



DIPUTACIÓN DE PALENCIA



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

Escuela de Enfermería de Palencia “Dr. Dacio Crespo”

GRADO EN ENFERMERIA Curso académico (2016-17)

Trabajo Fin de Grado

Estudio comparativo: Eutanasia en España y el resto de países europeos.

Alumno: Ana Pascual Martín

Tutor: Rafael M. Medrano López

Fecha: JUNIO 2017

INDICE

RESUMEN.....	1
Palabras clave	1
INTRODUCCION.....	1
Definición de eutanasia	1
Tipos de eutanasia	2
Antecedentes históricos de la eutanasia	3
Bioética, enfermería y eutanasia	3
Principio de doble efecto.....	4
JUSTIFICACION	6
OBJETIVOS	7
MATERIAL Y METODOS	8
Los criterios de inclusión.....	9
Los criterios de exclusión	9
RESULTADOS	9
EUTANASIA EN LA ETICA Y EN ENFERMERIA	10
Artículos del Código Deontológico de enfermería	11
<i>Otros artículos del código</i>	11
Objeción de conciencia	12
EUTANASIA EN EUROPA	13
HOLANDA	13
Algunos antecedentes.....	13
La eutanasia en Holanda	14
Requisitos en Holanda	15
BELGICA	17
Normativa Belga	17
LUXEMBURGO	19
SUIZA.....	19
REINO UNIDO.....	20
FRANCIA.....	22

EUTANASIA EN ESPAÑA	23
Marco legislativo en España	23
Código penal Español	24
Una práctica ilegal aunque aceptada por la gran mayoría	25
Eutanasia: un debate truncado.....	25
Eutanasia y Religión	26
La vida, ¿es sagrada porque la otorga Dios?.....	26
No todas las religiones son iguales	27
CONCLUSIONES FINALES	27
BIBLIOGRAFIA	29
ANEXOS.....	33
TABLAS	34
MANIFIESTO DE SANTANDER	35
MANIFIESTO DE SEVILLA.....	36
EUTANASIA INFANTIL.....	38

EUTANASIA: ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE ESPAÑA Y EL RESTO DE PAISES EUROPEOS.

Resumen

Este Trabajo de Fin de Grado (TFG) es un estudio comparativo acerca de la eutanasia en España y el resto de países europeos. Eutanasia es una palabra que sigue suscitando polémica y dando que hablar en nuestro país, donde continua siendo ilegal. El presente estudio pretende hacer un análisis de la conducta eutanásica en aquellos países europeos en los que no está penada por la ley, dar una breve pincelada por los antecedentes de esta práctica en occidente y revisar los diversos factores religiosos y políticos que hacen que en España el derecho a morir siga formando parte de un debate pendiente y necesario aportando, para una mayor amplitud del estudio, una visión ética y enfermera del tema además del marco legislativo de cada país afectado y el código deontológico de la enfermería.

Palabras clave

Eutanasia, Europa, España, Iglesia Católica, Política, Ética, Enfermería.

INTRODUCCION

Según datos del último estudio realizado por el Centro de Investigaciones Sociológicas CIS (estudio 2803) el 73% de los españoles estaría a favor de legalizar la eutanasia. Entonces, ¿qué factores lo impiden? ¿Qué nos diferencia del resto de países europeos donde esta práctica sí es legal? De todo ello, hablaremos más adelante, pero comencemos por el principio.

Definición de eutanasia

Eutanasia: acto de provocar intencionadamente la muerte de una persona que padece una enfermedad incurable para evitar que sufra.

Tipos de eutanasia

Cuando hablamos de eutanasia deberíamos ser muy cautelosos y especificar de forma muy clara a qué tipo de eutanasia nos estamos refiriendo. Las diferentes situaciones que se pueden dar en torno a la eutanasia se pueden clasificar empleando distintos criterios

Si nos fijamos en qué circunstancias se produce la muerte, hay que diferenciar

Eutanasia pasiva y eutanasia activa.

- **La eutanasia pasiva** consiste en no hacer uso de la tecnología disponible para prolongar la vida de una persona cuando ésta se encuentra desahuciada o en fase terminal. Hemos de entender que cualquier acción en ese sentido únicamente conseguiría prolongar la vida de la persona por un breve periodo de tiempo con un sufrimiento innecesario. Para referirse a la **eutanasia pasiva** también se puede utilizar el término << ortotanasia >> que significa eutanasia correcta.
- **La eutanasia activa**, en cambio, supone la administración de algún fármaco o sustancia a una persona con la finalidad de acelerar su muerte. Algunos autores diferencian dos tipos de eutanasia activa: **directa e indirecta**. La **directa** es cuando se suministra alguna sustancia para mitigar el dolor pero que, como efecto secundario, puede abreviar la vida del enfermo (como ciertos derivados de la morfina). En la **indirecta** la finalidad no es acabar con la vida del enfermo, sin embargo en algunos casos se puede acelerar su fin, aunque no es el objetivo.

