

Razones del “no” a la eutanasia

Asociación Catalana de Estudios Bioéticos

1) <i>Presentación:</i>	1
2) <i>¿Qué es la eutanasia?</i>	1
3) <i>Situación actual:</i>	2
4) <i>¿Cómo queremos morir?</i>	3
5) <i>El papel del médico:</i>	3
6) <i>¿Qué es la sedación terminal?</i>	3
7) <i>Consecuencias de la despenalización:</i>	4
8) <i>¿Qué ocurrirá si se despenaliza?</i>	5
Un ejemplo: Holanda	5
9) <i>Razones políticas para decir no a la eutanasia</i>	6
10) <i>Algunos testimonios en contra de la despenalización:</i>	7
11) <i>Disposiciones internacionales</i>	7
12) <i>Alternativas a la eutanasia:</i>	8

1) Presentación:

La legalización reciente de la eutanasia en Holanda ha provocado la solicitud, por parte de algunos partidos políticos, de la legalización de la eutanasia en España. Con este documento la Asociación Catalana de Estudios Bioéticos quiere aportar al importante debate social reflexiones fundamentales ante un asunto tan delicado como la despenalización de acciones contra la vida humana.

2) ¿Qué es la eutanasia?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la eutanasia como aquella “acción del médico que provoca deliberadamente la muerte del paciente”.

Esta definición resalta la intención del acto médico, es decir, el hecho de querer provocar voluntariamente la muerte de otro. La eutanasia se puede realizar por acción directa: proporcionando una inyección letal al enfermo, o por acción indirecta: no proporcionando el soporte básico para su supervivencia. En ambos casos, la finalidad es la misma: terminar con una vida enferma.

Esta acción sobre el enfermo, con la intención de sacarle la vida, se llamaba, se llama y debería continuar llamándose homicidio. La información y el conocimiento del paciente sobre su enfermedad y su demanda libre y voluntaria de poner fin a su vida, el llamado suicidio asistido, no modifica el hecho que sea un homicidio, ya que lo que se propone entra en grave conflicto con los principios que han regido el derecho y la medicina hasta nuestros días.

3) Situación actual:

La eutanasia es un acto que busca provocar la muerte a una persona enferma, que comporta graves consecuencias familiares, sociales, médicas, éticas y políticas. Su despenalización modificará desde sus raíces las relaciones entre las generaciones y los profesionales de la medicina. El informe Rummelink sobre la práctica de la eutanasia en Holanda rebela 1000 muertos por eutanasia involuntaria (sin consentimiento) durante el año 1990. Estos 1000 pacientes eutanasiados son 1000 razones poderosísimas para oponerse a la eutanasia activa. Igualmente, en los casos en que la eutanasia la solicita el paciente, existe un grave problema ético porque se trata de una derrota social y profesional ante el problema de la enfermedad y la muerte. Los casos extremos y la autonomía personal, que siempre son indicados por los partidarios de la eutanasia para su despenalización, no han de generar leyes socialmente injustas, que confrontan el deseo individual con el deber ineludible del Estado a la protección de la vida física de cada ciudadano.

En el debate de la eutanasia están presentes tres cuestiones complejas: el consenso democrático, la dignidad de la persona humana y la autonomía personal.

El consenso:

El consenso convierte el principio legislativo en la única fuente de verdad y de bien, y deja la vida humana a merced del número de votos emitidos en un parlamento. Las legislaciones sobre el aborto, el clonaje humano, la fecundación extracorpórea y la experimentación embrionaria son consecuencia de la aplicación del principio de las mayorías.

Los derechos humanos no los otorgan el número de votos obtenidos, ni la sociedad, ni los partidos políticos, por bien que los deben reconocer y defender siempre. Tampoco se basan en el consenso social, ya que los derechos los posee cada persona, por el hecho de ser persona. Las votaciones parlamentarias no modifican la realidad del hombre, ni la verdad sobre el trato que le corresponde.

La dignidad de la vida humana:

El hecho de nacer y el de morir no son nada más que hechos y sólo hechos, adornados naturalmente con toda la relevancia que se quiera. Precisamente por esto mismo no se pueden considerar dignos o indignos según las circunstancias en que se produzcan, por la sencilla y elemental evidencia de que el ser humano siempre, en todo caso y situación, es excepcionalmente digno, tanto si está naciendo, viviendo o muriendo. Decir lo contrario es ir directamente en contra de aquello que nos singulariza y cohesionan la sociedad.

