

ARTÍCULO CIENTÍFICO

El trabajo social y la mediación frente a la regulación española de la eutanasia

Social work and mediation after the Spanish regulation of eutanasia

Trabalho social e mediação após o regulamento espanhol sobre a eutanásia

JESÚS ADOLFO GUILLAMÓN AYALA

Doctor en Política social

Profesor Contratado Doctor

Facultad de Trabajo social. Universidad de Murcia

Murcia, España

jesusadolfo.guillamon@um.es

<https://orcid.org/0000-0003-1482-9103>

BEATRIZ MARTÍNEZ PÉREZ

Doctora en conflictología y mediación

Profesora asociada

Facultad de Trabajo social. Universidad de Murcia

Murcia, España

beatrizmz@um.es

<https://orcid.org/0000-0002-8287-8161>

ROSA MARÍA GARCÍA NAVARRO

Doctora en Trabajo social y Servicios sociales

Profesora asociada

Facultad de Trabajo social. Universidad de Murcia

Murcia, España

rosamgarcianavarro@um.es

<https://orcid.org/0000-0001-6426-2569>

Resumen

Tras tres años de la entrada en vigor de la legislación española sobre la eutanasia, el presente trabajo busca conocer esta realidad desde sus aristas legal, ética y social y la conveniencia de introducir el trabajo social y la mediación como herramientas para garantizar los derechos y bienestar de los pacientes, así como de sus familiares, entorno afectivo y profesionales implicados. Para ello, se ha revisado la literatura comparada referente a aquellos países que ya han despenalizado la eutanasia entorno a la regulación del dilema entre la libre autodeterminación de los pacientes, la voz de los demás implicados, especialmente de los profesionales sanitarios, y la presencia o ausencia de alternativas satisfactorias para la extensión de los cuidados. El Trabajo social, desde su objetivo amplio de promoción del bienestar, puede aportar acompañamiento, orientación y atención social al paciente y a sus familias, pero también a los profesionales involucrados, pues de la mano de la

.....
Fecha de recepción: 14 de octubre de 2024. / Fecha de aceptación: 14 de diciembre de 2024.

mediación, pueden resolverse conflictos inherentes a una situación tan crítica como el final de la vida y que, bien resueltos, pueden aportar mayor satisfacción y bienestar a todas las partes.

Palabras clave: *Eutanasia, trabajo social, mediación, legislación sanitaria, España.*

Abstract

Three years after the entry into force of the Spanish legislation on euthanasia, this paper seeks to understand this reality from its legal, ethical and social aspects and the advisability of introducing social work and mediation as tools to guarantee the rights and well-being of patients, as well as their relatives, emotional environment and professionals involved. To this end, we have reviewed the comparative literature on those countries that have already decriminalised euthanasia in terms of regulating the dilemma between the free self-determination of patients, the voice of others involved, especially health professionals, and the presence or absence of satisfactory alternatives for the extension of care. Social work, from its broad objective of promoting wellbeing, can provide accompaniment, guidance and social care to patients and their families, but also to the professionals involved, since, through mediation, conflicts inherent to a situation as critical as the end of life can be resolved and, if well resolved, can bring greater satisfaction and wellbeing to all parties.

Keywords: *Euthanasia, social work, mediation, health legislation, Spain.*

Resumo

Três anos após a entrada em vigor da legislação espanhola sobre a eutanásia, o presente artigo procura compreender esta realidade a partir dos seus aspectos jurídicos, éticos e sociais e a conveniência de introduzir o trabalho social e a mediação como instrumentos para garantir os direitos e o bem-estar dos doentes, bem como dos seus familiares, do seu ambiente emocional e dos profissionais envolvidos. Para o efeito, procedemos a uma revisão da literatura comparada dos países que já despenalizaram a eutanásia, no que respeita à regulação do dilema entre a livre autodeterminação dos doentes, a voz dos outros intervenientes, nomeadamente dos profissionais de saúde, e a presença ou ausência de alternativas satisfatórias para o prolongamento dos cuidados. O Serviço Social, a partir do seu objetivo amplo de promoção do bem-estar, pode prestar acompanhamento, orientação e cuidados sociais aos doentes e suas famílias, mas também aos profissionais envolvidos, uma vez que, através da mediação, os conflitos inerentes a uma situação tão crítica como o fim da vida podem ser resolvidos e, se bem resolvidos, podem trazer maior satisfação e bem-estar a todas as partes.

Palavras-chave: *Eutanásia, serviço social, mediação, legislação sanitária, Espanha.*

Introducción

Vivimos alejados de la muerte, obviando que esta es la última parte de la vida. Aquella en la que nuestra conciencia entra en contacto con la finitud. Frente a lo inevitable, nos debatimos entre la frustración de lo que no fue o no será y la comprensión de que la muerte culmina la vida, pero también el sufrimiento. Quedarán asuntos sin resolver y padecimientos en los seres queridos. Sucede de modo similar en todas las culturas, con variaciones nada desdeñables. Lo que incluye a quiénes consideran que una existencia mermaidísima y sufriente, quizá no merezca la pena ser vivida.

Este estudio, plantea la posible contribución del trabajo social en el contexto de la eutanasia por tratarse

de una disciplina académica y una práctica profesional centrada en mejorar la calidad de vida de las personas, comunidades y grupos, especialmente de aquellos en situación de vulnerabilidad. Del mismo modo, tiene la misión de promover la justicia social y el bienestar general de la sociedad, mediando y dedicando su acción a acompañar y velar por el respeto a la libre autodeterminación también al final de la vida.

La posibilidad de la eutanasia nos empuja hacia los límites de la ética, cuando el peor de los sucesos, pues la muerte termina con todas las posibilidades conocidas de ser, es valorado como preferible por aquel que está dispuesto a morir. Alrededor del conflicto se reúnen partidarios y detractores, pacientes, familiares y

profesionales sanitarios en busca de algún equilibrio, que nunca será ni del todo ni para todos satisfactorio.

Este trabajo hace una revisión de la situación de la eutanasia y la toma de decisiones al final de la vida, tras la puesta en marcha de la legislación española en este campo, complementando la visión jurídica con la del trabajo social y la mediación. Pues, más allá del debate jurídico, una visión de conjunto de este complejo proceso, primando la toma en consideración del sufrimiento, la compasión y el acompañamiento puede ser de gran beneficio (Benito et al., 2008, p. 21).

Metodología

Los resultados expuestos en el presente trabajo parten de una amplia revisión bibliográfica y documental. La búsqueda de las fuentes se ha realizado en los catálogos reconocidos en lengua española e inglesa, como Dialnet, Google Académico, Scopus y Web of Science, así como en los repositorios oficiales del Gobierno de España en lo referente a los datos de este país. Los términos de búsqueda utilizados fueron eutanasia, trabajo social, mediación y España, usados en español e inglés en diferentes formulaciones. La pregunta de investigación que nos planteamos es si el trabajo social y la mediación pueden ser un método de intervención beneficioso en la toma de decisiones al final de la vida. Ha de señalarse que esta es una cuestión novedosa, por lo que no hemos encontrado estudios empíricos que arrojen resultados sobre el particular. Sin embargo, los resultados obtenidos, sí permiten describir el mapa de dificultades y conflictos en el contexto de la toma de decisiones al final de la vida y los beneficios que la intervención desde el trabajo social y la mediación ofrecen en situaciones análogas.