Tanto en un caso como en el otro la finalidad última es evitar el sufrimiento. En la **eutanasia pasiva** el médico no interviene, ya que la muerte es inevitable y lo máximo que se podría hacer es prolongar la vida brevemente y con un sufrimiento injustificable. En cambio en **la eutanasia activa** la muerte no sucede por causas naturales sino que es provocada, evidentemente solo en circunstancias excepcionales.

Si nos fijamos en quién toma la decisión, habría que diferenciar entre **eutanasia voluntaria, eutanasia no voluntaria y eutanasia involuntaria.**

- **La eutanasia voluntaria** es cuando la decisión es tomada o ha sido tomada por el afectado.
- **La eutanasia no voluntaria** cuando la decisión no es tomada por el afectado sino por otra persona, generalmente de la familia. Ésta solamente tiene sentido en el caso de que no exista la menor posibilidad de que el afectado pueda recuperar sus capacidades cognitivas y su estado sea irreversible.
- **La eutanasia involuntaria**, por su parte, es cuando la decisión no ha sido tomada por el afectado cuando habría podido dar su consentimiento. De hecho, ésta solo sucede en muy raras ocasiones, relacionadas con algunas prácticas médicas aceptadas, como la administración de dosis mayores de un fármaco que, como efecto secundario, puede causar la muerte del paciente o como consecuencia de la retirada de un tratamiento. Se sobreentiende que estas acciones se llevan a cabo cuando no hay más remedio

Antecedentes históricos de la eutanasia

Aunque se trata de una práctica que ya se realizaba en tiempos de Platón, los antecedentes más relevantes de los últimos tiempos son los casos de Jack Kevorkian y Karen Ann Quinlan.

La andadura de Kevorkian, o *el doctor muerte*, nombre con el que saltó a la fama, comienza en el año 1987, año en el que comenzó anunciándose como *médico asesor de enfermos desahuciados que desean morir con dignidad*. Fue condenado tras haber ayudado a morir a 130 personas. De su condena cumplió ocho años de cárcel, en los que no solo perdió su libertad sino también su licencia y con ella la posibilidad de ejercer la medicina para siempre. Murió el 3 de junio de 2011 dejando un debate que continúa abierto sobre la eutanasia.

Karen Ann Quinlan es la otra cara de la moneda, de esa moneda llamada muerte. Su historia comienza a los 21 años cuando sufre un derrame cerebral tras la nefasta mezcla de barbitúricos y alcohol durante el transcurso de una fiesta.

Su situación se fue deteriorando progresivamente hasta precisar ventilación mecánica y hallarse en un coma vegetativo persistente. La familia tuvo que acudir a la Corte Suprema de New Jersey para que la joven fuera desconectada.

Bioética, enfermería y eutanasia.

Cuando se habla de temas generados por el avance de la ciencia surgen interrogantes morales sin precedentes, sobre cómo y cuándo utilizar la tecnología para mantener a las personas con vida tal y como sucede con el tema que nos ocupa. La tecnología permite alterar dramáticamente la vida y la muerte en unidades hospitalarias altamente tecnificadas (Cuidados Intensivos y Neonatología), en las cuales, el personal de enfermería que allí trabaja junto con el resto de personal toma decisiones drásticas sobre la vida o la muerte de un ser humano, bajo el cuestionamiento de cuán ética ha sido su actuación. Ante estos dilemas, el deber del personal de salud, es tomar decisiones informadas y con plena conciencia ética, que implican la responsabilidad de proporcionar cuidados de salud, no sólo técnicamente bien realizados, sino con base en los principios éticos. El personal de enfermería, frecuentemente enfrenta dilemas de carácter moral dada su participación en estudios de investigación como autores o colaboradores, por tanto, debe considerar los aspectos bioéticos inherentes, sobre todo en aquellas investigaciones que involucran a seres humanos, sin olvidar que sus intervenciones para mejorar la práctica de salud, deberán dirigirse en beneficio de los mismos.