Legalizar la eutanasia es una declaración de derrota social, política y médica ante el enfermo que no acabará con las perplejidades de la vida, ni de la muerte, ni con las dudas de conciencia de los médicos, de los pacientes y de los familiares.

La autonomía personal:

“El derecho a morir no está regulado constitucionalmente; no existe en la Constitución la disponibilidad de la propia vida como tal” (J. A. Belloch, exministro de Justicia de España 1993-96). Si existiera este derecho absoluto sobre la vida, existirían otros derechos como la posibilidad de vender los propios órganos o de aceptar voluntariamente la esclavitud.

La autonomía personal no es un absoluto. Uno no puede querer la libertad sólo para sí mismo, ya que no hay ser humano sin los otros. Nuestra libertad personal está siempre vinculada a la responsabilidad por todos aquellos que nos rodean y la humanidad entera. La convivencia democrática nos obliga a someternos y aceptar los impuestos, las normas y leyes, que en ningún momento son cuestionados como

límites a la libertad personal. ¿Por qué no queremos descubrir un bien social en la protección legal de la vida en su final? ¿Qué cultura dejaremos a nuestros hijos si les transmitimos que los enfermos no merecen la protección de todos?

4) ¿Cómo queremos morir?

Todos queremos una buena muerte, sin que nos alarguen artificialmente la agonía, ni nos apliquen una tecnología o unos medios desproporcionados a la enfermedad.

Todos queremos ser tratados eficazmente del dolor, tener la ayuda necesaria y no ser abandonados por el médico y el equipo sanitario cuando la enfermedad es incurable.

Todos queremos ser informados adecuadamente sobre la enfermedad, el pronóstico y los tratamientos de que dispone la medicina; que nos expliquen los datos en un lenguaje comprensible, y participar en las decisiones sobre aquello que se nos hará.

Todos queremos recibir un trato respetuoso, que en el hospital podamos estar acompañados de la familia y de los amigos sin otras restricciones que las necesarias para la buena evolución de la enfermedad y el buen funcionamiento del hospital.

5) El papel del médico:

El acto médico se basa en una relación de confianza en la que el paciente confía al médico su curación, aspecto primordial de su vida, de sí mismo. En la relación entre los dos no puede existir el pacto de una muerte intencionada. La eutanasia significará el final de la confianza depositada durante milenios en una profesión que siempre se ha comprometido a no provocar la muerte intencionadamente en ningún supuesto.

La eutanasia deshumanizará la medicina: sólo desde el respeto absoluto es posible concluir que todas las vidas humanas son dignas, que ninguna es indispensable o indigna de ser vivida.

La eutanasia frenará el progreso de la medicina: los médicos se irán volviendo indiferentes hacia determinados tipos de enfermedad, no habrá razones para investigar en los mecanismos patogénicos de la vejez, de la degeneración cerebral, del cáncer en estadio terminal, de las malformaciones bioquímicas o morfológicas, etc.

La solución pasa por dar una cura integral a quien morirá pronto, tratando sus sufrimientos físicos y psíquicos, sociales y espirituales.

Este es el fundamento de la medicina paliativa, que, desde la perspectiva del respeto absoluto que se debe a toda persona y delante los límites terapéuticos de la propia medicina, pasa a controlar los síntomas de la enfermedad, especialmente la presencia de dolor, y acompañar al enfermo hasta la muerte.

6) ¿Qué es la sedación terminal?

“Se entiende por sedación terminal la administración deliberada de fármacos para producir una disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la conciencia en un paciente la muerte del cual se prevé que será próxima, con la intención de aliviar un sufrimiento físico y/o psicológico incontrolable con otras medidas y con el consentimiento explícito, implícito o delegado del paciente”. El hecho de recurrir al consentimiento implícito o delegado cuando el paciente puede conocer la información sustrae al moribundo el derecho de afrontar el acto final de su vida: su propia muerte. La familia y el médico suplantán al enfermo y lo apartan del conocimiento de esta decisión.

La sedación terminal es éticamente correcta cuando:

- 1) la finalidad de la sedación sea mitigar el sufrimiento
- 2) la administración del tratamiento busque únicamente mitigar el sufrimiento y no provocar intencionadamente la muerte.
- 3) no haya ningún tratamiento alternativo que consiga los mismos efectos principales sin el efecto secundario que sería el acortamiento de la vida. Luego la acción es correcta y éticamente aceptable.

