

EUTANASIA Y
SUICIDIO ASISTIDO:
UN DEBATE ÉTICO

Autora: Diana Catalán Vitas

Directora: Esperanza Rayón Valpuesta

GRADO EN ENFERMERÍA

8vo SEMESTRE – CONVOCATORIA MAYO

RESUMEN

Se ha realizado una revisión bibliográfica de la principal literatura científica sobre la eutanasia y el suicidio asistido con el objetivo de analizar la situación internacional de estas prácticas y de identificar los principales argumentos a favor y en contra de las mismas.

Han sido varios los países que han despenalizado la eutanasia o el suicidio asistido en las últimas décadas, como los Países Bajos, Bélgica, Suiza, Luxemburgo o algunos estados de EE.UU. En nuestro país, se trata de un tema actual, previsiblemente replanteado a nivel legal tras las diferentes propuestas políticas de las últimas elecciones generales, y que genera un intenso debate social.

Existen numerosos argumentos a favor y en contra, no solo en el contexto social, sino en el ámbito profesional y científico. En este trabajo se trata de revisar esos argumentos desde la evidencia científica.

Finalmente, se propone una intervención que promueva una mejor información y formación sobre este tema.

PALABRAS CLAVE

Eutanasia; suicidio asistido; muerte asistida.

NÚMERO DE PALABRAS

14182

ABSTRACT

A literature review of the main scientific contributions on euthanasia and assisted suicide has been made in order to analyse the international scenery concerning these practices and identify the main arguments for and against assisted death.

Several countries have decriminalized euthanasia or assisted suicide during the last decades. Countries like the Netherlands, Belgium, Switzerland, Luxembourg or some states in the United States. It is a present-day subject in our country that generates an intense social debate. Arguably, the legal status may change after some policy proposals made during the last general elections.

There are numerous arguments for and against, not only in the social context, but also in the professional and scientific field. This document tries to make a review of those arguments from the scientific evidence.

Finally, an intervention is proposed to promote better information and formation on this matter.

KEY WORDS

Euthanasia; assisted suicide; assisted death.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. OBJETIVOS.....	2
2.1 Objetivo principal	2
2.2 Objetivos específicos.....	2
3. MATERIALES Y MÉTODOS	2
3.1 Diseño.....	2
3.2 Diagrama de flujo	5
3.3 Bibliografía incluida.....	5
4. RESULTADOS	6
4.1 Precisiones terminológicas.....	6
4.1.1 Eutanasia	6
4.1.2 Suicidio asistido	7
4.1.3 Sedación	7
4.2 Situación internacional.....	9
4.2.1 Suiza.....	9
4.2.2 Australia.....	10
4.2.3 Oregón	11
4.2.4 Holanda.....	12
4.2.5 Bélgica.....	16
4.2.6. Luxemburgo.....	18
4.2.7. EE.UU.	18
4.2.8. Colombia.....	19
4.2.9. Canadá	19
4.2.10. Alemania.....	19
4.3 Posiciones a favor y en contra	20
4.3.1 Autonomía	20
4.3.2 Competencia.....	23
4.3.3. Acción y omisión.....	25
4.3.4 Voluntades anticipadas	27
4.3.5 Paternalismo.....	29

4.3.6 Cuidados paliativos.....	29
4.3.7 Pendiente resbaladiza	30
4.3.8 Respeto a la vida.....	32
4.3.9 Dignidad.....	33
4.3.10 Medicalización	34
4.3.11 Práctica médica	34
4.3.12 Presión social	36
4.3.13 Legislar para evitar abusos	37
5. DISCUSIÓN	38
6. CONCLUSIONES.....	42
7. PROPUESTA TEÓRICA DE TRABAJO.....	43
7.1 Introducción	43
7.2 Metodología	43
7.2.1 Grupo diana	43
7.2.2 Objetivos.....	44
7.2.3 Agentes de salud	44
7.2.4 Lugar	45
7.2.5 Cronograma	45
7.2.6 Programación	46
7.3 Evaluación	48
9. BIBLIOGRAFÍA.....	49
10. ANEXOS.....	59
Anexo 1. Tabla de bibliografía.....	59
Anexo 2. Carta de solicitud al Colegio Oficial de Enfermería de Navarra.....	70
Anexo 3. Cartel anunciador del curso.....	72
Anexo 4. Cuestionario de conocimientos previos.....	73
Anexo 5. Evaluación	74

1. INTRODUCCIÓN

Desde la década de 1970 el empoderamiento de los pacientes ha ido en aumento. La autonomía del paciente ha ido cobrando cada vez más importancia y han ido apareciendo diferentes mecanismos, como la declaración de voluntades anticipadas, para salvaguardar esta autonomía. En España, la autonomía del paciente está protegida y regulada por la Ley 41/2002 Básica reguladora de la Autonomía del Paciente¹. Algunos ven el suicidio asistido y la eutanasia como un paso necesario más en esta dirección (1).

El debate sobre la licitud de estas prácticas ha sido intenso e ininterrumpido en las últimas décadas y la legislación al respecto ha cambiado en algunos países. Sí existe consenso en algunos aspectos del cuidado al final de la vida. Un ejemplo de ello es que, según una opinión médica generalizada, el llamado encarnizamiento o ensañamiento terapéutico o distanasia debe evitarse (2–4).

Las enfermeras pueden influir en la toma de decisiones al final de la vida tanto en el paciente como en el médico (5). Respecto al tratamiento, muchos pacientes confían en la habilidad de los facultativos de tomar decisiones por ellos, pero algunos confían principalmente en las enfermeras, pues los conocen mejor, y prefieren que la decisión sea conjunta. También los familiares que deben elegir por un paciente que ya no es competente prefieren tomar la decisión en conjunto con enfermeras y médicos (6). Las enfermeras tienen un papel fundamental en el cuidado de los pacientes terminales y en el manejo de las peticiones para acelerar la muerte. Pueden hacer una contribución significativa en la calidad del cuidado proveyendo asistencia y consejo profesional para los pacientes y las familias (3).

Un estudio realizado en Andalucía mostró que el 21,4% de las enfermeras que allí trabajan recibió una petición de eutanasia. Además, tres de cada cuatro enfermeras apoyarían la despenalización de la eutanasia en España (y más de la mitad el suicidio

¹ 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. BOE, nº 274, (15-11-2002)

asistido). Sin embargo, el estudio también reconoce que el conocimiento de los encuestados sobre la muerte asistida debe mejorarse. El 30% de las enfermeras ignoraban que la eutanasia y el suicidio asistido son ofensas criminales en España (3).

Este trabajo y la intervención que se va a proponer contribuirán a mejorar los conocimientos de los profesionales de enfermería sobre la muerte asistida. Se analizará el significado de los términos más importantes: eutanasia, suicidio asistido y sedación; se describirá la situación internacional y se expondrán los diferentes argumentos a favor y en contra de estas prácticas encontrados en la literatura.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo principal

Analizar la evidencia científica sobre la situación actual de la eutanasia y el suicidio asistido.

2.2 Objetivos específicos

- Profundizar en el significado de los términos “eutanasia” y “suicidio asistido”.
- Describir la situación de los países donde la eutanasia y/o el suicidio asistido están despenalizados.
- Exponer los argumentos a favor y en contra según la principal literatura científica.

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 Diseño

Para lograr los objetivos propuestos, se ha realizado una revisión bibliográfica narrativa, que busca mostrar los resultados de la búsqueda desde una perspectiva amplia.

Las fuentes de información utilizadas han sido obtenidas principalmente a través de la plataforma *Web of Science*, que permite acceder a varias bases de datos: *Science*

Citation Index Expanded, Social Sciences Citation Index, Medline, SciELO Citation Index, Journal Citation Reports.

Se han realizado tres búsquedas diferentes.

La primera búsqueda, realizada el 5 de diciembre de 2018 se hizo con el siguiente texto: *TS=(euthanasia OR "assited suicide")*, incluyendo todas las bases de datos. Sin poner límite en el tiempo, se excluyeron algunos temas no relacionados con el objeto de estudio: *Veterinary sciences, Zoology, Agriculture dairy animal science, Pharmacology pharmacy, Agronomy, Ecology, Biophisics, Food science technology, Agriculture multidisciplinary*. Se acotaron los resultados a artículos en inglés, francés y español. La búsqueda dio 5817 resultados de los cuales, una vez ordenados por "Veces citado" se revisaron los primeros 120. De entre estos 120, se analizó el texto completo de 45. Finalmente, 23 artículos se han incluido en esta revisión bibliográfica narrativa.

La segunda búsqueda, realizada el 12 de febrero de 2019, fue igual que la primera pero mostrando sólo los artículos publicados desde 2009, con el objetivo de seleccionar artículos más recientes, ya que la mayoría de los seleccionados en la búsqueda anterior datan de la década de los 90 y comienzos de la década del 2000. Los resultados fueron 3128 artículos y, tras ordenarlos por "Veces citado", se revisaron los 300 primeros. Se seleccionaron 31 y tras analizar el texto completo, se excluyeron 13. Finalmente, 18 artículos se han incluido.

Por último, la tercera búsqueda, realizada el 16 de febrero de 2019, fue igual que la primera pero seleccionando únicamente las revistas que hubieran estado clasificadas dentro del primer cuartil (Q1) de las categorías *Ethics* y *Medical Ethics* desde 1997 a 2019. Estas revistas son: *Bioethics, BMC Medical Ethics, Hastings Center Report, Journal of law medicine & ethics, Journal of Medical ethics, Medicine health care and philosophy, Nursing ethics* y *Perspectives in biology and medicine*. El objetivo de esta tercera búsqueda era obtener estudios que se centraran específicamente en analizar los argumentos expresados a favor y en contra de la muerte asistida. La búsqueda dio

450 resultados y todos fueron revisados. Se analizó el texto completo de 35 artículos. Finalmente 20 han sido incluidos en este trabajo.

Además, de entre la bibliografía de los 61 artículos incluidos, se seleccionaron 11, que fueron revisados. Finalmente, 4 han sido incluidos en la bibliografía de este documento.

El resto de las fuentes consultadas son documentos legislativos e informes emitidos por países donde la eutanasia o el suicidio asistido son legales: Holanda, Bélgica y Oregón.

Las razones por las que no han sido incluidos todos los artículos revisados y analizados son varias: el tema no era de interés para el presente proyecto, versaban sobre un tema del que ya se tenía información más actualizada o ampliada o la revista en la que estaba publicado el artículo no estaba entre las clasificadas como Q1 para ese año.

3.2 Diagrama de flujo

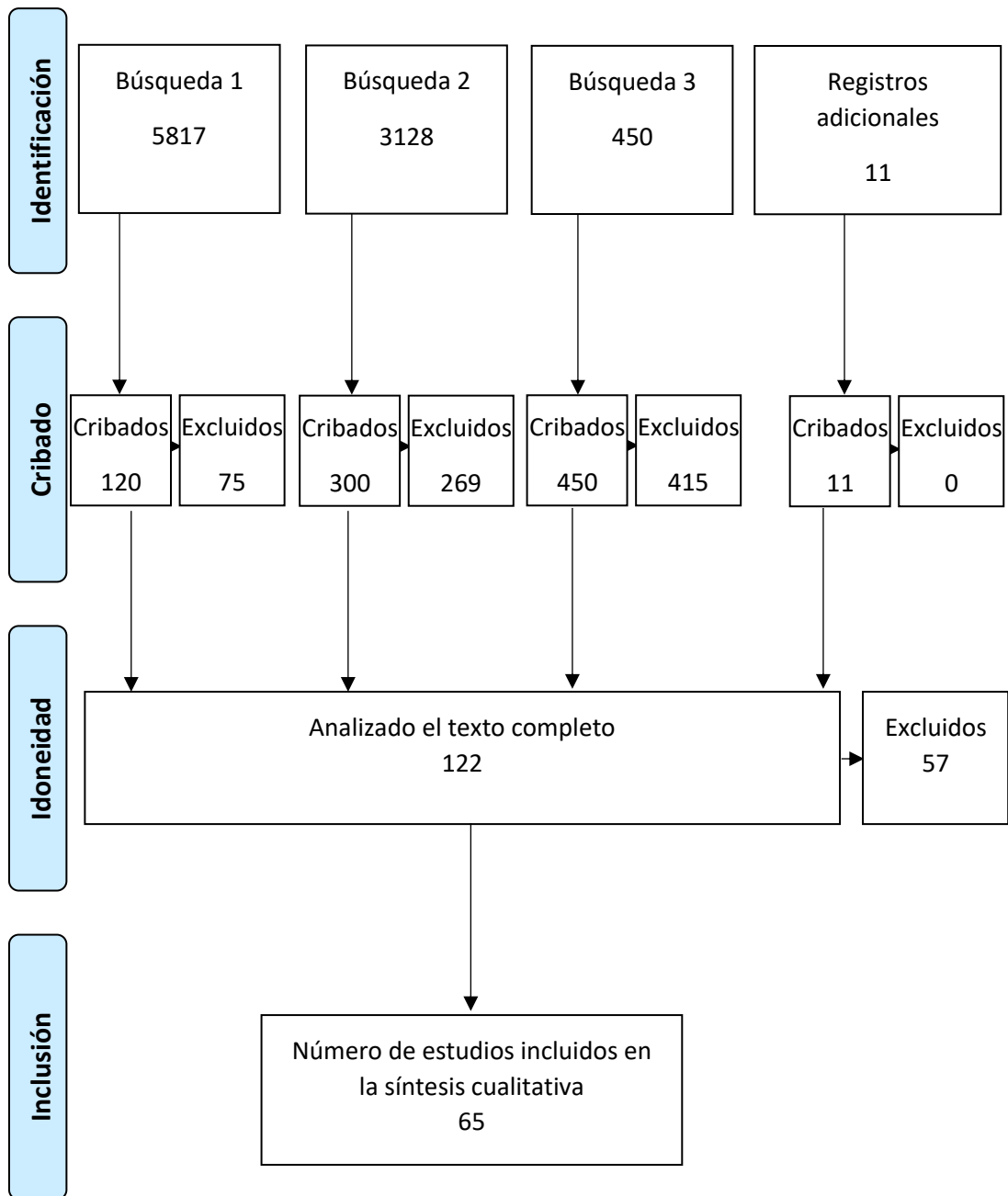


Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA modificado.

Fuente: <http://prisma-statement.org/PRISMAStatement/FlowDiagram.aspx>

3.3 Bibliografía incluida

En el Anexo 1 se incluye una tabla que recoge todos los estudios incluidos en esta revisión bibliográfica narrativa.

4. RESULTADOS

Los resultados de las búsquedas realizadas se presentan agrupados tomando en cuenta los objetivos propuestos

4.1 Precisiones terminológicas

4.1.1 Eutanasia

No es sencillo encontrar consenso sobre el concepto de “eutanasia”, puesto que en la literatura se encuentra una amplia variedad de definiciones distintas.

En Holanda¹, por ejemplo, “eutanasia” hace referencia a la administración de fármacos con la intención explícita de acabar con la vida del paciente a petición de éste (7–9). Otras definiciones son más amplias, pues no especifican el modo de terminar con la vida del paciente (“cualquier acción que intencionadamente acaba con la vida de otro, a petición de éste”) (2).

Algunos distinguen entre eutanasia activa (actuar activamente) y eutanasia pasiva. Esta última va desde la inacción deliberada cuando no se inicia un tratamiento (10), a la retirada de un tratamiento cuando ya se ha iniciado (11). Sin embargo, en los últimos años algunos autores han alegado que el término “eutanasia pasiva” debería evitarse, ya que se refiere al cese del soporte vital, algo que en muchos países se considera ético y legal cuando se realiza con el consentimiento del paciente (12).

Otros añaden la palabra “voluntaria” a la eutanasia activa o pasiva (1,10,13), ya que también consideran eutanasia a acabar con la vida del paciente sin su petición explícita. Los que así lo consideran distinguen entre eutanasia involuntaria y eutanasia no voluntaria. Se dice involuntaria cuando, siendo el paciente competente, no ha pedido explícitamente la eutanasia; eutanasia no voluntaria se refiere al paciente que no es competente y por lo tanto no puede solicitar la eutanasia. En algunos países, como Holanda y Bélgica, estos últimos casos no son clasificados como

¹ “Holanda” en el presente documento designa a toda la nación de los Países Bajos.

casos de eutanasia, sino como “*termination of life without the patient’s explicit request*” [terminación de la vida sin la petición explícita del paciente] (12).

4.1.2 Suicidio asistido

En el suicidio asistido (SA) es el paciente el que utiliza la medicación que un médico le ha prescrito, tras su petición explícita, para acabar con su vida. También es llamado suicidio médicamente asistido (SMA)(12).

4.1.3 Sedación

Otro término conflictivo es el de “sedación”. El problema radica en que no hay un solo tipo de sedación. Timothy E. Quill (14), especialista en cuidados paliativos, distingue entre sedación ordinaria, sedación paliativa proporcionada y sedación paliativa cuyo objetivo intencionado es la inconsciencia.

La sedación ordinaria es de uso común, dentro y fuera de los cuidados paliativos. El objetivo es aliviar los síntomas sin reducir el nivel de consciencia (aunque la confusión y somnolencia podrían ser efectos secundarios).

La sedación paliativa proporcionada es el incremento progresivo del uso de fármacos sedantes (normalmente benzodiazepinas) junto con otras medidas paliativas cuyo objetivo es aliviar los síntomas que no pueden ser aliviados de otro modo, usando la mínima cantidad de fármacos sedantes necesaria para alcanzar este objetivo. Suele usarse en pacientes terminales y resulta en un incremento del nivel de sedación que depende de la severidad de los síntomas (a veces se requiere llegar a la total inconsciencia) y es temporal. La duración puede ser de horas o de días. La inconsciencia total es considerada un efecto secundario y no intencionado (14). Cuando llega a esa situación, algunos llaman a este tipo de sedación “sedación profunda” (15).

Por último, en la sedación paliativa hacia la inconsciencia (“*palliative sedation to unconsciousness*”), la inconsciencia es el objetivo a lograr, más que un efecto secundario. Suele utilizarse cuando existen síntomas refractarios severos. Un uso más

controvertido de esta sedación es el que se da para tratar el sufrimiento predominantemente existencial o la necesidad de control del paciente. Esta sedación se va incrementando progresivamente hasta la total inconsciencia y se mantiene hasta la muerte. Excepto en circunstancias especiales, también se suspende la nutrición y la hidratación (14). Este tipo de sedación también es llamada “sedación profunda continua” aunque, cuando se suspende la nutrición y la hidratación, algunos autores la denominan “sedación terminal” porque tiene la intención, o al menos prevé, que se acortará la vida (5,15).