Conceptos, posiciones e ideas

El derecho trata de dar cauce legal a la realidad. Especialmente a aquellas más conflictivas o relevantes para la paz social, intentando mantener cierto equilibrio entre la aplicación de los principios generales del derecho y la atención a la realidad social de cada momento. Así sucede con el afrontamiento del final de nuestras vidas. Lo novedoso no es que el derecho trate la muerte, sino que el progreso científico haya conseguido mejorar la supervivencia de personas que por sus patologías hubieran fallecido rápidamente en otro tiempo. Desafortunadamente, en muchos casos, en un estado de sufrimiento profundo y de dependencia respecto a los demás, que

puede llegar a hacer imposible incluso la expresión directa de su voluntad.

La diversidad de ideas, posiciones e interrogantes acerca del afrontamiento del final de la vida indica la necesidad de estudiar el fenómeno, para tratar de definirlo en sus aspectos más relevantes. En este sentido, consideramos oportuno aclarar previamente algunas ideas básicas. Como recoge Novellas (2017, p. 40) a partir de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, conviene diferenciar entre enfermedad incurable avanzada y enfermedad terminal. La primera es progresiva, gradual, con diverso grado de afectación de la autonomía y la calidad de vida, de respuesta variable al tratamiento específico y que evolucionará hacia la muerte a medio plazo. La segunda avanza en su desarrollo irreversible con síntomas múltiples, impacto emocional, pérdida de autonomía, escasa o nula respuesta al tratamiento y un pronóstico de vida limitado a semanas o meses, en un contexto de fragilidad progresiva. Ante estos escenarios, cabe plantearse qué sea la buena muerte, partiendo de la perspectiva subjetiva de quiénes piensan la eutanasia como posibilidad. Lo hacen por considerar su vida tan penosa, a causa de una enfermedad irreversible, mortal y con sufrimiento insoportable, que no permite calificarla más que como mera existencia. En consecuencia, se plantea que estos pacientes tengan a su disposición medios para dignificar el último tramo de su vida, decidiendo sobre su propia vida y muerte.

En asunto tan trascendental para cada ser humano, ha de tomarse en cuenta que en muchas ocasiones las posiciones manifestadas pueden simplificar un asunto muy complejo. Como agudamente señala Inbadas et al. (2017, p. 148), en buena medida, porque suelen tener la intencionalidad de aumentar o disminuir la cantidad de apoyos a una tendencia. Con todo, aún a riesgo de simplificar también nosotros en exceso, creemos poder condensar las posturas de la sociedad y de los profesionales implicados en dos grandes grupos. El primero identifica la dignidad de la persona con la libre autodeterminación de su voluntad. Esto es, decidir cuándo, cómo y dónde morir, pues la idea de buena muerte “engloba una serie de condicionantes que forman parte de la realidad de cada persona, de sus valores y de la ética que envuelve su forma de vida” (Ordieres, 2019, p. 62). Y es indigno que tales decisiones queden en manos de terceros, ya sean médicos, políticos, jueces, religiosos o familiares. En consecuencia, la buena muerte de estos pacientes pasa por poder recurrir a la eutanasia: el acortamiento de la vida, voluntario, consciente y sin sufrimiento.

La segunda es una visión más amplia, quizá también más difusa, pues se afirma que la buena muerte implica no sentir dolor, mantener la dignidad, el apoyo de la familia, la autonomía en la toma de decisiones y la oportunidad de resolver los asuntos personales, antes del desenlace natural de la enfermedad (Carbonell et al., 2021, p. 4). Esta definición no niega la posibilidad de la eutanasia, pero parece inclinarse por los cuidados paliativos o el trabajo socio-sanitario, pues se considera que tanto el sistema sanitario como el entorno del enfermo tienen capacidad de aportar calidad de vida suficiente al paciente.

La terminología empleada hoy en este campo no deja de reflejar experiencias humanas que son atemporales, si bien intenta categorizar las diversas posibilidades de reducción del sufrimiento sujetas al cumplimiento de la ley, desde el tratamiento farmacológico del dolor hasta el acortamiento intencionado de la vida. Así, podemos distinguir (Carvajal et al., 2021, p. 1503-1505):

- Eutanasia. Administración por parte del personal médico, por incapacidad del paciente, de un fármaco letal que provoca una muerte sin sufrimiento.
- Suicidio médicamente asistido. Suministro de un fármaco letal al paciente, que debe ingerir por sí mismo, que provoca una muerte sin sufrimiento.
- Cuidados paliativos. Provisión de los medios terapéuticos adecuados para evitar el sufrimiento o minimizarlo. Estos medios, que suelen incluir la sedación, podrían acortar la vida del paciente, sin que este sea un efecto buscado.
- Adecuación del esfuerzo terapéutico. No provisión o retirada de tratamientos considerados inútiles o injustificados por producir más sufrimiento que beneficio en el paciente. También podría definirse como el no alargamiento artificial del desenlace natural de la enfermedad.

Resultados

A partir de los estudios aquí analizados, que recogen la realidad de Holanda, Francia, Alemania, Bélgica, Colombia, Nueva Zelanda, Reino Unido y Estados Unidos, se infiere que el punto de inflexión entre una postura a favor o en contra de la eutanasia, tanto en profesionales sanitarios como en la población general, parece estar en el grado de influencia que la in-

tervención de los profesionales de la salud tiene en el desenlace. Así, no hay objeción al uso de las dos últimas alternativas descritas más arriba, mientras sí hay oposición a la eutanasia. En mayor grado a medida que la intervención profesional es más relevante en el resultado de muerte, aunque esta sea identificada también como vía de alivio del sufrimiento (Inbadás et al., 2017, pp. 576-581). Valga como prueba de tal afirmación la escasez de países con una legislación reguladora y despenalizadora de estas prácticas.

Es también una posición mayoritaria la de considerar que, tras el interés en la eutanasia, hay una demanda de cuidados sin respuesta adecuada desde el sistema de salud (Bátiz, 2020). En suma, la pregunta sería: ¿cómo plantear la conveniencia de la eutanasia sin haber puesto a disposición de los ciudadanos servicios de cuidados paliativos suficientes en cantidad y calidad? En los países que han regulado la eutanasia, la respuesta ha sido ofrecer esta como una alternativa más, a la libre elección del paciente como derecho subjetivo que, lógicamente, implica obligaciones para el personal sanitario. Se plantea así el dilema entre el derecho de los pacientes a que se respete su voluntad y las obligaciones generales de los sanitarios de aliviar el sufrimiento de sus pacientes, al mismo tiempo que preservan la vida. Inclinarsse hacia el respeto a la voluntad del paciente, implica reducir la capacidad de los profesionales para optar por soluciones diferentes a la eutanasia (Kouwenhoven et al., 2019, p. 44).

