



Universidad
Católica
de Valencia
San Vicente Mártir

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALENCIA

“San Vicente Mártir”



**“ASPECTOS ÉTICOS DE LA EUTANASIA
FRENTE A LOS CUIDADOS PALIATIVOS”**

Máster Universitario Oficial en Bioética.

Presentado por:

Dª BEATRIZ GARCÍA ZACAREZ

Dirigido por:

DR. JAVIER LLUNA GONZÁLEZ



INDICE

1. RESUMEN	1
ABSTRACT	2
2. INTRODUCCIÓN.....	3
2.1. Antecedentes históricos de los Cuidados Paliativos	4
2.2. Antecedentes históricos de la Eutanasia	6
2.3. Conceptos generales	9
3. JUSTIFICACIÓN.....	10
4. OBJETIVOS.....	10
5. METODOLOGÍA.....	11
6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	12
6.1. Cuidados Paliativos.....	12
6.1.1. Pensamiento ético de los Cuidados Paliativos	13
6.2. Eutanasia y Suicidio Asistido	17
6.2.1. Pensamiento ético de la eutanasia	20
6.3. Enfrentamiento de ambas posiciones éticas.....	22
6.3.1. Problemas bioéticos en el personal sanitario.....	26
6.3.2. Legislación actual vigente	30
7. CONCLUSIONES.....	34
8. BIBLIOGRAFÍA	36
9. ANEXOS	40



1. RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Durante los últimos años se han producido numerosos debates sobre la manera de tratar a algunos pacientes en estado terminal y con enfermedades irreversibles. Recientemente, ha resurgido de nuevo el debate ético sobre la eutanasia, y su despenalización legal.

OBJETIVOS: El objetivo de este Trabajo Fin de Máster es conocer los argumentos éticos de la Eutanasia y de los Cuidados Paliativos, analizar el concepto de eutanasia y suicidio asistido e investigar sobre la objeción de conciencia sanitaria y legalidad de la Eutanasia en España.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN: Haremos una descripción del pensamiento ético en ambos términos. Enfrentaremos dichos términos éticamente hablando. Describiremos los tipos de eutanasia que existen según diferentes circunstancias y los diferentes términos que han surgido con el paso de los años en cuanto a situaciones clínicas y derechos que rodean el final de la vida.

Otro punto importante analizado en este trabajo es el problema bioético presentado en los profesionales sanitarios en las situaciones de decidir sobre el final de la vida, el compromiso moral en el que se encuentran estos sanitarios.

Por último, realizamos un recorrido legal de la eutanasia en España, los derechos y artículos que entran en juego con este concepto y mostramos la situación actual de la legalización de la Eutanasia en nuestro país.

CONCLUSIONES: Las conclusiones que hemos obtenido tras el estudio han sido qué ambas posiciones referentes al final de la vida tienen grandes argumentos éticos y que si se hacen unos cuidados paliativos de calidad se podría evitar, en algunos casos la demanda por parte del paciente de la eutanasia. Finalmente hemos comprobado los problemas éticos a los que se enfrentan los profesionales de la salud ante estas situaciones tan compleja y la negativa a la propuesta de la legalización de la eutanasia en España.

PALABRAS CLAVE: Eutanasia. Suicidio asistido, cuidados paliativos y objeción de conciencia.



ABSTRACT

INTRODUCTION: In recent years there have been many discussions about how to treat some patients in a terminal state with irreversible diseases. Recently, the ethical debate on euthanasia, and its legal decriminalization, has resurfaced.

OBJECTIVES: The objective of this Master's Degree is to understand the ethical arguments of Euthanasia and Palliative Care, to analyse the concept of euthanasia and assisted suicide and to investigate the health conscientious objection and legality of Euthanasia in Spain.

RESULTS AND DISCUSSION: We will make a description of the ethical thinking in both terms. We will face those terms ethically speaking. We will describe the types of euthanasia that exist according to different circumstances and the different terms that have emerged over the years in terms of clinical situations and rights surrounding the end of life.

Another important point analyzed in this paper is the bioethical problem presented in health professionals in situations of deciding on the end of life, the moral commitment in which these health professionals find themselves.

Finally, we carry out a legal review of euthanasia in Spain, the rights and articles that come into play with this concept and we showed the current situation of the legalization of Euthanasia in our country.

CONCLUSIONS: The conclusions that we have reached after the study have been that both positions regarding the end of life have great ethical arguments and that if quality palliative care is done it could be avoided, in some cases the patient's demand for euthanasia. Finally, we have verified the ethical problems faced by health professionals in these complex situations and the rejection of the proposal to legalise euthanasia in Spain.

KEY WORDS: Euthanasia. Assisted suicide, palliative care and conscientious objection.



2. INTRODUCCIÓN

Hace años inicie mi camino en el estudio del cuidado al ser humano, desde sus primeros segundos de vida hasta sus últimas respiraciones, estudiando la carrera de ENFERMERÍA.

Durante el transcurso de mi carrera me han enseñado como cuidar de manera holística a cada persona, me han enseñado a realizar unos “Cuidados Paliativos de Calidad” pero desde siempre he tenido un dilema “ético” entre los Cuidados Paliativos frente a la Eutanasia.

El derecho esencial que debe asistir a todo ser humano, siempre, es el de la vida. Cuando las condiciones de salud se han perdido y la enfermedad lleva a quien la padece a una situación irreversible, cabe preguntarse si se está cuidando la vida o prolongando la agonía. El recorrido de los Cuidados Paliativos en España se inició hace aproximadamente 30 años, se han realizado grandes avances durante todos estos años, han aportado valores relevantes basados en las necesidades de la persona y su entorno, en la toma de decisiones centrada en la ética clínica y el respeto a la autonomía y la dignidad.

Desde la perspectiva de los Cuidados Paliativos, el ser humano con pronóstico incurable no se considera un desecho biológico, sobre el cual no se puede hacer nada más ni que se debe prolongar su vida más de lo necesario.¹

El equipo multidisciplinar de paliativos debe respetar la autonomía del paciente, sus deseos, objetivos y prioridades, sin ocultar información y aceptando la decisión de no ser tratado para la prolongación del proceso de morir.¹

En los Cuidados Paliativos entran en juego dos aspectos éticos importantes: la beneficencia, midiendo las ventajas del tratamiento y la no-maleficencia, evaluando

Los riesgos y los beneficios de las decisiones clínicas¹

En el lado opuesto tenemos la “Eutanasia” palabra “tabú” que plantea un debate social más allá de la atención sanitaria, sino también en ámbitos éticos, jurídicos y políticos.

La definición de “Eutanasia” según la Real Academia Española es:

1. f. “Intervención deliberada para poner fin a la vida de un paciente sin perspectiva de cura”.
2. f. Med. “Muerte sin sufrimiento físico”.



Bajo el término Eutanasia se encuentra un debate social, ético y político, en el que podemos encontrar a personas que afirman la capacidad de decisión de la persona es absoluta, por tanto, está ejerciendo su derecho a la libre disposición de la vida y aceptando de esta manera el suicidio y por el lado contrario, tenemos a las personas que creen que la vida es un regalo el cual no podemos negarnos ni desecharlo voluntariamente.

Los movimientos a favor de la eutanasia declaran la afirmación de la autonomía de la persona, por tanto, es el paciente quién tiene el último derecho para disponer de su enfermedad terminal y muerte.

Estas asociaciones a favor de la eutanasia defienden la autonomía, libertad, responsabilidad del paciente enfermo y a su decisión que a nadie afecta más que a él mismo.

Las personas que amparan la Eutanasia describen una serie de argumentos como son; El derecho de cada uno de disponer de su vida, derecho a una muerte digna, morir con dignidad, pero para ello es necesario clarificar el término de “*muerte digna*”. Evitar el sufrimiento, evitar a los familiares del paciente sufran en el largo proceso de agonía y deterioro de la persona enferma, disminuir el gasto sanitario en alguien que se conoce su final y de esta manera ahorrar recursos y utilizarlos en otra persona con un pronóstico más esperanzador.

2.1. Antecedentes históricos de los Cuidados Paliativos

A lo largo de la historia el mundo ha cambiado de pensamiento frente a la muerte.

En la alta Edad Media existía “Muerte doméstica”, este término se asociaba a que la persona terminal invitaba a sus seres queridos a acudir a su casa y reunirse en su lecho de muerte. Esto era considerado la “buena muerte”, morir alrededor de sus seres queridos.²

En la baja Edad Media se empieza a considerar con más consistencia la idea del juicio final, ser enterrados junto a sus familias, el purgatorio y obtener la salvación a través de buenas obras. Es aquí donde se inicia la individuación de la muerte, etapa llamada “muerte de uno mismo”.²

De la “muerte de uno mismo” pasamos a la “muerte del otro” en el siglo XIX, que conlleva expresión del duelo de forma pública y culto en el cementerio como conocemos actualmente.²



La “muerte prohibida” viene de la mano de la I Guerra Mundial, la muerte es eliminada de nuestra vida cotidiana y aparada del lenguaje.²

Cicely Saunders, líder de la medicina paliativa comprueba que la tendencia del momento era esconder al enfermo en el hospital, sin enfrentarse a su pronóstico y sin permitirse la liberación de emociones de forma pública, sin asumir nuestra mortalidad ni la del resto.² El progreso de los centros de enfermedad terminal comenzó en Inglaterra de la mano de Cicely Saunders. Fue la primera especialista en el manejo de síntomas de pacientes terminales y creó en Gran Bretaña el Movimiento “Hospicie”.³

Saunders fue una defensora de la muerte digna oponiéndose con totalidad a la eutanasia. Su convicción fue: “Usted importa por lo que usted es. Usted importa hasta el último momento de su vida y haremos todo lo que esté a nuestro alcance, no sólo para que muera de manera pacífica, sino también para que, mientras viva, lo haga con dignidad”.³

