



## Equidad versus inequidad en las distintas leyes autonómicas de muerte digna en España

Equity versus Inequity in the Different Autonomous Laws of Dignified Death in Spain




**José María Galán González-Serna**

Orden Hospitalaria de San Juan de Dios  
Email: [jmgalan@sjd.es](mailto:jmgalan@sjd.es)

 <https://orcid.org/0000-0002-5026-4333>

**Salvador Postigo Mota**

Universidad de Extremadura  
Email: [info@salvadorpostigo.com](mailto:info@salvadorpostigo.com)

 <https://orcid.org/0000-0002-4693-5958>

 **Resumen**

En España, diez comunidades autónomas regulan jurídicamente el derecho a morir dignamente. Objetivo: analizar si las leyes permiten la equidad de la toma de decisiones y una calidad de la asistencia equivalente. Método: estudio cualitativo de diseño documental, mediante el análisis comparativo de las leyes autonómicas. Resultados: se constata una homogeneidad de derechos asistenciales, pero existen diferencias en la conceptualización y condiciones de aplicación de la limitación de esfuerzo terapéutico (LET) o de la adecuación de esfuerzo terapéutico (AET). Conclusiones: la falta de igualdad de criterios sobre la LET y la AET obliga a una asistencia diferente según territorios.

 **Abstract**

*In Spain, ten regional Autonomous Communities legally regulate the right to die with dignity. The aim here is to analyze whether those laws allow for fair decision-making and equivalent quality of assistance. The method used was a documentary qualitative study based on comparative analysis of regional laws. The results show a homogeneity of assistance rights but differences in the conceptualization and conditions of application of the limitation of therapeutic effort (LTE) or the adaptation of therapeutic effort (ATE). The conclusion reached is that a lack of equal criteria on LTE and ATE are conditions of a different assistance according to territories.*

 **Key words**

Equidad en salud; cuidados paliativos; muerte; derechos del paciente; bioética.

*Health equity; palliative care; death; patient rights; bioethics.*

 **Fechas**

Recibido: 29/09/2019. Aceptado: 21/01/2020



## 1. Introducción

La Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa recomendó que el Comité de Ministros inste a los Estados miembros del Consejo de Europa a respetar y proteger la dignidad de los enfermos terminales o moribundos en todos los aspectos y se posicionó a favor afirmando y protegiendo el derecho de los enfermos terminales o moribundos a los cuidados paliativos integrales y a la autodeterminación, respaldando la prohibición de poner fin a la vida intencionadamente de los enfermos terminales o las personas moribundas<sup>1</sup>.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Las Naciones Unidas (CESCR) se encarga de supervisar la aplicación del Pacto Internacional de Derechos

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Las Naciones Unidas desarrolló una tipología de las obligaciones de los Estados basada en cuatro elementos interrelacionados esenciales para el pleno disfrute del derecho a la salud: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad

Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). En su documento *Atención y cuidado para las personas con enfermedades crónicas y terminales, evitándoles dolores evitables y permitiéndoles morir con dignidad*<sup>2</sup>, el CESCR desarrolló una tipología de las obligaciones de los Estados basada en cuatro elementos interrelacionados esenciales para el pleno disfrute del derecho a la salud: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

Bajo un enfoque de garantía de la calidad insiste en la disponibilidad, que incluyen adecuadas instalaciones de funcionamiento, suficientes bienes, servicios y programas, personal médico y de atención capacitado y debidamente compensado, medicamentos esenciales. También la accesibilidad, que incluye la no discriminación, el acceso físico, el acceso económico (asequibilidad), el acceso a la información. Y la aceptabilidad, que contempla el respeto por la ética médica, la acción culturalmente apropiada, el respeto por la confidencialidad del paciente, el personal médico calificado, los medicamentos esenciales, el equipo y el

saneamiento. Además de lo anterior, se afirma que es muy necesario liderar la práctica e implantación de los cuidados paliativos. Si no se da la decisión de los profesionales, políticos y ciudadanía, no habrá manera de que estos lleguen a quienes los requieren.

De las recomendaciones de la OMS para los cuidados paliativos, se desprende una propuesta sobre los estándares mínimos esperados por la comunidad internacional. Estos se muestran en la tabla 1.