Las fronteras entre este último tipo de sedación y la eutanasia no están claramente definidas. Esto es debido a la intención con la que se practican muchas sedaciones terminales. Según algunos autores, sería más lógico llamar sedación paliativa sólo a aquellas prácticas que únicamente busquen aliviar síntomas y, por otro lado, llamar eutanasia a todas las intervenciones médicas en las que el objetivo principal, o al menos uno de ellos, sea acabar con la vida del paciente (16).

Asumiendo esto, dos acciones externamente idénticas podrían tener una valoración moral diferente dependiendo de la intención con la que se ejecuta la acción. Aquí cabría preguntarse por qué uno de los supuestos es comúnmente aceptado como ético y lícito y el otro es objeto de controversia, siendo que ambos producen el mismo resultado. Algunos especialistas en ética responden a esto apoyándose en el llamado “principio de doble efecto” (17). Esta doctrina establece que una intervención que tiene un efecto nocivo previsto puede ser moralmente permisible siempre y cuando la intervención no sea intrínsecamente mala, el efecto nocivo no sea intencionado ni sea el medio para conseguir el buen efecto, y que el efecto positivo sea mayor que el negativo (16).

Este principio, aplicado a la sedación paliativa, mantiene que no es inmoral provocar un estado de inconsciencia en el paciente como efecto indeseado al tratar los síntomas, incluso previendo que el uso de una elevada dosis de fármacos puede acortarle la vida, si uno no lo hace con la intención de conseguir la inconsciencia o el acortamiento de la vida, y si tiene una razón proporcionada para hacerlo (18). En el caso de tratar síntomas severos refractarios, el riesgo de acelerar la muerte es un

efecto secundario tolerable, si bien es cierto que algunas investigaciones sugieren que la sedación paliativa no acorta la vida cuando el paciente está cercano a la muerte (16).

Ahora bien, es muy difícil saber cuál es la intención de un médico cuando hace uso de analgésicos y sedantes en un paciente terminal. Sin embargo, algunos estudios se han servido de entrevistas y encuestas para averiguarlo (5). Este aspecto se tratará en el siguiente apartado cuando se analicen los datos de la práctica de la eutanasia en algunos países.

Habiendo revisado el significado de estos términos y para incluir varios puntos de vista, en el presente trabajo se tendrán en cuenta dos acepciones de eutanasia. Esto es especialmente relevante al exponer los datos del siguiente apartado.

En primer lugar, se trabajará con la definición holandesa, por la que sólo se considera eutanasia la comúnmente llamada “inyección letal” voluntaria (a partir de ahora “ILV”). Y en segundo lugar, se trabajará con una definición más amplia que incluya todas las acciones que tengan como intención acabar con la vida del paciente o acelerar la muerte, incluida la administración de fármacos y/o el cese de la nutrición e hidratación, excluyendo la denominada eutanasia pasiva o rechazo del tratamiento. No se incluirán en esta definición los casos voluntarios de rechazo de la nutrición e hidratación. La eutanasia involuntaria y no voluntaria se analizará como una entidad aparte.

4.2 Situación internacional

4.2.1 Suiza

En Suiza es legal el suicidio asistido, pero no la eutanasia. El SA nunca ha estado penalizado desde que entró en vigor el actual Código Penal en 1942, aunque no existe un derecho al SA. Según el artículo 114, la eutanasia está prohibida. Seguido, en el artículo 115, se lee que cualquier persona que por motivos egoístas incite o asista a otra a cometer o intentar cometer suicidio, estará sujeto a una pena privativa de

libertad que no exceda los cinco años o a una multa¹. La única condición es que la persona que ayude a ello no tenga ninguna motivación o interés egoísta (como podría ser heredar) (17).

El suicidio asistido en Suiza tiene una peculiaridad, y es que los médicos, más allá de prescribir la sustancia letal, no tienen que estar implicados obligatoriamente en el suicidio. Tampoco se especifica ninguna condición médica que se deba cumplir. Sin embargo, las organizaciones que ayudan con el suicidio, como *Dignitas* y *Exit*, tienen normas internas con las que regulan quién puede pedir asistencia en el suicidio. Por ejemplo, la organización *Exit*, fundada en 1982, no admite ciudadanos no residentes en Suiza y pone algunas condiciones como que la solicitud sea repetida y que haya sufrimiento físico o psíquico intolerable. *Dignitas*, fundada en 1998 y que asiste también a extranjeros, requiere que el paciente sufra una grave enfermedad o discapacidad. Todos los casos de SA deben ser notificados (12,17,19).

4.2.2 Australia

El primer lugar del mundo en legalizar la eutanasia mediante una ley fue el Territorio del Norte de Australia, aunque solo fue durante nueve meses. La Ley de Derechos del Enfermo Terminal, publicada en 1995, entró en vigor el 1 de julio de 1996. Sin embargo, fue derogada el 25 de marzo de 1997 por el Parlamento de Australia gracias a una Ley que a su vez regulaba el poder de los diferentes territorios de Australia para aprobar leyes de eutanasia. Durante este tiempo, siete personas quisieron acogerse a esta Ley y finalmente cuatro de ellos murieron mediante eutanasia (12,20).

La Ley establecía que un paciente terminal que experimentara dolor y sufrimiento considerados inaceptables, podría solicitar asistencia a un médico para acabar con su vida. El médico debía estar razonablemente convencido del estado terminal del paciente. Otro requisito era que no hubiera tratamiento médico aceptable para el paciente que pudiera sanarle y que todo el tratamiento posible fuera paliativo.

¹ Gobierno de Suiza. Código Penal Suizo. Dic 21, 1937.

El médico debía asegurarse de que el paciente era competente mentalmente y su decisión era libre, voluntaria y bien considerada. Un segundo médico especializado en un ámbito relacionado con la enfermedad del paciente debía confirmar la existencia de una enfermedad terminal y dar una opinión de pronóstico. Si el primero de los médicos no tenía suficiente experiencia en cuidados paliativos, un tercer facultativo debía intervenir para dar información al paciente sobre la disponibilidad de cuidados paliativos. También se requería el examen de un psiquiatra para confirmar que el paciente no sufriera una depresión clínica tratable. Por último, en total tenían que pasar un periodo de nueve días desde la petición inicial y la eutanasia (20).

4.2.3 Oregón

La Medida 51 por la cual se quería legalizar el SA fue sometida a referéndum popular en 1994 en el Estado de Oregón. Con el 51% de los votos a favor y el 49% en contra, el proyecto de legalización siguió adelante. Tras varias apelaciones y disputas legales, la ley de regulación del SA (*Oregon Death with Dignity Act*) fue promulgada el 27 de octubre de 1997. En noviembre, la Medida 51 fue sometida a un nuevo referéndum y los ciudadanos de Oregón decidieron mantener la ley (60% a favor; 40% en contra)(10,21).

Los requisitos que la Ley¹ establece para poder obtener una prescripción de la medicación letal son: ser mayor de 18 años capaz, residente en Oregón, padecer una enfermedad terminal que previsiblemente le conducirá a la muerte en seis meses o menos, y expresar voluntariamente el deseo de morir. El paciente debe hacer dos peticiones orales separadas al menos 15 días entre ellas. También es necesario hacer una solicitud escrita y firmarla en presencia de dos testigos (uno de ellos no puede ser familiar, ni heredero ni empleado del centro sanitario en el que el paciente está siendo tratado) que deben dar fe de que el paciente es capaz, actúa voluntariamente y no bajo coerción.

¹ Estado de Oregón. The Oregon Death with Dignity Act: Oregon Revised Statutes. 1994.

Por otro lado, el médico que prescriba debe consultar a otro facultativo y ambos deben confirmar el diagnóstico y el pronóstico de la enfermedad, así como determinar si el paciente es capaz. Es deber del médico principal informar al paciente de las posibles alternativas al SA y recomendar informar a sus allegados de su decisión. Si uno de los dos médicos cree que el paciente sufre un desorden psiquiátrico o psicológico, debe referirlo a un psiquiatra y, hasta que éste determine que estos desórdenes no le provocan alteraciones en el juicio, no se puede hacer la prescripción.

Todos los casos deben ser notificados al Departamento de Salud de Oregón. En el periodo 1998-2018, un total de 1458 han muerto mediante SA. En la *Figura 2* quedan recogidos los datos de la práctica del suicidio asistido en Oregón hasta el 2018 (22–24).

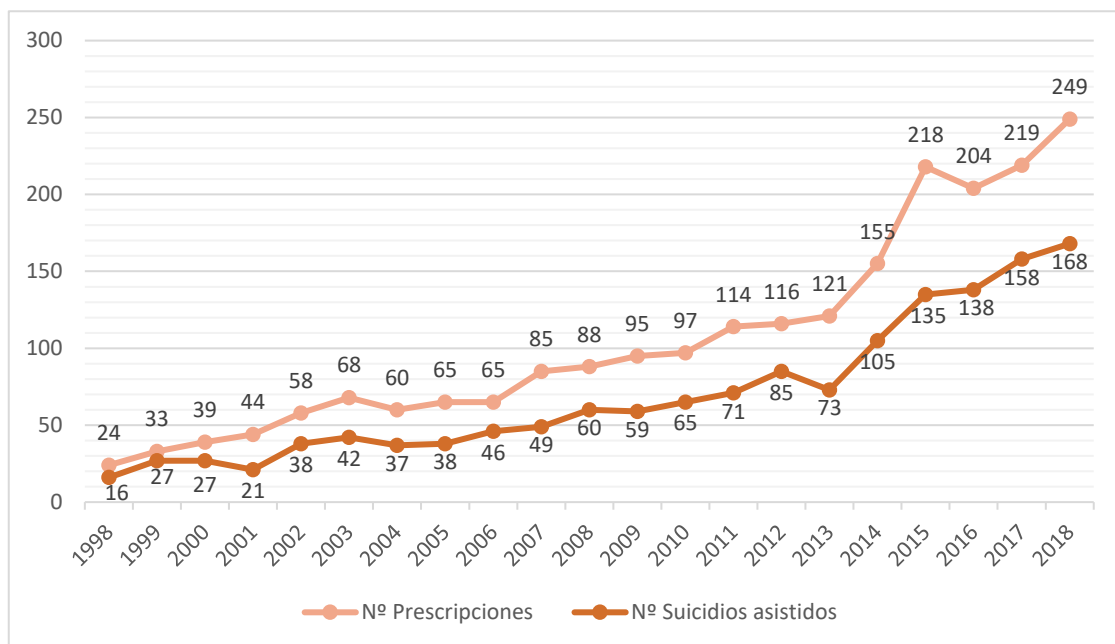


Figura 2. Número de prescripciones de medicación letal y número de suicidios asistidos en Oregón, 1998-2018. Fuente: datos obtenidos de los informes anuales 2016-2018 publicados por la Oregon Public Health Division. Adaptada.

4.2.4 Holanda

El debate sobre la eutanasia en Holanda se intensificó a partir de 1973, a raíz del juicio a un médico que practicó la eutanasia bajo petición del paciente. El facultativo fue

declarado culpable de infringir la ley, pero sólo recibió un castigo más o menos simbólico. Esta decisión provocó una amplia discusión legal (17). A pesar de que la eutanasia estuviera considerada como un acto criminal por el Código Penal neerlandés, era una práctica abiertamente aceptada entre muchos médicos. Muestra de ello es la publicación de varios informes de casos de eutanasia en importantes revistas médicas holandesas en 1983. Por aquel entonces, las estimaciones del número de casos variaban entre 2000 y 20000 casos al año (2).

La justificación legal de la eutanasia llegó en 1984 cuando un caso de eutanasia alcanzó el Tribunal Supremo Holandés, el denominado caso Schoonheim. El Tribunal dictaminó que aquellos médicos que cumplieran ciertos criterios de cuidado podrían alegar fuerza mayor (Código Penal Holandés, sección 40)¹, basándose en un conflicto de deberes: el deber de proteger la vida del paciente y el deber de acortar el sufrimiento (25).

El conflicto de deberes se da cuando acceder al deseo del paciente de morir con dignidad es la única manera posible de poner fin a un sufrimiento insoportable e irremediable (17). Este y otros juicios fueron sentando una jurisprudencia que reflejaba lenidad respecto a la eutanasia que, estrictamente hablando, seguía siendo ilegal. Al menos tres criterios se habían ido repitiendo en las decisiones judiciales: voluntariedad y persistencia en la solicitud del paciente, que éste sufriera una situación desesperada y consultar a otro médico (2).

En 1989, el gobierno anunció su intención de suspender el debate político sobre la legislación de la eutanasia hasta obtener datos empíricos de la frecuencia y la naturaleza de la muerte asistida en la práctica clínica. Para ello fue creada una comisión dirigida por el fiscal general del Tribunal Supremo, Jan Remmelink.

A finales de 1991 fueron publicados dos estudios empíricos de ámbito nacional. El más influyente fue el conocido como “informe Remmelink”². El estudio consistía en

¹ Países Bajos. Código Penal. La Haya, Países Bajos; mar 3, 1881.

² No se ha podido analizar el informe Remmelink, sólo disponible en neerlandés, pero sí el artículo de The Lancet (26) que es un resumen del informe.

investigar la incidencia de tres tipos de decisión médica que podrían acelerar la muerte de un paciente: rechazo del tratamiento, alivio de síntomas con altas dosis de opioides y eutanasia o decisiones relacionadas (2,26). Se compuso de tres partes: (I) entrevista con facultativos, (II) análisis de una muestra estratificada de certificados de defunción y (III) examen de cuestionarios completados por los médicos entrevistados en la primera parte del estudio. El ministro de Justicia garantizó inmunidad legal con respecto a la información recogida en los estudios I y III (26).

Las investigaciones mostraron que aproximadamente el 1,8% [2318] del total de fallecimientos habían sido por ILV, el 0,3% [386] por SA y en un 0,8% [1030] fueron administrados fármacos con la intención explícita de acortar la vida del paciente, aunque este último dato no queda muy claro en el informe y podrían ser más, hasta un 6,3% [8113]. Además, un 0,8% [1030] fueron eutanasias involuntarias o no voluntarias, aunque los investigadores aseguran que en más de la mitad de estos casos, la decisión había sido discutida con anterioridad (pero no se había dado una petición explícita y persistente). Hubo polémica respecto a estos datos y otros ofrecidos por el informe Remmelink y algunos acusaron al comité de investigación de ser imparcial y favorable a la eutanasia (2,26).

En cuanto a la notificación de los casos de eutanasia, hasta 1990 existía la costumbre entre la mayoría de los médicos de notificar las eutanasias como muertes naturales, por lo que pasaban desapercibidas a no ser que algún familiar o personal del hospital informara a las autoridades. Por ello, en noviembre de 1990 fue emitido un nuevo reglamento de notificación por el que se estableció que el médico debía notificar el caso a un juez instructor, que a su vez informaría al fiscal y este decidiría si enjuiciar (2). En 1990, la tasa de notificación de la muerte asistida era sólo el 18% (9)

En 1995, un estudio similar volvió a realizarse analizando certificados de defunción (7) y se evaluó el procedimiento de notificación (27). La tasa de notificación subió hasta el 41%. El nuevo estudio mostró que la ILV era practicada en el 2,4% [3253] de las muertes y el SA se mantuvo en el 0,3% [406]. En un 2,53% [3429] fueron administrados fármacos con la intención de acortar la vida. Además, hubo un 0,7% [948] de casos de eutanasia involuntaria o no voluntaria (7).

En 1998 se volvió a modificar el procedimiento de notificación. A partir de entonces, antes de llegar un caso a fiscalía, debía pasar por un comité multidisciplinar compuesto por médicos y especialistas en ética y legislación. El procedimiento fue evaluado junto con un nuevo estudio nacional realizado en 2001 de las mismas características que los anteriores. Este nuevo estudio muestra resultados no muy diferentes al anterior, siendo la ILV un 2,4% [3369] de las muertes, el SA un 0,15% [210] y la eutanasia voluntaria o no voluntaria, un 0,65% [912]. El estudio no especifica cuántos de los médicos que utilizaron altas dosis de fármacos analgésicos que podrían acortar la vida lo hicieron con la intención de acelerar la muerte (28). La tasa de notificación subió a un 54% en 2001 (17).

Finalmente, tras tres décadas de debate ético y legal, la Ley de Eutanasia entró en vigor en abril de 2002 y se modificó el Código Penal. A partir de entonces se fueron publicando anualmente informes que recogen las notificaciones de eutanasia (ILV) y SA, pero no cesaron de hacerse estudios nacionales como los que venían realizándose desde 1990 aproximadamente cada cinco años. La Ley de Eutanasia también supuso un cambio en el proceso de notificación: los casos sólo se remiten a fiscalía si la Comisión Regional de Verificación de la Eutanasia considera que no se han cumplido los criterios exigidos por la Ley.

Los requisitos que la legislación establece para considerar la eutanasia o el suicidio asistido legal son: que la petición sea voluntaria y bien considerada (no necesariamente escrita), que le paciente padezca un sufrimiento insoportable y sin perspectiva de mejora; el paciente debe estar bien informado sobre su enfermedad y pronóstico y alternativas disponibles, especialmente de cuidados paliativos; el médico debe consultar a otro facultativo independiente, quien también tiene que comprobar que se cumplan el resto de criterios (9,17,29).

