

MUERTE, DONACIÓN DE ÓRGANOS Y EUTANASIA. ABORDAJE JURÍDICO, ÉTICO Y RELIGIOSO.

Trabajo de Fin de Grado

Autora: M^a Eugenia Hierro Vázquez

Tutora: Mercedes García Landa

10/05/2013

©

En la sanidad vemos a las personas desde una perspectiva holística, en la cual incluimos la espiritualidad. Los valores y creencias de las personas son de gran importancia en la hora de la muerte y definen sus posturas frente a algunas prácticas como la eutanasia o la donación de órganos. Por ello es vital conocer los aspectos jurídicos y religiosos sobre estas prácticas para poder hacer un abordaje ético y ayudar a alcanzar una muerte lo más digna posible.

ÍNDICE

	pág.
1. INTRODUCCIÓN.....	4
1.1. Presentación y justificación.....	4
1.2. Religión e integración.....	5
1.2.1. <i>Definición de religión</i>	5
1.2.2. <i>Mapa común de las religiones. Religiones más comunes</i>	6
1.2.3. <i>Las Religiones en España</i>	6
1.3. La muerte: terminología.....	7
1.4. Las etapas de la muerte.....	7
1.4.1. <i>La etapa de la enfermedad y/o dependencia</i>	8
1.4.2. <i>La etapa inmediatamente anterior a la muerte y la propia muerte</i>	11
1.4.3. <i>La etapa del ritual funerario</i>	12
1.5. La eutanasia: terminología.....	13
1.5.1. <i>Eutanasia</i>	13
1.5.2. <i>Suicidio (medicamente) Asistido</i>	14
1.5.3. <i>Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LES)</i>	15
1.5.4. <i>Rechazo del tratamiento</i>	15
1.5.5. <i>Sedación paliativa</i>	15
1.5.6. <i>Suspensión de atención médica por fallecimiento</i>	16
1.6. Aspectos legales sobre la eutanasia.....	16
1.7. Aspectos legales sobre la donación de órganos.....	18
2. EL CATOLICISMO.....	19
2.1. Definición, figuras.....	19
2.2. Extensión geográfica y demográfica. El Catolicismo en España.....	19
2.3. El Final de la vida.....	19
2.4. Impacto en la Sanidad y en la Enfermería.....	21
2.4.1. <i>La donación de órganos</i>	21
2.4.2. <i>La eutanasia</i>	21
3. EL JUDAÍSMO.....	22
3.1. Definición, figuras.....	22
3.2. Extensión geográfica y demográfica.	22
3.3. El Final de la vida.....	22
3.4. Impacto en la Sanidad y en la Enfermería.....	23
3.4.1. <i>La donación de órganos</i>	23

3.4.2. <i>La eutanasia</i>	24
4. EL ISLAM.....	26
4.1. Definición, figuras.....	26
4.2. Extensión geográfica y demográfica. El Judaísmo en España.....	26
4.3. El Final de la vida.....	26
4.4. Impacto en la Sanidad y en la Enfermería.....	27
4.4.1. <i>La donación de órganos</i>	28
4.4.2. <i>La eutanasia</i>	28
5. BIBLIOGRAFÍA.....	29

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Presentación y justificación:

Hoy en día analizamos a las personas desde una perspectiva holística en el ámbito sanitario; intentando así verlas desde distintos ángulos para poder medir y mejorar su calidad de vida. No obstante, el término de salud ha ido evolucionando a lo largo de los años y con ello han aparecido nuevos conceptos: hemos pasado del concepto de salud bio-psico-social al concepto bio-psico-social-espiritual.

La dimensión espiritual ha cobrado fuerza por su condición innata al ser humano. Su relevancia se ve aumentada en la enfermería; Henderson ya la recogía dentro de sus catorce necesidades. La espiritualidad va unida a la persona independientemente de la posibilidad de que profese una religión; es por ello que cobra especial importancia en los momentos vitales del ser humano, siendo uno de ellos el inevitable final de la vida.

Asimismo, no podemos obviar la convivencia de distintas religiones por los distintos movimientos migratorios. Por ende, podemos afirmar que si pretendemos tener una sociedad integrada hay que conocer y entender la religión o la creencia que puedan profesar sus residentes.

La muerte, en sí, es un proceso ligado a la vida, el límite en el que culmina. A todos nos llega sin que podamos evitarlo. Además, en las profesiones sanitarias es de máxima relevancia: la enfermería tiene la obligación de ayudar al paciente a alcanzar una muerte digna. La muerte puede ser natural, pero hay casos en los que el paciente pide que se le adelante la hora de morir; y es entonces cuando surge el concepto de la eutanasia, y con ello el debate. La eutanasia tiene diversas caras, y se la puede relacionar con otras prácticas igualmente polémicas. La eutanasia es una disputa que conlleva posicionamientos antropológicos, filosóficos, sociológicos, jurídicos, políticos y religiosos. En resumen, es por ello que la cultura y la religión del paciente adquieren tal importancia en nuestro oficio.

Mediante este trabajo se pretende lograr tres objetivos:

- a) analizar la muerte desde varios de los prismas que ofrece la espiritualidad para que, una vez llegado el momento, podamos ayudar a

la persona a morir en las condiciones más dignas posibles de acuerdo con sus creencias;

- b) analizar el duelo para poder mejorar la comunicación con la familia del paciente terminal o ya fallecido y;
- c) analizar el impacto que tiene la espiritualidad en la sanidad y en la enfermería; especialmente respecto a la polémica de la eutanasia y la donación de órganos, visto desde un prisma jurídico, ético y legal.

Dada la diversidad de religiones que conviven actualmente se analizará el final de la vida desde el cristianismo, el judaísmo, el islamismo, aunque también se mencionará a los seguidores del ateísmo. Primero se centrará en definir la religión, la causa de su importancia e inherencia para/con el ser humano y en definir la muerte y la práctica de la eutanasia. Luego se procederá a unir ambos conceptos, el objetivo de este trabajo de fin de grado (TFG).

1.2. Religión e integración:

1.2.1. Definición de religión:

Resulta complejo explicar el concepto de la religión. Tiene su origen en el latín, en el término *religiō* y se refiere a la fe y al conjunto de dogmas, cánones y ritos relativos a una deidad o divinidad. La Real Academia Española de la Lengua (R.A.E.) dice que es un “Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto”. La religión conlleva un vínculo entre la persona y su deidad, ya sea monoteísta o politeísta; un vínculo que influirá en su estilo de vida y su comportamiento, mediante el cumplimiento de distintos cultos y creando ciertas normas morales y éticas en el sujeto.

Ahora, la religión es, aparte de un fenómeno individual unido a la propia espiritualidad, un fenómeno social. No se encuentra en nuestra genética, pero es heredada y transmitida mediante la cultura. La sociedad enseña los valores de la creencia, los conjuntos morales que se deben seguir, cumpliendo así una función para definir los límites y características de dicha sociedad.