1 Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa. Recomendación 1418 (1999), adoptada el 25 de junio de 1999. Véase el Doc. 8241, informe del Comité de Asuntos Sociales, de Salud y Familia (ponente: Mrs. Gatterer) y el Doc. 8454, opinión del Comité de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos (ponente: Mr. McNamara). Publicado en CB N° 39, pp. 549-553.

2 UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment Number 14, (2000), UN Doc. E/CC.12/2000/4, para. 34



**Tabla 1. Estándares mínimos esperados por la comunidad internacional para los cuidados paliativos**

Todos los países deberían adoptar una política nacional de cuidados paliativos
Asegurar la capacitación y educación de profesionales de la salud
Promover la conciencia pública
Asegurar la disponibilidad de morfina en todos los entornos de atención médica
Asegurar que todos los estándares mínimos para el alivio del dolor y los cuidados paliativos se adopten progresivamente en todos los niveles de atención

En este ámbito, en España se han desarrollado planes estatales y autonómicos de cuidados paliativos, aunque en la actualidad no disponemos de una ley estatal básica y específica de muerte digna. Sin embargo, son diez las comunidades autónomas que regulan el derecho a morir dignamente<sup>3</sup>. En países vecinos también se ha legislado sobre este asunto, como en Portugal<sup>4</sup> o Francia<sup>5</sup>.

El objetivo de estas leyes autonómicas es garantizar una atención adecuada durante el proceso del final de la vida. Sus principios orientan a evitar y luchar contra el sufrimiento respetando la dignidad y la libre decisión de cada paciente.

A pesar de que la finalidad es común, así como la similitud en el desarrollo y el abordaje de algunos conceptos, es posible identificar diferencias entre las distintas leyes que pueden afectar a la equidad en la asistencia y por lo tanto al principio bioético de justicia.

Por ello, con este trabajo nos hemos propuesto analizar si los contenidos de las distintas leyes autonómicas de muerte digna respecto a las garantías de cuidados que

- 3 Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*, núm. 88 de 7 de mayo de 2010.  
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. *Boletín Oficial de Aragón*, núm. 70 de 7 de abril de 2011.  
Ley Foral 8/2011, de 24 de marzo, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte. *Boletín Oficial de Navarra* de 4 de abril de 2011; *Boletín Oficial del Estado* de 26 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. *Boletín Oficial del Estado*, 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. *Boletín Oficial del Estado*, 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. *Diario Oficial de Galicia*, núm. 133 de 16 de julio 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. *Boletín Oficial del Estado*, 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. *Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid*, núm. 69 de 22 de marzo 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. *Boletín Oficial del Principado de Asturias*, núm. 154, de 4 de julio de 2018.  
Ley 16/2018, de 28 de junio, de la Generalitat, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de atención al final de la vida.
- 4 Ley de Muerte digna en Portugal (Direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida: Diário da República, 1.ª série – N.º 137 – 18 de julho de 2018)
- 5 LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.



ofrecen para el paciente al final de la vida, permiten una equidad homogénea entre comunidades autónomas en cuanto a la calidad de la asistencia ofrecida.

## 2. Metodología

Para ello hemos realizado un estudio cualitativo de diseño documental, mediante el análisis de las leyes autonómicas en vigor sobre la garantía de derechos y de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida a la luz de la bioética y la deontología profesional.

## 3. Resultados

La conceptualización o comprensión cultural sobre lo que hoy se entiende como morir dignamente sostiene las propuestas jurídicas sobre la tabla de derechos civiles que encontramos en España

Algunos rasgos del buen morir socialmente aceptados hoy son: morir con el mínimo sufrimiento físico, psíquico o espiritual; morir sin dolor, a tiempo y en paz; morir acompañado de los seres queridos; morir bien informado si se desea; morir pudiendo rechazar los tratamientos que uno no quiere; morir en la intimidad personal y familiar; morir de acuerdo a las propias creencias.

Del análisis de la legislación inferimos que la conceptualización o comprensión cultural sobre lo que hoy se entiende como morir dignamente sostiene las propuestas jurídicas sobre la tabla de derechos civiles que encontramos en España.