Estudios realizados sobre el caso de los Países Bajos, atestiguan la primacía de la voluntad del paciente, pues entre 2005 y 2015 las muertes por eutanasia han pasado de representar un 1,7% a un 4,5% del total, siendo el principal motivo (80%) el deseo del paciente o el pronóstico negativo. Muy por encima de la motivación basada en el dolor u otros síntomas (Kouwenhoven et al., 2019, p. 44). Estudios realizados en otros países señalan la misma tendencia (Carbonell et al., 2021; Hernández et al., p. 35), como recientemente ha mostrado el último informe del gobierno de España sobre la aplicación de la legislación española, donde el número de solicitudes de la prestación aumentó un 25% en 2023, respecto al año anterior y un 77% respecto a 2021 (MdS, 2024, pp. 16-19).

Otros hechos corroboran la misma idea. Por un lado, el paciente que se encuentre con el criterio en contra de su médico siempre puede recurrir a otro profesional con un criterio favorable. Regulación que sugiere que la no colaboración del primero se debe a motivaciones personales –creencias, visión de la vida– y no a criterio

médico (Kouwenhoven et al., 2019, p. 47). Además, es tendencia también tomar cada vez más en cuenta en el sufrimiento del paciente aspectos emocionales, psíquicos y espirituales, mucho más subjetivos y difíciles de medir que el dolor. Así, aunque formalmente el médico sólo puede optar por la eutanasia cuando no haya otra alternativa razonable, el paciente puede rechazar los cuidados paliativos por el sufrimiento general que padece, incluso si desde un punto de vista sanitario ciertos tratamientos se muestran útiles (Kouwenhoven et al., 2019, p. 45). De hecho, los casos de eutanasia en pacientes con enfermedad mental han aumentado (Carbonell et al., 2021, p.10). Por último, que todas las leyes de regulación de la eutanasia incluyan medidas para limitar la posibilidad de un turismo eutanásico –exigiendo la nacionalidad o un periodo de residencia mínimo–, también demuestra la prioridad de la voluntad del paciente. Más evidente todavía en la excepción Suiza, donde el médico se limita a comprobar la capacidad de discernimiento del enfermo y la irreversibilidad de la enfermedad, antes de recetar el medicamento. Incluso hay asociaciones encargadas de acompañar en este proceso a los extranjeros (Carbonell et al., 2021, p. 12). Por supuesto, toda la legislación actual también preserva los derechos del personal sanitario a través de la objeción de conciencia (Kouwenhoven et al., 2019, p. 44).

Dos anotaciones consideramos de interés antes de cerrar este apartado. Primero, que, como en Inbadas et al. (2017, p. 148), los estudios utilizados en este artículo están referidos a países de cultura occidental y, añadimos nosotros, de cultura mayoritariamente protestante, más inclinada hacia la primacía del individuo. Así, las conclusiones pueden ser muy diferentes en otras culturas donde la familia y el entorno jueguen un papel más relevante. Segundo, una llamada a la prudencia y a la reflexión. Las soluciones prácticas que se adopten, sean cuales sean, no deben conducirnos a engaño. La eutanasia no es un problema resuelto, pues en última instancia implica tomar posiciones respecto a lo que sea una vida o una muerte digna, con enormes consecuencias para nuestras sociedades a largo plazo. El enfermo terminal merece toda compasión y cuidados posibles, pero aceptar la eutanasia como solución afectará a las familias, a las relaciones sociales, a las profesiones sanitarias, al derecho (Postigo, 2020, pp. 34-35). No seamos ingenuos. La legalización de la eutanasia parece zanjar un problema, pero no será inocua, pues aceptar la muerte como solución a un problema abre la puerta a que esta pueda ser identificada como solución a otros (Inbadas et al., 2017, p. 143).

Legislación española sobre la eutanasia y el final de la vida

Al menos desde 1976 –Recomendación 779 del Consejo de Europa, relativa a los derechos de los enfermos y moribundos–, a medida que los avances en medicina abrían nuevos escenarios, ha habido preocupación explícita por regular los derechos de los pacientes moribundos o con una situación dolorosa e irreversible (Quintana y Sánchez, 2012, p. 47). En España, el precedente explícito más tangible se encuentra en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. En esta, además de garantizar el derecho a la información clínica y al consentimiento informado, se indican las medidas formales para el uso del derecho a la autodeterminación a través de la instrucción previa, testamento o voluntad vital anticipada. Aunque no muy desarrollada, sí dice que este documento será válido cuando sea realizado libremente por una persona mayor de edad, con capacidad suficiente, esté dirigido al médico responsable y explicita las instrucciones a tener en cuenta en caso de no poder expresarlas por sí mismo el enfermo en el futuro (Jiménez, 2022, pp. 78-79). Además, establece en su artículo 11 la posibilidad de nombrar un representante que vele por el cumplimiento de estas voluntades y señala, en el marco de un sistema sanitario descentralizado,¹ la obligación de las comunidades autónomas de garantizar su ejecución. Así pues, en España, cierta autonomía en la toma de decisiones al final de la vida ya estaba reconocida y el tipo penal correspondiente, atenuado (González et al., 2021, p. 266).

La Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, convirtió a España en la séptima nación en aprobar una normativa de este tipo, similar a las desarrolladas en el Benelux (González et al., 2021, pp. 270-271). La eutanasia se configura hoy en España como una prestación del Sistema Nacional de Salud a la que tiene derecho el paciente, siempre

¹ *La Constitución española de 1978 establece un sistema político descentralizado en diversos ámbitos. Uno de ellos es el sistema sanitario que, partiendo de la igualdad en cuanto a los servicios universales y gratuitos, otorga cierta autonomía reguladora a los gobiernos autonómicos. En muchas ocasiones se parte de una legislación nacional que se desarrolla de forma descentralizada. Por eso, la regulación nacional de la eutanasia puede tener diferentes matices y ritmos de desarrollo en las distintas Comunidades Autónomas.*

que se cumplan los requisitos legales establecidos en la norma, y sufragada con cargo a los fondos públicos para garantizar un acceso igualitario. La argumentación detrás de esta decisión del legislador es que, cuando una persona capaz y libre se enfrenta a una situación vital que a su juicio vulnera su dignidad, el bien jurídico superior de la vida puede decaer frente a otros como la libertad, la autodeterminación y la dignidad. Como se trata de una decisión individual y personalísima, el Estado debía desarrollar un régimen jurídico de garantías para todos los implicados. Conviene ahora repasar brevemente esta norma, para abordar aquellos aspectos más notables por su oportunidad, por no haber quedado bien definidos o por tener trascendencia para el objeto de nuestro trabajo.