Es por ello, que el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) en el ámbito de la bioética ha desarrollado un código de ética de investigación, sustentado en que la investigación de enfermería es socialmente relevante y que ésta, debe cumplir con las normas éticas aceptadas. Emite una declaración que se basa en el Código de Nuremberg y la Declaración de Helsinki, entre cuyos principios éticos se destacan: Beneficencia (hacer el bien), Evitación de la maleficencia (no hacer daño), Fidelidad (crear confianza).

Principio de doble efecto

Para finalizar la introducción es necesario hacer hincapié en el principio de doble efecto aplicado a la eutanasia. El principio permite distinguir la eutanasia voluntaria y el suicidio médicamente asistido de actos como la sedación terminal o los tratamientos paliativos del dolor que producen como resultado un acortamiento de la expectativa de vida. Estas últimas acciones, aunque externamente pueden asemejarse a las primeras, difieren significativamente de ellas en su evaluación moral y jurídica.

La acción eutanásica (o el suicidio médicamente asistido) tiene como objetivo precisamente terminar con la vida del enfermo con el fin de que deje de sufrir. Es decir, la muerte es buscada como medio para el alivio del dolor. Por el contrario, las otras dos acciones no tienen como propósito privar de la vida al enfermo, sino únicamente aliviar su dolor.

Por esto, aunque en ellas se prevea que, como efecto colateral, puede acelerarse o de hecho se acelerará la muerte del paciente, su disposición ante la vida humana es completamente distinta:

De acuerdo a lo anterior, John Finnis¹ señala que, a pesar de su semejanza externa, existe una diferencia moral y jurídica fundamental entre elegir terminar con la vida de alguien, con el fin de terminar con su dolor, administrándole una droga en el transcurso de tres días para evitar sospechas y elegir administrarle una droga analgésica con el fin de aliviar su dolor, en una dosis determinada precisamente por la capacidad de la droga para curar el dolor, previendo que esa dosis podría causar la muerte en tres días. Esta segunda acción también sería inmoral y jurídicamente perseguible si falta una razón suficiente para aplicar ese tipo de medicamento (por ejemplo, si el paciente no está agonizando o si existen otras drogas que permitan paliar el dolor sin acortar la vida). Pero, a diferencia de ella, una acción cuyo fin inmediato u objeto sea terminar con la vida del paciente será *siempre* un homicidio, según el afamado profesor de Oxford. Aunque en algunos casos la distinción entre ambas acciones puede resultar difícil, no debe pensarse que ella depende exclusivamente del conocimiento de la inescrutable intención del agente.

Hay muchos factores objetivos que permiten diferenciarlas:

Por ejemplo, el tipo de fármacos o narcóticos utilizados y las dosis en que se suministran son un factor que se ha de tener en cuenta. Si se usa un fármaco que no tiene propiedades paliativas, entonces hay una prueba evidente de que la intención es la de realizar una eutanasia pasiva. Si la droga sirve para aliviar el dolor, todavía habrá que contrastar la dosis suministrada con la historia clínica del paciente y los registros de la forma en que anteriormente ha respondido al tratamiento.

Además, puede ser también relevante para este caso considerar la precedencia temporal de los efectos: Si el alivio del dolor precede a la muerte, hay menos razones para pensar que ésta fue tentada como un medio para aliviar el sufrimiento que las que habría en el caso en que la muerte se produce de modo inmediato o instantáneo. A continuación, una vez aclarados los conceptos más importantes formularemos una serie de cuestiones cuya respuesta iremos revelando a lo largo de estas páginas.

- ¿Cuál es la situación actual de España sobre la eutanasia? ¿Y del resto de Europa?
- ¿Cuáles son los artículos que formula nuestro código penal al respecto?
- ¿Qué papel juega la iglesia católica? ¿Y el resto de religiones de Europa?
- ¿A qué situación se enfrenta el personal de enfermería si concurre en esta práctica?

JUSTIFICACION

La eutanasia ha sido desde sus inicios un tema que ha suscitado una gran polémica a la par que curiosidad y donde en España aún queda mucho camino por recorrer ya que el debate continúa abierto. Por este motivo me parece muy importante señalar las diferencias entre nuestro país y el resto de Europa, esté o no legalizada esta práctica, ya que algunos, como veremos en el caso de Suiza, cuentan con otras posibles soluciones que resulta conveniente conocer para construir nuestra propia posición respecto a este asunto tan crucial para el ser humano en particular y para la sociedad en su conjunto.

OBJETIVOS

Objetivo *principal*:

- Identificar las diferencias entre España y el resto de países Europeos respecto a la eutanasia.