El “inicio oficial” del llamado Movimiento de Hospicios Moderno se atribuye a la fundación del St Christopher’s Hospice en Londres, en 1967, en esta institución lograron resultados que demostraban que un buen control de síntomas, una comunicación apropiada y el acompañamiento, lograban un aumento significativo de la calidad de vida de los pacientes terminales y sus seres queridos.²

Es en 1980 cuando OMS incorpora el término de Cuidados Paliativos y promueve el Programa de Cuidados Paliativos como parte del Programa de Control de Cáncer.²

Atendiendo al recorrido histórico de los Cuidados Paliativos en España es en 1984 cuando se incorpora la filosofía de Medicina Paliativa por primera vez en España en la Sección de Oncología Médica del Hospital Universitario Valdecilla de Santander. Después de tres años de funcionamiento con atención domiciliaria incluida, en octubre de 1987, es reconocida oficialmente la Unidad de Cuidados Paliativos por la dirección del Hospital (INSALUD).⁴ En 1986 se inicia el Programa de Cuidados Paliativos en el Hospital de la Santa Creu de Vic en Barcelona, formado por un equipo multidisciplinar y realizando atención domiciliaria, creándose así la Unidad de Cuidados Paliativos en el año 1987.⁴

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) se funda en 1992 y en 1993 el Ministerio de Sanidad pública la Guía de Cuidados Paliativos de la SECPAL.⁷



La palabra paliativo se traduce del latín “pallium” que significa atenuar los efectos de la enfermedad. La OMS reconoce que existen ciertas enfermedades incurables y que es más importante la calidad de vida que la cantidad.⁴

En la actualidad cada año se diagnostican 7 millones de casos nuevos de cáncer y de ellos 5 millones morirán a causa de un tumor.⁴

En la fase final de la enfermedad sufre numerosos síntomas, siente falta de apoyo, comunicación y aislamiento social. Los Cuidados Paliativos pretenden aliviar dichos síntomas que el ser humano sufre en el proceso de la muerte.⁴

En la actualidad, la Medicina Paliativa resurge con fuerza e instaura bases científico-técnicas y humanísticas para cuidar al paciente terminal.⁴

No debemos olvidar que la medicina sin caridad es inhumana y sin ciencia peligrosa. Como siempre en el punto medio está la virtud.⁴

2.2. Antecedentes históricos de la Eutanasia

En la antigua Grecia la eutanasia no era un dilema ético ya que consideraban que una mala vida no era digna de ser vivida. Hipócrates (s.V. a.C) se posiciona en contra de la eutanasia y prohíbe a los médicos a practicarla, en su juramento redactado jura no dará medicación por más que lo soliciten, piensa que nadie puede asignar el valor paciente porque él tiene el valor inherente. Era conocedor de que este juramento era fácilmente quebrantable por lo que hizo que los médicos juraran que nunca usarían sus saberes ni experimentarían para acabar con la vida de un paciente aún incluso cuando éste se lo pidiera.⁵

Sin embargo, Platón (427-337 a.C) en su obra La República. Libro II dice: “Se dejará morir a quienes no sean sanos de cuerpo” Frase que repite en su Libro IX de Las Leyes. Séneca penaba que era mejor quitarse la vida a vivir una vida sin sentido.¹²

El pensamiento cristiano cobró más fuerza durante la Edad Media y principios del Renacentismo. La eutanasia, el suicidio y el aborto se consideraban pecado, ya que el hombre no podía decidir de la vida que le había otorgado Dios. En la cristiana medieval el arte de la muerte formaba parte del arte de la vida, por tanto, aquel que entendía la vida debía conocer la muerte. La muerte repentina para ellos era la mala muerte, ya que debía



estar plenamente consciente para despedirse de sus seres queridos y presentarse en el más allá con un claro concepto del final de la vida.⁵

Llega la modernidad y con ella se interrumpe el pensamiento anterior para no ser la única perspectiva de vida.⁵

Francisco Bacon escribe en 1623 en su libro História vital et mortis dónde se analiza la problemática de las enfermedades incurables. Fue el primero en retomar el término eutanasia, él diferenciaba dos tipos de eutanasia, “eutanasia exterior” que hacía referencia a la vida y “eutanasia interior” como preparación espiritual para la muerte.

Con los dos tipos anteriormente mencionados Bacon se refiere al “arte de vivir” y al “arte de morir”. La Edad Media sufre un parón inimaginable, se produce la muerte de un enfermo a través de la ayuda de un médico, Tomás Moro , defensor de la eutanasia activa y defensor del suicidio, en Utopía (1478-1535) dice: “ Cuando a estos males incurables se añaden sufrimientos atroces, los magistrados y sacerdotes se presentan al paciente para exhortarle, tratan de hacer ver que ella está privada de los bienes y funciones vitales y puesto que la vida es un puro tormento no debe dudar en aceptar la muerte, no debe dudar en liberarse a sí mismo, o permitir que otros le liberen”.⁵

Moro y Bacon coincidían que era un requisito fundamental para la eutanasia activa el deseo del paciente, en contra de su voluntad no existe lugar para la eutanasia. Pero los médicos de la época no siguieron la tendencia de ambos filósofos, se negaron a la eutanasia externa, justificaron la eutanasia pasiva y preconizaron la eutanasia interior.⁵

Hume defendía “si el disponer de la vida humana fuera algo reservado exclusivamente al Todopoderoso y el que los hombres dispusieran de sus propias vidas se considerase infringir el derecho divino, tan criminal sería el que un hombre actuará para conservar la vida como el que decidiese destruirla”. Justificaba la eutanasia al decir: “una vez que se admite que la edad, la enfermedad o la desgracia pueden convertir la vida en una carga y hacer de ella algo peor que la aniquilación, ninguna persona renunciaría a la vida si esta mereciera conservarla”.⁵

Kant (1724-1804) refería que “el suicidio era malo por cuanto violaba los deberes y el respeto para consigo mismo; frente a la eutanasia se debía tener en cuenta la potencialidad del ser humano que se quita la vida, las posibilidades de desarrollo de sus capacidades. La



vida no vale por si misma sino en función de un proyecto de vida ligado con una libertad y autonomía. Esta se justifica si permite la base material para una vida digna”⁵

Es a principios del siglo XX cuando comienzan a surgir en Europa numerosas sociedades a favor de la eutanasia, y se formulan informes para la legalización de ésta. En estos debates entran figuras como médicos, abogados, filósofos y teólogos.

El programa de la eutanasia estuvo destinado a “purificar” la raza alemana creado este programa por médicos y Hitler permitió la aplicación.⁵

El libro titulado “El permiso para destruir la vida indigna” en 1920 de Alfred Hoche profesor de psiquiatría de la Universidad de Freiburg, decía que los pacientes pedían ayuda para morir, y que esta ayuda fuese otorgada necesitaría tres expertos, el derecho del paciente a revocar la ayuda, una protección legal a dichos expertos que son médicos.

Esta ayuda se daría a pacientes en coma, con daños cerebrales, con retraso mental y con algunas condiciones psiquiátricas.⁵

La palabra eutanasia ha sido utilizada manera incorrecta, como es en el caso de los Nazis que utilizaban el término para eliminar minusválidos y débiles. En 1946-1947 en los juicios de Nuremberg el término fue juzgado como ilegal e inmoral.⁵

El español Séneca partidario de la eutanasia decía: “No se debe ni querer demasiado a la vida ni odiarla demasiado, sino buscar un término medio y ponerle fin cuando la razón lo aconseje. No se trata de huir de la vida, sino de saber dejarla”⁵.

Con la argumentación de Santo Tomás en la difusión del cristianismo se consiguió condenar por suicidio y eutanasia, porque atentaba contra el amor debido a sí mismo, atentaba contra la sociedad y atentaba contra el derecho exclusivo de Dios sobre la vida del hombre.⁵

La Declaración Universal de Derechos Humanos de las Naciones Unidas de 1948 se crea un documento que representa el acuerdo entre las naciones del mundo a que todos tenemos derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de las personas.⁵



2.3. Conceptos generales.

Eutanasia: etimológicamente significa buena muerte, dulce, libre de sufrimientos. La palabra eutanasia procede del griego "eu" facilidad, suavidad, bondad, y "thanatos" muerte, hace referencia a la acción realizada por otra persona a petición expresa del paciente en estado terminal para causarle la muerte de manera indolora.¹⁰

Ortotanásia: este término hace referencia a una muerte de forma natural, en el que la medicina no acelera ni enlentece la muerte. Podríamos decir que es el término medio entre eutanasia y distanásia.¹⁰

Distanásia: su significado es muerte difícil, se refiere a la prolongación innecesaria de sufrimiento de una persona en estado terminal a través de tratamientos y acciones sanitarias para calmar los síntomas presentes en dicho estado aun no exista esperanza de curación.⁶

Homicidio por compasión: este hecho se da lugar cuando se provoca la muerte de un paciente sin que éste haya pedido de forma expresa el final de su vida con el fin de acabar con un padecimiento.⁶

Suicidio asistido o auxilio al suicidio: se produce cuando una persona sufre una enfermedad irreversible y desea acabar con su vida, pide ayuda a alguien que le proporciones conocimientos y medios para llevar a cabo su muerte. Cuando es el médico el que proporciona dicha ayuda se conoce como suicidio médicaamente asistido.⁶

Pendiente resbaladiza: este término hace referencia a los oponentes de la despenalización de la eutanasia solicitada y suicidio asistido. Este argumento defiende que existe un riesgo de no poder prevenir la utilización de la eutanasia en situaciones donde se podría realizar otras alternativas, o en situaciones donde no es oportuno.⁶

Decisión informada: el paciente que quiera acabar con su vida debe tener a su disposición en todo instante de la información que exista sobre su proceso, las diferentes alternativas y posibilidades teniendo en cuenta los cuidados paliativos. Se considera una decisión informada aquella que toma el paciente de forma autónoma para morir bien y basada en los hechos de su proceso, después de haber sido informado de forma adecuada por el médico y demás asistentes.⁶



Futilidad del tratamiento: este término trata de cuando una medida terapéutica no aporta beneficio al paciente terminal, sino todo lo contrario, puede producirle perjuicios superiores y desproporcionados comparándolo con el posible beneficio.⁶

Limitación del esfuerzo terapéutico: este término hace referencia a abandonar la idea de llevar acabo tratamiento que quieran prolongar la vida y aceptar una enfermedad irreversible, incurable. En este término se mantiene solo las técnicas y terapias que garanticen el bienestar del paciente.⁶

3. JUSTIFICACIÓN

La idea de realización de este Trabajo Fin de Máster surgió tras el reciente debate que se encuentra España sobre si legalizar la Eutanasia o no legalizarla, los diferentes pensamientos, cristianos, políticos, derechos del ser humano que actualmente están sobre la mesa sin llegar a ninguna decisión concluyente.

