



PERSPECTIVAS ANTE LA EUTANASIA REGULADA EN ESPAÑA

1. PRESENTACIÓN
2. INTRODUCCIÓN
3. PLANTEAMIENTOS CONCEPTUALES
4. PERSPECTIVAS ANTE LA EUTANASIA EN ESPAÑA
 - 4.1. DEFENSORES
 - 4.2. DETRACTORES
5. TESTAMENTO VITAL
6. OBJETOR DE CONCIENCIA
7. PERSPECTIVAS ORGANIZACIONALES
8. ANTECEDENTES DE LA REGULACIÓN DE LA EUTANASIA EN ESPAÑA
9. PROFESIONALES DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD
10. CONCLUSIONES
11. BIBLIOGRAFÍA
 - 11.1. DECLARACIONES
 - 11.2. NORMATIVA
 - 11.3. LIBROS Y ARTÍCULOS CONSULTADOS
 - 11.4. PÁGINAS WEB

M^a del Consuelo Cuenca Velasco
Psicología Sanitaria y Forense.
Colegio Oficial de Psicología de Castilla y León

20 de febrero de 2021

PERSPECTIVAS ANTE LA EUTANASIA REGULADA EN ESPAÑA

1. PRESENTACIÓN

La elaboración del presente trabajo se apoya en la revisión de fuentes de información y publicaciones acerca de los tratamientos ante la muerte por enfermedad avanzada respecto a la Ley Orgánica de la eutanasia en España. A partir de los contenidos revisados se desprende que la pérdida de la vida es un fenómeno común a todos los seres vivos. Las siguientes líneas suponen un enfoque breve sobre las diferentes posturas respecto a los cuidados paliativos que parten de escuchar el deseo de los enfermos/as y ofrecerles un acercamiento holístico con especial atención a los aspectos psicológicos, sociales y espirituales, el rechazo a la obstinación terapéutica y las complejidades subyacentes ante la aprobación de la Ley Orgánica de la eutanasia española. El objeto de ésta es facilitar una unidad de criterios, proporcionar seguridad jurídica para el ejercicio y salvaguarda de pacientes y sanitarios. Garantiza el acceso a cuidados paliativos y tratamiento del dolor en la etapa final de la vida, tanto en el ámbito público, privado y domicilio particular. Actualiza la normativa del documento de la Voluntad Vital anticipada para la aplicación de las características del tratamiento. Recoge como el Ministerio de Sanidad y los presidentes de las Comisiones de Garantía y Evaluación de las Comunidades Autónomas, reuniéndose bajo la coordinación del Ministerio, para homogenizar criterios e intercambiar buenas prácticas en el desarrollo de la prestación de eutanasia en el Sistema Nacional de Salud. Dicha solicitud será supervisada por la Comisión de Evaluación y Control de los Servicios de Salud, haciéndose efectiva mediante la implementación del Protocolo de Actuación de profesionales Sanitarios y Jurídicos. En el ámbito laboral sanitario con exposición frecuente a la enfermedad avanzada y muerte supone un desgaste emocional que hace necesario un plan preventivo del Síndrome de Burnout y programas de Intervención Psicológica Especializada.

2. INTRODUCCIÓN

Desde los inicios de la humanidad, se vienen usando diferentes métodos para el tratamiento de enfermedades con el fin de evitar el dolor y preservar la vida. El nacimiento de la Medicina como ciencia no solo surge por un mero interés sobre el individuo, sino también por comprender las variables intervinientes con el fin de tener un mejor conocimiento de la historia natural de las diversas enfermedades, aplicar los adelantos médicos y científicos en ciencias básicas

como la bioquímica, biología molecular, farmacología, genética, etc. Luego, la Medicina actual ha aumentado y mejorado sus recursos tecnológicos para el diagnóstico y tratamiento, logrando erradicar y prevenir algunas enfermedades. Siendo sus prescripciones favorecedoras del mantenimiento de la salud, control de padecimientos crónicos y mejora de la calidad de vida de pacientes.

En nuestro país, el aumento del promedio de vida y la reducción de mortalidad es consecuencia de un sólido sistema de profesionales de la salud con carácter de servicio bien formados, que son resultado de las diferentes actuaciones de la Medicina General y Preventiva, aportaciones de las perspectivas relacionadas con los Sistemas de Ingeniería Biomédica, etc. El efecto final ha sido la contribución a la denominada cadena de producción de valor de la salud con el fin de ofrecer soluciones y propuestas al campo de la salud humana.

Las enfermedades crónicas no sólo suponen un coste socioeconómico para los sistemas de salud, sino también un desgaste físico y psicológico, tanto para profesionales, paciente y familiares. Para estos últimos, suele configurarse como un proceso de duelo que se inicia en el momento que se tiene conciencia de pérdida de salud ante la irreversibilidad que se expresa el temor a la muerte.

La bibliografía existente sobre estudios acerca de la biomedicalización de la muerte presenta un debate vivo entre defensores y detractores acerca de las distintas perspectivas sobre la buena muerte, el ser en y para la muerte, los cuidados paliativos, la muerte como decisión, las prácticas de resucitación, la muerte tecnológica en las Unidades de Cuidados Intensivos y la muerte encefálica. Por lo tanto, el fallecimiento de una persona en el contexto hospitalario/residencial genera controversia en la sociedad y comunidades de profesionales sanitarios.

El periodo histórico de 1931-1945 sigue presente en nuestros días. El término de eutanasia se asocia generalmente a las doctrinas de la Alemania Nazi con programas de eutanasia eugenésica (mejora de etnia y raza) y eutanasia económica (reducción de costes de cuidados y mantenimiento de la vida de enfermos/discapacidad). Resultado de éstas prácticas surgió el primer código internacional de ética para la investigación con seres humanos el Código Nüremberg (1947); posteriormente, se elaboraron la Declaración de Ginebra (1948), el Código Internacional de Ética Médica (1949), Declaración de Helsinki (1964) que aboga por el bienestar de la persona que participa en la investigación debe tener siempre primacía sobre todos los otros intereses, el Informe Belmont (1978) que recoge los principios éticos básicos que deben orientar toda investigación con seres humanos, y las Pautas Éticas

Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos (2002) de la Organización Mundial de la Salud y la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO (2005), en la que se defiende respeto la autonomía de las personas capaces de tomar decisiones, la protección de las que no son capaces de hacerlo y de las poblaciones vulnerables.

El actual debate acerca la legalización de prácticas como la eutanasia y el suicidio asistido parte de una visión médica, ética, sociológica y jurídica, cuya piedra angular es la defensa de la dignidad humana como asunto de justicia. El proceso de evaluación basado en argumentos éticos y razonamientos legales contempla la situación de asistencia médica que recibe el paciente gravemente enfermo, y sus necesidades personales y sociales. Es decir, se plantea un análisis de la clínica, de las posibles alternativas terapéuticas para aliviar el dolor y cuidados para su confort, entorno sociofamiliar, consideración de las opiniones, valores y actitudes personales del enfermo, sumándose a ello la exploración del paciente para descartar la presencia de enfermedad mental.