En el reconocimiento del derecho a la eutanasia, se ha de definir quiénes están legitimados a actuar: solicitante, familiares, representante del solicitante, médico responsable, médico consultor, comisión de garantía y evaluación, características de todos ellos, derechos y obligaciones que tienen. También, el supuesto de hecho que da origen a la prestación: padecimiento grave, crónico e imposibilitante o enfermedad grave e incurable que cause un sufrimiento intolerable. Además, el proceso administrativo a seguir desde la solicitud formal por parte del paciente o la demanda del médico responsable de acceso al documento de voluntades previas, hasta la denegación de la prestación o la comunicación de la muerte del solicitante. Igualmente, las medidas para garantizar una toma de decisiones libre y sopesada: doble solicitud, comunicación con el médico, informe de la situación diagnóstica, cuidados paliativos a disposición y pronóstico. Y, por último, las modalidades de prestación que puede recibir el solicitante. A su vez, esta nueva regulación hacía necesaria la reforma del Código penal para despenalizar las conductas recién reguladas, lo que se hizo modificando el artículo 143 en su apartado 4 e introduciendo un nuevo apartado 5 en el que se exime de responsabilidad a quienes cooperaren activamente en la muerte de otra persona en el marco de lo dispuesto por la Ley Orgánica 3/2021 (Jiménez, 2022, p. 82).

En cuanto al solicitante, la ley establece que ha de ser mayor de edad, capaz y consciente en el momento de la solicitud. A pesar de ello y tomando en cuenta la legislación comparada, parece que el debate, al menos sobre los menores emancipados, podría plantearse. De hecho, tanto en Países Bajos como en Bélgica, los menores pueden solicitar la eutanasia, que requerirá el consentimiento de los padres o no, según sea la

edad del menor. Por otro lado, la norma sí deja claras las limitaciones a las personas extranjeras –residencia legal o empadronamiento por más de 12 meses– como garantía contra un posible turismo eutanásico, como ya hemos señalado más arriba. No obstante, podría objetarse que esto deja fuera a quienes sobrevenga una enfermedad repentina y de evolución negativa acelerada (Jiménez, 2022, p. 89). Sobre el carácter garantista de la norma, sólo cabe decir que es obligada la prudencia en un asunto tan trascendental como este; sin embargo, ya hay algunas voces (Jiménez, 2022, p. 86) que han alertado sobre lo dilatado del proceso, aun cumpliéndose los requisitos legales desde el primer momento, tomando en cuenta que los solicitantes son personas con una salud extremadamente precaria. Quizá este también sea un asunto a revisar a la luz de la casuística.

El otro lado de la moneda, es el derecho de los profesionales a la objeción de conciencia. El artículo 16 señala que todos los profesionales sanitarios implicados en la prestación tienen derecho a ella. Esta forma algo genérica de definir los sujetos de este derecho puede producir alguna confusión sobre quiénes deben ser considerados sanitarios. Recordemos, por ejemplo, que la Comisión de garantía y evaluación señala a algunos profesionales, pero ya hay legislación autonómica que incluye en sus comisiones a profesionales no explicitados en la Ley Orgánica. Por lo que se hará necesario evaluar la práctica en este aspecto. Igualmente, se establece la necesidad de un registro de profesionales sanitarios objetores que, si bien puede ser una herramienta útil para la planificación de los recursos humanos, no resulta necesario, pues los profesionales pueden manifestar su objeción cada vez que se les asigne un caso. Por supuesto, tal registro está sujeto al cumplimiento de la legislación sobre protección de datos y es voluntario. Quizá hubiera sido conveniente nombrar explícitamente en la ley a los profesionales farmacéuticos, pues son los encargados de una parte tan fundamental como la preparación y/o dispensación de las sustancias que provocarán la muerte.

Una de las piezas fundamentales en esta ley es la Comisión de garantía y evaluación, regulada en el capítulo V de la ley. Se dice que cada comunidad y ciudad autónoma debe establecer una, que estará compuesta por al menos siete profesionales de la medicina, la enfermería y el derecho, sin vetar a otros. Tampoco se señala aquí expresamente a los farmacéuticos que, nuevamente, por su relevancia quizá deberían estarlo; pero podría incluirse también a otros capaces de

evaluar la salud mental, como los psicólogos o la situación social de la persona, como los trabajadores sociales, que acompañan en la práctica a los pacientes y sus allegados en esta etapa de la vida (Jiménez, 2022, p. 88; Ordieres, 2019, p. 60).

Por último, consideramos óptimo que la ley haya incluido en diferentes apartados la necesidad de estudiar y evaluar el desempeño de la ley para mejorar su aplicación. Así, se prevé la celebración de reuniones anuales del Ministerio responsable de esta prestación con los presidentes de las diferentes comisiones autonómicas de evaluación y garantía para homogenizar criterios y compartir buenas prácticas –artículos 17 y 18– así como la obligación de realizar un manual de buenas prácticas –disposición adicional sexta–, que oriente en la correcta aplicación de la ley (González et al., 2021, pp. 267-268).

Discusión

El Trabajo Social en el contexto de la eutanasia

El trabajo social es (CGTS, 2018, p.10) una disciplina académica y una práctica profesional centrada en mejorar la calidad de vida de las personas, comunidades y grupos, especialmente de aquellos en situación de vulnerabilidad o en riesgo de exclusión social, a través de la promoción de la justicia social, la igualdad de oportunidades y el bienestar general de la sociedad. Por ello, el trabajo social tiene algo que decir en el campo de la atención al final de la vida y puede ser de gran utilidad tanto en la intervención con los pacientes y sus familias, como en la mejora del sistema de salud y de la calidad de vida en su conjunto, siempre en adhesión íntima a los valores profesionales del trabajo social (Salcedo, 2015, p. 23). Lo que implica un escrupuloso respeto y defensa de las decisiones y deseos del paciente, dentro del marco legal y ético que rige la práctica de la eutanasia.

En un primer nivel, la atención debe ser puesta en el sujeto más vulnerable, el paciente, e inmediatamente después en su familia o entorno más cercano. Como apunta Carbonell et al., (2021, p. 20) el trabajo social está cerca de quienes tienen dificultades en el vivir, pero también de la persona que desea morir con dignidad. Los profesionales del trabajo social están formados y entrenados para ofrecer apoyo empático y orientación a pacientes y familiares (Hudson et al., 2012; Pérez, 2019, p. 15). Estos profesiona-

les, “encuentran una posibilidad para desplegar las habilidades comunicacionales y relacionales con las que cuentan desde la formación de base de Trabajo Social” (Lema y Varela, 2021, p. 6). Escuchan activa y empáticamente, acompañan, guían, median y asesoran cuando se precisa, sensibilizando a las personas implicadas en el proceso sobre la realidad integral concreta de cada paciente. Proporcionan información y recursos sobre los cuidados paliativos, la atención domiciliaria, el control del dolor y los tratamientos alternativos. Pueden ayudar a las personas en la exploración de sus sentimientos y preocupaciones en torno a la eutanasia, brindando un espacio seguro y de apoyo para discutir sus preocupaciones, de modo que se facilite una toma de decisiones consciente e informada, en beneficio del bienestar de todos, a pesar de un escenario tan doloroso.

Es sabido el beneficio que aporta a los pacientes la colaboración de los trabajadores sociales con los profesionales de la salud, pues los aspectos sociales y del entorno de los enfermos pueden ser tan fundamentales para su bienestar como los médicos, precisamente allí donde la medicina encuentra sus límites. Así lo ampara la Organización Mundial de la Salud a partir de su mundialmente aceptado concepto de salud. Por ello, sorprende que la legislación española sobre la eutanasia adolezca de un déficit en la toma en cuenta de los mismos. Se privilegia una perspectiva fundamentalmente médica sobre una integral, donde elementos como las condiciones socioeconómicas, familiares o de vivienda del paciente pueden estar influyendo decisivamente en su salud y en su toma de decisiones (Jiménez, 2022, p. 83). Otra prueba del desconocimiento que esta legislación demuestra sobre la atención social es su remisión a las prestaciones del Sistema de Atención a la Dependencia².