Por ello, como parte del sistema sanitario español, como enfermera, inicio el estudio con este trabajo de todos los aspectos ético-científicos que conlleva.

Por todo lo anteriormente mencionado, cabe en mí el deseo de investigar los límites éticos en este campo lleno de dudas, opiniones y morales individuales.

4. OBJETIVOS

Objetivo General:

El presente Trabajo Fin de Máster tiene como objetivo general definir las distintas cuestiones éticas en el final de la vida.

Objetivos Específicos:

1. Conocer los argumentos éticos de los Cuidados Paliativos y de la Eutanasia.
2. Analizar los conceptos Eutanasia y Suicidio Asistido.
3. Investigar sobre la Objeción de Conciencia del personal sanitario en la decisión final de la vida y el estado de legalidad de la Eutanasia en España.



5. METODOLOGÍA

La metodología utilizada en este Trabajo Fin de Máster es una revisión bibliográfica y un análisis crítico de la literatura científica, buscando en bases de datos sobre la Eutanasia y Cuidados Paliativos, obteniendo información en artículos, guías de práctica clínica y otras fuentes electrónicas.

Las fuentes de información han sido Google Académico, Scielo, Dialnet, artículos de revistas contenido de la Universidad Católica de Valencia y Guía clínica del SECPAL entre otras fuentes.

Las palabras clave utilizadas han sido: Eutanasia (Euthanasia), Suicidio Asistido (Assisted suicides), Cuidados Paliativos (Palliative Care) y Objeción de conciencia (Conscientious objection).

Los operadores booleanos empleados han sido “AND” y “OR”.

La búsqueda obtuvo resultados en dos idiomas: inglés y castellano.

Los criterios de selección han sido artículos en castellano, de reciente publicación, menos de 10 años, excepto algunos que hemos incluido por su interés en el tema en cuestión.

Hemos obtenido un total de 35 artículos de los cuales hemos empleado un total de 21 para la realización de este Trabajo Fin de Máster.

El método de citación del Trabajo es Vancouver, dónde encontraremos dichos artículos citados en el apartado de Bibliografía.



6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

6.1. Cuidados Paliativos

La definición de enfermedad terminal según la SECPAL (Sociedad Española Cuidados Paliativos) existen una serie de características para poder definirla:

1. Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable.
2. Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
3. Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
4. Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.
5. Pronóstico de vida inferior a 6 meses.⁷

Los principios esenciales de los Cuidados Terminales son:

1. Respetar la dignidad del paciente.
2. Respetar los deseos del paciente y la familia
3. Adecuar las medidas a las elecciones realizadas por el paciente.
4. Tratar el dolor y resto de síntomas físicos.
5. Valorar y tratar los problemas psicológicos, sociales y espirituales/religiosos
6. Continuidad en la atención médica si así lo desea.
7. Ofrecer acceso a Cuidados Paliativos y a cuidados en unidades de enfermos terminales.
8. Respetar el derecho a negarse a recibir tratamiento.
9. Respetar la responsabilidad del médico para interrumpir algunos tratamientos teniendo en cuenta las preferencias del paciente y de la familia.
10. Promover la investigación clínica sobre la provisión de cuidados al final de la vida.⁸

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) los Cuidados Paliativos: “Constituyen un planteamiento que mejora la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correctos del dolor y otros problemas, sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual”



La OMS completa la definición de Cuidados Paliativos con una serie de principios:

1. Proporcionan alivio del dolor y otros síntomas.
2. Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso natural.
3. No intentan ni acelerar ni retrasar la muerte.
4. Integran en el cuidado del paciente, los aspectos espirituales y psicológicos.
5. Ayudan a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte.
6. Ayudan a la familia a adaptarse durante la enfermedad del paciente y en el duelo.
7. Mejoran la calidad de vida y pueden influenciar positivamente en el curso de la enfermedad.
8. Son aplicables de forma conjunta con otros tratamientos que pueden prolongar la vida, tales como quimioterapia o radioterapia.

Los Cuidados Paliativos tienen el objetivo de prevenir y tratar síntomas o efectos secundarios de la enfermedad o del tratamiento.

Los Cuidados Paliativos pueden iniciarse una vez instaurado el tratamiento de la enfermedad, durante su seguimiento y al final de la vida.

Los Cuidados Paliativos son desarrollados por un equipo multidisciplinar formado por médicos, enfermeras, nutricionistas, trabajadores sociales, psicólogos y capellán.

Por tanto, podemos realizar una diferencia entre Cuidados Paliativos y Cuidados terminales, ambos tienen el denominador común de proporcionar bienestar, pero los Cuidados Paliativos se pueden iniciar en el momento del diagnóstico y durante el tratamiento y los Cuidados Terminales comienzan una vez suspendido el tratamiento y cuando se tiene claro que la persona no va a sobrevivir a la enfermedad.⁹

6.1.1. Pensamiento ético de los Cuidados Paliativos.

En 1970 aparece el término “Bioética” cogiendo gran impulso a través de los informes de Belmont en 1978 y los Principios de Ética Biomédica de Beauchamp y Childress en 1979, consolidándose cuatro principios. No maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia.¹⁰

Diego Gracia agrupa dichos principios en dos grupos:

- Nivel 1: Principios de no-maleficencia y justicia. En este nivel encontramos la ética de mínimos, materia de leyes y derechos.



- Nivel 2: Principios de autonomía y beneficencia, ética de máximos, es la ética subjetiva, privada de cada uno.

No maleficencia:

No se puede hacer el mal a otra persona, aunque esta nos lo pida, en él encontramos el derecho a la vida, salud y a la integridad física.

Justicia:

Todos los seres humanos somos iguales en dignidad, consideración y respeto. En él encontramos la lucha por la discriminación por cualquier circunstancia.

Beneficencia:

Defiende hacer el bien.

Autonomía:

Defiende que las personas somos un fin y nunca un medio y exige la libertad.

Estos principios nacen como forma de defensa de los derechos fundamentales de la vida que son beneficencia y no maleficencia, la libertad con la autonomía y la igualdad con el principio de justicia.¹

El paciente terminal posee numerosos derechos:

- Derecho a ser tratado como un ser humano vivo hasta su muerte.
- Derecho a tener una esperanza.
- Derecho a la expresión de emociones y sentimientos acerca de la proximidad de su muerte.
- Derecho a recibir asistencia sanitaria incluso si el plan asistencial es modificado a tratamiento de confort.
- Derecho a liberarse del dolor.
- Derecho a recibir respuestas sinceras.
- Derecho a recibir ayuda para la aceptación de su muerte y también su familia.
- Derecho a morir con paz y dignidad.
- Derecho a mantener su individualidad y no ser juzgado por sus decisiones.
- Derecho a ser cuidado por personas capacitadas que ayuden al paciente a enfrentarse con la muerte.
- Derecho a que su cuerpo sea respetado tras la muerte¹⁰



Uno de los principios más importantes en la toma de decisiones al final de la vida es la autonomía. Según Beauchamp respetar la autonomía del paciente enfermo es un proceso dinámico que necesita que el paciente tenga conocimiento, comprensión y no exista coacción.¹⁰

Siguiendo esta línea, los profesionales deben dar la información adecuada, ser conscientes de las capacidades cognitivas que tiene el paciente y entender el proyecto existencial del mismo.¹⁰

Cuando el paciente ejerce el principio de autonomía no se refiere únicamente a una acción, sino un conjunto de toma de pequeñas y grandes decisiones que repercuten significativamente en la evolución de la enfermedad.¹⁰

Ouslander propone siete niveles de decisiones:

1. Soporte vital avanzado (RCP)
2. Ventilación mecánica (VM)
3. Atención e Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)
4. Atención en hospital de agudos, pero sin que se le apliquen RCP, VM o atención en UCI
5. Atención en unidad de larga estancia únicamente, inclusive tratamiento específico cuando estén indicados
6. Cuidados de confort solo con nutrición enteral y/o hidratación si es necesario
7. Cuidados de confort sólo, sin nutrición o hidratación¹⁰

Dentro del principio de autonomía encontramos Voluntades anticipadas como expresión de libertad de elección de medidas terapéuticas¹⁰

Cuando estas voluntades anticipadas no pueden ser expresadas por el propio paciente encontramos dos opciones:

- Voluntades subrogadas o decisiones de sustitución: el paciente delega en un representante que decide por él.
- Testamento vital: el paciente firma y deja por escrito un documento de voluntades anticipadas.¹⁰

A lo largo de la historia de la humanidad los avances médicos relacionados con la etapa final de la vida han sido cuantiosos e increíbles; técnicas de reanimación que han supuesto



graves problemas éticos al decidir si es conveniente la aplicación de dichas técnicas a determinados pacientes.¹¹

Cabe destacar que el inicio de tratamiento curativo y paliativo no es antagonista, sino todo lo contrario, se complementan en diferentes momentos de la persona enferma.¹¹

