

# Eutanasia

**“El derecho a morir con dignidad”**

Euthanasia

**“Right to die with dignity”**



**Autora: Tania Espinosa Peláez.**

**Directora: Tamara Silió García.**

**Trabajo Fin de Grado de Enfermería. Junio 2014.**

**Escuela Universitaria de Enfermería “Casa de Salud Valdecilla”**

**Universidad de Cantabria.**

**INDICE**

<b>RESUMEN</b> .....	1
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	2
• JUSTIFICACIÓN .....	3
• MATERIAL Y MÉTODOS .....	3
• OBJETIVOS.....	4
• ESTRUCTURA.....	4
<b>CAPÍTULO 1: ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA EUTANASIA Y SU CLASIFICACIÓN</b> .....	5
1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA EUTANASIA .....	5
1.2 CLASIFICACIÓN DE LA EUTANASIA .....	6
1.3 OTROS CONCEPTOS RELACIONADOS CON LA EUTANASIA.....	8
<b>CAPÍTULO 2: MARCO LEGAL DE LA EUTANASIA</b> .....	9
2.1 MARCO LEGISLATIVO DE LA EUTANASIA EN ESPAÑA .....	9
2.2 CONSECUENCIAS PENALES .....	11
2.3 COMPARACIÓN CON OTROS PAISES DE EUROPA .....	12
<b>CAPÍTULO: 3 BIOÉTICA Y EUTANASIA</b> .....	15
3.1 ARGUMENTOS A FAVOR Y EN CONTRA DE LA EUTANASIA .....	15
3.2 MUERTE DIGNA Y MANIFIESTO SANTANDER.....	17
3.3 OBJECCIÓN DE CONCIENCIA PERSONAL DEL SANITARIO Y MANIFIESTO SEVILLA .....	18
3.4 VOLUNTADES PREVIAS .....	19
3.5 EUTANASIA INFANTIL .....	21
<b>CAPÍTULO 4: ENFERMERÍA Y EUTANASIA</b> .....	22
4.1 OBJECCIÓN DE CONCIENCIA Y CÓDIGO DEONTOLÓGICO EN ENFERMERÍA.....	22
4.2 PERCEPCIONES SUBJETIVAS DE LAS ENFERMERAS ANTE LA EUTANASIA .....	23
<b>CAPÍTULO 5: CASOS DE EUTANASIA</b> .....	26
5.1 EUTANASIA EN ESPAÑA.....	26
5.2 EUTANASIA EN EUROPA .....	28
5.3 EUTANASIA INFANTIL .....	28
<b>CONCLUSIONES FINALES</b> .....	29
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	31

## **RESUMEN**

En este trabajo se da a conocer el controvertido tema de la eutanasia, un tema muy actual debido al debate generado por la nueva ley de eutanasia infantil aprobada en Bélgica durante el mes de febrero del 2014.

Con este trabajo se pretende lanzar una vista general de los problemas ético-legales que supone la eutanasia así como los problemas morales que genera en el personal sanitario que trabaja con los enfermos terminales que deciden pedirlo.

A lo largo del mismo se habla de los motivos que llevan a un enfermo terminal a tomar la decisión de morir dignamente y las consecuencias legales y éticas que derivan de su acto a quien le ayude a conseguirlo.

Desde el ámbito de la enfermería, de acuerdo con la ley vigente en España, se comentan las limitaciones legales actuales y el conflicto ético y moral que surge en estos profesionales que trabajan cada día con los enfermos terminales, no solo adultos, sino también niños, y que algunos de ellos eligen pedir la eutanasia como fin a una vida y derecho a un buen morir.

**PALABRAS CLAVE:** Eutanasia, enfermo terminal, cuidados paliativos, bioética, derecho a morir.

## **ABSTRACT**

This paper discloses the controversial issue of euthanasia, a hot topic because of the debate generated by the new law adopted child euthanasia in Belgium during the month of November 2013.

This work intends to launch an overview of the ethical and legal problems involved in euthanasia and moral problems generated in the healthcare staff working with terminally ill patients who choose to ask.

Along the same talking about the reasons that lead to a terminally ill patient to make the decision to die with dignity and the legal and ethical implications arising from his act to help him get it.

From the field of nursing, according to the law in force in Spain, current legal constraints and ethical and moral conflicts that arise in these professionals who work every day with the terminally ill, not only adults but also children are discussed, and that some of them choose to request euthanasia as an end to life and the right to a good death.

**KEY WORDS:** Euthanasia, terminally ill, palliative care, bioethics, right to die.

## **INTRODUCCIÓN**

Uno de los mayores problemas bioéticos de la Medicina, es el alargamiento de la vida cuando ya no hay marcha atrás.

Con los años, la medicina ha aprendido a alargar la vida del ser humano. De esta forma una gran cantidad de personas pueden desarrollar enfermedades crónicas, algunas de ellas, de manera "inapropiada" según aseguran quienes las viven.

Eutanasia es una palabra, que por sí, genera debate en cualquier coloquio donde se use dicho término. Según el diccionario de la Real Academia Española, se define "eutanasia" como: *"Acción u omisión que, para evitar sufrimientos a los pacientes desahuciados, acelera su muerte con su consentimiento o sin él" y "muerte sin sufrimiento físico" (1).*

La palabra "eutanasia" deriva del griego: "eu" que significa "bien" y "thanos" que significa muerte, con lo que eutanasia significa "buena muerte" (2,3).

Aunque en este trabajo se describen todos los tipos de eutanasia, se da especial relevancia a la eutanasia activa, directa y voluntaria. Se pretende dar una visión general al tema ético que suscita y cómo están las leyes actualmente tanto en España como en Europa.

En España la práctica de la eutanasia no está contemplada en el marco legislativo, como ocurre en algunos países de Europa como son Bélgica, Holanda, Luxemburgo y Suiza, donde una "muerte digna" está contemplada en sus legislaciones. Por ejemplo, en 2002 se aprobó en Holanda una regulación legal que permite un mayor control médico de la eutanasia activa, cuyo requisito esencial es la petición libre del propio paciente. En este mismo país, la eutanasia se practicaba solamente en el sector público, y en 2012 se inauguró una clínica privada dedicada a la eutanasia activa. Durante su primer año la lista de espera superó las 200 personas (4,5).

En noviembre de 2013 se aprobó en Bélgica la ley que legaliza la eutanasia infantil, visto como un logro más dentro del campo en el que hablamos. Esta nueva ley suscitó mucha polémica, ya que algunos medios afirmaban que los niños no saben lo que quieren y no son capaces de distinguir si quieren o no morir. Es relevante el trabajo de Elisabeth Kübler Ross, que en su libro "Los niños y la muerte" aborda el tema de los niños terminales, sus percepciones, deseos y sus miedos. Muchos de esos niños, pese a saber que estaban cercanos a la muerte, no deseaban morir y no entendían la muerte como el fin de un sufrimiento ni con su carácter irreversible (6).

¿Deben ser los profesionales sanitarios quienes deben decidir hasta dónde deben luchar estos pacientes? O ¿es la persona la que decide si ya no puede más y está cansada de luchar contra un muro, que en ocasiones es demasiado alto? Y si el paciente ya no puede decidir, ¿es ético que toda la responsabilidad de dicha decisión recaiga sobre su familiar más cercano? ¿Es aceptable moralmente que se ocasione la muerte en vez de que tenga lugar por no aplicar un tratamiento vital?

En este trabajo se plasman los problemas éticos y morales que suscita la eutanasia y lo difícil que es para quienes lo viven (tanto familiares como el propio paciente) decidir el cómo y cuándo debe morir, especialmente cuando el paciente ya no puede expresarse y son sus familiares quienes han de luchar para cumplir con sus voluntades.

## **JUSTIFICACIÓN**

Cuando se habla de ética, muchos son los temas que suscitan controversia, pero la Eutanasia es uno de los que más problemas éticos suscitan.

En la actualidad el debate está abierto, y siempre que se aprueba una nueva ley o se da a conocer un nuevo caso que la solicita, resurge el controvertido tema del derecho a una muerte digna.

Se eligió este tema porque está de actualidad debido a la nueva ley de eutanasia infantil aprobada en Bélgica. Una vez recabada la información necesaria sobre cómo están las leyes en el marco español, se puede contemplar cómo en muchas ocasiones las leyes no amparan a las personas que en un momento dado podrían llegar a necesitar del ejercicio de la eutanasia.

El tema a desarrollar es interesante, así como el contraste entre diferentes países europeos, por lo que tras la recopilación de la documentación, se decidió este tema para realizar el trabajo fin de grado.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

La metodología seguida en este trabajo es cualitativa y descriptiva, ya que se ha basado en artículos y libros que describen el tema a tratar.

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica con un resultado de 37 fuentes con rigor científico, entre las cuales se encuentran algunas manuscritas y otras electrónicas.

Las fuentes manuscritas se han obtenido de la biblioteca de medicina de la Universidad de Cantabria. Las bases de datos que se han utilizado son: Dialnet, Google académico, Cuiden y Pubmed (Medline) consultadas a través de la biblioteca online de la Universidad de Cantabria.

Los mesh y decs utilizados para las bases de datos son los mismos que se dan a conocer en el resumen del trabajo como "palabras clave".

También se han utilizado algunas fuentes electrónicas que se han considerado de interés para documentar alguna parte del trabajo.

## **OBJETIVOS**

Los objetivos de esta monografía son:

### **Objetivo principal:**

- ❖ Identificar los problemas éticos que suscitan los derechos de los pacientes terminales cuando solicitan el suicidio asistido o la eutanasia.

### **Objetivos específicos:**

- ❖ Describir el marco legislativo de nuestro país y los derechos de los sanitarios ante la eutanasia.
- ❖ Describir la postura y percepciones subjetivas de la enfermería sobre la eutanasia.
- ❖ Exponer algunos casos europeos en los que se refleje la problemática del tema.