Otro debate que genera numerosos interrogantes sobre la ética y seguridad jurídica es la tesitura de que un menor sea maduro y capaz para tomar una decisión respecto a la eutanasia infantil, o quién debe tomarla. Su autorización ha generado una gran polémica como es el caso de Bélgica que junto con Holanda, que establecen los criterios para la eutanasia en menores. La ley reguladora de la muerte asistida prevé que niños/as y adolescentes podrán optar a esta decisión ante supuestos muy restringidos como un sufrimiento físico insoportable y su muerte a corto plazo es inevitable. En Holanda, la ley permite que menores mayores de 12 años puedan reclamar el fin de vida si el médico tiene la convicción de que no existe otra solución razonable, el sufrimiento es insoportable e irreversible.

3. PLANTEAMIENTOS CONCEPTUALES

Ante la limitación del esfuerzo terapéutico los profesionales sanitarios defienden una muerte digna optando por una u otras prácticas desde su perspectiva respetando las preferencias manifestadas del paciente, de acuerdo a su criterio profesional.

Ante la existente confusión y arbitrariedad terminológica respecto a la consideración de la eutanasia, en este texto se parte de los siguientes planteamientos. Desde entender la eutanasia como <<*el bien morir, buena muerte por compasión o piedad*>>. Procedimiento que se apoya en provocar

intencionalmente la muerte en un contexto médico ante el padecimiento de una enfermedad avanzada o terminal, a petición expresa del paciente.

El poder morir con dignidad humana supone vivir con la misma hasta el momento de la muerte, donde debe primar el respeto a las creencias y valores, participación en la toma de decisiones mediante una relación cercana y sincera con el equipo asistencial con el fin de lograr la reducción del sufrimiento, siendo partícipes en un clima cálido, tanto sanitarios como los familiares.

Actualmente, la acepción de eutanasia que más peso se describe como el acto para poner fin a la vida de una persona que solicita explícitamente por escrito a su médico ante una enfermedad o situación de salud que le causa un sufrimiento físico y/o moral que considera insoportables. Esta situación implica proporcionar una atención médica que proporcione los medios adecuados para fomentar el bienestar del paciente, tanto en el transcurso de la enfermedad como ante el proceso de la muerte. Luego, es una cuestión social que afecta a la salud poblacional.

La eutanasia activa denominada eutanasia por acción o comisión, consiste en ayudar al enfermo de forma directa o indirecta mediante acciones que producen la muerte ante la demanda de éste, la cual no hubiera ocurrido sin la misma, se provoca una muerte indolora a petición del paciente. La eutanasia activa indirecta se caracteriza por la sedación paliativa que indirectamente provoca la muerte

La eutanasia pasiva denominada eutanasia por omisión, <<Es no hacer, pudiendo hacer>>. Se lleva a cabo mediante la eliminación de una actividad necesaria para la supervivencia del enfermo como suprimir el tratamiento necesario para éste. Se entiende como la evitación de alargar la vida de forma artificial.

La prescripción y administración de fármacos sedantes bajo las indicaciones correctas y con el consentimiento del paciente, no suele suponer un problema ético en la aplicación de los cuidados paliativos. La sedación terminal ante el síntoma refractario (respuesta deficitaria al tratamiento) es aquella derivada de una administración deliberada de dosis de fármacos para aliviar el dolor en los días u horas finales de un paciente terminal que no se puede mitigar de otra manera, lo que genera una reducción de la conciencia de forma profunda, continuada y previsiblemente irreversible en una persona cuya muerte se prevé muy próxima, ya que busca el alivio de un sufrimiento físico o psicológico, requiere el consentimiento explícito o por representación.

En el procedimiento de la eutanasia, los miembros de la Comisión de Garantía y Evaluación encargada del procedimiento misma, entre ellos un profesional médico y un jurista, verificarán el consentimiento informado y si se cumplen los requisitos de la ley para poder llevarla a cabo.

El consentimiento informado ante un tratamiento se basa en la conformidad libre, voluntaria y consciente del paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que, a petición suya, tenga lugar las actuaciones demandadas. Después de la firma del consentimiento informado, el paciente comunicará al médico responsable cómo solicita la ayuda para morir en el centro sanitario/domicilio, requiriendo la presencia del médico y el resto de profesionales sanitarios.

Eutanasia y sedación paliativa se diferencian en la intención, procedimiento y resultado. La sedación reduce el nivel de conciencia para evitar el síntoma refractario con la administración adecuada de la dosis de fármacos. Se altera la conciencia del paciente para alcanzar un estado de indiferencia ante el sufrimiento o amenaza que supone el síntoma, llegando a perder la vida consciente ante la sedación profunda; sin embargo, en la eutanasia se elimina totalmente la vida humana, se busca terminar con el sufrimiento de la persona causando deliberadamente su muerte anticipada con la administración de dosis letales y rápidas.

En algunos países, ante el debate ético, se hace necesario exponer estas diferencias para no limitar los derechos de los pacientes ante la sedación paliativa. En la sedación existe una indicación clara y constatada del tratamiento farmacológico ajustado a la respuesta del enfermo/a fármacos ante la sintomatología. Por lo tanto, se establece un proceso evaluativo de la indicación, tratamiento, motivos, proceso de toma de decisiones, monitorización de resultados y consentimiento que se registra en la historia clínica del paciente, lo que constituye una garantía ética y legal.

El resultado evaluado y contrastado en la sedación tiene como parámetro de éxito el alivio del sufrimiento, a diferencia de la eutanasia que es la muerte. La sedación terminal se puede percibir más como un indicador de muerte inminente que causa de muerte prematura.

También es destacable el posicionamiento legal respecto al suicidio asistido, que está basado en una actuación cooperadora necesaria para dar muerte a otra persona siguiendo la petición libre de ésta última a causa de un sufrimiento irreversible e insoportable. Se diferencia de la eutanasia en el que la actuación

se limita a proporcionar al paciente los medios necesarios para que sea él mismo quien se produzca la muerte.

Una situación diferente a la eutanasia, es cuando una persona pide ayuda para morir al no poder hacerlo por sí misma. Esta petición se englobaría dentro de la eutanasia voluntaria, en la que el enfermo terminal acepta voluntariamente este acto. Dicha voluntad se expresa por escrito acerca de cómo quiere ser tratado en el proceso de su muerte, reflejando el derecho a decidir no aceptar un tratamiento que no le salvará de la muerte. Por tanto, el testamento vital es el documento por el cual el paciente solicita previamente la eutanasia antes de que la enfermedad se lo impida, además de contemplar el derecho a retractarse y renunciar a ésta práctica y caracterizarse porque los familiares no tengan ninguna capacidad de decisión.

Ante la solicitud del paciente del suicidio médico asistido enmarcado en <<*una ayuda o auxilio al suicidio*>> la actuación médica se basaría en proporcionar los fármacos necesarios siendo el propio paciente el administrador. En el suicidio asistido, la persona no requiere presentar enfermedad o dolencia vital irreversible, basándose en una solicitud de ayuda activa, donde la persona cooperadora no tiene que ser necesariamente sanitaria para precipitar la muerte.

En el ámbito jurídico español el artículo 143 del Código Penal español, bajo la figura de *Auxilio e Inducción al Suicidio*, este delito se describe por matar a una persona sin su voluntad de morir. Por lo tanto, inducir al suicidio, cooperar al suicidio, el homicidio-suicidio o suicidio-ejecución son conductas tipificadas como delito, al entender como asesinato el causar la muerte de otra persona de forma deliberada e intencionada. En contraposición a lo anteriormente descrito, el artículo 115 del Código Penal Suizo plantea que el suicidio asistido no es punible por la ley cuando no responda a motivos egoístas.