Equidad es la línea de desarrollo del principio constitucional de igualdad que garantice el acceso a las prestaciones y, de esta manera, el derecho a la protección de la salud en condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio y posibilite la libre circulación de todos los ciudadanos.

La equidad en cuidados paliativos consiste en comprobar si las condiciones de una buena muerte o un morir dignamente se cumplen en todos los casos de las personas que conforman la sociedad española en sus diversas comunidades autónomas.

Sin embargo, hemos de reconocer que la equidad es un concepto complejo de definir y de contrastar empíricamente para afirmar con rotundidad si hay o no, equidad en una situación o caso concreto (Cullis y West, 1984). No se trata solo de que el servicio esté disponible para todos los ciudadanos, sino que su modo de realizarlo y revivirlo sea equivalente.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, establece la equidad como principio general del Sistema Nacional de Salud, entendida esta como la garantía de que el acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva. Por otra parte, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud entiende la equidad, en la línea de desarrollo del principio constitucional de igualdad, que garantice el acceso a las prestaciones y, de esta manera, el derecho a la



protección de la salud en condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio y posibilite la libre circulación de todos los ciudadanos.

Por exigencias del principio de justicia hemos de preguntarnos, si la legislación sobre el final de la vida en España promueve y permite la equidad en la atención de cuidados paliativos.

Una vez examinadas estas leyes buscando si garantizan la equidad en la prestación del servicio, si nos fijamos en las tablas de derechos que contienen las leyes autonómicas podemos constatar que las diez comunidades autónomas –tabla 2– incluyen unos derechos similares con leves matices en cuanto a sus contenidos.

**Tabla 2. Derechos de los ciudadanos**

Comunidad autónoma	Información consentimiento informado	Rechazo tratamiento	Voluntad anticipada/ Instrucciones previas	Intimidad Confidencialidad	Cuidados paliativos	Tratamiento dolor	Sedación paliativa	Acompañamiento
Andalucía	X	X	X	X	X	X	X	X
Aragón	X	X	X	X	X	X	X	X
Asturias	X	X	X	X	X	X	X	X
Baleares	X	X	X	X	X	X	X	X
Canarias	X	X	X	X	X	X	X	X
Galicia	X	X	X	X	X	X	X	X
Madrid	X	X	X	X	X	X	X	X
Navarra	X	X	X	X	X	X	X	X
País Vasco	X	X	X	X	X	X	X	X
Valencia	X	X	X	X	X	X	X	X

Los primeros, que son los relacionados con información y consentimiento informado, rechazo tratamiento, voluntad anticipada o instrucciones previas, intimidad y confidencialidad ya se incluyen la Ley 41/2002 sobre la autonomía del paciente. Las leyes autonómicas de muerte digna que estudiamos aplican esta legislación básica al proceso del final de la vida. Además, como novedad, incluyen explícitamente algunos derechos concretos como el derecho a recibir cuidados paliativos y a la elección sobre el lugar de la muerte, al tratamiento del dolor, a la sedación paliativa, al acompañamiento familiar y al auxilio espiritual.

En las leyes estudiadas, podemos observar en la tabla 3 que no existe un concepto unívoco en cuanto a la limitación o la adecuación de tratamientos, de modo que en algunas se regula el concepto de limitación (Andalucía, Galicia, Navarra) mientras que en otras se regula la adecuación (Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Madrid y País Vasco).





**Tabla 3. ¿Limitación o adecuación? ¿No iniciar, ajustar, retirar?**

Comunidad autónoma	Limitación esfuerzo terapéutico	Adecuación esfuerzo terapéutico
Andalucía	Retirada o no instauración de soporte vital u otras intervenciones	
Aragón		Retirada o no instauración de soporte vital u otras intervenciones
Asturias		Acción de retirar, ajustar o no instaurar un tratamiento
Baleares		Adaptación que incluye la retirada o no instauración de soporte vital u otras intervenciones
Canarias		Retirada o no instauración de soporte vital u otras intervenciones
Galicia	Retirar o no iniciar medidas terapéuticas	
Madrid		Retirar, ajustar o no instaurar tratamientos
Navarra	Retirada o no instauración de medidas de soporte vital	
País Vasco		No iniciar o retirar medidas de soporte vital
Valencia		Retirado o no inicio de medidas terapéuticas (soporte vital)

La limitación de esfuerzo terapéutico se comprende en estas leyes como retirar o no iniciar medidas de soporte vital (Navarra, País Vasco y Valencia), retirar o no iniciar medidas terapéuticas cualesquiera que estas sean (Galicia) y retirada o no instauración de soporte vital u otras intervenciones (Andalucía).