## **ESTRUCTURA**

El trabajo se estructura en 5 capítulos:

### **Capítulo 1: Antecedentes históricos de la eutanasia y su clasificación**

En este capítulo se recogen las reseñas históricas más relevantes dentro de la práctica de la eutanasia en el que podemos ver cómo la eutanasia es una práctica que ya se llevaba a cabo en la antigua Grecia y que hay manuscritos que hablan de ella desde Hipócrates a Platón.

También se exponen las diferentes clasificaciones de la eutanasia y de los diferentes tipos de llevarla a cabo, explicando la diferencia entre eutanasia activa y pasiva, encarnizamiento terapéutico y suicidio asistido. Por otro lado se dan a conocer una serie de términos que se asocian en varias ocasiones a la eutanasia no siendo lo mismo.

### **Capítulo 2: Marco legal de la eutanasia**

Con este capítulo se pretende dar una visión de cómo están las leyes en Europa y en España junto con las principales consecuencias penales de practicarla en nuestro país.

### **Capítulo 3: Bioética y eutanasia**

A lo largo de este capítulo se relatan los principales argumentos éticos a favor y en contra de llevar a cabo este tipo de prácticas, también se hablará de las iniciativas que se están llevando a cabo en España por parte de asociaciones específicas para aprobar la eutanasia.

También se explica la muerte digna y el derecho de objeción de conciencia de los sanitarios. Otro punto importante es el documento de voluntades previas y de su importancia en el tema que aborda este trabajo.

Por otro lado trata la eutanasia infantil, aprobada en Bélgica en 2013. Se expone el caso de Holanda que fue la primera en tener una ley eutanásica infantil y se explica las premisas para llevarlas a cabo en ambos países.

### **Capítulo 4: Enfermería y eutanasia**

Este capítulo trata sobre la objeción de conciencia que ampara a las enfermeras/os para no llevar a cabo determinadas prácticas que ellos consideran "no morales" y se exponen algunos artículos relacionados con las percepciones enfermeras sobre eutanasia, antidistanasia y ortotanasia.

### **Capítulo: 5 Casos de eutanasia**

En el último capítulo hay 3 subapartados, en los cuales se exponen en cada uno de ellos un caso de eutanasia ocurrido en España, otro en Europa y un caso de la eutanasia infantil. Se pretende con ello, ver la realidad del tema a través de ejemplos reales ocurridos en diferentes lugares.

## **CAPÍTULO 1: ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA EUTANASIA Y SU CLASIFICACIÓN**

### **1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA EUTANASIA**

A lo largo de los años, la eutanasia ha ido adoptando diferentes formas, siendo una práctica común en la Grecia y Roma antiguas y teniendo un tinte religioso durante la Edad Media.

Grecia defendía la eutanasia al considerar que una vida repleta de enfermedad y agonía no era merecedora de ser vivida y por lo tanto, debía de ayudar a terminar con ese sufrimiento. Es conocido que en algunas de estas ciudades, se dispensaban dosis de veneno a aquellos ciudadanos que lo pedían para acabar con su sufrimiento (7).

Cabe destacar que en el juramento atribuido a **Hipócrates** (juramento hipocrático) destaca una postura contraria en la participación de la eutanasia directa que

practicaban los médicos y la prohíbe practicar. Por otro lado, **Platón** consideraba que debían de ayudar a morir a los menos sanos (7,8).

En Roma existía la “Ley de Doce Tablas” que permitía al padre matar a los hijos que nacieran con enfermedades raras o con deformidades. La calidad de vida se antepone al derecho de vivir. Sin embargo, **Ateo de Capadocia** (médico) dejó escrito que no era lícito que los médicos procurasen la muerte con el fin de terminar con el sufrimiento (7,8).

La Edad Media está marcada por una fuerte influencia católica. Se contemplaba el dilema de acabar o no con los heridos en el campo de batalla para poner fin a su sufrimiento, por lo que consideraban necesario ayudar “piadosamente” a los moribundos a tener una muerte digna y sin sufrimiento (8).

En el siglo XIII, la eutanasia se medicaliza y es el médico el que la lleva a cabo de forma rutinaria y común (8).

En el siglo XVI, **Francis Bacon** acuñó la palabra “eutanasia” cuyo significado era “muerte buena o fácil” (9).

En el siglo XIX los novelistas lo utilizaban como un argumento en sus novelas. Durante este siglo **Karl Marx** defiende una tesis doctoral que se titula “La eutanasia médica”, proponiendo la obligación de enseñar a los médicos a cuidar técnica y humanamente a los enfermos en estado terminal (9).

Por otro lado, **Enrico Ferri** escribió una monografía sobre el “homicidio-suicidio” en el que describía que el hombre tiene su propio derecho a morir y a disponer de su vida. Introdujo el “derecho a morir” en el código penal de aquella época (9).

Durante la primera mitad del siglo XX, durante la Primera Guerra Mundial, se hacía favorable y permisible en Alemania acabar con la vida de los enfermos mentales y a los lisiados, con una excusa piadosa de aliviar su sufrimiento. Dicha práctica era llevada a cabo por médicos alemanes. Prácticamente hasta la Segunda Guerra Mundial, las prácticas de la eutanasia eran llevadas a cabo sin el consentimiento del paciente basándose en motivos políticos, médicos, culturales, etc.... (9).

A partir de la segunda mitad del siglo XX, la práctica de la eutanasia deja de ser médica para ser responsabilidad de los enfermos terminales y de los profesionales según los países que lo permitan, siendo en muchas ocasiones delito según el marco legislativo en el que se contemple (9).

## 1.2 CLASIFICACIÓN DE LA EUTANASIA

Existen diferentes clases de eutanasia dependiendo de la finalidad, medios, intenciones o voluntariedad que tengan los que la llevan a cabo. Siempre va a ser provocada por segundas personas, con lo que la eutanasia se le considera en España “homicidio” pero con unas características determinadas.

Así encontramos:

**Según los fines por los que se usa:**

- Homicidio piadoso: si la muerte se usa para aliviar el dolor al enfermo o persona con malformación que se entienda que su vida se hace imposible para ellos. Se llama también homicidio por "compasión" (10).
- Eutanasia eugenésica, económica o social: si se produce la muerte como medio para purificar la raza o para liberar a la sociedad de la carga del enfermo ya que consideran que tienen "vidas sin valor" (10).

**Según las intenciones:**

- Eutanasia directa: que sería realizar actos que implican el acortamiento de la vida para producir intencional y directamente la muerte. Una persona ejecuta directamente la muerte del otro. Se considera "homicidio" o "asesinato". Es un tipo de eutanasia activa (10).
- Eutanasia indirecta: que consiste en la administración de analgésicos a una persona próxima a la muerte con el objetivo de aliviar sus sufrimientos físicos sin intención de provocar la muerte por sus efectos secundarios. Es lo que se conoce como "sedación paliativa" (10).

**Según los medios:**

- Eutanasia activa: acción encaminada a dar muerte (esta puede ser directa o indirecta) (10).
- Eutanasia pasiva: se causa la muerte omitiendo los medios necesarios para sostener la vida con el fin de provocar la muerte. Ejemplo: suspender la hidratación (10).

**Según su voluntariedad:**

- Eutanasia voluntaria: la solicita el paciente de palabra o de escrito (10).
- Eutanasia involuntaria: se aplica a enfermo sin su consentimiento (10).

Lo que se conoce actualmente y que es propósito de este trabajo es lo que se llama "***eutanasia activa, directa y voluntaria***" ya que una persona produce la muerte de forma directa a otra para reducirle el "dolor".

### 1.3 OTROS CONCEPTOS RELACIONADOS CON LA EUTANASIA

Otras definiciones a tener en cuenta cuando hablamos de eutanasia y que hay que diferenciar para no confundirlas con la misma son:

- ***DISTANASIA***: Proviene del griego "dis = difícil" y "tanos = muerte". Sería proporcionar tratamientos médicos que alargan la vida al enfermo sin conseguir mayor fin que la prolongación de la agonía sin tener en cuenta la calidad de vida del enfermo (11,12).

También se le llama "encarnizamiento terapéutico" y "obstinación terapéutica" (11,12).

En 1997, la Organización Mundial de la Salud (OMS) trató este tema en su informe anual bajo el título de "*Vencer el sufrimiento enriqueciendo la humanidad*". Señalaba que es necesario que se garantice que cuando la vida humana llegue a su fin, trascurra lo más digna posible y sin dolor, no sólo por parte del personal sanitario sino de toda la sociedad (12,13).

- ***ADISTANASIA***: Acto de desconexión de aparatos que mantienen con vida a una persona artificialmente. Este concepto se contrapone a la distansia (13).

Consistiría en dejar morir en paz a un paciente que no tiene esperanzas de sobrevivir (13).

- ***ORTONASIA***: Es una palabra que procede del griego "ortos" que significa "recto" y thanatos que significa "muerte" (13).

Este término elude a la actuación correcta ante la muerte por parte de quienes atienden al enfermo en fase terminal, es decir, en el derecho del paciente a morir sin recurrir a medios extraordinarios para mantenerle con vida (13).

A diferencia de la eutanasia, éste no busca la muerte del paciente sino que se recurre a tratamientos paliativos para aliviar el dolor de los pacientes terminales, hasta que mueren por causas propias de la enfermedad (13).

- **SUICIDIO ASISTIDO:** El médico proporciona un fármaco letal al paciente, pero es el paciente quien se lo administra, con lo cual sería facilitarle el medicamento letal para que lo ingiera y tenga una muerte rápida y sin dolor (13).

El paciente actúa con perfectas facultades mentales y actúa bajo su responsabilidad (13).

No debe confundirse con la "inducción al suicidio" ya que éste no quebranta la voluntad de una persona que no deseaba suicidarse, sino que la persona es consciente de lo que pide y el médico es quien le entrega el material para llevarlo a cabo (13).

