

# **UNIVERSIDAD DE OVIEDO**

Facultad de Comercio, Turismo y Ciencias Sociales Jovellanos

## **TRABAJO FIN DE GRADO GRADO EN TRABAJO SOCIAL**

**ACOMPANIAMIENTO DESDE EL TRABAJO SOCIAL SANITARIO EN  
LOS PROCESOS FIN DE VIDA: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN  
DESDE EL TRABAJO SOCIAL.**

**AUTORA: Lucía Álvarez Cordero  
TUTORA: Belén María Murillo Fernández**

Gijón, 24 de junio de 2022



## RESUMEN

En el presente Trabajo Fin de Grado se abarca, a través de la revisión documental y entrevistas a informantes clave, el concepto de muerte digna y los diferentes enfoques desde los que es abordada, así como el papel desempeñado desde el trabajo social en estos. Viene enmarcado en la necesidad de realizar investigaciones sobre el acompañamiento al final de la vida dada la poca documentación existente al respecto, el presente protagonismo de los procesos de fin de vida y la reciente aprobación de la regulación de la eutanasia. Por todo ello y a partir de la investigación realizada, se lleva a cabo una propuesta de intervención desde el trabajo social sanitario en el acompañamiento en los procesos de eutanasia, basada en las herramientas del Trabajo Social para hacer efectivo el derecho a una muerte digna a través del abordaje de las necesidades de la persona de una manera integral.

Se recogen aspectos generales sobre el final de la vida, la muerte digna y el acompañamiento interrelacionándolos entre sí, así como el papel del trabajador social en el ámbito sanitario. Asimismo, se realiza una aproximación a la legislación, el marco normativo vigente en la materia referida y la incorporación del campo del trabajo social o en su defecto, la ausencia de este en las leyes, guías de buenas prácticas y estrategias que enmarcan dichas prácticas para hacer efectivo el derecho a una muerte digna en España.

**Palabras clave:** muerte digna, eutanasia, atención psicosocial, trabajo social, trabajo social sanitario.

## SUMMARY

The present Final Degree Paper covers, through documentary review and interviews with key informants, the concept of dignified death and the different approaches from which it is approached, as well as the role played by social work in these. It is framed in the need to carry out research on the accompaniment at the end of life given the little documentation existing in this regard, the present protagonism of the processes of end of life and the recent approval of the regulation of euthanasia. Therefore, based on the research carried out, a proposal is made for intervention from the health social work in the accompaniment of euthanasia processes, based on the tools of Social Work to realize the right to a dignified death through addressing the needs of the person in a comprehensive manner.

General aspects on the end of life, dignified death and accompaniment are collected and interrelated, and on the role of the social worker in the health field. It also approximates the legislation and regulatory framework in force in this area and incorporates the field of social work or, in its absence, the absence thereof in the laws, guides of good practices and strategies that frame such practices to make effective the right to a dignified death in Spain.

# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	5
CAPÍTULO I. APROXIMACIÓN A LA ETAPA FINAL DE LA VIDA .....	6
CAPÍTULO II. MUERTE DIGNA .....	8
CAPÍTULO III. ENFOQUES.....	9
3.1. SOBRE LOS CUIDADOS PALIATIVOS.....	9
3.2. CONCEPTUALIZACIÓN DE LA EUTANASIA.....	10
CAPÍTULO IV. MARCO LEGISLATIVO.....	11
4.1. MARCO LEGISLATIVO EN ÁMBITO ESTATAL .....	11
4.2. MARCO LEGISLATIVO EN ÁMBITO AUTONÓMICO .....	15
CAPÍTULO V. ACOMPAÑAMIENTO DESDE EL TRABAJO SOCIAL. ....	15
5.1. ÉTICA EN LA ATENCIÓN FINAL DE LA VIDA .....	15
5.2. ENFOQUE TEÓRICO DEL ACOMPAÑAMIENTO EN TRABAJO SOCIAL.....	17
CAPÍTULO VI. PAPEL DEL TRABAJO SOCIAL EN LOS PROCESO FIN DE VIDA .....	19
6.1. IMPORTANCIA DEL TRABAJO SOCIAL EN EL ÁMBITO SANITARIO.....	19
6.2. NECESIDAD DE ACOMPAÑAMIENTO DESDE EL TRABAJO SOCIAL EN LOS PROCESOS DE EUTANASIA .....	23
PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.....	25
7.1. OBJETIVOS.....	27
7.2. METODOLOGÍA .....	28
7.3. PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN .....	28
CONCLUSIONES.....	33
BIBLIOGRAFIA .....	36
ANEXOS .....	39
ANEXO I.....	39
ANEXO II.....	40
ANEXO III.....	42
ANEXO IV. ....	43
ANEXO V .....	44

## INTRODUCCIÓN

La cuestión de la muerte es abordada desde lo complejo, haciendo de dicha realidad un entramado de silencios y resistencias. Desde nuestra sociedad se aleja aquello relacionado con el final de la vida como forma de aislar o bloquear el sufrimiento, siendo asociado el concepto de “fin”, en numerosas ocasiones, al envejecimiento, pero como bien es cierto, la muerte está en relación a la vida desde que nacemos. Estos procesos suponen un enfrentamiento con nuestro propio temor a la muerte, por lo que su abordaje requiere de las herramientas necesarias para comprender y aceptar este momento.

Tras años de covid han cobrado protagonismo los procesos de fin de vida, así como la necesidad de ser acompañado. La palabra “acompañamiento” resonaba continuamente en los medios y en los hogares, esa idea de “acompañar” en un momento difícil, de prestar atención a la persona o de simple y complejamente estar ahí, generaba respeto, bienestar y confianza.

Asimismo, en los años de formación en el contexto del Grado en Trabajo Social, así como en los campos de prácticas se resaltaba el acompañamiento como punto clave en nuestra intervención, pero sin embargo, tras la realización de una revisión bibliográfica acerca de la figura de la trabajadora social en el acompañamiento en los procesos fin de vida, he tenido la oportunidad de observar cómo esta función se encuentra difusa pues no aparece recogida en diversas guías ni tampoco existe un protocolo concreto de actuación en dichos procesos, por lo que dificulta el desarrollo de estas prácticas desde el campo profesional del Trabajo Social.

Morir con dignidad supone vivir dignamente hasta el último momento, lo que requiere de participación de la persona en la toma de decisiones y acompañamiento profesional en este recorrido. El acompañamiento social como base metodológica consiste en un saber estar al lado de la persona, colocando el foco de la intervención en ella y en su proceso antes, durante y después, así como en su entorno. En este sentido, el acompañamiento es una forma de entender la relación entre el profesional y la persona atendida, en una relación horizontal donde la profesional se sitúa en una posición de ayuda, orientación, apoyo y no de control.

Resulta necesario por tanto realizar un análisis sociofamiliar de la situación de la persona para que la valoración de las necesidades a todos los niveles sea completa, ello permitirá abordar los recursos y apoyos con los que cuenta, así como determinar los recursos y actuaciones que se necesitan para iniciar una intervención de manera integral que permita cubrir dichas necesidades. Es necesario proporcionar esta atención a los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo y donde es primordial el control de

síntomas, así como el abordaje de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. Todo ello supone la base de nuestra presencia en el acompañamiento al final de vida, dada la necesidad de incorporar un enfoque inter y multidisciplinario en estos procesos que permitan intervenciones completas pues en esta fase confluyen múltiples sistemas que afectan al paciente, familia y a su entorno.

La investigación se lleva a cabo con el objetivo de elaborar una propuesta de intervención en base a la revisión bibliográfica realizada y las entrevistas mantenidas dirigida a profesionales del trabajo social que permita poner en práctica y difundir buenas prácticas sobre la intervención en los procesos de eutanasia. La línea de trabajo del presente Trabajo Fin de Grado se basa en una investigación enmarcada en el contexto sanitario del Principado de Asturias. Asimismo, se concretan como objetivos específicos:

- Realizar una aproximación teórica y conceptual del concepto de muerte digna, así como de términos relacionados con el final de la vida.
- Conocer las funciones que llevan a cabo los trabajadores sociales en los procesos de fin de vida.
- Abordar el papel de las trabajadoras sociales desde el acompañamiento en los procesos de eutanasia.

Para cumplir con los objetivos propuestos, en primer lugar, se realizará una revisión bibliográfica en torno a la etapa final de la vida, así como al concepto de muerte digna y sus enfoques, haciendo un recorrido por su concepción, aspectos claves, situándolo en la legislación vigente. Además, se planteará qué papel asumen las trabajadoras sociales en los procesos de fin de vida y qué pueden hacer para mejorar la intervención con la persona en los últimos momentos de su vida. Por último, nos centraremos en el acompañamiento desde la figura de la trabajadora social en la eutanasia a través de la propuesta de un protocolo de intervención.

## **CAPÍTULO I. APROXIMACIÓN A LA ETAPA FINAL DE LA VIDA**

Resulta necesario realizar una aproximación a la etapa final de la vida, a lo largo de la historia se ha prestado especial atención a la forma en la que cada entorno cultural ha abordado esta cuestión. Dicha visión en torno a la muerte está, en muchas ocasiones, condicionada por creencias, mitos, consideraciones y pensamiento predominante de cada pueblo y época.

En las sociedades occidentales actuales, con el tiempo la muerte se ha convertido en un tema tabú, al igual que todo lo que recuerda de alguna forma a ella (vejez, enfermedad), dada la confrontación racional de esta verdad que supone enfrentarse a un fenómeno vital

que se va a producir irremediabilmente. La muerte es concebida en nuestra sociedad desde limitadas perspectivas, que producen un ocultamiento e incitan a la negación o el rechazo (Maglio, I., Wierzba et al. (2016). Por todo ello, los problemas que se adhieren al pensar en la muerte no resultan sencillos de asumir, ya que supone, como mencionábamos anteriormente, un enfrentamiento con el hecho en sí pero también a su vez con aspectos sociológicos, sociales, culturales, morales, religiosos, etc.

En esta línea surgen diferentes proposiciones de lo que significa y se entiende por la muerte. Siguiendo lo expuesto por Gamarra (2011), la muerte es un hecho natural e inevitable que pone fin a la vida. En esta misma línea, Cortez (2006), identifica la muerte como un fenómeno ineludible con el que termina el ciclo vital de todo ser viviente. Asimismo, Novellas (2017) incide en la dificultad para concretar en qué momento se está hablando de la muerte, en términos médicos se trata de situaciones en las que la patología no tiene posibilidad de curarse, introduciendo el empeoramiento cada vez mayor hasta que se produce la muerte.

En línea con lo anterior, realizar esta aproximación no requiere únicamente adentrarse en el significado sino en la forma en la que las personas viven estos procesos de fin de vida. Cuando se produce un deterioro de la autonomía individual, las personas tienden a pensar en lo que supone esa pérdida, asociando a ella la dependencia y la pérdida de dignidad. En ocasiones, la enfermedad puede conllevar la pérdida de independencia personal, provocando un miedo a la muerte social y la limitación para introducirse en la participación dentro de determinados espacios, pues la enfermedad genera un cambio en tu día a día, en cierta manera termina dirigiéndote al igual que puede producir una percepción de ser una carga económica, social y familiar. Es en este sentido y siguiendo lo expuesto por Ordieres (2019) la cuestión de morir no es únicamente el momento de perder la vida, sino un entramado de actos, decisiones y particularidades que afectan a este momento fin de vida de una persona.

Tal y como recoge Alonso (2012) el sufrimiento de determinadas enfermedades se identifica con el dolor físico, pese a que el dolor y el sufrimiento tienen componentes físicos y psíquicos, predominando el aspecto psicológico que afecta con mayor incidencia a las áreas de los sentimientos, afectos y emociones, es decir, al ámbito de la dignidad y la autoestima personal. Cabe resaltar esta última parte pues recoge de forma sintetizada en lo que nos centraremos a lo largo de este trabajo.

## CAPÍTULO II. MUERTE DIGNA

La Organización Mundial de la salud describe la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, esta incorporación de la esfera social hace visible la importancia para la realización y salud de una persona. En esta línea, cabe definir la dignidad como uno de los atributos distintivos de la persona, origen y base de todos los derechos humanos.

La dignidad del ser humano se configura en Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 como núcleo central desde su primer artículo que recoge lo siguiente: “todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”. Asimismo, la Constitución Española declara en el preámbulo que es voluntad de la nación española “asegurar a todos una digna calidad de vida”, desde su primer artículo, así como recoge valores superiores del ordenamiento jurídico tales como la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político.

Morir dignamente se define como una expresión del principio de autonomía, que significa poder elegir como gestionar la vida y su final. Dicho concepto de dignidad se ha definido por múltiples autores de maneras muy distintas. En este sentido, es preciso incorporar algunas concepciones que nos permita tener una pequeña visión de lo que supone la “muerte digna”.