Por su parte, como constatamos en la tabla 4, la adecuación de esfuerzo terapéutico se entiende como la retirada o no instauración de soporte vital u otras intervenciones (Aragón y Canarias), adaptación que incluye la retirada o no instauración de soporte vital u otras intervenciones (Baleares) y retirar, ajustar o no instaurar tratamientos (Madrid y Asturias).

**Tabla 4. Motivos para aplicar la LET-AET y necesidad del consentimiento del paciente**

Comunidad autónoma	LET/AET*	Mal pronóstico de tiempo de vida	Mal pronóstico de calidad de vida	Necesidad de consentimiento
Andalucía	LET	X	X	
Aragón	AET	X	X	
Asturias	AET			
Baleares	AET	X	X	
Canarias	AET	X	X	X



Galicia	LET		X	
Madrid	AET			X
Navarra	LET	X	X	
País Vasco	AET			X
Valencia	AET			
*LET: limitación del esfuerzo terapéutico. AET: adecuación del esfuerzo terapéutico				

También se identifican diferencias significativas en los motivos para aplicar la limitación o adecuación de tratamiento de modo que Andalucía, Aragón, Baleares, Canarias y Navarra exigen un mal pronóstico conjunto, tanto en el tiempo como en la calidad de vida; Galicia solo exige un mal pronóstico en cuanto a la calidad de vida; y ni País Vasco, ni Madrid, ni Asturias contemplan la condición de mal pronóstico de tiempo o calidad de vida. Valencia incluye como condición un mal pronóstico de tiempo de vida.

Por otra parte, la decisión de la limitación o adecuación parece que puede ser unilateralmente tomada por los profesionales sanitarios en el caso de Andalucía, Aragón, Asturias, Baleares, Galicia, Navarra y Valencia, y sin embargo otras legislaciones requieren explícitamente el consentimiento informado del paciente, como son la de Canarias, Madrid y la del País Vasco.

Estas diferencias conceptuales y procedimentales generan inequidad en la atención al final de la vida en el contexto de los cuidados paliativos.

## 4. Discusión

La homogeneidad de derechos al final de la vida constatada entre comunidades autónomas nos indica en cuanto a estos aspectos, una igualdad de trato y por tanto de equidad. ¿Qué podríamos decir de aquellas comunidades que no han legislado sobre este asunto? ¿Es suficiente la normativa general para garantizar a la asistencia en cuidados paliativos?

Entre los derechos de los ciudadanos destaca el de recibir sedación paliativa. Para analizar este derecho y su modo de ejercerse, un aspecto importante es la comprensión de qué es la sedación en el contexto paliativo y cuáles son sus requisitos.

Para la Organización Médica Colegial los requisitos para aplicar sedación incluyen el que existan en el paciente paliativo síntomas refractarios a los recursos terapéuticos disponibles y se disponga del consentimiento del paciente implícito, explícito o delegado.

Si observamos nuestras leyes a estudio, esta intervención médica se considera un derecho de los pacientes en todas ellas. En todas se requiere que exista un síntoma refractario. Respecto a que se deba otorgar consentimiento, encontramos dos comunidades, Andalucía y Aragón, que no insisten explícitamente en la obligatoriedad de obtenerlo para la sedación y otra comunidad, Valencia, parece que deja abierta la puerta a que una persona pueda solicitar la sedación sin padecer síntomas refractarios, es





decir, a voluntad propia, aunque esto no queda del todo claro en el conjunto de su texto legislativo. Aquí se detectan ciertas inequidades.