En la *Figura 3* se muestra la evolución de la práctica de la muerte asistida en Holanda. Los datos proceden de los informes publicados anualmente por las Comisiones Regionales de Verificación de la Eutanasia (25,29–44) y de los estudios nacionales que cada aproximadamente cinco años se siguen realizando (8,9,28,45). La tasa de notificación subió del 54% en 2001 a aproximadamente el 80% en 2005, y así se ha

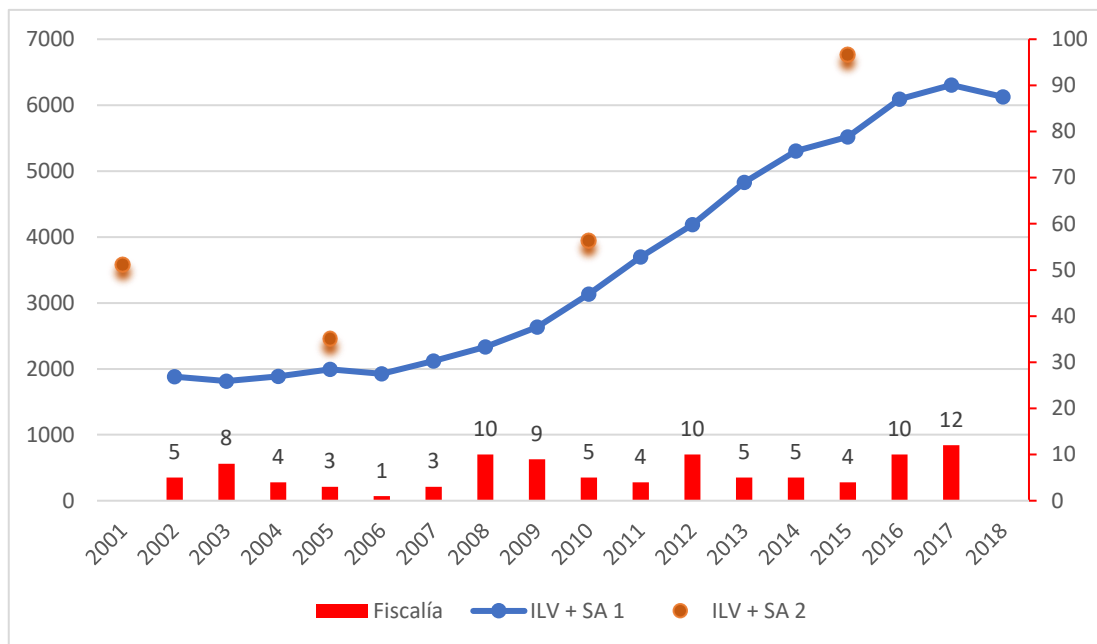


Figura 3. Número de ILV y SA según los informes anuales (ILV + SA 1) y según los estudios nacionales realizados cada 5 años (ILV + SA 2). "Fiscalía" muestra el número de casos que fueron denunciados por no cumplir los criterios necesarios. Fuente: elaboración propia a partir de los informes anuales y los estudios nacionales.

mantenido hasta hoy. El gráfico muestra una clara tendencia ascendente a partir de 2005. El número de casos que las Comisiones denunciaron como ilegales se ha mantenido relativamente bajo a lo largo de los años, siendo 12 el máximo número de casos que se denunciaron en un año (2017) y 98 el total. La fiscalía sólo ha seguido adelante con una denuncia proveniente de las Comisiones (46), aunque la Inspección de Sanidad empezó algún procedimiento legal en unas pocas situaciones (45).

4.2.5 Bélgica

En 1998 se realizó en la región de Flandes un estudio similar a los que se habían hecho en Holanda, analizando certificados de defunción para averiguar la incidencia de la muerte asistida en el contexto médico. A pesar de que la eutanasia era ilegal, los enjuiciamientos eran algo excepcional. Hasta la realización de esta investigación no se conocía el verdadero número de muertes por eutanasia, SA u otras decisiones al final de la vida. El estudio mostró que el 1,1% [640] de los fallecimientos fue por ILV, el 0,1% [65] por SA y el 3,2% [1796] por eutanasia involuntaria o no voluntaria. Además, la vida de un 5,3% [2966] fue acortada intencionadamente por medio de

opioides. Es decir, según la primera definición de eutanasia, se produjeron 640 casos; según la definición más amplia, 3606 (47).

La Ley de Eutanasia que se aprobó en Bélgica en 2002 tenía como objetivo principal modificar la conducta de los médicos para que se redujera la gran cantidad de eutanasias involuntarias o no voluntarias. A diferencia de la Ley holandesa, la Ley belga no regula el suicidio asistido. Sin embargo, el Código Penal belga tampoco lo condena. Este vacío legal fue clarificado por la Comisión Federal de Control y Evaluación de la Eutanasia (CFCEE) que aceptó que casos de suicidio asistido pudieran ser amparados por la Ley.

Los requisitos que la Ley fija para practicar una eutanasia son similares a los de la Ley holandesa, excepto que debe hacerse una petición por escrito y que el médico no tiene por qué ser el habitual del paciente. Además, si se prevé que el paciente no morirá en poco tiempo, debe consultarse a un tercer facultativo (17).

Bélgica también reconoce la validez de una declaración de voluntades anticipadas para la práctica de la eutanasia, pero sólo para aquellos pacientes que se encuentran en un estado de “coma irreversible” (48).

Un estudio realizado en 2007 reveló que en ese año se estimaba que tan solo la mitad de los casos de eutanasia eran notificados a la CFCEE (en Flandes). Entre las razones que alegaron los médicos que no notificaron la eutanasia estaban: no consideraban sus actos como eutanasia (76,7%), no notificaban para evitarse demasiada carga administrativa (17,9%), posiblemente no se hubieran cumplido los requisitos legales (11,9%), y que la eutanasia es un asunto privado entre el paciente y su médico (9%). En la mayoría de casos no notificados no existía una solicitud por escrito del paciente (49).

En la *Figura 4* está reflejado el número de muertes por ILV en Bélgica desde que entró en vigor la Ley de Eutanasia hasta el año 2017 (en el año 2003 se incluyen también las practicadas desde el 22 de septiembre de 2002, cuando entró en vigor la Ley),

según los informes emitidos por la Comisión Federal de Control y Evaluación de la Eutanasia bienalmente (50–57).

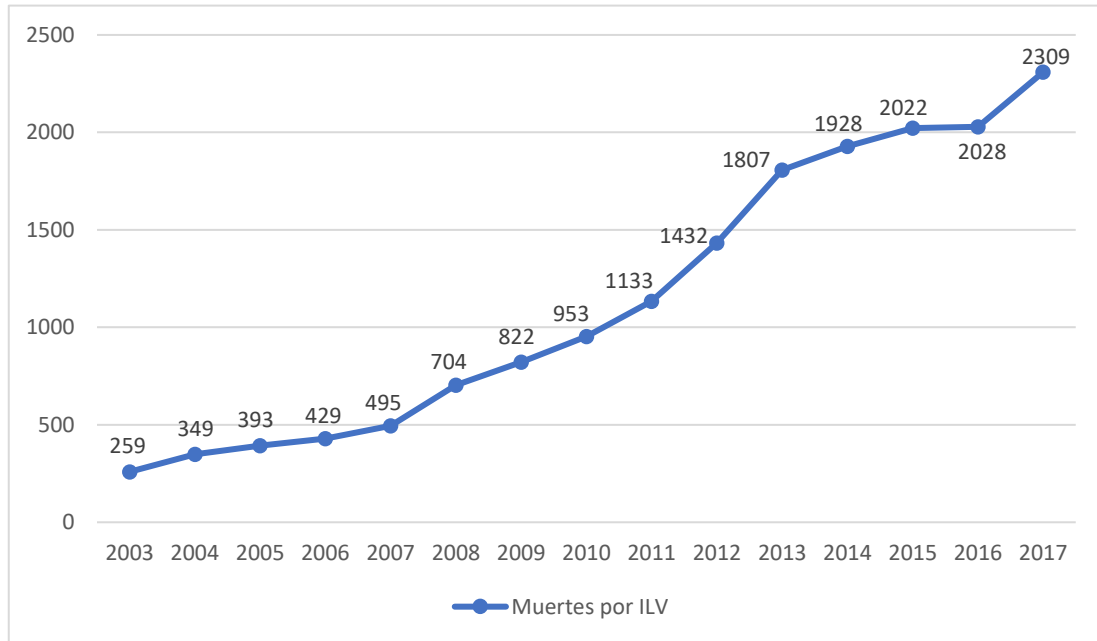


Figura 4. Muertes por ILV en Bélgica (2003-2017). Fuente: elaboración propia a partir de los informes de la Comisión Federal de Control y Evaluación de la Eutanasia.

4.2.6. Luxemburgo

En marzo de 2009 Luxemburgo despenalizó la eutanasia y el SA. Al igual que en Holanda y en Bélgica, la muerte asistida está ligada a la práctica médica. Para solicitar la muerte asistida se piden unas condiciones similares a las establecidas en Holanda. El paciente no tiene por qué estar en la fase terminal de su enfermedad (17).

4.2.7. EE.UU.

En Washington fue rechazada la legalización de la muerte asistida mediante un referéndum en 1991 (58). Diecisiete años más tarde, Washington siguió los pasos de Oregón y en noviembre de 2008 la Ley de Muerte Digna (*Death with Dignity Act*) fue aprobada y entró en vigor en marzo de 2009. Los requisitos exigidos por la Ley son similares a los de Oregón, incluida la condición terminal del paciente (17,19).

En 2009, la Corte Suprema del Estado de Montana se pronunció sobre el suicidio asistido, estableciendo que no era ilegal. No se especifican las condiciones en las que se considera legal (17).

El Estado de Vermont aprobó el suicidio asistido mediante una Ley (*Act Relating to Patient Choice and Control at the End of Life*) en 2013 en las mismas condiciones que Oregón y Washington (12).

Al igual que en Washington, en California la legalización de la muerte asistida fue rechazada mediante un referéndum en 1992. Veintidós años más tarde, en 2015, fue aprobada la Ley (*End of Life Option Act*) por la que se despenalizaba el SA en condiciones similares a las que establece la Ley de Oregón (12,58).

4.2.8. Colombia

En 1997, la Corte Suprema de Colombia estableció que los médicos no podrán ser procesados por actos de eutanasia si el paciente está en situación terminal y ha dado su consentimiento. En 2015 el Ministerio de Sanidad publicó unas pautas a seguir y, ese mismo año tuvo lugar el primer caso de eutanasia legal en el país. La jurisdicción de Colombia es la única que exige que los casos de eutanasia sean aprobados por un comité independiente antes de su ejecución (12).

4.2.9. Canadá

En 2014, la región de Quebec legalizó la eutanasia y el Tribunal Supremo de Canadá ordenó al resto de provincias la elaboración de leyes de despenalización de la eutanasia, dando de plazo hasta febrero de 2016, plazo que fue extendido más tarde hasta junio. En esa fecha, el Parlamento de Canadá aprobó tanto la eutanasia como el SA. Las condiciones son similares a las de Bélgica y Holanda (12).

4.2.10. Alemania

El estatus de la muerte asistida en Alemania es poco claro. Las leyes alemanas no penalizan el suicidio o la ayuda al suicidio, pero en noviembre de 2015, Alemania

prohibió la ayuda al suicidio como negocio (como está disponible en Suiza). Además, el código de conducta de la Asociación Médica Alemana prohíbe explícitamente la muerte asistida (12).

4.3 Posiciones a favor y en contra

En esta sección se expondrán los argumentos a favor y en contra de la eutanasia y suicidio asistido. Está dividida en diferentes apartados, pero no todos los argumentos utilizados en el debate tienen una clara línea de separación entre ellos, sino que muchos se entremezclan.

4.3.1 Autonomía

La autonomía es un concepto central en bioética, pero puede ser entendido de varias maneras. En un extremo se encuentra la noción de que una persona es autónoma siempre que pueda hacer lo que quiere: el capricho, los deseos pasajeros y las decisiones poco sopesadas; todo es protegido por esta concepción de autonomía que solo busca preservar la capacidad del individuo de hacer su voluntad frente a las interferencias externas. En el otro extremo del espectro se encuentra la noción de autonomía que solo protege la elección del individuo si ésta es el resultado de un proceso de razonamiento muy específico. Por ende, la autonomía puede convertirse en un ideal inalcanzable (17).

Lo común es considerar que una persona es autónoma cuando es cognitivamente competente, libre de coerción y toma una decisión estando suficientemente informada. Sin embargo, esta afirmación no resuelve todas las dudas. ¿Cuándo es una persona competente? ¿Cuánta información es suficiente? ¿Un intento enérgico de convencimiento cuanta como coerción? (17,59).

El más frecuente argumento esgrimido a favor de la muerte asistida es precisamente el que apela a la autonomía del paciente.

Las personas que más valor dan a la autonomía muestran una actitud más favorable hacia la eutanasia. Muchos pacientes quieren recuperar la autonomía perdida en el

proceso de su enfermedad o por el envejecimiento, manteniendo el control sobre el momento de su muerte. Quieren tener el derecho a elegir cuándo dejar de sufrir o de ser una carga para su familia (60). Aquí, el concepto de autonomía está muy relacionado con dos nociones de libertad: libertad negativa, es decir, la libertad entendida como ausencia de obstáculos externos; y libertad positiva, que es una noción más amplia y hace referencia a la presencia de autogobierno (61).

¿Existen argumentos convincentes que justifiquen colocar barreras legales en el camino de los individuos que quieran acabar con su sufrimiento terminando con sus vidas, asumiendo que esta decisión ha sido tomada después de una cuidadosa deliberación y libre de presiones? ¿Tenemos el derecho de decidir qué es mejor para otras personas cuando éstas son capaces de tomar sus propias decisiones? (62).

Estos razonamientos han sido contraargumentados por algunos autores de la manera que se describe a continuación.

La autonomía, siendo un valor primario, debe ser promovida y protegida. Por lo tanto, la eutanasia y el SA no deberían ser permitidos, ya que destruyen la autonomía del paciente. Es deber del personal sanitario mejorar o restaurar la autonomía del paciente, pero no estarían obligados a actuar si sus acciones llevan a una pérdida de autonomía. Este argumento también es utilizado en contra de la sedación terminal (sedación hacia la inconsciencia) pues, como la muerte, priva al paciente de toda futura libertad. Así pues, apelar a la autonomía del paciente para aprobar la muerte asistida, es contradictorio (61).

Es común reforzar este argumento con una analogía: ¿el derecho a la libertad conlleva el derecho de abandonar la propia libertad y convertirse en esclavo? Algunos autores defienden que la libertad del individuo debe ser protegida también frente a sus propias decisiones (61,63).

Esto muestra dos posiciones: una que expresa que el valor reside en la capacidad de autonomía y otra que expone que el valor reside en el ejercicio de la autonomía.

Si la autonomía es un valor primario, es razonable pensar que también es importante ejercer esa capacidad. Hay que decidir, por lo tanto, entre respetar una decisión autónoma y proteger la capacidad de autonomía futura. Elegir la segunda opción, dicen unos, sería lo más adecuado cuando los que piden morir son personas que tienen una larga y saludable vida por delante, pero no para los que se encuentran en situación terminal.

Hay quien se opone también al argumento de la autonomía basándose en la ética kantiana que afirma que sólo hay que actuar de una determinada manera si este modo de actuar puede convertirse en ley universal: el suicidio no puede universalizarse y, por lo tanto, está mal. Otros contestan a esto diciendo que el suicidio en las condiciones extremas de un paciente terminal sí puede universalizarse (61). Además, Kant rechazaba el suicidio porque consideraba que era una forma de tomar el camino fácil y lo razonable sería enfrentar los problemas. En este sentido, Kant pensaba que cometer suicidio iba contra la razón natural (17).

Por otro lado, dice J. van Delden (64), que la muerte médicamente asistida no puede estar basada exclusivamente en el respeto a la autonomía del paciente, pues el médico no está al servicio de ésta, sino que tiene sus propias obligaciones, que van encaminadas a procurar el bienestar de sus pacientes. El médico es también un agente moral independiente, no meramente un proveedor de servicios.

Precisamente porque la eutanasia requiere el consentimiento de otros (directo de los médicos, indirecto de la sociedad), no puede ser visto como un acto que solamente expresa la autonomía individual (1).

J. Safranek (63) toma otra línea de contraargumentación: el mero hecho de que un acto sea autónomo no determina el carácter moral de la acción. Porque, si un individuo que considera que su vida no tiene valor puede recibir la eutanasia cuando la solicita autónomamente, entonces también debería poder tomar cualquier otra decisión, como por ejemplo, vender sus órganos.

Recae sobre los que se apoyan en el principio de autonomía la responsabilidad de formular un método para distinguir aquellos actos autónomos que son permisibles y los que no. Algunos de ellos invocan el principio del daño: si no dañas a nadie, está permitido (y así se justifica la muerte asistida). Sin embargo, lo que constituye el daño depende de la teoría del bien de cada uno. Sin una conexión a una teoría moral, el principio del daño carece de significado específico y no lleva a ninguna conclusión legal. Pero, al imponer una teoría moral específica por encima de otras, socavas la autonomía de los demás, de aquellos que sostienen una teoría moral distinta. Por lo tanto, apelar al principio de autonomía para justificar ciertos actos, constituye una auto refutación (63).

4.3.2 Competencia

Otra forma de oposición al argumento de la autonomía consiste en negar que realmente exista tal autonomía. Esta tesis sostiene que, debido a deficiencias en el proceso de toma de decisiones, a veces actuamos de manera contraria a nuestros verdaderos y profundos deseos. En esos casos, una intervención coercitiva puede ayudarnos a actuar como realmente queremos. El suicidio o el intento de suicidio a menudo es un acto de desesperación muchas veces debido a un desorden mental (62).

El proceso de muerte frecuentemente tiene varias fases y durante este camino los enfermos terminales experimentan fuertes emociones: negación, enfado, depresión, desesperanza y finalmente, con tiempo y acompañamiento, aceptación. La desesperanza es normalmente transitoria y no dura más de unos pocos días, normalmente desencadenada por cambios en la trayectoria de la enfermedad (65,66).

Por ello es también frecuente que muchos de los pacientes que solicitan la muerte asistida cambien de opinión con el paso del tiempo. El deseo de vivir en estos pacientes es altamente fluctuante (29,37,67–69). Este cambio de opinión no sólo se da al final de la vida, como en pacientes con esclerosis lateral amiotrófica, sino que también se da en situaciones no terminales, como casos de cuadriplejía. Una vez que

los pacientes se adaptan a este estado, normalmente califican su calidad de vida como satisfactoria y están alegres de seguir con vida (70).

Afirman Chochinov et al. (69) que este cambio de opinión no es sorprendente a la vista de que sólo el 10-14% de los individuos que sobreviven a un suicidio lo vuelven a intentar en un intervalo de diez años, lo que sugiere que el deseo de morir es inherentemente cambiante.