## **CAPÍTULO 2: MARCO LEGAL DE LA EUTANASIA**

### **2.1 MARCO LEGISLATIVO DE LA EUTANASIA EN ESPAÑA**

Actualmente en España la eutanasia no está legalizada, quien lleve a cabo dicha práctica se contemplará en el marco legislativo como un "homicidio".

En el Código Penal, se recoge en su **artículo 143.1, 143.2 y 143.3** las condenas que se derivan de cada acto que prive de vida a otra persona aunque esté dentro de un contexto eutanásico y caritativo (14).

El **artículo 10.1** de la *Constitución Española* establece como derecho fundamental el libre desarrollo de la personalidad, y el **artículo 15** prohíbe los tratos inhumanos y degradantes (14).

No existe propiamente un derecho a morir como tal, pero sí un derecho a vivir dignamente (14,15).

En 2002, se creó la **Ley Andaluza 2/2010** de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte. En esta ley se regula el ejercicio de los derechos de las personas durante el proceso de la muerte, los deberes del personal sanitario que los atiende y las garantías que las instituciones sanitarias les están obligadas a proporcionar (16).

Esta ley recoge el derecho del paciente al rechazo de los tratamientos paliativos, la igualdad en cuanto a la atención sanitaria de todos los enfermos y el respeto a sus creencias en el momento de la muerte (16,17).

Los fines de dicha ley son:

1. Mantener la dignidad de la persona durante su muerte (17).
2. Asegurar en todo momento la voluntad y autonomía del paciente durante su muerte teniendo en cuenta las manifestaciones anticipadas de su testamento vital (17).

En este mismo año, la **Ley 41/2002 en su art.11** reconoce las "**instrucciones previas**" diciendo:

1.- Una persona mayor de edad que es libre y capaz de manifestar de forma anticipada su voluntad para que se cumpla cuando lleguen situaciones en las que no sea capaz de expresarlo personalmente, sobre los cuidados a recibir y su tratamiento de salud o una vez que su muerte ha ocurrido, sobre el destino de su cuerpo y órganos (18).

2.-Esta persona puede asignar a un representante para que sirva de interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario para que se cumplan sus voluntades (18).

Esencialmente con esta ley se respeta la autonomía de la persona, ya que la eutanasia no está reconocida en el marco español de leyes. Si una persona no está a favor de que se apliquen determinados tratamientos o de acogerse a una futura ley que permita una muerte sin dolor y sea más permisible con la eutanasia, basta con que lo redacte en su documento de "voluntades previas" y así se le asegura su autonomía cuando esa persona ya no pueda valerse por sí misma.

En **Cantabria**, con el Decreto 2/2012, se reconocen las "**voluntades previas**" (19).

Este documento se debe presentar por escrito y hay tres formas de redactarlo:

1. Declarando ante un funcionario de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.
2. Declarando ante 3 testigos mayores de edad, con plena capacidad de obrar y no tener relación de parentesco hasta 2º grado.
3. Declarando ante notario, en cuyo caso se entrega una copia autenticada del documento firmado por el notario (19).

En 2011, se aprobó el anteproyecto de "**Ley de Cuidados paliativos y Muerte Digna**", cuyo objetivo es evitar sufrimientos innecesarios, con garantías para los pacientes y sus familiares, respetando el derecho a rechazar un tratamiento y ser subsidiario de sedación paliativa con el fin de evitar sufrimientos innecesarios próximos a una muerte segura (20).

Esta ley surge a raíz del caso de Inmaculada Echevarría, que tardó 6 meses en ser desconectada de un respirador que la mantenía con vida, por lo que se hizo necesario concretar la ley de autonomía del paciente del 2002 que regulaba los derechos de los pacientes terminales (20).

## 2.2 CONSECUENCIAS PENALES

Como ya se comentó en el punto 2.1 del trabajo, la eutanasia siempre va a ser provocada por segundas personas, con lo que la eutanasia se le considera en España “homicidio” pero con unas características determinadas, existiendo siempre una responsabilidad jurídica penal.

El Código Penal Español en su **artículo 143** señala lo siguiente:

“1. El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de **4 a 8 años**.

2. Se impondrá la pena de prisión de **2 a 5 años** al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona.

3. Será castigado con la pena de prisión de **6 a 10 años** si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte.

4. El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior de **1 ó 2 grados** a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo” (15,21).

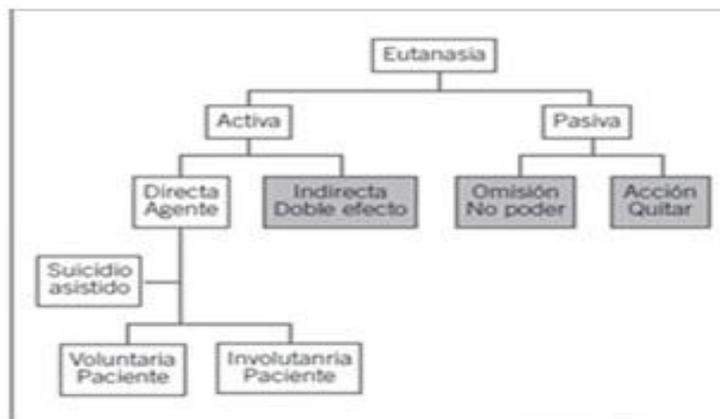


Figura 1. Clasificación de la Eutanasia (15).

La práctica de la eutanasia en España está penada por lo tanto de 18 meses a 3 años con la reforma del código penal de 1995, ya que anteriormente se penaba con prisión de 12 a 20 años (21).

El **artículo 10.1** de la Constitución Española establece como derecho fundamental el libre desarrollo de la personalidad, y el **artículo 15** prohíbe los tratos inhumanos y degradantes (21).

No existe propiamente un derecho a morir como tal, pero sí un derecho a vivir dignamente.

## 2.3 COMPARACIÓN CON OTROS PAÍSES DE EUROPA

En Europa la práctica de la eutanasia fue aprobada en Holanda, Bélgica y Luxemburgo, siempre que fuera practicada por los médicos y no por otro profesional sanitario o persona cercana al paciente.

En Suiza la eutanasia como tal no está contemplada en la ley pero si el suicidio asistido. A continuación se expone las diferencias con los principales países europeos que la practican actualmente y se expondrán otros como Francia, Italia y Portugal como ejemplos de países europeos que no lo contemplan.

**Holanda:** En 2001 se aprobó la Ley de la Eutanasia. Fue el primer país de Europa en legalizarla. Dicha ley entró en vigor el 01 de Abril del 2002 y dice:

*"Art. 293: El que disponga de la vida de otro, respondiendo a una petición seria y explícita de éste, será castigado con pena de cárcel de hasta 12 años y multa. No será punible si la acción la ha llevado a cabo un médico cumpliendo los requisitos del artículo 2 de la Ley de comprobación de la finalización de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio, y esto lo ha comunicado al forense municipal.*

*Art. 294: Aquel que intencionadamente induzca a otro al suicidio, le preste auxilio o le facilite los medios necesarios para hacerlo, si el suicidio se consuma, será castigado con pena de cárcel de hasta tres años y multa. No será castigado si la ayuda es prestada por un médico cumpliendo los requisitos del artículo 2 de la Ley de comprobación de la finalización de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio" (22).*

### **Los requisitos que se han de cumplir en Holanda para practicar la eutanasia son:**

1. Que la persona a la que se le va a practicar la eutanasia o el suicidio asistido resida en Holanda (22).
2. El médico tiene que estar convencido de que la petición por parte del paciente es una petición meditada y que es plenamente capaz y reitera su voluntad, pudiendo manifestarla en el documento de voluntades previas (22).
3. Hay que constatar que el paciente no va a mejorar y que sufre un padecimiento insoportable (22).
4. Que el paciente haya sido informado correctamente de su situación terminal (22).
5. Que se haya consultado a otro profesional y que éste haya corroborado el cumplimiento eficaz de todos los requisitos y si existe sufrimiento psicológico se han de consultar con dos médicos que tienen que ver al enfermo y elaborar un informe sobre su situación (22).

6. Que la práctica de la eutanasia o suicidio asistido por parte del profesional se realice con el máximo cuidado y con la mayor profesionalidad posible (22).

**Bélgica:** En 2002, se aprobó una ley que despenaliza y regula la práctica de la eutanasia. Fue el segundo país de Europa en legalizarlo (22).

**Los supuestos por los que pueden practicarla son:**

1. Paciente mayor de edad o menor (emancipado), capaz y consciente de lo que pide (22,23).
2. Que la petición sea voluntaria y reflexionada sin presión alguna, manifestándola en el documento de voluntades previas, que tenga vigencia mayor de 1 año y menor de 5 años (22,23).
3. Que el paciente tenga un sufrimiento físico y psicológico insoportable ocasionado por una enfermedad terminal grave (22,23).

**Una vez que un paciente cumple estos requisitos, el médico debe:**

1. Informar y asesorar al paciente sobre los cuidados paliativos (23).
2. Reiterar el diálogo en los plazos de tiempo razonables (23).
3. Se debe consultar a otro médico independiente que ha de ver al paciente y redactar un informe en el que explique si está a favor o en contra de las primeras valoraciones (22,23).
4. Recoger información de las personas que cuidan de ese paciente (si lo hay) (23).
5. Asesorar al enfermo a que consulte su decisión con otras personas cercanas al mismo (23).
6. Se debe dejar pasar al menos un mes entre la petición y la realización de la eutanasia (23).

Después de realizar la eutanasia, el médico tiene cuatro días para enviar a la Comisión Federal de Control y de Evaluación la documentación completa que establece la ley para poderla revisar. La comisión está formada en un 50% por médicos, 25% juristas y otro 25% representantes de organizaciones ciudadanas (23).