Los Cuidados Paliativos deben ser activos, continuos, programados e integrales. El objetivo de la medicina paliativa es, de forma resumida por Migue de Unamuno: "El hombre de carne y hueso, el que nace, sufre y duerme y piensa y quiere, el hombre que se ve y a quien se oye, el hermano, el verdadero hermano". Ha dicho hombre, los cuidados paliativos quieren proporcionarle calidad de vida.¹¹

La calidad de vida no es un término fácil de definir, compone numerosas dimensiones como son la espiritual, religioso, psicológico, cultural, afectivo etc. Por tanto, es un término difícilmente calificable, aun así, cuando intentamos valorar la calidad de vida del paciente nos referimos al grado de actividad física, su estado psicológico, su capacidad de mantener relaciones afectivas y el propio juicio de sí mismo.¹¹

La medicina paliativa consta de saber clínico, habilidades, humanidad y necesita de una organización específica. La práctica de estos cuidados paliativos se basa en tratar síntomas, información y comunicación, apoyo emocional al paciente y a la familia. Todo ello a través de un equipo multidisciplinar.¹¹

Tratamiento de los síntomas:

Los síntomas que presentan un paciente terminal son numerosos, intensos, dinámicos y multifactoriales, pueden ser de tipo físico, psíquico y espirituales.¹¹

El cometido de los Cuidados Paliativos es hacer una correcta valoración de éstos y tratar al enfermo de forma individualizada.¹¹

Información y comunicación:

El paciente tiene derecho a la información, una buena información requiere una buena comunicación, que esta supone una buena escucha y para ello se necesita respeto, empatía y aceptación.¹¹

Apoyo emocional al enfermo y familia:

Cuando la familia del paciente recibe la noticia de la enfermedad incurable se rompe la armonía existente y ésta debe adaptarse a la nueva situación. La familia se encuentra en



estos momentos con un sufrimiento por el paciente, carga de cuidados alteraciones psicológicas.¹¹

Son un gran número de enfermedades que no tiene curación en la actualidad y es inherente el proceso de muerte en el hombre, ya que la muerte es un hecho existente en nuestra vida. 11 No es una derrota médica cuando no se puede curar a un enfermo, en esos momentos es necesario poner en práctica el segundo fin de la medicina: el cuidado y el alivio cuando la curación es imposible.¹¹

La obstinación terapéutica es conocida como la recomendación o aplicación por parte del médico de maniobras de prevención, pruebas diagnósticas o tratamientos que, en ese caso concreto, o bien carecen de utilidad, o bien resultan intolerables o excesivamente onerosos para el paciente o su familia.¹¹

Juan Pablo II en la Encíclica *Evangelium Vitae* define el ensañamiento terapéutico: "Ciertas intervenciones médicas ya no adecuadas a la situación real del enfermo, por ser desproporcionadas a los resultados que se podrían esperar, o bien, por ser demasiado gravosos para el enfermo o su familia".¹¹

La acción de dejar que la muerte siga su curso natural cuando hay certeza de muerte inminente y el tratamiento es ineficaz, forma parte de la práctica reconocida como ética.¹¹

6.2. Eutanasia y Suicidio Asistido

Eduardo Rivera López presenta 3 criterios éticos contenidos en el hecho moral de la eutanasia:

- Voluntad del paciente.
- Método empleado para anticipar la muerte del paciente.
- Consecuencias que prevé el médico en su comportamiento.¹²

Siguiendo esta clasificación, podemos ver definir dentro de la eutanasia:

1) Voluntad del paciente

- Voluntaria: consentimiento del paciente a que se le practique la eutanasia.
- No voluntaria: el paciente no presta su consentimiento porque no posee las competencias necesarias para hacerlo.



- Involuntaria: el paciente no presta su consentimiento, porque quiere mantener su vida o porque pudiendo prestar su consentimiento no se le consultó. Aunque exista un representante legal del paciente que afirmase que el paciente querría que le practicaran la eutanasia se considera eutanasia involuntaria.¹²
- 2) Comportamiento médico
- Activa: se refiere a realizar una acción en concreta para dicho fin: dar un medicamento, desconectar determinado aparato médico.¹²
 - Pasiva: se refiere a no realizar determinado acto necesario para el mantenimiento de la vida: no dar dicho medicamento, no conectar el aparato médico. Dentro de este tipo existe la posibilidad de ser la pasiva total cuando se retira por completo el sostén vital como la nutrición, hidratación, se puede administrar opiáceos en este tipo, se sigue considerando total cuando se elimina lo indispensable. El resto dentro de la pasiva sería parcial.¹²
- 3) Atendiendo la previsión médica
- Directa: podemos definirla como el medio para llegar a un fin, la muerte de paciente es terminar con el dolor y el sufrimiento.
 - Indirecta: se produce cuando la muerte es por consecuencia previsible pero no buscada, un efecto colateral de otro fin, que es el de aliviar el dolor y el sufrimiento.¹²
- Eduardo Rivera López realiza una clasificación más detallada que se podría graduar desde la práctica más débil hasta la más fuerte de la eutanasia:
- I *Eutanasia Voluntaria Pasiva Indirecta*: el paciente da su consentimiento para que no se lleven a cabo ciertas acciones, teniendo como consecuencia que el paciente vivirá menos tiempo que si accediese a realizarse dichas acciones.¹²
 - II *Eutanasia Voluntaria Activa Indirecta*: el paciente da su consentimiento para que se le proporcione el alivio del sufrimiento, siendo conocedor de que el efecto colateral de dicho acto sea el fin de su vida.¹²
 - III *Eutanasia Voluntaria Pasiva Directa*: el paciente da su consentimiento para que se ponga fin algún tipo de tratamiento para así, acortar su vida. Dentro de este tipo tenemos la completa que consiste en no proporcionar nutrición e hidratación al paciente, pero sí analgesia y sedación.¹²



- IV. *Eutanasia Voluntaria Activa Directa:* el paciente da su consentimiento en que se le realice alguna acción sanitaria para acabar con su vida y con el sufrimiento.¹²

La diferencia que podemos obtener entre los términos “eutanasia” y “suicidio asistido” es en el sujeto que realiza la acción. En la eutanasia, una persona que no es el paciente realiza el acto mientras que en el suicidio asistido es el paciente el sujeto activo.¹³

Ambos conceptos han creado grandes dilemas éticos no sólo en el mundo de las ciencias de la salud, sino que también se han desarrollado en el campo legal y político. Esto se debe, principalmente porque el problema está en la relación vida-muerte, en todas sus dimensiones, no solo fisiológicas y psicológicas, sino en las culturales, políticas y sociales también.¹³

El problema del suicidio medicamente asistido erradica en el suicidio, ya que no puede ser penado legalmente como homicidio, ya que el penado es el que lo comete.¹³

La muerte asistida está permitida en Países Bajos, Bélgica, Luxemburgo, Suiza, Canadá, Estados Unidos, Oregon, Washington, Montana, Vermont y Colombia.

Sin embargo, en España este acto sigue siendo ilegal y su ejecución conlleva un delito del Código Penal.

El suicidio medicamente asistido hace referencia a que un médico proporciona los medios a un paciente que quiere suicidarse.¹³

El Consejo para Asuntos Éticos y Jurídicos de la Asociación Médica Americana ha establecido: “*lo que se denomina eutanasia es un eufemismo que esconde la intención de matar a una persona; esto no es parte de la práctica médica, así se realice con o sin consentimiento del paciente*”.¹³

Una de las cuestiones que encontramos en el suicidio asistido es si este es considerado un problema de salud, y si este problema de salud es personal, individual o es un problema social y político.¹³



6.2.1. Pensamiento ético de la eutanasia

Antes de realizar un análisis del término eutanasia, es necesario explicar lo que entendemos como muerte del hombre desde diferentes planos. En el plano filosófico debemos preguntarnos qué es la muerte y el proceso de morir para el ser humano, y desde el plano científico-médico definir cuáles son los criterios clínicos para otorgar un diagnóstico de muerte.¹⁴

La diferencia con los seres inertes es que tenemos capacidad de auto-moverse y poseemos una unidad orgánica intrínseca, por tanto, consideramos muerte a la pérdida irreversible de la capacidad de movimiento y unidad intrínseca del organismo. Son muchos filósofos de la bioética que defienden que hay vida específicamente sólo si hay conciencia de capacidad de deliberación, es un pensamiento funcionalista que cree que quien haya perdido la capacidad de moverse, pensar y decidir, independientemente que mantenga su unidad intrínseca somática, no es persona y carece de dignidad.¹⁴

En cuanto a la unidad intrínseca somática, llamamos muerte cuando se produce una pérdida total e irreversible de ésta. Para el ser humano esta pérdida puede darse de tres maneras: por ruptura anatómica, por parada cardiorrespiratoria sin reanimación y por muerte encefálica. En cualquier otro caso distinto a lo anteriormente mencionado, estamos ante un ser vivo al que se debe respetar su vida, evitarle daños, ayudarle, asistirle y cuidarle de la misma manera y respeto del que es merecedor, para que tenga una vida máximamente digna hasta el último de sus días.¹⁴

El concepto actual de vida humana, desde el punto de vista biológico, es que cada ser humano es único e irrepetible, valioso por el hecho de serlo y de vivir. La Ciencia positiva nos muestra cómo es el principio y el fin del hombre, propone intervenciones para prolongar la salud. Todo ello nos lleva a construir un sistema de valores basado en el ser humano como fin y no como medio.¹⁴

Desde el punto de vista ético, la eutanasia activa estaría permitida si el paciente concede el consentimiento pleno y claro, ya que él es autónomo y dueño de su vida.¹⁵

En los últimos años el principio de autonomía ha desplazado al de beneficencia como primer principio de la ética médica. Es por ello, que la relación médico-paciente es más abierta y sincera, y se respeta más la dignidad del paciente.¹⁵