La Ley Orgánica 3/2021, en su artículo 5, establece como requisito de acceso a la prestación de la eutanasia haber sido informado de las mismas, como ga-

2 En España está establecido un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, regulado por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y demás legislación de desarrollo estatal y autonómico. En suma, establece este sistema una gradación de los niveles de dependencia que sufren algunas personas respecto de otras y, asociado a estos niveles, un catálogo de prestaciones a las que el ciudadano tiene derecho para paliar dicha situación, siempre que se cumplan los requisitos legales y con determinada financiación pública en función de la renta de los hogares.

rantía de una decisión informada y consciente de las alternativas de cuidados a su disposición. No se toma en cuenta que este proceso se extiende por periodos muy dilatados, de hasta dos años –por encima de los plazos legales comprometidos en la ley–, recibiendo en muchos casos las prestaciones los familiares del beneficiario, después de haber fallecido este (Jiménez, 2022, p. 84). Incluso, en el caso de obtener las prestaciones con celeridad, serán siempre insuficientes para personas que por su estado de salud podemos presumir que estarían en el Nivel III de dependencia –el más grave–. Si, por ejemplo, en el mejor de los casos se le concedieran 70 horas mensuales de ayuda a domicilio –algo menos de 3 horas diarias–, estas no bastarían para atender a alguien que no puede realizar sin ayuda las actividades básicas de la vida diaria (Jiménez, 2022, p. 85). Algo similar podemos decir de la prestación residencial, que sí podría cubrir la atención 24 horas, pero cuya concesión requiere meses de espera. De hecho, los estudios disponibles demuestran que precisamente el déficit de atención social provoca una demanda de atención sanitaria inapropiada al sistema de salud, por disponer este de más recursos y de acceso inmediato (Novellas, 2017, p. 44). Todo lo cual no hace sino dejar patente la necesidad de apoyo emocional y psicológico durante el proceso de toma de decisiones en torno a la eutanasia. Y no solo esto, sino que la intervención de los profesionales del trabajo social permite la prevención del sufrimiento y la promoción del bienestar a través de la identificación e intervención temprana en casos de pacientes con enfermedades crónicas y terminales, para limitar en lo posible el riesgo de sufrimiento y/o el alivio del dolor y malestar, tanto del paciente como de su familia.

Desde una perspectiva amplia del bienestar, el trabajo social puede desempeñar un papel muy provechoso para pacientes, familiares, profesionales de la salud y el propio sistema de protección social. Colabora en la toma de decisiones conscientes, primando el respecto a los derechos y voluntad de los usuarios y la prevención del sufrimiento. Aporta empatía, escucha y orientación. Promociona la justicia social y la protección de los derechos humanos tanto a nivel micro, como *mezzo* y macro, a través de la apertura del debate y la concienciación en estos diferentes niveles sobre la eutanasia y sus implicaciones éticas, legales y sociales, trabajando con las comunidades y las organizaciones de la sociedad civil para abogar por un mayor acceso a los cuidados paliativos y a otros servicios de atención de calidad a los/as pacientes terminales. La eutanasia es una cuestión que continuará

abierta, donde la visión de los/as trabajadores/as sociales, entre la academia y la práctica, es relevante.

La mediación como instrumento de gestión de conflictos al final de la vida

La enfermedad terminal de uno de sus miembros desestabiliza a cualquier familia y su entorno. Tras el impacto inicial, se desenvuelven por sí mismas situaciones antes desconocidas que ponen a prueba la capacidad de adaptación y de toma de decisiones, que las familias necesitan afrontar desde el diálogo, el respeto y el reconocimiento de los intereses mutuos (Munuera & Novellas, 2020, p. 137).

Los sentimientos de miedo, inseguridad, ansiedad, sobrecarga, aislamiento, desesperanza, pérdida de control, frustración, incertidumbre y enfado son naturales en estas situaciones, en mayor o menor medida, agudizándose estos en momentos como el agravamiento de los síntomas de la enfermedad, la sedación o la toma de decisiones vitales. En estas circunstancias, el recurso a la mediación ayuda a todos los implicados a tomar mejores decisiones, es decir, más satisfactorias para todos o, al menos, que no añadan más sufrimiento a un proceso ya de por sí doloroso (Munuera & Novellas, 2020, p. 138), pues el sufrimiento total del paciente comprende aspectos físicos, psíquicos, sociales y espirituales. De ahí la necesidad de un abordaje multidisciplinar (Novellas, 2017, p. 39).

Situaciones tan críticas y complejas pueden ser afrontadas con mayores garantías cuando se tiene la formación adecuada. En este caso, se hace necesaria una formación específica en atención psicosocial a personas con enfermedades avanzadas. Esta nos dará un mapa previo con el que poder desmenuzar la situación, a fin de ser exhaustivos y prácticos en la intervención. Un buen ejemplo de este esquema general lo tenemos en Novellas et al. (2016), donde se describen las posibilidades del entorno socio-familiar como facilitador de bienestar (Novellas et al., 2016, pp. 47-70), la nómina y descripción de las situaciones cruciales que requieren de atención especial y las diferentes acciones que se pueden emprender para prevenir o rebajar la intensidad de los conflictos (Novellas et al., 2016, pp. 73-86 y 89-99).

Es alentador saber que no partimos del vacío. Aun sabiendo que cada proceso tiene sus propias particularidades, podemos encontrar regularidades. Por un lado, los implicados están limitados: paciente, familiares,

allegados y profesionales sanitarios. Por otro, cualquier conflicto podrá ser analizado desde diversos prismas influidos por las creencias de cada época y cultura: jurídico, ético, médico, religioso (Quintana & Sánchez, 2012, p. 47). Finalmente, aun siendo la realidad social infinitamente rica, es posible definir un tablero (Tabla 1) donde encajen las diferentes situaciones a abordar, siempre abiertas al cambio social.

Abordar lo complejo y doliente con foco en la aceptación y el acuerdo

Los dilemas planteados en este trance de la vida producen inevitables discrepancias ligadas a creen-

cias y sentimientos muy profundos, que difícilmente quedarán verdaderamente superados dejando la solución en manos del experto –ya sea un juez, un médico o un religioso–. Más bien al contrario, que las decisiones no hayan sido autodeterminadas por los propios afectados –el enfermo y su círculo íntimo– puede resultar en mayor sufrimiento y enquistamiento del conflicto (Quintana y Sánchez, 2012, pp. 45-47). Alargados en el tiempo, incluso tras el fallecimiento del familiar, los conflictos pueden ser origen de rupturas familiares y duelos mal resueltos, que sabemos que pueden derivar en patologías de diversa índole (Garciandía & Rozo, 2019, p. 189).

TABLA 1. MAPA SUSTANCIAL DE INTERVENCIÓN MEDIADORA EN CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA.