La sedación terminal es correcta únicamente cuando se busca mitigar el sufrimiento del enfermo y no cuando la finalidad es acelerarle la muerte. En este caso, se trata de eutanasia activa.

7) Consecuencias de la despenalización:

Las circunstancias difíciles que provocan algunas enfermedades o una experiencia familiar desagradable pueden ser la causa de una posición personal a favor de la eutanasia. Pero los casos extremos no generan leyes socialmente justas, por las dificultades que estos mismos comportan. Los casos extremos se utilizan y se presentan como irresolubles, razón por la cual si hoy aceptamos matar intencionadamente un paciente como solución para un problema, mañana podremos encontrar un centenar de problemas para los cuales matar sea la solución.

Un antecedente del que hemos dicho se puede considerar en las consecuencias de la despenalización del aborto en tres supuestos o excepciones a la norma en la Ley del Aborto de 1985: por violación, por malformaciones fetales o congénitas y por el peligro para la salud físico o psíquica de la madre. El peligro para la salud psíquica de la madre se ha convertido en el cajón de sastre donde cabe todo, ya que el 97,83% de los abortos se acogen a este supuesto. Hoy ya nadie habla del derecho a la vida de los no nacidos y el aborto se ha convertido en una práctica médico-social habitual sin ningún tipo de control legal en los supuestos que establece la ley.

Se habla del control absoluto del acto eutanásico ante su despenalización, pero la evidencia es muy distinta, ya que el médico, si se despenaliza la eutanasia, tendrá impunidad para matar sin que nadie se dé cuenta.

Ejemplos que muestran la inseguridad de los enfermos:

La Vanguardia (06/01/2001) publicó la noticia siguiente: “Médico de familia y asesino en serie”. Un informe minucioso de la Universidad de Leicester determina que “probablemente 297 pacientes de Harold Shipman, conocido como el Doctor Muerte, no murieron por causas naturales”. Shipman, inglés, padre de cuatro hijos y médico de familia, ya cumple cadena perpetua por haber asesinado quince de sus pacientes. En su expediente se lee que mataba predominantemente señoras de edad media, entre los 50 y los 65 años, a las que aplicaba sobredosis de drogas como la heroína, que conseguía con su licencia de médico, representando que eran para aliviar los dolores de sus pacientes. Los familiares de algunas víctimas continúan presionando a la fiscalía británica para descubrir si sus seres queridos fueron asesinados. El doctor Shipman fue descubierto cuando manipulaba el testamento de Kathleen Grundy, circunstancia que la familia denunció.

El País (23/06/2000) publicó el caso de una enfermera inglesa investigada por la muerte de 18 menores. Las dudas surgieron por la carta de una madre que se quejaba del trato que había recibido su hijo ya muerto. Como estaba acostumbrada a las curas paliativas aplicados a casos incurables, sus visitas a las diversas casas no eran supervisadas con el mismo rigor que las tareas de sus compañeras. Las autoridades del Hospital de Runwell, del condado de Essex, la suspendieron de sueldo y trabajo. La noticia no mencionaba el nombre de la enfermera.

ABC(11/05/1999) publicó que en Brasil “investigan a las funerarias por el nuevo ángel de la muerte”. El Auxiliar de Enfermería Edson Izidoro, sospechoso de haber matado 131 pacientes en estado grave, confesó que había recibido una comisión de las funerarias y de haber actuado por dinero.

La Razón (12/01/1999) publicó: “Un médico holandés denuncia ante el Consejo de Europa 900 casos de eutanasia sin consultar al paciente”. La denuncia la presentó el doctor Henk Ten Have a la reunión de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa que había tenido lugar el día anterior.

Amnistía internacional, según publicó el *Diario Médico* (3/11/98) declaró que los médicos que intervienen en la ejecución de un prisionero por medio de una inyección letal incurren en una práctica contraria a la ética profesional, aunque la legislación del país les ampare. El doctor James Welsh ha afirmado que, cuando se introdujo el uso de la inyección letal, “se presentó como un sistema que humanizaba de manera notable las ejecuciones. Asimismo, en la práctica, se tiene constancia de un número elevado de casos en que ha fallado y ha causado una muerte dolorosa”.