La integridad abarca la autonomía, porque si perdemos la integridad se impide que obremos como ser humano intacto y completo. Pero autonomía no es sinónimo de integridad ya que ésta última incluye conceptos como totalidad fisiológica, psicológica y espiritual. La integridad es un atributo de todos los seres humanos, en pleno uso de sus facultades o no, no admite grados si se puede perder.¹⁵

La condición moral óptima es el resultado de la decisión entre médico y paciente, el médico debe tomar la decisión por los intereses del paciente y con el paciente.¹⁵

Es el médico el que debe realizar una diferenciación entre prolongar la vida y prolongar la muerte. Un buen médico no es el que “hace hasta lo último” por el paciente, en la rama de la medicina hay que saber que hacer, pero mucho más importante que no hacer, ya que el “encarnizamiento terapéutico” carece de sentido.¹⁵

Otro de los factores que entran en juego en este controvertido tema es la calidad de vida. La calidad de vida es definida por toda su magnitud por el paciente, por tanto, tiene una carga subjetiva que es difícil definir la “calidad de vida de una persona” ya que para cada uno de nosotros tiene un significado distinto.¹⁵

Cabe destacar que no debemos confundir dos conceptos: “calidad de vida” y “valor de la vida” ya que la primera es variable pero el valor de la vida no y es inherente al ser humano e independiente de las circunstancias.¹⁵

En cuanto al uso de medios ordinarios y extraordinarios en el paciente terminal, se ha establecido que deben usarse medios ordinarios y no hay obligación de usar los extraordinarios, llevando este concepto a la práctica resulta difícil diferenciar unos con otros, ya que estos conceptos pueden cambiar en el tiempo y lugar, por eso en términos de bioética estos conceptos fueron cambiados por proporcionados y no proporcionados.¹⁵

Hay 4 criterios que pueden servir para clasificar un recurso de extraordinario o no proporcionado para un paciente:

1. El sufrimiento que produce no compensa el beneficio buscado para el enfermo
2. El beneficio obtenido no tiene significancia, si se evalúa dentro de la salud total del paciente.
3. El recurso tiene bajo porcentaje de efectividad.
4. El paciente, la familia, o la sociedad debe hacer una gran erogación para obtener el recurso.¹⁵



Por tanto, la perspectiva ética de la eutanasia defiende los siguientes argumentos:

- **Principio de autonomía:** es el enfermo el principal protagonista, él quien debe tomar todas sus decisiones, como es el rechazo de un tratamiento médico, aun sabiendo que puede ser perjudicial para él e incluso provocarle la muerte. Respetar sus elecciones y la forma que decide terminar su vida.
- **Evitar el sufrimiento:** hay que hacer lo máximo posible para evitar el sufrimiento del paciente y tener en cuenta la eutanasia como última alternativa.

6.3. Enfrentamiento de ambas posiciones éticas

Gonzalo Herranz dice: “para evitar confusiones semánticas, nos deberíamos olvidar de la noble ascendencia etimológica de la palabra y entender ahora por eutanasia, lisa y llanamente, el matar sin dolor y deliberadamente, de ordinario mediante procedimientos de apariencia médica, a personas que se tienen como destinadas a una vida atormentada por el dolor o limitada por la incapacidad, con el propósito de ahorrarles sufrimientos o de liberar a la sociedad de una carga inútil”. Es importante situar el término eutanasia, en el ámbito de las intenciones Pardo Sáez, indica:¹⁶

- Se realiza eutanasia cuando se tiene la intención de acabar con su vida o apresurar la muerte de una persona.
- Cuando se intenta aliviar el sufrimiento de un paciente terminal no se hay eutanasia, aunque la aplicación de tratamientos como fármacos aceleren la muerte.
- Cuando garantizamos los cuidados mínimos y básicos al paciente y omitimos, interrumpimos o no comenzamos procedimientos médicos no hay eutanasia. Si nos situamos en la práctica, la eutanasia es facilitar o realizar la muerte de una persona mediante un acto médico que puede ser activo (fármaco letal) o pasivo (dejando de prestar cuidados o terapias a petición expresa del paciente).
- No es eutanasia no iniciar o suspender un tratamiento por petición expresa del paciente.
- No proporcionar una medicina que no es útil no es eutanasia, sino, encarnizamiento u obstinación terapéutica.



- No es eutanasia tratar el dolor del paciente en estado terminal y que se produjera como efecto secundario el aceleramiento de su muerte.¹⁶

Argumentos a favor de la Eutanasia:

1. Mantenimiento del paciente de autonomía y el derecho a una muerte digna.
2. Cuando en una situación de un paciente terminal, contenga sufrimiento, agonía, o dependencia y el mantenimiento de esa vida suponga más inconvenientes, por lo que la muerte de esa persona es una ventaja para todos.
3. Evitar siempre que sea posible alargar un proceso de sufrimiento y agonía deshumanizada, siendo entonces la eutanasia, un acto de misericordia.¹⁶

Argumentos en contra de la Eutanasia:

1. El concepto de “Autonomía” es inadecuado y exaltado. Nuestra libertad nos permite decidir cómo desarrollar nuestra vida, pero no cuando debe acabar. La muerte de una persona no afecta sólo a ella y a sus personas cercanas sino a muchos más. Se debería preguntar la sociedad que ha hecho para que una persona quiera acabar con su vida.¹⁶ Las acciones médicas se rigen por los principios bioéticos, aplicando primero los principios de no maleficencia y justicia y luego con beneficencia y autonomía. Sin embargo, con la eutanasia se aplicaría la beneficencia y malinterpretar el principio de autonomía.¹⁶

La autonomía es un componente con gran valor en la dignidad de la persona, pero la deficiencia de una plena autonomía no resta dignidad a la persona, ya que, si no cuestionaríamos a las personas discapacitadas o dependientes, que no disfrutan de una autonomía plena.¹⁶

Desde una perspectiva subjetiva, la vida es un bien disponible y como todo bien disponible expuesto a opinión, puede pasar a ser un valor prescindible por otros. Si de forma contraria, consideramos la vida como un valor intransable no sería un bien disponible ni por el dueño de su propia vida ni para otras personas.¹⁶

2. En pocas ocasiones se solicita la eutanasia si se administra los cuidados adecuados y necesario en el paciente. Muchos pacientes que piden la eutanasia lo que realmente piden es que no quieren seguir viviendo en esas condiciones ni de esa manera.¹⁶ Modificando el comportamiento frente al enfermo, aliviando, consolando y comprendiéndole, la actitud del paciente puede variar radicalmente.¹⁶



3. Si se práctica eutanasia por sufrimientos físicos insopportables pronto se extendería a practicarla también con pacientes con trastornos mentales. Por tanto, también podría aplicarse a pacientes depresivos, cuando en una crisis aguda solicitasen la muerte.¹

Si se llegase a legalizar la eutanasia, aún en su forma más restrictiva, su práctica daría la aplicación de ésta en casos más amplios y situaciones más ambiguas, ya que los médicos se sienten respaldados legalmente a su práctica.¹⁶

4. La relación médico-paciente se vería empeorada por la autorización de la eutanasia, y se produciría una disminución de la confianza hacia el médico por parte del paciente y de la sociedad en general, ya que existe el concepto de que el médico nunca le produciría un daño deliberado al paciente y no lo abandonaría nunca.¹⁶
5. Suicidio cultural, eutanasia no voluntaria, implica que una persona tiene derecho a decidir cuándo se acaba la vida de otra persona, algo inaceptable.

Crear una “sociedad perfecta” a partir del concepto “utilitarista” en el que se piensa que se ahorrarían muchos recursos sanitarios aplicando la eutanasia en pacientes graves e incurables, así pudiendo salvar a un mayor número de personas, considera de esta manera la medicina como un recurso económico más que un servicio a la sociedad.¹⁶

6. Autorizar la eutanasia es cómo echar un peso de “culpabilidad” a ancianos, enfermos incurables, pacientes con enfermedades degenerativas, haciéndoles sentir que deben aliviar cargas sociales y económicas a sus familias. Esto introduce un factor desestabilizador dentro de la unidad familiar y de relaciones humanas.¹⁶

Ante la llegada de la muerte, todo ser humano tiene derecho a morir en paz. Existen situaciones en las que la muerte parece inevitable, aplicar tratamientos, medidas desproporcionadas para alargar la vida del paciente no es lícito, moral ni éticamente aceptable, suponiendo una conducta médica inapropiada y reprobable.

El “principio ético del doble efecto” es lícito iniciar una medida que pretende aliviar el sufrimiento, usando acciones o tratamientos que pudieran tener, como efecto secundario no intencionado, algún daño para el paciente.¹⁶

Una de las condiciones que se deben cumplir en este “principio ético del doble efecto” es que además de que la acción debe ser buena, que esta acción sea la correcta, buscar un efecto bueno, debe de existir un equilibrio entre el efecto bueno y el malo que se produce como consecuencia.¹⁶



La Medicina Paliativa no busca prolongar la vida del paciente ni decidir cuándo acabar con ella practicando la eutanasia, todo lo contrario, busca cuidar con dignidad al paciente hasta el final de su vida, convirtiéndola así en una alternativa ética, válida e irreprochable.¹⁶

Desde el punto de vista ético, la sedación terminal es un tratamiento destinado a aliviar el sufrimiento del paciente, no el dolor ni pena de él y sus seres queridos.