En primer lugar, en relación con la muerte digna se introduce el concepto de “ortotanasia” entendiéndolo como el proceso de respetar la muerte en su curso natural, es decir, dejar morir a la persona sin prolongar de forma artificial el proceso de fin de vida y el sufrimiento del paciente, disminuyendo o suprimiendo el dolor. En la práctica este término de “ortotanasia” ha sido sustituido por el de muerte digna, para centrarlo en la condición del enfermo terminal (dignidad) y no en la voluntad de morir.

Gómez-Sancho et al. (2010) sostienen que la muerte dura un único instante y que el concepto de morir dignamente hace referencia a vivir con dignidad hasta el último momento de la vida, y para ello, la persona enferma debe ser considerada en todo momento como un ser humano, por lo que sus valores, creencias y decisiones deben ser respetadas. Asimismo, Luxardo (2012, pg.47) recoge los principios que deben regir una muerte digna, y los cuales se explican a continuación:

- Conocer que se va a morir y lo que se puede esperar al respecto
- Mantener el control sobre la situación
- Contar con el alivio del dolor y otros síntomas

- Preservar la dignidad y la privacidad
- Elegir el lugar y la compañía para el momento de la muerte
- Tener acceso a la información y a cuidados paliativos.
- Establecer directivas que aseguren que los derechos sean respetados
- No prolongar la vida indefinidamente

## **CAPÍTULO III. ENFOQUES**

Las personas aspiran a tener una vida digna, pero no hay que olvidar que la muerte es también parte de la vida, por lo que el deseo expresado debe requerir de una atención digna en el proceso de morir. Por ello, y en relación a lo abordado con anterioridad, a continuación, nos vamos a centrar la muerte digna vida a través de dos enfoques. Por un lado, la necesidad de cuidados durante el proceso de una enfermedad terminal, que serían abordados desde los cuidados paliativos y, por otro lado, la decisión de como quieres vivir la enfermedad terminal y la toma de decisiones, a través del derecho a la Eutanasia.

### **3.1. SOBRE LOS CUIDADOS PALIATIVOS**

Según la Ley 5/2018, de 22 de junio, Principado de Asturias sobre derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso final de la vida, los cuidados paliativos son descritos en el artículo 4 como “conjunto coordinado de intervenciones sanitarias dirigidas a proporcionar una atención integral a los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo y donde es primordial el control de síntomas, especialmente del dolor, así como el abordaje de los problemas psicológicos, sociales y espirituales”. Dichos cuidados tienen un enfoque interdisciplinario y afectan al paciente, pero también a su familia y a su entorno. Por esta misma razón y siguiendo lo expuesto por Novellas (2017), el abordaje interdisciplinario es fundamental para poder desarrollar la atención integral requerida en referencia a las necesidades biológicas, sociales, espirituales y emocionales.

A escala nacional, con fecha de 18 de diciembre de 2000, el Congreso Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprueba el Plan Nacional de Cuidados Paliativos. Posteriormente surgen diversas estrategias de cuidados paliativos del Sistema Nacional de Salud, así como ejemplos de buenas prácticas, donde se recoge por primera vez en este ámbito a las trabajadoras sociales dentro de los equipos de soporte o apoyo atribuyendo a dicho equipo funciones tales como la atención directa de enfermos y familias, soporte y consulta a otros equipos, formación, coordinación de recursos, el ámbito de actuación puede ser hospitalario, domiciliario o en ambos. La última de las actualizaciones a nivel nacional es la Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud 2010-2014, y a nivel

autonómico se encuentra la Estrategia de Cuidados Paliativos de Asturias de 2009. Es en la Estrategia Nacional de Cuidados Paliativos publicada en 2007 donde también se recoge la figura de la trabajadora social como quienes establecerán las acciones que sean necesarias para la adopción de servicios sociales y familiares que se requieran.

El proceso organizativo en la Estrategia de Cuidados Paliativos para Asturias hace referencia a los dispositivos asistenciales participantes y a la dinámica de coordinación e interrelación entre ellos, entre estos dispositivos se encuentran: equipo de soporte de atención domiciliaria (ESAD), equipo de apoyo en cuidados paliativos a domicilio (EACP), unidad de hospitalización a domicilio (UHD), unidad de cuidados paliativos (UCP), compuestos por profesionales de medicina, enfermería, auxiliar de enfermería, auxiliar administrativo, psicología, trabajo social, fisioterapia. Desde el equipo de cuidados paliativos, cuando se determina la necesidad de atención psicosocial a la persona, se pone en contacto y deriva al programa para la atención integral a personas con enfermedades avanzadas de La Caixa, para ello, el procedimiento habitual es el siguiente: el médico de cabecera, una vez que el paciente no es subsidiario de tratamiento de curativo, procede a derivar al equipo de cuidados paliativos de área para llevar a cabo un tratamiento paliativo, si dicho equipo lo determina dado las necesidades de la persona se informa, y se deriva al equipo de atención psicosocial para su intervención conjunta. Una vez realizados los pasos anteriores se procede a mantener una primera entrevista desde la que comenzará la intervención del equipo de atención psicosocial.

Este equipo formado por psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, médicos, agentes pastorales y voluntarios surgió dentro del Programa para la Atención Integral a Personas con Enfermedades Avanzadas de la Fundación “La Caixa”, existente a nivel nacional desde el año 2008 y que fue creado debido a la necesidad de acompañar en el proceso de enfermedades avanzadas, se crea con el objetivo de contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas en situación de final de vida, a través de la atención a los aspectos emocionales, sociales y espirituales. En Asturias se firmó este convenio entre el Principado y la Caixa para proporcionar una atención integral al paciente, desde las distintas áreas sanitarias, a través de la Sociedad de Geriátría y Gerontología del Principado de Asturias, Lauredal, Hospital Monte Naranco, Hospital Cruz Roja de Gijón, Centro Geriátrico Luanco, Hospital Fundación Avilés, Residencia San Pancraccio, Residencia Jovellanos y que poco a poco se va ampliando a otras áreas sanitarias.

### **3.2. CONCEPTUALIZACIÓN DE LA EUTANASIA**

El término eutanasia es un compuesto de dos palabras griegas, eu y thanatos, que significa literalmente “buena muerte”. Según la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación

de la eutanasia, es definida como “el acto deliberado de dar fin a la vida de una persona, producido por voluntad expresa de la propia persona y con el objeto de evitar un sufrimiento”.

Tal y como se recoge en la Ley Orgánica existe un amplio acuerdo en limitar el empleo del término eutanasia a aquella que se produce de manera activa y directa, por lo que las actuaciones por omisión que se designaban como eutanasia pasiva o las que pudieran considerarse como eutanasia activa indirecta se han excluido del concepto de eutanasia.

Esta ley está orientada a garantizar el correcto ejercicio de una muerte digna siempre que se den las circunstancias determinadas por ley. Así, aquellas personas que se encuentren en situaciones insostenibles podrán recibir ayuda médica para morir en función de sus situación y necesidades. La aprobación de esta ley supone el reconocimiento de la libertad y autonomía, pues esta no obliga a nadie, sino que reconoce la autonomía individual de una muerte digna, asimismo, tampoco se opone a la coexistencia de cuidados paliativos para aquellos pacientes que así lo prefieran. Todo ello, se asienta sobre la compatibilidad de unos principios esenciales que son base de los derechos de las personas, y que son así recogidos en la Constitución española. Por un lado, los derechos fundamentales a la vida y a la integridad física y moral, y de otro, bienes constitucionalmente protegidos como son la dignidad, la libertad o la autonomía de la voluntad.

En relación a todo lo anteriormente expuesto ha de reconocerse la importancia de la elaboración de un documento de instrucciones previas (Anexo I), testamento vital, voluntades anticipadas o documentos equivalentes legalmente reconocidos pues es a través de ellos se ejerce la autonomía, libertad y autodeterminación sobre el final de la propia vida. En este sentido cabe incorporar una descripción de lo que se entiende por testamento vital o documento de instrucciones previas, un testamento vital es “un documento en el que la persona expresa sus deseos acerca de la retirada o no iniciación de un tratamiento médico en caso de enfermedad terminal” (Betancor, 1995, pg 99). Estos documentos tienen una gran importancia en la libre decisión, pues es la persona quien se encuentra en el centro de la intervención, y se debe contar con el consentimiento del paciente para cualquier tipo de intervención sanitaria, teniendo en cuenta la atención que el paciente desea para el final de su vida.

## **CAPÍTULO IV. MARCO LEGISLATIVO**

### **4.1. MARCO LEGISLATIVO EN ÁMBITO ESTATAL**

En la normativa estatal podemos citar la siguiente legislación y documentación que recoge la atención al final de la vida, lo cual nos permitirá realizar un recorrido concreto poniendo el

foco en la evolución en materia de derechos en salud y concretamente, en relación al momento final de la vida, dada su extensión se abordarán aquí aquellos aspectos legales que resultan de mayor interés para el tema escogido y se ampliará en anexos (Anexo II).

En primer lugar, cabe resaltar, la Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad, a través de la cual se desarrolla el derecho a la protección de la salud. Asimismo, en esta ley donde queda recogida la figura del trabajador social sanitario, en el artículo 6, del capítulo I dentro del primer título, este artículo hace referencia a la promoción, la rehabilitación funcional y la reinserción social del paciente. Por su parte, en su capítulo II y III del mismo título, recoge la atención primaria integral y la coordinación entre los servicios de salud y los servicios sociales, atendiendo con ello a la atención a los problemas psicosociales.

Por otro lado, se encuentra el Plan Nacional de Cuidados Paliativos aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 18 de diciembre de 2000, es interesante mencionar el presente plan pues supone el documento que recoge las bases para su desarrollo incidiendo en los principios generales, objetivos, tipos de medidas, evaluación, etc. El fin de dicho plan consiste en garantizar el derecho legal e individual de los enfermos en situación terminal a la asistencia en cualquier lugar, circunstancia o situación. Desde su aprobación el plan ha tenido una desigual implantación en las Comunidades Autónomas, pues se han desarrollado diferentes legislaciones en el territorio que regulan la muerte digna, lo que ha supuesto una forma de acceso diferente, así como diferencias en la organización, gestión y asignación de recursos.

En esta línea cabe resaltar la Estrategia de Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud, que es presentada en marzo de 2006 a través del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud que recoge cinco líneas concretas que son la atención integral, organización y coordinación, autonomía del paciente, formación e investigación.

Entre una de las leyes fundamentales que enmarcan este trabajo se encuentra 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 dado que desempeña un importante papel en materia de decisiones durante el proceso final de la vida, pues es en esta ley donde se enmarca el derecho a la declaración de voluntad anticipada que se recoge en su artículo 11. La norma que regula el Testamento Vital, como hemos mencionado, es estatal, pero las Comunidades Autónomas tienen derivada la parte que regula el documento de solicitud y el registro correspondiente, lo que ha supuesto un desajuste en la conformidad de las normativas nacionales e implica un obstáculo para los derechos del paciente y produce diferencias en el territorio nacional en torno a la muerte digna. A continuación, se recoge las diferentes leyes existentes sobre muerte digna en el territorio nacional:

**Tabla 4.1. Leyes sobre la muerte digna en España.**

Comunidad autónoma	Ley
Galicia	<u>Ley 5/2015, de 26 de junio</u> , de derechos y garantías de la dignidad de las personas enfermas terminales.
Navarra	<u>Ley Foral 8/2011, de 24 de marzo</u> , de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte
Aragón	<u>Ley 10/2011, de 24 de marzo</u> , de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte.
Andalucía	<u>Ley 2/2010, de 8 de abril</u> , de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte
Islas Baleares	<u>Ley 4/2015, de 23 de marzo, de derechos y garantías de la persona en el proceso de morir.</u>
Canarias	<u>Ley 1/2015, de 9 de febrero</u> , de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida.
Madrid	<u>Ley 4/2017, de 9 de marzo</u> , de garantías y derechos de las personas en el proceso de morir.
Asturias	<u>Ley del Principado de Asturias 5/2018, de 22 de junio</u> , sobre derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso del final de la vida.
País Vasco	<u>Ley 11/2016, de 8 de julio</u> , de garantía de los derechos y de la dignidad de las personas en el proceso final de su vida.
Comunidad Valenciana	<u>Ley 16/2018, de 28 de junio</u> , de la Generalitat, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de atención al final de la vida.

Fuente: Boletín Oficial del Estado (BOE).

En cuanto a la ley de regulación de la eutanasia, podemos abarcar este punto centrando la vista en el paso de la penalización al derecho fundamental. La vida es considerada un derecho fundamental, y como hemos podido observar en los medios y en el debate público cada vez se plantea más el derecho a morir, llevando implícito el debate sobre cuestiones tan importantes como pueden ser la dignidad, los derechos humanos, la autonomía y la libertad de las personas enfermas.