Asimismo, no existe una religión única. Algunas comparten idioma y otras son profesadas en múltiples lenguas. La religión ha tenido un papel fundamental en

la historia de la humanidad; basta con mencionar la repercusión que ha tenido el cristianismo en Europa por ejemplo.

1.2.2. Mapa común de las religiones. Las religiones más comunes.

Son muchas las religiones que hay en nuestro mundo, pero hay unas que tienen mayor transcendencia por su gran número de seguidores o por su influencia en el curso de la historia de la humanidad. Las 5 grandes religiones que imperan hoy en día son: el cristianismo, el judaísmo, el islamismo, el hinduismo y el budismo. Viendo el dibujo 1 podemos observar a grandes rasgos que el hinduismo y el budismo son religiones pertenecientes a oriente en comparación a la gran extensión que tienen las otras tres.



Dibujo 1: Mapa geográfico de las principales religiones del mundo.

rasgos que el hinduismo y el budismo son religiones pertenecientes a oriente en comparación a la gran extensión que tienen las otras tres.

No obstante, algunas de esas religiones se han ramificado a lo largo de los siglos: por ejemplo los seguidores del cristianismo se dividen en católicos, protestantes y ortodoxos; los del islam en sumíes y shíes... (dibujo 2)



Dibujo 2: Mapa de las religiones, distribución del cristianismo

1.2.3. Las Religiones en España

Asimismo, vemos que en España la rama del cristianismo más común es el catolicismo. En consecuencia nos centraremos en el punto de vista católico para este TFG, para que sea así más acorde a las costumbres españolas; dado que

el cristianismo admite, según su ramificación, diferentes interpretaciones a las cuestiones que vamos a tratar.

Como ya hemos dicho, nos vamos a centrar en España. Aunque a lo largo de la historia ha tenido varias religiones oficiales (el catolicismo, el islam...) en la Constitución de 1978 se declara como un Estado aconfesional (Constitución Española, art. 16.3). Por ende, si bien antes de esa fecha se consideraba un país católico y actualmente la mayoría de los españoles se declaran católicos, ahora conviven varias corrientes religiosas dentro de sus fronteras (tabla 1).

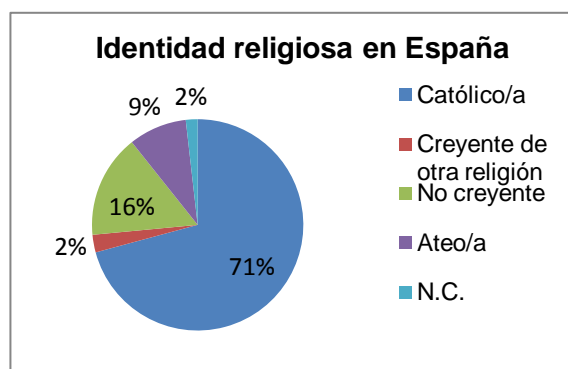


Tabla 1: Identidad religiosa en España. CIS Estudio nº 2960. Barómetro de octubre 2012

En consecuencia, nos fijaremos más profundamente en el catolicismo, y después en el judaísmo y en el islamismo; es decir, abarcaremos en las religiones abrahámicas. No obstante, también cabe mentar el punto de vista del ateísmo, que niega la existencia de Dios. Los ateos/as no tienen más códigos externos impuestos que la jurisprudencia en cuanto a las prácticas de la eutanasia y la donación de órganos. Para los ateos/as no es la religión la que les inculca valores respecto a estas prácticas, sino que es su propia experiencia, conciencia y espiritualidad la que forma su opinión.

1.3. La muerte: terminología

A la hora de definir qué es la muerte nos encontramos con diversos resultados; podríamos enumerar muchos significados; pero recalcaremos algunos de los más notorios. Por ejemplo, para la R.A.E. la muerte significa la “cesación o término de la vida”. Otra definición que podríamos proporcionar sería la siguiente que ofrece Taber: “cese permanente de todas las funciones vitales, incluyendo las del corazón, los pulmones y cerebro” (1).

1.4. Las etapas de la muerte.

La muerte, entendida como un proceso, consta de varias fases que se pueden resumir en:

- La etapa de la enfermedad y/o dependencia.

- La etapa inmediatamente anterior a la muerte y la propia muerte.
- La etapa que pone en práctica determinadas disposiciones con relación al ritual funerario (2).

1.4.1. La etapa de la enfermedad y/o dependencia.

Habitualmente, la frecuencia con la que las personas piensan en la muerte es mínima, pero cuando se enfrentan a cambios importantes en su vida como puede suponer una enfermedad o el desarrollo de una dependencia comienzan un proceso de reflexión sobre nuevas cuestiones. Estas cavilaciones suelen ser en torno a tres puntos: la pérdida de autonomía, la calidad de la vida y el sentido de la vida.

En este contexto, entendemos la enfermedad como una alteración o pérdida de la salud y la dependencia por “aquel estado en que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria”, citando la definición adoptada por el Consejo de Europa de 1998. El proceso es simple:

Cuando una persona enferma sufre una pérdida de autonomía, la cual converge en una pérdida de la calidad de vida por el afrontamiento que ofrece el sistema médico: algunas personas experimentan cómo va desapareciendo su dignidad y respeto cuando sus cuerpos son manipulados, cuando son infantilizadas o asexuadas, cuando no se trata bien el dolor... Además, si la persona se vuelve dependiente, su calidad de vida queda restringida y en ocasiones sufre un grado de tensión porque supone que es una carga para sus familiares o porque el sistema médico puede degradar su dignidad como ya hemos mentado. Estos procesos conllevan al paciente a una involución hacia sí mismo y sufre un aumento de las recapitaciones sobre la muerte.

En resumen, podemos ver que *la pérdida de la autonomía* de una persona (independientemente del grado de dependencia que pueda acarrear) comporta una pérdida de su *calidad de vida*, lo cual concluye en reflexiones sobre el sentido de la vida y de la muerte. Citando a Dostoievski “el secreto de la existencia no consiste solamente en vivir, sino en saber para qué se vive” (2,3).

Ahora, si bien la muerte ocurre más frecuentemente en la ancianidad, por lo que este proceso suele aparecer paulatinamente en la vejez, también puede suceder de forma repentina o inesperada, afectando más bien a personas jóvenes o no-mayores. Un accidente o enfermedad grave hace que la persona contemple la muerte súbitamente, acarreando varias emociones que suponen un intento de protegerse psicológicamente, pues *la muerte*, explica Kübler-Ross, *resulta inconcebible en nuestro inconsciente*, dado que *creemos en nuestra propia inmortalidad*. Kübler-Ross describe las fases emocionales y/o mentales que sufre la persona afectada, que en pocas palabras, resume en 5 estadios:

- I. **Negación y aislamiento:** “*no, no a mí, no puede ser*”. La negación es el intento de escapar a la muerte, es la emoción que se emplea como amortiguador ante una mala noticia y que permite recobrase y poner en marcha otras defensas. La negación suele ser más usual al inicio de la enfermedad que al final, pero es una necesidad en todos los pacientes.