SITUACIÓN	ASUNTOS A DISCUTIR Y RESOLVER
Diagnóstico y tratamiento	¿Estamos ante una enfermedad terminal o crónica? ¿Cómo será la calidad de vida del paciente? ¿En qué grado y hasta cuándo será posible un nivel de sufrimiento aceptable? Lugar/es de atención ¿Adecuación del esfuerzo terapéutico? ¿Cuidados paliativos? ¿Eutanasia?
Voluntad del enfermo	Grado de consciencia del enfermo ¿Hay necesidad de representante? ¿Está nombrado? ¿Hay documento de voluntades previas? ¿Está en posesión del equipo sanitario y la familia? ¿Existen voluntades previas expresadas informalmente? ¿Quién ha de llevarlas a efecto y/o velar por su cumplimiento?
Organización de los cuidados	¿Cómo es la composición de la familia y su implicación en los cuidados? ¿Quién se va a encargar de los cuidados y cuál su porcentaje de carga? ¿Es necesaria ayuda profesional? ¿Hay personas sobrecargadas? ¿Se ha organizado el cuidado tomando en cuenta los deseos del enfermo? ¿Se dispone de los recursos adecuados? ¿Se ha realizado o ha de realizar la solicitud de prestaciones del Sistema de dependencia y/o discapacidad?
Problemas sociales que provocan o empeoran la situación	¿Qué papel jugaba el fallecido económica, emocional y espiritualmente en su familia y entorno cercano? ¿Se dispone de recursos suficientes para hacer frente a la situación? ¿Está la vivienda del paciente preparada para los cuidados que este requiere?
Problemas de comunicación entre profesionales, enfermo y entorno	¿Cómo se está manejando la información? ¿Cómo valora cada uno la comunicación con los otros? ¿Es el entorno comunicativo poco adecuado? ¿Hay diferencias culturales relevantes? ¿Qué grado de participación se va a permitir tener a los allegados? ¿Hay personas disruptivas en el entorno? ¿Se dispone de recursos humanos con formación en mediación?
Conflictos pasados sin resolver	¿Hay conflictos o situaciones dolorosas a resolver antes de la muerte? ¿Están los implicados preparados para afrontarlos? ¿Se requiere ayuda profesional? Si no se van a abordar, ¿hay alternativas de solución satisfactorias para que la persona enferma pueda terminar sus días en paz consigo y con su entorno?
Tareas posteriores a la muerte	¿Hay personas que requieran de ayuda profesional en el duelo? ¿Qué tareas informativas legales, económicas y administrativas hay que hacer tras el fallecimiento? ¿Cómo van a repartirse esas tareas?

Fuente: elaboración propia a partir de Munuera y Novellas (2020, p. 139) y Quintana y Sánchez (2012, pp. 47-49).

Pacientes, familiares y profesionales van a ver su vida zarandeada por situaciones que les desgastarán física y emocionalmente, con decisiones tan fatídicas como ineludibles, en las que habrá que comunicar y recibir malas noticias o valorar si el mejor interés del paciente es prolongar la vida o no (Quintana y Sánchez, 2012, pp. 48-50). Por tanto, incluir en este proceso ayuda profesional adecuada para tener el control de la situación, comunicarse adecuadamente, coordinar los cuidados, posibilitar la expresión de miedos y sentimientos o evitar reproches y sentimientos de culpabilidad, debe contribuir al cuidado de la persona enferma y de los demás implicados (Pérez, 2019, pp. 8-14). Caer en una conspiración de silencio impide poner en juego todo el capital humano y familiar disponible (Novellas, 2017, p. 45).

Una muerte anunciada permite actuar con antelación para preparar la despedida y un duelo no patológico. Una vía es el testamento vital o documento de voluntades anticipadas, que quizá no esté siendo muy utilizado en España porque, aunque reconocido en la ley 41/2002, no establece claramente la vinculación de los profesionales sanitarios al mismo –lo que puede ser fuente de conflictos–, y proviene de una cultura diferente a la nuestra (Quintana & Sánchez, 2012, p. 50). No obstante, conocer la voluntad del afectado debe ir a favor de la prevención de conflictos y, por ello, sería oportuno concretar su desarrollo legal y darlo a conocer tanto a los profesionales como a los enfermos y sus familias.

Haya documento de voluntades previas o no, el estrés, la tristeza o el duelo que inevitablemente habrá que vivir, no son trastornos mentales en sí, aunque mal encauzados puedan desencadenar una patología. Por tanto, no se necesita un diagnóstico y tratamiento psiquiátrico o psicológico para su abordaje; pero sí una capacitación continua para el afrontamiento de la muerte (Ordieres, 2019, p. 65) y en técnicas de comunicación (Quintana & Sánchez, 2012, p. 49), que no se refieren solamente a lo verbal. El buen desarrollo del proceso comunicativo requiere de una formación específica (Novellas, 2017, p. 47) para saber utilizar la comunicación verbal y no verbal, organizar la información, preparar el entorno físico de la comunicación, saber mostrar empatía hacia el enfermo y sus familiares o validar las emociones del otro. Estas competencias comunicativas serán de gran utilidad en la atención directa al paciente y sus familiares, como agentes de apoyo emocional, consuelo, información, asesoramiento respecto a la eutanasia, al testamento vital (Ordieres, 2019, p. 64) y al acom-

pañamiento en el duelo (Carbonell et al., 2021, p. 17; Kouwenhoven et al., 2019, pp. 46-47). Permiten transformar el dolor y la frustración en satisfacción por mejorar la calidad de vida del enfermo, respetando el derecho a que se cumpla su voluntad (Carbonell et al., 2021, p. 6). Para ello, será de gran importancia promover una comunicación libre y respetuosa, donde todos puedan expresarse y reconocer las razones y necesidades del otro, especialmente las del enfermo, de forma que la relación se base en la legitimación de todos y el encuentro de los intereses comunes.

Pertinencia de la mediación en la gestión de conflictos al final de la vida

La mediación puede ser una herramienta beneficiosa en esta situación crítica, para la solución de conflictos derivados de la toma de decisiones, la gestión del dolor o la atención sanitaria y emocional del paciente. Se trata de un proceso voluntario y confidencial en el que una tercera parte neutral ayuda a las partes involucradas a llegar a un acuerdo. Por tanto, es un proceso comunicativo basado en la libertad de los mediadores. Para ello, el mediador genera un espacio de encuentro y diálogo desculpabilizado donde, mediante el uso de diversas técnicas comunicativas, se fomenta la participación de todos. Primero, para construir una nueva narrativa que distinga a las personas del problema y posicione el conflicto como una oportunidad realista de mejorar la relación entre todos los participantes y de cada uno con la situación conflictiva. En segundo lugar, para posibilitar la construcción autónoma, por parte de los mediados, de propuestas de solución aceptables para todos y, finalmente, facilitar la negociación de la puesta en marcha de aquellas que sean señaladas como más satisfactorias (Munuera & Novellas, 2020, p. 137). Será necesario que el mediador conozca el papel de cada paciente en su familia –pues la repercusión emocional, económica y social puede variar mucho (Munuera & Novellas, 2020, pp. 139-140)–, el tipo de relaciones que se dan en ella, sus valores, costumbres y expectativas. Del mismo modo, debe conocer los valores del equipo sanitario, sus prioridades y las características de sus relaciones internas (Quintana y Sánchez, 2012, pp. 50-51).

