



EL PROBLEMA DE LAS PALABRAS
THE PROBLEM WITH WORDS



Una de las grandes dificultades del debate en torno al ideal de la muerte digna y sus contenidos es la de los términos, la de las palabras y su significado.

Sin duda la palabra más importante de todas, la aparentemente más polisémica y cargada de valor, tanto en un sentido positivo como negativo, es la palabra "eutanasia". Tanto es así que el debate en torno al "derecho a la muerte digna" o el "derecho a la dignidad en el proceso de muerte" se reduce con frecuencia al debate sobre "la eutanasia" o "el derecho a la eutanasia".


Pero lo cierto es que noticias periodísticas, debates televisados, tertulias de radio, artículos académicos, encuestas de opinión, etc, atribuyen con frecuencia significados completamente diferentes a dicha palabra, con lo que los juicios morales y jurídicos que

One of the main stumbling blocks regarding the debate on the dignified death ideal and its contents is the issue of terminology - words and their meaning.

Doubtless the most important word of all and that which seems to be the most polysemic and heavily laden, both in a positive and negative sense, is the word "euthanasia". So much so, that the debate on the "right to a dignified death" or the "right to die with dignity" is frequently reduced to a debate on "euthanasia" or "the right to euthanasia".

It is true to say, however, that press articles, television debates, radio talk shows, academic papers, opinion polls, etc. often attribute a completely different meaning to the word, the result being that the moral and





reflejan suelen ser distintos y, a menudo, contrapuestos. Parece por tanto necesario un importante esfuerzo colectivo por aclarar significados, precisar términos, descalificar usos abusivos de las palabras. Y es que ser precisos con el lenguaje es un requisito imprescindible para garantizar procesos de deliberación moral cuyo resultado tenga sentido para los participantes en él y afectados por él. Argumentar en serio, en Ética, en Derecho, en Política, exige un acuerdo mínimo sobre el significado de los términos que se usan. Y en un mundo globalizado y multicultural como el que vivimos esto parece ser, cada vez más, al mismo tiempo tan urgente como inevitable. Sin ese mínimo metodológico estamos abocados al escenario de la confusión permanente.

En nuestra opinión, la aclaración del uso adecuado de la palabra "eutanasia" pasa por diferenciar cinco escenarios diferentes en los que con frecuencia se usa dicho término. La propuesta es que el uso de la palabra "eutanasia" se restrinja exclusivamente a uno de ellos y se evite en los otros cuatro. Los escenarios son: eutanasia y suicidio asistido, limitación del esfuerzo terapéutico,

legal judgements passed are usually different and often contrary. It seems necessary, therefore, to make a significant, collective effort to clarify meanings, define terms and disqualify incorrect use of words. Linguistic precision is an essential requirement for guaranteeing moral deliberation processes whose results have meaning for those involved and those affected by them. To engage in serious argument, be it on ethics, law or politics, demands minimum agreement on the meaning of the terms used and in our global, multicultural world this increasingly seems to be both urgent and inevitable. The absence of this basic methodological requirement would lead to a scenario of permanent confusion.

In our opinion, a clarification of the correct use of the word "eutanasia" involves five different scenarios where this term is frequently used. We propose that the use of the word "eutanasia" should be restricted to only one of these and should be avoided in the remaining four. These scenarios are: eutanasia and assisted suicide, limitation of treatment, refusal of treatment, palliative



rechazo de tratamiento, sedación paliativa y suspensión de atención médica por fallecimiento. Veamos a continuación cada uno de ellos.

sedation and interruption of medical care due to death. Let's take a detailed look at each of these.



EUTANASIA Y SUICIDIO ASISTIDO

La palabra eutanasia es la reina de la discordia y la confusión en los debates en torno a la muerte digna. Eutanasia es una bella palabra que, como ya se ha mencionado, etimológicamente tan sólo significa buena muerte. Es una constante histórica de las sociedades y culturas humanas el haber buscado modos muy diversos de procurar el "bien morir" a sus miembros. Por tanto, el debate tal y como lo conocemos actualmente, arranca en realidad cuando la búsqueda de la buena muerte comienza a convertirse en una práctica medicalizada, es decir, como integrante de un rol profesional definido, el rol médico. Y por tanto la discusión moderna en torno a este término está profundamente marcada por la crisis general del modelo clásico de ejercicio de dicho rol, el modelo paternalista, y por los condicionantes científico-tecnológicos en que se despliega, esto es, la medicina tecnificada. Es decir, la introducción de la idea de autonomía de las personas para tomar sus propias decisiones y su aplicación al contexto de las decisiones clínicas, y la capacidad creciente de intervención de la medicina en la vida y la muerte.

EUTHANASIA AND ASSISTED SUICIDE

The word euthanasia is the main source of discord and confusion in debates on death with dignity. Euthanasia is a beautiful word which etymologically, as we have mentioned before, means good death. It is a historical constant in human societies and cultures which have sought diverse means of procuring "good death" for their members. Therefore, the debate as we know it today really dates to when the search for a good death began to become a healthcare practice, i.e., an integral part of a defined professional role, the medical role. As such, today's discussions on this term are deeply marked by the general crisis of the traditional model of the exercise of this role, the paternalistic model and by the scientific and technological circumstances in which it is deployed, i.e., technical medicine. This means that the introduction of the notion of a person's autonomy to take his own decisions and its application to the context of clinical decisions and the increasing capacity of medicine to intervene in the life and death of a person have, during the 20th century, set the scene for a radically new debate on "euthanasia"



te de las personas han configurado, a lo largo del siglo XX, un escenario para el debate sobre la "eutanasia" radicalmente nuevo y distinto al de los siglos anteriores.

La complejidad de los matices en torno a la "eutanasia" en la era moderna impulsó el uso de adjetivos para tratar de diferenciar los diferentes tipos de actuaciones "eutánicas" que los profesionales sanitarios podían realizar. Y cuando los adjetivos resultaron insuficientes, comenzaron a crearse palabras alternativas.

En la tabla 1 (pag 144-146) se recogen una lista de estos adjetivos y neologismos. Todavía hoy en día hay expertos en bioética o en derecho que utilizan esta terminología. La que quizás sigue siendo más utilizada es la distinción entre eutanasia "activa" y "pasiva". Por ejemplo, el Dictamen Nº 90/2007 del Consejo Consultivo de Andalucía sobre el caso Inmaculada Echevarría todavía utiliza esta distinción.

El único neologismo admitido por la Real Academia Española es "distanasia", que el Diccionario de la Lengua Española define


which differs from that of preceding centuries.

The complexity of the nuances surrounding "euthanasia" in modern times prompted the use of adjectives intended to differentiate between different types of "euthanasia-based" activities which healthcare professionals could engage in. When the adjectives ran dry, alternative terms began to be created.

Table 1 (pag 145-147) shows a list of these adjectives and neologisms. Today there are still experts in bioethics and legal experts who use this terminology. Perhaps the most widely spread term still is use is the distinction between "active" and "passive" euthanasia. For example, Decision 90/2007 of the Advisory Board of Andalusia on the case of Inmaculada Echevarría still uses this distinction.

The only neologism accepted by the Royal Spanish Academy is "dysthanasia", which the Dictionary of the Spanish Language defines as "disproportionate therapeutic treatment which prolongs the dying process





como “tratamiento terapéutico desproporcionado que prolonga la agonía de enfermos desahuciados”.