La Ley Orgánica 3/2021 de regulación de la eutanasia es aprobada a fecha 24 de marzo, previamente a esta ley, la cooperación al suicidio era considerada un delito tal y como se recoge en el artículo 143 del Código Penal en el cuarto apartado “el que causare o

cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de una persona que sufriera un padecimiento grave, crónico e incapacitante o una enfermedad grave e incurable, con sufrimientos físicos o psíquicos contantes e insoportables, por la petición expresa, seria e inequívoca de esta, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los apartados 2 y 3 de esta ley”.<sup>1</sup> La nueva LORE lo que hace es despenalizar el suicidio asistido en los casos que enmarca la norma, pero se sigue penando en los casos excluidos de la misma. Esta ley ha supuesto el avance en materia de derechos pues permite un paso más en el respeto a la autonomía del paciente y la voluntad de poner fin a la vida, así, en el preámbulo se recoge la interrelación entre la eutanasia con un derecho fundamental de la persona como es la vida, pero también con otros tales como la integridad física y moral de la persona, la dignidad humana, el valor superior de la libertad, la libertad ideológica y de conciencia o el derecho a la intimidad, pues cuando una persona con capacidad y libre se enfrenta a una situación que a su juicio vulnera su dignidad, el bien de la vida puede decaer en favor de los demás.

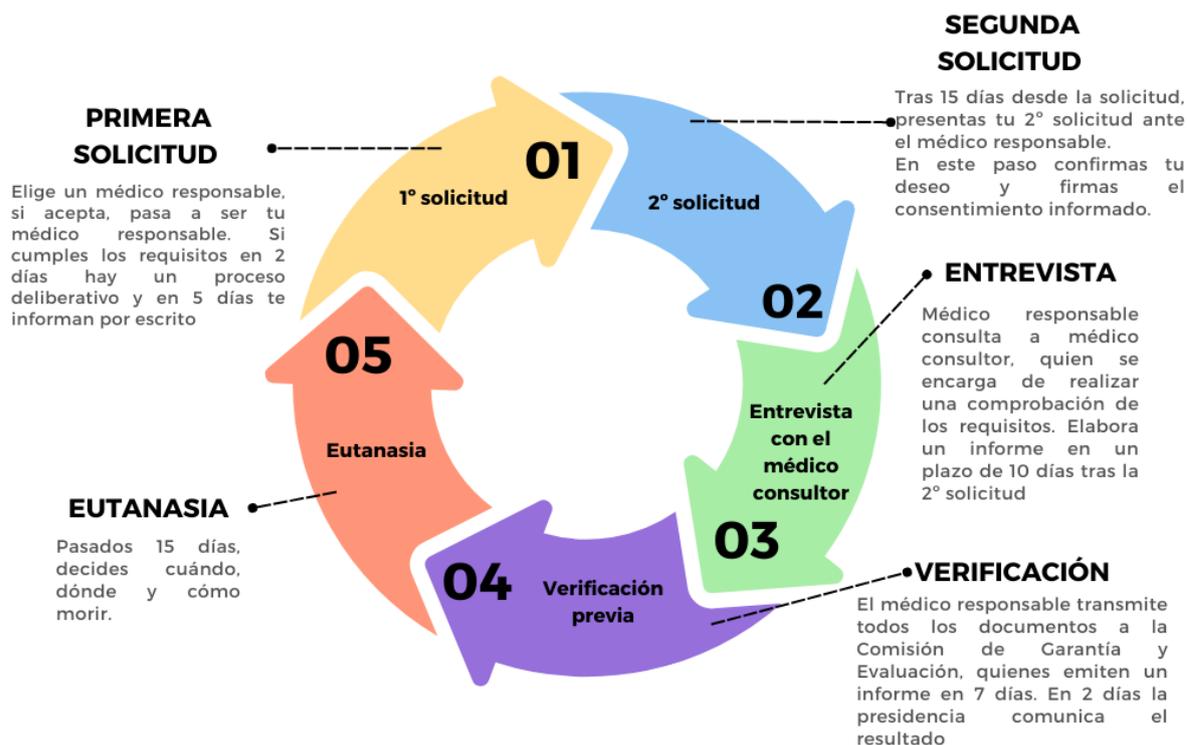
Por realizar un acercamiento a la ley, cabe destacar que está compuesta de cinco capítulos entre los que se regulan cuestiones tales como los requisitos para su solicitud (Anexo III), el procedimiento que se debe seguir (expuesto visualmente en el gráfico 4.2), el acceso, etc., siete disposiciones adicionales, una disposición transitoria, una disposición derogatoria y cuatro disposiciones legales, entre las que constan la consideración legal de la muerte, el régimen sancionador, las personas con discapacidad por las que se reconocen las lenguas de signos españolas y se regulan los medios de apoyo, así como la formación para dar difusión entre los profesionales sanitarios y la ciudadanía en general. Respecto a la entrada en vigor, se lleva a cabo a los tres meses desde la fecha de publicación en el BOE.

#### **Gráfico 4.2. Procedimiento para la solicitud de eutanasia.**

En el procedimiento que se explica a continuación y que se encuentra recogida en la Ley Orgánica 3/2021 de regulación de la eutanasia, cabe destacar que los pasos que deben ser realizados son un mecanismo para certificar que la persona está tomando la decisión de forma libre, firme y meditada por lo que cada paso supone una constatación de que realmente es lo que quieres hacer, lo que produce en cierta manera una especie de doble intencionalidad pues se cuestiona la decisión tomada en cada paso. Asimismo, el cómputo total del procedimiento se identifica entre 30 y 40 días.

---

<sup>1</sup> Ley Orgánica 10/1995 de 23 de noviembre del Código Penal.  
Artículo 143. 2 Código Penal. Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona.  
Artículo 143.3. Será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte.



Fuente: Ley Orgánica 3/2021 de Regulación de la Eutanasia (LORE).

## 4.2. MARCO LEGISLATIVO EN ÁMBITO AUTONÓMICO

En la normativa de la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias, cabe destacar la Ley 5/2018 sobre derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso del final de la vida, la cual es aprobada a fecha 22 de junio y que recoge el respeto a la dignidad, así como la seguridad jurídica para los profesionales sanitarios, de manera que conozcan los procedimientos a realizar para dar cumplimiento a aquello expresado por la persona sin caer en sanciones. En el punto 3 de su preámbulo expone lo siguiente: “se ha alcanzado un consenso ético y jurídico básico en torno a algunos de los contenidos y derechos del ideal de la buena muerte, a pesar de lo cual persiste cierta dificultad para llevar a la práctica clínica diaria las decisiones tendentes a asegurar de manera efectiva la plena dignidad en el proceso de morir”.

## CAPÍTULO V. ACOMPAÑAMIENTO DESDE EL TRABAJO SOCIAL.

### 5.1. ÉTICA EN LA ATENCIÓN FINAL DE LA VIDA

Hay una serie de principios éticos que influyen tanto en la práctica médica como en el trabajo social en la atención al final de la vida. El trabajo social responde a un gran compromiso ético y defensor de la dignidad, integridad y bienestar de las personas por lo

que resulta imprescindible hablar de los siguientes principios, ya que son una forma de afirmar los derechos fundamentales de la vida (beneficencia y no maleficencia), la libertad (autonomía) y la igualdad (justicia).

En este sentido nos interesan fundamentalmente los principios éticos que regulan la práctica de la profesión, intrínsecos en declaraciones de carácter internacional y también en los códigos deontológicos de Trabajo Social.

Los principios básicos recogidos en nuestro código deontológico son dignidad, libertad e igualdad. Estos principios derivan en el respeto por el valor intrínseco y la dignidad de los seres humanos, no hacer daño, el respeto a la diversidad y la defensa de los derechos humanos y la justicia social. Una de las principales funciones del Trabajo Social, como hemos mencionado, es la defensa de los derechos humanos pues busca la dignidad de los individuos, haciendo valer sus derechos y trabajando con las personas para que ellas mismas sean parte activa del cambio en sus vidas tal y como indica nuestro código deontológico. De entre estos destacamos los siguientes:

- El principio de beneficencia: se define como hacer bien una actividad, promoviendo sus intereses, es decir, todo acto debe tener un beneficio para la persona.
- El principio de no maleficencia, afirma la obligación de no hacer daño intencionadamente.
- El principio de autonomía: este principio aborda la realidad de que las personas deben ser tratadas como agentes capaces de tomar decisiones sobre su vida. El usuario tiene derecho a participar en la resolución de sus problemas, un hecho básico por el que el trabajador social debe de intervenir de una forma no paternalista. El derecho a la vida es un derecho fundamental y como tal, es un bien a proteger, pero siempre y cuando se quiera seguir viviendo. El recurso de amparo ante el Tribunal Constitucional presentado por Ramón Sampedro (expuesto un fragmento en anexo V) reclama que el derecho a la propia muerte se basa en que la libertad de morir es un bien superior a la propia vida, entre sus argumentos expone que la Constitución proclama entre los valores superiores del ordenamiento jurídico la libertad y no la vida y que la dignidad de la persona es fundamento del orden político y de la paz social.
- El principio de justicia: este principio pretende distribuir de un modo equitativo y racional los recursos sociales existentes.

Cabe en este punto introducir el concepto de edadismo, el cual hace referencia a los estereotipos y prejuicios existentes en relación a la edad. El término “edadismo” fue acuñado

en 1968 por Robert Butler como “un proceso de elaboración de estereotipos y discriminación sistemática contra las personas debido a que son mayores”.

El edadismo perpetua conceptos estereotipados de las personas mayores limitando nuestra comprensión de la diversidad en la vejez. La respuesta al COVID-19 ha sido un indicador más para mostrar lo extendido que se encuentra el edadismo ya que tanto en los medios como en el discurso público se ha estereotipado a las personas mayores y a los jóvenes. Todo ello es percibido en el trato que reciben las personas mayores en las distintas instituciones, incidiendo en las pautas de comunicación, ya que en muchas ocasiones a las personas mayores se les habla como a niños, llevando implícitas actitudes paternalistas. En esta línea Bárcena et al. (2009) recogen la relación entre la imagen social llena de tópicos que se tiene acerca de las personas mayores y la reducción de acción y libertad que ello implica. Resulta necesario poner en valor la importancia de la dignidad de las personas mayores y la protección de la misma pues al igual que para el resto de las personas los conceptos de respeto y dignidad han de ser reconocidos en su totalidad.

Lo anteriormente expuesto va en relación al tema abordado a lo largo de este trabajo, las personas mayores han de tener derecho a elegir como quieren vivir, como quieren morir y como quieren ser cuidados, es decir, el derecho a poder tener el control en las decisiones que giran en torno a su propia salud y vida.

Por lo que, partiendo de la intervención en clave a los principios éticos mencionados anteriormente, no debe olvidarse el respeto a la autonomía y la confidencialidad, actuar con beneficencia, no maleficencia y siendo justos con la repartición de los recursos. La orientación ética ha de estar centrada en la persona como individuo único e irrepetible.

## **5.2. ENFOQUE TEÓRICO DEL ACOMPAÑAMIENTO EN TRABAJO SOCIAL**

La Federación Internacional del Trabajo Social describe la profesión como “profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social. Respaldada por las teorías del trabajo social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el trabajo social involucra a las personas y las estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar.” (FITS, 2000)

En línea con lo expuesto por Raya (2014), el acompañamiento como metodología del Trabajo Social trata de dar respuesta a las necesidades y problemas basados en la relación de ayuda que posibilitan el cambio de rol del profesional de gestor de recursos a generador

de recursos. El acompañamiento permite orientar la acción profesional hacia procesos de cambio, con la persona y con el entorno.

Asimismo, define el acompañamiento como parte imprescindible del Trabajo Social, entendiendo que acompañar es avanzar compartiendo un proyecto común, avanzar juntos con la finalidad de facilitar la promoción de la autonomía. Esta metodología supone un cambio en la relación entre profesional y usuario, por un lado, el profesional ejerce como facilitador del proceso, poniendo el foco en las personas como sujetos con capacidad de tomar decisiones, y el segundo adopta un papel activo.

Existen muchas definiciones posibles de la expresión acompañamiento social, pero todas llevan en su base nociones como respeto, comprender, escuchar, recorrer juntos. El verbo acompañar trata de compartir con otro o con unos otros, el propósito de llegar a una meta o de conseguir finalizar un determinado proyecto conjuntamente. Asimismo, Planella (2016) también introduce tres vías de interpretación en torno a la etimología del acompañamiento: una relación de compartir, de intercambio, de comunicación, un movimiento hacia una relación basada en la paridad que llegue a generar la idea de «pares», una duración establecida a lo largo de un determinado periodo de tiempo. De esta misma manera, incide en que el hecho de denominar determinadas prácticas como prácticas de acompañamiento ya posibilita otra interpretación de la función de los profesionales en la intervención social.

Este mismo autor plantea los puntos que fundamentan el acompañamiento:

1. El hecho de movilizar nuevas ideas y las formar de intervenir ya supone una renovación en las formas de pensar en nuestro campo de intervención
2. La proximidad, acompañar desde al lado, empatizar con la persona y su situación.
3. El reconocimiento del otro, verlo como persona, no únicamente como usuario y aceptar que tiene sus propias ideas y es protagonista de su vida, en todo momento, lo que implica que tendrá que decidir y dirigirlo con nuestra ayuda y apoyo.
4. La participación activa. Como profesionales no podemos decidir por las personas, ellas han de ser partícipes del cambio.
5. La circulación de la palabra no debe ser tutelada por los profesionales.
6. La ideación de un itinerario. No se trata de crear situaciones imposibles de lograr en las cuales la persona crea que avanza pero que en realidad se queda siempre en el mismo espacio. El acompañamiento social se fundamenta en la idea de que la persona es un ser de proyecto.
7. La comunidad. La construcción de nuestra persona tiene un componente significativo que está centrado en las relaciones Yo-los Otros.