El acto de la eutanasia es irrevocable, pero está basado en la suposición de que el paciente implicado nunca habría tenido dudas respecto a su elección y habría retirado su petición. El deseo de muerte, incluso entre los pacientes terminales, puede ser indicativo de una enfermedad psiquiátrica potencialmente tratable (71). Emanuel et al. (72) exponen que más de un tercio de los pacientes terminales podría sufrir depresión y más de la mitad con un estado de cáncer avanzado sienten tristeza, ansiedad e irritabilidad.

Chochinov et al. (71) expresan que, aunque sufrir depresión no implica necesariamente que el deseo de muerte sea irracional, el proceso de razonamiento está influenciado por una disposición mental negativa que podría afectar su capacidad de tomar decisiones bien consideradas sobre la vida o la muerte. Los pacientes que sufren depresión mayor tienen cuatro veces más posibilidades de desarrollar un fuerte deseo de acelerar la muerte (73).

Holanda permite la eutanasia en personas con una enfermedad mental o con sufrimiento únicamente de carácter psíquico (38,74). Deben también cumplirse el resto de requisitos como, por ejemplo, que sea una condición incurable. Hay quien ha defendido la eutanasia para pacientes que padezcan depresión resistente al tratamiento (75). Esto también puede generar ciertas dudas: ¿cuántos tratamientos es necesario probar para que un psiquiatra concluya que la depresión es intratable? (76).

En 2017, en Holanda 83 personas recibieron la eutanasia tras solicitarla por sufrimiento psíquico. Ese mismo año, varios psiquiatras cuestionaron la aplicación de la eutanasia a pacientes psiquiátricos (35).

Sin embargo, expone Lee (62), a veces el suicidio también podría ser realmente una decisión libre tomada por individuos en pleno uso de sus facultades mentales. Pero ¿cómo asegurar que una persona es competente? Según Sullivan et al. (76), la competencia es un constructo social más que científico. Cuando un médico tiene que evaluar la competencia de un paciente, a menudo el preguntarse qué haría una persona competente en esa situación, significa preguntarse qué haría él mismo. Por ende, el resultado de la evaluación dependerá en gran medida de las preferencias personales del médico.

4.3.3. Acción y omisión

Relacionado con el argumento que apela a la autonomía, la tesis que apela a la igualdad moral de la acción y la omisión pretende defender que, si se reconoce el derecho del paciente a rechazar un tratamiento (omisión), también debería reconocerse su derecho a recibir una ILV (acción). Esto es porque omitir algo intencionadamente para obtener un resultado, no parece moralmente diferente de actuar intencionadamente para obtener el mismo resultado (17,77). Es típico pensar que, al matar a alguien, uno es el causante directo de la muerte pero, al dejarlo morir, uno simplemente permite que un proceso fisiológico siga su curso natural. Pero ¿retirar tratamientos y máquinas de soporte vital sólo cuenta como un acto de omisión? (78).

Hopkins (79) y Lowe (78) creen que, por ejemplo, cuando se retira un respirador, lo que se está retirando es una parte del sistema respiratorio del paciente enfermo. Esa máquina respira por el paciente, es un componente funcional básico de su sistema respiratorio, igual que los pulmones lo son del sistema de una persona sana. La única diferencia es el material del que están compuestos y que un sistema está hecho por el hombre y el otro no. No hay una diferencia ontológica que justifique que retirar uno es moralmente aceptable y retirar otro no lo es. Que los pulmones estén hechos

de tejido humano no los hace de mejor calidad que un respirador, pues la calidad se mide por su eficacia.

Sólo si uno asume que hay una diferencia moral metafísica, esencial e intrínseca entre las máquinas y los órganos del cuerpo uno podría decir que retirar una máquina sólo es una omisión, un acto pasivo. Por lo tanto, retirar el respirador sería como quitarle los pulmones a una persona sana privándole de la habilidad de realizar el intercambio gaseoso y, por ende, matándola. Así pues, si esto está permitido y es moralmente aceptable, nada impide que se les conceda lo mismo a aquellas personas cuya vida no se sostiene por un sistema artificial, sino por su propio cuerpo natural (78,79).

Igualmente, Miller et al. (13), defienden que la diferencia entre acción y omisión en las decisiones tomadas al final de la vida, es una ficción moral. Ilustran su argumento con un ejemplo: John y Sam, cuadripléjicos tras un accidente. Ambos quieren morir para acabar con un sufrimiento que consideran intolerable. John se mantiene en vida gracias a un respirador, pero Sam ha recuperado su capacidad de respirar. John podría vivir durante más de una década con ventilación mecánica. Por lo tanto, lo que explica su muerte si le es retirado el respirador no es la lesión medular, sino el hecho de apagar el respirador. De hecho, desconectar el ventilador sin su consentimiento sería considerado homicidio. La retirada del respirador es parte de la explicación causal de su muerte y, por lo tanto, con esta acción no sólo se le está dejando morir, sino que se está causando su muerte.

En este ejemplo, John es el único que tiene derecho a morir y es que, aunque la eutanasia y el suicidio asistido fueran vistos como opciones legítimas, como en Holanda, no es lo mismo el derecho a rechazar un tratamiento que el derecho a recibir cualquier tratamiento que el paciente solicite. El médico podría rechazar esta última petición. Administrar una inyección letal se sigue percibiendo de una manera diferente a desconectar un respirador, aunque no haya ninguna diferencia en la intención, causa de la muerte o responsabilidad moral (13).

McGee (80) responde a este tipo de argumentos. John está siendo mantenido con vida no sólo por el respirador, sino también por su propio cuerpo. Sam vive sólo

gracias a su cuerpo. Depender de una máquina significa que la vida se está alargando artificialmente, mientras que depender del propio cuerpo solamente significa que uno sigue vivo. Normalmente no pensamos en el cuerpo como una máquina que nos mantiene con vida, sino como una forma de vida en sí mismo. Por lo tanto, no es lo mismo un órgano del propio cuerpo que un objeto tecnológico que nos mantiene con vida cuando el órgano falla.

Por otro lado, McLachlan (81) afirma que aunque no hubiera diferencia moral alguna, podría haber buenas razones para que hubiera diferencias legales. Uno puede justificar distinciones legales aun sin apoyarse en una base moral. Por ejemplo, aunque no haya diferencia moral entre el homicidio y el intento de homicidio, es apropiado hacer una distinción legal.

Otra posible objeción a esta igualdad moral es la que afirma que dejar a un paciente morir es respetar un derecho negativo (de no interferencia), mientras que el derecho a la muerte asistida es un derecho positivo (a recibir una medicación letal). Y los derechos positivos pueden limitarse porque implican otros recursos o personas (10).

4.3.4 Voluntades anticipadas

Algunos argumentos se basan en una crítica a las actuales leyes de eutanasia. Por ejemplo, la validez de la declaración de voluntades anticipadas para recibir la eutanasia cuando ya no se es competente, es muy criticada. En Holanda, por ejemplo, se acepta la validez de estas declaraciones pero, al mismo tiempo, se exige que se cumplan el resto de criterios. J. van Delden, quien dedica un artículo completo a este tema (64), dice que esto es muy difícil de cumplir.

La primera condición es que la petición sea voluntaria y bien considerada. Es muy difícil para el médico saber si la decisión fue bien considerada cuando se firmó el testamento vital, quizá años atrás. Y, ¿la condición de ser una petición repetida y mantenida? Puede alegarse que el hecho de estar escrito y renovarse cada año, satisface este requisito. Pero no es lo mismo decir “si me pasa X, quiero la eutanasia”

que, cuando X ha sucedido decir “quiero la eutanasia”. La gente se adapta a nuevas situaciones y la situación real a menudo no es como el paciente esperaba que fuese.

El segundo criterio es el sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora. No está claro cuándo el médico puede estar convencido de que el sufrimiento es insoportable, y la misma legislación holandesa reconoce que esto es algo subjetivo y, por lo tanto, en condiciones “normales”, esto lo determina el paciente. Por ende, si el paciente no es competente y no puede comunicarse, el médico no tiene forma de saber si el sufrimiento es insoportable.

En cuanto al tercer criterio (el paciente debe estar informado sobre su situación y su pronóstico), no es obligatorio consultar a un facultativo al firmar el testamento vital. Es posible, además, que el médico del ahora paciente no competente no sea el mismo que el que tenía cuando escribió el documento. Por lo tanto, no tiene manera de saber si fue convenientemente informado.

En cuanto al requisito que establece que tanto el paciente como el médico deben estar convencidos de que no hay solución alternativa, si el paciente no puede comunicarse, no puede saberse si está de acuerdo. Y con frecuencia no es algo que pudiera haberse hablado antes, pues es difícil predecir qué sucederá en un futuro (64).

Por otro lado, la persona que escribe una declaración de voluntades anticipadas no sabe qué le deparará el futuro y, por lo tanto escribe en términos amplios que pueden llevar a problemas de interpretación. Además, normalmente las personas tienen una gran capacidad de adaptación a nuevas situaciones (incluso las que en otro momento habrían considerado insoportables), y una persona no competente ha perdido la habilidad de comunicar su verdadera situación. Y, ¿qué pasa si los deseos expresados en el testamento vital no coinciden con los de la persona ahora no competente? ¿Qué deseos deberían tener prioridad? (46,64,70).

4.3.5 Paternalismo

Algunos argumentan que el derecho de recibir asistencia para morir pertenece a la esfera de la autodeterminación y debería estar libre de toda interferencia paternalista, ya sea del estado, de los médicos, de los familiares o de la religión (1).

Según de Haan (82), una actitud paternalista, al contrario que una actitud liberal, es la que defiende que el hecho de que una persona quiera ser tratada de una determinada manera, no es razón suficiente para tratarla de esa determinada forma. Debe ser bueno para ella.

El paternalismo que algunos defensores de la muerte asistida critican, no tiene por qué fundarse en un desprecio a la autonomía. Más bien, la postura paternalista se basa en una noción específica de la autonomía: aquella que alega que un acto es plenamente autónomo cuando es el resultado de un correcto razonamiento. Por lo tanto, las decisiones poco consideradas o basadas en deseos pasajeros no deben entenderse como autónomas (17).

Los médicos del sur de Europa, frente a los de la zona centro y norte, tienen una visión más paternalista en cuanto a continuar tratamientos en pacientes terminales (70).

4.3.6 Cuidados paliativos

Algunos autores consideran que la legalización de la eutanasia es innecesaria, puesto que los cuidados paliativos y especialmente la sedación, ya cubren las necesidades de aquellos pacientes que quieren paliar su sufrimiento. Sin embargo, otros alegan que son prácticas complementarias, puesto que estadísticamente son diferentes las razones por las que un paciente solicita una acción u otra. En el caso de la eutanasia, el acento está en un sufrimiento más existencial, la pérdida de dignidad auto percibida y el deterioro físico, mientras que los que solicitan la sedación paliativa, lo hacen más debido al dolor físico, además de náuseas, vómitos y fatiga. Por lo tanto, dicen, eutanasia y sedación no son mutuamente excluyentes en todos los casos (9,19,83).

En otras situaciones sí que se ha visto que la eutanasia y el SA han sido sustituidos por la sedación terminal, especialmente a partir del comienzo del auge de esta práctica en Holanda entre 2001 y 2005. Algunos médicos holandeses consideran que los cuidados de alta calidad al final de la vida pueden ser una alternativa a la muerte asistida en algunos casos (9).

Hay quien piensa que se recurre a la eutanasia cuando los cuidados paliativos no pueden aliviar completamente el dolor que el enfermo experimenta. Muchos de los que están a favor de la eutanasia, incluidos médicos, creen que uno de los principales motivos para solicitarla es el dolor físico (68,74). Sin embargo, los datos muestran que en la mayoría de los casos la eutanasia se solicita por otros motivos (84,85). En Oregón, por ejemplo, los datos del SA durante 2018 reflejan que las principales preocupaciones de las personas que lo solicitaron eran: pérdida de autonomía (91,7%), disminución de la capacidad de participar en actividades que hacían la vida agradable (90,5%) y pérdida de dignidad (66,7%) (24).

Otra crítica que se hace a la despenalización de la muerte asistida es que ésta supondrá una disminución de recursos destinados a los cuidados paliativos. Dado que los estados modernos están caracterizados por intentar reducir gastos, esta crítica no es infundada (17).

También se dice que las peticiones de eutanasia son el resultado de la baja calidad o la ausencia de cuidados paliativos. Esto no sucede en Bélgica, por ejemplo, pues tiene una larga tradición en cuidados paliativos. Al mismo tiempo que se aprobó la eutanasia, entró en vigor también una ley de cuidados paliativos. Allí la eutanasia no está relacionada con un menor uso de este servicio (48,86).

4.3.7 Pendiente resbaladiza

Este argumento es muy amplio y se han aventurado muchas opiniones al respecto. Ha recibido muchas críticas y ha sido tildado de falaz, pues funda su razonamiento en afirmaciones sobre el futuro, y su fuerza depende de la probabilidad de que estas predicciones se hagan realidad. Se debe proporcionar una buena razón para pensar

que dar un primer paso conducirá a todas las consecuencias predichas (10,87). La carga de la prueba, dice Burgess (88), no está en el que quiere reformar la legislación, sino en el que afirma que este cambio conducirá al desastre.

Schüklenk et al. (17) clasifican los argumentos de pendiente resbaladiza en dos tipos: conceptuales y causales. Los conceptuales afirman que los conceptos usados para marcar los criterios que controlan la práctica de la eutanasia son ambiguos, imprecisos, y esto puede generar abusos en la práctica (¿qué es ser competente, qué es sufrimiento insoportable...?). Los causales alegan que si se realiza un cambio legal (aunque la eutanasia se considere moralmente aceptable), se pondrá en movimiento una cadena causal que inevitablemente conducirá al ejercicio de prácticas de dudosa moralidad.

Por otro lado, Raus et al. (19) dividen estos argumentos en lógicos y empíricos. Los lógicos establecen que la legalización del SA dibuja una línea arbitraria que separa a aquellos pacientes que pueden recibir el SA de los que no. La lógica requerirá ir continuamente redibujando la línea hasta que inevitablemente esto lleve a aceptar el SA para prácticamente todos los pacientes. Los argumentos empíricos establecen que, por la naturaleza de la mente humana, permitir a los médicos terminar con la vida de una persona conducirá inevitablemente al mal uso y al abuso.

Helgesson et al. (87) afirman que los argumentos de pendiente resbaladiza a veces están fuertemente influenciados por juicios de valor. Es decir, la consideración de la muerte asistida como un mal que no debería permitirse influye en la creencia de que habrá una pendiente resbaladiza.

La versión más extendida del argumento de pendiente resbaladiza es aquella que afirma que la legalización de la eutanasia hará que se incremente el uso de fármacos eutanásicos sin una petición explícita, especialmente entre pacientes vulnerables (19,89).

Algunos autores niegan que haya evidencia que sugiera un descenso por la pendiente resbaladiza en aquellos sitios con una legislación permisiva pero con requisitos dispuestos para evitar abusos (48,89,90).

Sin embargo, no puede saberse a ciencia cierta si se están cometiendo abusos cuando la información que se proporciona sobre la práctica es poca (85). Esta fue la queja de Foley et al. (91) tras la publicación del primer informe de Oregón. Por ejemplo, no se sabe con qué fundamento el médico determina el diagnóstico y pronóstico de un paciente, ni a qué otros expertos consulta (si los consulta) para ello. También expresan preocupación porque en Oregón, y también en Holanda, los encargados de vigilar el cumplimiento de la ley son favorables a la eutanasia.

Miller et al. (13) que, como se ha descrito antes, defienden que no hay diferencia moral entre matar y dejar morir, reconocen que existe un potencial inherentemente mayor de abuso en la eutanasia porque cualquier persona puede ser asesinada mediante una inyección letal, pero la retirada de tratamiento sólo puede matar a aquellos que dependen de él para vivir. Esto podría justificar que siga siendo ilegal.

Algunos toman los argumentos de pendiente resbaladiza no como una razón para no legalizar la muerte asistida, sino como instrumento para saber qué límites hay que poner para evitar que suceda lo que el argumento predice. Hay que reconocer que apunta a potenciales riesgos que los legisladores deben tener en cuenta (17,87).

4.3.8 Respeto a la vida

Ya en el Juramento Hipocrático queda reflejado el respeto hacia la vida humana, pues éste prohíbe administrar fármacos letales aun cuando el paciente lo solicite. Muchos opositores de la muerte asistida ven la vida humana inocente como intrínsecamente buena (63). Dieterle (10) afirma, sin embargo, que el Juramento Hipocrático en sí mismo no es más que un montón de palabras que no pueden dictar la ética médica o los deberes médicos sin razones morales que lo sustenten. Ciertamente la mayoría de los casos en los que se mata a un inocente están mal, pero el contexto del suicidio asistido es inmensamente diferente. El paciente que solicita la medicación piensa que

la muerte es mejor que la vida que está soportando. La muerte no es un mal para aquellos que solicitan el suicidio asistido.

En este apartado se encuadran también los argumentos que defienden la sacralidad de la vida. Es uno de los argumentos más visibles del debate y su importancia radica en que una fuerte religiosidad (todas las religiones sostienen en mayor o menor medida el principio de sacralidad de la vida) es el principal factor asociado a la oposición a la eutanasia y el SA (11,12).

En cuanto a los argumentos religiosos, muchos afirman que vivimos en una sociedad plural y nadie debería estar obligado a seguir los dictados de la religión de otro y, por lo tanto, los argumentos religiosos no tienen cabida en los debates legislativos (10).

4.3.9 Dignidad

El concepto de dignidad es utilizado en este debate por ambas posturas opuestas (92) precisamente porque, aunque parece un concepto universal, no hay consenso sobre el significado de la dignidad humana. Pensadores como Kant, por ejemplo, exponen que la dignidad del ser humano y lo que otorga al hombre un lugar especial en el universo, reside en la capacidad de razonamiento, de hacer uso de las libertades y dar dirección intelectual y orden a la propia vida. Hoy, la dignidad es frecuentemente entendida como un valor intrínseco en el que se funda la obligación moral de respeto hacia uno mismo y hacia los demás (17).

El término está altamente politizado y se recurre frecuentemente a él para justificar varias prácticas. En muchos círculos, el término “muerte digna” es sinónimo del derecho a la muerte asistida (93). Este concepto está incluido en el nombre de la Ley de SA de Oregón y de Washington. Pero ¿por qué el suicidio otorga dignidad a la muerte? ¿La dignidad depende del control? - se pregunta Callahan (85).