Objetivos *específicos*:

- Describir el marco legislativo de España y Europa.
- Exponer el comportamiento del profesional de enfermería ante situaciones comprometidas en la última etapa de la vida.
- Exponer las diferentes alternativas cuando la ley no ampara la eutanasia.
- Realizar una aproximación a la eutanasia infantil fuera de nuestras fronteras.

MATERIAL Y METODOS

El estudio se centra en una revisión bibliográfica en las diferentes bases de datos tales como SCIELO, CUIDEN y LILACS, además de una exhaustiva búsqueda por los diferentes portales de sanidad dentro del territorio nacional en el periodo comprendido entre enero y mayo del presente 2017 ; de todos los artículos encontrados se escogieron los mejores por su pertenencia y adecuación al tema.

Se emplearon una serie de términos DeCS (Descriptores de Ciencias de la Salud) y MeSH (Medical Subject Headings) combinándose con los operadores booleanos *and* y *or*.

DeCS	MeSH
EUTANASIA	EUTHANASIA o MERCY KILLING
ENFERMERIA	NURSES'S OFFICE
IGLESIA CATOLICA	CATHOLIC CHURCH
MUERTE DIGNA	DIGNIFIED DEATH
EUROPA	EUROPE
ESPAÑA	SPAIN

Asi mismo también se han consultado diferentes páginas de salud que se citan a continuación:

- Asociación en Defensa de una Muerte Digna(DMD)
- Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG)

En la siguiente tabla (tabla 1) aparece la búsqueda de forma visual para obtener toda la información de un solo vistazo facilitando así la labor del lector.

Fuente	Artículos encontrados	Artículos rechazados	Artículos seleccionados
LILACS	194	185	9
Scielo	138	118	20
Cuiden	14	10	4
Otras fuentes	4	0	4

Tabla 1

Los criterios de inclusión utilizados en la búsqueda fueron los siguientes:

- * Acceso gratuito al texto completo.
- * Artículos en español y en inglés.
- * Fuentes bibliográficas con una fiabilidad garantizada.
- * Artículos publicados desde 2004 hasta la actualidad

Los criterios de exclusión:

- * Artículos en diferentes idiomas a los mencionados.
- * Artículos anteriores a la fecha referenciada en la inclusión
- * Artículos parciales o resúmenes.
- * Artículos referidos exclusivamente a un género.

Los artículos son seleccionados por el título y lectura del resumen y posterior lectura del texto completo, y se analizan teniendo en cuenta el objetivo de este trabajo.

RESULTADOS

EUTANASIA EN LA ETICA Y EN ENFERMERIA

Los conceptos de enfermería y eutanasia son, a priori, totalmente contrapuestos, ya que como bien sabemos la enfermería se encarga del cuidado del paciente de forma holística; Sin embargo también la enfermera/o ayuda en el bien morir, y es ahí, en la delgada línea que separan los cuidados paliativos de la eutanasia donde puede suscitarse cierta controversia y es que nunca debemos olvidar que los cuidados a un paciente terminal no son aplicados como medios para preservar la vida, sino que se aplican en razón de una asistencia éticamente obligada. Toda persona, con independencia de su salud o condición, tiene derecho a recibir unos cuidados mínimos, por el hecho de ser persona, si no se quiere menospreciar su dignidad. En el caso de los pacientes en estado terminal hay algunos autores que señalan que la futura calidad de vida es la referencia que determina si a un paciente se le deben aplicar tratamientos o incluso esos cuidados mínimos. **Si se adopta tal principio, la diferencia entre no cuidar a un paciente y eutanasia directa difícilmente podría ser mantenida.**

Por ello, fundar la decisión de un tratamiento en “la calidad de vida” es éticamente más problemático que fundarlo en hechos objetivos referidos al pronóstico y evolución de la enfermedad.

Por último no debe confundirse la “calidad de la vida” con el concepto de “valor de la vida”, pues si la calidad es variable, el valor de la vida humana no lo es y siempre será independiente de la circunstancias..

Para todas estas conductas el Código Deontológico de la Enfermería afirma que, en caso de legalizarse la eutanasia, el personal sanitario puede acogerse a la objeción de conciencia. El Tribunal Constitucional dice expresamente (sentencia del 11 de abril de 1985) que el derecho a la objeción de conciencia está amparado por la Constitución y, en consecuencia, se puede obtener de los jueces y tribunales la pertinente protección de ese derecho.

