

**Borrador, grupo de médicos y grupo de enfermeras
Asociación DMD MADRID, mayo 2011.**

Justificación.

Que hoy día se muere mal es un hecho que reflejan los datos disponibles, procedentes de encuestas y estudios que son escasos, pero contundentes (poco ha cambiado desde el Informe Support norteamericano de 1995).

Una finalidad de la medicina, de la misma importancia y magnitud que prevenir y curar enfermedades, es ayudar a morir en paz a los ciudadanos. Ese es también el objetivo de las leyes autonómicas de muerte digna recientemente aprobadas y la ley anunciada de ámbito estatal.

Pero un texto legal no modifica *per se* la realidad, una praxis médica que por tradición ignora el valor autonomía del paciente, de tal manera que hoy en día uno se muere “dependiendo del médico que le toque”. Los derechos se conquistan, por eso la AFDMD ve necesario facilitar a los ciudadanos herramientas útiles para defenderse y evitar que se vulnere su derecho a una muerte digna. No se pretende judicializar la medicina, sino exigir que se cumpla la ley, proponiendo en primer lugar el diálogo con los médicos responsables, aclarando derechos y obligaciones, eje fundamental de la relación clínica. Desgraciadamente, las familias que demandan el asesoramiento de DMD se encuentran con profesionales que, con una aparente indiferencia hacia el sufrimiento del enfermo, hacen muy difícil la comunicación, tratando de imponer autoritariamente e incluso mediante coacción tratamientos que la familia rechaza o negándose a pautar una sedación paliativa con afirmaciones del tipo “¿Qué quiere: que le matemos?” o “Aquí no hacemos eso, yo he hecho el Juramento Hipocrático y la eutanasia está prohibida por la ley”.

Esta situación conflictiva los familiares, representantes legales del paciente, la viven con impotencia y rabia, pero no se resignan porque les parece inadmisibles que no se tomen medidas para aliviar el sufrimiento evitable en un proceso de morir que consideran indigno para un ser humano.

Es en este contexto de enfermo en proceso de muerte y familia decidida a defender unos derechos que son ignorados en el que el protocolo de denuncia ha de ser una herramienta útil para que estos derechos no se vulnere o, si así ocurriera, los familiares exijan responsabilidades legales a los profesionales, contribuyendo a que esa conculcación de derechos no vuelva a ocurrir.

Esperamos que muchos de estos conflictos se resuelvan antes de llegar al juzgado. A pesar de la desconfianza de las familias es prioritario intentar reconducir la relación, proponer una deliberación a partir de la situación clínica, los valores del enfermo y los posibles cursos de acción. Pero sabemos de la tozudez de algunos profesionales, que no respetarán el derecho a una muerte digna de sus pacientes si no es por causa mayor, como la amenaza de una denuncia o su procesamiento.

Escenario de la situación y circunstancias que deben concurrir para denunciar.

A continuación planteamos el escenario en que se puede encontrar una paciente para que su familia considere que la única opción disponible para defender sus derechos es denunciar los hechos en el hospital y en la justicia ordinaria.

- 1) Que el paciente se encuentre ingresado en un Hospital u otra Institución Sanitaria.
- 2) Que no exista testamento vital o instrucciones previas válidamente emitidas.
- 3) Que, en caso de existir, se haga caso omiso de dicho documento, en cuyo caso habrá que hacerlo constar y acreditar en el escrito al que se alude más adelante.
- 4) Que el paciente se encuentre en situación terminal o agónica.
- 5) Que el paciente se encuentre en situación de incapacidad de hecho, es decir, que carezca de entendimiento y voluntad suficientes para gobernar su vida por sí mismo de forma autónoma, sin que necesariamente haya resolución judicial de incapacitación. En caso de que el paciente se encuentre consciente, éste deberá otorgar testamento vital, nombrando un representante que haga de portavoz para realizar los trámites que se detallan a continuación y que por su situación de enfermedad éste no pueda hacer personalmente.
- 6) Que el representante legal (designado por el paciente o, en su defecto, sus familiares) haya sido informado por el médico responsable de que el paciente ha entrado en una fase terminal, de últimos días o agonía.
- 7) Que el representante haya reiterado su impresión de que el enfermo está sufriendo y su convencimiento de que, de acuerdo con la voluntad expresada anteriormente por el paciente en su testamento vital o su historia de valores, el objetivo fundamental de los cuidados debe ser el alivio del sufrimiento, supeditando la supervivencia a dicho objetivo.
- 8) Que el representante, habiendo sido informado adecuadamente sobre la situación clínica del enfermo, su pronóstico y las consecuencias de la sedación paliativa, solicite de forma libre, y por consenso en caso de existir varios familiares, el alivio del sufrimiento mediante una sedación paliativa.
- 9) Que el médico responsable del paciente, o el médico de guardia en su defecto, se niegue a pautar la sedación paliativa.
- 10) Que, informado el Director Médico de esta circunstancia, se niegue igualmente a cursar las instrucciones necesarias para que se pauten la sedación paliativa.

Pasos a seguir por el paciente o su representante para denunciar.

1. El representante designado por el paciente o si no lo hubiera el cónyuge o persona vinculada por análoga relación de afectividad o los familiares de grado más próximo, **solicitan expresamente al médico responsable** del paciente, en presencia de uno o más testigos, que no sea parientes, que es voluntad del paciente que se alivie su sufrimiento y se le permita morir con dignidad con una **sedación paliativa**.