Pero el resultado de todas esas distinciones y palabras no ha sido más que generar una enorme confusión en los profesionales, los ciudadanos y los medios de comunicación, e impedir la progresión real del debate de forma sensata. Por eso, ha llegado el momento de abandonarlas definitivamente. La propia Organización Médica Colegial y la Sociedad Española de Cuidados paliativos ya abogaron por ello en 2002.

En la tabla 2 (pag 148) se encuentran recogidas algunas de las palabras que se entrecruzan en los debates sobre la eutanasia y que deben ser utilizadas con propiedad. La más importante es la propia palabra eutanasia, de la que debe hacerse un uso restringido para referirse a aquellas actuaciones que:

a) producen la muerte de los pacientes, es decir, que la causan de forma directa mediante una relación causa-efecto única e inmediata,

of terminally ill patients”.

However, all these distinction and words have only created enormous confusion among professionals, citizens and the media and hindered the real progress of sensible debate. This is why the time has come to abandon them once and for all. The Spanish Medical Association and the Spanish Society for Palliative Care were already calling for this in 2002.

Table 2 (pag 149) shows some words applied to debates on euthanasia which should be used correctly. The most important of these is the word euthanasia itself, which should be restricted to situations which:

- a) cause the death of the patient, i.e., directly as a result of a single and immediate cause-effect relationship,
- b) occur through express, repeated and informed requests by patients capacitated to do so,
- c) in a context of suffering, understo-



b) se realizan a petición expresa, reiterada en el tiempo, e informada de los pacientes en situación de capacidad,

c) en un contexto de sufrimiento, entendido como "dolor total", debido a una enfermedad incurable que el paciente experimenta como inaceptable y que no ha podido ser mitigado por otros medios, por ejemplo mediante cuidados paliativos, y

d) son realizadas por profesionales sanitarios que conocen a los pacientes y mantienen con ellos una relación clínica significativa.

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, se habla de suicidio médicamente asistido o suicidio asistido sin más.

En general, el debate actual circunscribe estas actuaciones a la práctica de los pro-


od as "total pain", as a result of an incurable disease which the patient feels to be unacceptable and which it has not been possible to mitigate by other means, for example, palliative care and

d) are carried out by healthcare professionals who know the patients and who have a significant clinical relationship with them.

When, in this context, professional activity is limited to supplying patients with the essential elements to enable them to put an end to their own life, it is called physician-assisted suicide or simply assisted suicide.

Generally speaking, today's debate circumscribes these actions to healthcare professionals, not to the general public. That is, the debate is focused on whether or not these kinds of actions can be part of the professional functions of doctors and nurses seeking to alleviate suffering by ending the patient's life. In some European countries, such as Holland or Belgium, this has been accepted by society, the general public and





fesionales sanitarios, no de los ciudadanos en general. Es decir, el debate se centra en si puede o no llegar a formar parte de las atribuciones profesionales de los sanitarios realizar este tipo de actuaciones, que buscan el alivio del sufrimiento mediante la producción de la muerte. En algunos países de nuestro entorno, como Holanda o Bélgica, la sociedad, la ciudadanía y los profesionales, así lo han asumido. El suicidio médicamente asistido está también regulado en el Estado norteamericano de Oregón, donde la eutanasia sigue siendo delito . Un caso particular es el de Suiza, donde la eutanasia está penalizada, como en Oregón, pero en cambio puede realizarse tanto suicidio médicamente asistido como auxilio al suicidio, es decir, que no siempre y necesariamente tiene que realizarse en un contexto médico.

Es un requisito imprescindible para hablar de eutanasia el que exista una petición expresa y reiterada del paciente. La no existencia de consentimiento informado expreso del paciente hace que la actuación del profesional deba ser etiquetada sin más como homicidio. Habitualmente, dado que se realiza en un contexto de sufrimiento in-

professionals. Physician-assisted suicide is also regulated in the state of Oregon, in the US, where euthanasia is still a crime. A case in point is Switzerland, where euthanasia is penalised, as in Oregon, although both physician-assisted suicide and assisted suicide is accepted, i.e., it does not necessarily have to be performed within a medical context.

For an action to be considered euthanasia an absolute precondition is the existence of an express, repeated request by the patient. In the absence of the patient's express, informed consent, the actions of the professional should simply be labelled homicide. To this, "compassion" could possibly be added as a mitigating circumstance, as the professional's ultimate goal, given that his actions are performed within a context of intense suffering, is usually to alleviate suffering. In any event, there seems to be a general consensus that homicide is always, in principle, an unethical action and is, naturally, penalised under the Penal Code, irrespective of the existence of mitigating circumstances.

This is why expressions such as "voluntary



tenso, y lo que pretende el profesional es, en última instancia, el alivio de ese sufrimiento, podría quizás añadirse la atenuante de la “compasión”. Pero en cualquier caso parece que existe acuerdo general en que el homicidio es siempre, en principio, una actuación contraria a la ética, y por supuesto jurídicamente punible según el Código Penal, con o sin atenuantes.


Por ello, las expresiones “eutanasia voluntaria” y “eutanasia involuntaria” son innecesarias y confusas. La eutanasia siempre es, por definición, voluntaria, y la eutanasia involuntaria no es eutanasia, sino homicidio. Lo mismo puede afirmarse de expresiones como “eutanasia directa” o “eutanasia activa”, pues la eutanasia es, por definición, siempre ambas cosas y el problema de las contrarias, “indirecta” o “pasiva”, es que no son eutanasia. Todas estas expresiones, adjetivos y neologismos deberían ser abandonados en aras de la precisión y la claridad.

Por tanto, resulta especialmente imprecisa y necesitada de cambio urgente la definición que de eutanasia proporciona el Diccionario de la Lengua Española de la

eutanasia” and “involuntary euthanasia” are unnecessary and confusing. Euthanasia, by definition, is always voluntary and involuntary euthanasia is not euthanasia but homicide. The same can be said of expressions such as “direct euthanasia” or “active euthanasia”, as, by definition, euthanasia always refers to both and the problem with the opposites, “indirect” or “passive”, is that they are not euthanasia. All these expressions, adjectives or neologisms should be abandoned in the interests of precision and clarity.

As a result, the following definition of euthanasia in the Royal Spanish Academy’s Dictionary of the Spanish Language is particularly imprecise and needs to be changed urgently: “action or omission which, in order to alleviate the suffering of terminally ill patients, accelerates the moment of death, with or without their consent”. We also recommend improving the way the word “eutanasia” is used in the catechism of the Catholic Church (Table 3, page 151). In the same vein, the article on “eutanasia” in Wikipedia should also be revised; the meaning is ambiguous because of the use of





Real Academia Española: “acción u omisión que, para evitar sufrimientos a los pacientes desahuciados, acelera su muerte con su consentimiento o sin él.” También sería conveniente que mejorara la utilización que de la palabra “eutanasia” hace el Catecismo de la Iglesia Católica (Tabla 3, pag 150). En la misma línea debería ser revisada la entrada “eutanasia” en Wikipedia, que resulta ambigua por el uso de los calificativos antes comentados . Asimismo, los programas de eliminación de discapacitados físicos o mentales de la Alemania Nazi no deberían ser llamados de “eutanasia”, sino de homicidio o asesinato eugenésico o, si se quiere, dado el intento de exterminación total de todos los pertenecientes a esas categorías, de genocidio eugenésico. Por último, el uso de la palabra “eutanasia” en el mundo de la práctica veterinaria, para referirse al sacrificio de animales lesionados, enfermos o viejos es también muy desafortunado y aumenta la confusión de los ciudadanos.