Se distingue dos tipos: la parcial y la mantenida. La parcial es la más común entre los pacientes, y puede reflorar a lo largo de la enfermedad en momentos puntuales. La negación mantenida, sin embargo es poco común: el paciente puede negar la realidad durante un tiempo y si llega al punto donde no puede negar la muerte, la desafía (carreras en las carreteras, consumo de sustancias...). Es más adelante cuando se recurre al aislamiento y el paciente decide con quien hablar de su enfermedad o de su porvenir.

- II. **Ira:** “*¿por qué yo?*”. Aparece en respuesta al miedo y a la frustración, cuando el paciente comienza a entender su situación; se identifica por la furia, la rabia, la envidia y el resentimiento. Resulta complicado tanto para la familia como para el personal afrontarla ya que se proyecta indiscriminadamente contra todo: familia, pareja, entorno e incluso su deidad. El paciente siempre encuentra motivos de queja, en un intento por llamar la atención y que no se le olvide. Además, el origen de su rabia pocas veces está relacionado con el blanco de su cólera, pero si dicho blanco se lo toma como personal y responde con más ira, se aumenta la hostilidad del paciente.

Después del ataque viene una fase de dolor, lágrimas, culpabilidad y vergüenza, por lo que el paciente elude las visitas, aumentando por consiguiente su ansiedad, incomodidad y disgusto.

- III. **Negociación:** *“Si tú me ayudas, yo me comprometo a [...]”*. También llamada pacto, es la fase menos conocida y la más breve. En esta etapa el paciente ya ha reconocido y asumido el pronóstico, mas lo intenta cambiar. La persona intenta pactar con quienquiera (consigo mismo, con el médico o incluso con su Dios que es lo más frecuente) para poder alargar su vida para después morir más tranquilamente. Se relaciona psicológicamente con sentimientos de culpabilidad.

Es una reacción muy frecuente en niños; primero exigen y luego piden un favor: ante una negativa se enfadan y patalean, pero enseguida cambian de actitud e intentan hacer un trato para conseguir lo que quieren. Ahora, el paciente moribundo actúa de forma similar, dado que por experiencias pasadas sabe que existe la posibilidad de que su buena conducta sea recompensada y se le consienta un deseo, que habitualmente suele ser la prolongación de la vida o pasar unos días sin dolor o molestias físicas. Normalmente, el paciente se autoimpone un plazo de vencimiento y promete implícitamente que no pedirá más, pero al igual que los niños ninguno cumple su palabra.

- IV. **Depresión:** *“sí, yo voy hacia la muerte”*. Cuando la negación cede, cuando aparecen más síntomas o cuando el paciente no puede seguir insensible a su pronóstico, le deja un sentimiento de pérdida: la tristeza se apodera y se aleja de su entorno; involuciona hacia sí mismo. La comprensión de que su situación empeora y cualquier trato negociado es fútil o sin los resultados esperados hace que se deprima por el fin de la vida que se acerca ineludiblemente. Esta depresión puede presentar muchas facetas, y podemos diferenciar dos:

La primera es una depresión por pérdidas que vendrán en un futuro lejano y en ocasiones se acompaña de emociones de culpabilidad y/o vergüenza; de las cuales el paciente habla sin problemas. Se puede aliviar más fácilmente, se le dice que piense desde un punto de vista positivo y alegre y se le distrae. La segunda es una depresión ante una pérdida inminente, más silenciosa, cuyo confort no radica en las palabras sino en la comprensión y en la empatía ante el dolor preparatorio a la muerte. El mayor dolor que experimenta es la pérdida de la esperanza.

Es importante apoyar al paciente en esta fase, pues solo aquéllos que hayan conseguido superar la angustia y la ansiedad podrán llegar a la fase de aceptación y paz.

- V. **Aceptación:** “¡sí, yo!”. Ocurre cuando el paciente ha podido aprovechar el tiempo preciso para poder experimentar las fases anteriores, ha expresado sus sentimientos de rabia, impotencia, dolor, etc. todo lo necesario de tal modo que experimenta una cierta tranquilidad ante la muerte que se aproxima. El paciente está cansado y suele dormir a menudo, pero a diferencia de las fases anteriores no con el objeto de evadir la realidad. Espera la muerte; ha terminado de luchar y poco a poco desaparecen los sentimientos. En esta fase la familia suele ser la que más ayuda precisa, necesita más apoyo y comprensión que el propio paciente. El moribundo suele acortar las visitas y el número de visitantes; la comunicación pasa a ser mayoritariamente no verbal: con un gesto de la mano el paciente invita a la visita a sentarse, una mirada dice más que una explicación y con sólo cogerle de la mano y ofrecerle así compañía hasta el final el paciente se tranquiliza, sabiendo que no se le olvida aun cuando no hay esperanzas de sanación, que no morirá solo.

Se suele recomendar la visita a última hora de la tarde, pues es el final del día y cuando los empleados del hospital irrumpen menos en la habitación, proporcionando mayor intimidad que en el resto del día.

Son pocos los pacientes que no alcanzan esta fase, los que siguen luchando hasta el final en un intento de evitar la muerte hasta que no pueden más, recibiendo en ocasiones la admiración de su familia por “no rendirse”. Son en estos casos donde pueden entrar en conflicto los intereses y la esperanza de la familia y del paciente, pues la primera no le permite al paciente poder descansar y abrazar su final en paz, dado que intenta resistir por satisfacer a su familia.

Las pautas puede acontecer o no de forma lineal. No todas las personas las manifiestan, e individualmente cobran diferente intensidad en función de la persona, pero en todas las fases persiste una emoción: la esperanza. Estas emociones son la marca de la evolución de las cavilaciones sobre el dolor, las relaciones médico-paciente y el valor relativo a la vida. Asimismo, observamos que las relaciones familiares cobran especial importancia y protagonismo (3).

1.4.2. La etapa inmediatamente anterior a la muerte y la propia muerte.

Ubicamos esta fase en los albores de la muerte, subsiguiente generalmente a un largo periodo de enfermedad y/o dependencia. Las experiencias acumuladas a lo largo de la vida se sintetizan; y en ciertos casos como en la dependencia en los que aparece la idea de que la vida ha perdido el sentido, de que se ha muerto durante años (2).

Si nos basamos en el proceso de Kübler-Ross nos situamos directamente en la fase de aceptación de la muerte. La inminente acercanza de la muerte suscita nuevas reflexiones, y aumenta la frecuencia y la especificidad de las reflexiones sobre el proceso de morir (3).