2. Desde el momento en que el representante tenga conocimiento de la gravedad e irreversibilidad de la situación clínica del enfermo terminal, una vez confirmada por el médico responsable, solicitará la **asistencia de las enfermeras** de los diferentes síntomas o signos del proceso terminal o de agonía: dificultad respiratoria (disnea), respiración ruidosa o flemas (estertores), dolor espontáneo (en reposo) o a la movilización, agitación (nerviosismo), angustia (cara “desencajada”), desorientación, alucinaciones, insomnio, cambios de coloración de la piel (palidez, labios morados o cianosis), frialdad o fiebre con sudoración, dificultad para tragar, boca seca, lengua de mal aspecto (saburral), así como cualquier otra manifestación de sufrimiento. La **demanda asistencial será reiterada**, varias veces en cada turno, con el fin de que diferentes profesionales dejen constancia en la **historia clínica de enfermería** los síntomas y signos de sufrimiento, así como la solicitud del representante de un tratamiento que lo alivie de forma satisfactoria. Esta solicitud de asistencia se mantendrá hasta el fallecimiento del enfermo, comunicando a enfermería la importancia de registrar la situación para evitar posibles complicaciones legales.

3. Si el médico responsable **se niega** a indicar la sedación paliativa, hay que contemplar dos situaciones diferentes:
 - a. Que esta negativa se produzca en horas de oficina (**9 a 15 horas**): Se presentará escrito en **Oficina de Atención al Paciente** en el que se ponga en conocimiento del Hospital esta negativa, indicando los datos de identificación del médico responsable, la hora de petición, nombre del testigo presente y petición expresa de que si no se procede a la sedación paliativa, se procederá a interponer la correspondiente denuncia por vulneración de derechos fundamentales. En el mismo escrito, se solicitará una entrevista con el **director médico del hospital o el gerente**.

 - b. Que la negativa se produzca fuera de las horas de oficina (**15 a 8:00 horas**): Petición expresa al **Jefe de Guardia**, y presentar el escrito a la mañana siguiente en la **Oficina de Atención al Paciente**, haciendo constar la negativa del Jefe de Guardia.

La negativa a aliviar el sufrimiento del paciente mediante la sedación paliativa por parte del médico responsable, Jefe de Guardia o Director del Hospital, podrá ser objeto de **denuncia en el Juzgado de Instrucción**

RECOGIDA DE DATOS

- Filiación del paciente: nombre, apellidos, domicilio, número de historia, fecha de ingreso.
- Médico Responsable.
- Diagnósticos, ingresos y tratamientos previos. (oncológicos, enfermedades crónicas, otros).
- Situación funcional (grado de dependencia) al ingreso y actual.
- Intervenciones o tratamientos considerados no indicados o fútiles (cirugía, ingreso en UCI, diálisis, quimioterapia, radioterapia, etc.).
- Estado mental (deterioro cognitivo, coma, estado agónico...).
- Tratamientos Previos en Unidad de Cuidados Paliativos.
- Información del estado terminal del paciente, de la irreversibilidad del proceso: por el médico responsable, médico de guardia, otro médico alternativo.
- Fecha y hora de esta información.
- Síntomas presentes en la agonía.
- Fecha y hora de la solicitud de la sedación terminal.
- Si denegación, nombre del médico denegante.
- Testigos de la denegación.
- Tiempo desde la petición de ayuda (sedación) hasta el fallecimiento, lugar del fallecimiento.

Anexo I. Marco legal

En julio de 2008, anticipándose al sentido la nueva legislación sobre la muerte digna, Ley 2/2010 de Andalucía, Ley Foral 08/2011 de Navarra y Ley 10/2011 de Aragón, la Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente (AFDMD) hizo público el llamado Manifiesto Santander:

“Todo ciudadano tiene derecho al alivio del sufrimiento al final de su vida mediante una asistencia paliativa de calidad respetuosa con sus valores y sus creencias, expresados en ese momento o de forma anticipada en el testamento vital (instrucciones previas o voluntades anticipadas). El paciente tiene derecho a recibir información veraz sobre su proceso de enfermedad, a rechazar un tratamiento, a limitar el esfuerzo terapéutico y a elegir entre las opciones disponibles, como la sedación terminal.

Por ello, manifestamos que es responsabilidad de los políticos:

- 1. Conocer de manera fehaciente cómo mueren los ciudadanos.*
- 2. Garantizar el libre ejercicio de estos derechos.*
- 3. Promover un debate sobre la eutanasia y el suicidio médicamente asistido de personas que al final de su vida padecen, a pesar de los cuidados paliativos, un sufrimiento insoportable del que desean liberarse con todas las garantías legales”.*

Las leyes aprobadas de derechos y garantías de las personas en el proceso de muerte, muy similares entre sí, tratan de concretar la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente en el proceso de morir. Este es un extracto de su exposición de motivos:

*Las cuestiones relacionadas con el proceso de morir y de la muerte han adquirido gran importancia en nuestra sociedad. Por un lado, los **avances de la medicina** y otras ciencias afines permiten la prolongación de la vida o el mantenimiento de funciones vitales hasta límites insospechados hace pocos años. Ello, sumado al envejecimiento de la población y al consiguiente incremento de las enfermedades crónicas, hace que un número creciente de personas con enfermedades degenerativas o irreversibles lleguen a una situación terminal, caracterizada por la incurabilidad de la enfermedad causal y un pronóstico de vida limitado, con frecuencia en un contexto de atención sanitaria intensiva altamente tecnificada. Por otra parte, la **emergencia del valor de la autonomía personal** ha modificado profundamente los valores de la relación clínica, que debe adaptarse ahora a la individualidad de la persona enferma. En una sociedad democrática, el **respeto a la libertad** y a la autonomía de la voluntad de la persona ha de mantenerse durante la enfermedad y alcanzar plenamente al proceso de morir y de la muerte.*

*(...)Sin embargo, la frecuencia cada vez mayor de **situaciones complejas relacionadas con la capacidad de decisión sobre la propia vida** y sobre la aplicación o no de determinados tratamientos, que han motivado un amplio debate social, refleja la conveniencia de abordar de forma específica la regulación de los derechos de quienes afrontan el proceso de su muerte, con el fin de preservar la dignidad de la persona en ese trance, respetar su autonomía y garantizar el pleno ejercicio de sus derechos.*

*Todos los seres humanos tienen derecho a vivir dignamente. El ordenamiento jurídico trata de concretar y simultáneamente proteger este derecho. Pero la muerte también forma parte de la vida. Morir constituye el acto final de la biografía personal de cada ser humano y no puede ser separada de aquella como algo distinto. Por tanto, el imperativo de la vida digna alcanza también a la muerte. **Una vida digna requiere una atención digna en la etapa final de la vida y una muerte digna.***

El derecho a una vida humana digna no se puede truncar con una muerte indigna. El ordenamiento jurídico está, por tanto, llamado también a concretar y proteger este ideal de la muerte digna.