Los términos “eutanasia” y “suicidio médicamente asistido” no están recogidos como tales en el Código Penal español. Sin embargo las actuaciones que anteriormente

the aforementioned definitions. Likewise, programmes to eliminate the mentally or physically handicapped in Nazi Germany should not be called “eutanasia” but homicide or eugenic murder or, if preferred, given the attempt to totally exterminate all people falling under this category, eugenic genocide. Finally, in veterinary spheres the use of the word “eutanasia” to describe the sacrifice of wounded, sick or old animals is also unfortunate and adds to the confusion of the general public.

The terms “eutanasia” and “physician-assisted suicide” as such are not found in the Spanish Penal Code. However, the aforementioned actions used to describe “eutanasia” fit the offence described in article 143.4 of the Penal Code (PC), which carries a reduced sentence. The classification is significant, as article 143 as a whole regulates the ways a person can participate in another person’s suicide; in addition to this, it is part of Title One of Book Two of the Penal Code. This Title, which covers articles 138 to 143, is called “Homicide and its forms”. For the moment, therefore, what we are calling “eutanasia” here would, as far as our Pe-




hemos expuesto para caracterizar la "eutanasia" encajan en el tipo penal descrito en el artículo 143.4 del Código Penal (CP), que le asigna penas atenuadas. La ubicación es significativa, puesto que el artículo 143 regula en su conjunto las formas de participación en el suicidio de otro y, por otra parte, este artículo se encuadra en el Título Primero del Libro segundo del Código Penal. Ese Título, que abarca los artículos 138 a 143, se denomina "Del homicidio y sus formas". Así pues, en el momento presente, lo que aquí denominamos "eutanasia" sería, para nuestro Código Penal, una forma especial de homicidio que implica un modo singular de participación en el suicidio libre y voluntario de otra persona en unas circunstancias determinadas. La persona que realiza este acto no tiene que ser necesariamente, según este artículo, un profesional sanitario. El encuadre exacto del "suicidio médicamente asistido" en el tipo del artículo 143.4 CP también es complejo, puesto que la conducta tipificada es la de cooperación con actos "necesarios" a la muerte del paciente, y a veces, en el contexto del suicidio asistido, resulta difícil diferenciar estos actos de los que no lo son. En cualquier caso actualmente, salvo error u

nal Code is concerned, be a special form of homicide involving a particular way of participating in the free and voluntary suicide of another person in certain circumstances. The person undertaking this action, according to the article, does not necessarily have to be a healthcare professional. The precise classification of "physician-assisted suicide" in the offence described in article 143.4 is also complex, as the conduct described involves cooperating in acts which are "necessary" to bring about the death of the patient and at times, in the context of assisted suicide, it is difficult to differentiate between these acts and others of a different nature. In any event, nowadays in Spain, unless we are much mistaken, there is no penalty attached to article 143.4 PC, so it is difficult to tell exactly how jurisprudence would interpret this article if it were applied.

In Spain, as in other European countries, there is an on-going debate on whether or not euthanasia and physician-assisted suicide are acceptable in terms of civil ethics. In 2002 a survey among Spanish physicians carried out by the Centro de Investigaciones Sociológicas found that 41.5% of subjects





omisión por nuestra parte, no existe ninguna condena en España amparada en el artículo 143.4 CP, lo que hace difícil saber la interpretación exacta que la jurisprudencia dará a este artículo a la hora de aplicarlo.

En nuestro país, como en otros países europeos de nuestro entorno, existe actualmente un debate abierto sobre la admisibilidad o no de la eutanasia y el suicidio asistido en términos de ética civil. En 2002, una encuesta del Centro de Investigaciones Sociológicas a los médicos españoles encontró que un 41,5 % de los encuestados creía que debía cambiarse la ley para permitir a los enfermos terminales capaces, pedir y recibir el suicidio asistido por un médico y/o la eutanasia . Otra encuesta de 2006 del Instituto de la Juventud a los jóvenes españoles encontró que un 76% de los encuestados estaban a favor de ayudar a morir a los enfermos terminales si lo solicitasen . Y un 51% de los 175 profesionales que contestaron una encuesta en el 6º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos en junio de 2006, “apoyarían” o “probablemente apoyarían” una ley que despenalizase la eutanasia .

polled thought the law should be changed to enable capable terminally ill patients to request and receive physician-assisted suicide and/or euthanasia. Another survey carried out in 2006 by the Instituto de la Juventud among Spanish youths found that 76% of subjects polled were in favour of helping terminally ill patients to die if they requested it. Furthermore, 51% of the 175 professionals answering a survey during the 6th National Conference of the Spanish Society of Palliative Care held in June, 2006, “would support” or “would probably support” a law legalising euthanasia.

Nevertheless, there does not seem to be sufficient ethical consensus on this matter. Some groups of private citizens, such as the Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente the Instituto Borja de Bioética or the Bioethics and Law Observatory and public organisations such as the Catalonia Bioethics Advisory Committee, are actively calling for euthanasia to be both ethically and legally accepted in certain circumstances. Other equally important groups, however, do not consider it acceptable. For example, according to article 27.3 of the Medical Ethics



Sin embargo no parece existir un consenso ético suficiente al respecto. Hay grupos de ciudadanos privados, como la Asociación federal Derecho a Morir Dignamente, el Instituto Borja de Bioética o el Observatorio de Bioética y Derecho, y órganos de carácter público como por ejemplo el Comité Consultivo de Bioética de Cataluña, que abogan activamente por su admisibilidad ética y jurídica en determinadas circunstancias. Sin embargo hay otros colectivos no menos relevantes que no lo consideran aceptable. Por ejemplo, el Código de Ética y Deontología Médica 1999 de la Organización Médica Colegial (OMC) dice en su artículo 27.3 que “el médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de éste”. Menos directo, aunque también opuesto, es el pronunciamiento del Código de Deontología del Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña (artículo 70).

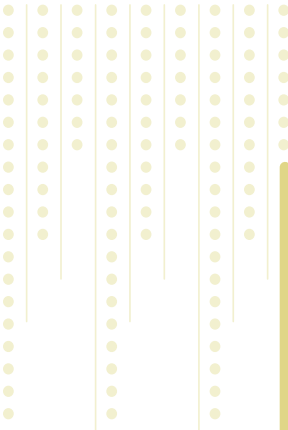
La posición de la Iglesia Católica oficial española, desde los presupuestos de su moral religiosa, también mantiene desde siempre una postura radicalmente contraria a su admisibilidad ética y jurídica (Véase más adelante).

and Deontology Code 1999 of the Spanish Medical Association (OMC) “a physician will never intentionally cause the death of any patient, even if the latter expressly requests him to do so”. Less direct and also contrary, is the statement of the Deontology Code of the Catalan Medical Association Council (article 70).

The position held by the official Spanish Catholic Church, based on the premises of its religious morality, has always been one of radical opposition to the ethical and legal acceptance of euthanasia (see below).