Hoy en día, en nuestra sociedad (dentro de la Comunidad Autónoma del País Vasco: CAPV) es tendencia no analizar la muerte; pues a veces se puede percibir como un tabú (2). De hecho, la muerte, según Durán “es una rara e infrecuente circunstancia [...] tienen escasas oportunidades de luchar para organizarse por sí mismos y mejorar sus condiciones de vida y muerte” (4).

No obstante, cuando nos disponemos a vislumbrar el propio acto de la muerte, aparecen ciertos aspectos concordantes a un ideario de lo que interpretamos como tener una buena muerte o una muerte de calidad (2). Son varios los rasgos para una muerte de calidad, y han evolucionado con el tiempo; pero si nos basamos en las investigaciones de Durán, los elementos que deben tener una muerte de “alta calidad” son:

- <<Sin dolor.
- Inconsciente, durmiendo.
- Rápida, aunque no por accidente.
- Acompañado por familiares o amigos íntimos.
- A edad avanzada.
- En casa.
- Con bajo coste para los demás (que no les contagie, que no les lleve a la ruina, etc.).>> (7)

Es en esta etapa cuando las personas empiezan a diseñar, de forma personalizada y consciente, su propia muerte con el fin de lograr que sea de la más alta calidad alcanzable. Estas reflexiones son las que dan lugar al debate que puede llevar a la eutanasia, el suicidio asistido, la sedación de cuidados paliativos...

1.4.3. La etapa del ritual funerario

Esta fase, que ocupa el tercer y último lugar en el proceso de morir, ocurre una vez acontecida la muerte. El ritual funerario es la *manifestación de múltiples tradiciones hondamente enraizadas en el sentimiento cultural de su respectiva sociedad*; en consecuencia, los rituales funerarios cambian dependiendo de la sociedad, su historia y la influencia de la religión.

Actualmente, los aspectos personales que corresponden al ritual funerario son: la forma en que el sujeto desea que se comunique su fallecimiento; el destino de los restos mortales (incineración, sepultura...); la celebración del acto social o religioso del funeral y la manera de cumplir el luto y expresar las manifestaciones de duelo.

Asimismo, ya fuera del alcance de la persona pericida, forma parte del ritual funerario: la preparación y exposición del cadáver; la recepción del pésame; la entrega de ofrendas; la despedida del cadáver y la celebración de un responso religioso o de un ritual civil de despedida.

Finalmente, el luto constituye la última casilla del ritual funerario. El luto corresponde al período que sigue a la muerte de alguien cuya pérdida se lamenta. El duelo, por otra parte, lo componen las diversas muestras de pesar que se representan durante el período de luto (2).

1.5. La eutanasia: terminología

Cuando la eutanasia se une a la hora de tomar decisiones clínicas sobre el final de la vida da lugar a la polémica; pero gran parte de ello se debe a la confusión respecto a su significado: eutanasia activa, pasiva, directa, indirecta, evidente, voluntaria, involuntaria... son términos que han ido dando lugar a contradicciones.

En la práctica clínica se dan varios casos, los cuales se pueden resumir en: eutanasia, suicidio asistido, limitación del esfuerzo terapéutico (LES), rechazo del tratamiento, sedación paliativa y suspensión de atención médica por fallecimiento. A continuación y durante este apartado veremos cada caso por separado, intentando definir y explicar individualmente las diferencias particulares de cada uno.

1.5.1. Eutanasia

Etimológicamente proviene del griego *eu* (bien) y *thánatos* (muerte); es decir, significa “buena muerte”. Sin embargo, hay muchas definiciones en torno al concepto de la eutanasia. La de *Del Vecchio* es una definición acientífica, afirmando que la eutanasia es la “muerte no liberadora de las angustias de la propia muerte, sino de las angustias de la vida” (5). Taber la define como una “muerte tranquila, reposada e indolora”, como la “finalización intencionada de la vida de una persona aquejada de una enfermedad incurable o terminal, o de sufrimiento insoportable” (2). La R.A.E., sin embargo, dice que la eutanasia es una “acción u omisión que, para evitar sufrimientos a los pacientes desahuciados, acelera su muerte con su consentimiento o sin él” o una “muerte sin sufrimiento físico”.

No obstante, cabe recordar que para que una acción sea comprendida como eutanasia debe cumplir ciertos requisitos:

- a) Producir directamente la muerte del paciente por una causa-efecto única e inmediata.
- b) Realizarse a petición expresa del paciente; petición que debe ser reiterada en el tiempo e informada por los pacientes en situación de capacidad. Por tanto ya podemos afirmar que la definición de la R.A.E. no es la propicia, dado que el consentimiento es obligatorio.
- c) El paciente debe estar en un estado de sufrimiento debido a una enfermedad incurable; lo cual entiende como un dolor total e inaceptable y que no se ha podido paliar mediante el uso de otros medios.
- d) Debe llevarse a cabo por profesionales sanitarios que conocen y mantienen una relación clínica significativa con los pacientes (6).

En las décadas anteriores se han acumulado muchos conceptos inexactos en torno eutanasia: activa, pasiva, directa, indirecta... que resultan inadecuados, pues son actos distintos y no todos son eutanasia. El acto que hemos descrito en el párrafo anterior sería lo que se ha denominado eutanasia directa activa (5).

1.5.2. Suicidio (médicamente) Asistido

Cumple todos los requisitos de la eutanasia excepto el último. A diferencia de la eutanasia, en el Suicidio Asistido es el propio paciente quien produce la muerte. La actuación del profesional es únicamente proporcionarle los medios

imprescindibles, ya sean intelectuales y/o materiales, para que el paciente pueda llevar a cabo su muerte cuando lo desee (6).

1.5.3. Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LES)

La LES (llamada anteriormente eutanasia directa pasiva) radica en retirar o no iniciar las medidas terapéuticas en una situación concreta del paciente en las que el profesional sanitario las considera inútiles o fútiles. En consecuencia, es la enfermedad lo que causa la muerte y no la intervención del profesional; es decir, no impide la muerte pero en ningún caso la produce, lo que la diferencia de la eutanasia. La base para una decisión de LET es el juicio clínico realizado por el profesional tras una evaluación de los datos clínicos disponibles del paciente (5,6).

1.5.4. Rechazo del tratamiento

En este caso, a diferencia de la LES, la decisión corresponde al paciente; ocurre después de que el profesional sanitario le informe de las repercusiones de las opciones que pueda tomar. El paciente elige aceptar o rechazar, tanto parcial como totalmente, una prueba diagnóstica o el tratamiento (6).

1.5.5. Sedación paliativa

También conocida antes como eutanasia indirecta, consiste en administrar a un paciente terminal (cuya muerte se prevé como próxima dado que está agonizando) fármacos (en las dosis y combinaciones requeridas) para reducir su conciencia todo lo que sea necesario para aliviar los síntomas que le ocasionan sufrimiento, si bien puede acortar la vida como efecto secundario. Se precisa el consentimiento informado y expreso, y en caso de no ser factible, el de sus familia o representante (5,6).