La práctica de la distanasia retrasa todo lo posible el advenimiento de la muerte haciendo uso de todos los recursos disponibles con la esperanza de obtener alguna de curación o ante una muerte inevitable, pudiendo generar en el paciente sufrimientos añadidos a los que padece. Este aplazamiento temporal (horas, días...) en condiciones lamentables para el enfermo se define como obstinación terapéutica (ensañamiento o encarnizamiento terapéutico). Ante este planteamiento es preciso señalar las diferencias entre las diferentes actuaciones terapéuticas. El tratamiento ordinario se caracteriza por su frecuencia temporal, disponibilidad, un uso de tecnología simple, ser de bajo riesgo y no invasivo. El tratamiento proporcionado se mantiene en base a costes y beneficios en función de los objetivos establecidos. El tratamiento de

soporte vital utiliza todos los medios médicos posibles orientados a revertir el riesgo vital contemplando desde la intervención sanitaria, protocolos farmacológicos y tecnológicos con el fin de retrasar la muerte, con independencia que el tratamiento esté dirigido a la enfermedad base o al proceso biológico causal.

El término acuñado en el contexto de la Tanatología denominado ortanasia plantea la necesidad de poner en marcha todas las medidas posibles para mejorar la calidad de vida de los enfermos con pronóstico de muerte a corto plazo y evitar la obstinación terapéutica. Propone retirar aquellas prácticas desproporcionadas no generadoras de un beneficio significativo, ni que reducen o eliminan el dolor. Busca potenciar el cuidado y atenciones necesarias del paciente respecto a su comodidad, movilización, alimentación y aseo, así como la administración de sedantes y analgésicos con la frecuencia y dosis pertinentes. Señala la importancia de un diálogo abierto entre el enfermo con su médico, familiares, amigos; en caso de mantener creencias religiosas, facilitar el contacto con el/la representante del credo practicante, ya que todo ello en su conjunto proporciona afecto, apoyo psíquico, moral y espiritual.

La ortanasia se diferencia de otras prácticas que ayudan a morir en que *<<ayuda en el morir ante una enfermedad incurable en la fase terminal>>*, intenta conocer y respetar el momento natural de la muerte de cada persona y sus circunstancias concretas, ya que no adelanta el evento de la muerte, es partidaria de prolongar artificialmente la vida con recursos desproporcionados evitando la distanasia u obstinación terapéutica.

La situación de incapacidad de hecho se considera cuando el paciente carece de entendimiento y voluntad suficiente para gobernar su vida por sí mismo de forma autónoma, sin que necesariamente haya resolución judicial de incapacidad. Se hace necesario señalar que el Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas, en su 2ª revisión a España, formuló recomendaciones como *<<velar por que no existan disposiciones que permitan la eutanasia por motivos de discapacidad, ya que tales disposiciones contribuyen a la estigmatización de la discapacidad, lo cual puede propiciar la discriminación>>*.

En el Derecho español, existen precedentes de la capacidad del menor para adoptar decisiones y realizar actos con eficacia jurídica, esta categoría queda regulada específicamente para el ámbito sanitario en el artículo 9.3 de la Ley básica de autonomía del paciente (Ley 41/2002, de 14 de noviembre), reconociendo la autonomía del menor de edad no incapaz ni incapacitado con

dieciséis años cumplidos para decidir autónomamente las actuaciones en el ámbito de su salud. Por tanto, se considera un menor maduro, cuando éste no habiendo alcanzado aún la mayoría de edad tiene un grado de madurez suficiente para adoptar decisiones autónomas.

4. PERSPECTIVAS ANTE LA EUTANASIA EN ESPAÑA

En torno a la enfermedad y muerte se vienen generando diferentes debates sociales que aluden a elementos éticos y aspectos jurídicos respecto a las características del tratamiento sobre las prácticas de tratamiento (soporte vital, paliativos, limitación de esfuerzo terapéutico, sedación, eutanasia y/o suicidio asistido) que pueden quedar recogidas en el documento de las voluntades anticipadas. Esto ha dado lugar, posiciones opuestas acerca de morir con dignidad y tener una muerte alejada del sufrimiento.

En España, se es consciente de que el debate en torno a la eutanasia ocupa un lugar preeminente en la Bioética clínica, ya que se trata de una cuestión fundamental que afecta a la vida humana y a su dignidad, lo que ha generado un gran eco, social, mediático y político.

Siguiendo a Gamarra (2011), los principios cardinales o canon de bioética (Autonomía, la Beneficencia, No Maleficencia y Justicia) planteados por Beauchamp y Childress, han de ser aplicados sobre un criterio de fondo de respeto por la vida y aceptación de una muerte inevitable. Luego, la ética clínica intenta precisar las obligaciones del ejercicio de los profesionales en el ámbito sanitario cuando el enfermo/a debe enfrentarse a un tratamiento de resultados inciertos.

4.1. DEFENSORES

Contemplan que una sociedad democrática, defiende el respeto a la libertad y autonomía personal, haciéndolo extensivo a las decisiones sobre el padecimiento de enfermedad y al proceso de morir. Rechazan <<*un deber vivir contra la propia voluntad*>>. Luego, los profesionales que asisten en la agonía y muerte actúan desde la compasión y el respeto hacia la autonomía individual.

Enfatizan que la buena muerte es un derecho humano, siendo conveniente informar y hacer pedagogía de la buena muerte para que la ciudadanía tome sus propias decisiones; ya que, consideran que el derecho a la muerte digna es un derecho fundamental que descansa en valores constitucionales.

Consideran básico regular la eutanasia y despenalizar el suicidio asistido al planear que *<<sin dignidad, la vida de una persona deteriora el significado de ser humana llegando a ser dispensable>>*, al señalar que anticipar la muerte es la solución más plausible cuando la vida pierde su dignidad.

Entienden la eutanasia como *<<aquella conducta del médico u otro profesional sanitario bajo su dirección, que causa de forma directa la muerte de una persona que padece una enfermedad o lesión incurable con los conocimientos médicos actuales que, por su naturaleza, le provoca un padecimiento insoportable y le causará la muerte en poco tiempo. Esta conducta responde a una petición expresada de forma libre y reiterada, y se lleva a cabo con la intención de liberarle de este padecimiento, procurándole un bien y respetando su voluntad>>*.

Sostienen que en base a los postulados de algunos colectivos y grupos de ideología religiosa rechazan esta práctica, pero que son las necesidades de la sociedad las que favorecerán o bloquearán las actuaciones de una eutanasia regulada legalmente.

Algunos profesionales sanitarios en el contexto de paliativos del paciente en fase terminal manifiestan entender las motivaciones de las peticiones eutanásicas. Otros, consideran que ante la reciente regulación de la eutanasia en diferentes países, puede surgir el acoso y estigmatización directa o indirecta de aquellos profesionales sanitarios, familiares, allegados y organizaciones que participen y/o apoyen la práctica de la eutanasia; siendo una situación diferente para los objetores de conciencia.