As far as we know none of the leading Spanish bioethical associations (the Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, the Asociación Española de Bioética y Ética Médica, the International Society of Bioethics and the Associació de Bioètica i Dret) or healthcare and law associations (the Asociación Española de Derecho Sanitario and the Asociación de Juristas de la Salud) have declared their official position on the subject, although many members of these associations have stated their own private views. In short, it seems that the social debate, as inevitable as it is necessary, should





En lo que sabemos ninguna de las Asociaciones de bioética relevantes en España (Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, Asociación Española de Bioética y Ética Médica, Sociedad Internacional de Bioética y Associació de Bioètica i Dret), ni de las de Derecho Sanitario (Asociación Española de Derecho Sanitario y Asociación de Juristas de la Salud) se ha pronunciado oficialmente acerca de esta materia, aunque sí lo hayan hecho muchos de los miembros de las mismas a título individual. En resumen, parece que el debate social, tan inevitable como necesario, debe proseguir con libertad, respeto a todas las posiciones, precisión en el uso del lenguaje y seriedad en los argumentos.

Desde el punto de vista jurídico, mientras no se realice una modificación del Código Penal vigente, lo que es competencia de las Cortes Generales del Estado, parece claro que, a día de hoy, ni la eutanasia ni el suicidio asistido pueden formar parte del “derecho a la dignidad de la propia muerte” tal y como lo establece el Estatuto de Autonomía para Andalucía, ni por tanto de una disposición jurídica que desarrolle sus contenidos.

continue freely within a climate of respect for all positions, using linguistic precision and responsible arguments.

From the legal point of view and until such time as the current Penal Code is modified - which is the responsibility of the Spanish parliament - it seems clear that today neither euthanasia nor assisted suicide can be part of “a person’s right to die with dignity” established by the Statute of Autonomy for Andalusia. Nor, for that matter, can they form part of any legal provision aimed at modifying its contents.




LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO

La Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET) es la retirada (en inglés, *withdraw*) o no inicio (en inglés, *withhold*) de medidas terapéuticas de soporte vital porque el profesional sanitario estima que, en la situación concreta del paciente, son inútiles o fútiles ya que tan sólo consiguen prolongarle la vida biológica, pero sin posibilidad de proporcionarle una recuperación funcional con una calidad de vida mínima. Según el Hastings Center, uno de los centros de bioética más importantes del mundo, se entiende por tratamiento de soporte vital (TSV) "toda intervención médica, técnica, procedimiento o medicación que se administra a un paciente para retrasar el momento de la muerte, esté o no dicho tratamiento dirigido hacia la enfermedad de base o el proceso biológico causal" . La ventilación mecánica, la reanimación cardiopulmonar, las drogas vasoactivas, los sistemas de depuración extrarrenal, la nutrición parenteral o enteral y los hemoderivados son tratamientos de soporte vital. El encasillamiento de otros procedimientos en la categoría de TSV, como los antibióticos o la nutrición artificial mediante sonda naso-

LIMITATION OF TREATMENT

Limitation of treatment (LT) is the withdrawal, or withholding, of therapeutic life support measures because the healthcare professional considers that in the patient's present situation such measures are useless or futile as they will only succeed in prolonging biological life and will not provide functional recovery with a minimum quality of life. According to the Hastings Center, one of the world's leading bioethical centres, life-sustaining treatment (LST) means "any medical or technical intervention, procedure or medication administered to a patient with the object of delaying the moment of death, irrespective of whether or not the treatment is applied to the original disease or causal biological process". Mechanical ventilation, cardiopulmonary resuscitation, vasoactive drugs, renal replacement therapy systems, parenteral or enteral nutrition and blood products are life-support treatments. Some find it more difficult to include other procedures, such as antibiotics or nutritional support by means of a nasogastric tube, under the LST heading.





gástrica puede resultar más dificultosa para algunas personas.

La expresión Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET), en cierta medida otro neologismo, ha hecho fortuna en nuestro medio y está relativamente consolidada aunque siempre pueden existir profesionales que preferirían otros términos. De hecho, el grupo de bioética de la SEMICyUC (Sociedad española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias) prefiere utilizar el término Limitación de Tratamientos de Soporte Vital (LTSV), que puede consistir en una omisión o una retirada de dichos tratamientos.

En cualquier caso, la retirada o el no inicio de dichas medidas permiten a la enfermedad concluir su victoria sobre la vida del enfermo. Es, por tanto, la enfermedad la que produce la muerte del enfermo, y no la actuación del profesional. La LET "permite" la muerte en el sentido de que no la impide, pero en ningún caso la "produce" o la "causa". Esta diferencia entre "permitir" la muerte y "producir" la muerte es clave, pues es la que separa la LET de la eutanasia. Y es la que trataba de reflejarse mediante la clá-

The expression "Limitation of treatment" (LT), to a certain extent yet another neologism, has made its mark in our circle and is relatively consolidated although there might always be other professionals who prefer other terminology. In fact, the SEMICyUC (Spanish society of Intensive, Critical Medicine and Coronary Units) bioethical group prefer the term Limitation of Life Support Treatment (LLST), which may consist of the failure to provide or the removal of treatment.

In any event, the removal or failure to initiate these measures allows the illness to consolidate its victory over the life of the patient. The illness, therefore, is what brings about the death of the patient and not the activity of the professional. LT "allows" death in the sense that it does not impede it, although at no time does it "bring about" or "cause" death. There is a key difference between "allowing" death and "causing" death, as this is what differentiates LT from euthanasia. This is what the traditional distinction between passive and active euthanasia was trying to convey. Decision Nº 90/2007 of the Andalusian Advisory Council concerning the case of Inmaculada Echevarría makes precisely



sica distinción entre eutanasia pasiva versus activa. El Dictamen N° 90/2007 del Consejo Consultivo de Andalucía sobre el caso Inmaculada Echevarría realiza precisamente esta distinción.

Sin duda esta distinción conceptual debe mantenerse, pero los términos deben ser modificados para evitar mantener la eterna confusión entre lo que es y lo que no es eutanasia. Lo mismo cabe decir de los términos adistanasia o antidistanasia, que deberían ser relegados al baúl de los recuerdos.


El juicio clínico sobre la futilidad de una medida no es fácil pues, como siempre en Medicina, no hay criterios matemáticos ni certezas tranquilizadoras. Pero en cualquier caso, cuando un profesional, tras una evaluación ponderada de los datos clínicos de que dispone, concluye que una medida terapéutica resulta fútil, no tiene ninguna obligación ética de iniciarla y, si ya la ha iniciado, debería proceder a retirarla. De lo contrario estaría entrando en lo que se ha denominado obstinación terapéutica, actuación anteriormente conocida con los desafortunados nombres de "encarnizamiento terapéutico"

this distinction.

Doubtless this conceptual distinction should be maintained, although the terms should be modified to avoid fuelling the eternal confusion about what is and is not euthanasia. The same can be said of the terms adysthanasia or Anti-dysthanasia, which should be consigned to the history books.

It is no easy task to arrive at a clinical judgement on the futility of a measure because, as is always the case with medicine, there are no mathematical criteria or reassuring certainties. In any event, when a professional, after lengthy evaluation of the clinical data at his disposal, concludes that a particular therapeutic measure would be futile, he is under no ethical obligation to initiate such a process and if this has already been set in motion, he should proceed to remove it. If this is not done, the professional would be entering the terrain of what has been called therapeutic obstinacy, an activity which previously went under the unfortunate names of "therapeutic ferocity", or "therapeutic cruelty", or that of "dysthanasia", a more modern term accepted by the Spanish Royal Academy. These actions are obviously





o "ensañamiento terapéutico", o con el de "distanasia", término más moderno y aceptado por la Real Academia. Obviamente estas actuaciones no son sino mala práctica clínica.