La mediación, que puede ser aplicada a muchas situaciones conflictivas, está demostrando ser de utilidad para las familias y los equipos sanitarios en la toma de decisiones al final de la vida (Munuera & Novellas, 2020, p. 137), siendo más eficaz cuanto más temprano se recurra a ella (Munuera & Novellas, 2020, p. 140). Sin duda es un contexto de aplicación de la mediación

novedoso, aunque cada vez más reconocido, y con unos condicionantes muy específicos, pues sabemos cuál será el desenlace. Intervenir en un proceso de finalización de la vida, obliga a tener muy en cuenta la voluntad y la concepción personal y cultural acerca de la muerte del enfermo y su familia (Munuera & Novellas, 2020, pp. 138-139). Siendo conscientes, además, de que se dispone de un tiempo limitado para tomar una decisión que se quiere que sea madurada, pues serán pocas las posibilidades de reparar errores en el futuro próximo (Novellas, 2017, p. 48).

La mediación puede ser especialmente útil en la toma de decisiones difíciles sobre la atención médica – como la solicitud de la prestación de la eutanasia o la retirada de soporte vital–, donde el acuerdo mutuo proporciona un mayor nivel de confort y paz mental, reduciendo el coste emocional de todos los involucrados y evitando la patologización del conflicto, incluso su judicialización, que no haría más que agravar los costes personales y materiales. En ocasiones, la mediación será útil para mejorar la comunicación entre profesionales y familiares, lo que permitirá rebajar la conflictividad y evitar, por ejemplo, la judicialización de algunos casos, como los de sedación en enfermos terminales (Quintana & Sánchez, 2012, p. 49) u otros que terminan ante un tribunal por una mala gestión de la comunicación. En otros casos, como en cuidados intensivos neonatales, donde haya discrepancia entre familiares y sanitarios, puede tomarse como mejor opción alargar un tratamiento que se sabe ineficaz, precisamente para dar tiempo a abordar la situación con más calma (Quintana & Sánchez, 2012, p. 49). Así, la mediación puede ayudar a garantizar que los proveedores de atención médica estén alineados con los deseos del paciente y que se sientan cómodos con las decisiones tomadas.

Los pocos estudios al respecto recogidos en Munuera y Novellas (2020, pp. 139-140) reconocen las bondades de la mediación en cuidados paliativos para la resolución de conflictos y señalan que esta habilidad es una competencia importante para los profesionales de las Unidades de Cuidados Intensivos. Así lo estima la Sociedad Estadounidense de Bioética y Humanidades (*American Society For Bioethics And Humanities-ASBH*), que acepta la mediación como mecanismo para resolver disputas en el final de la vida desde 1998. En España, sería positivo abrir el debate de la inclusión de estos profesionales en los foros donde se revisa el funcionamiento de la ley y decidir si debiera incorporarse este recurso al Manual de buenas prácticas del Ministerio.

Conclusiones

La eutanasia despierta polémica porque desafía nuestras creencias y valores más profundos. Por ello, es un tema complejo que debe ser abordado con cuidado y sensibilidad. Cualquier discusión sobre la eutanasia ha de tener en cuenta, primero, las necesidades de salud integral de los pacientes. A partir de ahí, han de abordarse de forma sistemática las cuestiones éticas y legales necesarias para dar respuesta al sufrimiento de los enfermos, a la afectación de su entorno personal y a los requerimientos de los profesionales implicados.

Toda vez que hay países que ya han dado regulación a la eutanasia, en el contexto de una población envejecida a la que se le puede prestar una atención sanitaria cada vez más exitosa desde el punto de vista de la supervivencia, parece de todo punto imposible no abordar la cuestión.

En aquellos países en que la práctica de la eutanasia se ha despenalizado, el debate ya no está en si se debe autorizar tal práctica o no, sino en los quién, cómo, cuándo y con qué garantías ha de realizarse. Del mismo modo, se puede inferir que tampoco hay debate sobre la jerarquía de valores a tomar en consideración pues, al regular y, por tanto, clarificar, la vía para recibir la prestación de la eutanasia, la primacía en el orden de valores a observar corresponde a la autodeterminación del paciente. No en vano, la eutanasia queda establecida en las diferentes leyes como una práctica médica consistente en proporcionar una muerte sin dolor a un paciente que sufre una enfermedad incurable o que se encuentra en una situación terminal, que padece un sufrimiento insoportable y que muestra su voluntad de poner fin a su vida.

Las diversas posturas, tanto de la sociedad como de los profesionales implicados, pueden bien agruparse en dos. Unos identifican la dignidad de la persona con la libre autodeterminación de su voluntad para optar por la eutanasia. Los otros afirman que la buena muerte supone no sentir dolor, mantener la dignidad, el apoyo de la familia, la autonomía en la toma de decisiones y la oportunidad de resolver los asuntos personales, considerando así que, antes que a la eutanasia, se debe recurrir a los cuidados paliativos o el trabajo socio-sanitario, pues se considera que tanto el sistema sanitario como el entorno del enfermo tienen capacidad suficiente para proporcionar una calidad de vida adecuada hasta el desenlace natural de la enfermedad.

Así las cosas, parece inevitable interrogarse sobre cómo plantear la conveniencia de la eutanasia, sin ha-

ber puesto a disposición de los ciudadanos servicios de cuidados paliativos suficientes en cantidad y calidad; o hasta qué punto un sistema puede interferir en la libre elección y autodeterminación del paciente al decidir sobre su vida; o el dilema entre el derecho de los pacientes a que se respete su voluntad y las obligaciones generales de los sanitarios de aliviar el sufrimiento de sus pacientes, al mismo tiempo que preservan su vida. Siendo estas las cuestiones principales a debate, se deduce que hay mayor consenso alrededor de la medida de adecuación del esfuerzo terapéutico, que requiere de menor intervención positiva de los profesionales sanitarios; y aumenta el consenso conforme la acción de los profesionales u otras personas distintas del enfermo se hace más necesaria para llegar al resultado de muerte, estando la eutanasia en el otro extremo del continuo que empieza en la sedación paliativa.

El Trabajo social es una disciplina académica y una práctica profesional que se centra en mejorar la calidad de vida de las personas, comunidades y grupos, especialmente de aquellos en situación de vulnerabilidad. Por ello, los profesionales del Trabajo social tienen un papel importante que desempeñar en la atención al final de la vida y en el debate sobre la eutanasia, pues están en juego la justicia social, la protección de los derechos humanos, la prevención del sufrimiento y la promoción del bienestar general, así como la prestación de apoyo empático y orientación práctica al paciente y su familia. Pueden contribuir a que las decisiones en torno al final de la vida se tomen con pleno conocimiento de causa, con respeto a los derechos y deseos del paciente y con un enfoque en la prevención del sufrimiento. Para ello, es fundamental que las trabajadoras sociales estén informadas y actualizadas sobre las diferentes teorías y prácticas de la eutanasia, trabajando en estrecha colaboración con los profesionales de la salud, para garantizar que se brinde una atención integral y de calidad. En efecto, por un lado, la profesión del Trabajo Social puede ser crucial en la promoción de una mejor comprensión de las cuestiones éticas y legales implicadas en esta práctica, al añadir la perspectiva social a la sanitaria, la del paciente y la de los familiares. Por el otro, siempre, pero más si cabe cuando la medicina agota sus posibilidades, es primordial ofrecer apoyo emocional empático y orientación a las familias, acompañándoles profesionalmente en todo el proceso.