Los pacientes que son atendidos en hospitales o en otras instituciones son más propensos a tener su sentido de dignidad minado. Este sentido también es disminuido por el deterioro de la apariencia personal, sentirse una carga para otros, necesitar asistencia en el baño o tener dolor. Estos pacientes tienen más alta

probabilidad de desear acelerar la muerte (92). Y es que la pérdida del sentido de dignidad es una de las razones más frecuentes por las que se solicita la eutanasia o el SA. Por ejemplo, en Oregón en 2018 un 66,7% de los casos expresaron esta preocupación (24).

4.3.10 Medicalización

Algunos defensores de la muerte asistida argumentan que ésta supone disminuir la medicalización de la muerte. Otros, sin embargo, son de la opinión contraria: la muerte asistida medicaliza el suicidio, transforma un acto privado (el suicidio) en un evento médico (1,76).

Para asegurar que las condiciones que la ley establece se cumplen, el paciente debe someterse a una evaluación por un equipo médico. Esto parece indicar que alguien diferente de la persona que pide la eutanasia, tiene mayor experiencia para juzgar si la petición es pertinente. Por lo tanto, la decisión final se traslada del paciente al médico, dándole más poder sobre la muerte de los pacientes que el que antes tenía. A esto podría responderse diciendo que quizá aceptar la medicalización de la muerte es un mal menor comparado con la agonía que algunas personas soportan al final de la vida (1).

4.3.11 Práctica médica

Uno de los argumentos más comunes contra la eutanasia es que ésta no es una práctica médica. La misma legislación holandesa así lo reconoce, diciendo que no es una práctica médica normal (37). Según esta línea de argumentación, legalizar la muerte asistida atentaría contra la integridad ética de la profesión médica, es decir, iría contra la antigua promesa recogida por el Juramento Hipocrático de nunca matar intencionadamente (1).

La eutanasia y el suicidio asistido son contrarios al deber profesional de la medicina. Existe además el riesgo de que algunos pacientes dejen de confiar en los médicos si estos acaban con la vida de sus pacientes como una cuestión rutinaria. Su estado y reputación podría verse afectado. Legalizar el SA o la eutanasia podría corromper a

la medicina y a sus profesionales, se afirma también. Si se les permite a los médicos matar a sus pacientes, ¿podrían verse presionados para practicar eutanasias y ahorrar dinero? Aunque esto sea improbable, algunas personas pueden tener ese miedo, y esto afectaría a la confianza que antes tenían puesta en la profesión médica. Por eso, algunos proponen que, si esta práctica ha de legalizarse, no sean los médicos quienes se responsabilicen de ella (10,17,81).

Otro argumento relacionado con el rol tradicional de la medicina expresa que atender estas peticiones de suicidio supone sobrepasar las competencias de la medicina (1). Este argumento es especialmente utilizado contra la aplicación de la eutanasia a personas que no padecen enfermedad alguna pero tienen un sufrimiento existencial que consideran insoportable. Las personas que están a favor de la legalización de la muerte asistida en estos casos consideran que sí forma parte del rol tradicional de la medicina, ya que sería una forma de aliviar el sufrimiento (beneficencia) y respetar la libre elección del paciente (autonomía). Los opositores, por otro lado, exponen que los facultativos carecen de pericia profesional en cuestiones existenciales (14,59) y la eutanasia sólo debería ser aceptada en aquellos pacientes cuyo sufrimiento se deba a una condición médica diagnosticable.

Expone el Dr. J. Varelius (59) que, sin embargo, para asegurarse que los criterios legales se cumplen en estos casos, también es necesario que el médico se enfrente a cuestiones existenciales. Debe considerar, por ejemplo, si el sufrimiento del paciente es suficientemente severo y averiguar si el paciente es competente y está correctamente informado. Por lo tanto, si suponemos que tienen suficiente pericia profesional para tratar con estas cuestiones existenciales, sería inconsistente denegar la eutanasia a las personas cuyo padecimiento es puramente existencial basándose en el argumento de que los médicos no están capacitados para ello. Los que acepten este razonamiento y piensen que la pericia médica no abarca cuestiones existenciales también deberían rechazar la eutanasia de los pacientes que la solicitan basándose en una condición clínica.

4.3.12 Presión social

Este argumento también está muy relacionado con la pendiente resbaladiza. Aunque la muerte asistida sea presentada como una opción que no tiene por qué ser ejercida y como una elección individual, algunos temen que la legalización de la eutanasia o el SA tenga como consecuencia la aparición de presiones sociales que especialmente afecten a los ancianos y les hagan decantarse por esta opción. El derecho a morir podría convertirse en el “deber morir” (62).

Si la eutanasia se despenalizara, podría convertirse en una opción fácil. Presiones sutiles, reales o percibidas, podrían empujar a los pacientes a elegir esta opción aun cuando haya caminos mejores (77).

El impacto económico que supone cuidar a un enfermo terminal podría ser un factor que influya en la toma de decisiones al final de la vida (especialmente en los países donde la sanidad no es pública). Hendry et al. (60) recogen varios estudios al respecto. En uno de ellos, el factor económico motivó a algunos enfermos a considerar el SA; en otro, personas con discapacidad a las que se les hizo sentirse como una carga financiera pasaron de estar a favor a estar en contra del SA; y en otro, un grupo de mujeres vulnerables expresaba que las condiciones económicas adversas no las llevarían a solicitar el SA.

Terceras personas podrían influir directa o indirectamente en la toma de decisiones al final de la vida, pues una de las preocupaciones que muchos pacientes que solicitan la muerte asistida expresan es sentirse una carga para otros. En Oregón en 2018, un 54,2% manifestó sentirse una carga (24). A su vez, un estudio mostró que las personas cuidadoras que manifestaron que este cuidado interfería en su vida personal, eran significativamente más propensas a apoyar la eutanasia o el SA para los pacientes que pensaban ser una carga (68).

Se han dado casos en Holanda en los que se reconoce que la presión familiar ha sido un factor que ha contribuido a la decisión de recibir la muerte asistida (29).

Bajo ciertas condiciones, el estado tiene el poder de anular derechos individuales para proteger a los pacientes de una presión indebida (1). Mantener una prohibición legal podría limitar estos casos de una manera mejor que cualquier medida para evitar abusos si la eutanasia fuera despenalizada (77).

4.3.13 Legislar para evitar abusos

Algunos argumentan que es preferible regular una práctica a que ésta permanezca en la clandestinidad. El secreto con el que los casos de eutanasia tienen lugar en los países donde no es legal impide el desarrollo de normas y hace que la vigilancia sea difícil. Por ello, legalizar la eutanasia puede ayudar a controlar su práctica y evitar descender por la pendiente resbaladiza (49,62). Esto ha sucedido, por ejemplo, en Holanda. El número de eutanasias involuntarias y no voluntarias descendió tras legalizarse la eutanasia y regular el procedimiento de notificación. También descendió el número de médicos que estaban dispuestos a practicar la eutanasia sin la petición explícita del paciente, aunque esto también puede deberse al aumento de facultativos en Holanda (28).

En 2003 fue publicado un estudio sobre decisiones al final de la vida en seis países europeos: Holanda, Bélgica, Dinamarca, Italia, Suecia y Suiza. La eutanasia involuntaria o no voluntaria ocurría con más frecuencia que la ILV en todos los países excepto en Holanda (94).

Sin embargo, el control que se consigue al legalizar la práctica no es absoluto. En Holanda, aproximadamente un 20% de casos no se notifican y son más habituales las irregularidades entre ellos que entre los que sí se notifican (9,49). En Bélgica (Flandes), en la mayoría de casos sin notificar en 2007 (casi el 50%), no existía una solicitud por escrito (49).

5. DISCUSIÓN

Las diversas posiciones reflejadas en el apartado anterior son una muestra de la complejidad argumentativa que compone este debate. Los argumentos van más allá del enaltecimiento del principio de autonomía, la pendiente resbaladiza y el respeto a la vida, que son unos de los más visibles. Como se había previsto, la búsqueda bibliográfica ha dado como resultado una amplia variedad de opiniones y razonamientos que informan el debate sobre la muerte asistida.

El argumento de la autonomía, muy utilizado para legitimar moralmente la eutanasia, es apoyado y rebatido por varios autores de diversas maneras. Resulta interesante y es poco conocido el que apela a la igualdad moral de la acción y la omisión. Las críticas que pueden hacerse a las leyes en vigor en el ámbito internacional podrían tomarse como un llamamiento a la prudencia a la hora de legislar sobre la eutanasia, e incluso como un impedimento para legalizar la práctica. Pero también podrían tomarse como una motivación para mejorar las leyes ya existentes.

Es frecuente también el argumento que sostiene que, conforme al rol tradicional de la medicina, el médico no debe participar en estos actos. Quizá no sea uno de los argumentos de más peso, pues las profesiones van cambiando a lo largo del tiempo y adaptándose a las demandas cambiantes de cada sociedad.

El argumento de la presión social, aunque no muy popular, podría ser relevante. Cuando una práctica es ilegal, en principio no se contempla la opción de elegirla. Pero cuando ya tienes esa opción, recae sobre ti la responsabilidad de una elección que antes no tenías. Muchas personas, especialmente las más vulnerables, podrían verse inclinadas a elegir la muerte, pues se sienten responsables de ser una carga para sus cuidadores, algo que podrían evitarles si eligen la eutanasia o el SA.

Sin embargo, el fondo de este debate radica en otro asunto. Muchos de los argumentos expuestos presuponen tácitamente la aceptabilidad moral de la muerte asistida y centran su atención en cuestiones prácticas de la aplicación de una ley de eutanasia. Quizá los únicos argumentos que no lo hacen son el de “acción y omisión”,

que explícitamente analiza la moralidad de la eutanasia; el que invoca el respeto a la vida y por lo tanto considera la eutanasia un mal intrínseco; y el que apela a la dignidad de la persona para valorar la moralidad de la muerte asistida. Por lo tanto, la primera pregunta que habría que hacerse en este debate es si la eutanasia o el SA pueden considerarse moralmente aceptables.

El debate sobre la muerte asistida es en realidad un conflicto entre distintas teorías morales, y no una disputa entre los defensores de la autonomía y entre los que defienden la supremacía de la vida. Unos sistemas morales ponen el énfasis en normas de conducta externas que los individuos deben cumplir y otros ponen el foco en las elecciones personales de cada individuo. El énfasis en la libertad individual predomina en los argumentos favorables a la muerte asistida. Pero, como se ha dicho antes, el que una decisión sea autónoma no determina su carácter moral (1,63).

Y la pregunta clave para determinar cuál es la teoría moral más correcta es ¿existen valores morales absolutos? Sin responder a esta pregunta racionalmente no puede avanzarse en el debate sin dar por supuesta la respuesta. Pero no les corresponde a las ciencias médicas responder a esta cuestión, sino a la filosofía.

Siendo un tema tan complicado, una opinión popular mayoritaria a favor de la eutanasia no parece la única razón suficiente para proceder a su despenalización. Es conocido que la opinión pública puede verse fuertemente influenciada por los medios de comunicación que, más allá de mover sentimientos de compasión, no suelen ofrecer los suficientes elementos de juicio que permitan que el espectador pueda formarse una opinión libre, objetiva e independiente, después de haber conocido todas las opciones.

Con el cambio de legislatura que actualmente está teniendo lugar en España, se prevé que el debate de la eutanasia vuelva a llegar al Congreso de los Diputados. En este contexto, es deseable que aquellos en cuyas manos está la posibilidad de cambiar o no la legislación vigente, estén lo suficiente informados para tomar la decisión correcta.

Pero en cuanto a lo que nos concierne, la enfermería, y mientras en muchas personas persista la duda de saber si la eutanasia es un acto moralmente aceptable o no, lo fundamental es tratar de impedir, en cuanto esté en las manos de los profesionales sanitarios, que los enfermos terminales lleguen a una situación tal que prefieran la muerte antes que la vida. Es decir, hay que mejorar “el antes”: la calidad de vida, las necesarias prestaciones y ayudas a la dependencia, el apoyo al cuidador principal, o los cuidados paliativos.

La atención médica al final de la vida debe ser integral y abarcar todos los aspectos del sufrimiento humano. Debe llegar más allá de la esfera del dolor y el manejo de síntomas para dar respuesta a una amplia gama de necesidades (84). Cicely Saunders, fundadora del movimiento *hospice* de cuidados paliativos, introdujo el concepto de “dolor total” (*total pain*) para expresar el conjunto de sufrimiento físico, emocional, social y espiritual (16).

En algunos países ha aumentado la frecuencia con la que se practica la sedación terminal. Por ejemplo, en 2015 en Holanda se practicó en el 18% de los fallecimientos frente al 8,2% en 2005 (45). Algunos autores han alzado la voz frente a la práctica indiscriminada de la sedación. Dicen ten Have et al. (16) que estamos siendo testigos del desvanecimiento de la filosofía inicial del movimiento *hospice* como resultado de la incorporación de la sedación paliativa. Los actuales cuidados al final de la vida se parecen cada vez más al enfoque médico tradicional que precisamente motivó el desarrollo del movimiento *hospice*: están más centrados en la dimensión física que en la persona, en la terapia y no en el cuidado, en el paciente individual y no en la comunidad, en la primacía de la intervención y no en la receptividad.

Zimmermann (65) también refleja en un artículo una crítica similar. El carisma inicial del movimiento *hospice*, de inspiración cristiana, se ha visto transformado por la burocratización moderna y la rutinización. Los trabajadores del movimiento *hospice*, impulsados originalmente por “un llamado” han sido sustituidos por personal que ve los cuidados como “solo un trabajo”.

Para evitar dejar de lado aspectos importantes del cuidado al final de la vida, todo profesional de la enfermería debe saber qué preocupaciones hacen sufrir más a los pacientes, y que son a menudo las mismas por las que solicitan la eutanasia. Los cuidados al final de la vida, además de servirse de las mejores técnicas de manejo de síntomas y de los últimos avances médicos, deben tratar aspectos como la dignidad, el sentido de la vida, el propósito, y procurar el bienestar espiritual o existencial (93). Un bajo nivel de bienestar espiritual es un factor de riesgo para la desesperanza y ésta, a su vez, es junto con la depresión la mayor predictora del deseo de acelerar la muerte (95).

Un adecuado manejo del dolor y otros síntomas, evitar una prolongación inapropiada del proceso de muerte, conseguir un sentido de “control”, de alivio de la carga y de fortalecimiento de las relaciones con los seres queridos contribuyen a proporcionar una “buena muerte” (93).

Dado que no todos los pacientes en una situación terminal son atendidos en una unidad de cuidados paliativos, es importante procurar que el mayor número de enfermeras posible sepa manejar estas situaciones y procure, en la medida de sus posibilidades, mejorar el proceso de muerte de sus pacientes. Por ello, la intervención que se propone en el presente proyecto es impartir un curso formativo en torno al final de la vida a través del Colegio Oficial de Enfermería de Navarra.

Algunas limitaciones de este trabajo son las de espacio y tiempo, ya que debido a la ingente cantidad de información y de opiniones que existen en torno a la muerte asistida, sólo se ha podido analizar y plasmar una parte de ellas. Por eso, el tipo de búsqueda realizada se ha ceñido a aquellas revistas clasificadas dentro del primer cuartil (Q1), y a los artículos más citados. Además, no se han podido tratar temas, como la eutanasia en menores o las decisiones al final de la vida delegadas a familiares u otras personas, precisamente por ajustarnos al espacio requerido.

Respecto a los puntos fuertes, destaca que este trabajo versa sobre un tema sumamente actual. La enfermería no puede mantenerse al margen de este debate, pues casi en cualquier puesto de trabajo existe la posibilidad de tener que dar

respuesta a una solicitud de muerte asistida. Los profesionales de enfermería deben saber responder de la mejor manera posible al sufrimiento al final de la vida.

6. CONCLUSIONES

1. La eutanasia es un tema ampliamente tratado por diversos autores en las últimas décadas y está previsto que el interés aumente en España en los próximos años.
2. No existe una definición única del término “eutanasia”, y puede hacer referencia a diferentes acciones, lo que sugiere la necesidad de aclarar conceptualmente este término.
3. Varios países han despenalizado la eutanasia o el SA en los últimos años: Bélgica, Holanda, Luxemburgo, Suiza, Colombia, Canadá y los estados de Oregón, Montana, Vermont, California y Washington.
4. No hay consenso sobre la licitud de esta práctica ni a nivel médico, ni ético, ni legislativo.
5. Entre los argumentos a favor de la eutanasia están: invocar el principio de autonomía, defender la igualdad moral del rechazo del tratamiento y la muerte asistida, rechazar el paternalismo, afirmar que es una práctica complementaria a los cuidados paliativos, apelar a la dignidad de la persona y apostar por regular la eutanasia para evitar abusos.
6. Los argumentos en contra son: poner en duda la competencia de los pacientes que solicitan la muerte asistida, cuestionar la posibilidad de cumplimiento de las leyes ya vigentes en otros países, la pendiente resbaladiza, apoyar los cuidados paliativos como alternativa a la eutanasia, declarar que esta práctica no forma parte del deber de un médico, criticar la medicalización del suicidio y alertar frente a una posible presión social si se legaliza la muerte asistida.

7. PROPUESTA TEÓRICA DE TRABAJO

7.1 Introducción

Parte de la actualidad política en España gira entorno a la eutanasia. El Grupo Parlamentario Socialista presentó el 21 de mayo de 2018 una Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia¹. Es altamente probable que con el reciente cambio de legislatura el debate vuelva al Congreso de los Diputados.

Cada cierto tiempo hay un nuevo caso de muerte asistida, en España o en el extranjero, que suscita polémica y vuelve a reavivar el debate público. En el territorio nacional el último caso fue el de María José Carrasco y, recientemente, en Francia ha habido novedades sobre el caso Vincent Lambert.

La profesión enfermera no es ajena a esta práctica. Ningún profesional sanitario está libre de poder encontrarse ante un paciente que le solicite ayuda para morir. Por consiguiente, es muy importante tener conocimientos sobre el tema para saber cómo actuar en estos casos. Los pacientes y sus familias deben recibir la mejor atención posible en un momento tan trascendente y delicado como es el final de la vida, siendo las enfermeras los profesionales más adecuados para proporcionar esa atención.