4.2. DETRACTORES

Los profesionales de las Ciencias de la Salud, con diferentes opiniones, manifiestan un profundo respeto por la dignidad del paciente y la anticipación de sus voluntades. Señalan que juristas, médicos y profesionales de la salud han de consensuar la terminología, protocolos de actuación y legislación ante las diferentes acciones sobre enfermedad y muerte.

En el campo de la bioética surgen voces acerca de la duda sobre si desde la completa la libertad individual, en la que se introducen o no consideraciones utilitaristas para provocar intencionalmente la muerte del paciente al estar enmarcado el procedimiento como un acto médico amparado por la ley.

Bajo preceptos jurídicos, filosóficos, morales y religiosos defienden el respeto a la vida, afirman que la dignidad humana se comparte por igual por todos los hombres y mujeres, y que ésta no sucumbe con el paso de los años ni se degrada ante la enfermedad.

Desde la perspectiva religiosa, se considera la vida como un regalo divino y sólo puede ser tomada por Dios, que todos los seres humanos son igualmente valiosos porque son hechos a imagen y semejanza de éste. Sugieren emplear una palabra diferente a "eutanasia", término griego, para designar la buena muerte, ya que bajo esta perspectiva supone que es una forma de homicidio.

La postura de los defensores de la vida enfatiza el principio básico del respeto máximo a la vida humana al considerarlo un derecho inalienable e imprescriptible. Afirman que *«el derecho a la vida es algo natural, un derecho inviolable y fundamento irrenunciable»*. Entienden que la legalización de la eutanasia propicia la ruptura de la sacralidad de la vida por el hombre, lo que supone una acción destructiva para la humanidad. Por tanto, muestra un rechazo abierto a la eutanasia y suicidio asistido.

Cuestionan a los partidarios de la eutanasia por presentar, desde distintos sectores sociales con interés propios, ante la opinión pública a ésta como una práctica inocua bajo la etiqueta de *«muerte dulce»* o *«muerte digna»*; luego, rechazan la eutanasia al creer que enmascara una presunta *«solidaridad social»* acerca de personas gravemente enfermas, mayores o discapacidad, consideradas como *«vidas sin sentido o cargas»*, llegando a considerar que es un acto homicida en base a que es una *«acción de dar muerte a otro ser humano de forma consciente y deliberada, bajo presuntas motivaciones nobles y altruistas»*.

Enfatizan que existen recursos médico-sanitarios para eliminar el dolor y el sufrimiento. Reclaman un estado legislador para proteger al ciudadano en su derecho a la vida cuando no desea la eutanasia. Entre sus argumentos, mantienen que el acto deliberado de poner fin a la vida del paciente, de forma voluntaria o a petición de la familia, sugiere que es una actuación contraria a la ética.

Los defensores de la vida cuestionan que sean calificados de retrógrados, intransigentes, contrarios a la libertad individual y al progreso, etc. Entienden que abogar por la vida frente a la eutanasia, no es una cuestión religiosa, sino

humanista, aunque pueden contribuir a ello motivos religiosos para algunos creyentes.

Entre las diferentes críticas a los defensores de la eutanasia está considerar unas vidas más valiosas que otras, lo que deja en suspenso los derechos del paciente y sus familiares, enfatizan que en base al Juramento Hipocrático, los cuidados paliativos hacen esta práctica innecesaria.

Señalan que la exposición de personas vulnerables a la idea de la eutanasia aumenta la presión para plantear en la persona dar término a sus vidas. Desde esta perspectiva se pone el acento en la pendiente resbaladiza que puede derivar en eventuales abusos, una utilización médica que enmascare intereses de poder y las dificultades para una regulación óptima.

Alegan la ausencia de protección a la vida humana, tanto en el caso de la eutanasia activa como pasiva, puesto que la consecuencia es la misma, la muerte del enfermo/a, con independencia de que se produzca por acción u omisión. Argumentan que la importancia no reside tanto en la diferencia entre acción y omisión, sino en el hecho específico de la eutanasia cuya intención es ocasionar la muerte.

5. TESTAMENTO VITAL

En algunas familias, predominan los mitos y tabúes acerca de los procesos del duelo y muerte digna, donde ni el propio paciente ni familiares hayan abordado de manera abierta y clara la situación de enfermedad e inminente fallecimiento. Situación que llega a ser extensiva a los menores.

Desde un punto de vista médico y psicológico, en los procesos de enfermedad y muerte, los valores vitales, actitudes y creencias que dan sentido al proyecto de vida derivan en las propias decisiones y preferencias personales. Por ello, algunas personas explicitan sus voluntades anticipadas.

Ante la intención de las voluntades anticipadas, el médico responsable informa al paciente sobre su diagnóstico, cuidados paliativos, alternativas terapéuticas y resultados esperables. Posteriormente, el paciente confirmará su intención con una segunda solicitud tras una nueva reunión entre ambos. La autorización del proceso estará en función de la comisión de evaluación autonómica conformada por expertos médicos y juristas.

El Testamento Vital se basa en la declaración escrita del paciente con capacidad de obrar para exponer las instrucciones y deseo ante el pronóstico final de su enfermedad y/o incapacidad para tomar decisiones respecto a su atención sanitaria. Es un documento de voluntades anticipadas por el cual la persona expresa su voluntad sobre las atenciones médicas y asistenciales que desea recibir en caso de padecer una enfermedad irreversible o terminal y ésta le lleve a un estado que le impida expresarse por sí misma o haya un deterioro en su capacidad de obrar. Este documento no puede incluir actuaciones que sean contrarias a la ley ni a las buenas prácticas clínicas. Se caracteriza por poder modificar o anular lo declarado en cualquier momento en un nuevo documento.

Un punto de inflexión en España es la Ley 14 de 2002, reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones (pacientes, profesionales y servicios sanitarios tanto públicos como privados) en materia de Información y Documentación Clínica. En el 2007, se publica el Real Decreto 124, por el que se regula el Registro Nacional de Instrucciones Previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal, regulado posteriormente por la Orden 2823 de 2007. Respecto a las Comunidades Autónomas. Éstas han elaborado sus respectivas normativas legales, en forma de Ley o de Decreto, ofreciendo información y formularios modelo para guiar al usuario.

La Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud, Castilla y León contempla la regulación de instrucciones previas y establece que sean válidas deben constar en un documento escrito y formalizarse ante notario, el personal al servicio de la Administración designado por la Consejería de Sanidad y ante tres testigos. Éstos han de ser mayores de edad, con plena capacidad de obrar; dos de ellos, como mínimo, no deberán tener relación de parentesco hasta el segundo grado ni estar vinculados por relación patrimonial u otro vínculo obligacional con el otorgante. Se entiende como el derecho de cada ciudadano para decidir acerca de cómo gestionar su sufrimiento por un proceso de enfermedad ante el final de la vida, respecto a las futuras decisiones asistenciales que tomarán los profesionales de la Salud asociadas al respeto de la voluntad de la persona.

El documento de testamento vital regulado jurídicamente, asegura el respeto a la autonomía del paciente, concilia la atención a las previsiones y preferencias del otorgante garantizando su legalidad, las exigencias de la *lex artis* y los derechos y deberes de los profesionales de la salud.

