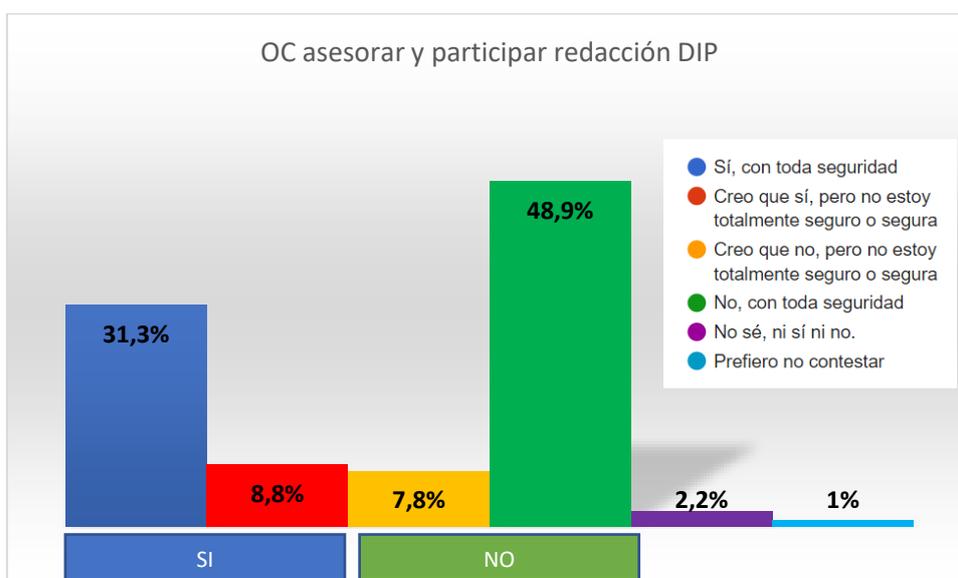


Figura 27. Objeción de conciencia asesorar y participar en la redacción DIP

Si tuviera que participar como testigo del paciente ante la solicitud por escrito de eutanasia o SMA, el 56,7%(277) no objetaría, frente al 40,1%(196) si objetaría. (Figura 28)

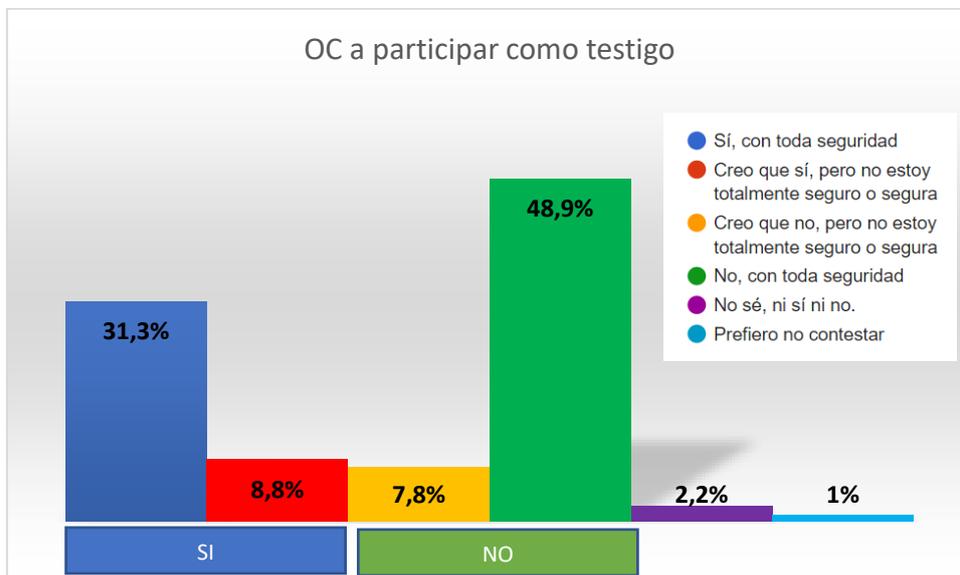


Figura 28. Objeción de conciencia a participar como testigo ante solicitud ayuda a morir

Si tuviera que participar como miembro del equipo consultor para evaluar la idoneidad de las solicitudes de eutanasia o SMA, el 58,1%(284) no objetaría, frente al 39,7%(194) que si objetaría. (Figura 29)