Por ello, la intervención que se propone es la organización de un curso de formación de postgrado en torno a estos grandes temas: la eutanasia y la asistencia a pacientes en situación terminal. Para esto, se contará con la colaboración del equipo especialista en cuidados paliativos del Hospital San Juan de Dios de Pamplona.

7.2 Metodología

7.2.1 Grupo diana

La intervención va dirigida, en primer lugar, a las enfermeras que desarrollan su actividad profesional en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y en el área de

¹ Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia 122/000239. Boletín Oficial de las Cortes Generales, nº 270-1, (21-05-2018).

Atención Primaria, ya que están más en contacto con el final de la vida. En segundo lugar, a todas las enfermeras generalistas que trabajan en Navarra. El cupo de las sesiones será de 25 personas como máximo, y 15 como mínimo.

7.2.2 Objetivos

Objetivo general: formar a las enfermeras colegiadas en Navarra en el debate de la eutanasia y en la asistencia a pacientes en situación terminal, según sus necesidades específicas.

Objetivos específicos:

- Informar sobre la situación legal de la eutanasia y el suicidio asistido en el ámbito internacional y en España
- Exponer y debatir los principales argumentos a favor y en contra de la muerte asistida.
- Analizar las principales preocupaciones de los pacientes y sus familias al final de la vida.
- Describir las diferentes ayudas sociales a la dependencia, y al final de la vida.
- Fomentar una atención profesional y enfocada en la dignidad del paciente en situación terminal.
- Profundizar en el conocimiento de los cuidados paliativos.

7.2.3 Agentes de salud

Las responsables de la impartición del curso serán el equipo de enfermeras de la Unidad de Cuidados Paliativos de San Juan de Dios, referencia en Navarra.

7.2.4 Lugar

Se solicitará a la presidenta del Colegio Oficial de Enfermería de Navarra, Arantxa Osinaga Erroz, la inclusión del curso en el programa de formación continuada del Colegio, así como la cesión de un aula de la sede de Pamplona (ver Anexo 2).

7.2.5 Cronograma

La difusión del curso se realizará a través de la página web del Colegio Oficial de Enfermería de Navarra a partir del 15 de junio de 2019 (ver Anexo 3).

El plazo de inscripción comenzará el 1 de agosto de 2019 y se extenderá hasta el 30 de dicho mes. La inscripción se realizará de manera presencial. Los solicitantes serán admitidos por orden de inscripción hasta completar el cupo de 25 personas.

El primer curso se programará para el primer y segundo sábado del mes de septiembre para enfermeras de UCIs y Atención Primaria, y el tercer y cuarto sábado para enfermeras generalistas.

El curso constará de dos sesiones, cada una con una duración de 3 horas. Se realizará en horario de tarde de 16:00 a 19:15, con 15 minutos de descanso.

7.2.6 Programación

En el momento de realizar la inscripción al curso, las personas asistentes rellenarán un cuestionario de conocimientos previos (ver Anexo 4) para, en la medida de lo posible, adecuar el contenido del curso al nivel de conocimientos de los participantes.

1ª Sesión: eutanasia y suicidio asistido

Tabla 1. Esquema de la primera sesión

Técnica	Contenido	Tiempo
Acogida y presentación	Bienvenida y presentación del curso	10'
Lección participada	¿Qué es la muerte asistida?	30'
Exposición	Legislación internacional	40'
Exposición	Legislación española	10'
	DESCANSO	15'
Exposición con discusión	Posiciones a favor y en contra. Debate	115'
Discusión y despedida	Turno de preguntas. Despedida	15'

- **Bienvenida y presentación del curso.** En primer lugar, se presentarán los ponentes y explicarán la razón y el contenido del curso.
- **¿Qué es la muerte asistida?** Mediante la técnica de lección participada, los participantes expresarán brevemente qué creen que significa la muerte asistida y los ponentes completarán la información sobre el significado de los términos “eutanasia” y “suicidio asistido”.
- **Legislación internacional.** Ponencia sobre el estatus legal de la eutanasia y el suicidio asistido a nivel internacional.
- **Legislación española.** Exposición acerca de la situación legal de la eutanasia y el suicidio asistido en España.

- **Posiciones a favor y en contra. Debate.** Los ponentes realizarán una exposición de los principales argumentos a favor y en contra de la eutanasia y el suicidio asistido. Después, los participantes podrán discutir el tema de manera estructurada.
- **Turno de preguntas. Despedida.** Tras dejar espacio para que los participantes puedan expresar sus dudas, si las tuvieren, se realizará la despedida y recordatorio de la próxima sesión.

2ª Sesión: cuidados paliativos

Tabla 2. Esquema de la segunda sesión

Técnica	Contenido	Tiempo
Acogida y presentación	Acogida y repaso de la sesión anterior	15'
Exposición	Presentación de la sesión. ¿Qué son los cuidados paliativos?	30'
Lección participada	Control de síntomas	45'
	DESCANSO	15'
Lección participada	Otras necesidades del paciente terminal y su familia	30'
Exposición	Fármacos más empleados	15'
Exposición	Ayudas a la dependencia y otras ayudas sociales	30'
Análisis y despedida	Evaluación. Despedida	15'

- **Acogida y repaso de la sesión anterior.** Al comenzar, los ponentes recordarán brevemente lo desarrollado en la sesión anterior.
- **Presentación de la sesión. ¿Qué son los cuidados paliativos?** Tras exponer un esquema del contenido de la sesión, los ponentes presentarán el servicio de cuidados paliativos: cuáles son sus principios y funciones, qué profesionales lo integran, qué labor desempeñan y a quiénes van dirigidos estos servicios.

- **Control de síntomas.** Los participantes expresarán sus conocimientos sobre los principales síntomas de un paciente en situación terminal. Los ponentes completarán la formación exponiendo ordenadamente estos síntomas y sus posibles causas: dolor, anorexia, astenia, disnea, náuseas y vómitos, estreñimiento, somnolencia e insomnio y alteración del estado de ánimo.
- **Otras necesidades del paciente terminal y su familia.** Los participantes expresarán sus conocimientos sobre las necesidades de los pacientes terminales y sus familiares, y los ponentes completarán la formación mediante una exposición. Se incluirán: hidratación, cuidados de la piel, cuidados de la boca, disfagia, bienestar emocional y espiritual.
- **Fármacos más empleados.** Se realizará una exposición de los fármacos más frecuentemente utilizados al final de la vida: cuáles son y para qué se utilizan. Se incluyen: morfina, haloperidol, metoclopramida, ketorolaco, midazolam, escopolamina, buscapina y corticoides.
- **Ayudas a la dependencia y otras ayudas sociales.** Se realizará una ponencia sobre las ayudas a la dependencia y otras ayudas disponibles en Navarra, su modo de solicitarlas y cómo aconsejar y transmitir esta información a los pacientes.
- **Evaluación. Despedida.** Los participantes rellenarán un cuestionario de evaluación de las sesiones (Anexo 5).

7.3 Evaluación

Al finalizar la sesión los participantes rellenarán un cuestionario de evaluación que se muestra en el Anexo 5.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Salem T. Physician-assisted suicide: promoting autonomy or medicalizing suicide? *Hastings Cent Rep* [Internet]. 1999;29(3):30-6. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/3528193?origin=crossref>
2. Ten Have HAMJ, Welie JVM. Euthanasia: Normal Medical Practice? *Hastings Cent Rep* [Internet]. 1992;22(2):34-8. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/3562563?origin=crossref>
3. Tamayo-Velázquez MI, Simón-Lorda P, Cruz-Piqueras M. Euthanasia and physician-assisted suicide: knowledge, attitudes and experiences of nurses in Andalusia (Spain). *Nurs Ethics* [Internet]. 2012;19(5):677-91. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0969733011436203?journalCode=neja>
4. Cohen J, Marcoux I, Bilsen J, Deboosere P, van der Wal G, Deliens L. European public acceptance of euthanasia: socio-demographic and cultural factors associated with the acceptance of euthanasia in 33 European countries. *Soc Sci Med* [Internet]. 2006;63(3):743-56. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953606000669>
5. Rietjens JAC, van der Heide A, Vrakking AM, Onwuteaka-Philipsen BD, van der Maas PJ, van der Wal G. Physician reports of terminal sedation without hydration or nutrition for patients nearing death in the Netherlands. *Ann Intern Med* [Internet]. 2004;141(3):178-85. Disponible en: <http://annals.org/article.aspx?doi=10.7326/0003-4819-141-3-200408030-00006>
6. Bollig G, Gjengedal E, Rosland JH. They know! - Do they? A qualitative study of residents and relatives views on advance care planning, end-of-life care, and decision-making in nursing homes. *Palliat Med*. 2016;30(5):456-70.
7. Van der Maas PJ, van der Wal G, Haverkate I, de Graaff CLM, Kester JGC, Onwuteaka-Philipsen BD, et al. Euthanasia, physician-assisted suicide, and other medical practices involving the end of life in the Netherlands, 1990-1995. *N Engl J Med*. 1996;335(22):1699-705.

8. Onwuteaka-Philipsen BD, Brinkman-Stoppelenburg A, Penning C, de Jong-Krul GJF, van Delden JJM, van der Heide A. Trends in end-of-life practices before and after the enactment of the euthanasia law in the Netherlands from 1990 to 2010: a repeated cross-sectional survey. *Lancet* [Internet]. 2012;380(9845):908-15. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61034-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61034-4)
9. Van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD, Rurup ML, Buiting HM, van Delden JJM, Hanssen-de Wolf JE, et al. End-of-Life Practices in the Netherlands under the Euthanasia Act. *N Engl J Med* [Internet]. 2007;356(19):1957-65. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJMsa071143>
10. Dieterle JM. Physician assisted suicide: a new look at the arguments. *Bioethics* [Internet]. 2007;21(3):127-39. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1467-8519.2007.00536.x>
11. Verbakel E, Jaspers E. A comparative study on permissiveness toward euthanasia: Religiosity, slippery slope, autonomy, and death with dignity. *Public Opin Q*. 2010;74(1):109-39.
12. Emanuel EJ, Onwuteaka-Philipsen BD, Urwin JW, Cohen J. Attitudes and practices of euthanasia and physician-assisted suicide in the United States, Canada, and Europe. *JAMA* [Internet]. 2016;316(1):79-90. Disponible en: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2016.8499>
13. Miller FG, Truog RD, Brock DW. Moral fictions and medical ethics. *Bioethics* [Internet]. 2010;24(9):453-60. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1467-8519.2009.01738.x>
14. Quill TE, Lo B, Brock DW, Meisel A. Last-Resort options for palliative sedation. *Ann Intern Med* [Internet]. 2009;151(6):421-4. Disponible en: <http://annals.org/article.aspx?doi=10.7326/0003-4819-151-6-200909150-00007>
15. Miccinesi G, Rietjens JAC, Deliens L, Paci E, Bosshard G, Nilstun T, et al. Continuous deep sedation: physicians' experiences in six european countries.

- J Pain Sypmtom Manag. 2006;31(2):122-9.
16. Ten Have HAMJ, Welie JVM. Palliative sedation versus euthanasia: an ethical assessment. J Pain Symptom Manage [Internet]. 2014;47(1):123-36.
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.03.008>
 17. Schüklenk U, van Delden JJM, Downie J, MCLean SAM, Upshur R, Weinstock D. End-of-life decision-making in Canada: The report by the Royal Society of Canada Expert Panel on end-of-life decision-making. Bioethics [Internet]. 2011;25(SUPPL.1):1-73. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1467-8519.2011.01939.x>
 18. Jansen LA, Sulmasy DP. Sedation, alimentation, hydration, and equivocation: careful conversation about care at the end of life. Ann Intern Med. 2002;136(11):845-9.
 19. Raus K, Sterckx S, Mortier F. Is continuous sedation at the end of life an ethically preferable alternative to physician-assisted suicide? Am J Bioeth [Internet]. 2011;11(6):32-40. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15265161.2011.577510>
 20. Kissane DW, Street A, Nitschke P. Seven deaths in Darwin: case studies under the rights of the Terminally Ill Act, Northern Territory, Australia. Lancet [Internet]. 1998;352(9134):1097-102. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673698054063>
 21. Oregon Department of Human Services. Oregon's Death with Dignity Act: the first year's experience. Estado de Oregón; 1999.
 22. Oregon Public Health Division. Oregon Death with Dignity Act: data summary 2016. Estado de Oregón; 2017.
 23. Oregon Public Health Division. Oregon Death with Dignity Act: 2017 data summary. Estado de Oregón; 2018.
 24. Oregon Public Health Division. Oregon Death with Dignity Act. 2018 data summary. Estado de Oregón; 2019.
 25. Comisiones Regionales de Verificación de la Eutanasia. Informe anual 2006.

- Países Bajos; 2007.
26. Van der Maas PJ, van Delden JJM, Pijnenborg L, Looman CWN. Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life. *Lancet*. 1991;338(8768):669-74.
 27. Van der Wal G, van der Maas PJ, Bosma JM, Onwuteaka-Philipsen BD, Willems DL, Haverkate I, et al. Evaluation of the notification procedure for physician-assisted death in the Netherlands. *N Engl J Med* [Internet]. 1996;335(22):1706-11. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJM199611283352228>
 28. Onwuteaka-Philipsen BD, van der Heide A, Koper D, Keij-Deerenberg I, Rietjens JAC, Rurup ML, et al. Euthanasia and other end-of-life decisions in the Netherlands in 1990, 1995, and 2001. *Lancet* [Internet]. 2003;362(9381):395-9. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673603140299>
 29. Comisiones Regionales de Verificación de la Eutanasia. Informe anual 2002. Países Bajos; 2003.
 30. Comisiones Regionales de Verificación de la Eutanasia. Informe anual 2012. Países Bajos; 2013.
 31. Comisiones Regionales de Verificación de la Eutanasia. Informe anual 2013. Países Bajos; 2014.
 32. Comisiones Regionales de Verificación de la Eutanasia. Informe anual 2014. Países Bajos; 2015.
 33. Comisiones Regionales de Verificación de la Eutanasia. Informe anual 2015. Países Bajos; 2016.
 34. Comisiones Regionales de Verificación de la Eutanasia. Informe anual 2016. Países Bajos; 2017.
 35. Comisiones Regionales de Verificación de la Eutanasia. Informe anual 2017. Países Bajos; 2018.
 36. Comisiones Regionales de Verificación de la Eutanasia. Informe anual 2018.

- 2019;
37. Comisiones Regionales de Verificación de la Eutanasia. Informe anual 2003. Países Bajos; 2004.
 38. Comisiones Regionales de Verificación de la Eutanasia. Informe anual 2004. Países Bajos; 2005.
 39. Comisiones Regionales de Verificación de la Eutanasia. Informe anual 2005. Países Bajos; 2006.
 40. Comisiones Regionales de Verificación de la Eutanasia. Informe anual 2007. Países Bajos; 2008.
 41. Comisiones Regionales de Verificación de la Eutanasia. Informe anual 2008. Países Bajos; 2009.
 42. Comisiones Regionales de Verificación de la Eutanasia. Informe anual 2009. Países Bajos; 2010.
 43. Comisiones Regionales de Verificación de la Eutanasia. Informe anual 2010. Países Bajos; 2011.
 44. Comisiones Regionales de Verificación de la Eutanasia. Informe anual 2011. Países Bajos; 2012.
 45. Onwuteaka-Philipsen BD, Legemaate J, van der Heide A, van Delden H, Evenblij K, El Hammoud I, et al. Derde evaluatie - Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. La Haya; 2017.
 46. Miller DG, Dresser R, Kim SYH. Advance euthanasia directives: a controversial case and its ethical implications. *J Med Ethics*. 2019;45(2):84-9.
 47. Deliens L, Mortier F, Bilsen J, Cosyns M, Stichele R V, Vanoverloop J, et al. End-of-life decisions in medical practice in Flanders, Belgium: a nationwide survey. *Lancet*. 2000;356(9244):1806-11.
 48. Smets T, Bilsen J, Cohen J, Rurup ML, Deliens L. Legal Euthanasia in Belgium. *Med Care [Internet]*. 2010;48(2):187-92. Disponible en: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00005650-201002000-00015>

49. Smets T, Bilsen J, Cohen J, Rurup ML, Mortier F, Deliens L. Reporting of euthanasia in medical practice in Flanders, Belgium: cross sectional analysis of reported and unreported cases. *BMJ*. 2010;341(c5174):1-8.
50. Comisión Federal de Control y Evaluación de la Eutanasia. Primer informe a las cámaras legislativas, años 2002-2003. Bélgica; 2004.
51. Comisión Federal de Control y Evaluación de la Eutanasia. Segundo informe a las cámaras legislativas, años 2004-2005. Bélgica; 2006.
52. Comisión Federal de Control y Evaluación de la Eutanasia. Cuarto informe a las cámaras legislativas, años 2008-2009. Bélgica; 2010.
53. Comisión Federal de Control y Evaluación de la Eutanasia. Quinto informe a las cámaras legislativas, años 2010-2011. Bélgica; 2012.
54. Comisión Federal de Control y Evaluación de la Eutanasia. Sexto informe a las cámaras legislativas, años 2012-2013. Bélgica; 2014.
55. Comisión Federal de Control y Evaluación de la Eutanasia. Séptimo informe a las cámaras legislativas, años 2014-2015. Bélgica; 2016.
56. Comisión Federal de Control y Evaluación de la Eutanasia. Octavo informe a las cámaras legislativas, años 2016-2017. Bélgica; 2018.
57. Comisión Federal de Control y Evaluación de la Eutanasia. Tercer informe a las cámaras legislativas, años 2006-2007. Bélgica; 2008.
58. Bachman JG, Alcser KH, Doukas DJ, Lichtenstein RL, Corning AD, Brody H. Attitudes of Michigan physicians and the public toward legalizing physician-assisted suicide and voluntary euthanasia. *N Engl J Med* [Internet]. 1996;334(5):303-9. Disponible en:
<http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJM199602013340506>
59. Varelius J. Medical expertise, existential suffering and ending life. *J Med Ethics* [Internet]. 2014;40(2):104-7. Disponible en:
<http://jme.bmj.com/lookup/doi/10.1136/medethics-2012-100812>
60. Hendry M, Pasterfield D, Lewis R, Carter B, Hodgson D, Wilkinson C. Why do we want the right to die? A systematic review of the international literature

- on the views of patients, carers and the public on assisted dying. *Palliat Med*. 2013;27(1):13-26.
61. Sjöstrand M, Helgesson G, Eriksson S, Juth N. Autonomy-based arguments against physician-assisted suicide and euthanasia: a critique. *Med Heal Care Philos* [Internet]. 2013;16(2):225-30. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s11019-011-9365-5>
 62. Lee DE. Physician-assisted suicide: a conservative critique of intervention. *Hastings Cent Rep* [Internet]. 2003;33(1):17-9. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/3527909?origin=crossref>
 63. Safranek JP. Autonomy and assisted suicide. The execution of freedom. *Hastings Cent Rep* [Internet]. 1998;28(4):32-6. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/3528611?origin=crossref>
 64. Van Delden JJM. The unfeasibility of requests for euthanasia in advance directives. *J Med Ethics* [Internet]. 2004;30(5):447-51. Disponible en: <http://jme.bmj.com/cgi/doi/10.1136/jme.2002.002857>
 65. Zimmermann C. Acceptance of dying: a discourse analysis of palliative care literature. *Soc Sci Med* [Internet]. 2012;75(1):217-24. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.02.047>
 66. Nissim R, Gagliese L, Rodin G. The desire for hastened death in individuals with advanced cancer: a longitudinal qualitative study. *Soc Sci Med* [Internet]. 2009;69(2):165-71. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.04.021>
 67. Ganzini L, Nelson HD, Schmidt TA, Kraemer DF, Delorit MA, Lee MA. Physicians' experiences with the Oregon Death with Dignity Act. *N Engl J Med* [Internet]. 2000;342(8):557-63. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJM200002243420806>
 68. Emanuel EJ, Fairclough DL, Emanuel LL. Attitudes and desires related to euthanasia and physician-assisted suicide among terminally ill patients and their caregivers. *J Am Med Assoc*. 2000;284(19):2460-8.