En cuanto a las obligaciones profesionales observamos que se asumen como obligaciones comunes las que tienen que ver con la información, la valoración de la competencia mental del paciente por el facultativo responsable, la toma de decisiones clínicas. Sin embargo, existen diferencias en la conceptualización y condiciones de aplicación de la limitación de esfuerzo terapéutico o de la adecuación de esfuerzo terapéutico, según los casos. Consideramos que este asunto es sin duda el aspecto más débil de este grupo de legislaciones, el que presenta más variabilidad y el que requeriría de una revisión y consenso estatal intercomunitario a fin de evitar inequidades en el trato a los pacientes según el territorio del Estado en que se produzca.

Confundir limitación con adecuación (de esfuerzo terapéutico) puede generar inseguridad ética y jurídica en la práctica clínica si no se aclara en qué consisten los criterios de aplicación y quién debe tomar las decisiones

Sobre la cuestión de realizar tratamientos proporcionados en el contexto del final de la vida el Código de ética y deontología de la Organización Médica Colegial nos indica en su artículo 36.2. que “El médico no deberá emprender o continuar acciones diagnósticas o terapéuticas sin esperanza de beneficios para el enfermo, inútiles u obstinadas. Ha de tener en cuenta la voluntad explícita del paciente a rechazar dicho tratamiento para prolongar su vida. Cuando su estado no le permita tomar decisiones, tendrá en consideración y valorará las indicaciones anteriormente hechas y la opinión de las personas vinculadas responsables”. Este posicionamiento abre la posibilidad a dos opciones: la limitación o la adecuación del tratamiento.

La cuestión de aclarar la diferencia entre estos dos conceptos es un tema de debate aún no resuelto en el ámbito de la Bioética Clínica (Hernando, Diestre, y Baigorri, 2007). Confundir limitación con adecuación puede generar inseguridad ética y jurídica en la práctica clínica si no se aclara en qué consisten los criterios de aplicación y quién debe tomar las decisiones. Más aún se aumentará la confusión, en la medida en que, sin contar con una reflexión ética consolidada, se pretenda legislar sobre este asunto y generar así obligaciones que afectan directamente a la legitimidad de los actos médicos.

Para el médico, una posible consecuencia de tal confusión es llegar a pensar equivocadamente que, en circunstancias distintas a la obstinación terapéutica, queda en sus manos el limitar, es decir, no aplicar o retirar, cualquier tipo de tratamientos, entendiendo erróneamente que está legitimado a tomar esta decisión de forma unilateral, por sí mismo, y sin contar con la voluntad del paciente o sus representantes. Lo peligroso de esta confusión es que, en esa forma de decidir, el médico estará aplicando criterios no solo científicos, sino también subjetivos acerca de la valoración de calidad de vida de su paciente. Esto puede generar una ausencia o carencia de tratamiento por parecerle al médico que el paciente no tiene una calidad de vida que desde su punto de vista sea suficientemente aceptable. En estos casos, donde hay un pronóstico limitado de tiempo de vida por las características de la enfermedad, pero la muerte no se espera de forma inminente, es preciso recordar que la valoración de la calidad de vida ordenada a



la toma de decisiones médicas debe ser más una tarea del paciente que de su médico (Gamboa, 2010).

Con esta aclaración, no queremos decir que el médico no deba modular sus indicaciones ante un paciente con pronóstico de vida limitado y orientarlas más a mejorar la calidad de vida que le reste que a buscar una supervivencia que ya no es posible.

Por el contrario, el facultativo ha de proponer tratamientos proporcionados y adecuados al pronóstico vital. Pero la toma de decisiones debería ser compartida con el paciente y en caso de discrepancia debe ser el paciente o sus representantes, ejerciendo su derecho de autonomía personal, quien ha de decidir en último caso qué tratamientos rechaza y cuáles acepta.