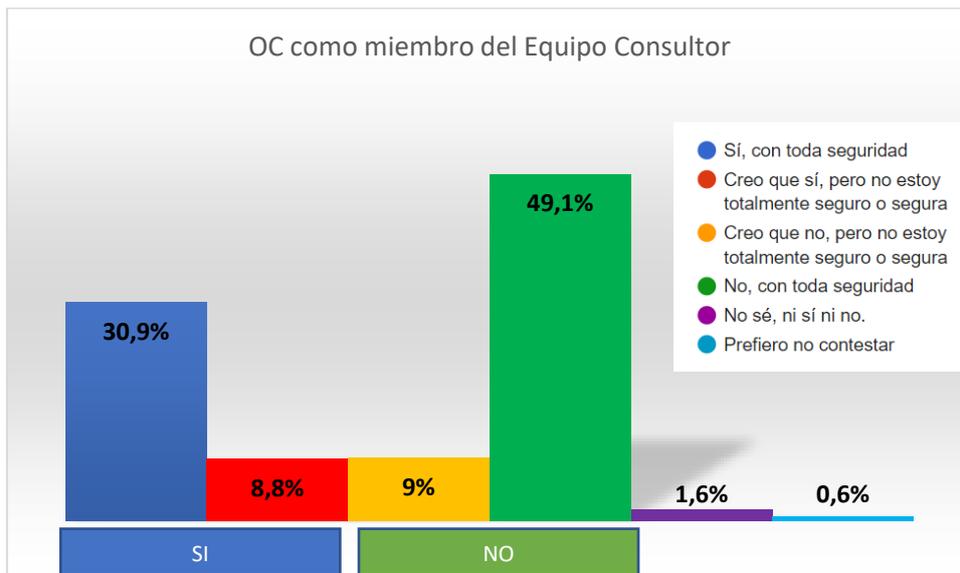


Figura 29. Objeción de conciencia a participar como miembro del Equipo Consultor

Si tuviera que participar como miembros de la Comisión de Evaluación y Control de las solicitudes de eutanasia o SMA, el 56,4%(276) no objetaría, frente al 40,7% (199) que si objetaría. (Figura 30)

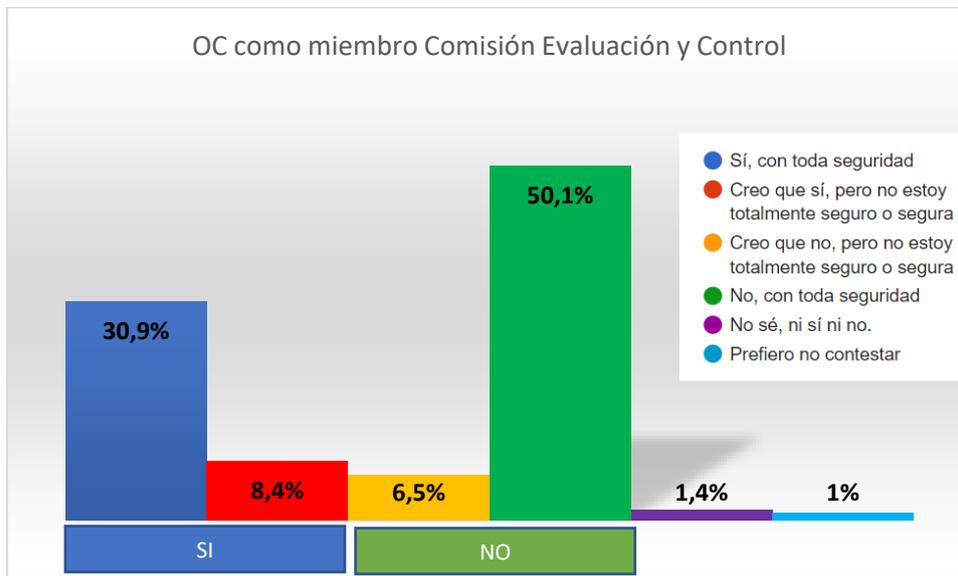


Figura 30. Objeción de conciencia a participar en la Comisión de Evaluación y Control.

Por último, si tuviera que participar en un programa de formación específico sobre la prestación de ayuda a morir ante solicitud de eutanasia o SMA, el 56,6%(277) no objetaría, frente al 40,9%(200) que si objetaría. (Figura 31)