(...) Facilitar, a aquellas personas en situación terminal que libremente lo deseen, la posibilidad de entrar en la muerte sin sufrimiento, en paz, no puede ser sino otra expresión del respeto a la dignidad del ser humano. (Ley 10/2011)

*Surge así la necesidad de legislar los derechos y garantías que aseguren la aspiración de morir dignamente con los significados que ello conlleva. **Morir con el mínimo sufrimiento físico, psíquico o espiritual.** Morir **acompañado** de los seres queridos. Morir bien **informado**, si se desea, y no en el engaño falsamente compasivo de una esperanza irreal. Morir **puediendo rechazar los tratamientos que no se desean.** Morir según los deseos íntimos previamente expresados en un **testamento vital.** Morir en la **intimidad** personal y familiar. Morir, en fin, sin tener que soportar tratamientos que no son útiles y solo alargan el fin, innecesariamente, proporcionados por profesionales bien intencionados, pero obstinados en terapias no curativas.*

*Morir bien cuidado, morir a tiempo, **morir dormido si se quiere.** **Morir en paz.** Morir "de forma natural", sin prolongación artificial, cuando llegue el momento.*

El sufrimiento, forma parte de la naturaleza humana. El dolor es un componente fundamental en el sufrimiento de los pacientes al final de la vida, pero no es el único. Existen variables psicosociales que también condicionan la experiencia de sufrimiento. Se puede reducir la intensidad, la extensión y frecuencia del sufrimiento cuando se realizan intervenciones adecuadas. Pero el enfermo y su familia sufren inevitablemente en la enfermedad. Y la muerte, el final de la vida, es un proceso por naturaleza duro. Por ello en esta Ley Foral se marca como uno de los objetivos el paliar el sufrimiento con todos los recursos posibles. A juicio del legislador no podemos contribuir a la negación total del sufrimiento ya que es preciso prevenir el riesgo de caer en una cierta expectativa de absoluto control. Evitando así que los enfermos, sus familiares, los profesionales y el conjunto de la sociedad, consideremos que el sufrimiento en sí, puede ser totalmente evitado. (Ley 08/2011)

"El rechazo de tratamiento, la limitación de medidas de soporte vital y la sedación paliativa no deben ser calificadas como acciones de eutanasia. Dichas actuaciones nunca buscan deliberadamente la muerte, sino aliviar o evitar el sufrimiento, respetar la autonomía del paciente y humanizar el proceso de morir y de la muerte. Aceptar el derecho de las personas enfermas a rechazar una determinada intervención sanitaria no es sino mostrar un exquisito respeto a la autonomía personal, a la libertad de cada uno para gestionar su propia biografía asumiendo las consecuencias de las decisiones que toma.

El uso inadecuado de medidas de soporte vital, esto es, su aplicación cuando no tienen otro efecto que mantener artificialmente una vida meramente biológica, sin posibilidades reales de recuperación de la integridad funcional de la vida personal, es contrario a la dignidad de la vida humana. Por eso, no iniciar o retirar dichas medidas es algo que solo aspira a respetar dicha dignidad de forma plena. Facilitar, a aquellas personas en situación terminal que libremente lo deseen, la posibilidad de entrar en la muerte sin sufrimiento, en paz, no puede ser sino otra expresión del respeto a la dignidad del ser humano. Ninguna de estas prácticas puede ser considerada contraria a una ética basada en la idea de dignidad y en el respeto a la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Antes al contrario, deben ser consideradas buena práctica clínica y actuaciones profesionales plenamente conformes a la legalidad vigente" (Ley 10/2011).

Proyecto de Ley reguladora de los derechos de la persona ante el proceso final de la vida

Exposición de motivos:

(...) Conveniencia de regular, con un suficiente grado de certeza y precisión, los derechos de la persona en el proceso del final de la vida. La presente norma atiende a dicho objetivo y lo hace partiendo de una inequívoca afirmación y salvaguarda de la autonomía de la voluntad de los

pacientes, y con el claro propósito de propiciar el mayor alivio posible de su sufrimiento físico, psíquico y moral.

En una sociedad democrática avanzada, los derechos deben acompañar a los ciudadanos desde que nacen hasta que mueren. (...). Las personas, al afrontar dicho proceso, no lo van a hacer al albur de la posición asumida al respecto por una determinada Administración sanitaria o de la sensibilidad de unos concretos profesionales sanitarios -por más que en nuestro país esta sensibilidad esté muy acreditada-, sino en verdad pertrechados de esos derechos, de contenido cierto y cumplimiento exigible a todos.

*Por último, en cuanto al objeto de la ley, cabe reiterar que ésta se ocupa del **proceso del final de la vida**, concebido como un final próximo e irreversible, eventualmente doloroso y lesivo de la dignidad de quien lo padece, para, en la medida de lo posible, aliviarlo, en su transcurrir, con respeto a la autonomía, integridad física e intimidad personal de la persona. Se pretende, de tal forma, asumir legalmente el consenso generado sobre los derechos del paciente en el proceso final de su vida, sin alterar, en cambio, la tipificación penal vigente de la eutanasia o suicidio asistido, concebido como la acción de causar o cooperar activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, aspecto ajeno a los regulados en la presente ley.*

Definición de conceptos

Personas en proceso de muerte: Personas que se encuentran en situación terminal o de agonía (Ley 2/2010)

Ley 10/2011: Personas en proceso de morir y de la muerte: personas afectas de una *enfermedad grave, irreversible y de pronóstico mortal*, que se encuentran en situación terminal o de agonía.