69. Chochinov HM, Tataryn D, Clinch JJ, Dudgeon D. Will to live in the terminally ill. *Lancet*. 1999;354:816-9.
70. Demertzi A, Ledoux D, Bruno M-A, Vanhaudenhuyse A, Gosseries O, Soddu A, et al. Attitudes towards end-of-life issues in disorders of consciousness: a European survey. *J Neurol* [Internet]. 2011;258(6):1058-65. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s00415-010-5882-z>
71. Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, Mowchun N, Lander S, Levitt M, et al. Desire for death in the terminally ill. *Am J Psychiatry*. 1995;152(8):1185-91.
72. Emanuel EJ, Emanuel LL. The promise of a good death. *Lancet*. 1998;351(SUPPL.2):21-9.
73. Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, Kaim M, Funesti-Esch J, Galietta M, et al. Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *JAMA-Journal Am Med Assoc*. 2000;284(22):2907-11.
74. Pasman HRW, Rurup ML, Willems DL, Onwuteaka-Philipsen BD. Concept of unbearable suffering in context of ungranted requests for euthanasia: Qualitative interviews with patients and physicians. *BMJ*. 2009;339(b4362):1-6.
75. Miller FG. Treatment-resistant depression and physician-assisted death. *J Med Ethics* [Internet]. 2015;41(11):885-6. Disponible en: <http://jme.bmj.com/lookup/doi/10.1136/medethics-2015-103060>
76. Sullivan MD, Ganzini L, Youngner SJ. Should psychiatrists serve as gatekeepers for physician-assisted suicide? *Hastings Cent Rep* [Internet]. 1998;28(4):24-31. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/3528610?origin=crossref>
77. Asch DA. The role of critical care nurses in euthanasia and assisted suicide. *N Engl J Med* [Internet]. 1996;334(21):1374-9. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJM199605233342106>
78. Lowe SL. The right to refuse treatment is not a right to be killed. *J Med Ethics* [Internet]. 1997;23(3):154-63. Disponible en:

<http://jme.bmj.com/cgi/doi/10.1136/jme.23.3.154>

79. Hopkins PD. Why does removing machines count as «passive» euthanasia? *Hastings Cent Rep* [Internet]. 1997;27(3):29-37. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/3528666?origin=crossref>
80. McGee A. Me and my body: the relevance of the distinction for the difference between withdrawing life support and euthanasia. *J Law, Med Ethics* [Internet]. 2011;39(4):671-7. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1111/j.1748-720X.2011.00634.x>
81. McLachlan H V. Assisted suicide and the killing of people? Maybe. Physician-assisted suicide and the killing of patients? No: the rejection of Shaw's new perspective on euthanasia. *J Med Ethics* [Internet]. 2010;36(5):306-9. Disponible en: <http://jme.bmj.com/cgi/doi/10.1136/jme.2009.033118>
82. De Haan J. The ethics of euthanasia: advocates' perspectives. *Bioethics* [Internet]. 2002;16(2):154-72. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/1467-8519.00276>
83. Rietjens JAC, van Delden JJM, van der Heide A, Vrakking AM, Onwuteaka-Philipsen BD, van der Maas PJ, et al. Terminal Sedation and Euthanasia. *Arch Intern Med* [Internet]. 2006;166(7):749-53. Disponible en: <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archinte.166.7.749>
84. Chochinov HM, Hack T, Hassard T, Kristjanson LJ, McClement S, Harlos M. Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *J Clin Oncol*. 2005;23(24):5520-5.
85. Callahan D. Organized obfuscation: advocacy for physician-assisted suicide. *Hastings Cent Rep*. 2008;38(5):30-2.
86. Van den Block L, Deschepper R, Bilsen J, Bossuyt N, van Casteren V, Deliens L. Euthanasia and other end of life decisions and care provided in final three months of life: nationwide retrospective study in Belgium. *BMJ* [Internet]. 2009;339(b2772):1-8. Disponible en: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.b2772>

87. Helgesson G, Lynøe N, Juth N. Value-impregnated factual claims and slippery-slope arguments. *Med Heal Care Philos* [Internet]. 2017;20(1):147-50. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s11019-016-9723-4>
88. Burgess JA. The great slippery-slope argument. *J Med Ethics* [Internet]. 1993;19(3):169-74. Disponible en: <http://jme.bmj.com/cgi/doi/10.1136/jme.19.3.169>
89. Chambaere K, Bilsen J, Cohen J, Onwuteaka-Philipsen BD, Mortier F, Deliens L. Physician-assisted deaths under the euthanasia law in Belgium: a population-based survey. *Can Med Assoc J* [Internet]. 2010;182(9):895-901. Disponible en: <http://www.cmaj.ca/cgi/doi/10.1503/cmaj.091876>
90. Seale C. Hastening death in end-of-life care: a survey of doctors. *Soc Sci Med* [Internet]. 2009;69(11):1659-66. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.09.025>
91. Foley K, Hendin H. The Oregon report. Don't ask, don't tell. *Hastings Cent Rep* [Internet]. 1999;29(3):37-42. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/3528194?origin=crossref>
92. Chochinov HM, Hack T, McClement S, Harlos M, Kristjanson LJ. Dignity in the terminally ill: a cross-sectional, cohort study. *Lancet*. 2002;360:2026-30.
93. Chochinov HM. Dying, dignity, and new horizons in palliative end-of-life care. *CA Cancer J Clin* [Internet]. 2006;56(2):84-103. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.3322/canjclin.56.2.84>
94. Van Der Heide A, Deliens L, Faisst K, Nilstun T, Norup M, Paci E, et al. End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study. *Lancet*. 2003;362(9381):345-50.
95. Rodin G, Lo C, Mikulincer M, Donner A, Gagliese L, Zimmermann C. Pathways to distress: the multiple determinants of depression, hopelessness, and the desire for hastened death in metastatic cancer patients. *Soc Sci Med* [Internet]. 2009;68(3):562-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.10.037>

10. ANEXOS

Anexo 1. Tabla de bibliografía

Tabla 3. Artículos incluidos en la bibliografía. Elaboración propia.

Autor	Año	Revista	Nivel de evidencia	Resultados de interés
Van der Maas PJ, van Delden JJM, Pijnenborg L et al.	1991	<i>The Lancet</i>	Q1 (Medicine, General & Internal)	Estudio empírico nacional encargado por el gobierno de Holanda (informe Remmelink) para investigar la incidencia de la eutanasia y otras decisiones al final de la vida en la práctica clínica.
Burgess JA	1993	<i>Journal of Medical Ethics</i>	FI: 0,648	Analiza diferentes versiones del argumento de la pendiente resbaladiza, aceptando unas como buenas y rechazando otras como malas. También declara las condiciones que deberían darse para que se produjera la pendiente resbaladiza.
Chochinov HM, Wilson KG, Enns M et al.	1995	<i>American Journal of Psychiatry</i>	Q1 (Psychiatry)	Estudia el cambio de opinión en el deseo de muerte de pacientes terminales. Expone que este deseo podría deberse a condiciones psíquicas potencialmente tratables. Los pacientes con depresión tienen una visión negativa que podría influir en su proceso de toma de decisiones.
Bachman JG, Alcer KH, Doukas DJ et al.	1996	<i>New England Journal of Medicine</i>	Q1 (Medicine, General & Internal)	La legalización de la muerte asistida fue rechazada mediante un referéndum tanto en California como en Washington.
Van der Maas PJ, van der Wal G, Haverkate I, et al.	1996	<i>New England Journal of Medicine</i>	Q1 (Medicine, General & Internal)	Estudio hecho utilizando la misma metodología que el de 1990 sobre la práctica de la muerte asistida en Holanda. Incluye dos estudios: el primero, entrevistas hechas a 405

				médicos; el segundo, el análisis de cuestionarios enviados a los médicos que atendieron una gran cantidad de muertes identificadas a partir de certificados de defunción.
Asch DA	1996	<i>New England Journal of Medicine</i>	Q1 (Medicine, General & Internal)	No hay diferencia moral entre matar y dejar morir. Mantener la prohibición legal de la eutanasia puede ayudar a evitar abusos.
Van der Wal G, van der Maas PJ, Bosma JM et al.	1996	<i>New England Journal of Medicine</i>	Q1 (Medicine, General & Internal)	Evaluación del procedimiento de notificación de eutanasia y suicidio asistido comisionado por los ministros de Salud y Justicia de Holanda. La tasa de notificación subió al 41% (6324 casos notificados).
Lowe SL	1997	<i>Journal of Medical Ethics</i>	Q1 (Philosophy)	Argumenta que desconectar al paciente del respirador bajo su petición no constituye una forma de "rechazo del tratamiento" lícita, sino que es un asesinato.
Hopkins PD	1997	<i>The Hastings Center Report</i>	FI: 1,125	Defiende que moralmente es lo mismo matar que dejar morir. Dice que, si se reconoce el derecho a rechazar el tratamiento, también debería permitirse la eutanasia y el suicidio asistido.
Sullivan MD, Ganzini L, Youngner SJ	1998	<i>The Hastings Center Report</i>	FI: 0,797	Analiza el concepto de competencia y expone que la relación entre la enfermedad mental y la capacidad de decisión en pacientes terminales no está clara.
Safranek JP	1998	<i>The Hastings Center Report</i>	FI: 0,797	Cuestiona el argumento utilizado a favor de la legalización de la eutanasia basado en la autonomía del paciente.
Emanuel EJ, Emanuel LL	1998	<i>The Lancet</i>	Q1	Más de un tercio de los pacientes terminales podría sufrir depresión.

			(Medicine, General & Internal)	
Salem T	1999	<i>The Hastings Center Report</i>	Q1 (Social Sciences, Biomedical)	Defiende que el suicidio asistido es medicalizar la muerte, y que la autonomía de la persona no es tal, ya que depende de la aprobación de los médicos.
Foley K, Hendin H	1999	<i>The Hastings Center Report</i>	Q1 (Social Sciences, Biomedical)	Expone una queja sobre la falta de transparencia del primer informe de Oregón sobre el suicidio asistido.
Chochinov HM, Tataryn D, Clinch JJ et al.	1999	<i>The Lancet</i>	Q1 (Medicine, General & Internal)	El deseo de vivir en pacientes terminales con cáncer es altamente inestable.
Deliens L, Mortier F, Bilsen J et al.	2000	<i>The Lancet</i>	Q1 (Medicine, General & Internal)	Estudio empírico similar a los estudios nacionales realizados en Holanda para averiguar la verdadera incidencia de la eutanasia y otras decisiones al final de la vida. La investigación se centra en el territorio de Flandes.
Breitbart W, Rosenfield B, Pessin H et al.	2000	<i>JAMA</i>	Q1 (Medicine, General & Internal)	Los pacientes con depresión mayor tienen cuatro veces más posibilidades de tener un fuerte deseo de acelerar la muerte.
Ganzini L, Nelson H, Schmidt T et al.	2000	<i>New England Journal of Medicine</i>	Q1 (Medicine, General & Internal)	Los motivos más frecuentes para solicitar el SA en el primer año de su legalización en Oregón son psíquicos y no físicos. Algunos pacientes, al recibir cuidados paliativos, cambian de opinión y ya no solicitan el SA.
Emanuel EJ, Fairclough DL, Emanuel LL	2000	<i>Journal of the American Medical Association</i>	Q1 (Medicine, General & Internal)	Muchas personas creen que el dolor es uno de los principales motivos para solicitar la eutanasia. Los cuidadores que dicen que el cuidado ha interferido en sus vidas, están más a favor de la eutanasia para los pacientes que se sienten una carga.

De Haan J	2002	<i>Bioethics</i>	Q1 (Ethics)	La actitud paternalista sólo defiende tratar a una persona como quiere ser tratada si esto es bueno para ella.
Chochinov HM, Hack T, McClement S et al.	2002	<i>The Lancet</i>	Q1 (Medicine, General & Internal)	Ambas posiciones del debate invocan el concepto de dignidad. Los pacientes que tienen menos sentido de dignidad tienen más probabilidad de tener un deseo de muerte.
Lee D	2003	<i>The Hastings Center Report</i>	Q1 (Ethics)	El autor analiza alguno de los argumentos que se esgrimen contra esta legalización y llega a la conclusión de que no son lo suficientemente concluyentes para prohibir el suicidio asistido.
Onwuteaka-Philipsen BD, van der Heide A, Koper D et al.	2003	<i>The Lancet</i>	Q1 (Medicine, General & Internal)	Estudio nacional para la evaluación de la práctica de la muerte asistida en Holanda mediante análisis de certificados de defunción y entrevistas a médicos. Similar a los estudios realizados en 1995 y 1990.
Van der Heide A, Deliens L, Faisst K et al.	2003	<i>The Lancet</i>	Q1 (Medicine, General & Internal)	Estudio sobre decisiones la final de la vida en seis países europeos. En todos excepto en Holanda, la eutanasia involuntaria o no voluntaria ocurría con más frecuencia que la ILV.
Van Delden JJM	2004	<i>Journal of Medical Ethics</i>	Q1 (Medical Ethics)	Expone que los requisitos que la Ley holandesa exige no pueden cumplirse cuando la eutanasia se lleva a cabo atendiendo la declaración de voluntades anticipadas, cuando el paciente ya no es competente.
Rietjens JAC, van der Heide A, Vrakking AM et al.	2004	<i>Annals of Internal Medicine</i>	Q1 (Medicine, General & Internal)	Las enfermeras muchas veces intervienen en la toma de decisiones de los médicos. El estudio muestra que el 36% de los médicos encuestados no tuvieron

				intención de acelerar la muerte en la última sedación terminal que practicaron.
Chochinov HM, Hack T, Hassard T et al.	2005	<i>Journal of Clinical Oncology</i>	Q1 (Oncology)	La eutanasia no se solicita principalmente por dolor físico. Los cuidados al final de la vida deben llegar más allá de la esfera del dolor y los síntomas físicos.
Chochinov HM	2006	<i>CA-A Cancer Journal for Clinicians</i>	Q1 (Oncology)	Los cuidados al final de la vida deben ir más allá del dolor y otros síntomas físicos. Describe qué factores contribuyen a una buena muerte.
Cohen J, Marcoux I, Bilsen J et al.	2006	<i>Social Science & Medicine</i>	Q1 (Social Sciences, Biomedical)	Cada vez hay más críticas hacia los tratamientos fútiles en enfermos terminales.
Rietjens JAC, van Delden JJM, van der Heide A et al.	2006	<i>Archives of Internal Medicine</i>	Q1 (Medicine, General & Internal)	La sedación terminal y la eutanasia, por lo general, se aplican por diferentes motivos.
Miccinesi G, Rietjens JAC, Deliëns L et al.	2006	<i>Journal of Pain and Symptom Management</i>	Q1 (Medicine, General & Internal)	Expone el uso de la sedación profunda continua en seis países europeos mediante el análisis de registros de defunción y de cuestionarios enviados a los médicos que atendieron estas muertes.
Dieterle JM	2007	<i>Bioethics</i>	Q1 (Ethics)	Alega objeciones frente a varios argumentos en contra de la legalización del suicidio asistido, como la pendiente resbaladiza, la presión social o la maldad intrínseca de acabar con la vida de una persona.
Van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD, Rurup ML et al.	2007	<i>New England Journal of Medicine</i>	Q1 (Medicine, General & Internal)	Estudio que utiliza la misma metodología que los anteriores estudios nacionales realizados en Holanda sobre la práctica de la eutanasia. Se analizan cuestionarios enviados a médicos que atendieron un gran número de muertes, habiendo sido seleccionados estos casos a partir de una