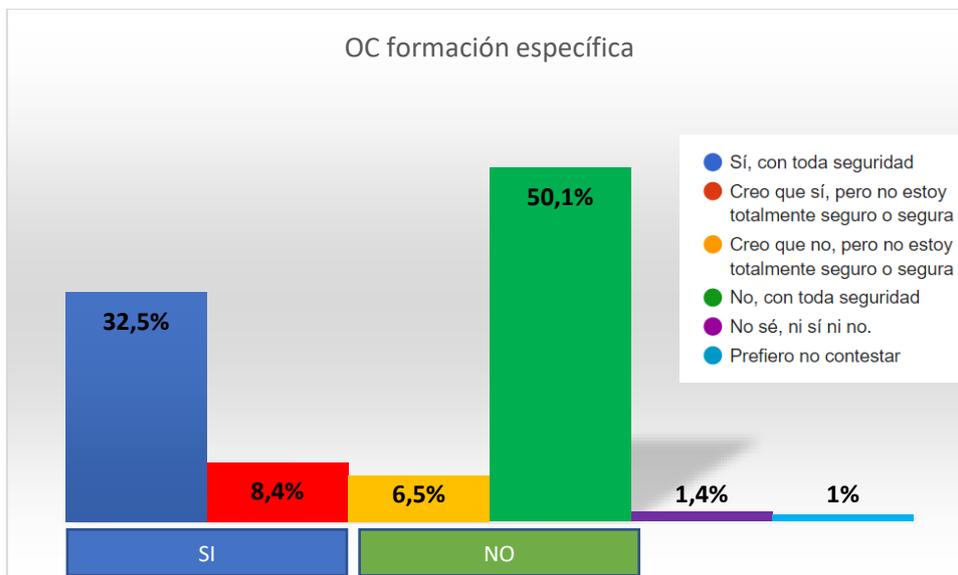


Figura 31. Objeción de conciencia a participar en un programa formación específico

8. RECOMENDACIONES FINALES

Es fundamental que las enfermeras participen de forma activa, en las discusiones y el desarrollo de políticas que impliquen los cuidados durante el proceso de muerte, en especial ante la posible regulación de una práctica que tiene tantas connotaciones éticas, sociales, legales, deontológicas y clínicas como es la eutanasia y el SMA, incluyendo la defensa de un abordaje paliativo integral y la planificación compartida de la atención como eje central de la asistencia sanitaria. De hecho, la mayoría de las enfermeras madrileñas encuestadas se mostraban a favor de la regulación tanto de la eutanasia como del SMA, reflejando que deberían participar con toda seguridad, orientando e influyendo en la redacción de la ley a través de los colegios profesionales. En ese sentido, es una obligación por parte de esta Comisión Deontológica trasladar el posicionamiento de los colegiados, junto con el análisis pormenorizado de la propuesta de ley para que a través del colegio se puedan llevar a cabo las acciones necesarias que permitan la salvaguarda de los derechos de los profesionales, junto con el respeto de la pluralidad de valores.

En este sentido son varios aspectos que requieren de forma urgente una modificación de la citada regulación puesto que puede suponer la vulneración por parte del paciente, del principio de autonomía, por parte del equipo sanitario del principio de beneficencia y por parte de las enfermeras del principio de no maleficencia. Por tanto, algunos de los aspectos que deben modificarse como requisitos fundamentales para garantizar que se realiza de forma correcta es que se debe contemplar como un proceso deliberativo, entre el paciente, la familia y el equipo sanitario, debiendo quedar incluida la participación de la enfermera durante todo el proceso de diálogo y no meramente como actos puntuales o instrumentales.

Requisitos para recibir la prestación:

- Haber realizado por parte del equipo responsable un proceso deliberativo con el paciente y la familia sobre su diagnóstico, posibilidades terapéuticas y resultados esperables, así como asegurar su acceso a unos cuidados paliativos adecuados, asegurándose de que comprende la información que se le facilita, incluyendo la misma por escrito.
- Haber formulado dos solicitudes de manera voluntaria y por escrito, con una separación de al menos un mes, pudiendo disminuir dicho periodo según la valoración del equipo sanitario.

En este sentido, la mayoría de las colegiadas/os entrevistadas se mostraban a favor de participar en dicho proceso deliberativo con el paciente y la familia. También el 66,3% consideraba que ante la solicitud de un paciente de ayuda a morir la información sobre la eutanasia o el SMA debería realizarse de forma conjunta por parte del médico/a y enfermero/a.

Requisitos de solicitud:

- Siempre deberá ser por escrito, en donde el profesional que participe como testigo deberá formar parte del proceso deliberativo previo para corroborar que no hay coacción.
- En caso de incapacidad, solo podrán ser válidas las solicitudes realizadas previamente a través de un DIP y presentado por el representante que figure en el documento del paciente.

INFORME DE LA COMISIÓN DEONTOLÓGICA SOBRE LA PROPOSICIÓN DE LEY DE LA EUTANASIA

Con relación a ello, la mitad de las enfermeras entrevistadas participarían como testigo del paciente ante la solicitud por escrito de eutanasia o SMA, y también asesorarían y participarían con el paciente en la redacción de un documento de instrucciones previas que reflejara la voluntad de eutanasia si sufriera una situación de incapacidad.

Procedimiento para realizar la prestación:

- Una vez recibida la solicitud de prestación de ayuda para morir, el médico responsable junto con la enfermera y el equipo realizará con él o la paciente solicitante y su familia un proceso deliberativo, puesto que, aunque haya solicitado 2 veces la ayuda a morir siempre será una oportunidad volver a valorar conjuntamente con el paciente la situación y posibilidades de cuidados que tiene.
- El médico o la médica responsable deberá consultar a un equipo consultor (mínimo 2 personas, posibilidad de enfermera)
- Se deberá comunicar a la comisión de Evaluación y Control: La comisión debe estar formada por un equipo interprofesional (médicos, enfermeras, psicólogos) expertos en paliativos, bioética y derecho (medicina legal, abogados). Se asignarán 2 miembros, quienes podrán entrevistarse con el médico responsable junto al equipo sanitario, así como la persona solicitante.