Es importante insistir en que la evaluación sobre la futilidad de un tratamiento es un juicio clínico de los profesionales basado en criterios de indicación y pronóstico. Sin lugar a dudas, como ya hemos comentado anteriormente, la decisión final deberá ponderar además otros elementos, como por ejemplo la propia opinión del paciente capaz, la del paciente incapaz a través de su Voluntad Anticipada, o la de un consentimiento por representación realizado por sus familiares. Pero la base principal de una decisión de LET es siempre un juicio clínico prudente realizado por los profesionales. Su aplicación exige además que éstos desplieguen estrategias de comunicación y negociación adecuadas con el paciente y la familia, de tal forma que puedan asumir adecuadamente la situación sin tener en ningún momento sensación de ser abandonados por los profesionales.

La práctica de la LET es muy común en las

no more than bad clinical practice.

It is important to underline that the evaluation of the futility of a treatment is a clinical judgement taken by professionals based on criteria of indication and prognosis. No doubt, as we have mentioned before, the final decision should also take other elements into account, for example, the opinion of a capable patient, of an incapable patient expressed through his Living Will, or of representative consent expressed by family members. Nevertheless, the main basis for an LT decision is always a prudent clinical judgement carried out by professionals. Implementation of the decision also demands that professionals deploy appropriate communication and negotiation strategies with the patient and family members to enable them to come to terms with the situation without feeling at any time abandoned by professionals.

LT is a common practice in Intensive Care Units all over the world, including Spain and there seems to be sufficient ethical consensus surrounding the practice. The practice is also a part of geriatric or palliative care.



Unidades de Cuidados Intensivos de todo el mundo, también de las españolas , y parece existir un consenso ético suficiente en torno a su práctica . También en Geriatría o en Cuidados paliativos tiene cabida su práctica.

En Medicina Intensiva la LET incluso está considerada un estándar de calidad. Con el objeto de que el proceso de LET responda a estos estándares de calidad el Grupo de Bioética de la SEMICYUC ha recomendado la introducción del uso sistemático de un Formulario de LET en la práctica clínica, que permita planificar y realizar el proceso de una manera transparente y clara. Se trata de un formulario similar al que en EE.UU. se conoce como POLST (Physicians Orders for Life Sustaining Treatments).

Por su parte, el artículo 27.2 del Código de Ética y Deontología Médica 1999 de la OMC establece la corrección deontológica de la práctica de la LET.

Quizás el único punto donde no existe un acuerdo ético tan amplio es en lo relativo a la LET que implica la retirada de la alimentación e hidratación artificial, sobre todo cuan-


In intensive care medicine LT is even considered a quality standard. In order to ensure that LT satisfies these quality standards the bioethics group SEMICYUC has recommended the implementation in clinical practice of the systematic use of an LT form enabling the process to be planned and carried out in a transparent and unambiguous way. The form is similar to the so-called POLST (Physicians Orders for Life Sustaining Treatments) form used in the USA.

Article 27.2 of the Spanish Medical Association's Medical Ethics and Deontology Code 1999, for its part, establishes correct deontological practice for LT.

Perhaps the only point where such widespread ethical agreement is lacking is on the issue of LT involving removal of artificial feeding and hydration, above all when this is delivered by simple means such as nasogastric tubes, as some can interpret this as a measure of basic comfort and care which should always be maintained unless the patient has expressed otherwise. ,

In any event, it is important to point out





do ésta se realiza mediante sistemas sencillos como la sonda nasogástrica, pues hay personas que pueden interpretarlos como una medida de confort y cuidado básico que debe mantenerse siempre salvo que el paciente haya expresado lo contrario.

En cualquier caso es importante señalar que existe acuerdo prácticamente unánime entre los juristas acerca de que la LET no está tipificada por el artículo 143 CP. Tampoco por el artículo 196 CP, que tipifica el delito de omisión del deber de socorro de los profesionales. La LET, como resultado de un proceso de valoración clínica ponderada, e incluso colegiada entre diferentes profesionales, sobre el grado de adecuación, proporcionalidad, necesidad o futilidad de una determinada intervención médica, no es una práctica contraria a la ética, no es punible, no es eutanasia y es buena práctica clínica.

En el marco del desarrollo de un “derecho a la dignidad del proceso de muerte”, la LET opera de dos formas diferentes:

a) Por una parte introduce el derecho del paciente a que se le limiten las intervenciones que puedan producirle un sufrimiento

that there is almost unanimous agreement among lawyers that LT is not classified under article 143 of the Penal Code. , Neither is it classified in article 196 of the Penal Code which describes the crime of failing to give assistance on the part of healthcare professionals. LT, resulting from a lengthy process of clinical evaluation, even by a group of professionals, on the degree of suitability, appropriateness, necessity or futility of a given medical intervention, is not an unethical practice, is not punishable, is not euthanasia and is good clinical practice.

Within the framework of the development of a “right to a dignified death”, LT operates in two ways:

a) On the one hand, it introduces the right of the patient to limit interventions which may cause him unnecessary suffering, i.e., those

which are not compensated by a significant increase in life expectancy with a minimally humane quality of life. This is the same as saying that it is within a patient's right that professionals should avoid acting with therapeutic obstinacy.



innecesario, esto es, el que no se compensa con un aumento significativo de la esperanza de vida con una mínima calidad humana. Esto es lo mismo que decir que el paciente tiene derecho a que los profesionales eviten incurrir en conductas de obstinación terapéutica.

b) Por otra parte la LET introduce límites en un ejercicio de la libertad de decidir por parte del paciente o, más frecuentemente de su representante o sus familiares. Dicho límite impide reclamar como necesariamente legítima toda demanda de atención sanitaria independientemente del grado de justificación que pueda tener desde el punto de vista científico de la evidencia disponible y la experiencia clínica acumulada. Esto es lo mismo que decir que los pacientes no tienen derecho a reclamar tratamientos que sean claramente fútiles.

b) On the other hand, LT establishes limits to a patient's exercise of free will or more frequently, that of the patient's representative or family members. This limit prevents patients and their representatives from demanding as necessarily legitimate any medical care, irrespective of whether or not this is justified from a scientific point of view based on the available evidence and accumulated clinical experience. This is tantamount to saying that patients do not have the right to demand treatment which is clearly futile.





RECHAZO DE TRATAMIENTO O DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Así como en la toma de decisiones de LET el peso principal de la decisión recae sobre el profesional, en las decisiones de rechazo de tratamiento o denegación de consentimiento el protagonismo central corresponde al paciente.

El rechazo de tratamiento forma parte de la teoría general del consentimiento informado, que es el modelo de toma de decisiones vigente en la bioética moderna. Así lo establecen con toda claridad documentos de consenso ético tan relevantes como la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO (2005) o el Convenio para la protección de los Derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina del Consejo de Europa. Los Códigos Deontológicos de medicina y enfermería vigentes en España también lo contemplan así. El artículo 9.2 del Código de Ética y Deontología Médica 1999 de la OMC dice que “el médico ha de respetar el derecho del paciente a rechazar total o

REFUSAL OF TREATMENT OR REVOCATION OF CONSENT

With LT decisions the main weight of the decision falls on the professional; with refusal of treatment or revocation of consent the onus falls principally on the patient.