Situación terminal: Presencia de una enfermedad avanzada, incurable y progresiva, sin posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, con un pronóstico de vida limitado y en la que pueden concurrir síntomas intensos y cambiantes que requieran una asistencia paliativa específica (Ley 2/2010, Ley 10/2011, Ley estatal).

Situación de agonía: Fase gradual que precede a la muerte y que se manifiesta clínicamente por un deterioro físico grave, debilidad extrema, trastornos cognitivos y de conciencia, dificultad de relación y de ingesta, y pronóstico vital de pocos días (Ley 2/2010, Ley estatal)

Médico o médica responsable: Profesional que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del paciente o del usuario, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales» (Ley 41/2002).

Entendemos que el médico de guardia es el responsable cuando el médico que trata al paciente no está disponible.

Sedación paliativa: Administración de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas, para reducir la conciencia de la persona en situación terminal o de agonía, para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios, previo consentimiento informado explícito en los términos establecidos en la Ley (Ley 2/2010, ley 08/2011).

Ley 10/2011 de Aragón: Sedación paliativa: administración de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas, para reducir la conciencia de un paciente en situación terminal o de agonía, o afectas de

una enfermedad grave e irreversible para aliviar adecuadamente *su sufrimiento* o uno o más síntomas refractarios, previo consentimiento informado en los términos establecidos en la Ley.

La Ley Foral 08/2011 define también la sedación en la agonía: Sedación paliativa en el grado necesario para aliviar un sufrimiento intenso, físico, psicológico o espiritual, en un paciente en situación de agonía, previo consentimiento informado en los términos establecidos en el artículo 8 de la presente Ley Foral, sin perjuicio de lo establecido en la Ley Foral 17/2010, de 8 de noviembre.

Síntoma refractario: Aquel que no responde al tratamiento adecuado y precisa, para ser controlado, reducir la conciencia de los pacientes (ley 2/2010, ley 08/2011).

Ley 10/2011 de Aragón: **Síntoma o sufrimiento refractario:** aquel que no responde al tratamiento adecuado y precisa, para ser aliviado, reducir la conciencia del paciente.

Valores vitales: Conjunto de valores y creencias de una persona que dan sentido a su proyecto de vida y que sustentan sus decisiones y preferencias en los procesos de enfermedad (Ley 2/2010)

Historia de valores: conjunto de documentos que recogen los valores vitales de una persona que dan significado a las decisiones futuras respecto a la atención sanitaria a recibir y respecto al destino del cuerpo o sus órganos y tejidos y a otras disposiciones para después de morir (Ley 10/2011).

Ley 2/2010 de Andalucía:

*Artículo 8. Derecho al **rechazo y a la retirada de una intervención.***

1. Toda persona tiene derecho a rechazar la intervención propuesta por los profesionales sanitarios, tras un proceso de información y decisión, aunque ello pueda poner en peligro su vida. Dicho rechazo deberá constar por escrito. Si no pudiese firmar, firmará en su lugar otra persona que actuará como testigo a su ruego, dejando constancia de su identificación y del motivo que impide la firma por la persona que rechaza la intervención propuesta. Todo ello deberá constar por escrito en la historia clínica.

2. Igualmente, los pacientes tienen derecho a revocar el consentimiento informado emitido respecto de una intervención concreta, lo que implicará necesariamente la interrupción de dicha intervención, aunque ello pueda poner en peligro sus vidas, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 6.1.º de la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía.

3. La revocación del consentimiento informado deberá constar por escrito. Si la persona no pudiese firmar, firmará en su lugar otra persona que actuará como testigo a su ruego, dejando constancia de su identificación y del motivo que impide la firma de quien revoca su consentimiento informado. Todo ello deberá constar por escrito en la historia clínica.

*Artículo 10. Derechos de las personas en situaciones de **incapacidad** respecto a la información, la toma de decisiones y el consentimiento informado.*

1. Cuando la persona que se halla bajo atención médica esté en situación de **incapacidad de hecho**, a criterio de su médico o médica responsable, tanto la recepción de la información, como la prestación del consentimiento y, en su caso, la elección del domicilio para recibir cuidados paliativos integrales, a que se refiere el artículo 12.2, se realizarán, por este orden, por la persona designada específicamente a tal fin en la **declaración de voluntad vital anticipada**, por la persona que actúe como representante legal, por el cónyuge o la cónyuge o persona vinculada por análoga relación de afectividad, por los familiares de grado más próximo y dentro del mismo grado el de mayor edad, sin perjuicio de lo que pudiera decidir la autoridad judicial competente conforme a la legislación procesal.

2. En el caso de pacientes incapacitados judicialmente se estará a lo dispuesto en la sentencia judicial de incapacitación, salvo que en ella no exista prohibición o limitación expresa sobre la recepción de información o la prestación del consentimiento informado, situación en la cual el médico o la médica responsable valorará la capacidad de hecho de los mismos, en la forma establecida en el artículo 20.

3. La situación de incapacidad no obsta para que los pacientes sean informados y participen en el proceso de toma de decisiones de modo adecuado a su grado de discernimiento.

4. El ejercicio de los derechos de los pacientes que se encuentren en situación de incapacidad se hará siempre buscando su mayor beneficio y el respeto a su dignidad personal. Para la interpretación de la voluntad de los pacientes se tendrán en cuenta tanto sus deseos expresados previamente, como los que hubieran formulado presuntamente de encontrarse ahora en situación de capacidad.