Por tanto, entendemos que para aclarar los deberes profesionales en la atención al final de la vida sería conveniente acotar jurídicamente la obligación de limitar un tratamiento por parte del médico ejerciendo la responsabilidad de tomar la decisión unilateral de no iniciarlo o de retirarlo, solo cuando nos encontremos

en una situación de obstinación terapéutica (Bueno, 2013). Dicha situación significa que está claro que, a consecuencia del proceso nosológico, la muerte va a ser inminente e inevitable porque hay datos científicos que así lo avalan y que mantener al paciente artificialmente en vida es un acto claramente maleficente y consecuentemente ha de ser evitado (Simón Lorda, et al., 2008). Reconocer jurídicamente la limitación del esfuerzo terapéutico entendida como una obligación del médico en casos de obstinación terapéutica, da la potestad al mismo para la evitar la maleficencia. Sin embargo, esta potestad no debería ser aplicada en casos diferentes a cuando se pueda estar dando una obstinación. La posibilidad de limitar el esfuerzo terapéutico debería de ser una de las excepciones a la regla general que exige, en la relación clínica, una toma de decisiones compartidas, que es una característica esencial de la adecuación del esfuerzo terapéutico (Belanger, 2017).

A fin de aclarar los términos sobre la cuestión de realizar tratamientos proporcionados en el contexto del final de la vida proponemos que en la legislación relacionada con los cuidados paliativos se incluya una distinción entre limitación del esfuerzo terapéutico para medidas terapéuticas de soporte vital cuya retirada supone dejar morir al paciente desahuciado con mal pronóstico vital y funcional y adecuación del esfuerzo terapéutico para las medidas de cuidados y tratamientos que no actúan como soporte vital del paciente y cuya modulación busca el bienestar y la mejora de la calidad de vida en un paciente con tiempo vital limitado por el carácter terminal de su enfermedad de base.

Por limitación de esfuerzo terapéutico hemos de entender una actuación aplicable a una situación clínica donde hallamos a un paciente en soporte vital que presenta un tiempo de vida limitado a corto plazo y con mala calidad de vida, al que no se le permite morir de modo artificioso. Su estado de salud es precario por encontrarse en una situación terminal con tiempo esperado de supervivencia muy corto, una calidad de vida muy deteriorada, la muerte se presume inminente, el sostenimiento en vida queda forzado por la tecnología de soporte vital y por lo tanto contraindicado. El médico tomará la decisión de retirarlo o de no iniciar nuevas terapias informando al paciente o

La posibilidad de limitar el esfuerzo terapéutico debería de ser una de las excepciones a la regla general que exige, en la relación clínica, una toma de decisiones compartidas



sus representantes pero no será necesario que estos rechacen la medida para que esta deje de aplicarse o no se llegue a iniciar.

Por adecuación de esfuerzo terapéutico hemos de entender una actuación aplicable a una situación clínica donde hallamos a un paciente paliativo con tiempo de vida limitado a medio plazo y calidad de vida alterada que requiere sopesar la proporcionalidad de la terapia teniendo en cuenta el pronóstico letal irremediable. Existen dudas en cuanto a la fortaleza de indicaciones de tratamientos médicos y sus posibles beneficios y, por ello, el facultativo deberá informar al paciente o familia de esta situación y plantear medidas de confort más que medidas para alargar la supervivencia, siempre informando de las alternativas posibles y siendo acordadas con el paciente o sus representantes, que sí tendrán derecho a rechazar y a elegir las que estimen oportunas.

La falta de equidad en relación a la limitación o adecuación del esfuerzo terapéutico por los profesionales sanitarios es una problemática relevante entre las diferentes comunidades españolas donde está vigente una ley de muerte digna

Como ejemplo de limitación de esfuerzo terapéutico, que se limitarían o retirarían o no se iniciarían por decisión del médico en las condiciones señaladas, podemos reseñar de modo no exhaustivo las siguientes: orden de no reanimación cardiopulmonar (RCP); ingreso en la unidad de cuidados intensivos; uso de terapia renal sustitutiva; transfusión de hemoderivados; realización de alguna prueba diagnóstica; intervenciones quirúrgicas; nutrición parenteral; quimioterapia o radioterapia; ventilación mecánica o intubación; realización de medidas agresivas.