En definitiva, el acompañamiento siguiendo lo expuesto por Fantova (2009) significa confianza, personalización, activación, orientación proximidad, evolución, construcción de vínculos. Este planteamiento metodológico permite una búsqueda flexible y adaptación de la atención a las necesidades y expectativas de cada uno de los individuos, centrando la intervención en la persona, es decir, enfocar la participación y decisión de la propia persona. De esta forma, al trabajar desde el acompañamiento se entiende un cambio en la manera de entender la relación, esto tiene que ver con pasar de una visión en la que el o la profesional tiene las capacidades y la dirección de la intervención, hacia una visión en la que la persona es el sujeto y protagonista.

## **CAPÍTULO VI. PAPEL DEL TRABAJO SOCIAL EN LOS PROCESO FIN DE VIDA**

### **6.1. IMPORTANCIA DEL TRABAJO SOCIAL EN EL ÁMBITO SANITARIO**

Desde los inicios de la profesión el Trabajo Social Sanitario ha estado relacionado con la atención a la salud de los usuarios y a la atención de las necesidades durante la vida, y se realiza una intervención desde dos niveles diferentes, desde la atención primaria o desde la atención especializada. Como hemos mencionado con anterioridad, la salud está compuesta por la interacción de variables de tipo biopsicosocial, y pese a esta comprensión desde el aspecto biopsicosocial, la visión imperante se enmarca desde la biología. Esta limitación afecta en la visibilidad de las demás variables mencionadas, lo que incide en el desarrollo de profesiones como el Trabajo Social, reduciendo su función a gestiones administrativas de recursos. Es por ello que la interdisciplina surge como necesidad, así, por ejemplo, la medicina estudia prioritariamente al ser humano como organismo y es cuando está enferma cuando puede reivindicar su protagonismo, pero en la salud de ese organismo van a influir numerosos elementos de su entorno que condicionarán y cuestionarán el monopolio del discurso médico (Estalayo, 2013). Cabe mencionar que existe un creciente interés por el desarrollo de la atención biopsicosocial que ha permitido ampliar la visión del paciente pasando a tener en cuenta aspectos clínicos, funcionales cognitivos y sociales, todo ello enfocado a optimizar la calidad asistencial y la atención al paciente, pues ello es recogido entre los objetivos de nuestro sistema de salud. Resulta imprescindible conocer que factores psicosociales percibe el paciente y la familia como dificultades, pues conociendo y entendiendo las necesidades psicosociales junto con las necesidades físicas o de salud, se puede garantizar una atención adecuada y un apoyo de calidad tanto a la persona como a la unidad familiar.

En relación al Trabajo Social Sanitario, surge como nueva disciplina inmersa en el ámbito sanitario de la necesidad de atender no solo las cuestiones de salud que presentan los pacientes sino también aquellos aspectos sociales (familiares, psicológicos, espirituales, económicos, etc.) que pueden contribuir a su enfermedad significativamente, este campo de intervención es recogido en la Ley 16/2003 de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que definió la atención sociosanitaria como "aquella que comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social".

En línea con lo anterior cabe resaltar que el Trabajo Social en el ámbito de la salud es la actividad que se ocupa de los aspectos psicosociales del individuo, a través del método básico de intervención: detectar una necesidad, establecer el diagnóstico, concretar el plan de intervención, ejecutarlo y evaluarlo. El plan de intervención individualizado es aportado al equipo multidisciplinar para proporcionar tanto a la persona como a la familia los apoyos técnicos y estratégicos necesarios para mejorar o mantener su salud.

Nuestra incorporación en los equipos dentro del sistema sanitario ha supuesto la aportación de alternativas o soluciones a las dificultades encontradas a consecuencia del desarrollo de la enfermedad con el objetivo de evitar los desajustes sociofamiliares que se producen en la pérdida de salud, estableciendo un sistema de participación de los pacientes y/o familiares en la atención la toma de decisiones (Saavedra, 2016). Es por ello que resulta necesario acercarse a algunos conceptos como "psicosocial" y "problemas psicosociales" con el objetivo de comprender esta mezcla entre la psicología que se encuentra enfocada en el sujeto de una forma individual, con lo social. Siguiendo lo expuesto por M.Lipkin y K. Kupka (citado en Ituarte, 1992) el término psicosocial es la relación causal entre variables sociales y psicológicas, en este sentido, se considera que un factor psicosocial puede ser entendido como un síntoma psicológico arraigado en un medio social específico o bien como un problema social y su consiguiente estado psicológico adverso en los individuos. Muchos autores señalan la percepción de estresante o no según la situación particular y poniendo el foco en cómo lo viven las personas en función de los valores sociales que estas tienen. Asimismo, Lipkin y Kupka definen los problemas psicosociales como factores psicosociales que causan incapacidad o angustia en alguna manera, es decir, que afectan negativamente a nuestro bienestar. La importancia de lo expuesto recae en centrar la intervención en cómo la persona se enfrenta a sus sucesos vitales importantes y cuál es la manera en la que lo hace. Esta intervención surge de la comprensión de las necesidades no solo enfocado desde lo asistencial sino también desde las capacidades y derechos (Alvis, 2009). Esta

aproximación incide en la necesidad de la intervención psicosocial como base entre lo psicológico y lo social, incidiendo en un proceso integral dirigido a desarrollar la capacidad de la persona, la familia y la comunidad.

En este sentido, enlazando lo anterior con el desarrollo del papel del trabajo social en el final de la vida, es visible que desde que se produce el diagnóstico de una enfermedad con pronóstico grave, se abarca desde el ámbito médico lo que genera que se concentre el interés en el dolor físico durante el transcurso de la enfermedad y no se informe sobre instrumentos tales como el documento de voluntades anticipadas, testamento vital y/o la eutanasia. El tabú que enmarca los temas cercanos a la muerte impide que las personas accedan con libertad a la información sobre cuestiones que resultan importantes a la hora de abordar las situaciones de final de vida.

Actualmente no existe un protocolo específico de trabajo social en la atención al final de la vida, pero sí es abordado el tema de forma transversal en numerosas publicaciones, estudios y propuestas incidiendo en lo determinante que resulta el trabajo social sanitario en estas fases pues el apoyo psicosocial en la terminalidad y la interacción entre lo social y lo sanitario enmarca la intervención desde el trabajo social sanitario poniendo en relieve la necesidad de equipos multidisciplinares que respondan a las necesidades de la persona enferma y su entorno en las necesidades propias al final de la vida.

El dolor que se asocia a la enfermedad es la consecuencia que se encuentra más visible, pero si miramos con más profundidad nos damos cuenta de que ese dolor conlleva distintas emociones detrás tales como el miedo, la ansiedad, la tristeza. Se trata de una experiencia que como resultado afecta la integridad de la persona, volviendo al dolor un síntoma de difícil comprensión. Es por ello, por lo que la suma de los componentes físicos, sociales, espirituales y psicológicos que ocasionan ese sufrimiento a los pacientes conforma lo que entendemos por dolor total. Por tanto, cuando hablamos de dolor total no es el síntoma en sí, sino el significado que se le asigna a dicho síntoma lo que provoca el sufrimiento. Los cuidados paliativos con este enfoque refieren a un nuevo paradigma en el cuidado y la atención de pacientes y sus familiares, como abordaje para contribuir a mejorar la calidad de vida durante el trayecto de una enfermedad, el fin de vida, la muerte y el duelo, atendiendo especialmente a lo que esa persona y esa familia en ese momento necesitan.

Según establece la Estrategia Nacional de Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud los cuidados paliativos han de seguir los siguientes principios: proporcionar alivio del dolor, ofrecer un sistema de soporte para ayudar tanto a las familias como a los pacientes, mejorar la calidad de vida y responder a las necesidades de los pacientes y sus familias. En este sentido, el papel del trabajo social es una de las disciplinas que entra a formar parte de

la atención sanitaria para tratar aquellos acontecimientos familiares y sociales que no son estrictamente sanitarios pero que se producen a causa de la enfermedad o de la evolución de la misma (Novellas, 2017). Por esta razón el trabajo social se incorpora en los equipos profesionales que abordan los cuidados paliativos, donde la enfermedad lleva consigo una serie de rupturas sociales, familiares que afectan en la concepción que tiene la persona de sí misma, así como en su entorno familiar, agravando la complejidad de la situación.

La práctica profesional en los mencionados equipos surge de la necesidad de abordar las necesidades psicosociales que interfieren en el proceso final de la vida. En este contexto de miedo, inestabilidad y complejo, la figura del trabajador social aporta ayuda, acompañamiento y seguridad en el proceso de morir para que las personas puedan hacerlo dignamente a través de funciones del asesoramiento sobre la gestión de recursos, apoyo emocional e intervenciones familiares para la movilización de recursos personales, potenciar el trabajo en red, acompañamiento y atención al duelo entre otras (Vanzini, 2010).

La figura de la trabajadora social dentro del Equipo de Atención Psicosocial del programa para la atención integral a personas con enfermedades avanzadas lleva a cabo funciones tales como las siguientes:

- Atención directa con pacientes y familiares.
- Acompañamiento para reducir la incertidumbre y el malestar a través de ayudas técnicas.
- Apoyo en la reorganización familiar.
- Asesoramiento y gestión de los recursos básicos disponibles.
- Orientación en incapacidades permanentes, pensiones, poderes notariales.
- Actividades de organización con el resto del equipo de profesionales para la atención al proceso dado el manejo emocional que dichas situaciones implica.
- Favorecer la calidad de vida del paciente
- Realizar un seguimiento y evaluación sobre el transcurso de la enfermedad.

En sentido general la trabajadora social lleva a cabo la valoración psicosocial de la persona, el diseño y aplicación del plan de intervención, la coordinación con los profesionales implicados, la evaluación de los resultados y el seguimiento del caso y ayuda a la tramitación de recursos sociales específicos. Es a través de este programa como se complementa la actuación de la Administración en el ámbito de los cuidados paliativos y la atención a las personas con enfermedades avanzadas.

Respecto a la eutanasia, tras el debate generado en la sociedad en torno a la regulación de la eutanasia y su aprobación en marzo de 2021 gracias al trabajo y presión comunitaria ejercida desde el tercer sector, han surgido muchas dudas y cuestiones a resolver tanto para los profesionales como para la población en su conjunto. En este momento la figura de la trabajadora social no está recogida a nivel nacional dentro de la ley de la eutanasia, pero debido a la derivación de la Comisión de Garantías y Evaluación a las Comunidades Autónomas, son estas quienes determinan qué perfiles profesionales la componen. En el caso de Asturias sí se encuentra recogida, debido prácticamente en su totalidad a la presión ejercida desde el Colegio Oficial de Trabajo Social de Asturias, desde el tercer sector, y desde las distintas profesionales a título personal que han elaborado alegaciones para que esta incorporación hoy sea una realidad. Por tanto, en el contexto asturiano, nuestro ejercicio profesional está enmarcado en la composición de la Comisión de Garantía y Evaluación del Principado de Asturias, dentro del artículo 6 del Decreto 41/2021, de 29 de julio, por el que se crean y regulan el Registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia del Servicio de Salud del Principado de Asturias y la Comisión de Garantía y Evaluación del Principado de Asturias en aplicación de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, se recoge el perfil de la trabajadora social, dicha incorporación en la comisión supone un gran avance para el desarrollo de la ley. Su papel dentro de la Comisión es, al igual que el resto de los/las profesionales que la componen, verificar el cumplimiento de los requisitos y condiciones establecidos para el correcto ejercicio del derecho a solicitar y recibir la prestación de ayuda a morir en los términos dispuestos en el artículo 10 de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, y quien emite el informe final que aprueba o deniega la prestación.

Asimismo, desde la aprobación de la Proposición de la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia, el Consejo General de Trabajadores Sociales ha incidido en la participación en los procesos eutanásicos abogando por un modelo biopsicosocial, poniendo en valor las competencias necesarias que las trabajadoras sociales tienen para ayudar durante el proceso final de la vida proporcionando el apoyo psicoemocional tanto a la persona como a sus familiares.

## **6.2. NECESIDAD DE ACOMPAÑAMIENTO DESDE EL TRABAJO SOCIAL EN LOS PROCESOS DE EUTANASIA**

Tal y como hemos mencionado con anterioridad, el desarrollo de una enfermedad produce cambios en las redes sociales próximas a la persona, rompiendo dinámicas personales propias e introduciendo interrupciones en los acontecimientos vitales. Dichas roturas serán temporales o indefinidas, dependiendo, del tipo de enfermedad y sus secuelas.