En España este documento refleja la voluntad sobre las instrucciones y límites de los cuidados médicos que se desea o no recibir en el supuesto de padecer una enfermedad irreversible o terminal que causará el fallecimiento con alta probabilidad. Pudiendo expresar el deseo de ser enterrado o incinerado, la donación de órganos, y quién es el representante autorizado para ayudar a interpretar las instrucciones contenidas en el documento para tomar las decisiones pertinentes, no previstas.

6. OBJETORES DE CONCIENCIA

La objeción de conciencia se fundamenta en la bioética personalista, donde se resalta que cada ser humano es capaz de reconocer la dignidad humana por el hecho de ser persona, así como de la capacidad que cada persona tiene para determinar consiente, libre y voluntariamente lo que es bueno o malo para sí mismo bajo su propia conciencia moral.

Una cuestión prolífica es la objeción de conciencia ante la eutanasia. Los profesionales sanitarios a nivel personal, profesional o por la normativa interna del centro de trabajo puede vivir un conflicto acerca de dos deberes, el de respetar las decisiones de pacientes, superiores o reglamentos, y el de la fidelidad a sus propias creencias y valores. Por tanto, es el derecho individual de los profesionales sanitarios a no atender aquellas demandas de actuación sanitaria reguladas en esta la Ley Orgánica reguladora de la eutanasia ya que resultan incompatibles con sus propias convicciones.

Las administraciones sanitarias plantear llegar a elaborar un registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia con el fin de garantizar una adecuada gestión de la prestación de ayuda para morir. Presumiblemente será la administración sanitaria velará el principio de estricta confidencialidad y de la normativa de protección de datos de carácter personal de los objetores.

7. PERSPECTIVAS ORGANIZACIONALES

Diferentes instituciones, colectivos y estamentos han realizado pronunciamientos y actuaciones acerca de la regulación de la eutanasia en el Sistema de Salud español, con el fin de no reiterar o ampliar la extensión del presente texto, se remite para su consulta a la bibliografía, declaraciones y normativa.

La Academia Pontificia para la Vida (9-XII-2000) denuncia las campañas y estrategias a favor de la eutanasia: *«Se han desarrollado —dice— campañas y estrategias en este sentido, llevadas adelante con el apoyo de asociaciones pro-eutanasia a nivel internacional, con “manifiestos” públicos firmados por intelectuales y hombres de ciencia, con publicaciones favorables a tales propuestas —algunas acompañadas incluso de instrucciones orientadas a enseñar a los enfermos los diferentes modos de poner fin a la vida, cuando fuese considerada insoportable—, con encuestas que recogen opiniones de médicos o de personajes conocidos en la opinión pública, favorables a la práctica de la eutanasia y, finalmente, con propuestas de leyes llevadas a los parlamentos, además de los intentos de provocar sentencias de los tribunales que pudiesen dar curso a una práctica de hecho de la eutanasia o, al menos, a que no fuese punible».*

La Declaración Universal de Derechos Humanos es fundamento principal de la Bioética, siendo el pilar de la Declaración sobre Bioética y Derechos Humanos de la Unesco.

El Observatorio de Bioética y Derecho de la Universidad de Barcelona viene defendiendo la despenalización de la eutanasia y el suicidio asistido en determinadas circunstancias, al considerarlos derechos fundamentales que el Estado debería garantizar a los ciudadanos, al entender que *<<morir en libertad significa poder elegir el momento y la manera de poner fin a la propia vida, con la ayuda de profesionales del ámbito sanitario>>*.

Entre las diferentes propuestas del Comité de Ética la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), están el garantizar que los programas de formación de los profesionales de la salud incluyan contenidos de áreas de conocimiento obligatorias y evaluables en Cuidados Paliativos y de Bioética. Abogan por desarrollar programas de cuidados paliativos integrados en la atención primaria con la hospitalaria en todo el territorio. Reivindica una legislación laboral y mejora de las medidas fiscales y sociales del cuidador del paciente terminal, además de de la atención domiciliaria del enfermo en situación terminal. La SECPAL considera que la identidad de la calidad moral de una sociedad se caracteriza por la solidaridad con aquel que sufre y la inmediatez en la aplicación de los cuidados paliativos ante el paciente.

El Grupo de Trabajo sobre “La Atención Médica al Final de la Vida” de la Organización Médica Colegial y de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos señalan que la sedación es un recurso terapéutico prescrito por el médico con unos criterios de indicación concretos. Se considera la sedación

como un derecho del enfermo/a. lo que no implica que se instaure para aliviar la pena de familiares, reducir la carga laboral o la angustia de cuidadores.

La SECPAL y la Organización médica colegial de España que conjunto de corporaciones de derecho público independientes de la Administración del Estado desarrollaron la Guía de Sedación Paliativa en la que se trata de igual manera la Eutanasia, entendiendo esta como la que *<<busca deliberadamente la muerte anticipada del paciente tras la administración de fármacos a dosis letales, para terminar con el sufrimiento del paciente>>*.

La Declaración de la Asociación médica Mundial sobre Suicidio con ayuda médica, 44ª Asamblea Médica Mundial en España, 1992 estipula: *<<El suicidio con ayuda médica, como la eutanasia, es contrario a la ética y debe ser condenado por la profesión médica. Cuando el médico ayuda intencional y deliberadamente a la persona a poner fin a su vida, entonces el médico actúa contra la ética. Sin embargo, el derecho de rechazar tratamiento médico es un derecho básico del paciente y el médico actúa éticamente, incluso si al respetar ese deseo el paciente muere>>*.

El Derecho a morir dignamente es reconocido por el Consejo de Europa, en su recomendación 1418 del Debate de la Asamblea 1999, 24ª Sesión, sobre la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad de los Enfermos Terminales y Moribundos. Fija los criterios e insta a que el Derecho Interno de cada Estado miembro incorpore la protección legal y social suficiente contra las amenazas y temores que un enfermo terminal o moribundo afronta.

El documento elaborado por el grupo de trabajo de Bioética de la Sociedad Española de Psiquiatría reflexiona respecto a la Proposición de la Ley Orgánica sobre la regulación de la eutanasia y plantea que esta iniciativa legislativa que afecta a personas aquejadas de trastornos mentales o enfermedades que afectan a su calidad de vida y que muchas veces son resistentes al tratamiento. Plantean: “En sociedades en las que la prevención del suicidio se considera una responsabilidad global, y la disminución de las cifras anuales un objetivo común, no puede soslayarse la incongruencia de plantear la ayuda a morir en personas que sufren trastornos que tienen entre sus propios síntomas, formando parte de la patología, la ideación suicida y el deseo de morir”.

El posicionamiento de la Sociedad Española de Psiquiatría acerca de la eutanasia y el suicidio asistido por médicos (ESAM) respecto a la Proposición de Ley orgánica sobre la regulación de la eutanasia en España y la posterior aprobación del Congreso de los Diputados del Dictamen de la Comisión de

Justicia sobre la misma el 17 de diciembre de 2020, entre varios puntos plantean: << *tener en cuenta a la hora valorar la aplicación de la ESAM en Psiquiatría se deriva de la vulnerabilidad que en ocasiones confieren los trastornos mentales. Hay que recordar que algunas personas aquejadas de trastornos mentales se encuentran en una situación de desigualdad en diversas áreas con respecto a la población general – por ejemplo, esperanza de vida, acceso a la vivienda, al empleo, a la atención sanitaria especializada, etc. -, en un contexto social de estigma hacia los trastornos mentales. Es importante garantizar que estas carencias remediables no contribuyan al deseo de morir*>>.