En esta tarea, la mediación comparte objetivos con el trabajo social, pues velan ambos por el respeto a los derechos y deseos de los pacientes, al tiempo que

trabajan por una mayor satisfacción de todas las personas implicadas en la toma de decisiones. Para ello, estos profesionales han de generar espacios desculpabilizados para el diálogo, donde abordar los conflictos relacionados con esta etapa vital, velando por la toma de decisiones informadas y consensuadas.

Contribución autorial

La revisión bibliográfica fue realizada por Jesús Guillamón, mientras la elaboración de la metodología corrió a cargo de Beatriz Martínez y Rosa García. Se pretende de este modo evitar los sesgos en la selección de la bibliografía al separar el diseño de la metodología y la revisión efectiva de la bibliografía. Tanto los resultados como la discusión, así como la revisión y aprobación final se realizó de forma solidaria.

Referencias

- BÁTIZ J. (2020). Editorial. *Gaceta Médica de Bilbao*, 117(1), 16-18.
- BENITO, E., BARBERO, J. Y PAYÁS, A. (2008). *El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos*. Aran.
- CARBONELL, A., NAVARRO-PÉREZ, J., Y BOTIJA-YAGÜE, M. (2021). El derecho a morir dignamente: una oportunidad para el impulso ético del Trabajo Social. *Trabajo Social Global-Global Social Work*, 11, 1-29. <https://doi.org/10.30827/tsg-gsw.v11.11453>
- CARVAJAL, S., PORTALES, B. Y BECA J. P. (2021). Eutanasia: aclarando conceptos. *Revista Médica de Chile*, 149(10), 1502-1506.
- CONSEJO GENERAL DEL TRABAJO SOCIAL. (2018). *Código Deontológico de Trabajo Social* (3ª Ed.). Consejo General del Trabajo Social. https://www.cgtrabajosocial.es/codigo_deontologico
- GARCIANDÍA IMAZ, J. A., ROZO REYES, C. M. (2019). Dolor crónico y duelo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*; 48(3), 182-191. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.05.008>
- GONZÁLEZ, A. & KRUGMAN, R. (2018). Making the case for social work practice in the care of critically ill ICU patients. *ICU Management & practice*, 18 (2), 133-135.
- GONZÁLEZ LEONOR, M^a. C., CASTILLO RODRÍGUEZ, C., GONZÁLEZ BUENO, A. (2021). La eutanasia en España. Análisis comparado con otros ordenamientos jurídicos del entorno comunitario. *Anales de la Real Academia de Farmacia*, 87(3), 265-274.
- HERNÁNDEZ A. S., BALMACEDA J.L., TAFUR J.E., VELA A. F., GENES C. A., WILCOX A. C., ET AL. (2022). Eutanasia: un enfoque desde la perspectiva de

- la salud familiar. Revisión bibliográfica. *Revista Cadena de Cerebros*, 6(2), 32-36. <https://doi.org/10.5281/zenodo.6972253>
- HUDSON, P., REMEDIOS, C., ZORDAN, R., THOMAS, K., CLIFTON, D., CREWDSON, M., HALL, C., TRAUER, T., BOLLETER, A., CLARKE, D. M., & BAULD, C.** (2012). Guidelines for the Psychosocial and Bereavement Support of Family Caregivers of Palliative Care Patients. *Journal of Palliative Medicine*, 15(6), 696-702. <https://doi.org/10.1089/jpm.2011.0466>
- INBADAS H., ZAMAN S., WHITELAW S. & CLARK D.** (2017). Declarations on euthanasia and assisted dying. *Death Studies*, 41(9), 574-584. <https://doi.org/10.1080/07481187.2017.1317300>
- JIMÉNEZ, J. M.** (2022). Eutanasia en España: Un análisis interpretativo a la actual normativa desde el Trabajo Social Sanitario. *Trabajo Social Hoy*, 95, 77-92. <http://dx.doi.org/10.12960/TSH.2022.0005>
- KOUWENHOVEN P., THIEL, G., HEIDE, A., RIETJENS, J. & DELDEN, J.** (2019). Developments in euthanasia practice in the Netherlands: Balancing professional responsibility and the patient's autonomy. *European Journal of General Practice*, 25(1), 44-48. <https://doi.org/10.1080/13814788.2018.1517154>
- LEMA, D. S. Y VARELA, M. C.** (2021). Intervención en duelo desde el enfoque del Trabajo Social. *Margen. Revista de Trabajo Social*, 101.
- MUNUERA GÓMEZ, P. Y NOVELLAS AGUIRRE DE CÁRCER, A.** (2020). Mediación al final de la vida en enfermedades avanzadas. *Medicina Paliativa*, 27(2), 136-140. DOI:10.20986/medpal.2019.1065/2019
- NOVELLAS AGUIRRE DE CÁRCER, A.** (2017). La atención de situaciones de final de vida desde el trabajo social. *Revista de Treball Social*, 210, 37-53.
- NOVELLAS AGUIRRE DE CÁRCER, A., MUNUERA GÓMEZ, P., LLUCH SALAS, J. Y GÓMEZ-BATIS-TE, X.** (2016). *Manual para la atención psicosocial y espiritual a personas con enfermedades avanzadas*. Obra Social "La Caixa". <https://fundacionlacaixa.org/documents/234043/558217/manual-atencion-psicosocial-intervencion-social.pdf>
- MINISTERIO DE SANIDAD.** (2024). Informe de evaluación anual 2023 sobre la prestación de ayuda para morir. https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/docs/InformeAnualEutanasia_2023.pdf
- ORDIERES N.** (2019). Trabajo social y muerte digna. *Servicios sociales y Política social*, XXXVI(121), 57-67.
- PÉREZ, M.^a** (2019). Trabajar con la muerte desde el Trabajo Social. Implicaciones antropológicas, psicológicas, bioéticas y legales. *Trabajo Social Hoy*, 92, 7-26. doi:10.12960/TSH.2021.0001
- POSTIGO SOLANA, E.** (2020). Vulnerabilidad y cuidado: del paradigma de la autonomía al de la interdependencia. *Diálogo filosófico*, 106, 25-36.
- QUINTANA GARCÍA, A. Y SÁNCHEZ MARTÍN, A. I.** (2012). La mediación y los derechos de las personas en el proceso de morir. *Revista de Mediación*, año 5, 9, 46-51.
- SALCEDO, D.** (2015). El buen profesional. *Cuadernos de Trabajo Social*, 28(1), 19-26. https://doi.org/10.5209/rev_CUTS.2015.v28.n1.48583