Refusal of treatment is part of the general theory of informed consent, which is the current decision-making model in modern bioethics. This is clearly established by such weighty documents on ethical consensus as the UNESCO's Universal Declaration on Bioethics and Human Rights or the Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine of the European Council. It is also accepted by current deontological codes governing medicine and nursing in Spain. Article 9.2 of the Medical Ethics and Deontology Code 1999 of the OMC states that “the physician must respect the right of the patient to refuse totally or partially a diagnostic test or treatment” and that he “must inform the patient of the possible consequences of his refusal in a clearly understandable way”.



parcialmente una prueba diagnóstica o el tratamiento" y que "deberá informarle de manera comprensible de las consecuencias que puedan derivarse de su negativa".

Por tanto este modelo ético de toma de decisiones postula que los pacientes pueden ejercer siempre su autonomía moral y tomar las decisiones que estimen convenientes respecto a su cuerpo o su salud. Sólo en situaciones excepcionales, como el peligro para la salud pública o ante una emergencia vital súbita e inesperada que no permite demoras en la atención y donde no exista constancia previa de las preferencias del paciente, los profesionales pueden actuar sin su consentimiento.

Las decisiones autónomas de los pacientes pueden ser de aceptación o de rechazo del tratamiento indicado por los profesionales como el más beneficioso para su situación clínica. Obviamente el rechazo de la propuesta de los profesionales puede implicar la posibilidad de que el paciente ponga en serio peligro su salud o su vida.

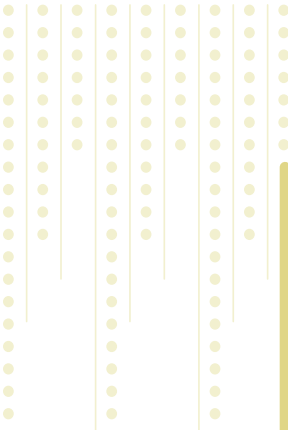
Con todo, a pesar de que en teoría exis-

According to this ethical decision-making model, therefore, patients can always exercise their moral autonomy and make decisions they deem convenient regarding their body or health. Only in exceptional situations, such as a danger to public health or in the face of a sudden and unexpected life-threatening emergency where there is no margin for delaying care and where no record of the patient's preference exists, can professionals act without a patient's consent.

The patient's autonomous decision can take the form of accepting or refusing the treatment indicated by professionals as being the most beneficial for his clinical situation. Obviously, refusing the professionals' recommendations may involve the possibility of the patient seriously endangering his health or life.

In spite of the fact that, in theory, there is a general ethical consensus on this issue in Spain, its implementation has been complicated. Informed consent is still today surrounded by important myths and confusion. Some citizens, professionals, moralists





te en nuestro país un consenso ético generalizado sobre esto, su implantación real ha resultado trabajosa. Todavía hoy el consentimiento informado está rodeado de mitos y confusiones notables. Ha sido especialmente dificultosa la aceptación, por parte de algunos ciudadanos, profesionales, moralistas y jueces, de la libertad de las personas para tomar decisiones que pongan en claro riesgo su vida. Todavía hay profesionales con reticencias a aceptar que sus obligaciones éticas respecto a sus pacientes terminan cuando les han ofrecido información detallada y consejo reiterado sobre las intervenciones que estiman más beneficiosas para su problema de salud. Cuesta aceptar que por más indicadas que estas intervenciones estén, los profesionales no tienen ninguna obligación ni ética ni jurídica de aplicarlas si el paciente las rechaza y, más costoso aún es aceptar que, en cambio, sí tienen obligación de retirarlas si ya las habían iniciado. A este respecto resulta paradigmática la histórica discusión en torno al rechazo de sangre por parte de los pacientes de la confesión religiosa de los Testigos de Jehová, que debería ser definitivamente superada en su enfoque general aunque, como en todo,

and judges in particular have found it especially difficult to accept a person's freedom to make decisions which can put his life in obvious danger. There are still some professionals who are reluctant to accept that their ethical obligations regarding their patients terminate once they have provided them with detailed information and repeated advice on the interventions they consider most beneficial to their health problem. It is difficult to accept that, no matter how appropriate these interventions may be, professionals have no ethical or legal obligation to implement them if the patient refuses. Even more difficult to accept is that they must remove these interventions if they have already been implemented. An example of this is the longstanding debate on the refusal of patients belonging to the Jehovah's Witnesses religion to accept blood. The general context of the discussion should be put behind us once and for all although, as with everything, there might still be specific ethical and legal situations of conflict which should be individually assessed.

In any event, we can safely say today that this ethical decision-making model has



siempre puedan existir situaciones concretas ética y jurídicamente conflictivas que deberán ser valoradas individualizadamente.

En cualquier caso hoy puede decirse con toda claridad que este modelo ético de toma de decisiones tiene en nuestro país pleno respaldo jurídico en la vigente Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Con respecto al rechazo de tratamientos, en su artículo 2.3 y 2.4 dice lo siguiente: "el paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles" y "todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley; su negativa al tratamiento constará por escrito". Y en el apartado 5 del artículo 8, consigna el derecho a revocar el consentimiento: "el paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento".


Este es el marco jurídico desde el que se ha argumentado el derecho de la pacien-

full legal backing in Spain under the current Law 41/2002, of 14 November, on the basic regulations of the autonomy of patients and rights and obligations regarding clinical documentation and information. Regarding refusal of treatment, articles 2.3 and 2.4 of the same law state: "the patient or user is entitled to freely decide, after receiving sufficient information, from the clinical options available" and "any patient or user is entitled to refuse treatment, except in cases specified under the Law; refusal of treatment must be recorded in writing". Paragraph 5 of article 8 establishes the right to revoke consent: "the patient may freely revoke, in writing, his consent at any time".

This legal framework is the basis for arguing the right of the patient Inmaculada Echevarría to request disconnection from her ventilator, a case which is doubtless a turning point in the establishment of an adequate ethical and legal consensus on the right to refuse treatment.

At no time can this situation be confused with euthanasia or assisted suicide. This has even been the predominant interpretation





te Inmaculada Echevarría a solicitar la desconexión de su respirador, un caso que sin duda marca un antes y un después en la cristalización de un consenso ético y jurídico suficiente en torno al derecho a rechazar tratamientos.

Bajo ningún concepto esta situación puede confundirse con la eutanasia o el suicidio asistido. Incluso dentro de la Iglesia Católica se ha interpretado mayoritariamente así. No hay más que leer el último párrafo del nº 2278 del Catecismo (Tabla 3, pag 150). Por eso, las opiniones discrepantes de algunos obispos respecto a este caso concreto son respetables pero, en todo caso, estrictamente personales y sin carácter vinculante u obligatorio a nivel magisterial para los creyentes católicos.

La situación de incapacidad del paciente no anula su derecho a rechazar tratamientos o denegar el consentimiento, pero sí cambia sustancialmente la forma en que puede ejercerlo. Esta es, en tal situación, la del consentimiento por representación, en el que un tercero - representante legal o persona con vínculos familiares o de hecho con el

of the Catholic Church. One only has to read the final paragraph, nº 2278, of the catechism (Table 3, page 151). This is why the contrary opinions of some bishops regarding this specific case are worthy of respect but are, in any event, strictly personal and have no binding or obligatory authority for Catholics.