El Mundo (07/01/1999) publicó: “La policía británica investiga 50 muertes por eutanasia”. Diversos hospitales han sido acusados de haber retirado el serum intravenoso a sus pacientes, mientras estaban sedados, y de haberles causado la muerte por deshidratación. El doctor Gillian Craig dijo sobre la cuestión: “En algunas ocasiones, sedar a un paciente y deshidratarlo equivale a eutanasia. El agua y los alimentos constituyen una necesidad básica y no se pueden considerar un tratamiento que los médicos pueden conceder o retirar cuando quieren”.

El ABC (08/08/2000) publicó: “En Dinamarca no se atenderá a los enfermos terminales para ahorrar gastos”. El pacto concertado entre médicos y políticos escandaliza a la sociedad.

8) ¿Qué ocurrirá si se despenaliza?

La despenalización de la eutanasia comportará una decadencia ética progresiva. Gonzalo Herranz describe en cuatro fases las situaciones por las que pasaremos si se despenaliza:

- 1) Se presentará la eutanasia como un tratamiento que sólo se puede aplicar en determinadas situaciones clínicas extremas, sometidas a un control estricto de la ley.
- 2) Al cabo de pocos años, la reiteración de casos irá privando la eutanasia de su carácter excepcional. La habituación se producirá con la idea que es una intervención que tiene ventajas, e incluso una terapéutica aceptable. La eutanasia ganará falazmente la batalla a las curas paliativas porque es más indolora, rápida, estética y económica, y se convertirá para el enfermo en un derecho exigible a una muerte dulce, para los parientes en una salida más cómoda, para algunos médicos en un recurso sencillo que ahorra tiempo y esfuerzos, y para los gestores sanitarios en un intervención que ofrece un cuociente coste/eficacia óptimo.
- 3) Para aquellos profesionales que acepten la eutanasia voluntaria, la eutanasia involuntaria se convertirá, por razones de coherencia moral, en una obligación indeclinable. Esta fase comporta la eutanasia involuntaria. El médico razona que la vida de determinados pacientes capaces de decidir tiene tan poca calidad, tiene un coste tan elevado, que no es digna de ser vivida. Es muy fácil expropiar al paciente de su libertad de escoger continuar viviendo.
- 4) Se generalizará este concepto a otros enfermos y la eutanasia irá sustituyendo la medicina.

Un ejemplo: Holanda

Según la nueva ley holandesa, la eutanasia no será delito si el médico la practica respetando los requisitos siguientes: que la situación del paciente sea irreversible y el sufrimiento insoportable; que el médico esté seguro que nadie coacciona al paciente y que su petición de morir haya sido expresada más de una vez; que el médico pida la opinión de otro colega, que habrá de haber visto al paciente. Todos estos requisitos

ya estaban previstos en la legislación de 1993. La novedad de esta ley es que los menores de 12 a 16 años también pueden solicitar la eutanasia con permiso de sus padres. Los de 16 y 17 años no necesitarán el consentimiento paterno, pero sí su participación en el proceso de decisión.

P. J van der Maes y G. van der Wal, catedráticos de Salud Pública de la Universidad Erasmus de Rotterdam y de la Universidad Libre de Amsterdam, elaboraron un informe a petición de los ministros de Justicia y Sanidad para evaluar la aplicación de la legislación. Sus conclusiones permiten comparar la práctica actual de la eutanasia con lo que reflejaba otro informe realizado el 1991 por una comisión presidida por el fiscal general del estado, Jan Remmelink.

Los dos estudios se basan en dos informes separados: uno se basa en entrevistas con médicos y otro con el procedimiento de notificación.

Las eutanasias con consentimiento son una gran derrota familiar, médica y política que nos han de llevar a reflexionar sobre la voluntad de morir de estos pacientes que dicen “Doctor, quiero morir”, que significa: “Doctor, quiero vivir. Pero, ¿estará a mi disposición cuando no pueda más?”. Los más de 1000 casos de eutanasia sin consentimiento explícito son una razón poderosa para no permitir esta práctica, ya que estamos hablando de homicidios voluntarios.