**Luxemburgo:** Fue la tercera en legalizar la eutanasia en el 2009. Su ley es muy similar a la de Bélgica (24).

**Suiza:** Aquí el suicidio asistido no solo lo pueden llevar a cabo los médicos, sino personas no sanitarias pueden asistir a ese suicidio siempre que lo hagan de manera altruista. El suicidio asistido es legal en Suiza pero la eutanasia no lo es, es decir, si un médico administra una inyección letal a un paciente, se entiende como homicidio y es penado por la ley. En este país el 10% de los suicidios que ocurren al año son asistidos (entre 1300 y 1400 personas) (24).

Para que se pueda llevar a cabo un "suicidio asistido" la Comisión de Ética establece una serie de requisitos como:

1. Que el paciente insista reiteradamente en su decisión (24).
2. Que el paciente tenga una enfermedad terminal (24).
3. Que el paciente tenga plena capacidad de razonar y discernir (24).

El paciente antes de tomar esta decisión ha debido de ser informado previamente de otras alternativas y una vez tomada la decisión, ningún miembro del personal del hospital puede prestarle dicha ayuda al suicidio, es decir, el enfermo ha de buscar un médico externo o alguna organización que ofrezca estos servicios (24).

**Francia:** En su Código Penal no existe una regulación de la eutanasia, que se entiende dentro del delito de homicidio, art 221.1 y que puede ser agravado por la premeditación, art. 221.3. La posibilidad de atenuar la pena por parte de los jueces puede ser si el móvil fue por compasión o consentimiento del paciente afectado, como ya se ha dado en algunos casos similares (24).

**Italia:** Este país en su art. 579 del Código Penal dice que quien mate a un hombre será penado con 6-15 años de prisión. Este artículo no admite el consentimiento de la víctima, ni su petición, ni darle los medios para que él lleve a cabo su propia muerte (24).

También en el Código Deontológico médico de 1989 se rechaza expresamente la eutanasia activa. Sin embargo, consideran legal el no encarnizamiento terapéutico y en caso de desconexión de un paciente a un respirador se considera lícita la conducta y no es penado ya que no lo entienden como "eutanasia activa" sino "pasiva" (24).

**Portugal:** En el art. 134 se sanciona el homicidio consentido u homicidio a petición que sanciona al que lo lleve a cabo. En el art. 135 se tipifica la inducción y auxilio al suicidio (24).

**Francia, Italia y Portugal** tienen en común con el marco legislativo español, la penalización de la eutanasia entendida como "homicidio" y la penalización del "suicidio asistido". Las penas de prisión varían en función de la legislación de cada uno de los países nombrados (24).

## **CAPÍTULO 3: BIOÉTICA Y EUTANASIA**

### **3.1 ARGUMENTOS A FAVOR Y EN CONTRA DE LA EUTANASIA**

Muchos son los argumentos a favor y en contra de la eutanasia que abren el debate cada vez que sale a la luz un nuevo caso de eutanasia.

Aunque la eutanasia activa está prácticamente prohibida en toda Europa, la eutanasia pasiva no lo está, siendo por ello no menos difícil decidir entre "dejar morir" o "matar".

Muchos profesionales sanitarios son conscientes de los derechos que amparan a una persona a morir sin dolor aunque en la práctica clínica son muchos los argumentos legales que favorecen el no llevarla a cabo.

La línea que separa lo ético de lo médicamente legal es demasiado fina y en ocasiones no está claro hasta donde se puede llegar en la sedación sin que por ello los profesionales se vean moralmente afectados por llevar a cabo una práctica no reconocida médicamente en determinados países.

Teniendo en cuenta los principios bioéticos básicos como son, el ***principio de autonomía del paciente***, en el cual se dice que las opiniones y decisiones del paciente deben ser respetadas en todo momento ya que son la expresión de su autonomía, muchos de los argumentos a favor se apoyan en este principio para dar justificación a lo que dicen (25).

También el ***principio de beneficencia*** argumenta que el médico debe buscar en todo momento la cura del enfermo poniendo a su disposición todo su conocimiento, con lo cual, en un principio no podría causarle la muerte ya que no supone beneficio ni cura. El tema queda abierto para pacientes terminales, ya que mejora no van a tener en su estado de salud y se podría considerar un beneficio para ellos ya que les evita el sufrimiento (25).

Por otro lado, el principio de justicia y el de no maleficencia valen para aquellos que justifican argumentos en contra de la eutanasia (25).

El ***principio de justicia*** argumenta que hay que tratar a todo el mundo como corresponda para tener una equidad en el trato y en el tratamiento. Por lo tanto, sería garantizar a la familia del paciente terminal que la asistencia que se les ofrece garantice sus derechos (25).

El ***principio de no maleficencia*** indica que ejercer la beneficencia implica no ejercer ningún daño. Implica aplicar un plan de atención integral, comprobar la proporción de los medios terapéuticos y analizar la relación de beneficio/riesgo. Según este principio, la eutanasia no sería válida, ya que argumenta que un médico no puede usar su conocimiento para causar daño y por lo tanto, no podría producir su muerte (25).

A continuación se exponen algunos de los argumentos encontrados durante la revisión bibliográfica que más se repiten.

**Argumentos a favor:**

1. Dejar morir con dolor cuando se está en una situación terminal es una pérdida de dignidad para el ser humano que lo está padeciendo (26).
2. Las críticas sobre la eutanasia que provienen de órdenes religiosas, se han de tener en cuenta como una opinión más y no como un dogma a seguir (26).
3. Cuando un enfermo terminal solicita la eutanasia, es una garantía de un alivio definitivo de su sufrimiento (26).
4. La eutanasia dentro de un marco legal, evita abusos que se permiten por la práctica secreta de la misma y pone seguros en contra de que sucedan (26).
5. Los enfermos terminales tienen autoridad moral sobre sus vidas y se debería permitir acceder a los medios que le faciliten su terminación de forma digna, incluyendo la asistencia de los que no puedan hacerlo de manera eficaz e indolora (26).
6. No se debe permitir a ningún enfermo terminal soportar la carga de un dolor continuo e incapacitante, y por lo tanto, aquellos que les liberan de ello por su propia solicitud actúan éticamente por compasión y respeto a su autonomía (26).
7. A menudo las cargas de dolor e incapacidad son resultado del "éxito" de una intervención médica que ha prolongado la vida. Aquellos que han llevado a cabo dicho propósito tienen la obligación de respetar la voluntad del paciente que no quieren soportar esa situación y estado en el que se encuentran (26,27).

**Argumentos en contra:**

1. La vida es sagrada y su valor son conceptos que escapan del dominio de la medicina y de los médicos (26,27).
2. En el caso de los enfermos terminales próximos a la muerte y con grave sufrimiento físico, es deber de los médicos procurarles un alivio del mismo por medio del cuidado paliativo, no practicarles la eutanasia aún con el consentimiento explícito del paciente (27).
3. La eutanasia ocasiona un daño en la esencia benefactora y cuidadora de la práctica médica, lo cual provocaría un daño en la confianza que las personas tienen en relación con los médicos (27).
4. La solicitud de la eutanasia se trata de una petición minoritaria dentro de la población, con lo cual no es un tema prioritario a tratar dentro de la agenda de los problemas de salud (27).
5. La eutanasia conlleva una culpabilidad intrínseca asociada al acto que puede influir de manera negativa en el proceso de duelo de los que la llevaron a cabo (27).

6. El optar por la eutanasia basándose en el dolor y en el sufrimiento es algo que va en contra de la toma de decisiones de manera racional, ya que actualmente existen tratamientos paliativos para aliviar el mismo (27).
7. La adopción de una política formal de la eutanasia puede dar lugar a la aparición de prácticas nocivas tales como la "criptanasia" (terminación de la vida en ausencia de su voluntad), la eutanasia "subrogada" (los apoderados deciden la comisión de la eutanasia en sus poderantes) o la eutanasia "discriminativa" (es la llevada a cabo en la población vulnerable por sus condiciones minoritarias o de exclusión social) (27).

Con estos argumentos a favor y en contra se pretende lanzar una visión global de los aspectos éticos de la eutanasia que más se debaten actualmente tanto por detractores como por defensores de la misma, pudiendo apreciar el difícil punto de inflexión entre ambas posturas.

### 3.2 MUERTE DIGNA Y MANIFIESTO SANTANDER

Una muerte digna es aquella que se puede garantizar sin sufrimiento físico ni psíquico del paciente que se encuentra en ese proceso (28).

Andalucía fue pionera en proteger este derecho mediante la ley de Derechos y Garantías de las personas ante el Proceso de la Muerte (28).

Con esta ley se protege el derecho de las personas a rechazar o paralizar cualquier tratamiento o intervención aunque ello suponga un peligro inminente como la muerte (28).

Con esta ley se garantiza el acceso de los ciudadanos a los cuidados paliativos y al tratamiento del dolor, prohíbe la obstinación terapéutica y actualiza la normativa que regula la aplicación de la toma de decisiones de las personas terminales (28).

Una muerte digna garantiza los derechos de autonomía del paciente respetando sus deseos y el principio de beneficencia que respalda la bioética (28).

Desde la Asociación Federal por los "Derechos de una Muerte Digna" (DMD), con *Luis Montes* de presidente, se está llevando a cabo un proyecto llamado "Manifiesto Santander" en el cual recogen firmas para conseguir que todo ciudadano tenga derecho a acabar con su sufrimiento al final de su vida (29).

La intención es promover una campaña para cambiar el artículo 143 del Código Penal que regula el suicidio asistido en España, solicitando su despenalización.

En este manifiesto se pide:

1.- Todo paciente terminal tiene derecho a no sufrir cuando llegue el momento de su muerte, mediante una asistencia paliativa eficaz y de calidad que respete tanto las creencias del paciente como sus valores expresados en el testamento vital y documento de voluntades previas (29).

2.- En todo momento el paciente terminal tiene derecho a conocer la verdad sobre su proceso de enfermedad y tiene el derecho de rechazar el tratamiento al mismo limitando con ello el esfuerzo terapéutico y eligiendo entre las opciones que tenga disponibles en ese momento, tales como la sedación paliativa (29).