1.5.6. Suspensión de atención médica por fallecimiento

Ante una muerte encefálica, iniciar o retirar medidas de terapéuticas no provoca ni permite la muerte del paciente, dado que ya se ha producido. La suspensión de medidas de reanimación ocurre cuando se verifica la muerte del paciente.

Además, si el fallecido es candidato a trasplante de órganos, antes de proceder a la desconexión final, se realiza una serie de intervenciones clínicas: se deben tomar medidas para mantener el cuerpo “vivo”. Mediante el empleo de dispositivos de apoyo vital se consiguen mantener por un breve espacio de tiempo los órganos en óptimas condiciones para el trasplante. Es por ello que la definición de la muerte, resulta tan importante (5,6).

No obstante, ¿qué es la muerte encefálica? Taber lo define como “el cese de la función cerebral” (1). Los requisitos para dictaminar una muerte cerebral están definidos en Anexo I del Real Decreto 2070/1999 de Extracción y Trasplante de Órganos. De forma breve, los criterios indispensables para afirmar una muerte cerebral son:

- a) falta de respuesta a estímulos;
- b) ausencia de todos los reflejos;
- c) ausencia de respiración (una apnea mayor de tres minutos);
- d) electroencefalograma (EEG) plano durante al menos 30 minutos y sin variación ante estímulos dolorosos o sonidos (7).

1.6. Aspectos legales sobre la eutanasia y la donación de órganos.

Apartándonos de los Códigos Deontológicos y fijándonos exclusivamente en la jurisprudencia actual, tanto los términos *eutanasia* como *suicidio médicamente asistido* no figuran como tales en el Código Penal (CP) español. Sin embargo, las actuaciones que las caracterizan sí encajan en el tipo penal escrito en el artículo 143.4 del CP. El artículo 143 (tabla 2), por una parte, regula las formas de participación en el suicidio del otro; por la otra parte se ubica en el Título Primero del Libro segundo del CP (“Del homicidio y sus formas”) que abarca los artículos 138 a 143 (8).

Tabla 2. Artículo 143 del Código Penal de 1995

1. El que induzca el suicidio del otro será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años.
2. Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona.
3. Será castigado con la pena de prisión de seis a diez 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 en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo.

En primer lugar, podemos observar que lo que llamamos eutanasia se consideraría según el CP una forma especial de homicidio, como una peculiar participación en el suicidio libre y voluntario de otra persona en unas determinadas circunstancias. Además, el artículo no señala que la persona que lo lleve a cabo deba ser un profesional sanitario. En otras palabras, la eutanasia no es legal en España según el vigente CP.

En segundo lugar, el suicidio médicamente asistido encaja en el artículo 143.4, por lo que podemos afirmar que no se considera legal.

En tercer lugar, la LET no se haya tipificada ni en el artículo 143 CP ni en el artículo 196 CP, que plasma el delito de omisión del deber de socorro de los profesionales. No es una práctica contraria a la ética, no es punible, no es eutanasia y además se considera una buena práctica clínica (9).

En cuarto lugar, el rechazo del tratamiento o la denegación del consentimiento está respaldado (aparte de por múltiples códigos deontológicos) jurídicamente por la ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Los artículos 2.3 y 2.4 afirman:

- “El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles”.
- “Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley; su negativa al tratamiento constará por escrito”.

Además, en el artículo 8.5 dicta el derecho del paciente a revocar su consentimiento: “el paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento”. Asimismo, la situación de capacidad del paciente no anula este derecho, aunque sí modifica la manera de ejercerlo: mediante el consentimiento por representación, una tercera persona (representante legal o persona con vínculos familiares o de hecho con el paciente) toma las decisiones por el paciente incapaz. Es por ello que cobra especial importancia que las personas puedan expresar sus deseos previamente, lo que pueden hacer mediante una voluntad anticipada, regulada por el artículo 11 de la Ley 41/2002 y por la legislación autonómica (10,11).

En quinto lugar, la sedación paliativa, cuando se aplica correctamente desde el punto de vista científico-técnico y después de recibir el consentimiento expreso

del paciente (o de su representante), se actúa técnicamente y éticamente de manera correcta, y de acuerdo a la Ley, sin incurrir en el delito tipificado por el artículo 143 CP.

En último lugar y respecto a la suspensión médica por fallecimiento, los criterios de la muerte encefálica están claramente definidos en Anexo I del Real Decreto 2070/1999 de Extracción y Trasplante de Órganos. El Real Decreto también habla de la posibilidad de realizar la extracción de órganos de pacientes que cumplan los requisitos de muerte por parada cardiorrespiratoria. La suspensión de medidas de reanimación se produce, igual que en la muerte encefálica, cuando se constata el fallecimiento del paciente. La suspensión de éstas, por tanto, no es ninguna forma de eutanasia, por lo que es legal (12, 13).

1.7. Aspectos legales sobre la donación de órganos.

Para comenzar, podemos empezar con un sucinto análisis de los tipos de trasplantes existentes, que se clasifican en:

- **Autotrasplante o trasplante autólogo:** se lleva a cabo en un mismo individuo y no suele conllevar rechazo (p.ej. injerto de piel).
- **Homotrasplante, alotrasplante o trasplante alogénico:** se realiza entre sujetos de la misma especie pero genéticamente diferentes; este caso sí conlleva la posibilidad de rechazo (p.ej. entre seres humanos: riñón, corazón...).
- **Xenotrasplante:** se da entre individuos de distintas especies, potenciado por los estudios de ingeniería genética (p.ej. trasplante del corazón de un cerdo a un ser humano); además de la posibilidad de rechazo inmediato también está la posibilidad de transmisión de nuevas enfermedades. (27)

Ahora, los trasplantes de órganos vienen regulados en España por la Ley 30/79 de 27 de octubre de 1979, conocida como Ley de Extracción y Trasplante de Órganos. Esta ley se desarrolla por el Real Decreto 2070/1999 del 30 de diciembre. Asimismo, dicha ley establece los requisitos de donante vivo en su 4º artículo, y en el 5º, los de donante muerto (tabla 3) y recoge como principios generales los de:

- Finalidad terapéutica del trasplante.

- Gratuidad del mismo, es decir, sin contrapartida económica ni para el donante ni para el receptor, de tal manera que el actual artículo 156bis del CP considera delito el tráfico de órganos para su compra-venta.
 - Salvaguarda de la libertad individual del donante y del receptor.
 - Protección de la vida y de la salud, tanto del donante como del receptor.
- (28, 29)

Tabla 3. Artículo 5 de la Ley 30/79 de Extracción y Trasplante de Órganos.