*Artículo 13. Derecho de los pacientes al **tratamiento del dolor.***

Los pacientes tienen derecho a recibir la atención idónea que prevenga y alivie el dolor, incluida la sedación si el dolor es refractario al tratamiento específico.

Artículo 14. Derecho de los pacientes a la administración de **sedación paliativa**.

Los pacientes en situación terminal o de agonía tienen derecho a recibir sedación paliativa, cuando lo precisen.

Artículo 18. Deberes respecto a la **toma de decisiones** clínicas.

1. El médico o médica responsable, antes de proponer cualquier intervención sanitaria a una persona en proceso de muerte, deberá asegurarse de que la misma está clínicamente indicada, elaborando su juicio clínico al respecto basándose en el estado de la ciencia, en la evidencia científica disponible, en su saber profesional, en su experiencia y en el estado clínico, gravedad y pronóstico de la persona afecta. En el caso de que este juicio profesional concluya en la indicación de una intervención sanitaria, someterá entonces la misma al consentimiento libre y voluntario de la persona, que podrá aceptar la intervención propuesta, elegir libremente entre las opciones clínicas disponibles, o rechazarla, en los términos previstos en la presente Ley y en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre.

2. Todos los profesionales sanitarios implicados en la atención de los pacientes tienen la obligación de respetar los valores, creencias y preferencias de los mismos en la toma de decisiones clínicas, en los términos previstos en la presente Ley, en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, en la Ley 5/2003, de 9 de octubre, y en sus respectivas normas de desarrollo, debiendo abstenerse de imponer criterios de actuación basados en sus propias creencias y convicciones personales, morales, religiosas o filosóficas.

Artículo 20. Deberes respecto a las personas que puedan hallarse en situación de **incapacidad de hecho**.

1. El médico o médica responsable es quien debe valorar si la persona que se halla bajo atención médica pudiera encontrarse en una situación de incapacidad de hecho que le impidiera decidir por sí misma. Tal valoración debe constar adecuadamente en la historia clínica. Para determinar la situación de incapacidad de hecho se evaluarán, entre otros factores que se estimen clínicamente convenientes, los siguientes:

- a) Si tiene dificultades para comprender la información que se le suministra.
- b) Si retiene defectuosamente dicha información durante el proceso de toma de decisiones.
- c) Si no utiliza la información de forma lógica durante el proceso de toma de decisiones.
- d) Si falla en la apreciación de las posibles consecuencias de las diferentes alternativas.
- e) Si no logra tomar finalmente una decisión o comunicarla.

2. Para la valoración de estos criterios se podrá contar con la opinión de otros profesionales implicados directamente en la atención de los pacientes. Asimismo, se podrá consultar a la familia con objeto de conocer su opinión.

3. Una vez establecida la situación de incapacidad de hecho, el médico o médica responsable deberá hacer constar en la historia clínica los datos de quien deba actuar por la persona en situación de incapacidad, conforme a lo previsto en el artículo 10.1.

Artículo 21. Deberes respecto a la **limitación del esfuerzo terapéutico**.

1. El médico o médica responsable de cada paciente, en el ejercicio de una buena práctica clínica, limitará el esfuerzo terapéutico, cuando la situación clínica lo aconseje, evitando la obstinación terapéutica. La justificación de la limitación deberá constar en la historia clínica.

2. Dicha limitación se llevará a cabo oído el criterio profesional del enfermero o enfermera responsable de los cuidados y requerirá la opinión coincidente con la del médico o médica

responsable de, al menos, otro médico o médica de los que participen en su atención sanitaria. La identidad de dichos profesionales y su opinión será registrada en la historia clínica.

3. En cualquier caso, el médico o médica responsable, así como los demás profesionales sanitarios que atiendan a los pacientes, están obligados a ofrecerles aquellas intervenciones sanitarias necesarias para garantizar su adecuado cuidado y confort.

Ley 10/2011 de Aragón:

Artículo 12. Derecho del paciente a recibir **cuidados paliativos** integrales y a la elección del domicilio para recibirlos.

Todas las personas afectas de una enfermedad grave, irreversible y de pronóstico mortal, que se encuentran en situación terminal o de agonía tienen **derecho al alivio del sufrimiento**, mediante cuidados paliativos integrales de calidad, en el lugar elegido por el paciente y, si su situación lo permite y así lo desea, en el domicilio.

Artículo 13. Derecho del paciente al tratamiento del **dolor y de cualquier otro síntoma**.

El paciente tiene derecho a recibir la atención idónea que prevenga y alivie el dolor, incluida la sedación si los síntomas son refractarios al tratamiento específico.

Artículo 14. Derecho del paciente a la administración de **sedación paliativa**.

El paciente en situación grave e irreversible, terminal o de agonía que padece un sufrimiento refractario tiene derecho a recibir sedación paliativa.

Ley Básica 41/2002 de Autonomía del Paciente

Artículo 2. Principios básicos.

1. La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica.

2. Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley.

3. **El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.**

4. **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.

5. Los pacientes o usuarios tienen el deber de facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera leal y verdadera, así como el de colaborar en su obtención, especialmente cuando sean necesarios por razones de interés público o con motivo de la asistencia sanitaria.

6. **Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado** no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y **al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente**.

7. La persona que elabore o tenga acceso a la información y la documentación clínica está obligada a guardar la reserva debida.

Artículo 8. Consentimiento informado.

1. Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso.

2. El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.
3. El consentimiento escrito del paciente será necesario para cada una de las actuaciones especificadas en el punto anterior de este artículo, dejando a salvo la posibilidad de incorporar anejos y otros datos de carácter general, y tendrá información suficiente sobre el procedimiento de aplicación y sobre sus riesgos.
4. Todo paciente o usuario tiene derecho a ser advertido sobre la posibilidad de utilizar los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen en un proyecto docente o de investigación, que en ningún caso podrá comportar riesgo adicional para su salud.
5. El paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento.

Artículo 9. Límites del consentimiento informado y consentimiento por representación.