La comparación del informe Remmelink de 1990 y el de 1995 pone de manifiesto que del nombre total de muertos en Holanda:

- 1) Las muertes por eutanasia han aumentado de 2300 casos el 1990 a 3120 el 1995.
- 2) La cooperación al suicidio ha pasado de 400 casos a 540 casos.
- 3) La práctica de la eutanasia sin consentimiento explícito se mantiene en unos 1000 casos anuales desde 1990.
- 4) Las peticiones explícitas de eutanasia o de suicidio asistido han crecido un 9% desde 1990.
- 5) El procedimiento de notificación no cumple su papel de control a posteriori. Aún la mayoría de los casos de eutanasia no son declarados como tales en redactar el acta de defunción, aunque la proporción de las declaraciones ha aumentado del 18% el 1990 al 41% el 1995.

9) Razones políticas para decir no a la eutanasia

El debate de la eutanasia pone al descubierto qué son deberes del Estado o políticos y qué son deberes personales.

La tutela de la vida humana es un deber político que no se puede relegar a la moral particular o privada de cada uno. La vida física es un bien universal que no puede ser amenazado por ninguna circunstancia.

Existen dos planos bien diferenciados:

Jurídico-político: regula las relaciones entre los hombres –por la convivencia en paz, la seguridad y la libertad- y protege los bienes comunes de los cuales todos somos partícipes y en los cuales la vida física de cada hombre es un presupuesto necesario para la existencia de otros bienes. No es un deber del Estado hacer bueno al hombre por medio de las leyes civiles, pero sí proteger todos aquellos que se pueden ver privados del derecho fundamental a la vida, especialmente ante la vulnerabilidad que comporta la enfermedad.

Moral: regula los actos individuales. El presunto derecho al suicidio asistido es una opinión o deseo personal. Una cosa es el deseo que todos tenemos de morir bien y otra bien distinta despenalizar el acto intencionado de supresión de una vida: homicidio.

El derecho a la protección de la vida física de cada persona y en cualquier circunstancia de enfermedad o vejez es el fundamento que nos protege de los criterios éticos de los otros sobre la propia existencia, de la forma como los otros “me ven”, e, incluso, de la moralidad particular de aquel que no descubre el respeto que se debe siempre al otro, como el médico que practica eutanasias.

10) Algunos testimonios en contra de la despenalización:

Pau Salvador Coderch, catedrático de Derecho Civil de la Universidad Pompeu Fabra, escribió en un artículo de opinión, *Ministros de la muerte*, publicado en *La Vanguardia* el viernes 27 de febrero de 1998 “No existe nada parecido a un derecho a la muerte ni nadie en su sano juicio puede pretender que el Estado reconozca a ninguno de sus ciudadanos la facultad de exigir ante un tribunal que un funcionario le inyecte una sustancia letal.

Yo no estoy de acuerdo (con el mensaje enviado por los medios de comunicación) deprimente y letal: hay que ayudar a vivir que no siempre es fácil; en algún caso aislado, habrá que dejar morir, pero matar es una solución demasiado sencilla. Cuesta tan poco, que está al alcance de cualquier incompetente.

Los jueces del Tribunal Supremo Federal (EEUU) se negaron a admitir que tampoco hay que distinguir entre eutanasia activa –matar- y pasiva –dejar morir-... Llevan razón: en la vida y en el derecho la regla de principio es que no es lo mismo hacer algo que abstenerse de ello”.

Camilo José Cela, premio Nobel de Literatura (1989), *El Mal camino*, ABC. “Por el mundo adelante se extiende cada vez más la idea de la licitud del exterminio cuanto pueda frenar la marcha triunfal del vencedor, y eso es muy peligroso. El retrasado, por la razón que fuere, el tonto, el débil, el enfermo, el viejo, el negro, el paria y el perdedor, también tiene derecho a seguir viviendo, aunque sea mal. Si el hombre no es capaz de adecuar su vida a la justicia –y lleva demasiado tiempo intentándolo sin conseguirlo- no va a tener más remedio que volver a la caridad... La energía del fuerte debe encauzarse hacia la regeneración del débil, que siempre será posible si se prueba seriamente a hacerlo.

Lo que no se puede es admitir que los superdotados quieran hacer jabón con los infradotados; un trozo de carne con figura humana, por poco que discorra, sigue siendo un hombre y, por el sólo hecho de serlo, es digno de absoluto respeto”.

Juan Alberto Bel loch, exministro de Justicia Español (1993-1996) responde a la pregunta de la periodista Carla Fibla: ¿Qué es lo que personalmente le hace mostrarse tan reacio a la despenalización de la eutanasia? “... si está despenalizado practicar la eutanasia activa y directa, en determinados casos el riesgo es que el médico termine sustrayendo o suplantando la voluntad del paciente”. “Hay que pensar; el valor de la muerte, si se da o no un elemento de presión sobre los más débiles”. “Por arreglar una injusticia creamos un problema mayor”.