Para decidir sedar a un paciente siempre es necesario su consentimiento expreso, pero si llevamos la teoría a la práctica nos encontramos a personas emocional y físicamente frágiles y con la capacidad de decisión disminuida. Es en estos casos, dónde se obtiene el consentimiento de forma delegada transmitiendo los valores y deseos que manifiesta el paciente terminal cuando pudo a su familia.¹⁶

Los términos sedación y eutanasia no son sinónimos, son conceptos muy distintos. En primer lugar, la intencionalidad de cada concepto, con la sedación se quiere aliviar el sufrimiento del paciente, pero no eliminar su vida.¹⁶

Los fármacos utilizados en la sedación y en la eutanasia son similares y muchos de ellos iguales, pero no sus dosis de administración, es por ello por lo que en la historia clínica del paciente debe quedar reflejado la dosis de fármacos, la indicación de éstos, que son muy distintas a las dosis, combinación de fármacos letales utilizados en la eutanasia. En la sedación se busca el alivio del sufrimiento, en la eutanasia la muerte del paciente.¹⁶

El Código Hipocrático es el que guía el modo de actuación en la Medicina Paliativa, en él se afirma la importancia de la vida considerando la muerte como un proceso normal, establecer un proceso que no acelere la llegada de la muerte ni tampoco la demore, proporcionar alivio, integrar aspectos psicológicos y espirituales, ofrecer una red de apoyo a la familia para el afrontamiento de la enfermedad y sobrellevar el período de muerte.¹⁶



6.3.1. Problemas bioéticos en el personal sanitario

Definimos “Objeción de conciencia” como: derecho individual a no atender aquellas demandas de actuación que resultan incompatibles con las propias convicciones morales.⁶

En el sistema continental, la objeción de conciencia es considerada como un enfrentamiento tolerable a la ley general. Palomino indica las siguientes claves de esta definición:

- En primer lugar, la objeción de conciencia es, ante todo un comportamiento, no es exclusivamente la posibilidad de eximir una norma jurídica.
- En segundo lugar, dicho comportamiento tiene relación directa a la ética.
- En tercer lugar, es un comportamiento poco frecuente por lo que el ámbito jurídico no tiene, en principio, problema para conceder la exención.
- En cuarto lugar, la primera respuesta obtenida por el ámbito jurídico ante la objeción de conciencia es la sanción.
- En quinto lugar, cuando el Estado democrático considera la objeción como fenómeno digno de protección puede considerarse una presunción de legalidad.¹⁶
- En Norteamérica la objeción de conciencia se asienta en la primera enmienda, en la que por un lado no el Congreso no podría dar ninguna ley que establezca una religión y por otro, no podría dar norma que prohíba el libre ejercicio.¹⁷
- Según la objeción de conciencia Norteamericana Palomino describe tres características:
 - En primer lugar, el análisis de la objeción de conciencia se basa en la posibilidad de exención a sujetos reclamantes de su derecho constitucional basado en la Free Exercise Clause.
 - En segundo lugar, no concede régimen de exención si no es por argumento religioso, salvo excepciones.
 - En tercer lugar, el fundamento de muchos supuestos limita la posibilidad de objeción por objector religioso.¹⁷

Para algunas personas la bioética supone una sustitución de la deontología médica, cuyo efecto es moralizar algunas conductas por parte del paciente y algunas conductas por parte del médico. La eutanasia apareció como un imperativo deontológico al médico respecto a



su conciencia y autonomía. Este imperativo le otorga un poder, se cubre bajo un mandato deontológico.¹⁷

En la práctica el equipo sanitario que atiende a un paciente en estado terminal puede tener la duda de conciencia de sí una determinada práctica de abstención de tratamiento o sedación eutanasica.¹⁷

Podemos encontrarnos diferentes situaciones que complican la combinación de los términos eutanasia y moralidad.

1. *La Eutanasia Voluntaria Pasiva Indirecta:* consiste en rechazar un tratamiento, si el médico se niega a aceptarlo es reprochable ya que no respeta el principio de autonomía por obstinación terapéutica, en el caso de que el tratamiento podría producir beneficios para el paciente y ni por encarnizamiento terapéutico si persiste en hacerlo sabiendo que produce dolor o ningún beneficio.
2. *La Eutanasia Voluntaria Activa Indirecta:* es considerada una buena praxis médica ya que el médico se niega a realizar la eutanasia por principios morales. Pero si el médico se niega a administra un tratamiento que calme el sufrimiento del paciente es impericia médica y se considera mala praxis.
3. *La Eutanasia Voluntaria Pasiva Directa:* se considera un rechazo al tratamiento, negarse implica obstinación o encarnizamiento terapéutico, agravado por el incumplimiento de respeto por el principio de autonomía. La buena praxis médica es consistente con la aplicación de cuidados paliativos.¹²

España cuenta con pocos estudios sociológicos sobre la eutanasia. Tenemos un estudio en el año 2000 realizado por (OCU) Organización de Consumidores y Usuarios y otro realizado en 2002 por el (CIS) Centro de Investigaciones Sociológicas.⁶

Los resultados del estudio de la OCU en el año 2000 fueron:

- Participan en la encuesta 2.500 personas, entre ellas 477 médicos, un tercio de ellos de cuidados paliativos, 63 enfermeras, 961 familiares de pacientes fallecidos de cáncer y población general.
- Tres de cada 4 personas encuestadas están a favor de una legalización que permita solicitar la eutanasia en caso de enfermedad dolorosa y en situación próxima a la muerte.



- El 65% de los médicos reconocen haber recibido alguna vez la petición de algún tipo de eutanasia o de suicidio asistido.
- El 85% de las enfermeras reconocen haber recibido alguna vez la petición de algún tipo de eutanasia o de suicidio asistido.
- El 21% de los médicos encuestados reconoce que se practica la eutanasia directa.
- El 15% de los médicos reconoce haber practicado al menos una vez la eutanasia activa.⁶

Los resultados del estudio CIS fueron:

- El objetivo es conocer la actitudes y opiniones de 1.057 médicos ante la eutanasia, seleccionados de forma aleatoria entre las distintas especialidades.
- El 57% de los médicos ha recibido la petición de suspensión o no inicio de tratamiento.
- El 19% de los médicos ha recibido la demanda de administración de una sobredosis de fármaco para acelerar el final de la vida.
- El 7,8% de los médicos ha recibido la solicitud de una dosis letal de fármaco para que el paciente pueda acabar el mismo con su vida.
- El 21,5% de los médicos cree que la ley debería permitir la ayuda al suicidio en caso de una enfermedad incurable, dolorosa y próxima a la muerte.
- El 21,6% de los médicos cree que ante la situación anterior la ley debería permitir administrar un tratamiento que acabase con la vida de quien lo solicita.
- El 17% de los médicos cree que la ley tendría que permitir proporcionar una dosis letal a pacientes no terminales, pero con graves sufrimientos físicos y psíquicos que lo solicitaran, para que ellos mismos se la administraran.
- El 7% de los médicos estarían de acuerdo en administrar la eutanasia en el caso de que se tratase de niños.
- El 84% de los médicos cree que un buen sistema de cuidados paliativos no resuelve todas las solicitudes de eutanasia.
- El 41,5% de los médicos cree que debe cambiar la ley para permitir la ayuda al suicidio o la eutanasia a los enfermos terminales que lo soliciten.



- El 18% de los médicos cree que debe cambiar la ley para permitir la ayuda al suicidio o la eutanasia a los enfermos no terminales con graves sufrimientos físicos o psíquicos que lo solicite.⁶

La atención que presta un médico al paciente en el final de la vida exige por parte del médico tener una cultura médica y ética sólida. El deber del médico es curar y si no es posible es aliviar el sufrimiento.¹⁸

A los cuidados al final de la vida, existen varios conceptos éticos que tiene una función importante en la orientación de los mismos como son los criterios y diferencias entre mantener o quitar alimentos, matar o dejar morir y las consecuencias probables a tales decisiones, llamado “Doble Efecto”. Anexo 1.18

Los médicos siempre han considerado la eutanasia como algo ética y legalmente injustificables. Este rechazo surge del deseo de mantener la vida y mantener la integridad ética de la profesión.¹⁸

Otro tema en cuestión dentro de la eutanasia y los profesionales sanitarios es la futilidad terapéutica, denominado también encarnizamiento terapéutico. Ya se encuentra prohibido en el Código de Ética Médica y considerada una mala praxis. Es necesario la comprensión por parte del personal sanitario que es distinto permitir morir que matar.

Los objetivos terapéuticos deben estar evaluados de forma continua en el proceso de enfermedad del paciente y en el momento que se compruebe que la actuación es inútil se debe de fijar la máxima prioridad a ayudar morir con dignidad.¹⁸

Para realizar una toma de decisiones en el paciente terminal el médico debe tener en cuenta:

- Lex artis: formada por los principios científicos-éticos que orientan la práctica médica en una circunstancia concreta. Hay que sopesar el riesgo-beneficio de los tratamientos y ser responsable con el uso de recursos terapéuticos.
- Situación del paciente: el médico debe ser conocedor de las condiciones que rodean al paciente, para fijar unos objetivos terapéuticos basados en el bienestar del paciente.¹⁸

Las decisiones tomadas por parte del paciente y la familia entorno a la limitación del esfuerzo terapéutico no tiene como objetivo dejar morir al paciente, sino renunciar a técnicas o tratamientos no eficaces. Esta decisión requiere de consenso, son revisables en una unidad



de cuidados paliativos y respetando siempre la objeción de conciencia de todas las personas implicadas.¹⁸

Para la aplicación de principios bioéticos a cada enfermo es necesario el consenso clínico-ético dentro del equipo sanitario.¹⁸

Este consenso debe estar presente cuando se toma la decisión de limitar el esfuerzo terapéutico, se deberá tener en cuenta la calidad de vida y la futilidad terapéutica, siempre dando la información al paciente y a la familia.¹⁸

Si se presenta dentro del equipo sanitario de prestación de cuidados diferencias de pensamiento se debe reconsiderar el problema, fijar unos objetivos y plazos para la respuesta a un tratamiento. Si este consenso no fuera posible se respetará que un profesional quiera apartarse del caso clínico por objeción de conciencia¹⁷

Existe el Comité de ética Asistencial, que en el caso de que persista las discrepancias y conflicto se puede buscar su ayuda. Si un paciente pide la eutanasia al médico y éste juzgase el procedimiento como inadecuado por razones científicas o éticas el médico queda dispensado de su obligación de asistencia.¹⁸

6.3.2. Legislación actual vigente

En la actualidad, la eutanasia en España está penalizada bajo el artículo 143 del Código Penal.