8. ANTECEDENTES DE LA REGULACIÓN DE LA EUTANASIA EN ESPAÑA

El procedimiento de la eutanasia, suicidio médico asistido y revisión del proceso de voluntades anticipadas, especialmente en el caso de personas aquejadas de trastornos mentales o incapaces, viene generando un debate social que llega a confundir a la población general ante la defensa de una u otra dialéctica.

En nuestro ordenamiento jurídico supuso un cambio la entrada en vigor de La Ley 41/2002 de 14 de noviembre como base reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que contempla en su artículo 2.4 como principio básico el derecho de todo paciente a negarse a recibir un tratamiento médico y permite que todas las personas puedan suscribir un documento de instrucciones previas, aplicables en caso de encontrarse en un estado de incapacidad y no poder manifestar su voluntad.

La Comunidad de Andalucía marcó un hito, en 2010 desarrolló la Ley 2/2010 de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte, encontrando oposición por diferentes sociales y eclesiásticos. Posteriormente, le siguió la Ley 10/ 2011 de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte de Aragón, la Ley 8/2011 de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte de Navarra. Durante la elaboración de éstas, el Gobierno de España pone en marcha el Proyecto de Ley Reguladora de los Derechos de la Persona ante el proceso final de la vida, el cual ha sido aprobado por el Congreso de Diputados y publicado en el Boletín de las Cortes Generales.

Tras décadas de debate sobre la eutanasia esta se abre paso en España. La ley reguladora de esta práctica estará plenamente vigente tres meses después de su publicación en el Boletín Oficial del Estado. De ésta se desprende que aquellas personas mayores de edad con una enfermedad grave e incurable o con un padecimiento grave, crónico e incapacitante que genere "un sufrimiento físico o psíquico intolerable" sin posibilidad de curación o mejoría podrán solicitar ayuda médica para morir. Dicha prestación, se incluirá en el Sistema Nacional de Salud.

Se aprecia que la norma despenaliza la ayuda médica para morir y señala quién, cuándo y con qué requisitos podrá llevarse a cabo. Refleja que el paciente a de formular dos solicitudes voluntarias por escrito con un espacio temporal mínimo de quince días entre ambas, dónde el profesional médico podrá reducir este plazo cuando considere un riesgo alto de pérdida de la capacidad del paciente para dar el consentimiento informado. A su vez, la persona solicitante de la prestación de ayuda para morir puede llegar a anular su solicitud en cualquier momento o solicitar su aplazamiento. Tras la recepción de la primera solicitud al médico, se inicia un proceso deliberativo con el paciente sobre su diagnóstico, alternativas terapéuticas y probables resultados, la disposición de cuidados paliativos. Este planteamiento hace que se retome la segunda solicitud para clarificar si el paciente desiste o continúa con la solicitud. En torno a los días siguientes, el médico responsable del trámite pone el caso en conocimiento de la Presidencia de la Comisión de Garantía y Evaluación de la Comunidad Autónoma a la que pertenece. Generalmente, se designan dos miembros de la misma, médico y jurista; los cuáles verificarán el cumplimiento de los requisitos previstos en la ley. Éstos emitirán un informe que trasladaran a la Presidencia de la Comisión, y a su vez, éste se pondrá en conocimiento con el médico responsable. En aquellos casos, en que las resoluciones informen de forma desfavorable, se pueden recurrir ante la jurisdicción contencioso-administrativa.

En el Congreso de Diputados de España, el 24 de enero de 2020, se presentó en el Congreso la Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia, por impulso del Grupo Parlamentario Socialista, publicándose el 31 de enero en el Boletín Oficial de las Cortes Generales. El objeto de la ley es regular el derecho de las personas a solicitar y recibir ayuda para morir cuando concurren las circunstancias y según el procedimiento y garantías que se establecen en la ley (artículo 1), tanto en el ámbito público como privado. Siendo el personal sanitario, médico o médica consultora, facultativo o facultativa con formación en el ámbito de las patologías que padece el o la paciente y que no pertenece al mismo equipo y servicio que el médico o la médica responsable (artículo

3.4). En este procedimiento se implican las Administraciones Públicas de cada Comunidad Autónoma, éstas conforman una Comisión de Control y Evaluación que resuelva las solicitudes y la ejecución de la prestación.

El 17 de diciembre se publica en el Boletín Oficial de las Cortes Generales el Dictamen de la comisión y escritos de mantenimiento de enmiendas para su defensa ante el pleno, 122/000020 Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia. Por tanto, el Congreso aprueba la primera ley de eutanasia en España que podría entrar en vigor en primavera de 2021. España es el sexto país en despenalizar la eutanasia junto a Holanda, Bélgica, Luxemburgo, Canadá y Colombia. Podrá solicitar la prestación de ayuda incluida en el Sistema Nacional de Salud de la eutanasia cualquier persona mayor de edad y <<en plena capacidad de obrar y decidir>>, siempre que lo haga de forma autónoma, consciente e informada. Debe tener la nacionalidad española, residencia legal en España o certificado de empadronamiento que acredite un tiempo de permanencia en territorio español superior a doce meses.

9. PROFESIONALES DE SALUD

Desde el marco biológico, psicológico, social y jurídico, se regulan las actuaciones de los profesionales de la salud mental ante la fase terminal del paciente y la solicitud de las voluntades anticipadas. Siendo objeto de la exploración médica y psíquica el grado de vulnerabilidad y fragilidad ante la fase terminal de la enfermedad, las características personales y funciones cognitivas, el estado afectivo y motivacional, capacidad, consentimiento voluntario, etc. En este procedimiento se implican las Administraciones Públicas de cada Comunidad Autónoma que configuran una Comisión de Control y Evaluación para resolver las solicitudes de la ejecución de la prestación.

La atención asistencial a pacientes con enfermedades avanzadas parte de la colaboración entre los profesionales de un equipo multidisciplinar que considera los aspectos clínicos, éticos y organizativos respecto al final de la vida del paciente para poder responder con mayor efectividad a sus necesidades. Partiendo de este planteamiento, el proceso de toma de decisiones médico se desarrolla a partir de la clínica que condiciona el proceso hacia el final de la vida teniendo en cuenta el abordaje terapéutico, las variables de fragilidad y severidad de la enfermedad y/o condiciones de cronicidad en el curso hacia la trayectoria final.

El fenómeno del síndrome de burnout puede poner en peligro la salud de los profesionales sanitarios que trabajan día a día con el enfermo/a y sus familias. En este sentido, presencian la lucha desigual frente al dolor y la muerte, generando intensos sentimientos y emociones de difícil gestión. La sobretensión emocional llega a generar el desgaste profesional ante la convivencia con enfermedad y muerte, lo que conlleva angustia y a la vulnerabilidad emocional desproporcionada.

En este contexto es de suma importancia, la preparación psicológica de los trabajadores sanitarios para prevenir la aparición del “síndrome de estar quemado” en base a un plan de prevención que atienda las características y las necesidades de los profesionales que desempeñan su labor en los equipos de cuidados paliativos y soporte de vital.