				muestra estratificada de certificados de defunción.
Callahan D	2008	<i>The Hastings Center Report</i>	Q1 (Ethics)	Cuestiona la transparencia de la Ley de Oregón en cuanto a que no se revelan datos suficientes como para saber si hay o no abusos.
Seale C.	2009	<i>Social Science and Medicine</i>	Q1 (Social Sciences, Biomedical)	Niega que haya evidencia de un descenso por la pendiente resbaladiza.
Van den Block L, Deschepper R, Bilsen J et al.	2009	<i>BMJ</i>	Q1 (Medicine, General & Internal)	En Bélgica, una ley de cuidados paliativos se aprobó al mismo tiempo que se despenalizó la eutanasia.
Quill TE, Lo B, Brock DW et al.	2009	<i>Annals of Internal Medicine</i>	Q1 (Medicine, General & Internal)	Explica tres tipos diferentes de sedación paliativa (sedación ordinaria, sedación paliativa proporcionada y sedación paliativa hacia la inconsciencia), el consenso que hay en el uso de cada una de ellas y sus indicaciones. La más controvertida es la sedación paliativa hacia la inconsciencia.
Rodin G, Lo C, Mikulincer M et al.	2009	<i>Social Science & Medicine</i>	Q1 (Social Sciences, Biomedical)	Un bajo nivel de bienestar espiritual contribuye a una mayor probabilidad de desarrollar un deseo de acelerar la muerte.
Pasman HRW, Rurup ML, Willems DL et al.	2009	<i>BMJ</i>	Q1 (Medicine, General & Internal)	Muchos creen que el dolor físico es uno de los principales motivos para solicitar la eutanasia. Holanda permite la eutanasia por sufrimiento psíquico.
Nissim R, Gagliese L, Rodin G	2009	<i>Social Science & Medicine</i>	Q1 (Social Sciences, Biomedical)	La desesperanza en los pacientes terminales es normalmente transitoria, al igual que su deseo de acelerar la muerte.
McLachlan H	2010	<i>Journal of Medical Ethics</i>	Q1 (Ethics)	Expone que, aunque no hubiera diferencia moral entre matar y dejar morir, sería perfectamente razonable que hubiera una diferencia legal atendiendo,

				por ejemplo, a cómo se vería afectado el rol del médico si pudiera matar a sus pacientes.
Chambaere K, Bilsen J, Cohen J et al.	2010	<i>Canadian Medical Association Journal</i>	Q1 (Medicine, General & Internal)	Los que se oponen a la muerte asistida alegan que la legalización de la eutanasia hará que se incremente el uso de fármacos eutanásicos sin una petición explícita, especialmente entre pacientes vulnerables.
Verbakel E, Jaspers E	2010	<i>Public Opinion Quarterly</i>	Q1 (Social Sciences, Interdisciplinary)	Denomina eutanasia pasiva a la retirada de tratamiento de soporte vital. Las personas religiosas o las que viven en un contexto religioso se oponen más a la eutanasia.
Smets T, Bilsen J, Cohen J et al.	2010	<i>Medical Care</i>	Q1 (Health Care Sciences & Services)	El estudio muestra el análisis de todos los casos de eutanasia notificados en Bélgica hasta el 2007. Examina la frecuencia de notificación, características de los pacientes, fármacos usados y tendencias a lo largo del tiempo.
Smets T, Bilsen J, Cohen J et al.	2010	<i>BMJ</i>	Q1 (Medicine, General & Internal)	Investiga la tasa de notificación de la eutanasia en Flandes. Muestra las características de los casos no notificados.
Miller FG, Truog RD, Brock DW	2010	<i>Bioethics</i>	Q1 (Medical Ethics)	Argumenta que la diferencia moral entre matar (eutanasia) y dejar morir (rechazo del tratamiento) está basada en una serie de ficciones morales. Defiende la igualdad moral de estas acciones.
Schüklenk U, van Delden JJM, Downie J et al.	2011	<i>Bioethics</i>	Q1 (Medical Ethics)	Se trata de un informe producido por un equipo internacional de expertos que incluye cinco apartados. Realiza una revisión de argumentos y de los datos concernientes a la eutanasia en otros países.

Demertzi A, Ledoux D, Bruno M-A et al.	2011	<i>Journal of Neurology</i>	Q1 (Clinical Neurology)	Los pacientes pueden adaptarse a su nueva situación y cambiar de opinión respecto al deseo de muerte.
McGee A	2011	<i>The Journal of Law, Medicine & Ethics</i>	Q1 (Ethics)	Ataca el argumento utilizado por David Shaw para decir que es lo mismo matar y dejar morir. Expone que es incorrecto decir que somos nuestra "mente", viendo el cuerpo meramente como un sustento de la vida, equiparándolo con un respirador.
Raus K, Sterckx S, Mortier F	2011	<i>The American Journal of Bioethics</i>	Q1 (Medical Ethics)	Analiza cuatro versiones del argumento que señala que la sedación continua es una alternativa preferible al suicidio asistido. Expone el argumento de la pendiente resbaladiza.
Tamayo-Velázquez M, Simón-Lorda P, Cruz-Piqueras M	2012	<i>Nursing Ethics</i>	Q2 (Nursing)	Estudio descriptivo y transversal conducido mediante un cuestionario dirigido a enfermeros andaluces sobre la eutanasia y el suicidio asistido. La mayor parte favorece su legalización; el estudio también muestra cierto desconocimiento sobre el estado legal de esta práctica en España.
Zimmermann C	2012	<i>Social Science and Medicine</i>	Q1 (Social Sciences, Biomedical)	El proceso de muerte sigue varias fases, desde la negación hasta la aceptación. Critica la desaparición del carisma inicial del movimiento <i>hospice</i> de cuidados paliativos.
Onwuteaka-Philipsen BD, Brinkman-Soppelenburg A, Penning C, et al.	2012	<i>The Lancet</i>	Q1 (Medicine, General & Internal)	Estudio que utiliza la misma metodología que los anteriores estudios nacionales realizados en Holanda sobre la práctica de la eutanasia. Se analizan cuestionarios enviados a médicos que atendieron un gran número de muertes,

				habiendo sido seleccionados estos casos a partir de una muestra estratificada de certificados de defunción.
Hendry M, Pasterfield D, Lewis R et al.	2013	<i>Palliative Medicine</i>	Q1 (Medicine, General & Internal)	Revisión sistemática acerca la opinión pública sobre la eutanasia. Recoge las perspectivas ciudadanas de diferentes países y las razones por las que la gente solicitaría la muerte asistida.
Sjöstrand M, Helgesson G, Eriksson S et al.	2013	<i>Medicine, Health Care and Philosophy</i>	Q1 (Ethics)	Explica el razonamiento que establece que, puesto que hay que defender la autonomía del paciente, no debería permitirse la eutanasia ni el suicidio asistido, puesto destruyen esa misma autonomía.
Ten Have HAMJ, Welie JVM	2014	<i>Journal of Pain and Symptom Management</i>	Q1 (Medicine, General & Internal)	Es una revisión sobre el debate ético en torno a la sedación paliativa. Analiza las diferencias entre la sedación paliativa y la eutanasia y alega que algunas formas de sedación deberían considerarse eutanasia.
Varelius J	2014	<i>Journal of Medical Ethics</i>	Q1 (Ethics)	Explica que decir que los problemas existenciales no son competencia de la medicina, no es un argumento válido para ir en contra de la eutanasia para personas con sufrimiento existencial que lo soliciten (sin problemas físicos), ya que para realizar eutanasia por otros motivos, el médico también tiene que valorar problemas existenciales.
Miller FG	2015	<i>Journal of Medical Ethics</i>	Q1 (Ethics)	El autor se opone a la eutanasia de pacientes con depresión resistente al tratamiento. Aunque la depresión haya sido resistente a varios tratamientos, el médico no puede asegurar que el paciente no tenga

				posibilidad de recibir ayuda terapéutica significativa.
Bollig G, Gjengedal E, Rosland JH	2016	<i>Palliative Medicine</i>	Q1 2017 (Medicine, General & Internal)	Muchos pacientes y sus familiares confían en las enfermeras para ayudarles a tomar decisiones al final de la vida.
Emanuel EJ, Onwuteaka- Philipsen BD, Urgin JW et al.	2016	<i>JAMA</i>	Q1 (Medicine, General & Internal)	Revisión bibliográfica de diferentes estudios entre los años 1947 y 2016 con la intención de presentar de un modo global la práctica de la muerte asistida en Estados Unidos, Canadá y algunos países europeos, así como la opinión pública y la médica sobre esta práctica.
Helgesson G, Lynøe N, Juth N	2017	<i>Medicine, Health Care and Philosophy</i>	Q1 (Ethics)	Defiende que muchos argumentos basados en la “pendiente resbaladiza” están influenciados por juicios de valor.
Miller DG, Dresser R, Kim SYH	2019	<i>Journal of Medical Ethics</i>	Q1 2017 (Medical Ethics)	Sirviéndose de un ejemplo concreto, los autores cuestionan la práctica de la eutanasia basada en las declaraciones de voluntades anticipadas debido a su difícil aplicación.

Artículos escogidos de entre la bibliografía de los anteriores.

Autor	Año	Revista	Nivel de evidencia	Resultados de interés	Hallado en:
Ten Have HAMJ, Welie JVM	1992	<i>The Hasting Center Report</i>	¿? Q1 2000 (Medical Ethics)	Artículo que reacciona al publicado por Van der Maas PJ et al. (1991). Habla especialmente sobre las muertes sin petición explícita del paciente. También reacción al informe Rimmelink y critica su imparcialidad.	Onwuteaka-Philipsen B, Brinkman-Stoppelenburg A et al; 2012
Kissane DW, Street A, Nitschke P	1998	<i>The Lancet</i>	Q1 (Medicine, General & Internal)	Los autores hacen una revisión de las siete muertes que se dieron bajo la ley de eutanasia que estuvo en vigor en Australia durante nueve meses en 1996-97.	Emanuel E, Onwuteaka-Philipsen B et al; 2016
Jansen LA, Sulmasy DP	2002	<i>Annals of Internal Medicine</i>	Q1 (Medicine, General & Internal)	Explica el principio de doble efecto.	Miccinesi G, Rietjens L et al; 2006
Rietjens JAC, van Delden JJM, et al.	2006	<i>Archives of Internal Medicine</i>	Q1 (Medicine, General & Internal)	Realizan una comparación de la práctica de la eutanasia y la sedación terminal mediante entrevistas personales a 410 facultativos.	Van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD et al; 2007

Anexo 2. Carta de solicitud al Colegio Oficial de Enfermería de Navarra

Arantxa Osinaga Erroz
Colegio Oficial de Enfermería de Navarra
Calle Pintor Maeztu 4, 1º A
31008 Pamplona (Navarra)

Lunes 20 de mayo de 2019

Estimada Arantxa:

Mi nombre es Diana Catalán, graduada en Enfermería por la UPNA, y me dirijo a usted con el fin de proponerle un curso de formación dirigido a enfermeras de Navarra y, si es de su conformidad, ofertarlo a través del Colegio.

Si le parece oportuno, me gustaría entrevistarme con usted para exponerle personalmente las características de este curso que considero enriquecería la oferta formativa del Colegio.

En cualquier caso, le avanzo una breve información a continuación.

El objetivo principal del curso es formar a las enfermeras colegiadas en Navarra en el debate de la eutanasia y en la asistencia a pacientes en situación terminal, según sus necesidades específicas, tema de gran actualidad en el momento presente.

Los contenidos del curso se centrarían en los siguientes apartados:

- ¿Qué es la muerte asistida? Se explicarán los términos “eutanasia” y “suicidio asistido”.
- Estatus legal de la eutanasia y el suicidio asistido a nivel internacional.
- Situación legal de la eutanasia y el suicidio asistido en España.
- Exposición de los principales argumentos a favor y en contra de la eutanasia y el suicidio asistido.
- ¿Qué son los cuidados paliativos?
- Control de síntomas en pacientes terminales.
- Otras necesidades del paciente terminal y su familia.
- Fármacos más empleados en cuidados paliativos.
- Ayudas a la dependencia y otras ayudas sociales.

El curso iría dirigido, en primer lugar, a las enfermeras que desarrollan su actividad profesional en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y en el área de Atención Primaria, ya que están más en contacto con el final de la vida. En segundo lugar, a todas las enfermeras generalistas que trabajan en Navarra. El cupo de las sesiones será de 25 personas como máximo, y 15 como mínimo.

El plazo de inscripción podría comenzar el 1 de agosto de 2019 y se extendería hasta el 30 de dicho mes. La inscripción se realizaría de manera presencial. Los solicitantes serían admitidos por orden de inscripción hasta completar el cupo de 25 personas.

El curso se programaría para el primer y segundo sábado del mes de septiembre para enfermeras de UCIs y Atención Primaria, y el tercer y cuarto sábado para enfermeras generalistas. El curso constaría de dos sesiones, cada una con una duración de 3 horas. Se realizaría en horario de tarde, de 16:00 a 19:15, con 15 minutos de descanso. Tendría lugar en la sede en Pamplona del Colegio de Enfermería.

Solicitaría también la difusión del curso a través de la página web del Colegio de Enfermería.

Quedo a la espera de sus noticias y agradezco su atención.

Atentamente,

Diana Catalán

Atención al final de la vida

CURSO FORMATIVO

Enfermeras de UCIs y Atención Primaria: 7 y 14 de septiembre de 2019

Enfermeras generalistas: 21 y 28 de septiembre de 2019

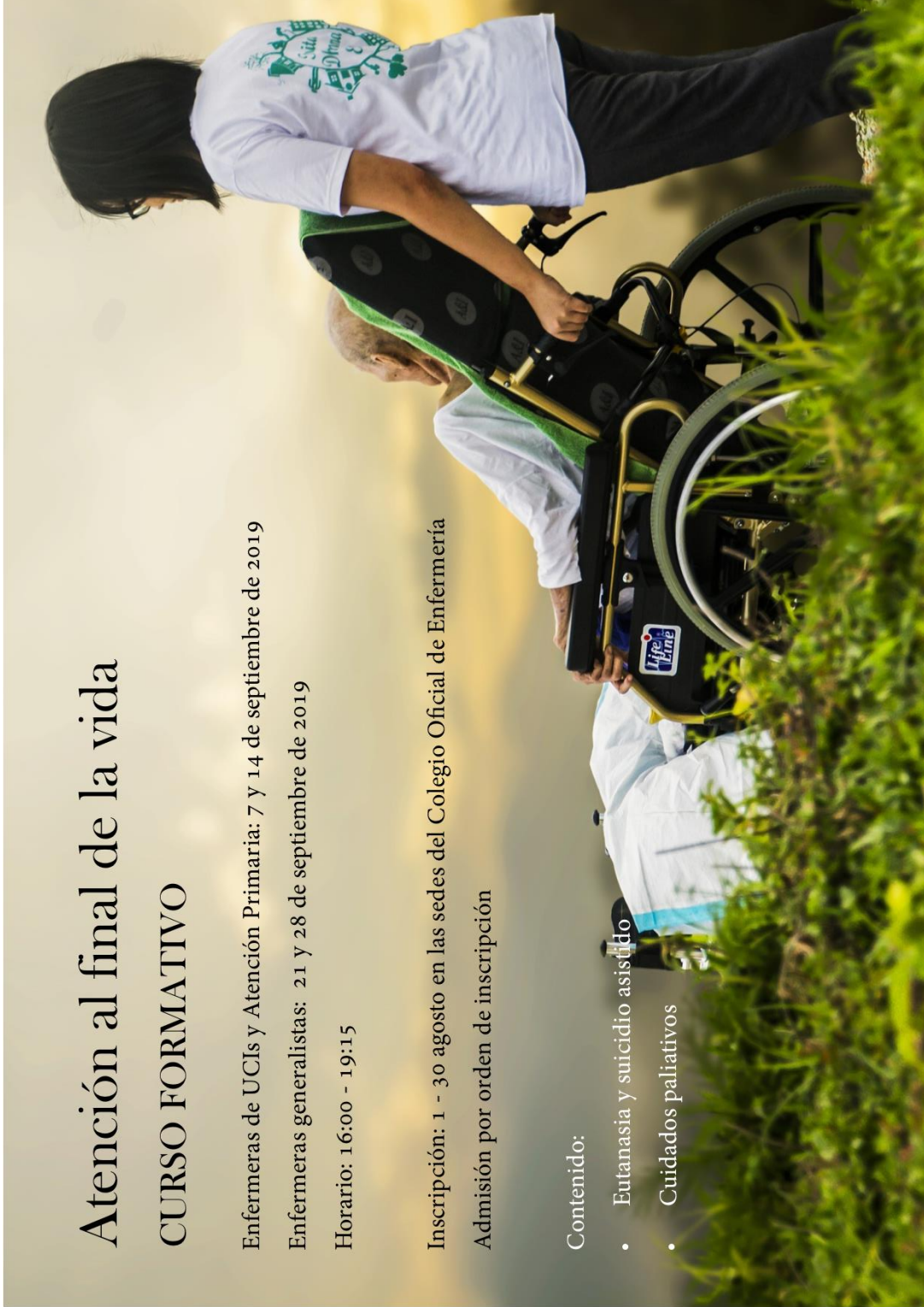
Horario: 16:00 - 19:15

Inscripción: 1 - 30 agosto en las sedes del Colegio Oficial de Enfermería

Admisión por orden de inscripción

Contenido:

- Eutanasia y suicidio asistido
- Cuidados paliativos



Anexo 4. Cuestionario de conocimientos previos

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS PREVIOS

¿En qué servicio trabaja como enfermera/o? _____

¿Qué es la eutanasia?

¿Sabe en qué países está despenalizada la eutanasia o el suicidio asistido? Sí No

¿Conoce el estatus legal de la eutanasia en España? Sí No

¿Conoce algún argumento a favor o en contra de la muerte asistida? Indique alguno:

¿Qué cree que es lo más importante para un paciente en situación terminal?

¿Conoce las ayudas a la dependencia? Sí No

¿Conoce las funciones de un equipo de cuidados paliativos? Sí No

¿Qué entiende por “muerte digna”?

Anexo 5. Evaluación

EVALUACIÓN

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha: ____ - ____ - _____

Marque con una X la puntuación que considere más acorde:

(1 totalmente en desacuerdo, 5 totalmente de acuerdo)

EVALUACIÓN DE LA ESTRUCTURA					
	1	2	3	4	5
El tema tratado resulta de interés					
La duración de cada sesión ha sido adecuada					
El horario ha facilitado la asistencia al curso					
El lugar ha reunido las condiciones suficientes					
El número de participantes ha sido adecuado					
Aspectos que mejoraría:					

EVALUACIÓN DEL PROCESO					
	1	2	3	4	5
La formación de los ponentes era adecuada para desarrollar los contenidos de la charla					
Se ha podido impartir el contenido íntegro de ambas sesiones					
Sugerencias:					

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS					
	1	2	3	4	5
Comprendo el significado de los términos "eutanasia" y "suicidio asistido"					
Conozco las ayudas a la dependencia y otras ayudas					
Identifico las necesidades de los pacientes al final de la vida					
Conozco la labor de los profesionales de cuidados paliativos					
El curso me ha sido de gran utilidad					
He mejorado mis conocimientos sobre la atención a pacientes en situación terminal					
Recomendaría esta charla a mis compañeros					
Valoración global del curso (del 1 al 10):					