Por estos dos manifiestos consideran que es responsabilidad de los políticos:

- Conocer realmente cómo mueren los pacientes paliativos (29).
- Garantizar el libre ejercicio de estos derechos (29).
- Promover un debate sobre la eutanasia y el suicidio asistido de pacientes que al final no han podido superar la enfermedad y que su muerte es próxima (29).

### **3.3 OBJECCIÓN DE CONCIENCIA DEL PERSONAL SANITARIO Y MANIFIESTO SEVILLA**

Todo personal sanitario se encuentra constantemente expuesto a situaciones difíciles de digerir moralmente, situaciones que provocan controversia interna entre lo que se debe hacer y lo que no es ético hacer, según las creencias individuales (30).

Para ello es un derecho fundamental y constitucional proteger ese derecho de los trabajadores frente a situaciones que les supone un problema ético. Dicho derecho está recogido en el art. 16.1 de la Constitución Española (30).

Por otro lado, el enfermo terminal también goza de unos derechos que han de ser respetados, tales como el derecho a recibir la mejor atención médica posible y el derecho de autonomía y beneficencia, por lo tanto, también se hace imprescindible cubrir dicho derecho aunque su médico se haya acogido a la objeción de conciencia (30).

Desde la Asociación Federal por los "**Derechos de una Muerte Digna**" (DMD), también se lleva a cabo otro manifiesto, llamado "**Manifiesto Sevilla**" desde el cual promueven que el derecho sanitario a la objeción de conciencia no impida el ejercicio de los derechos reconocidos al conjunto de la ciudadanía. Es decir, que en el supuesto de una futura legalización de la eutanasia en España, debido a la objeción de conciencia de algunos sanitarios, pueda tener como consecuencia no ser llevada a cabo aunque sea un derecho reconocido para el paciente y esté regulado en un marco legislativo futuro (31).

Por ello, en este manifiesto de “Sevilla” se pretende:

1. Respetar la conciencia individual que lleva al Estado a admitir la objeción de conciencia sin que con ello llegue a impedir los derechos legales reconocidos para los ciudadanos (31).
2. En una democracia, la forma de luchar contra leyes injustas pasa por la consecución de mayoría parlamentaria capaz de modificar dichas leyes (31).
3. No es admisible la situación de impunidad para cualquier objeción al cumplimiento de las obligaciones por parte de los profesionales al servicio de la Administración Pública Sanitaria (31).
5. Objetar será una opción individual. Los servicios, los centros sanitarios o las oficinas de farmacia no tienen conciencia. A todos ellos se les exige la garantía del acceso de los usuarios a las prestaciones reconocidas legalmente (31).
6. Ningún médico puede invocar su objeción de conciencia para no cumplir la voluntad de su paciente de no ser sometido a más tratamientos cuando los rechace por medio de él mismo o un representante legítimo con anticipación (31).
7. Ningún profesional puede alegar razones de “conciencia” para no aliviar mediante sedación terminal, la agonía y sufrimiento de un paciente (31).
8. Los derechos sanitarios deben ser garantizados en todos los centro sanitarios públicos, reclamando las necesarias políticas de contratación de personal que lo garantice (31).
9. Para poder elegir libremente se exige una información adecuada y previa sobre los profesionales que objetan salvaguardando su intimidad (31).

### **3.4 VOLUNTADES PREVIAS**

Las Voluntades Previas es un documento oficial en el que una persona manifiesta anticipadamente su deseo al respecto de determinadas intervenciones terapéuticas o actuaciones médicas para que ese deseo sea cumplido por el equipo sanitario que le atienda ante determinadas situaciones médicas cuando la persona no pueda expresarse por sí solo (32).

Este documento lo puede hacer cualquier persona mayor de edad con plenas facultades mentales y que actúe libremente sin presiones de terceros (32).

Hay que tener en cuenta, que siempre que la persona pueda manifestarse personalmente, sus deseos siempre van a prevalecer sobre lo que dejó escrito con anterioridad, de tal manera, que si llegada a la situación de estar en peligro su vida y decide por sí mismo que se le apliquen medidas terapéuticas y acciones médicas que

antes dejó escrito que no quería que se le aplicaran, prevalece su derecho de autonomía ante todo (32).

La persona que lleva a cabo este documento puede incluir:

- 1.- Su expresión de sus objetivos vitales y valores personales para que sean interpretados y orienten a los médicos en el momento de tomar decisiones clínicas (32).
- 2.- Indicar las intervenciones médicas que se desean recibir así como de otras cuestiones relacionadas con la muerte, en caso de no poder expresarse por sí mismo (32).
- 3.- Nombrar un máximo de 2 representantes para asegurarse que esos deseos se cumplen (opcional) (32).
- 4.- Decisión respecto a la donación de órganos para trasplantes o investigación (32).

Este documento es válido únicamente cuando la persona se encuentre en una situación que se prevé irreversible y que no le permita expresar libremente su voluntad. Con lo cual se puede intuir la importancia de dicho documento en el tema ético que se desarrolla a lo largo del trabajo, ya que a pesar de que en España la eutanasia no está contemplada en el marco legal, con éste documento se intenta prevenir que se mantengan medidas extraordinarias que mantengan la vida de un paciente que es previsible su muerte a corto plazo (32).

Con ello lo que se pretende es minimizar el daño terapéutico (encarnizamiento terapéutico) en aquellos casos en los que la muerte está más presente que la vida (32).

Por ejemplo, un accidente de tráfico de una chica de 33 años que ha quedado conectada a un respirador en la Unidad de Cuidados Intensivos en estado muy crítico. Supongamos que esta chica dejó escrito en su documento de Voluntades Previas que si la ocurría cualquier accidente, rechazaba de forma voluntaria y con plenas facultades, tratamientos como: estar conectada a un respirador que mantenga de forma innecesaria su vida cuando la muerte es certera en un plazo corto de tiempo. Estando ella conectada supongamos que su familia se opone a que la desconecten el respirador... bien, si ella realizó previamente sus voluntades, éstas priman ante cualquier decisión que quiera tomar la familia, ya que las escribió previamente, siendo mayor de edad y con plenas facultades. Primaría su derecho de autonomía, ahora que ella no pudo expresarse ante el derecho de justicia y no maleficencia.

Con todo esto, lo que se pretende es dar una visión de lo complicado que es si ocurren situaciones vitales desde el punto de vista médico, resolver situaciones de gran carga ética sin documentos en los que den pistas sobre las voluntades del paciente que está en esa situación.

### 3.5 EUTANASIA INFANTIL

Recientemente, en el mes de noviembre del 2013, se estudió aprobar en Bélgica una ley que permite acceder a la práctica de la eutanasia a los niños terminales.

Anteriormente, Holanda fue la primera en aprobar la eutanasia infantil en el 2005 y practicándola en neonatos bajo un protocolo llamado "Protocolo Groningen", que explica las premisas para llevarlo a cabo tales como: que el bebé tenga un sufrimiento incontrolable y desesperado, un diagnóstico y pronóstico certeros, la confirmación por otro médico y el consentimiento de sus padres. Básicamente esta ley ha sido aplicada a neonatos con espina bífida, bebés que necesitan cuidados intensivos para sobrevivir con un índice de recuperación muy bajo y bebés con un mal pronóstico y sufrimiento insoportable (33).

Continuando con este país, la eutanasia se legalizó también en niños a partir de 12 años siendo sus padres y el médico los que toman las decisiones de interrumpir el tratamiento o de aplicar la eutanasia si consideran que en la enfermedad ya no hay mas por lo que luchar (33).

Entre los 12 y 16 años, el niño ya puede pedir que se le interrumpa su tratamiento previa aprobación del médico y de sus padres y a los 17 años ya solo necesita la aprobación médica. En niños mayores de 1 año y menores de 12 aun no está legalizada (33).

El tema es de una gran carga ética, ya que aunque el dolor no es justo para nadie, y mucho menos para un niño, muchos de estos aun son muy pequeños para poder entender el carácter irreversible de la muerte y en muchos casos no son conscientes de querer la muerte como tal.

Surgen grandes dilemas ético-morales al ser un tema que aborda la muerte y los niños, el sentimiento de unos padres ante la próxima muerte de un hijo y de su sufrimiento, el dilema de un profesional enfermero y médico que ha de dar la eutanasia a un niño....etc.

Finalmente, la eutanasia infantil ha sido aprobada por el Parlamento de Bélgica con fecha del 02/02/2014, con 86 votos a favor y tan solo 44 en contra (34).

Entra en vigor a partir del 03/02/2014 y bajo las siguientes condiciones:

- 1.- Que padezcan un sufrimiento físico insufrible y su muerte esté próxima (34).
- 2.-Autorización por escrito de sus padres (34).
- 3.-Evaluación psicológica que confirme la capacidad de discernimiento del menor (34).

## **CAPÍTULO 4: ENFERMERÍA Y EUTANASIA**

### **4.1 OBJECCIÓN DE CONCIENCIA Y CÓDIGO DEONTOLÓGICO EN ENFERMERÍA**

Se define “**objección de conciencia**” al rechazo de determinadas normas jurídicas alegando ser contrarias a las normas éticas o religiosas de la persona que lo solicita (35).

Éste es un derecho al que el personal sanitario se puede acoger ya que lo ampara el **Tribunal Constitucional** que en su **sentencia del 11 abril 1985** dice que el derecho a la objeción de conciencia está amparado por la Constitución Española en el art. 16.1 y como consecuencia se puede obtener de los jueces y tribunales dicho derecho (35).

En el **artículo 16.1 de la Constitución Española** también ampara el derecho de objeción de conciencia diciendo: “*Se garantiza la libertad ideológica, religiosa y de culto de los individuos y las comunidades sin más limitación, en sus manifestaciones, que la necesaria para el mantenimiento del orden público protegido por la ley*” (35).