Otro requisito imprescindible es la formación específica, ya que los profesionales sanitarios que acompañan en el proceso final de la vida requieren una adecuada preparación y estabilidad emocional óptima para acompañar y reducir la angustia propia, así como la expresada por el paciente y familiares. Es decir, una formación dirigida a profesionales y cuidadores con el fin de “cuidar al cuidador”.

En las últimas décadas, el profesional de la Psicología ha venido adquiriendo mayor presencia en el ámbito sanitario a nivel público y privado, incorporándose de forma progresiva en los diferentes equipos multidisciplinares hospitalarios. Su formación se apoya en la Psicología científica, pragmática, ética, cultural y social, que tiene por objetivo la búsqueda de elementos de desarrollo positivo de la persona, centrándose en la prevención, la salud e intervención psicológica, enfatizando la búsqueda de equilibrio cognitivo, volitivo, afectivo y espiritual para lograr un funcionamiento saludable y de bienestar.

El psicólogo/a parte del conocimiento de los estándares éticos y deontológicos de la Ciencia del Comportamiento Humano. Se autoevalúa, autorregula y reflexiona acerca de su estilo terapéutico, “quehacer” profesional, habilidades y limitaciones. Por lo tanto, valora y potencia las características diferenciadoras del comportamiento profesional orientado hacia la excelencia.

La relación terapéutica entre el paciente/familiar y el psicólogo/a se fundamenta en las habilidades y actuaciones propiciadoras la alianza terapéutica, clave en el desarrollo del procedimiento de Intervención Psicológica Especializada. Entre las habilidades terapéuticas básicas que despliega el psicólogo/a se

encuentran la capacidad de escucha y comunicación abierta, empatía, aceptación y actuación genuina; así como, estrategias de negociación, búsqueda de solución a problemas, propuestas de cambio actitudinal (percepción de riesgos, creencias erróneas...) y modificación de comportamientos desajustados. Es decir, implementa aquellas estrategias pertinentes para reconducir el caso en base a la identificación de las variables (contextuales, disposicionales...) y detección de los posibles elementos facilitadores/inhibidores de la intervención en sus diferentes etapas (entrevista, evaluación, intervención y seguimiento).

Faberman (1997) señala que el rol del psicólogo ante personas en estado terminal potencia en el paciente nuevas destrezas para el manejo de su situación con el fin de mejorar su calidad de vida, asegurando que realice un proceso de toma de decisiones racional, razonable y libre de coerción.

En su conjunto el rol y las funciones del psicólogo/a como colaborador del equipo terapéutico ante el proceso de enfermedad y muerte del paciente, atiende al sentido de la dignidad del enfermo/a al verse afectado ante las vivencias de malestar y sufrimiento. Siendo objetivos terapéuticos prioritarios, el abordaje de la pérdida de sentido y significado en el proceso de final de vida, la reducción de sintomatología ansioso-depresiva, el fomento de la comunicación abierta entre el paciente y entorno, además de facilitar estrategias de afrontamiento ante el estrés del sufrimiento y futura muerte.

El profesional de la Psicología formado en este contexto tiene la suficiente sensibilidad, capacidad de análisis de la función comportamental y recursos terapéuticos para poder realizar un peritaje psicológico del enfermo/a y/o implementar un plan de Intervención Psicológica Especializada dirigido a la consecución de mejorar el bienestar psíquico de la persona ante el curso de la enfermedad o inminente final de la vida.

10. CONCLUSIONES

La regulación de Ley Orgánica sobre la eutanasia está asociada principalmente a factores como la demanda social, su legalización en otros países y la modificación de la ley para considerar que es un derecho.

Persisten dos posturas subyacentes a la problemática de la legalización de la eutanasia como el cuestionamiento acerca de cómo tomar una elección responsable respecto a una muerte natural o precipitada, y la pendiente

resbaladiza asociada a las graves repercusiones sociales ante errores en las peticiones de eutanasia dudosa o inaceptable. Además de resaltar el conflicto moral sobre sufrir o dejar de sufrir frente una enfermedad irreversible y dolorosa.

El mantenimiento de vida de un paciente adulto o menor no debe superar los límites de la dignidad de la persona, luego se hace preciso proteger sus derechos.

Los cuidados paliativos han de ser prioritarios respecto a la eutanasia y el suicidio médico asistido, ya que son una herramienta útil para conseguir que el final de la vida del paciente obtenga el máximo bienestar posible y que su entorno pueda recibir el apoyo que precisan. La medicina paliativa plantea la sedación como un procedimiento altamente eficaz para ayudar en los últimos momentos de la vida.

Despenalizar la eutanasia no debería implicar mayor práctica sino mayor rigor en su aplicación, además de amparar ante la ley a aquellos profesionales sanitarios que sean partidarios o se declaren objetores de conciencia.

El sanitario bajo la perspectiva Ética, Estética y Deontológica afronta integralmente el proceso de morir, dotándose de medios, conocimientos y actitudes adecuadas para atender las necesidades biopsicosociales del moribundo para alcanzar una muerte con dignidad. Por tanto, los profesionales sanitarios son agentes facilitadores del cambio, en función de la motivación intrínseca de la persona.

Las experiencias profesionales y personales ante la enfermedad avanzada y muerte suponen un desgaste emocional, luego se hacen necesario un plan preventivo de Burnout y programas de Intervención Psicológica Especializada para cuidar a los profesionales y cuidadores.

En este ámbito de trabajo sería adecuado formaciones específicas dirigidas tanto a los profesionales sanitarios como cuidadores y familiares, además de ayudar al cuidador principal con medidas laborales y fiscales.

11. BIBLIOGRAFIA

11.1. DECLARACIONES

- Carta de Derechos Fundamentales, Niza (2000)
- Código internacional de la Ética Médica (1949).
- Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser Humano, aplicaciones de la Biología y Medicina. España (2000)
- Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en Nueva York (2006). Entrada en vigor en España (2008), Ley 26/2011, de 1 de agosto, adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la Eutanasia en España (1987)
- Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre el suicidio con ayuda médica, 44ª Asamblea Médica Mundial Marbella, España (1992)
- Declaración sobre la Enfermedad terminal, 35ª Asamblea Médica Mundial. Venecia Italia (1983).
- Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la Atención de Pacientes con Fuertes Dolores crónicos en las Enfermedades Terminales, 42ª Asamblea Médica Mundial. Rancho Mirage. California, E.E. U.U. (1990).
- Declaración *lura et bona* sobre la eutanasia, Roma. Sede de la Sagrada. Congregación para la Doctrina de la Fe. (1980).
- Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, Conferencia General de la UNESCO (2005).
- Protección de los enfermos en la etapa final de su vida, asamblea parlamentaria del Consejo de Europa (1999).
- Recomendación relativa a los Derechos de los Enfermos y los Moribundos, adoptada en la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa (1976).

11.2. NORMATIVA

- Artículo 30. Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud. Comunidad de Castilla y León.
- Código Civil español. artículo 322
- Código Penal español, artículo 143.
- Convenio Europeo de Derechos Humanos, artículo 8.
- Constitución Española, artículos 1, 10, 15, 16, 17 y 18.
- Decreto 30/2007, de 22 de marzo, instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el Registro de instrucciones previas de Castilla y León.