En este contexto se visualizan los recursos psíquicos de las personas y el soporte social del que disponen, así como la capacidad para recuperarse o afrontar las circunstancias. La enfermedad es una de ellas, y su presencia le afecta en todas las esferas, pues produce cambios en el día a día, interrumpe el afrontamiento de sus responsabilidades diarias (laborales, económicas, estudios, familiares), genera unas vivencias y experiencias que surgen directamente del hecho de haber enfermado. La intervención desde el trabajo social sanitario se conforma del momento en el que se genera el contexto de la persona enferma, tanto sus ideas en el pasado como sus expectativas hacia el futuro. La enfermedad, en cualquiera de sus variantes, motiva en la persona que la sufre, en su entorno, vivencias y experiencias que se desbordan en sentimientos y emociones, todo ello afecta y condiciona la manera en la que la persona tendrá capacidad para sobrellevar la situación (Colom, 2010).

Es en esta línea donde el área personal y el cuidado de los aspectos emocionales del paciente y de la familia son fundamentales al intervenir en el final de la vida, punto en el que las trabajadoras sociales resultan parte imprescindible en la intervención para acompañar e informar en dichas cuestiones que atañen al proceso, como donde morir, cuando, con qué cuidados hasta ese momento, que será del día a día de los familiares una vez que falte. Una vez llegue el momento final, resulta necesario continuar trabajando con la familia si es preciso en la atención al duelo.

El apoyo emocional y social son campos de trabajo para los que los y las profesionales del Trabajo Social Sanitario tienen la preparación y las competencias necesarias ante entornos y problemas que generan malestar, inquietud y angustia tanto al sujeto como a la familia. El hecho de obviar esa parte supone una carencia al acompañamiento que se debe prestar a las personas.

La eutanasia se centra en la dignidad y calidad de vida de las personas, en busca del alivio al sufrimiento, y, por tanto, el proceso hasta llegar al momento requiere de acciones dirigidas a proporcionar bienestar físico, psicosocial y emocional. El equipo asistencial, recogido en la guía de buenas prácticas en la eutanasia, hace referencia al equipo de profesionales que garantiza la continuidad asistencial en el proceso de solicitud y realización de la prestación de ayuda para morir. Entre sus funciones destacan las siguientes: realizar prestación de ayuda a morir con el máximo cuidado y profesionalidad, y asistir al paciente hasta el momento de su muerte en colaboración con el médico/a responsable. Por todo ello cabe plantear la siguiente cuestión: ¿Qué se entiende por equipo asistencial? En esta línea, como se ha recogido anteriormente, el Trabajo Social Sanitario supone un ejercicio profesional caracterizado por ejercer funciones de apoyo y ayuda en procesos de dificultad, centrando su práctica asistencial en el incremento de la autonomía y la recuperación de la salud, y

garantizando la toma de decisiones responsable, respetuosa con la autodeterminación, individualización y adaptando la intervención a las particularidades de cada situación. Las referencias a la trabajadora social como miembro permanente de los equipos asistenciales sanitarios con funciones y competencias desarrolladas aparecen en el marco jurídico estatal y en los distintos planes y estrategias nacionales de salud, además de en la normativa autonómica en materia de salud, atendiendo a los planes de salud y en las normas de ejecución y desarrollo que contemplan la figura de la trabajadora social en los equipos multidisciplinares.

En el entorno de la eutanasia pueden darse tres escenarios: que la persona solicite la eutanasia y fallezca antes, que la persona lo solicite y se lo denieguen y que la persona lo solicite y sea aceptado. Todos ellos requieren de un acompañamiento durante el proceso de formas diferentes pero necesarias pues va a implicar un cúmulo de emociones en la persona y su entorno.

Por todo ello, la incorporación del Trabajo Social supondría el asesoramiento respecto a la eutanasia, así como del testamento vital dada la dificultad de acceso existente, recursos para afrontar la muerte, acompañamiento tanto a las personas como a los profesionales y, como mencionábamos, esta profesión en la que los derechos son base indiscutible de su fundamento, agregaría a los equipos conformados en estos procesos una visión psicosocial que enriquecería la intervención promoviendo el bienestar y la mejora de la calidad de la intervención.

## **PROPUESTA DE INTERVENCIÓN**

A través de la propuesta que aquí se presenta, se promueve la reflexión sobre el aquí y el ahora del Trabajo Social, en sus aportaciones a los procesos de eutanasia y, en general, al Servicio de Salud. En muchas ocasiones se ha reducido la profesión a una función gestora de recursos aplicando de la forma más rápida el recurso más inmediato a la necesidad percibida, en ocasiones, sin llegar a abordar y/o descubrir realmente a la persona que tenemos delante, así cómo como vive la situación en la que se encuentra, sin abordar sus sentimientos, su historia y sus decisiones. La finalidad de dicha propuesta no es la creación de una nueva forma de pensamiento, ni tampoco de nuevas teorías, sino una aportación sobre aspectos concretos y limitados que pueden ser abordados desde un punto de vista diferente para su puesta en práctica más adelante con el fin de incorporar la figura del trabajo social en el equipo multidisciplinar que abarca los procesos de eutanasia.

La intención de esta propuesta es que resulte una herramienta útil principalmente para profesionales del trabajo social pero también para usuarios, así como a la sociedad en su conjunto, de manera que ofrezca una visión de las prácticas que serían incorporadas al introducir la figura de la trabajadora social en los mencionados procesos. Recogiendo el ejercicio profesional para promover el bienestar de pacientes, haciendo hincapié en la importancia del acompañamiento para aliviar el sufrimiento y la incertidumbre, así como la de sus familiares, de tal forma que permita trabajar conjuntamente con profesionales, optimizando la intervención y partiendo del reconocimiento y el apoyo que dado la situación en la que se encuentra la persona necesita.

En relación a lo anterior y partiendo del tiempo de desarrollo de la ley, ya que aún se encuentra en expansión, considero muy importante realizar este tipo de propuestas ya que la introducción de nuestra profesión en los equipos que abordan dichos procesos de eutanasia es una necesidad real. En este sentido, resulta necesaria la formación de los profesionales para garantizar y hacer efectiva la ley, por lo que poco a poco se han ido convocando formaciones para el personal sanitario (Anexo IV).

Por acercar la introducción de lo que se abordará a continuación, tal y como expone Anaya Ituarte, en trabajo social aún siguiendo el proceso metodológico general, este puede variar en función del objeto concreto de la intervención, de las características y de los objetivos de una determinada intervención. El concepto teórico básico del que parte el Trabajo Social sería "la concepción de la persona humana como un ser biológico, psicológico y social en permanente interacción con su medio y, consecuentemente, la concepción de ese medio como elemento imprescindible para que el ser humano pueda lograr el máximo desarrollo de sus capacidades" (Ituarte, 1992, pg. 6). En relación al tema abordado en este trabajo, esta concepción del trabajo social permite comprender el contexto en el que intervenimos, un contexto multifactorial, determinado por una realidad compleja, de ahí que la introducción del trabajo social permitirá acompañar y abarcar todos los aspectos que constituyen esa realidad compleja y que supone la unidad de su objeto de conocimiento, el ser humano en interacción con su medio.

La valoración sociofamiliar que será realizada se orienta a explorar los aspectos sociales desde los factores de riesgo y los factores de protección atendiendo a los antecedentes sociofamiliares, la estructura familiar, las relaciones, recursos familiares para afrontar cambios vitales, recursos económicos, condiciones de la vivienda, participación social.

En este sentido cabe realizar un apunte sobre la incorporación de la perspectiva de género, pues no resulta el mismo proceso que falte la madre en el hogar que el padre. La ausencia repentina de la mujer en el hogar supone una ruptura familiar, pues es esta figura debido a

la cultura y organización patriarcal existente en nuestra sociedad, la que suele responsabilizarse de las actividades domésticas, lo que requiere de una reestructuración de los roles y responsabilidades. En este sentido, no cabe analizar sólo lo que supone para los familiares sino también la dificultad de iniciar un proceso de eutanasia por una mujer pues existe una carga mayor impuesta sobre la educación, protección y cuidado de los hijos como si fuera una responsabilidad propia únicamente. Como veníamos diciendo con anterioridad, la fase final de la vida de una persona conlleva alteraciones sociales, físicas y psicológicas en las propias personas, en el sistema familiar y en el entorno en el que se encuentran inmersos lo que produce un cambio profundo tanto en la vida de la persona que se encuentra enferma como en todo su sistema familiar. Entre las principales necesidades manifestadas por los familiares de pacientes al final de la vida se encuentran necesidades de información relativa a la enfermedad de la persona y sobre el impacto que esta tiene en la vida familiar, necesidades de apoyo a lo largo de todo el proceso de enfermedad, necesidades de comunicación sobre sus miedos, dudas, problemas, necesidades de servicios en la comunidad, necesidades económicas, necesidades de funcionamiento familiar. La figura de la trabajadora social en la intervención con las familias, siempre que el paciente esté de acuerdo y muestre su conformidad, recaerá en el desarrollo de habilidades de resolución, de redistribución de los roles, de organización del hogar, de apoyo y acompañamiento durante el trascurso de la enfermedad (Altamier, 2011). Resulta necesario ser conscientes de la variedad de emociones que está experimentando la familia y que rodea la intervención con la persona, por ello debe mantenerse en todo momento una actitud de escucha activa abierta a la comunicación y a la expresión de sentimientos junto con la observación de las necesidades de cada familia y los recursos necesarios.

## **7.1. OBJETIVOS**

### **Objetivo General:**

Elaborar una propuesta de intervención en base a la revisión bibliográfica realizada y las entrevistas mantenidas dirigida a profesionales del trabajo social que permita poner en práctica y difundir buenas prácticas sobre la intervención en los procesos de eutanasia.

### **Objetivos Específicos:**

- Realizar una aproximación teórica y conceptual de la eutanasia, así como de términos relacionados con el final de la vida.

- Conocer las funciones que llevan a cabo los trabajadores sociales en los procesos de fin de vida desde el acompañamiento.
- Abordar el papel de las trabajadoras sociales en los procesos de eutanasia.

## **7.2. METODOLOGÍA**

Con relación a la metodología, se ha realizado una revisión bibliográfica de artículos y documentos que exponen estudios, manuales, libros e ideas innovadoras en relación a la eutanasia y el papel de las profesionales del Trabajo Social en la misma. Para ello, se han utilizado las bases de datos Dialnet, Scielo y el motor de búsqueda Google Académico, además de revistas especializadas en Trabajo Social como Cuadernos de Trabajo Social, Trabajo Social y Salud, Investigaciones en intervención social utilizando principalmente las siguientes palabras clave: eutanasia, atención psicosocial, atención integral, trabajo social, trabajo social sanitario. Asimismo, se ha procedido a consultar páginas web de organismos públicos como: Boletín Oficial del Estado, Ministerio de Sanidad, Consejo General de Trabajo Social, Boletín Oficial del Principado de Asturias, etc, al igual que se ha entrevistado a informantes claves en relación al tema propuesto en este trabajo, tres perfiles de trabajadoras sociales: por un lado se ha procedido a entrevistar a la trabajadora social que forma parte de la Comisión de Garantía y Evaluación, en segundo lugar se ha entrevistado la trabajadora social que forma parte del equipo de atención psicosocial en cuidados paliativos y por último a la trabajadora social del ámbito hospitalario en el área V.

Es destacable la dificultad para encontrar materia sobre trabajo social y eutanasia pues el papel del trabajo social no se encuentra aún inmerso en los procesos de eutanasia. Asimismo, dado el tiempo transcurrido desde la promulgación de la ley los datos e información es expuesta en pequeñas dosis. La siguiente propuesta busca exponer el papel de la inclusión de las profesionales de Trabajo Social en los procesos de eutanasia desde el acompañamiento dado los aspectos positivos que aportaría a los usuarios.

## **7.3. PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN**

### *1º. Detección y derivación a Trabajo Social:*

El primer paso para proceder a nuestra intervención requiere de la detección de personas que se encuentren en procesos fin de vida, es decir, desde que se produce el diagnóstico de una enfermedad con pronóstico grave, resulta fundamental crear un protocolo de actuación y derivación desde las fases iniciales del diagnóstico pues ello permitirá abordar de una

manera integral las necesidades de las personas, así como de su entorno. Por ello, el primer punto será la derivación de la petición por parte del Servicio Médico, con el consentimiento de la persona, al equipo de Trabajo Social que se transmitirá en forma de interconsulta para proceder a iniciar la intervención.

### *2º. Fase de Acogida:*

Conocido el diagnóstico médico de la persona, se establece una primera fase de acogida. Resulta un momento fundamental pues supondrá la base para desarrollar y establecer la relación de ayuda y acompañamiento con la persona, facilitando que se sienta reconocida y escuchada. Dicha acogida se mantendrá a través de una entrevista individual con la persona en un espacio que permita proporcionar intimidad y seguridad. Dentro de este momento se recoge la demanda de la persona, se informa y explica cómo es el procedimiento, y se aclaran dudas al respecto. En esta fase se prioriza el compromiso mutuo de realizar acciones consensuadas y uno de sus principales objetivos es dejar claro a las personas y familias que no están solos.