The incapacity of a patient does not invalidate his right to refuse treatment or withhold consent, although it does substantially change the way in which this can be achieved. It entails, in such a situation, a consent by proxy in which a third party – either a legal representative or someone with ties to the family or to the patient – takes the decision instead of the incapable patient. This representative or family member will see that the express wishes of the patient are carried out. If these are not known, the representative will try to reconstruct what would probably have been the patient's preference based on his knowledge of the same. If this is not possible either, the representative will, in the last resort, decide what is considered clinically best for the patient.




paciente - toma las decisiones en lugar del paciente incapaz. Ese representante o familiar velará por realizar los deseos expresos del paciente. Si no se conocen éstos, procurará reconstruir entonces, a partir de su conocimiento del paciente, lo que probablemente hubiera preferido y, si tampoco esto es posible, en última instancia buscará lo que se estime como mayor beneficio clínico para el paciente.

Por ello, es muy importante que las personas puedan expresar sus deseos anteriormente. Y la mejor manera de hacerlo es mediante una voluntad anticipada o instrucción previa (coloquialmente conocida también como "testamento vital"), que en España están extensamente reguladas por el artículo 11 de la Ley 41/2002 y por la legislación autonómica, aunque con muchas lagunas. El respeto de la voluntad anticipada, en una situación clínica claramente contemplada por ella, en la que un paciente solicita la suspensión o no inicio de un tratamiento es, en principio, una obligación ética y jurídica vinculante para los profesionales, por encima incluso de sus opiniones sobre el posible beneficio clínico que se obtendría del man-

This is why it is very important for people to be able to express their will beforehand. The best way of doing this is by means of an advance directive or previous statement (commonly known also as "Living Will"), which in Spain is extensively regulated by article 11 of Law 41/2002 and by regional legislation, albeit with many loopholes. In principle, obeying advance directives, within a clinical situation clearly contemplated by this same directive in which a patient requests that a treatment be interrupted or withheld, imposes on a professional a binding ethical and legal obligation, even overriding his opinion on the possible clinical benefit to be obtained by maintaining the measure. This obligation also overrides the opinions of family members or the representative appointed by the patient himself in his advance directive document, as he may not contravene the instructions of the interested party if the situation is clearly contemplated.

In the framework of the development of a "right to a dignified death", the refusal of treatment works in two complementary ways:





tenimiento de la medida. Esta obligación de respeto también está por encima de las opiniones de la familia o del representante designado por el propio paciente en su documento de voluntades anticipadas, ya que éste no podrá contravenir lo explicitado por el interesado si la situación está claramente contemplada.

En el marco del desarrollo de un "derecho a la dignidad del proceso de muerte", el rechazo de tratamiento opera de dos maneras complementarias:

a) Por una parte parece claro que el derecho a rechazar tratamientos forma claramente parte de dicho derecho, y a su vez es expresión del derecho general al consentimiento informado de los pacientes. Las bases éticas y jurídicas, tanto a nivel internacional, nacional y andaluz, están claramente establecidas.

b) Por otra, el derecho a rechazar tratamiento se puede operativizar mediante la realización del Testamento Vital o Voluntad Vital Anticipada, pues ambos nombres tienen carta de naturaleza en Andalucía.

a) On the one hand it seems clear that the right to refuse treatment is obviously part of said right and is at the same time an expression of the patient's general right to informed consent. The ethical and legal bases have been clearly established both on an international and national level and also in the Autonomous Community of Andalusia.

b) On the other hand, the right to refuse treatment can be implemented through a Living Will, or Advance Directive, both terms being accepted in Andalusia



SEDACIÓN PALIATIVA

Por sedación paliativa se entiende la administración de fármacos a un paciente en situación terminal, en las dosis y combinaciones requeridas para reducir su conciencia todo lo que sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios que le causan sufrimiento, contando para ello con su consentimiento informado y expreso o, si esto no es factible, con el de su familia o representante. En nuestro país –no así en los demás países europeos– se suele contemplar además un subtipo de sedación que se denomina sedación terminal o sedación en agonía. La única diferencia respecto a la anterior es que en este caso se administra a un paciente cuya muerte se prevé muy próxima porque está entrando en la fase de agonía. Pero entendemos que ello no implica diferencia alguna en el abordaje de los aspectos éticos y jurídicos.


La sedación paliativa se trata de una práctica clínica que, si se realiza conforme a las indicaciones clínicas y prescripciones técnicas, y contando con el consentimiento informado del paciente o de su represen-

PALLIATIVE SEDATION

Palliative sedation means the administration of the required dosage and combination of drugs to a terminally ill patient to diminish his consciousness enough to sufficiently alleviate one or more refractory symptoms causing suffering, with the patient's informed and express consent or, if this is not feasible, that of his family or representative. In Spain, although not in other European countries, a subtype of sedation called terminal sedation or death-bed sedation is also usually considered. The only difference between this and the former is that it is administered to a patient who is expected to die in a very short time because he is entering the terminal phase. This, however, does not mean that there is any difference when dealing with the ethical and legal aspects.

Palliative sedation is a clinical practice which, if it is performed according to clinical indications and technical prescriptions and has the informed consent of the patient or his representative, should not be considered under a different light from any other health-care procedure. It is important to emphasise





tante, no debería ser considerada de un modo muy diferente al de cualquier otra actuación médica. Es importante señalar que este consentimiento debe ser expreso, bien del propio paciente, bien de su representante; lo cual no quiere decir que tenga que ser necesariamente obtenido por escrito. Hoy en día no parece ni ética ni jurídicamente adecuado aceptar el consentimiento presunto, implícito o tácito, a pesar de que la Sociedad Española de Cuidados Paliativos así lo ha admitido en alguna ocasión.

Lo que hace aparentemente especial a esta actuación clínica es que uno de sus posibles efectos secundarios, por un mecanismo no del todo aclarado, puede contribuir a acortar el tiempo de vida del paciente. Por eso, para justificar esta práctica, y evitar la acusación de "eutanasia" encubierta, que como ya sabemos se ha bautizado con el rebuscado nombre de "criptotanasia", se ha acudido al uso de un antiguo principio moral, el "principio del doble efecto". Este principio dice que, cuando una determinada actuación tiene dos posibles efectos, uno positivo y otro negativo, si la persona actúa buscando intencionadamente el efecto

the need for express consent, either from the patient or from his representative; this does not imply that this consent must be given in writing. Nowadays it does not seem either ethically or legally appropriate to accept presumed consent, implicit or tacit, in spite of the fact that the Spanish Society for Palliative Care has on occasion done so.

What makes this clinical procedure seem special is that one of its possible side effects, through a mechanism as yet not totally clarified, is that it can contribute towards reducing the patient's life span. Because of this, in order to justify this practice and avoid accusations of "undercover euthanasia" which, as we know, has been given the complicated name of "cryptothanasia", an old moral principle, the "double effect principle", has been used. According to this principle, when a certain action has two possible effects, one positive and the other negative, if the person acts with the intention of achieving the positive effect but, as a consequence the negative effect is also unintentionally produced, the action is morally correct. This is the kind of argument underlying n° 2279 of the catechism of the Catholic Church (Ta-



positivo, pero como consecuencia de ello se produce además, de manera no buscada, el negativo, la actuación es moralmente correcta. Este tipo de argumentos es el que subyace en el nº 2279 del Catecismo de la Iglesia Católica (Tabla 3) así como en el artículo 27.1 del Código de Ética y Deontología Médica 1999 de la OMC. Y es lo que ha dado lugar a atribuirle a la sedación el confuso nombre de “eutanasia indirecta”.