11) Disposiciones internacionales

La **Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa**, en la recomendación 1418, aprobada el 25 de junio de 1999, pide que se garantice el acceso de los enfermos terminales a las curas paliativas y recuerda que la eutanasia, incluso si es voluntaria, contraviene el artículo 2 del Convenio Europeo de Derechos Humanos, que afirma que “la muerte no se puede infligir intencionalmente a nadie”. Los 41 diputados exhortaron a los gobiernos a mantener “la prohibición absoluta de poner fin intencionalmente a la vida de los enfermos incurables y de los moribundos”.

Un conocimiento mayor de las curas paliativas en la atención de enfermos terminales ha hecho disminuir sensiblemente el apoyo a la eutanasia y al suicidio asistido entre los oncólogos de los Estados Unidos. Al final de 1999, la **American Medical Association** (AMA) decidió dar apoyo en el Congreso a una ley que prohibiría la cooperación al suicidio en todo el país. La eutanasia está permitida en Oregón desde 1997 y, en cambio, ha estado rehusada por referéndum en Maine.

Código Internacional de Ética Médica de la Asociación Médica Mundial (Londres 1949 – Sidney 1968 – Venecia 1983). “El médico debe recordar siempre la obligación de preservar la vida humana”.

Asociación Médica Mundial (Madrid 1987): Declara que “La eutanasia, es decir, el acto deliberado de terminar con la vida de un paciente, aunque se cuenta con su consentimiento o el de sus familiares, es contraria a la ética”.

Organización Mundial de la Salud (OMS): Ginebra, 1990. Considera que “con el desarrollo de los métodos modernos de tratamiento paliativo, no es necesaria la legalización de la eutanasia. Además, ahora que existe una alternativa viable a la muerte dolorosa, tendrían que concentrarse los esfuerzos a la implantación de programas de tratamiento paliativo, antes que ceder ante las presiones que tienden a legalizar la eutanasia”.

12) Alternativas a la eutanasia:

La solución a los sufrimientos que comporta la enfermedad no ha de pasar por admitir matar o ayudar al suicidio de las personas enfermas. Matar nunca es una solución y aún menos el suicidio. El reto social y médico es desarrollar una medicina paliativa eficaz, que admita la condición de dolor del ser humano y que procure controlar este dolor y aliviar el sufrimiento.

La verdadera alternativa a la eutanasia y al encarnizamiento terapéutico es la humanización de la muerte. Ayudar al enfermo a vivir del mejor modo posible el último período de su vida. Es fundamental expresarle el apoyo, mejorarle el trato y las curas, y mantener el compromiso de no abandonarlo, tanto por parte del médico como por parte de los encargados de las curas, de los familiares y también del entorno social.

Muchos casos de petición de eutanasia son debidos a una “medicina sin corazón”. La eutanasia se basa en la desesperación y refleja la actitud de “ya no puedo hacer nada más por usted”. Se ha de ayudar a vivir, pero no siempre es fácil; también se deberá dejar morir, pero matar es una solución demasiado sencilla. La respuesta ante la petición de eutanasia no es la legalización de ésta sino una mejor educación y atención sanitaria y social.

La medicina paliativa procura responder a cualquier necesidad de los enfermos cuando se encuentren en una fase avanzada de la enfermedad o en situación terminal. La extensión de los programas de curas paliativas es muy importante para poder atender mejor a estos enfermos. Precisamente en España, el Plan Nacional de curas paliativas, que están elaborando el Ministerio de Sanidad, el Insalud y los representantes de todas las comunidades autónomas, tiene como objetivo principal mejorar la calidad de vida de los pacientes en situación terminal.

Debemos ser respetuosos con la vida y también con la muerte. Al final de la vida, se han de suspender los tratamientos que, según los conocimientos científicos, no mejorarán el estado del paciente, y sólo se han de mantener los calmantes, la hidratación, la nutrición y las curas ordinarias necesarias, hasta el final natural de la vida.

Esta es la versión traducida del folleto informativo editado por ACEB, escrito originalmente en catalán y traducido por Apuntes Anatomía al castellano.

Apuntes Anatomía se identifica y apoya este documento.