Por otra parte, podemos aplicar medidas de adecuación terapéutica en la prescripción de medicamentos o en otras terapias, realizando una indicación ponderada basada en el juicio clínico al respecto fundamentándose en el estado de la ciencia, en la evidencia científica disponible, en el saber profesional, en la experiencia y en el estado clínico, gravedad y pronóstico de la persona afectada e informando de alternativas y consentimiento informado.

También podemos hacerlo mediante la deprescripción que es un proceso de desmontaje de la prescripción de medicamentos por medio de su revisión, que concluye con la modificación de dosis, sustitución o eliminación de unos fármacos y adición de otros (Salgueiro et al., 2018; Gnjidic, Le Couteur, Kouladjian, & Hilmer, 2012). Requiere también de información y de retirada o de modificación de tratamientos sin o con consentimiento informado dependiendo si la causa es la contraindicación del medicamento o es una indicación débil o dudosa.

## 5. Conclusiones

1. La falta de equidad en relación a la limitación o adecuación del esfuerzo terapéutico por los profesionales sanitarios es una problemática relevante entre las diferentes comunidades españolas donde está vigente una ley de muerte digna, ya que se dan diferencias significativas tanto a nivel de conceptos como a nivel de deberes.
2. Recomendamos revisar tales conceptos e incluir ambos términos bien definidos y con unas condiciones de aplicación suficientemente claras en la legislación al respecto.



## Referencias

- Belanger, E. (2017). Shared decision-making in palliative care: Research priorities to align care with patients' values. *Palliative Medicine*, 31(7), 585-86. DOI: <https://doi.org/10.1177%2F0269216317713864>
- Bueno, M. J. (2013). Limitación del esfuerzo terapéutico: aproximación a una visión de conjunto. *Enfermería Intensiva*, 24(4), 167-174. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2013.04.003>
- Cullis, G., y West P. (1984). *Introducción a la economía de la salud*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Gamboa, F. (2010) Limitación de esfuerzo terapéutico. ¿Es lo mismo retirar un tratamiento de soporte vital que no iniciarlo? *Medicina Clínica*, 135(9), 410-416. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2009.02.046>
- Gnjidic, D., Le Couteur, D. G., Kouladjian, L., y Hilmer, S. (2012). Deprescribing trials: methods to reduce polypharmacy and the impact on prescribing and clinical outcomes. *Clinics in Geriatric Medicine*, 28(2), 237-253. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cger.2012.01.006>
- Hernando, P., Diestre, G., & Baigorri, F. (2007). Limitación del esfuerzo terapéutico: cuestión de profesionales o ¿también de enfermos? *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(Supl. 3), 129-135. DOI: <https://doi.org/10.4321/s1137-66272007000600010>
- Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*, núm. 88 de 7 de mayo de 2010.
- 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. *Boletín Oficial de Aragón*, núm. 70 de 7 de abril de 2011.
- Ley Foral 8/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte. *Boletín Oficial de Navarra* de 4 de abril de 2011; *Boletín Oficial del Estado* de 26 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. *Boletín Oficial del Estado*, 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. *Boletín Oficial del Estado*, 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. *Diario Oficial de Galicia*, núm. 133 de 16 de julio 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. *Boletín Oficial del Estado*, 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. *Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid*, núm. 69 de 22 de marzo 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.
- Ley 16/2018, de 28 de junio, de la Generalitat, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de atención al final de la vida.
- Ley de Muerte digna en Portugal Direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida: *Diário da República*, 1.ª série – N.º 137 – 18 de julho de 2018



LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.

Salgueiro, E., Elizarde, B. C., Elola, A. I., García-Pulido, B., Nicieza-García, M.<sup>a</sup> L., y Manso, G. (2018). Los criterios STOPP/START más frecuentes en España. Una revisión de la literatura. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 53(5), 274-278. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.03.001>

Simón Lorda, P., Barrio Cantalejo, I. M., Alarcos Martínez, F. J., Barbero Gutiérrez, J., Couceiro, A., Hernando Robles, P. (2008). Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras. *Revista de Calidad Asistencial*, 23(6), 271-285. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1134-282X\(08\)75035-8](https://doi.org/10.1016/S1134-282X(08)75035-8)

UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment Number 14, (2000), UN Doc. E/CC.12/2000/4, para. 34