1. La renuncia del paciente a recibir información está limitada por el interés de la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad y por las exigencias terapéuticas del caso. Cuando el paciente manifieste expresamente su deseo de no ser informado, se respetará su voluntad haciendo constar su renuncia documentalmente, sin perjuicio de la obtención de su consentimiento previo para la intervención.
2. Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos:
 - a) Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley. En todo caso, una vez adoptadas las medidas pertinentes, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986, se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas.
 - b) Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.
3. Se otorgará el **consentimiento por representación** en los siguientes supuestos:
 - a) Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. **Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.**
 - b) Cuando el paciente esté incapacitado legalmente.
 - c) Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos. Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente.
4. La interrupción voluntaria del embarazo, la práctica de ensayos clínicos y la práctica de técnicas de reproducción humana asistida se rigen por lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad y por las disposiciones especiales de aplicación.
5. La prestación del consentimiento por representación será adecuada a las circunstancias y proporcionada a las necesidades que haya que atender, siempre en favor del paciente y con respeto a su dignidad personal. El paciente participará en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario.

Ley reguladora de los derechos de la persona ante el proceso final de la vida

Artículo 4. **Derecho a la protección de la dignidad** de las personas en el proceso final de la vida

Todas las personas que se encuentren en el proceso final de su vida tienen derecho a la protección de su dignidad y a que se garantice el efectivo cumplimiento de los derechos reconocidos en la presente ley, en condiciones de igualdad y sin discriminación alguna. En particular, como manifestación del derecho a la integridad física y moral, se garantizará su derecho a decidir libremente sobre las intervenciones y el tratamiento a seguir en dicho proceso, incluidos los cuidados necesarios para evitar el dolor y el sufrimiento.

Artículo 5. **Derecho a la información asistencial**

1. Las personas que se encuentran en el proceso final de la vida tienen derecho a recibir toda la información disponible sobre su estado real de salud, sus expectativas de vida y de calidad de la misma, y las medidas terapéuticas y paliativas que, de acuerdo con ella, le resultarían aplicables, en los términos establecidos en esta ley, en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, y en la normativa de desarrollo.

Esta información deberá ser clara y comprensible, para facilitar al paciente la toma de decisiones. Las personas vinculadas al paciente serán informadas únicamente en la medida en que éste lo permita.

2. Igualmente, todas las personas tienen derecho a rechazar la oferta de información y a que esta decisión sea respetada. En tales casos, los profesionales sanitarios harán saber al paciente la trascendencia de su decisión y le solicitarán la designación, si así lo desea, de una persona que acepte recibir la información, haciendo constar estas circunstancias en la historia clínica.

Artículo 6. **Derecho a la toma de decisiones**

1. Las personas que se encuentren en el proceso final de su vida tienen derecho a que se respete su decisión sobre la atención sanitaria que se les dispense.

De acuerdo con lo anterior, podrán rechazar las intervenciones y los tratamientos propuestos por los profesionales sanitarios, aún en los casos en que esta decisión pudiera tener el efecto de acortar su vida o ponerla en peligro inminente, salvo lo previsto por razones de salud pública en el artículo 9.2 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre.

2. La negativa a recibir una intervención o tratamiento, o la decisión de interrumpirlos, no supondrá menoscabo alguno en la atención sanitaria de otro tipo que se le dispense, especialmente en lo referido a la destinada a paliar el dolor y a hacer más digno y soportable el proceso final de su vida.

3. La decisión sobre la atención sanitaria a recibir se expresará mediante el consentimiento informado del paciente, libremente revocable, que se ejercerá de conformidad con lo establecido en esta ley y en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, así como en su normativa de desarrollo. La voluntad así expresada se incorporará a la historia clínica.

El rechazo a la intervención propuesta y la revocación del consentimiento informado previamente emitido deberán en todo caso ser expresos, constar por escrito e incorporarse a la historia clínica.

Cuando, siendo precisa la firma del paciente para dejar constancia de su voluntad, éste no pudiera firmar por incapacidad física, lo hará en su lugar otra persona que actuará como testigo a petición suya. En estos casos, tanto la identificación del testigo como el motivo que impide la firma por la persona que presta su consentimiento o rechaza la intervención propuesta, se harán constar en la historia clínica.

Artículo 7. Ejercicio de los **derechos a la información asistencial y a la toma de decisiones** de los pacientes menores de edad

1. La información asistencial sobre los pacientes menores de edad se proporcionará, en todo caso, a los representantes legales del menor y, cuando su grado de madurez lo permita, al propio menor, en la forma más adecuada a su capacidad de comprensión.

2. El derecho a la toma de decisiones del paciente menor de edad que no sea capaz, intelectual ni emocionalmente, de comprender su estado de salud y el alcance de la intervención o tratamiento, se ejercerá por su representante legal después de haber escuchado la opinión del menor, si éste tiene doce años cumplidos, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre.

Cuando se trate de menores emancipados, o con dieciséis años cumplidos, no incapaces ni incapacitados, el consentimiento se prestará por el menor, sin que quepa, en este caso, el consentimiento por representación. En todo caso, se informará a los padres o, en su caso, a quien ostente la representación legal del menor.

Artículo 8. Ejercicio de los derechos a la información asistencial y a la toma de decisiones de los pacientes en situación de incapacidad

1. Cuando, a criterio del médico responsable, la persona que se halla bajo atención médica esté en situación de incapacidad de hecho, tanto la recepción de la información como la prestación del consentimiento corresponderán, por este orden:

- a) A la persona designada como representante en las instrucciones previas.
- b) A quien ostente su representación legal.
- c) Al cónyuge o persona vinculada por análoga relación de afectividad.
- d) A los parientes de grado más próximo y, dentro del mismo grado, al de mayor edad.

A los efectos de esta ley, se considera médico responsable al profesional que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del paciente, con el carácter de interlocutor principal del mismo, en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participen en las actuaciones asistenciales.