- Inducción al suicidio: prisión entre 4-8 años.
- Cooperación en actos necesarios para el suicidio 2-5 años de prisión.
- Cooperación hasta la ejecución de la muerte: prisión entre 6-10 años.
- Causa o cooperación en actos necesarios para la muerte por petición expresa de la víctima que sufre una enfermedad grave o graves padecimientos difíciles de soportar, será castigado con pena entre 18 meses -3 años.¹⁹

En el artículo 143 del Código Penal Español se realiza una distinción entre:

Homicidio-Suicidio: haciendo referencia a los tres primeros números del artículo:

1. Inducción al suicidio: no es solo la mera incitación de una persona a la víctima, va más allá consiguiendo el objetivo de la muerte a través de consejos, ánimo, promesas, amenazas o vejaciones. La víctima acaba con su vida acaba con su vida por la actitud



ejercida de otra persona, más que por su necesidad o convencimiento. Esta Inducción al Suicidio estará castigada con prisión entre 4-8 años.¹⁹

2. Cooperación con actos necesarios: en este caso, se acepta la voluntad del suicida y la persona ayuda con un acto para lograr su finalidad, el suicidio, que sin este acto no podría producirse la muerte de la víctima. Este segundo caso está penalizado entre 2-5 años de prisión.¹⁹
3. Ejecución de la muerte: la persona se convierte en autor material de la muerte de la víctima que desea dicho objetivo, castigándose esta opción entre 6-20 años de prisión, la mayor de los tres casos.¹⁹

Homicidio-Eutanasia se encuentra en el número **4 del artículo 143 del CP**, los hechos son similares a los de cooperación del suicidio hasta el punto de ejecutar la muerte, pero se estable una serie de diferencias que son las causas atenuantes:

1. Petición expresa, seria e inequívoca de la víctima.
2. Esta petición de la víctima se debe a al padecimiento de una enfermedad grave que conduce, necesariamente, a la muerte.
3. La víctima padece padecimientos graves muy difíciles de soportar.¹⁹

Ante los atenuantes anteriormente mencionados, el CP castiga con prisión entre 18 meses-3 años.¹⁹

Una vez mencionados la tipificación penal de los actos que rodean la eutanasia, vamos a dar comienzo a la localización de los principios humanos que entran en debate en nuestra cuestión.

En la Constitución Española de 1978 encontramos la norma que regula los derechos fundamentales de los ciudadanos, aquellos derechos que nos hacen iguales y garantizan nuestras libertades.

En el Art.10 de la CE encontramos el derecho a la libertad, entendida dentro de los límites del desarrollo de la personalidad, en el respeto a la ley y los derechos a los demás.

En el Art.15 encontramos el derecho a la vida y a la integridad física y moral, dónde se matiza que en ningún caso pueda ésta ser sometida a tortura, tartos inhumanos y degradantes.

El debate legal sobre el derecho o no a la muerte comenzó en 1996 cuando se realizó un intento de despenalización en el CP de la eutanasia. Cabe destacar que el suicidio o muerte



voluntaria con lo que respecta al CP no están tipificados como delito, pero en el artículo 143 los 4 primeros puntos, que ya hemos definido anteriormente, tienen su castigo definido.²⁰ La ley 41/2002 del 14 de noviembre regula autonomía del paciente. En su art.8 encontramos el Consentimiento Informado y en el art.11 encontramos las Instrucciones Previas.

Este documento de Instrucciones Previas es importante ya que permite el manifiesto anticipado de la voluntad de la persona y dejar constancia de la misma de cara a un futuro, por si dicha persona se viera en una situación de enfermedad o padecimiento incompatible con la comunicación de sus deseos y voluntades.²⁰

Art 11.3 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, de Autonomía del Paciente: “No serán aplicadas las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico, a la lex artis, ni las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto en el momento de manifestarlas (...).”

En el art.2 en su punto nº4 previsto en la ley, se establece la posibilidad de negarse a un tratamiento, salvo los supuestos excluidos por el derecho. Este supuesto puede dar pie a una eutanasia pasiva.²⁰

En España tenemos legislación autonómica que regula la muerte digna y el derecho a los cuidados paliativos: Ley 2/2010 de 8 de abril en Andalucía; Ley 10/2001, de 24 de marzo en Aragón o Ley 1/2015 de 9 de febrero en Canarias. Todas ellas recogen en su artículo 8 el derecho a rechazar la intervención de la siguiente manera: “Toda persona tiene derecho a rechazar la intervención propuesta por los profesionales sanitarios, tras un proceso de información y decisión, aunque ello pueda poner en peligro su vida. Dicho rechazo deberá constar por escrito. Si no pudiere firmar, firmará por el paciente una persona que actuará como testigo a su ruego, dejando constancia de su identificación y del motivo que impide la firma por la persona que rechaza la intervención propuesta. Todo ello deberá constar por escrito en la historia clínica.”²¹

Otro punto por destacar de estas leyes es el artículo 21, la limitación del esfuerzo terapéutico. Esta ley alude al personal sanitario a la buena praxis, adecuando las medidas terapéuticas a la situación clínica del paciente, para evitar la obstinación terapéutica. Para que se produzca la limitación del esfuerzo terapéutico deben estar de acuerdo el paciente o su representante legal, dos profesionales sanitarios que participen en el proceso, de los



cuales uno debe ser facultativo y otro personal de enfermería que presta los cuidados, todo ello debe estar recogido en la historia clínica.²⁰

Otra controversia encontrada se halla en el art.112 en su apartado c que dice: “A recibir, cuando lo necesiten, sedación paliativa, aunque ello implique un acortamiento de la vida, mediante la administración de fármacos en las dosis y combinaciones requeridas para reducir su conciencia, con el fin de aliviar adecuadamente su sufrimiento o síntomas refractarios al tratamiento específico”. La complicada situación que supone una sedación paliativa debería estar adecuadamente regulada y correctamente limitado.

En esta norma encontramos que el paciente puede rechazar tratamiento o no iniciarlos por ser extremadamente invasivos o penosos, derecho reconocido en la Ley 14/ 2002 de Autonomía del Paciente. Pero se considera que el paciente posee la autonomía suficiente para autoimponerse tratamientos como la sedación paliativa cuando esta decisión sería contraria con la buena praxis médica, esto no protege al paciente contra la obstinación terapéutica.²⁰

Los últimos acontecimientos ocurridos en España es la Proposición de Ley Orgánica del PSOE para regular la eutanasia en España, con un apoyo de 200 diputados y con votos en contra de los partidos Vox, Partido Popular, Navarra Suma y Foro Asturias.²¹

El Grupo Parlamentario Socialista defiende el objetivo de “regular un nuevo derecho” y “quien quiera ejercerlo, pueda hacerlo”. María Luisa Carcedo insiste en que este derecho será para personas que sufran “una enfermedad incurable y que les está generando un sufrimiento y un dolor insopportable para su dignidad e integridad física y moral”.²²

Sus defensores indican que para solicitar dicha ayuda se deberá ser mayor de edad, nacionalidad española o residencia legal en España y tener plena capacidad de obra. Esta decisión deberá ser autónoma, informada y consciente.²²

Para el acceso de esa ayuda el paciente debe completar dos escritos, manteniendo una diferencia de quince días entre ambos.²²

En el caso de que el paciente esté impedido físicamente, será otra persona mayor de edad la que podrá firmarlo, llevándose acabo delante de un profesional sanitario que le dará validez. También se podrá solicitar a través de las instrucciones previas.²¹

Se establecen dos modalidades, la administración directa al paciente una sustancia por parte del profesional sanitario o la ingesta por parte del paciente de una sustancia prescrita por el médico.²²



7. CONCLUSIONES

Tras el estudio realizado en este mundo de controversias éticas de los conceptos eutanasia y cuidados paliativos, podemos concluir las siguientes afirmaciones teniendo en cuenta los objetivos fijados en este Trabajo Fin de Máster:

1. Los Cuidados Paliativos reivindican que un paciente que recibe unos adecuados cuidados paliativos no demanda la eutanasia. Si un paciente demanda la eutanasia es porque no quiere seguir viviendo de la manera y condiciones que lo está haciendo en ese momento, por tanto, la solución no sería acabar con su vida, si no modificar dichas condiciones.

Si la eutanasia fuese legal se crearía unos límites peligrosos en contra del derecho a la vida en otras situaciones. La eutanasia sucumbe a la ética médica, que este encaminada en eliminar el dolor y no en acabar con el paciente. La eutanasia como recurso para ahorrar productos sanitarios es una concepción fría e inhumana.

- La eutanasia defiende la autonomía intrínseca de cada persona a decidir en todo momento en su vida y en que se respeten dichas decisiones.

Es defensora de la dignidad humana y una muerte digna, de tener una calidad de vida mínima, ya que bajo este pensamiento la vida no sería merecedora de seguir viviéndola.

La eutanasia está en contra de alargar un proceso doloroso, insufrible para el paciente y la familia, con ella se acabaría dicho sufrimiento por lo que se considera un acto de salvación.

La eutanasia defiende que dejando al paciente decidir sobre su propio destino final evitaríamos prolongar un sufrimiento innecesario y ahorro de recursos sanitarios y humanos que podrían ser empleados para otras personas con una esperanza de vida más prometedor.

2. Eutanasia hace referencia a la acción realizada por otra persona a petición expresa del paciente en estado terminal para causarle la muerte de manera indolora. Este término es muy complejo, contiene numerosas variantes, que depende de la voluntad del paciente, el comportamiento que adopte el médico y la predicción médica.