1. La extracción de órganos u otras piezas anatómicas de fallecidos podrá hacerse previa comprobación de la muerte. Cuando dicha comprobación se base en la existencia de datos de irreversibilidad de las lesiones cerebrales y, por tanto, incompatibles con la vida, el certificado de defunción será suscrito por tres médicos, entre los que deberán figurar, un neurólogo o neurocirujano y el jefe del servicio de la unidad médica correspondiente, o su sustituto; ninguno de estos facultativos podrá formar parte del equipo que vaya a proceder a la obtención del órgano a efectuar el trasplante.

2. La extracción de órganos u otras piezas anatómicas de fallecidos podrá realizarse con fines terapéuticos o científicos, en el caso de que éstos no hubieran dejado constancia expresa de su oposición.

3. Las personas presumiblemente sanas que falleciesen en accidente o como consecuencia ulterior de éste se considerarán, asimismo, como donantes, si no consta oposición expresa del fallecido. A tales efectos debe constar la autorización del Juez al que corresponda el conocimiento de la causa, el cual deberá concederla en aquellos casos en que la obtención de los órganos no obstaculizare la instrucción del sumario por aparecer debidamente justificadas las causas de la muerte.

2. EL CATOLICISMO

2.1. Definición, figuras.

La Iglesia Católica Apostólica Romana (dibujo 3) es una de las tres ramas del cristianismo; se trata de una religión monoteísta, cuya omnipotente divinidad es Dios, el cual se muestra bajo tres “personas” o aspectos que coexisten en su divinidad, los de la llamada Trinidad (14). Para el catolicismo: Dios es infinitamente perfecto y bienaventurado en sí mismo, en un designio de pura bondad ha creado libremente al hombre para hacerle partícipe de su vida bienaventurada (15).



Dibujo 3:
Cruz
Cristiana

2.2. Extensión geográfica y demográfica. El Catolicismo en España.

En primer lugar, tal y como hemos podido observar en el dibujo 1 el cristianismo es una religión muy expandida. Se extiende por Europa, América, Oceanía, en el sur de África y en el centro de Asia. En segundo lugar, ya centrándonos en el catolicismo vemos que abraza el centro-sur de tanto Europa como de América junto con algunas zonas al norte y este de Norteamérica (dibujo 2). En tercer lugar y en lo concerniente a España el catolicismo es la religión con más seguidores: el 70'8% de la población se declara católico-románico (tabla 1).

2.3. El final de la vida.

En la fe cristiana se cree en la muerte, en la vida eterna y en la resurrección. En la muerte Dios llama al hombre hacia sí y ocurre la separación del alma y el cuerpo, que se reencontrarán en el día de la resurrección de los muertos. Esta creencia es esencial en la fe cristiana. *La muerte es el final de la vida terrenal*, es lo que nos recuerda que disponemos de un tiempo limitado en la tierra y lo que nos motiva a aprovecharlo (16).

Tras la muerte corporal el alma inmortal recibe su retribución eterna en un juicio particular, donde es escogido el destino para el alma:

- Por una parte, los que fallecen en la benevolencia de Dios y están perfectamente purificados, viven para siempre con Cristo en el **cielo**.
- Por otra parte, los que han muerto en la gracia y amistad de Dios pero no están del todo purificados, si bien es segura su eterna salvación, padecen tras su muerte corporal una purificación final para entrar en la gloria celestial. Este proceso es denominado **purgatorio**.

- Por última parte, cabe mencionar el **infierno**, destinado a aquellos que mueren en pecado mortal. En principio, nadie está predestinado a ir al infierno salvo que profese una aversión voluntaria a Dios. Se considera que la persona muere en pecado mortal cuando peca gravemente contra Dios, contra su prójimo o contra sí mismo entonces no ama a Dios y que al fallecer no muestra arrepentimiento ni se acoge al amor misericordioso de Dios. El Catecismo de la Iglesia Católica describe el infierno como un “fuego que nunca se acaba” y su pena principal consiste en la separación eterna de Dios (16,17).

2.4. Impacto en la Sanidad y en la Enfermería

2.4.1. La donación de órganos.

La Iglesia Católica contempla tanto la eutanasia como la donación de órganos dentro de su 5º mandamiento: *No matarás*. En cuanto a la donación, la aprueba e incluso la premia, es una obra de caridad. Citando el Catecismo de la Iglesia Católica:

“**2301** La autopsia de los cadáveres es moralmente admisible cuando hay razones de orden legal o de investigación científica. El don gratuito de órganos después de la muerte es legítimo y puede ser meritorio.”

2.4.2. La eutanasia.

En el catolicismo la eutanasia está absolutamente prohibida, dado que se considera voluntaria, y por ende contraria a la dignidad de la vida humana y a la voluntad de Dios su creador. Prevalece el derecho a la vida sobre todas las cosas y cualquier acto que provoque la muerte, independientemente de los motivos y/o medios empleados, resulta inaceptable y contrario a la dignidad humana. Además, añade que la buena intención que pueda tener la persona al realizar el acto de la eutanasia interpretándola como una forma de suprimir o acabar con el dolor, no cambia la inmoralidad del acto. No obstante, sí admite la L.E.T. y la sedación paliativa según el Catecismo de la Iglesia Católica (18).

3. EI JUDAÍSMO

3.1. Definición.

La R.A.E. nos dice que el judaísmo (dibujo 4) es “la profesión de la ley de Moisés”. Se basa en la creencia de un único Dios, cuyo nombre no se debe pronunciar. Asimismo, cabe explicar que el término judaísmo no se refiere únicamente a la religión, sino que abarca a sus seguidores y a su cultura: su estilo de vida, sus tradiciones, costumbres y leyes (Halajá). Las escrituras sagradas son el Torá y el Talmud. (14, 19).



Dibujo 4: Estrella de David

3.2. Extensión geográfica y demográfica.

Los seguidores del judaísmo residen en su mayoría en Israel (dibujo 1), mientras que la población restante viven en la diáspora, término judío para referirse a la comunidad judía que reside fuera de Israel.

3.3. El final de la vida.

De acuerdo al judaísmo sólo existe una vida. La muerte se considera como parte de la vida y como aspecto ineludible a la condición humana; por tanto no hay que temer a la muerte ni enfadarse por su acontecimiento, sino que hay que aceptarla, incluso la muerte propia, independientemente de las circunstancias en las que ocurra.

En el judaísmo se veneran el cuidado de las personas enfermas y el entierro de los difuntos, de hecho se sitúan entre los deberes más sagrados. Cuando la condición de salud del paciente empeora se le ha de recordar que se debe prepara para mostrarse y presentarse ante Dios, por lo que se le ayuda a recitar el *vidui* (confesión de los pecados y expresión de fe en la vida futura), que termina con el *shema Israel* (14,19).