2. En el caso de personas con capacidad judicialmente modificada, se estará a lo dispuesto en la sentencia judicial de incapacitación.

Cuando dicha sentencia no establezca limitaciones respecto a la prestación del consentimiento, la determinación de la capacidad de hecho se realizará por el médico responsable conforme a lo previsto en el artículo 16. En este caso, si se aprecia la incapacidad de hecho, los derechos establecidos en el presente artículo se ejercerán de acuerdo con lo dispuesto en el apartado anterior.

3. Las situaciones de incapacidad no obstan para que los pacientes sean informados y participen en el proceso de toma de decisiones conforme a su grado de discernimiento.

4. El ejercicio de la representación, a que se refiere el apartado 1, se hará respetando siempre las manifestaciones y criterios que el paciente hubiera realizado con anterioridad a la situación de incapacidad, y buscando el mayor beneficio y respeto a la dignidad de los representados.

Artículo 9. Derecho a otorgar **instrucciones previas**

1. Toda persona mayor de edad y con plena capacidad de obrar tiene derecho a manifestar anticipadamente su voluntad sobre los cuidados y el tratamiento asistencial que desea recibir en el proceso final de su vida.

2. Esta manifestación de voluntad podrá realizarse mediante documento público o en documento otorgado conforme a lo dispuesto en la normativa autonómica aplicable. En este último caso, el documento deberá ser inscrito en el Registro Nacional de Instrucciones Previas, previsto en el artículo 11 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, para su validez y eficacia en todo el territorio nacional.

3. En las instrucciones previas, manifestadas en cualquiera de los instrumentos previstos en el apartado anterior, se podrá designar un representante y determinar sus funciones, a las que éste deberá atenerse. El representante velará para que, en las situaciones clínicas contempladas en la declaración, se cumplan las instrucciones que haya dejado establecidas la persona a la que represente y actuará siempre buscando el mayor beneficio y respeto a la dignidad de la misma.

Para la toma de decisiones en las situaciones clínicas no contempladas explícitamente en las instrucciones previas, el representante tendrá en cuenta las opciones deducibles de las expresamente recogidas en dichas instrucciones, así como las convicciones del otorgante.

Artículo 10. Derecho a revocar o modificar las instrucciones previas

1. Las instrucciones previas podrán ser modificadas o revocadas mediante cualquiera de los medios previstos para su otorgamiento.

2. En todo caso, cuando la persona que se encuentre en el proceso final de la vida conserve su capacidad, la voluntad manifestada durante este proceso prevalecerá sobre cualquier otra previa.

Artículo 11. Derecho al tratamiento del dolor

1. Todas las personas que se encuentren en el proceso final de su vida tienen derecho a recibir la atención idónea integral que prevenga y alivie el dolor y sus manifestaciones, lo que incluye, además del tratamiento analgésico específico, la sedación.

2. De acuerdo con lo anterior, estas personas tienen derecho:

a) A recibir cuidados paliativos integrales de calidad, entendidos como un conjunto coordinado de intervenciones sanitarias dirigidas, desde un enfoque integral, a la prevención y alivio de su sufrimiento, por medio de la identificación temprana, y la evaluación y tratamiento del dolor y de otros problemas físicos y psíquicos que pudieran surgir.

b) A la asistencia domiciliaria en los cuidados paliativos que precisen, siempre que no esté clínicamente contraindicada.

c) A recibir, cuando lo necesiten, sedación paliativa, aunque ello implique un acortamiento de la vida, mediante la administración de fármacos en las dosis y combinaciones requeridas para reducir su consciencia, con el fin de aliviar adecuadamente su sufrimiento o síntomas refractarios al tratamiento específico.

Artículo 12. Derecho al acompañamiento

Los pacientes en el proceso final de su vida tienen derecho a que se les permita el acompañamiento en los centros e instituciones sanitarias, siempre que ello resulte compatible con el conjunto de medidas sanitarias necesarias para ofrecer una atención de calidad.

Asimismo, y con la misma limitación, estos pacientes podrán recibir el auxilio espiritual que hayan solicitado conforme a sus convicciones y creencias. Las indicaciones sobre este extremo podrán ser objeto de expresión en las instrucciones previas.

Artículo 13. Derecho a la intimidad personal y familiar

1. Las personas que se encuentren en el proceso final de su vida tienen derecho a que se preserve su intimidad personal y familiar.

A estos efectos, los centros e instituciones sanitarias facilitarán a las personas que deban ser atendidas en régimen de hospitalización una habitación de uso individual durante su estancia.

2. Asimismo, las personas en el proceso final de su vida tienen derecho a la protección de todos los datos relacionados con su atención sanitaria, historia clínica e instrucciones previas.

Artículo 14. Información asistencial

1. El personal médico garantizará el derecho a la información establecido en el artículo 5 de esta ley, en función de su grado de responsabilidad y participación en el proceso de atención sanitaria al paciente.

2. Los profesionales sanitarios están obligados a dejar constancia en la historia clínica de la información proporcionada a los pacientes, así como de las decisiones tomadas por éstos.

Artículo 15. Respeto a la voluntad de paciente

1. Los profesionales sanitarios están obligados a respetar la voluntad manifestada por el paciente sobre los cuidados y el tratamiento asistencial que desea recibir en el proceso final de su vida, en los términos establecidos en esta ley.

A los efectos previstos en el párrafo anterior, si el paciente se encuentra en situación de incapacidad, el personal médico deberá consultar el Registro Nacional de Instrucciones Previas, dejando constancia de dicha consulta en la historia clínica.

2. En caso de contradicción entre lo manifestado por el paciente y por su representante prevalecerá siempre la voluntad del primero, debiendo actuar los profesionales sanitarios conforme a la misma.