Suicidio asistido o auxilio al suicidio: se produce cuando una persona sufre una enfermedad irreversible y desea acabar con su vida, pide ayuda a alguien que le proporciones conocimientos y medios para llevar a cabo su muerte. Cuando es el médico el que proporciona dicha ayuda se conoce como suicidio médicaamente asistido.

3. Como conclusión obtenida en este punto de objeción de conciencia en los profesionales sanitarios, creo que es importante seguir investigando en profundidad cual sería la respuesta dada por los profesionales de la salud ante la legalización de la eutanasia.

Es necesario que ante estas situaciones tan complejas los profesionales sanitarios tengan competencias en aspectos prácticos y éticos, en cuanto a la retirada, mantenimiento de soporte vital, en el uso de sedación y analgesia.

Como última conclusión referente a la legalidad de la eutanasia en nuestro país, podemos decir que España no reconoce ningún derecho a la muerte en su Constitución. La eutanasia, en términos generales resulta ilegal, pero existen vacíos legales que pueden ocasionar eutanasia encubierta.

Ubicándonos en la actualidad, la propuesta de despenalización de la eutanasia fue rechazada.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Pessini Leo, Bertachini Luciana. NUEVAS PERSPECTIVAS EN CUIDADOS PALIATIVOS. *Acta bioeth.* [Internet]. 2006 [citado 2020 Jun 18]; 12(2): 231-242. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2006000200012&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2006000200012>.
2. Del Río MI, Palma A. Cuidados paliativos: Historia y Desarrollo. *Boletín Escuela Médica Pontificada Universidad Católica de Chile*. [Internet] 2007. [Acceso 02-05-2020]. Disponible en: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2013/10/historia%20de%20CP.pdf>
3. Vidal M. A., Torres L. M. In memoriam Cicely Saunders, fundadora de los Cuidados Paliativos. *Rev. Soc. Esp. Dolor* [Internet]. 2006 abril [citado 2020 Jun 13]; 13(3): 143-144. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462006000300001&lng=es
4. Sanz Ortiz, J. *Historia de la Medicina Paliativa Española*. Vol. 6, 2ºed. pág. 82-88. Santander. ARÁN EDICIONES, S.A. (1999) [Acceso 17-05-2020] Disponible en: <http://www.secpal.com/Documentos/Articulos/99%206.2.6%20Sanz.pdf>
5. Segías Rengifo TJ. La eutanasia. *Revista Jurídica “Docencia et Investigatio”*. 2012; 14(1):107-106.
6. Miguel Sánchez C, López Romero A. *Eutanasia y suicidio asistido: conceptos generales, situación legal en Europa, Oregón y Australia (I)* Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD). Comité de Ética para la Asistencia Sanitaria. Vol. 13: N.º 4; 207-215. Madrid. ARÁN EDICIONES, S.A. (2006) [Acceso 22-05-2020] Disponible en: <https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/04/eutanasia-y-suicidio-asistido-conceptos-generales-y-situacion-legal.pdf>



7. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. SECPAL. *Guía de Cuidados Paliativos.* 2014. [Acceso 02-05-2020] Disponible en: <http://www.secpal.com//Documentos/Paginas/guiacp.pdf>
8. Astudillo, W., Mendumeta, C., & Orbegozo, A. Presente y futuro de los Cuidados Paliativos. Astudillo W, Morales A, Clavé E, Cabarcos A, Urdaneta E. E.(ed): Avances recientes en Cuidados Paliativos. San Sebastián: Ed. Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos. 2002 [Acceso 02-05-2020] Disponible en: <https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/PRESENTE-Y-FUTURO-CUIDADOS-PALIATIVOS.pdf>
9. Linda J. Vorvick, MD, Clinical Associate Professor, Department of Family Medicine, UW Medicine, School of Medicine, University of Washington, Seattle, WA. Also reviewed by David Zieve, MD, MHA, Medical Director, Brenda Conaway, Editorial Director, and the A.D.A.M. Editorial team. Versión revisada en inglés. Biblioteca Nacional de los Estados Unidos. Medline Plus. ¿Qué son los Cuidados Paliativos? Última revisión 2018. [Acceso 02-05-2020] Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000536.htm>
10. Batiz J, Loncan P. Problemas éticos al final de la vida. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. [Acceso 17-05-2020] Disponible en: <https://www.secpal.com/problemas-eticos-al-final-de-la-vida>
11. Nóvoa Santos M. CUIDADOS PALIATIVOS Y BIOETICA Capellán del Hospital Cristal-Piñor, Orense Máster en Bioética por la Univ. de Santiago. Cuadernos de Bioética [Internet] 1998/2". [Acceso 17-05-2020] Disponible en: <http://aebioetica.org/revistas/1998/2/34/304.pdf>
12. García Otero, A, Sabio, MF. *¿Existe justificación moral para la eutanasia?* Revista Americana de Medicina Respiratoria [Internet]. 2011; 11 (4):202-209. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=382138389006>



13. Rodríguez Soriano Roberto Israel. Elementos políticos para el debate sobre los dilemas éticos del suicidio médicaamente asistido y de la eutanasia. Rev. Cienc. Salud [Internet]. 2015 Sep [citado 2020 Junio 18] ; 13(3): 465-479 Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732015000300010&lang=pt
14. Nombela C, Postigo Solana E, Lopez Timoneda F, Abellán Salor JC, Serrano Ruiz-Calderon JM. La eutanasia: perspectiva ética, jurídica y médica. 2009 Marzo [Acceso 24-05-2020] Disponible en: https://eprints.ucm.es/11693/1/La_Eutanasia_perspectiva_etica_juridica_y_medica.pdf
15. Rodríguez Casas RC. Eutanasia: aspectos éticos controversiales. Rev Med Hered [Internet]. 2001 ene [citado 2020 Jun 18]; 12(1): 32-36. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2001000100007&lng=es.
16. Pérez Requejo JL. Eutanasia vs cuidados paliativos. Miembro del Observatorio de Bioética, Universidad Católica de Valencia. 2008 noviembre. [Acceso 01-06-2020] Disponible en: <http://www.muertedigna.org/textos/euta75.htm>
17. Serrano Ruíz-Calderón JM. *Eutanasia y objeción de conciencia*. Anuario de Derechos Humanos. Nueva Época. [Internet] Vol. 9. 2008 (501-525) [Acceso 01-06-2020] Disponible en: https://eprints.ucm.es/11673/1/eutanasia_y_objencion_de_conciencia.PDF
18. Monedero P, Navia J. *Limitación del esfuerzo terapéutico y eutanasia: toma de decisiones y resolución de conflictos en el paciente crítico*. Revista Española Anestesiología y Reanimación. [Internet] 2010; 57: 586-593. Recuperado de: <http://www.oc.lm.ehu.es/COCIE/COCIE2017/COCIE%20Etica/Limitaci%C3%A3n%20del%20esfuerzo%20terap%C3%A9utico%20y%20eutanasia%20toma%20de%20decisiones.pdf>



19. Martínez León M, Asensio Villahoz P, Martínez León C, Torres Martín H, Queipo Burón D. ANÁLISIS ÉTICO Y MÉDICO-LEGAL DE LA EUTANASIA EN LA UNIÓN EUROPEA. Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid.
[Internet] 2014; 51: 129-139. Recuperado de: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/23864/ARAMCV-2014-51-analisis-etico.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
20. Díez González A. ACERCAMIENTO ANTROPOLÓGICO A LA EUTANASIA Y AL SUICIDIO MEDICAMENTE ASISTIDO. Trabajo Fin de Grado. Universidad Francisco de Vitoria. [Internet]. [Acceso el 06-06-2020] Disponible en: <http://ddfv.ufv.es/xmlui/bitstream/handle/10641/1121/TFG1415%20ADRI%C3%81N%20D%C3%8CDEZ%20GONZ%C3%81LEZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
21. Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte.
-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. 115 de 14 de mayo 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.
21. Así es la Ley de eutanasia que busca ser aprobada en España. ConSalud.es. 01 de marzo de 2020. [Internet] [Acceso 06-06-2020] Disponible en: https://www.consalud.es/pacientes/ley-eutanasia-busca-aprobada-espana_74982_102.html



9. ANEXOS

Anexo 1: “Doctrina del doble efecto como guía en las decisiones médicas”

Doctrina del “doble efecto” como guía en las decisiones médicas

El principio del “doble efecto” se aplica en decisiones que conllevan efectos tanto buenos como malos. Por ejemplo, con el uso de medicación sedante (Efecto bueno: analgesia-sedación, confort. Efecto malo: depresión respiratoria, inconsciencia, acortamiento de la vida) o con la retirada de un tratamiento ineficaz (Efecto bueno: evitar sufrimiento innecesario, no retrasar una muerte inevitable, ahorro de recursos. Efecto malo: acortamiento de la vida, conflicto con la familia). Las acciones con “doble efecto” son lícitas si se cumplen las siguientes 4 condiciones:

1. La acción en sí misma –prescindiendo de sus efectos– es buena o al menos indiferente.
2. El fin del médico es obtener el efecto bueno y se limita a permitir o tolerar el malo.
3. El efecto primero e inmediato que se sigue es el bueno. El médico no busca el efecto malo como un medio para alcanzar el bueno, o sea el efecto bueno no es consecuencia del malo.
4. El efecto bueno es mejor, o al menos equivalente en importancia al efecto malo y no hay una forma mejor de obtenerlo. Existe una causa proporcionalmente grave para actuar de esa forma.

Monedero P, Navia J. Limitación del esfuerzo terapéutico y eutanasia: toma de decisiones y resolución de conflictos en el paciente crítico. Revista Española Anestesiología y Reanimación. [Internet] 2010; 57: 586-593. Recuperado de:
<http://www.oc.lm.ehu.es/COCIE/COCIE2017/CO%20CIE%20Etica/Limitaci%C3%B3n%20del%20esfuerzo%20terap%C3%A9utico%20y%20eutanasia%20toma%20de%20decisiones.pdf>