Asimismo, una vez acaecida la muerte, el cadáver del difunto es lavado y envuelto en una sábana. La familia guarda durante una semana un luto riguroso, denominado *shivá*, en la cual no se sale a las calles, no se lleva a cabo ninguna clase de negocio lucrativo, los hombres no se afeitan ni se cortan el pelo y además se evitan los vestidos de lujo (20).

3.4. Impacto en la sanidad y en la Enfermería:

Para empezar cabe mentar que la ley judía no permite la autopsia ni otros métodos invasivos. No obstante, también está instaurada la obligación de respetar las leyes del país donde residen. Por tanto, las normas religiosas se adaptan siempre a las limitaciones establecidas por la jurisprudencia de dicho país.

3.4.1. La donación de órganos.

La posición del judaísmo respecto a la donación de órganos levanta polémica. Aunque el judaísmo alienta la donación de órganos, tal y como se aprueba en la ley de trasplantes de Israel, conlleva cierta dificultad esclarecer si es un mitzvá (una ley judía de Halajá o precepto del Torá). Parte de ello radica en la novedad del término muerte cerebral y podría explicar por qué los judíos son la población con menor índice de donación (21).

Por un lado, en la religión judía salvar la vida de una persona es equivalente a salvar la humanidad (*quien salva una vida salva el mundo entero: Pikuach Nefesh*); o en otras palabras, está la obligación sagrada de preservar la vida humana. Se trata de una base de la ley judía tan importante que incluso casi cualquier otra ley puede ser violada por este motivo, y hacerla es violar las leyes sagradas (22).

Por otro lado, hay tres prohibiciones bíblicas concernientes a un cadáver que, en caso de sonrojarse al inicio, podría parecer que prohibiría la donación; las cuales son:

- **Nivul Hamet:** se trata de la ley que condena la profanación innecesaria del cuerpo de un muerto, dado que el cadáver albergó en su momento al alma del difunto, un alma sagrada y por tanto debe ser tratado con el máximo respeto. Esta prohibición es la razón de que las autopsias se venen habitualmente; no obstante, la ley judía si las admite cuando sus resultados pueden representar una opción verdadera e inmediata de salvar vidas¹. La mayor parte de los rabinos concuerdan en que Pikuach Nefesh (salvar una vida) es más importante que Nivul Hamet.

¹ Rabino Yejezkel Landau ex-rabino de Praga, en su libro Noda Beyehuda

- **Halanat Hamet:** hablamos de la prohibición que impide atrasar el entierro de un cuerpo. Casi la totalidad de los rabinos dicen que la importancia de Pikuach Nefesh es mayor que la de sepultar a un difunto a su hora debida.
- **Hana'at Hamet:** prohíbe sacar provecho de un cadáver como su venta para la investigación médica. También se opina que Pikuach Nefesh es más importante (21).

En consecuencia, se ve bien donar órganos pero se puede ver mal profanar un cadáver, por lo que surge la complicación al unir los dos valores. Al final, hay algunos casos claros en lo que la ley judía dictamina que la donación se aprueba: en caso de que el trasplante requerido sea inmediato y específico. Por ende, no está permitido profanar el cuerpo para donar a un banco de órganos o a la investigación o a la educación sanitaria, sólo se permite donar si hay un receptor específico e inmediato. Sin embargo, cabe recordar que la donación no se restringe únicamente a los muertos; una persona viva puede donar un órgano a alguien que lo precise (por ejemplo, un riñón).

3.4.2. La eutanasia.

El Talmud afirma: "Quien destruye una vida, es como si destruyera todo un mundo y quien salva una vida, es como si hubiera salvado un mundo entero" (Talmud, Sanedrín 37^a). Por tanto, el judaísmo desaprueba la eutanasia. La razón radica en que mientras que hay vida hay esperanza, por lo que se considera que siempre, por muy crítico que esté el paciente, hay posibilidades de recuperación. Por ende, quien practica la eutanasia comete un delito de acuerdo con el Halajá. Desconectar a un paciente equivale a un asesinato, ya que sólo Dios puede decidir cuándo su seguidor debe unirse con él (19, 23).

4. EI ISLAM

4.1. Definición

Los musulmanes (los seguidores del islamismo) creen en un único Dios al que llaman Alá (Dios en árabe), que ha hablado a la humanidad mediante varios profetas, de los cuales destaca Mahoma, quien personifica ejemplo perfecto de la obediencia de la fe (14). El vocablo islam (dibujo 5) proviene del árabe y define la entrega a Dios, es decir, el acatamiento de su voluntad. Esta sumisión es referible a todos los aspectos de la vida; por ende los musulmanes no diferencian entre sagrado y profano, es decir, entre religión y realidad diaria autónoma (14,24).



Dibujo 5: La estrella y la luna creciente

4.2. Extensión geográfica y demográfica.

Podemos observar al remitirnos a los Dibujos 1 y 2 que el Islamismo es una de las religiones más extendidas. Abarca todo el norte de África, parte de Indonesia y el centro-oeste de Asia: Arabia Saudí, Siria, Iraq, Irán, Pakistán, Kazajistán, Turkmenistán, Uzbekistán...

4.3. Final de la vida.

De acuerdo al islamismo, sólo hay una vida terrenal. En primer lugar, el islam explica que la muerte es la pérdida de la vida, la separación del alma y el cuerpo que la contiene. Se trata de un destino ineludible para todos los hombres, incluso profetas. Los musulmanes aceptan la muerte con alegría, dado que libera al hombre de los agobios de la vida cotidiana. Tras la muerte, la persona está a la espera de El Día del Juicio, donde todos resucitarán y serán juzgados. Los recompensados, los que hayan vivido conforme a las enseñanzas de Dios, van al Paraíso, mientras que a los condenados les espera el infierno. Alá es el ecuánime juez quien dará a cada uno la recompensa que se merece. Citando el Corán “cada alma recibirá lo que adquirió; ellos no serán vejados” (14, 24, 25, 26).

4.4. Impacto en la Sanidad y en la Enfermería.

4.4.1. La donación de órganos.

En el Islamismo se defiende el principio de salvar vidas. De hecho, podemos citar a A. Sachedina en su artículo *Los procedimientos de trasplante*: "la mayoría de los eruditos musulmanes que pertenecían a las varias escuelas de la ley islámica han invocado el principio de la prioridad de la vida humana y han permitido el trasplante de órganos como necesidad y un acto noble." (21). Para el Islam la donación de órganos es un acto de caridad suprema. La donación está bien vista siempre y cuando se lleve a cabo en beneficio del receptor y tras el consentimiento del donante o sus familiares si ya ha fallecido. Actualmente, los líderes religiosos de los grandes centros del islam (Arabia Saudí, Egipto, Irak...) han desarrollado fatwas en pro de la donación de órganos, bien de donante vivo o cadáver (22).