### *3º. Fase de diagnóstico social inicial:*

Este momento resulta de especial atención dado que es el inicio de la relación y confianza que permitirá acompañar a la persona en cada paso que necesite e ir conociendo las problemáticas y necesidades que ésta muestra. Este contexto nos da información acerca de lo que la persona demandante considera que es problemático para ella o para su entorno, la manera en la que esa persona enfrenta las dificultades bien como algo propio o bien como algo que le viene de fuera, así como también de las expectativas que la persona tiene respecto a la resolución de las dificultades y del papel que deben tener ella misma al igual que los servicios y recursos. En esta fase se realizarán funciones como las siguientes: ayuda en la toma de decisiones, acompañamiento en el afrontamiento del diagnóstico médico, información y orientación y escucha activa. A la vez que practicamos esta escucha activa se debe hacer un diagnóstico social inicial de la situación, e intervenir de forma que la persona se sienta respetada y aceptada. Asimismo, en este momento en el que se inicia el plan de la intervención se añade en la historia clínica lo cual permitirá recoger datos importantes sobre la intervención con el objetivo de mantener una descripción de la situación y hacer una posterior evaluación.

### *4º. Toma de decisiones por la persona atendida y acompañamiento.*

En el momento que la persona nos transmite su voluntad de iniciar el proceso de eutanasia, se prestará especial interés a las necesidades psicosociales que ella misma exprese, en el orden que le parezca más importante a cada persona, proporcionando el mayor bienestar al paciente.

Este paso pone el foco en colocar a la persona en el centro de la intervención, pues reconoce la proximidad de su muerte, y probablemente requiera que alguien le escuche, le apoye y le permita expresar sus afectos. Esta necesidad de sentirse escuchado y aceptado, comprendido, acogido y acompañado en sus últimos momentos, para poder despedirse de sus seres queridos, requerirá ser abordada con mucha cautela. Por ello resulta imprescindible acompañar desde al lado, avanzar al ritmo de la persona y “estar ahí”, como profesionales hemos de ser partícipes en el proceso, pero siempre poniendo el foco en las decisiones, autonomía, y participación activa de la persona.

#### *5º. Fase: Coordinación.*

Esta no es una fase al uso, sino que, durante toda la intervención se mantendrá un proceso de comunicación y coordinación con el personal sanitario que intervenga en el caso, aportando a los equipos una visión integradora del proceso donde se aborde el proceso de forma biopsicosocial, que permita llevar a cabo una intervención integral. Existe gran variedad de disciplinas que conforman los equipos mencionados anteriormente que realizaran el seguimiento de la persona usuaria, de su enfermedad y de su situación sociofamiliar, es necesario que en estos equipos se establezca una limitación de roles, sin perjuicio a mantener una relación de trabajo conjunta y coordinada, se tomen las decisiones conjuntamente, asuman en equipo las cuestiones abordadas y se concreten las dificultades, potencia las capacidades de cada profesional para agrandar la función y respuesta del equipo, para todo ello es necesario que exista un diálogo igualitario. Es en este sentido, donde la trabajadora social ha de escuchar las dudas que plantee la persona y servir de puente a su vez con el resto de las profesionales para llegar a su resolución. El acompañamiento es un trabajo personalizado, pero no una acción individual y comporta el trabajo en red, ello requiere de diferentes recursos, del trabajo compartido en torno al análisis de una situación que aportan sus conocimientos para acompañar y reflexionar sobre las prácticas.

#### *6º. Fase de profundización en el diagnóstico y elaboración del Plan individual:*

Tras estos primeros puntos, se lleva a cabo una nueva entrevista que permita ahondar más en la situación, esto permitirá realizar un diagnóstico sobre los aspectos relevantes, así

como establecer una visión compartida de las necesidades existentes y encontrar las cuestiones que la persona entiende como dificultades a raíz de la decisión que ha tomado. Este punto nos permite conocer más a la persona, sus deseos, sus fortalezas, reconociendo la realidad sobre la que vamos a trabajar y formulando las áreas de intervención que van a ser abordadas. Este desarrollo implica una gestión entre emociones encontradas, conocer y manejar el miedo, dialogar y acercar el concepto de la muerte vista desde diferentes aspectos y facilitar la participación en las decisiones de manera que se puedan trabajar y planificar todos aquellos aspectos que puedan resultar importantes para la persona de cara al momento final.

En esta fase de estudio, cabe destacar que toda la información obtenida se irá registrando en el programa informático utilizado en el ámbito sanitario, dentro del proceso de trabajo social, para poder llevar un evolutivo del caso y poder tener registrada la información.

La profesional se adentrará en la fase diagnóstica, en la cual se desarrollará un estudio de la situación psicosocial y que ha de atender a muchos factores, por lo que precisa de varias entrevistas para que se pueda hacer una comprensión adecuada de la situación. Durante todo el proceso se va incrementando nuestro conocimiento de la persona y de sus circunstancias por lo que debemos ir registrando las nuevas aportaciones.

Es el momento de la toma de decisiones y formulación de un plan individual en el que se establecen las metas y apoyos que la persona quiere recibir, ofreciendo soporte para ayudar a los pacientes a vivir con la mayor calidad de vida, entendiendo esta bajo la percepción de la propia persona.

#### *7º. Fase de intervención familiar.*

Prácticamente al mismo tiempo ha de mantenerse la intervención con los familiares, en caso de que el paciente nos solicite que los familiares formen parte del proceso, a través del apoyo, la escucha, y el desarrollo de la comprensión de la situación a través del manejo de las emociones tales como incertidumbre, temor, malestar y el trabajo de la aceptación. Se llevará a cabo la comunicación familiar, ofreciendo un soporte para ayudar a la familia a adaptarse a la nueva decisión y potenciar las líneas de comunicación entre familiares.

Las familias ante situaciones como estas desarrollan deseos contradictorios respecto a la información que quiere conocer, es decir, quieren saber, pero tienen miedo a no estar preparados para lo que se les va a decir. Asimismo, en otras ocasiones el impacto emocional que experimentan les impide asimilar la información que se les facilita. Todo ello requiere de atención hasta el momento que la puedan recibir, de la misma forma que debemos facilitar ser un punto en el que comentar todas las dudas o preguntas que tienen

para trasladarlas al equipo ya que en muchas ocasiones cuando el médico les transmite la información no les da tiempo o bien no se atreven a preguntar por el motivo que sea. Es en este sentido, que debemos mantener una comunicación en la que las personas se sientan reconocidas y escuchadas, teniendo en cuenta sus expectativas pasadas, su nivel educativo y su facilidad o dificultad para expresar todo aquello que quiere. Cabe destacar una serie de consideraciones generales que facilitaran la intervención con la familia (Arranz et al., 2003):

- Considerar el estado emocional de la familia y el soporte social existente para potenciar su capacidad de adaptación y afrontamiento.
- Fomentar y desarrollar la expresión emocional
- Promover la aceptación por parte del familiar de las dificultades y reforzar la retribución positiva.
- Abordar la cercanía de la muerte, respetando el ritmo familiar.

*8º Fase: Puesta en práctica del plan, desarrollo de las actividades y prestación de apoyos.*

En esta fase, en coordinación con el resto de los profesionales que se encuentran inmersos en el proceso, se pondrá en práctica el plan desarrollado. Es importante recoger que se procederá al registro continuado de la intervención para poder establecer una continuidad en la evolución, así como se elaborará un informe con toda la documentación trabajada y contestar a la interconsulta.

*9º Fase: Continuidad en la intervención con los familiares.*

El final de la vida de los pacientes marca el comienzo de un cambio de vida para su entorno. Se requiere acompañamiento en este momento para los familiares, de manera que perciban la normalidad de los sentimientos y síntomas que siguen tras la pérdida comprendiendo y afrontando el deseo de la persona. De esta manera, la intervención con los familiares trabajada durante toda la intervención culminará en procesos de escucha, de manera que se sienta acompañada, por ello, debemos proporcionar ayuda a la adaptación a la vida cotidiana, facilitar la aceptación y el dolor de la pérdida.

*10º. Cierre de la intervención.*

Se llevará a cabo un análisis de las fases del procedimiento y, en caso de que la familia quiera, se realizará un seguimiento o contacto con la frecuencia que se valore entre ambos, profesional y familia. Asimismo, se recogerá toda la información y se almacenará dentro de

la historia clínica de la persona. Para cerrar se realizará una evaluación del proceso tanto individual como con el equipo participante.

No es un proceso lineal que empieza en una fase y termina en otra sino como un recorrido circular en el que hay continuas idas y vueltas entre las diferentes fases, donde aparecen momentos interrumpidos que se reinician, con personas que precisan apoyos durante todo el periodo de tiempo.

En este contexto y tras todo lo anteriormente mencionado, resulta de este trabajo una puesta en práctica de la figura profesional del trabajo social en los equipos multidisciplinares que forman parte de los procesos de eutanasia, haciendo valer la importancia de la aprobación de dicha ley a través de la información y puesta en práctica accesible. Por ello, la intervención directa a través del acompañamiento supone un reconocimiento a los principios de justicia social y autonomía del paciente. Me parece una de las funciones más importantes dentro de nuestro ámbito profesional, acompañar en el proceso de vivir con dignidad hasta el último momento de la vida.

## **CONCLUSIONES**

Una vez analizada la bibliografía existente acerca de la muerte digna, el presente trabajo fin de grado me ha permitido profundizar en el tema en cuestión, así como ser consciente de la dificultad que supone la realización de una pequeña investigación sobre ello.

Los objetivos del presente TFG consistían en revisar la bibliografía existente centrándose en la conceptualización y características del final de la vida, y en especial sobre el sentido que se asocia a la muerte digna a través de la profundización en los cuidados paliativos y la eutanasia, atender a las funciones que se llevan a cabo desde el Trabajo Social en estos contextos y por último, la realización de una propuesta de intervención que sea desarrollada desde las trabajadoras sociales sanitarias en el acompañamiento en los procesos de eutanasia.

Una vez revisada la bibliografía destacar que, a pesar de que la muerte sea una de las cuestiones más importantes a lo largo de nuestra vida, y quizás a la que más vueltas podemos llegar a dar, se encuentran dificultades para acceder a investigaciones y propuestas que abarquen este tema. Sin embargo, sí que existe una gran expansión de debates que atañen la muerte digna llegando a poner trabas a la cuestión más básica y necesaria que es respetar la dignidad y libre decisión de cada persona. Entre una de estas trabas se encuentra también los diferentes accesos existentes a los cuidados paliativos en las Comunidades Autónomas, pues el cambio entre estas hace que las personas puedan encontrarse con diferentes aspectos según crucen de una CCAA a otra. En este sentido,

pese a que la Ley de Regulación de la Eutanasia sea estatal, la implicación de los gobiernos regionales ha facilitado o dificultado el acceso al ejercicio de este derecho, hemos de trabajar en que este derecho sea efectivo de igual manera en todo el territorio.

En muchas ocasiones se pretende describir la muerte digna a través de una forma concreta, pero la realidad es que cada uno y cada una tenemos una concepción propia sobre lo que significa morir dignamente, es desde aquí, que como profesionales del trabajo social hemos de acompañar en los deseos y decisiones que la persona nos transmita para facilitar el proceso reduciendo incertidumbre y malestar.

En lo que respecta a la temática principal del trabajo, la muerte, resulta necesario construir y abrir caminos hacia la normalización de estos procesos fin de vida pues ello permitirá partir y comprender las realidades de la persona desde otro punto de vista.

El Trabajo Social está cerca de quien necesita vivir, pero también debe acercarse a aquella persona que desea morir con dignidad. La visión que es aportada desde nuestra profesión permite comprender la realidad compleja existente, pone en valor la autodeterminación de las personas, teniendo en cuenta que las decisiones en el final de la vida deben ser responsabilidad de ellas y no de los y las profesionales. Todo ello hace que el Trabajo Social se convierta en eje vertebrador de los equipos de trabajo en relación al final de la vida. En esta línea, cabe repetir y resaltar una vez más la importancia de un trabajo en equipo bien hecho, pues sólo de esta forma se podrá realizar una intervención que permita lograr el bienestar en todas las áreas que afectan directamente a su salud, incorporando por tanto una visión biopsicosocial que busca la individualización de cada proceso.

La investigación ha tenido lugar a través de la extracción de la información basada en la bibliografía expuesta, las entrevistas realizadas y la experiencia en el campo de prácticas en el contexto hospitalario. Cabe destacar la capacidad reducida para alcanzar datos sobre el estado actual de la eutanasia en Asturias pues no permite concretar ciertas líneas de investigación posibles. Otras limitaciones encontradas se relacionarían con el uso de términos médicos, la invisibilidad de todo lo que gira en torno a la muerte, y el desconocimiento generalizado sobre el marco que recoge la práctica de las trabajadoras sociales en el ámbito sanitario. Es en este último punto es donde se enmarca la falta de protocolos claros de actuación de las profesionales del Trabajo Social pues a través de ellos se pone en valor las funciones y aptitudes que estas tienen para desarrollar una intervención completa.