La mitad de las enfermeras entrevistadas participarían como miembro del equipo consultor para evaluar la idoneidad de las solicitudes de eutanasia o SMA, y también participarían como miembros de la Comisión de Evaluación y Control de las solicitudes de eutanasia o SMA.

Realización de la prestación:

- Lo principal será definir el rol de los profesionales sanitarios con respecto a la participación.
- También se deberán distinguir claramente las 2 prácticas: eutanasia o SMA.
- Durante la eutanasia definir quien preparará y administrará el fármaco letal, junto con el acompañamiento durante el proceso.
- Durante el SMA: definir el profesional que prescribirá y suministrará los medios necesarios para que el paciente se tome el fármaco letal, y el mantener por parte de los profesionales esa vigilancia hasta su fallecimiento podría considerarse como ejercer coacción para llevar a cabo la autoadministración de la medicación letal. Lo que se deberá mantener siempre es un acompañamiento y continuidad de cuidados.

A la hora de definir la persona que debería aplicar la eutanasia, el 42,3% de las colegiadas entrevistadas señalaban que cualquier profesional del ámbito de la medicina y la enfermería.

Con respecto a las prácticas, las enfermeras entrevistadas participarían más en proporcionar los medios para el SMA (50,9% con toda seguridad) que en la preparación del fármaco para la eutanasia (47% con toda seguridad) y la administración directa (35% con toda seguridad, 18% con dudas). No obstante, el 59% de las colegiadas encuestadas acompañaría al paciente tanto durante el SMA como el proceso eutanásico.

Medidas para garantizar la implementación:

- Programa formativo específico
- La Objeción de Conciencia como derecho de los profesionales sanitarios. Para evitar posible discriminación recomendable que el posible registro de objetores se realiza a través de los colegios profesionales, en vez de la administración.

La mitad de las enfermeras entrevistadas participarían en un programa de formación específico sobre la prestación de ayuda a morir ante solicitud de eutanasia o SMA.

Con respecto a la objeción de conciencia la mayoría de las colegiadas encuestadas creían con toda seguridad que las enfermeras/os deberían tener derecho a ejercer la objeción de conciencia ante la eutanasia o el suicidio asistido, señalando en torno a un 35% que, en caso de aprobación de la Ley, ejercería dicho derecho. No obstante, al preguntarles sobre aspectos más específicos relacionados con la ley, la OC oscila según los supuestos de un 34-44%.

Regulación de las comisiones

- El reglamento de las Comisiones debe ser de carácter nacional (evitar arbitrariedad y posibles sesgos). Se deben establecer unos criterios claros, objetivos para la composición basados en la importancia de crear equipos interprofesionales (médicos, enfermeras, psicólogos) con formación específica y experiencia en final de vida (imprescindible los equipos de paliativos), bioética y legislación.

Modificación del apartado 4 del artículo 143 de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, que tendrá la siguiente redacción:

- «4. No será punible la conducta del médico/a ni Enfermero/a que con actos necesarios y directos causare o cooperare a la muerte de una persona, cuando esta sufra una enfermedad grave e incurable o enfermedad grave, crónica e invalidante, en los términos establecidos en la normativa sanitaria.

Por tanto, ante una petición de eutanasia o suicidio asistido es fundamental escuchar al paciente, evitando adoptar un posicionamiento moral a priori, y tratando de entender la magnitud de su sufrimiento. A continuación, hay que revisar los cuidados paliativos recibidos y el grado de control de los síntomas físicos, psíquicos y espirituales. Además, habrá que valorar la situación familiar, así como los posibles problemas sociales o económicos. Finalmente, puede ser conveniente consultar el caso con un equipo de cuidados paliativos, psicólogo, trabajador social, y/o con un comité de ética.

La enfermera participará en la evaluación de la competencia y capacidad del paciente que ha solicitado ayuda para morir.

La enfermera deberá explorar de forma objetiva dicha solicitud, siendo conscientes de sus propios valores personales sin que ello afecte a la relación clínica.

La enfermera siempre podrá ejercer su derecho de objeción de conciencia ante dicha práctica. No obstante, no podrá nunca abandonar al paciente ni negarle medidas de confort y seguridad.

La enfermera por su posición privilegiada en contacto continuo con el paciente y la familia deberá velar por un correcto proceso de reflexión y deliberación, ejerciendo como garante de los cuidados, realizando un abordaje holístico e integral bio-psico-social y espiritual.

Madrid, 14 de diciembre de 2020.