4.4.2. La eutanasia.

Para empezar, cabe aclarar el valor que tiene la vida para los musulmanes. El gran respeto que se le tiene a la vida se ve reflejado en el Corán: "*Los humanos son las más nobles de todas las criaturas*" (Corán 2:30). La vida es el don más preciado, de hecho el hombre no se ha dado la vida, la vida se la ha dado Alá

Para poder explicar mejor el punto de vista musulmán sobre la eutanasia, nos vamos remitir a Nadeem Elyas, presidente del Consejo Islámico en Alemania, cuyas palabras se recogen a continuación: "El Islam permite, en ciertos casos, que se cese con las medidas que prolongan la vida artificialmente, pues no se trata de aferrarse a ella. Cuando la vida llega a su fin, hay que entrar con satisfacción a la muerte. No se debe, por ello, prolongar la vida a toda costa, donde la ciencia y la razón no ven perspectiva. El Islam prohíbe toda clase de eutanasia. La vida es un don divino, que hay que proteger y cuidar lo más posible. El fin de la vida lo determina Dios solo."

Tras este discurso, si bien se acepta la suspensión de atención médica por fallecimiento, queda claro que los musulmanes prohíben la eutanasia, pues la consideran una forma de suicidio, acto absolutamente vetado por Dios. En otras palabras, no se consiente a un paciente acabar con su vida o con la de otros aunque se tenga su consentimiento: "... Quien matara a una persona que no hubiera matado a nadie ni corrompido en la tierra, fuera como si hubiera matado a toda la Humanidad. Y que quien salvara una vida, fuera como si hubiera salvado las vidas de toda la Humanidad." (Corán 5:32). La razón radica en que, si bien el primer caso es un suicidio, se sigue arrebatando la vida. Los pacientes, sea cual sea su patología o su pronóstico, son seres humanos vivos y se les debe proporcionar asistencia hasta su último respiro, dado que la vida es inviolable y se ha de

defender. "No será tomada una vida que Alá ha hecho sagrada por ninguna causa.". "Si un hombre mata a un Creyente intencionalmente, su recompensa es el Infierno, para morar en él (para siempre); y la ira y la maldición de Alá están en él, y un castigo terrible ha sido preparado para él" (Corán 4:93)

5. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Diccionario Enciclopédico Taber de Ciencias de la Salud. DAE (Difusión Avances Enfermería).
- 2.- Olaizola Eizaguirre. Transformaciones en el proceso de morir: La eutanasia, una cuestión en debate en la sociedad vasca [tesis doctoral]. Donostia/San Sebastián. Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea; 2011.
- 3.- Kübler-Ross. Sobre la muerte y los moribundos. 4ª ed. Barcelona: Grijalbo; 1994.
- 4.- Duran. La calidad de la muerte como componente de la calidad de vida. Reis: Revista española de investigaciones sociológicas, 2004; 106: 9-32.
- 5.- Macía Gómez R. Eutanasia: Concepto legal
- 6.- Simon Lorda et al. Ética y muerte digna: propuesta sobre un uso correcto de las palabras. Rev Calidad Asistencial. 2008; 23(6): 271-85
- 7.- Antonia Dibarbora E. Definición y criterios médicos de muerte: una mirada bioética.
- 8.- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Libro segundo: Delitos y sus penas. Título Primero: Del homicidio y sus formas Artículo 143. BOE núm. 281 de 24 de noviembre de 1995
- 9.- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Libro segundo: Delitos y sus penas. Título Noveno: De la omisión del deber de socorro. Artículo 196. BOE núm. 281 de 24 de noviembre de 1995
- 10.- Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Boletín Oficial del Estado, nº 274 (15-11-2002).
- 11.- Ley 7/2002, de 12 de diciembre, de las voluntades anticipadas en el ámbito de la sanidad. Gobierno del País Vasco. BOPV, nº 248 (30-12-2002)
- 12.- Real Decreto 270/2003, de 4 de noviembre, del gobierno Vasco, por el que se crea el registro de Vasco de Voluntades Anticipadas. BOPV, nº 233 (28-11-2003)
- 13.- Real Decreto 2070/1999, de 30 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención y utilización clínica de órganos humanos y la coordinación territorial en materia de donación y trasplante de órganos y tejidos. Boletín Oficial del Estado. 2000, 4 de enero; (3): 179-90
- 14.- O'brien, J & Palmer, M: Atlas del estado de las religiones. Akal; 2000
- 15.- Catecismo de la Iglesia Católica. Prólogo (1-25)

- 16.- Catecismo de la Iglesia Católica. Primera parte: La profesión de la Fe. Segunda sección: la profesión de la fe cristiana. Capítulo tercero: Creo en el espíritu santo. Artículo 11: <<Creo en la resurrección de la carne>> (988-1019)
- 17.- Catecismo de la Iglesia Católica. Primera parte: La profesión de la Fe. Segunda sección: la profesión de la fe cristiana. Capítulo tercero: Creo en el espíritu santo. Artículo 12: <<Creo en la vida eterna>> (1020-1065)
- 18.- Catecismo de la Iglesia Católica. Tercera parte: La vida en Cristo. Segunda sección: los 10 mandamientos. Capítulo segundo: Amarás a tu prójimo como a ti mismo. Artículo 5: <<El quinto mandamiento>> (2258-2330).
- 19.- De Lange, N: El judaísmo. 1ª ed. Madrid: Cambridge University Press; 2000.
- 20.- Díaz, C: Manual de Historia de las religiones. 4ª ed. Bilbao: Desclée De Brouwer; 2001.
- 21.- Fundación HODS/HOD (Halachic Organ Donor) Society. Cuestiones religiosas: problemas religiosos. Ofrecen educación sobre cuestiones Haláicas y médicas sobre la donación de órganos. Disponible en: <http://www.hods.org/Spanish/>
- 22.- “La ONT formará a personal religioso de confesiones minoritarias en España en materia de donación y trasplante”. Gobierno de España. Moncloa, Sala de prensa. Visto el 13 de enero de 2013. Disponible en: http://www.lamoncloa.gob.es/ServiciosdePrensa/NotasPrensa/MS/2011/ntmpr040111_Convenio+Marco.htm
- 23.- Tapia-Adler, A M: Notas sobre el Judaísmo y Bioética. SciELO (Scientific Electronic Library Online).
- 24.- Adel-Th, Khoury: Los fundamentos del islam. 2º ed. Barcelona: Herder.; 2000
- 25.- El Corán. Azora XXXVII: Las Filas. Traducción de Juan Vernet. 1ª ed. Barcelona: Plaza & Janes 1993
- 26.- Scalici, E: La Muerte en las diferentes culturas.
- 27.- Gafo, J. García D. Trasplantes de órganos: problemas técnicos, éticos y legales. Madrid. Universidad Pontificia de Comillas 1996
- 28.- Ley 30/79 de 27 de octubre de 1979, conocida como Ley de Extracción y Trasplante de Órganos
- 29.- Real Decreto 2070/1999 del 30 de diciembre de Extracción y Trasplante de Órganos