El **Código Deontológico de Enfermería art.22** dice que de acuerdo al art.16.1 de la Constitución Española, la enfermera/o tiene el derecho a la objeción de conciencia tras ser explicado de forma debida ante el caso en concreto. El Consejo General y los Colegios cuidarán de que ningún enfermero/a sufra discriminación por usar dicho derecho (36).

En el **art. 47 del Código Deontológico de Enfermería** comenta que las enfermeras/os deben rechazar cualquier tipo de presión que pueden ejercérselas con el fin de utilizar y manipular sus conocimientos o habilidades en perjuicio de los pacientes (36).

Dentro de los tipos de objeción de conciencia, en relación a los temas que tratan sobre el final de la vida, el personal sanitario puede acogerse a él en los siguientes casos:

- Objeción a seguir las voluntades previas (36).
- Objeción a la sedación terminal (36).
- Objeción a tratamientos fútiles (36).

Según el **Real Decreto 231/2001, de 8 noviembre**, por el que se aprueban los Estatutos Generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, se dice:

#### **A) Artículo 53. 2. Sobre la Misión de la Enfermería**

El enfermero independientemente de su especialidad, es el profesional habilitado legalmente y responsable de sus actos, que tras haber adquirido los conocimientos suficientes sobre el ser humano y sus enfermedades, de sus funciones biopsicosociales en estado de bienestar y de enfermedad, del método científico aplicable, de sus formas de medirlo, valorarlo y evaluar los hechos científicamente probados, auxiliándose para ello de los medios y los recursos clínicos y tecnológicos adecuados, en orden a detectar las necesidades, desequilibrios y alteraciones del ser humano, referido a la prevención

de la enfermedad, recuperación de la salud y su rehabilitación, reinserción social **y/o ayuda a una muerte digna** (36).

#### **B) Artículo 54. 3. Sobre los cuidados de enfermería**

Los cuidados de enfermería comprenden la ayuda en el ámbito de competencia profesional a personas enfermas o sanas, a comunidades ejecutando actividades que contribuyan a mantener y promocionar la salud, restableciéndola cuando sea posible y previniendo la enfermedad y accidentes, así como la rehabilitación y reinserción social en los supuestos **y/o ayuda a una muerte digna** (36).

### **4.2 PERCEPCIONES SUBJETIVAS DE LAS ENFERMERAS ANTE LA EUTANASIA**

Un estudio de la **Organización de Consumidores y Usuarios (OCU)**, llevado a cabo en el año 2000, indicó que 1 de cada 3 profesionales de sanidad era partidario de la eutanasia activa. Respecto a la población, el 75% de los españoles se mostró a favor de la eutanasia. En este estudio se mostró que entre otras opiniones, los profesionales sanitarios consideraban que era necesario tener una ley en España que ampare al profesional que lleva a cabo dichas prácticas y a quien le asiste, como es el caso de la enfermera (37,38).

En otro estudio llevado a cabo en Andalucía en el 2009 se detecta que los profesionales sanitarios tienen las siguientes percepciones:

*-“Nunca se tendrá verdadera información sobre lo que quiere un enfermo terminal o con enfermedad incurable.*

*-No es lo mismo dejar morir que matar.*

*-El personal sanitario no tiene ninguna obligación de llevar a cabo tales prácticas, luego no puede haber un derecho moral a suicidarse con auxilio médico ni a exigir la eutanasia” (37,38).*

El 41% de los sanitarios consideran necesario cambiar la ley para permitir la ayuda al suicidio asistido o eutanasia, según un estudio llevado a cabo en el 2002 (38).

Un estudio de la Organización de Consumidores y Usuarios (OCU) indica que el 85% de las enfermeras y el 65% de los médicos recibieron peticiones de eutanasia o suicidio asistido en el año 2000 (38,39).

#### **De este estudio se obtuvieron las siguientes conclusiones:**

Con los datos anteriormente citados, se considera que la mayoría de los profesionales sanitarios ven necesario una regulación de la eutanasia o del suicidio asistido, llegando

la mayoría de ellos a considerar su práctica en la actualidad siempre y cuando les ampare una ley (38).

Cabe destacar el importante papel de la enfermera en los cuidados al paciente terminal, siendo en muchas ocasiones el profesional que más tiempo pasa al lado del paciente y el que más cuidados le dedica, manejando en este caso la mayor información del paciente (38).

Es también la enfermera, el profesional con el que se habla más abiertamente, con lo cual, en la encuesta se refleja que quien más peticiones eutanásicas recibe es la enfermera en un 85% de los casos (39,40).

Otro estudio fue el llevado a cabo durante los meses de **abril-agosto del 2010** en el **Hospital General Universitario de Ciudad Real**, en el que se llevó a cabo un estudio descriptivo prospectivo con una muestra de **189 profesionales** de los cuales un 21,7% fueron varones frente a un 78,3% que fueron mujeres. La media de edad se situó en 40,39 años. El objetivo del estudio era conocer la valoración ética de los profesionales sanitarios del centro respecto a las medidas extraordinarias de soporte de vida y la eutanasia (41).

Los profesionales que participaron fueron médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería, con una media de experiencia laboral de 15 años, siendo un 14% médicos, un 56% enfermeros y un 25% auxiliares de enfermería (41).

**El 79,9% se encuentra a favor de la eutanasia**, el 93,6% en contra de la distanasia, el 92,6% a favor de la antidistanasia y un 99,5% a favor de la ortotonasia, siendo el **colectivo médico el más contrario a la aplicación de la eutanasia** (41).

Un **95%** de estos profesionales tendría en cuenta la decisión del paciente sobre el nivel de asistencia médica que se le da cuando el paciente es moribundo. Un **90%** de los profesionales tendría en cuenta la decisión de la familia sobre las medidas frente a su familiar (41).

A continuación se muestra una tabla sobre las opiniones que tendrían mayor peso en el momento de tomar una decisión sobre las medidas extraordinarias de soporte en un paciente terminal (41).

	Decisión del Médico	Decisión del Paciente	Decisión de la familia legal
Médico	33,3%	66,6%	0
Enfermero	18,1%	78,1%	3,8%
Auxiliar de Enfermería	4,3%	87,2%	8,5%

Tabla 1. Opiniones del personal sanitario sobre las medidas extraordinarias de soporte (41).

Los médicos no tendrían en cuenta la decisión de la familia y en un 33.3% la decisión que más valorarían sería la del propio médico (41).

Con respecto a la **legalización de la eutanasia**, el **76.2%** de los profesionales enfermeros encuestados estaría **a favor** frente a un 65.4 % del colectivo médico que no lo estaría (41).

Tabla 2 Legalización de la eutanasia			
	Médico	Enfermero	Auxiliar de Enfermería
A favor	34,6%	76,2%	76,1%
Contrario	65,4%	23,8%	23,9%

Tabla 2. Opiniones del personal sanitario sobre la legalización de la Eutanasia (41).

Sobre la actitud ante un paciente moribundo vemos que un 88% de las enfermeras encuestadas están a favor de la eutanasia frente a un 11% que no lo está.

Tabla 3 Partidarios de la Eutanasia			
	Médico	Enfermera	Auxiliar de Enfermería
A favor	40,7%	88,5%	82,2%
Contrario	59,3%	11,5%	17,8%

Tabla 3. Personal sanitario partidario de Eutanasia (41).

En cuanto a la antidistanasia se puede observar que el 99% de las enfermeras encuestadas están en contra de su práctica mientras que en la ortotanasia un 98% de las mismas está a favor de su práctica (41).

Tabla 4 Partidario de la Antidistanasia			
	Médico	Enfermera	Auxiliar de Enfermería
A favor	18,5%	1%	10,6%
Contrario	81,5%	99%	89,4%

Tabla 4. Personal sanitario partidario de Antidistanasia (41).

Tabla 5 Partidario de la Ortotanasia			
	Médico	Enfermería	Auxiliar de Enfermería
A favor	85,2%	98,1%	85,1%
Contrario	14,8%	1,9%	14,9%

Tabla 5. Personal sanitario partidario de Ortonatanasia (41).

A pesar de su aceptación hay un porcentaje de profesionales en contra de la eutanasia y es un dato a tener en cuenta ya que muestra las diferentes opiniones de los profesionales siendo el colectivo médico el más reticente a la misma, y el colectivo enfermero en el que prima el principio de "beneficencia" (41).

**Las conclusiones obtenidas de este artículo fueron:**

- 1.- La mayoría de los participantes tomaría en cuenta la decisión del paciente de limitar el esfuerzo terapéutico cuando ya no hay nada más que hacer (41).
- 2.- La mayoría de la muestra (profesionales) está a favor de una muerte digna y en contra de un encarnizamiento terapéutico (41).
- 3.- La efectividad y utilidad de la práctica asistencial debería incluir la evaluación ética por parte de los profesionales con el paciente (41).
- 4.- La enfermera debe participar activamente en las decisiones del equipo relativas a la retirada de un tratamiento en un paciente terminal cuando se percibe encarnizamiento (41).
- 5.- La enfermera aporta al equipo sanitario una visión humana y de valores éticos propios de las profesiones necesarias para decidir si iniciar o retirar el tratamiento al paciente (41).
- 6.- El paciente tiene derecho a que el profesional le de la información necesaria y suficiente para que pueda hacer una idea de su estado de salud y pueda decidir sobre los procedimientos que quiera que se le apliquen (41).
- 7.- Muy importante reseñar, que este estudio revela que un **79.9%** de los profesionales sanitarios están en este estudio a **favor de la eutanasia** (41).
- 8.- El colectivo médico es el más reticente según el estudio y el colectivo enfermero es el que valora el principio de "beneficencia" y se muestra en el estudio más partidario de la eutanasia y el no encarnizamiento terapéutico (41).

## **CAPÍTULO 5: CASOS DE EUTANASIA**

### **5.1 EUTANASIA EN ESPAÑA**

#### **INMACULADA ECHEVARRIA (GRANADA)**

Un buen ejemplo de "**rechazo al tratamiento y de eutanasia pasiva**" es el caso de Inmaculada Echevarría, aquejada de distrofia muscular progresiva desde los 11 años.