- Ley 41/2002, de 28 de mayo, de cohesión y calidad en el Sistema Nacional de Salud.
- 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.
- Ley 8/2003, de 8 de abril sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud.
- Ley Orgánica 2/2010, Artículo 19. Medidas para garantizar la prestación por los servicios de salud.
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
- Registro de Instrucciones Previas Castilla y León 2017
- Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia. 122/000020, 17 de diciembre de 2020.

11.3. LIBROS Y ARTÍCULOS

1. Ansuátegui, F. J. (coordinador). (1999). *Problemas de la eutanasia*. Dykinson: Madrid.
2. Andrés González-Cobo, R. 2015. *Semper Dolens: historia del suicidio en Occidente*. El Acantilado. Barcelona.
3. Bajo Fernandez, M. 1991. *Manual de derecho penal, parte Especial*. Madrid, Centro de Estudios Ramón Areces.
4. Beltrán Aguirre, J.L. 2010. El derecho de las personas a una muerte digna. *Revista Aranzadi Doctrinal*, 5.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3276738>
5. Blázquez Fernández, N. 2010. *Bioética y Biotanasia*. Visionnet. Madrid.
6. Bonilla Sánchez, J.J. 2011. *El derecho a morir dignamente en Andalucía*. *Espacio y Tiempo*, Ciencias Humanas, 25, 171-188.
7. Castro Nogueira, L. Castro Nogueira, M. A. Morales Navarro, J. (2005). *Metodología de las ciencias sociales*. Tecnos. Madrid
8. Comité de ética SECPAL: R. Altisent Trota, J. Porta I Sales, R. Rodeles Del Pozo, A. Gisbert Aguilar, P. Loncan Vidal, D. Muñoz Sánchez, et al. Declaración sobre la eutanasia de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. *Med Paliat*. 2002. 9: 37-40.
9. Conferencia Episcopal Española, Comité para la defensa de la vida. 1993.
<https://www.unav.edu/web/unidad-de-humanidades-y-etica-medica/material-de-bioetica/la-eutanasia-100-cuestiones-y-respuestas>

10. Flores-Pons, G. Íñiguez-Rueda, L. 2012. La biomedicalización de la muerte: una revisión. *Anales de Psicología*, 28 (3), 929-938. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=167/16723774032>
11. Gafo, J. (2004). *Diez palabras clave en bioética*. Editorial Verbo Divino: Navarra.
12. Gaceta internacional de Ciencias Forenses, 2020. 35. https://www.uv.es/gicf/inde_revi35.html
13. Germán Zurriarán, R. 2019. Cuadernos de Bioética; 30(98): 11-17 DOI: 10.30444/CB.16 <http://aebioetica.org/revistas/2019/30/98/11.pdf>
14. Grupo de trabajo. 2009. Atención médica al final de la vida. Conceptos. *Medicina Paliativa*.16 (5):308-10. <https://zaguan.unizar.es/record/9612/files/TESIS-2012-107.pdf>
15. Herranz, G. *Las razones médicas en contra de la legalización de la eutanasia*. Prólogo en C. Fibla, Debate sobre la eutanasia. Barcelona: Planeta: II-20. https://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion_temas/eutanasia/Razones_del_no_a_la_eutanasia.pdf
16. Informe sobre la eutanasia y la ayuda al suicidio. Comité de consulta de Bioética de Cataluña. Generalitat de Catalunya; 2006. <https://www.actasanitaria.com/documentos/informe-sobre-la-eutanasia-y-la-ayuda-al-suicidio-generalitat-de-catalunya-departament-de-salut/>
17. Goic G, Alejandro. (2005). Apuntes sobre la eutanasia. *Revista médica de Chile*, 133(3), 371- 375. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872005000300014>
18. Nouvilas, E. (2000). Rol percibido en la relación del profesional de la salud con el paciente y cumplimiento terapéutico. *Revista de Psicología Social*, 15, 1, 87-112. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=111933>
19. Observatorio de Bioética de la Universidad Católica de Valencia. *Sección de Legislación Bioética*. <http://www.observatoriobioetica.com>
20. Orbeagozo, A. Díaz-Albo, E. Bilbao P. Astudillo, W. 2007. *Los cuidados paliativos. Una labor de todos*. Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos.
21. Pérez, D. Guillén. T. (2011). El documento de voluntades anticipadas: problemas de eficacia social de la norma y propuestas de solución. *Revista jurídica de la Comunidad Valenciana: jurisprudencia seleccionada de la Comunidad Valenciana*, (38), 47-61.
22. Ruiz Miguel, A. 2010. “Autonomía individual y derecho a la propia muerte”, *Revista Española de derecho constitucional* (89). <https://www.parlamentarioja.org/conoce-el-parlamento/legislaturas-anteriores/legislatura-9/iniciativas/ppld/9l-ppld-0017/dosieres-documentacion/plr-9lppld0017-derechos-y-garantias-de-las-personas-en-el-proceso-de-morir>
23. Royes, A. 2016. *Morir en Libertad*. Colección bioética. Barcelona.

24. Serrano Ruíz calderón, J.M. “Eutanasia y vida dependiente: inconvenientes jurídicos y consecuencias sociales de la despenalización de la eutanasia”; Ediciones Internacionales Universitarias, Madrid, 2001.
25. Serrano-Ruiz-Calderón, J. M. (2013). Sobre la injusticia de la eutanasia, el uso de la compasión como máscara moral. Referencia a nuevos documentos bioéticos europeos. *Persona y Bioética*, 17 (2), 168-186.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=832/83230691003>
26. Serrano-Ruiz-Calderón, J. M. *Cuadernos de Bioética*. 2019; 30(98): 55-64
DOI: 10.30444/CB. <http://aebioetica.org/revistas/2019/30/98/55.pdf>
27. Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL. 2002, 2015).

11.4. PÁGINAS WEB

- <https://www.asisa.es/preguntas-frecuentes/preguntas/necesito-un-medico/te-puede-interesar/383-que-es-el-testamento-vital>
- https://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion_temas/eutanasia/eutanasia.pdf
- <https://www.conferenciaepiscopal.es/sembradores-de-esperanza/>
- <http://www.nfp67.ch/fr>
- <http://www.cgcom.org> (Página web del Colegio General de Colegios Oficiales de Médicos de España).
- <https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2019/05/54-revista.pdf>
- <https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2019/05/58-revista.pdf>
- <https://derechoamorrir.org/2020/08/04/revista-de-dmd-no82/>
- <https://derechoamorrir.org/2020/11/19/revista-de-dmd-no83/>
- <http://internacional.elpais.com/> (Página web Periódico el País, España)
- <https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/libroLaborTodos.pdf>
- <http://www.eutanasia.ws> (Página web de la Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente).
- <https://www.lavanguardia.com/vida/20201217/6130043/eutanasia-espana-ley-requisitos-claves-como-quien.html> (Periódico La Vanguardia)
- <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/abc-muerte-anticipada.pdf>
- <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/Nuevos-Lineamientos-derecho-a-morir-dignamente.pdf>
- www.wma.net (Página web de la Asociación Médica Mundial).
- www.senado.es (Página web del Senado español)
<https://theconversation.com/el-codigo-de-nuremberg-el-amanecer-de-la-bioetica-tras-los-crimenes-del-nazismo-137492>).