Quizás apelar a todo esto sea innecesario, pues todas las prácticas clínicas tienen efectos secundarios no deseados ni buscados, y no por eso se invoca continuamente este principio para justificar la conducta de los profesionales cuando esos efectos nocivos indeseables se producen. Basta con actuar correctamente desde el punto de vista científico-técnico y contar con el consentimiento informado del paciente o su representante. Cuando así se hace se actúa técnicamente y éticamente de manera correcta y conforme a Derecho, sin incurrir en el delito tipificado por el artículo 143 CP.

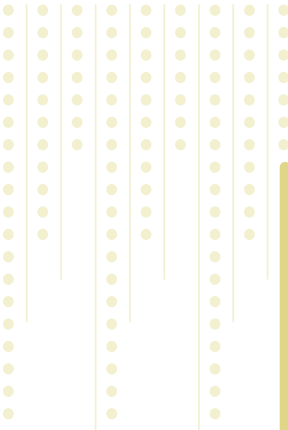
En la Comunidad Autónoma de Andalucía la práctica de la Sedación Paliativa está

ble 3) and article 27.1 of the Medical Ethics and Deontology Code 1999 of the OMC. This has also resulted in sedation being given the confusing name of “indirect euthanasia”.

Perhaps it is unnecessary to resort to this as all clinical practice has undesired and unintended side effects but this does not prompt professionals to continually invoke this principle to justify their conduct in the event of undesired, injurious effects. All that is needed is to act correctly from a technical-scientific point of view and have the informed consent of the patient or his representative. If this is the case, then the action is ethically and technically correct and law-abiding and cannot be prosecuted under article 143 PC.

In the Autonomous Community of Andalusia the practice of palliative sedation is clearly accepted under the Comprehensive Plan for Palliative Care (Plan Integral de Cuidados Paliativos), which includes a document regulating this practice: Palliative Sedation and Terminal Sedation: Guiding Principles for Taking Clinical Practice Decisions” (Sedación Paliativa y Sedación Terminal:





claramente asumida por el Plan Integral de Cuidados Paliativos, que incluye un documento regulador de su práctica "Sedación Paliativa y Sedación Terminal: Orientaciones para la toma de decisiones en la Práctica Clínica", que ya fue objeto de análisis y aprobación en su día por esta Comisión Autonómica.

Parece claro, por tanto, que el derecho a recibir la adecuada sedación, si así lo desea el paciente o su representante, forma una parte incuestionable del "derecho a la dignidad ante el proceso de la muerte", como una de las prestaciones que deben incluirse en un proceso de cuidados paliativos integrales y de calidad.

Orientaciones para la toma de decisiones en la Práctica Clínica), which has already been analysed and approved by this Regional Commission.

It seems clear, therefore, that the right to receive adequate sedation, if so requested by the patient or his representative, is an unchallengeable part of the "right to a dignified death" and one of the services which should be included in a comprehensive, quality-based palliative care process.



SUSPENSIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA POR FALLECIMIENTO

Los criterios de muerte encefálica están claramente definidos en Anexo I del Real Decreto 2070/1999 de extracción y trasplante de órganos. Cuando un paciente los cumple, el no inicio o la retirada de todas las medidas terapéuticas de soporte vital ni produce ni permite la muerte del paciente, porque en realidad ésta ya ha acontecido. Si el paciente ya fallecido es candidato a ser donante de órganos la única diferencia es que, antes de proceder a la desconexión final, se realizan una serie de intervenciones clínicas destinadas a posibilitar la conservación y extracción de esos órganos. No existe aquí ningún tipo de conflicto ni ético ni jurídico, ni cabe aquí hablar de eutanasia ni de limitación del esfuerzo terapéutico. Todas esas expresiones tienen sentido cuando se habla de pacientes vivos, no de personas ya fallecidas.

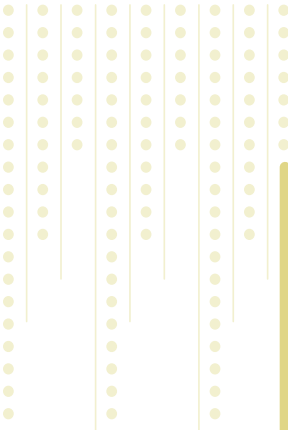
El citado Real Decreto también incluye la posibilidad de realizar la extracción de órganos en pacientes que cumplan criterios de muerte por parada cardiorrespiratoria. Como dice el mismo Real Decreto, "la irreversibilidad del cese de las funciones car-

INTERRUPTION OF MEDICAL CARE DUE TO DEATH

The criteria for brain death are clearly defined in Annexe 1 of Royal Decree 2070/1999 on the extraction and transplantation of organs. When a patient complies with these criteria, the failure to initiate, or the removal of all therapeutic life support measures neither causes the death of the patient nor allows him to die, because in fact, death has already occurred. If the deceased is a candidate for organ transplant the only difference is that before disconnection a series of clinical interventions is carried out to ensure the conservation and extraction of the organs. No kind of ethical or legal conflict exists, nor is it appropriate in this case to talk of euthanasia or limitation of treatment. All these expressions have a meaning when referring to living patients and not to those who have already died.

The aforementioned Royal Decree also includes the option of extracting organs from patients who comply with criteria of death due to cardiorespiratory arrest. As is stated in the Decree, "the irreversible nature of the





diorrespiratorias se deberá constatar tras el adecuado período de aplicación de maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada", siguiendo "los pasos especificados en los protocolos de reanimación cardiopulmonar avanzada que periódicamente publican las sociedades científicas competentes". Así pues, la suspensión de las medidas de reanimación se produce, igual que el caso de la muerte encefálica, cuando se constata el fallecimiento del paciente. La suspensión de éstas no es, por tanto, ninguna forma de eutanasia ni de limitación del esfuerzo terapéutico.

Otra situación distinta es el problema del grado de indicación de la reanimación, su posible caracterización como terapia fútil o la aplicación de Órdenes de No Reanimar a petición de un paciente capaz o a través de su Voluntad Anticipada en caso de incapacidad. Estas actuaciones sí deben ser etiquetadas, bien como LET o bien como rechazo de tratamiento. Pero en ningún caso son formas de eutanasia.

En el marco del desarrollo del "derecho a la dignidad del proceso de muerte" este escenario es, quizás, el menos relevante.

cessation of cardiorespiratory functions must be ascertained after an appropriate period of applying advanced cardiopulmonary resuscitation techniques", following "steps specified in advanced cardiopulmonary resuscitation protocols periodically published by competent scientific societies". Cessation of resuscitation measures takes place therefore, as in the case of brain death, when the death of the patient is ascertained. This cessation is not, therefore, a form of euthanasia or a limitation of treatment.

A different situation is the problem of the extent to which resuscitation is indicated, its possible classification as futile therapy or the enforcement of a Do Not Resuscitate order given by a capable patient or transmitted through a Living Will if the latter is incapable. These activities should be labelled either as LT or refusal of treatment. However, they are never a form of euthanasia.

In the framework of the development of the "right to a dignified death" this is possibly the least relevant scenario.