Inmaculada con 51 años, estaba postrada en una cama desde hacía 20 años y tenía que vivir conectada a un respirador que la mantenía con vida en un hospital de Granada. Ella misma declaró: "*mi vida no tiene más sentido que el dolor, la angustia de ver que*

*amanece un nuevo día para sufrir, esperar que alguien escuche, entienda y acabe con mi agonía»; «lo único que pido es la eutanasia; no es justo vivir así» (42,43).*

Poco después, ella comunicó al hospital San Rafael de Granada su intención de que la desconectarán del respirador, pero tras luchas legales, la Junta de Andalucía acordó que la paciente tenía pleno derecho sobre su vida y a decidir sobre el proceso de su enfermedad (42,43).

Debido a que el Hospital de San Rafael era de orden cristiana, no pudo ser llevado dicho acto en el mismo, con lo que tuvieron que trasladarla a un hospital público para poder llevar a cabo la desconexión del respirador previa sedación (42,43).

El 14 marzo de 2007, Inmaculada moría tras 6 meses de luchas y de informes del psiquiatra y médicos (42,43).

En este caso expuesto, es necesario explicar el problema que surge entre principios bioéticos, entre el principio de autonomía que se explicó en un capítulo anterior, en el que se dice que hay que respetar al máximo la autonomía del paciente en la toma de decisiones y el principio de justicia y no maleficencia, en el que el médico no puede provocar daño al paciente, sino que ha de buscar el mejor bien posible para el paciente y por supuesto, la muerte está contemplado como un daño, ya que un bien físico no produce.

De aquí se deduce la importancia del documento de Voluntades Anticipadas que se hablaba en capítulos anteriores, ya que con ello prima el derecho fundamental de autonomía frente al de justicia, y es necesario aclarar si en determinadas situaciones la persona que lo sufre quiere ser subsidiaria de medidas extraordinarias para mantener su vida o por el contrario, esa persona lo que quiere es que no se le apliquen medidas de mantenimiento terapéutico.

### **RAMÓN SAMPEDRO (GALICIA)**

Un buen ejemplo de un “*suicidio asistido*” es el caso de Ramón Sampedro, que necesitó ayuda para poder llevar a cabo su muerte, ya que a él le era imposible obtener los medios por sí solo (44).

Un accidente dejó a Ramón Sampedro tetrapléjico con sección medular, con lo que no podía mover nada más que la cabeza. Postrado en una cama durante 29 años, pidió en varias ocasiones frente a la audiencia provincial de Barcelona, que le administraran los fármacos necesarios para acabar con su vida llena de dolor y desesperación (44).

Tanto el tribunal de Estrasburgo como la Audiencia provincial de Barcelona, desestimaron su petición alegando motivos de forma (44).

Tras la larga lucha emprendida, Ramón decidió poner fin a su vida bebiendo de una pajita cianuro. Ramona Maneiro, era su amiga y cuidadora durante los últimos años. Tras la muerte de Ramón, la arrestaron pero por falta de pruebas la soltaron (44).

## 5.2 EUTANASIA EN EUROPA

### PAUWELS (BÉLGICA)

Pauwels fue el atleta más anciano de Bélgica, aquejado de un cáncer terminal de estómago, a sus 95 años pidió la eutanasia. Fue campeón de Europa en la modalidad de veteranos en los 60 metros lisos, pero sus últimos meses los pasó en la cama con grandes dolores y con un importante deterioro general (45).

El día 07/01/2014 recibió en su casa de Brujas, una inyección mortal administrada por su médico tras considerar que era para aliviar un “gran dolor”, ya que esa enfermedad y su padecimiento hacía que Pauwels ya no fuera el mismo (45).

### ELUANA ENGLARO (ITALIA)

En Italia no está aprobada la práctica de la eutanasia, con lo que se considera delito llevarla a cabo.

Eluana tuvo un accidente de tráfico en 1992 que la dejó en coma vegetativo desde hace 17 años, la alimentaban con sonda y tenía la corteza cerebral necrosada (46).

En 1999 su padre solicita al tribunal supremo que desconecten la sonda de alimentación a su hija pero le denegaron la petición (46).

En 2005 se volvió a desestimar ya que alegaban que no había muestras concretas de que esa fuera la voluntad de Eluana (46).

No será hasta el 13 noviembre del 2008 cuando el Tribunal Supremo apruebe la desconexión de la alimentación de Eluana, que murió en una clínica privada el 09 de Febrero del 2009 (46).

## 5.3 EUTANASIA INFANTIL

Debido a que esta ley es muy reciente, aun no se conocen casos públicos de su práctica en niños, pero a continuación se expone el caso que fue el punto de inicio para que Bélgica aprobara esta ley.

Se trata del caso de **Ella-Louise**, un bebé de 10 meses que nació con la enfermedad de Krabbe, una rara mutación genética que daña el sistema nervioso y es mortal. Tras 10 meses de sufrimiento, sus últimas semanas apenas se movía ni comía. Dice su madre que en su cara se reflejaba el dolor, y que fue entonces, cuando se dio cuenta de lo importante de una ley que abarcara la eutanasia en los niños (47).

Ella-Louise murió en 2011, su madre asegura que la hubiera gustado que la administraran una inyección para asegurar a su hija una muerte sin dolor y ahorrarle el sufrimiento de seguir así (47).

Los padres de la niña, llevaron este caso hasta el Tribunal Supremo de Bélgica en apoyo a la ley de eutanasia infantil y fue un caso decisivo para aprobar dicha ley en el Senado (47).

## **CONCLUSIONES FINALES**

Tras la visión global dada en el trabajo, es inevitable llegar a la conclusión de que a pensar de que en España las leyes referentes al tema de la eutanasia y del suicidio asistido han mejorado recientemente con documentos como: *voluntades previas* o la ley de Andalucía de *cuidados paliativos y muerte digna*, es necesario pedir una reforma del código penal referente a la protección no solo del paciente, sino también del personal sanitario que quiera llevar a cabo dichas prácticas en nuestro país.

En el transcurso de pocos años, la bioética ha de dar salida a estos temas ya que la población cada vez envejece más y lo hace con peor calidad que en años anteriores, teniendo ahora una mayor carga de enfermedades crónicas y paliativas.

Es difícil dar una opinión al respecto sin escuchar a las dos partes: médico-enfermera y paciente y no entender el argumento de ambos.

La despenalización de la eutanasia no implica una mayor práctica de la misma sino un mayor rigor en su práctica y un mayor amparo ante la ley de los profesionales que la lleven a cabo.

En algunos países de Europa, esta práctica es legal bajo la condición de determinados supuestos que ha de cumplir el paciente que lo solicita. En otros sin embargo, las leyes son menos restrictivas al respecto y la práctica es mucho más libre que en otros.

Debido a los aspectos éticos y morales que suscita la eutanasia es necesario considerar el tema como un debate social en continuo cambio tanto en España como en el resto de Europa.

Como se muestra en el capítulo uno, la historia de la eutanasia se remonta a Grecia en época de Hipócrates y Platón.

Las consecuencias legales que suscita y los argumentos éticos - legales hacen de su práctica algo clandestino en países desarrollados, al no haber un claro amparo de la ley hacia los derechos y voluntades de la persona que va a fallecer y hacia los profesionales que han de llevarlo a cabo.

Por otra parte, los profesionales de enfermería de hoy en día en España, no se oponen en su mayoría a dicha práctica como vemos en el punto 4.2 pero siempre y cuando cambie el marco legislativo y constitucional al respecto.

Se hace necesario recomendar el documento de “voluntades previas” que asegure un respeto a la autonomía de las personas que lo redacten. En dicho documento la persona puede exponer su deseo de que no se le apliquen determinados tratamientos y de que si en algún futuro próximo la eutanasia estuviera contemplada en el marco legislativo español, se puedan acoger a dicha ley para que se le pueda aplicar esta práctica.

Por lo tanto, no solo para los profesionales sanitarios sino también para los pacientes, se hace necesaria una revisión de la legislación actual sobre el tema, para proteger los derechos de ambos y modernizar las leyes actuales para poder cubrir los derechos fundamentales de profesionales y pacientes.

Nuestro país tiene un marco legislativo de los más restrictivos de Europa en lo que eutanasia se refiere.

Mientras se recababa información para elaborar el trabajo, se encontraron numerosos testimonios de personas que lo solicitan y que al final han de irse a países como Holanda o Bélgica para poder llevarlo a cabo. Es posible que en un futuro el derecho a morir con dignidad no se vea atado por leyes que hacen emigrar a personas en estado terminal con un único fin: el de **no sufrir más**.

## **BIBLIOGRAFÍA:**

- (1) Diccionario de la lengua española. **Real Academia Española**. 22ª edición; Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=eutanasia>. 2013. [Consulta el 27/12/2013].
- (2) Núñez Paz MA. *Origen y formación del vocablo "eutanasia"*. En: "**La buena muerte: el derecho a morir con dignidad**". Madrid: Tecno (Grupo Anaya, S.A.); 2006. p. 89. [Consulta el 08/01/2014].
- (3) Casabona CMR. **Eutanasia. Concepto y clases**. En: "El derecho y la bioética ante los límites de la vida humana". Editorial: Centro de estudios Ramón Areces; 1994.p.421 [Consultado: 20/01/2014].
- (4) Rosal M. "**La clínica privada holandesa para la eutanasia «asiste» a 51 personas en un año**"; 2012. Disponible en: <http://www.abc.es/20121101/sociedad/abci-eutanasia-holanda-clinica-privada-201211011712.html>. [Consultado: 21/01/2014].
- (5) Ferrer I." **El primer centro privado holandés de eutanasia tiene lista de espera y Bélgica alcanza su récord**"; 2013; Disponible en: [http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/03/16/actualidad/1363472762\\_547191.html](http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/03/16/actualidad/1363472762_547191.html). [Consultado: 21/01/2014].
- (6) Lecturalia. **Elisabeth Kubler Ross "Los niños y la muerte"**. 2014; Disponible en: <http://www.lecturalia.com/libro/49707/los-ninos-y-la-muerte>. [Consultado: 08/01/2014].
- (7) Gracia D. *Historia de la Eutanasia*. En: Urraca S, editor. "**Eutanasia Hoy: Un debate abierto**". Madrid: Noesis, 1996. p.67-91. [Consulta el 11/01/2014].