La formación en atención al final de la vida y la capacitación profesional y clínica para todos los profesionales que van a formar parte de los procesos en la atención al final de la vida resulta imprescindible, pues sólo de esta forma podrán gestionar sus propias emociones, así

como facilitar una intervención adecuada que garantice el bienestar y una muerte digna para la persona. Cabe incidir en la necesidad de formaciones completas a los profesionales que vayan a conformar los equipos de atención al final de la vida pues estos momentos requieren de habilidades concretas que nos permitan gestionar emociones encontradas.

En este sentido, dado el reciente desarrollo de la Ley, los y las profesionales del Trabajo Social hemos de defender nuestra incorporación en los equipos que llevan a cabo los procesos de eutanasia por nuestras herramientas y capacidades profesionales como figura de acompañamiento durante todo el camino. Pese a que en muchas ocasiones el rol del Trabajo Social sea ubicado en la gestión de recursos, nuestro ejercicio va mucho más allá, entre sus funciones se pueden destacar: acompañar, orientar, escuchar los deseos de la persona y atender a sus necesidades sociales, emocionales y espirituales para alcanzar su bienestar, ser el puente entre familiares y el resto de las profesionales, entre familiares y la persona, valorar y reconocer.

Intervenir entraña un compromiso, es mediar en una realidad, ayudar a que la gente participe en el cambio, es por ello que necesitamos de intervenciones que aporten visiones amplias y completas en torno a la salud y la enfermedad.

Teniendo en cuenta las limitaciones, algunos de los puntos fuertes del presente trabajo han sido profundizar en el estudio de los aspectos psicosociales que influyen a la persona cuando se encuentra en un proceso fin de vida, realizar una revisión bibliográfica sobre eutanasia y cuidados paliativos así como de su marco legislativo que permita encuadrar nuestra intervención, colaborar con profesionales que se encuentran inmersas en la temática del tema propuesto, realizar una aproximación a una investigación y reflexionar sobre las aportaciones que agregaría la figura del trabajo social en los procesos fin de vida a todos los niveles.

### *Conclusiones finales*

A modo de conclusión, el TFG propuesto me ha permitido reflexionar sobre la importancia de la investigación y coordinación. En el tema que nos atañe, existen numerosas propuestas y debates sobre la muerte digna sin llegar a un consenso final, influyendo en la forma en la que se aborda y, sobre todo, en el modo de intervenir.

En mi opinión se debería profundizar en la investigación en el final de la vida dado que es una parte fundamental en nuestro recorrido como personas. De esta manera, es imprescindible comprender la necesidad de un equipo multidisciplinar que aporta y agrega en todos los sentidos, este trabajo en red ha de ir basado en un diálogo igualitario que se desarrolle en pretensiones de validez y no de poder.

La incorporación de la figura de la trabajadora social en los procesos de eutanasia respondería a las dificultades encontradas por la persona, potenciando la gestión de las emociones y previniendo un incremento de la preocupación sobre temas que a ojos de la persona hayan de ser resueltos.

En este sentido, es preciso resaltar la necesidad de una mayor concienciación en torno a la muerte pues una de las problemáticas que he podido observar es que la muerte no se encuentra entre nuestro vocabulario diario, desde la sociedad se intenta esquivar este momento delegando a situaciones futuras lo que delimita intervenciones preventivas y anteriores. Por este motivo, considero que es necesario un ejercicio de conciencia social para que todos demos un paso más en la concepción de la muerte, y respecto a la eutanasia, en la autonomía y libre decisión de la persona.

A través de esta investigación también he podido conocer y valorar nuestro trabajo en un campo profesional al que no se suele prestar atención y en el que, tiene una gran relevancia para el cómo se conforma el fin de vida para la persona. Al escoger este tema he tenido la oportunidad de valorar lo que supone el acompañamiento pues puede parecer algo sencillo, pero requiere de formación, atención y cuidado.

Por último, me gustaría recoger la siguiente cita, pues me parece que recoge todo lo expresado en el anterior trabajo y el aprendizaje realizado. "El derecho a la vida es un derecho fundamental y básico, puede ser que el más importante que una sociedad puede conceder a sus miembros. Por lo tanto, la vida es un bien a proteger, pero siempre y cuando se quiera seguir viviendo" (Peña, L., & Ausín, F. J., 1998, pg. 21).

## **BIBLIOGRAFIA**

### **LEGISLACIÓN:**

- Asamblea General de la ONU. (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos (217 [III] A). Paris.
- Constitución Española, 29 de diciembre de 1978, (Ref. BOE-A-1978-31229)
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. (BOE núm. 102, de 29 de abril de 1986)
- 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. (BOE núm.274, de 15 de noviembre de 2002)
- Ley 16/2003 de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. (BOE núm. 128, de 29 de mayo de 2003)
- Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte. (BOE núm 88, de 7 de mayo de 2010).
- Ley Foral 8/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte. (BOE núm. 65, de 4 de abril de 2011).

- Ley 10/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte. (BOE núm. 70, de 7 de abril de 2011).
- Ley 1/2015, de 9 de febrero, de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida. (BOE núm. 54, de 4 de marzo de 2015).
- Ley 4/2015, de 23 de marzo, de derechos y garantías de la persona en el proceso de morir. (BOE núm 96, de 22 de abril de 2015).
- Ley 5/2015, de 26 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de las personas enfermas terminales. (BOE núm. 228, de 23 de septiembre de 2015).
- Ley 11/2016, de 8 de julio, de garantía de los derechos y de la dignidad de las personas en el proceso final de su vida. (BOE núm 175, de 21 de julio de 2016).
- Ley 4/2017, de 9 de marzo, de Derechos y Garantías de las Personas en el Proceso de Morir. (BOE núm 149, de 23 de junio de 2017)
- Ley 5/2018, de 22 de junio, sobre derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso del final de la vida (BOE núm. 181, de 27 de julio de 2018)
- Ley 16/2018, de 28 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de atención al final de la vida. (BOE núm. 183, de 30 de julio de 2018).
- Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. (BOE núm.72, de 25 de marzo de 2021)
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional de Cuidados Paliativos. Bases para su desarrollo, (2001). <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/PlanNacional.pdf> (Consultado el 10 de junio de 2022)
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de Cuidados Paliativos (2007). [https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidados\\_paliativos-diabetes/CUIDADOS\\_PALIATIVOS/estrategiaCuidadosPaliativos.pdf](https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidados_paliativos-diabetes/CUIDADOS_PALIATIVOS/estrategiaCuidadosPaliativos.pdf)
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. (BOE núm.222, de 16 de septiembre de 2006)

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ALONSO, M. P. (2012). Asistencia a la muerte con dignidad y Convención sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina. In *Autonomía personal, cuidados paliativos y derecho a la vida* (pp. 17-52).
- ALVIS, A. (2009). Aproximación teórica a la intervención psicosocial. *Poiésis. Revista Electrónica de Psicología Social* 9(17),1-6.
- ARRANZ P, BARBERO J, BARRETO P, BAYÉS R. (2003) *Intervención Emocional En Cuidados Paliativos. Modelo y Protocolos*. Barcelona: Ariel.
- ALTAMIER, EM. (2011) Best Practices In Counseling Grief and Loss: Finding Benefit From Trauma. *Journal Of Mental Health Counseling*, 33 (1), 33-45.
- BARBERO, J., GÓMEZ-BATISTE, X., MATÉ, J., y MATEO, D. (Coords). (2016). *Manual para la atención psicococial y espiritual a personas con enfermedades avanzadas..* Sociedad Española de cuidados paliativos. Recuperado de [582d2236-419e-41ad-b55c-59a78252007f \(fundacionlacaixa.org\)](https://www.fundacionlacaixa.org/).
- BÁRCENA, C., IGLESIAS, J.A., GALÁN, M.I. Y ABELLA, M. (2009). Dependencia y edadismo. Implicaciones para el cuidado. *Revista Enfermería CyL*, 1 (1), 46-52.
- BETANCOR, J. T. (1995). El testamento vital. *Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología* (9), 97-112.
- COLOM, D. (2010). El trabajo social sanitario en el marco de la optimización y sostenibilidad del sistema sanitario. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria= Revista de servicios sociales*, 47, 109-119.
- CORTEZ, G. (2006). Aspectos bioéticos del final de la vida: el Derecho a Morir con Dignidad. *Cuadernos Hospital de Clínicas*, 51(2), 97-102.
- ESTALAYO, L (2013). La invisibilidad del trabajo social como profesión sanitaria. *Trabajo social hoy*, 71, 63-72.

- FANTOVA, F. (2009). Nota sobre acompañamiento social y autonomía personal. *Casado, Demetrio (coordinación). Gestión de caso (y métodos afines) en servicios sanitarios y sociales*, 167-175.
- FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE TRABAJADORES SOCIALES (FITS o sus siglas en inglés, IFSW) (2000): *Definición de Trabajo Social*, Asamblea General de Montreal (Canadá). [www.ifsw.org](http://www.ifsw.org) (Consultado el 20 de junio de 2022).
- GAMARRA, M. (2011). La asistencia al final de la vida: la ortotanasia. *Horizonte Médico*, 11 (1), 40-46.
- ITUARTE, A. (1992). Procedimiento y proceso en trabajo social clínico. *Madrid: Siglo XXI Editores*.
- LUXARDO N. (2012). Muerte Digna: connotaciones y alcances del concepto en contextos locales. *MEDPAL, Interdisciplina y domicilio*, 4.
- MAGLIO, I., WIERZBA, S. M., BELLI, L., & SOMERS, M. E. (2016). El derecho en los finales de la vida y el concepto de muerte digna. *Revista americana de medicina respiratoria*, 16(1), 71-77.
- NOVELLAS, A. (2017). La atención de situaciones de final de vida desde el trabajo social. *RTS: Revista de treball social*, 210, 37-53.
- ORDIERES, N. (2019). Trabajo social y muerte digna. *Servicios sociales y política social*, 121, 57-67.
- PEÑA, L. & AUSÍN, F.J. (1998). Derecho a la vida y eutanasia ¿acortar la vida o acortar la muerte? *Anuario de filosofía del derecho*, 15, 13-30.
- PLANELLA RIBERA, J. (2016). Acompañamiento social. *Acompañamiento social*, 1-121.
- RAYA, E., & CAPARRÓS, N. (2014). Acompañamiento como metodología de Trabajo Social en tiempos de cólera. *Cuadernos de Trabajo Social*, 27(1), 83-94.
- RODRÍGUEZ, A. M. B., QUIÑONES, A. A., PEDRO, M. O., & PERDOMO, J. G. (2012). La eutanasia vs el derecho a la vida. *Panorama Cuba y salud*, 7(3), 20-27. [file:///C:/Users/asus/Downloads/Dialnet-LaEutanasiaVsEIDerechoALaVida-5963551%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/asus/Downloads/Dialnet-LaEutanasiaVsEIDerechoALaVida-5963551%20(1).pdf)
- SAAVEDRA GUTIERREZ, M. (2016). Trabajo social sanitario: una aproximación al perfil del trabajador social en el ámbito de la salud. *Humanismo y trabajo social*, (16), 169-185.
- Consejo General del Trabajo Social: <https://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/files/consejo/files/La%20especializaci%C3%B3n%20en%20Ciencias%20de%20la%20Salud%20del%20TS%202013.pdf> (Consultado el 30 de mayo de 2022).

# ANEXOS

## ANEXO I.

### PROCEDIMIENTO TESTAMENTO VITAL

1. Descargar el modelo de Astursalud con la solicitud de inscripción.
2. Cumplimenta los dos documentos e imprímelos.
3. Llevar ambos documentos a cualquier registro del Principado, para que sea válido será necesaria la firma de los tres testigos.
4. También puede inscribirse acudiendo personalmente al Registro de Instrucciones Previas de Oviedo, para ello será necesario solicitar cita previa.

**Imprimir**

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS DE INSTRUCCIONES PREVIAS

SOLICITANTE

Nombre y Apellidos \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Teléfono/os \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

REPRESENTANTE (Opcional)

Sólo en el caso de ser presentada esta solicitud por persona distinta al otorgante (en este caso adjuntar documento acreditativo de la representación)

Nombre y Apellidos \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Teléfono/os \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

**SOLICITO**, la inscripción en el Registro del Principado de Asturias de Instrucciones Previas en el ámbito sanitario, del documento incluido en el sobre cerrado adjunto a esta solicitud que tiene por objeto:

<input type="checkbox"/> La inscripción de un documento de instrucciones previas	<input type="checkbox"/> La sustitución de uno ya inscrito
<input type="checkbox"/> La modificación de uno ya inscrito	<input type="checkbox"/> La revocación de uno ya inscrito

La Disposición adicional octava de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales, establece que cuando se formulen solicitudes por cualquier medio en las que el interesado declare datos personales que obren en poder de las Administraciones Públicas, el órgano destinatario de la solicitud podrá efectuar en el ejercicio de sus competencias las verificaciones necesarias para comprobar la exactitud de los datos.