3. El cumplimiento de la voluntad del paciente, conforme con el ordenamiento jurídico y manifestada en la forma prevista en esta ley, excluirá cualquier exigencia de responsabilidad por las correspondientes actuaciones de los profesionales sanitarios.

Artículo 16. Valoración de la incapacidad de hecho

1. Corresponde al médico responsable determinar si el paciente se encuentra en una situación de incapacidad de hecho que le impida decidir por sí mismo en el proceso final de su vida, para lo que recabará la opinión de, al menos, otro profesional implicado directamente en la atención del paciente y consultará a su entorno familiar. Su decisión, que será motivada, se hará constar en la historia clínica.

2. Una vez determinada la situación de incapacidad de hecho, el médico responsable deberá hacer constar en la historia clínica los datos de quien debe actuar por la persona incapaz, atendiendo a lo previsto en esta ley.

Artículo 17. Proporcionalidad de las medidas terapéuticas

1. El médico responsable, antes de proponer cualquier intervención a un paciente en el proceso final de su vida, deberá asegurarse de que aquélla responde a la *lex artis*, en la medida en que está clínicamente indicada mediante un juicio clínico que se base en la evidencia científica disponible, en su saber profesional, en su experiencia y en el estado, gravedad y pronóstico del paciente.

2. Conforme a lo previsto en el apartado anterior, el personal sanitario **adecuará el esfuerzo terapéutico** de modo proporcional a la situación del paciente, evitando la adopción o mantenimiento de intervenciones y medidas de soporte vital carentes de utilidad clínica, en atención a la cantidad y calidad de vida futuras del paciente, y siempre sin menoscabo de aquellas actuaciones sanitarias que garanticen su debido cuidado y bienestar.

Este mismo criterio de proporcionalidad se aplicará al supuesto previsto en el artículo 11.2 c).

En todo caso, la adecuación del esfuerzo terapéutico requerirá del juicio coincidente de, al menos, otro médico que participe en la atención sanitaria, y se adoptará tras informar al paciente o a su representante, tomando en consideración su voluntad, y oído el criterio profesional del personal de enfermería responsable de los cuidados.

De todas las actuaciones mencionadas en los párrafos anteriores deberá quedar constancia en la historia clínica.

Artículo 18. Respeto a las convicciones y creencias del paciente

Todos los profesionales sanitarios tienen la obligación de respetar las convicciones y creencias de los pacientes en el proceso final de su vida, debiendo abstenerse de imponer criterios de actuación basados en las suyas propias.

Don/ Doña en nombre de Don/Doña.... Ingresado en a día de hoy en este centro sanitario (lugar exacto: cama y servicio) **manifiesta:**

1) Breve historia clínica.

Que el día X/X/2011 a las XX:XX horas Don/Doña... acudió al servicio de urgencias del hospital aquejado de (motivo por el que acudió). En un primer momento la impresión clínica que se nos comunicó fue la siguiente (gravedad, si la hubiera). Tras realizar diversas pruebas diagnósticas (analíticas de sangre y orina, radiografías, escáner, hemocultivos...) se nos informó de que su situación era la siguiente: (diagnóstico), y su probable evolución: (pronóstico). Ante esta situación grave e irreversible comunicamos al médico responsable que la voluntad del paciente es no sufrir innecesariamente, rechazando toda medida de soporte vital que prolongue su situación de deterioro. El día X/X/2011 fue ingresado en el servicio ..., cama..., con la finalidad de ... (motivo de ingreso). El día X/X/2011 su médico responsable, Dr. ..., nos comunicó la gravedad de su situación clínica y su irreversibilidad, pronosticando su fallecimiento en los próximos días.

2) Voluntad del paciente.

De acuerdo con la Ley básica 41/2002 de Autonomía del Paciente *“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* (art. 2.3 y 2.4). Así mismo *“todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente”* (art. 2.6).

- Paciente con testamento vital: Tal y como consta en el testamento vital otorgado por Don/Doña el X/X/2011 en Madrid, ante: notario, tres testigos o el funcionario del registro de la Comunidad de Madrid...
- Paciente sin testamento vital: De acuerdo con la historia de valores del paciente, recogida a partir de testimonios que a lo largo de su vida ha ido dejando a sus familiares y amigos, cuyo significado es interpretado en sentido unánime por sus allegados...

Es su voluntad entrar en la muerte sin sufrimiento, en paz, como una expresión del respeto a la dignidad del ser humano. Por ello, es su decisión ejercer su derecho a:

- Rechazar todo tratamiento que contribuya a prolongar su situación, incluyendo las medidas de soporte vital, aunque ello pueda poner en peligro su vida.
- Recibir la atención idónea que prevenga y alivie su dolor, especialmente una sedación paliativa, como única posibilidad de tratar el sufrimiento refractario que padece.

3) Poder de representación.

De acuerdo con la Ley Básica 41/2002 de Autonomía del Paciente (art. 9. 3. a) (y con el testamento vital, si lo tuviera) *“si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho”*.

Por todo ello, en nombre de nuestro representado Don/Doña... **solicita:**

1. Que de forma inmediata se tomen las medidas terapéuticas adecuadas para respetar su voluntad expresada en este documento, permitiéndosele el libre ejercicio de su derecho fundamental al alivio del sufrimiento y a una muerte digna.
2. Que el director médico del hospital nos conceda una entrevista para dar cuenta del comportamiento de los profesionales a su cargo.
3. Se notifique al Comité de Ética Asistencial lo que a nuestro juicio es una *mala praxis* médica, que al no estar motivada por motivos de conciencia, sino por desconocimiento de los profesionales de los derechos de los pacientes, se llevará a cabo a título informativo, es decir, sin esperar su pronunciación al respecto, sino con el fin de que en el futuro promuevan acciones que eviten el sufrimiento innecesario de otros pacientes terminales.

De acuerdo con la legislación vigente, en caso de no obtener resultados satisfactorios nos reservamos denunciar la situación con las acciones legales pertinentes.