- (8) Núñez Paz MA. Antecedentes históricos del derecho a morir. En: **"La buena muerte: el derecho a morir con dignidad"**. Madrid: Tecno (Grupo Anaya, S.A.); 2006. p. 27-69. [Consulta el 11/01/2014].
- (9) Jonsen R. Apuntes históricos. En: **"Ética de la eutanasia"**. Humanitas 2003; 1 (1):88-89. [Consultado: 11/01/2014].
- (10)Gutiérrez JV. Eutanasia: concepto, tipos, aspectos éticos y jurídicos. Actitudes del personal sanitario ante el enfermo terminal. [Consultado:19/01/2014]
- (11)Núñez Paz MA. La eutanasia activa. En: Núñez Paz MA, editor. **"La buena muerte: el derecho a morir con dignidad"**. Madrid: Tecno (Grupo Anaya, S.A.); 2006. p. 139-143. [Consulta el 19/01/2014].
- (12)Diccionario de la lengua española. **Real Academia Española**. 22ª edición;  
Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=distanasia>. 2014. [Consulta el 27/12/2013].
- (13)Mazariegos Franco, Carmen L. "Eutanasia". Apuntes Sept- Diciembre 2003; 1:93. [Consultado: 19/01/2014].
- (14)Núñez Paz MA. "El derecho a la vida, el derecho a la muerte y la Constitución Española". En: Núñez Paz MA, editor. **"La buena muerte: el derecho a morir con dignidad"**. Madrid: Tecno (Grupo Anaya, S.A.); 2006. p. 212-226. [Consulta el 27/01/2014].
- (15)Ortiz JS. **Final de la vida: ¿puede ser confortable?** Med Clin 2001; 116:186-190.[Consultado: 20/01/2014].
- (16)Sánchez JJB. **"El derecho a morir dignamente en Andalucía"**. Espacio y Tiempo: Revista de Ciencias Humanas 2011(25):171-188. [Consultado: 27/01/2014].
- (17)Boletín Oficial de la Junta de Andalucía (BOJA). **Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte**; 07/05/2010; 88. [Consultado: 27/01/2014].

- (18)BOE. **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**; 15/11/2002;274. [Consultado: 27/01/2014].
- (19)Gobierno de Cantabria. Consejería de Salud y Servicios Sociales. "**Guía informativa de voluntades previas**". 2014; Disponible en: <https://rvp.cantabria.es/rvp> [Consultado: 27/01/2014].
- (20)La Vanguardia. "**El Gobierno aprueba hoy el anteproyecto de ley de Muerte Digna**". 2011; Disponible en: <http://www.lavanguardia.com/politica/20110513/54153922975/el-gobierno-aprueba-hoy-el-anteproyecto-de-ley-de-muerte-digna.html>. [Consultado: 27/01/2014].
- (21)Núñez Paz MA. *Los supuestos eutanásicos del artículo 143.4 del Código Penal*. En: Núñez Paz MA, editor. "**La buena muerte: el derecho a morir con dignidad**". Madrid: Tecno (Grupo Anaya, S.A.); 2006. p. 276-285. [Consulta el 28/01/2014].
- (22) AFDMD. "**Eutanasia y suicidio asistido en el mundo**".2014; Disponible en: [http://www.eutanasia.ws/eutanasia\\_mundo.html](http://www.eutanasia.ws/eutanasia_mundo.html). [Consultado: 28/01/2014].
- (23)Lorda PS, Cantalejo IMB. "**La eutanasia en Bélgica**". Revista Española de Salud Pública 2012; 86(1):5-19. [Consultado: 28/01/2014].
- (24)Núñez Paz MA. *La eutanasia en el contexto internacional*. En: Núñez Paz MA, editor. "**La buena muerte: el derecho a morir con dignidad**". Madrid: Tecno (Grupo Anaya, S.A.); 2006. p. 169-202. [Consulta el 28/01/2014].
- (25) Amaro Cano, María del Carmen, Marrero Lemus A, Luisa Valencia M, Blanca Casas S, Moynelo H. **Principios básicos de la bioética**. Revista Cubana de Enfermería 1996; 12(1):11-12. [Consultado: 20/01/2014].
- (26)Villamizar Rodríguez E. **Pros y contras de la eutanasia**. En: "El morir y la muerte en la sociedad contemporánea". Gerencia y Políticas de Salud 2002; 1(2): 74-75. [Consultado: 20/01/2014].

- (27) Jonsen R. **Pros y contras de la eutanasia**. En: "Ética de la eutanasia". Humanitas 2003; 1 (1):94-95. [Consultado: 20/01/2014].
- (28) Junta de Andalucía. **Ética y muerte digna**. 2014 Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/temas/salud/derechos/muerte-digna.html> [Consultado: 25/03/2014].
- (29) Montes L. "**Manifiesto Santander**". 2014; Disponible en: <http://www.eutanasia.ws/manifiestosantander.asp>. [Consultado: 25/01/2014].
- (30) Medina Castellano C. "**Objeción de conciencia sanitaria en España: naturaleza y ejercicio**". 2012; 69. [Consultado: 17/02/2014].
- (31) Montes L. "**Manifiesto Sevilla**". 2014; Disponible en: <http://www.eutanasia.ws/manifiestosantander.asp>. [Consultado: 25/01/2014].
- (32) Gobierno de Cantabria. Consejería de Salud y Servicios Sociales. "**Guía informativa de voluntades previas**". 2014; Disponible en: <https://rvp.cantabria.es/rvp> [Consultado: 27/01/2014].
- (33) Villares JMM, Segovia MJG. **La eutanasia en niños en Holanda: ¿el final de un plano inclinado?** Cuadernos de bioética 2005; 16(58):345-358. [Consultado: 02/11/2013].
- (34) RT actualidad. "**La eutanasia infantil a punto de ser aprobada en Bélgica**"; 2013; Disponible en: <http://actualidad.rt.com/sociedad/view/110219-eutanasia-infantil-aprobar-belgica.>; 2013. [Consultado: 02/11/2013].
- (35) Camps Cervera, V. Presidenta del Comité de Bioética de España. "**La objeción de conciencia del personal sanitario**". 2010. [Consultado: 16/02/2014].

- (36) Colegio Oficial de Enfermería de Madrid. "**Código deontológico enfermero**". 2014; Disponible en: <http://www.codem.es/Paginas/Ficha.aspx?IdMenu=6eeee00a-7d78-4a7b-8376-740e3f47d5d3>. [Consultado:25/01/2014].
- (37) Lletget Aguilar RÁ. "**Muerte digna y su aplicación en la práctica clínica: una percepción enfermera**". REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología) 2010;2(1). [Consultado el 15/03/2014].
- (38) Hernández MEF. "**Legalización de la eutanasia como opción a una muerte digna.**" Consulta de expertos a través de la técnica Delphi. Cultura de los cuidados 2012:87-95. [Consultado: 18/02/2014].
- (39) Meseguer Liza C, Torralba Madrid MJ. "**Mar adentro. ¿Eutanasia? reflexiones de una perspectiva enfermera. 2005**". [Consultado: 18/02/2014].
- (40) Aguiar González F. "**Eutanasia y suicidio asistido: Un debate necesario**". 2009.[Consultado: 18/02/2014].
- (41) Muñoz Camargo J, Martín Tercero M, Nuñez Lopez M, Espadas Maeso M, Pérez Fernandez-Infantes S, Cinjordis Valverde P, et al. "**Limitación del esfuerzo terapéutico. Opinión de los profesionales. Enfermería Intensiva**". 2012;23(3):104-114. [Consultado el 15/03/2014]
- (42)AFDMD. **Inmaculada Echeverría**. Disponible en: [http://www.eutanasia.ws/nombres/inmaculada\\_echevarria.html](http://www.eutanasia.ws/nombres/inmaculada_echevarria.html);2014.[Consultado: 20/02/2014].
- (43)El Mundo. "**Inmaculada Echevarría, una vida en una cama.**" 15/03/2007; Disponible en: <http://www.elmundo.es/elmundo/2007/03/15/obituarios/1173920650.html>; 2007. [Consultado: 20/02/2014].
- (44)AFDMD. **Ramón Sampedro**. Disponible en: [http://www.eutanasia.ws/nombres/ramon\\_sampedro.html](http://www.eutanasia.ws/nombres/ramon_sampedro.html) ;2014.[ Consultado: 20/02/2014].

(45) 20 minutos. "El atleta más anciano de Bélgica se somete a la eutanasia". 05/01/2014;

Disponible en: <http://www.20minutos.es/noticia/2023102/0/atleta-anciano/belgica/eutanasia/>. [Consultado: 20/02/2014].

(46) 20 minutos. **Eluana Englaro, el caso que dividió a Italia**. 10/02/2009; Disponible en:

<http://www.20minutos.es/noticia/449293/0/eluana/cronologia/eutanasia/>. [Consultado: 20/02/2014].

(47) Informativos telecinco. "Muestran el sufrimiento de su hija para apoyar la eutanasia para menores en Bélgica". 28/11/2013; Disponible en:

[http://www.telecinco.es/informativos/internacional/eutanasia-menores-Belgica-Bruselas\\_0\\_1707825378.html](http://www.telecinco.es/informativos/internacional/eutanasia-menores-Belgica-Bruselas_0_1707825378.html). [Consultado: 20/02/2014].