Con la presentación de esta solicitud, el Principado de Asturias le informa que consultará al Ministerio competente en materia de Interior los datos de identidad del otorgante y los testigos (DNI/NIE/TIE/Ce)

Puede ejercer su derecho de oposición a través de la sede electrónica del Principado de Asturias accediendo a [www.astursalud.es](http://www.astursalud.es) y siguiendo las instrucciones marcadas en la ficha del procedimiento. En todo caso, si ejerce el derecho de oposición, deberá aportar todos los datos y documentos requeridos en el procedimiento.

De acuerdo con la normativa vigente en materia de Protección de Datos personales, la finalidad de su tratamiento es la gestión, inscripción y consulta de las Instrucciones Previas en el ámbito sanitario. Dicho tratamiento tiene como base legal el hecho de ser necesario para fines de prestación de asistencia o tratamiento sanitario (art. 9.2.h del Reglamento (UE) 2016/679 de Protección de Datos) y su responsable es la Consejería de Sanidad. Puede ampliar esta información en Política de Privacidad: [www.astursalud.es](http://www.astursalud.es)

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

FIRMA

  
**GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS**

## **ANEXO II**

### **LEGISLACIÓN**

En cuanto a la legislación nacional, aparte de la ya mencionada, cabe destacar las siguientes:

Ley 16/2003 de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud establece que el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud tiene por objeto garantizar las condiciones básicas y comunes para una atención integral, continuada y en el nivel adecuado de atención. Asimismo, el Real Decreto 1030/2006, del 15 de septiembre, por el que se establece la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud tiene el fin de garantizar la equidad y la accesibilidad a una adecuada atención sanitaria en el Sistema Nacional de Salud, son: establecer el contenido de la cartera de servicios comunes de las prestaciones sanitarias de salud pública, atención primaria, atención especializada, atención de urgencia, prestación farmacéutica, ortoprotésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario. Por otro lado, fijar las bases del procedimiento para la actualización de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.

Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro Nacional de Instrucciones Previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal.

Posteriormente, la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, estableció las bases legales para la coordinación efectiva entre los servicios asistenciales y de salud pública, así como la del sector salud con otros sectores. También determinó los principios generales que deben guiar todas las actuaciones de salud pública, entre los que destacan que la equidad y la salud guíen el conjunto de las políticas y que las actuaciones de salud pública tengan una eficacia científicamente demostrada.

En cuanto al ámbito autonómico:

En el Principado de Asturias, el artículo 49 de la Ley 1/1992, de 2 de julio, del Servicio de Salud, reconoce el derecho al respeto de la personalidad, la dignidad humana, la intimidad y confidencialidad o al rechazo al tratamiento. Posteriormente se ha desarrollado el artículo 11 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, mediante la aprobación del Decreto 4/2008, de 23 de enero, de organización y funcionamiento del Registro del Principado de Asturias de Instrucciones Previas en el ámbito sanitario, y su posterior puesta en funcionamiento a través de la Resolución de 29 de abril de 2008, de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias.

Libro Blanco de los Servicios Sanitarios Asturianos, la Conserjería de Salud y Servicios Sociales Sanitarios, a través de su Dirección General de Ordenación de Servicios Sanitarios,

elaboró un Libro Blanco sobre los recursos del Principado que pudiera ser empleado como una ayuda en las transferencias.

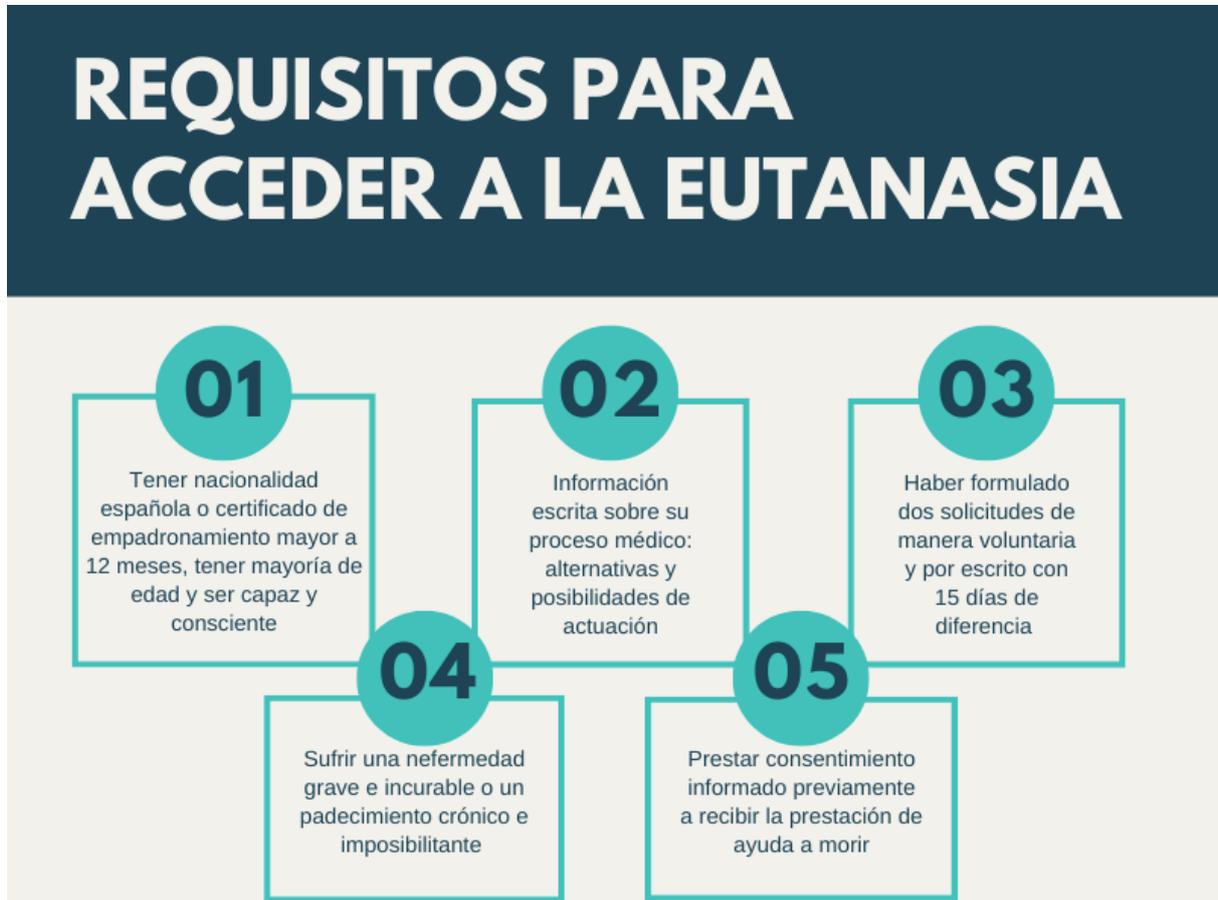
Plan de Salud para Asturias 2004-2007 se estructura en cuatro grandes áreas estratégicas:

- Avanzando en equidad
- Sumando esfuerzos
- Ganando en salud
- Mejorando la calidad de la Atención Sanitaria

Decreto 4/2008 de Organización y Funcionamiento del Registro de Instrucciones Previas en el Ámbito Sanitario del Principado de Asturias.

### ANEXO III.

Tal y como se recoge en el artículo 5 de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, los requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir serán los siguientes:



Fuente: Ley Orgánica 3/2021 de Regulación de la Eutanasia (LORE)

## ANEXO IV.

Tríptico informativo sobre formación para el personal sanitario.



Financiado por  
la Unión Europea  
NextGenerationEU



GOBIERNO DEL  
PRINCIPADO DE ASTURIAS



Plan de Recuperación,  
Transformación  
y Resiliencia



Instituto Asturiano de  
Administración Pública  
IAAP • ADOLFO POSADA

### Formación para el personal sanitario en el marco del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia

**Inscripción del 26 de abril al 2 de mayo**

<p><b>Educación sexual en pediatría de Atención Primaria (2022RR0764.001)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Destinatarios: Enfermeros/as de pediatría de Atención Primaria</li><li>• Modalidad: Presencial</li></ul>	<p><b>Lenguaje no verbal y asertividad (2022RR0775.001)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Destinatarios: Todo el personal sanitario</li><li>• Modalidad: Teleformación</li></ul>	<p><b>Promoción de entornos seguros en centros sanitarios (2022RR0781.001)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Destinatarios: Enfermeros/as, Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionales, Técnicos Superiores Sanitarios y TCAES</li><li>• Modalidad: Teleformación</li></ul>
<p><b>Formación en la prestación de eutanasia (2022RR0770.001)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Destinatarios: Médicos/as y enfermeras/os de Atención Hospitalaria y de Atención Primaria</li><li>• Modalidad: Presencial</li></ul>	<p><b>Nutrición en pacientes geriátricos y con discapacidad: especial referencia a la disfagia (2022RR0776.001)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Destinatarios: TCAES</li><li>• Modalidad: Teleformación</li></ul>	<p><b>Enfermedad por reflujo gastroesofágico: de la teoría a la práctica en casos de reflujo (2022RR0782.001)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Destinatarios: Personal médico de Atención Primaria y Hospitalaria</li><li>• Modalidad: Teleformación</li></ul>
<p><b>Cuidados y atención en el final de la vida (2022RR773.001)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Destinatarios: TCAES</li><li>• Modalidad: Teleformación</li></ul>	<p><b>Evaluar tecnologías sanitarias y validar su alcance, fiabilidad y aplicabilidad en mi entorno (2022RR0780.001)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Destinatarios: Todo el personal sanitario</li><li>• Modalidad: Teleformación</li></ul>	<p><b>Recomendaciones no hacer en úlceras por presión y heridas crónicas en atención primaria (2022RR0788.001)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Destinatarios: Médicos/as y Enfermeros/as con preferencia para Atención Primaria</li><li>• Modalidad: Teleformación</li></ul>
<p><b>Ley orgánica de regulación de la eutanasia (2022RR0774.001)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Destinatarios: Todo el personal sanitario</li><li>• Modalidad: Teleformación</li></ul>	<p><b>Inscripciones en</b> <a href="https://iaap.asturias.es/">https://iaap.asturias.es/</a> o Teléfono interactivo 900 70 66 70</p> 	

\*Solicitada la acreditación ante la Comisión de Acreditación de Formación Continua de las Profesiones Sanitarias del Principado de Asturias

## ANEXO V

Fragmento extraído del recurso de amparo constitucional interpuesto por José Ramón Sampedro contra el Auto de la Sección Segunda de la Audiencia Provincial de A Coruña. [https://hj.tribunalconstitucional.es/PDF/1994/1994\\_00234-1994\\_00931.pdf](https://hj.tribunalconstitucional.es/PDF/1994/1994_00234-1994_00931.pdf) (Consultado el 18 de junio de 2022).

—Papel de Oficio— UNE A4

3. La queja del recurrente se basa en los arts. 10, 15 y 24 C.E., articulándose en los siguientes argumentos, entre sí encadenados. La Constitución no reconoce explícitamente el derecho a morir con dignidad como un derecho fundamental, sin embargo, este derecho se encuentra implícitamente consagrado en la misma y así cabe deducir su existencia del art. 15 C.E., en relación con el art. 10 y el derecho al libre desarrollo de la personalidad. En efecto, a juicio del recurrente, sólo la vida libremente deseada por su titular puede merecer el calificativo de bien jurídicamente protegido, por lo que no existe un deber de vivir contra la voluntad personal de no hacerlo. Por eso existe un derecho a la vida, pero no un deber constitucional y jurídico de tener obligatoriamente que vivirla, porque su sólo existencia supondría la mayor de las imposiciones imaginables a la libertad personal. Si esto es así, la decisión libre y consciente de una persona en plenitud



TRIBUNAL  
CONSTITUCIONAL

0 0361841

-3-

de sus facultades psíquicas y, al margen de cualquier presión externa, de poner fin a su vida nunca puede ser castigada o impedida por el Derecho y, por ello mismo, en nuestro país el suicidio no está penado. A idéntica conclusión debe llegarse cuando -como ahora es el caso- esa persona tras manifestar libre y conscientemente su libertad de morir, no puede hacerlo por sí misma, debido a su imposibilidad física y necesitando inexorablemente el auxilio externo de otras personas. Desde esta perspectiva -concluye su razonamiento- no existe ningún título que justifique la intervención del Estado en la libertad de la persona a morir con dignidad, porque la vida, a diferencia de la propiedad, no tiene "una función social", sino que es un derecho personalísimo. Por todo ello, el art. 409 del Código Penal, que tipifica como delito el auxilio al suicidio, supone, en casos como el presente, un límite innecesario al ejercicio del derecho a morir con dignidad, carente de toda apoyatura constitucional y contrario a los arts. 10 y 15 C.E.

Igualmente, se conculca el derecho fundamental consagrado en el art. 25.1 C.E., cuyo paradigma y principio inspirador es que lo que no está expresamente prohibido está permitido, salvo que resulte trascendente para las libertades ajenas, lo que tampoco concurre en el presente caso, puesto que el único afectado por la decisión sólo puede ser quien libremente la adopta.