Artículos del Código Deontológico de enfermería

Así mismo el Código Deontológico de la Enfermería hace referencia a la eutanasia en los siguientes artículos:

En el artículo 47 del Código Deontológico de la Enfermería Española se dice que “Las enfermeras/os deberán rechazar enérgicamente cualquier tipo de presiones que puedan ejercérselos, con la finalidad de utilizar o manipular sus conocimientos o habilidades en perjuicio de los seres humanos”.

En el artículo 48 se afirma que “Cuando se diera la circunstancia a que alude el artículo anterior, la enfermera/o deberá, en defensa de los principios éticos de la profesión, denunciar el caso ante su Colegio. En caso necesario, éste, a través del Consejo General, pondrá en conocimiento de la Autoridad o de la opinión pública, las irregularidades indicadas, y adoptará las acciones necesarias y urgentes que el caso requiera, a fin de establecer el orden ético alterado y defender la libertad y dignidad de los Colegiados”.

Otros artículos del código

Artículo 52: “La enfermera/o ejercerá su profesión con respeto a la dignidad humana y la singularidad de cada paciente sin hacer distinción alguna por razones de situación social, económica, características personales o naturaleza del problema de salud que le aquejen. Administrará sus cuidados en función exclusivamente de las necesidades de sus pacientes”.

Artículo 53: “La enfermera/o tendrá como responsabilidad primordial profesional la salvaguarda de los Derechos Humanos, orientando su atención hacia las personas que requieran sus cuidados”

Artículo 54:” La enfermera/o debe adoptar las medidas necesarias para proteger al paciente cuando los cuidados que se le presten sean o puedan ser amenazados por cualquier persona”

Artículo 55: “La enfermera/o tiene la obligación de defender los derechos del paciente ante malos tratos físicos o mentales, y se opondrá por igual a que se le someta a tratamientos fútiles o a que se le niegue la asistencia sanitaria”.

Objeción de conciencia

Antes de seguir avanzando en cuestiones éticas acerca de la eutanasia es necesario explicar un concepto clave: **La objeción de conciencia**, que puede ser un gran aliado si la eutanasia llega a legalizarse en nuestro país.

Se entiende por “objeción de conciencia” en el ámbito sanitario la negativa de una persona a realizar ciertos actos o tomar parte en determinadas actividades, jurídicamente exigibles para el sujeto (por eso solo sería aplicable si fuera legal), para evitar una lesión grave de la propia conciencia. Sin embargo, no todos los supuestos caben en la objeción de conciencia. Por ejemplo, el derecho a rechazar un tratamiento, y todo lo que puede derivar de tal derecho en términos de cuidados paliativos, no puede entrar en conflicto con la *lex artis*, la cual no es argumento suficiente para solventar ciertas situaciones.

Sí cabe, en cambio, dentro de la objeción de conciencia, la negativa del docente a formar al personal sanitario en ciertas prestaciones específicas. Habrá que considerar al respecto cuáles son las razones aceptables que legitimen al docente para evitar la transmisión de ciertos conocimientos necesarios para llevar a cabo prestaciones permitidas por la legislación pero que considera contrarias a su conciencia, sus principios y por lo tanto su visión de la deontología profesional.

Aunque lo dicho ya restringe mucho el ámbito estricto de la objeción de conciencia en materia sanitaria, está claro que es imposible prever todos los casos en que ésta puede producirse.

Por tal razón la regulación debería proceder sobre la base de principios generales, con una normativa flexible y susceptible de ser aplicable en situaciones inéditas tal y como ocurriría en el caso del tema que nos ocupa.

El paciente terminal que adopta la eutanasia como último recurso para librarse del sufrimiento, en muchas ocasiones tiene comprometido su psiquismo, se deprime, su raciocinio puede verse alterado y por lo tanto disminuir su capacidad de elección; si tratamos su depresión y estado psicológico es posible que mejore su actitud mental desapareciendo las ideas de autodestrucción.

De la misma manera si tratamos adecuadamente el dolor y la sintomatología de estos pacientes podremos haberles dado una gran ayuda

Pese a la incertidumbre de hacer predicciones respecto a la evolución de un paciente, esta tarea se basa en información objetiva. Todas las cuestiones científicas tienen un grado de incertidumbre, sus verdades son probabilísticas antes que absolutas, pero la falta de certeza no hace que tales hechos sean menos objetivos. **Por último no debe confundirse la “calidad de la vida” con el concepto de “valor de la vida”, pues si la calidad es variable, el valor de la vida humana no lo es y siempre será independiente de la circunstancias.**

EUTANASIA EN EUROPA

La muerte asistida está permitida en cuatro países de Europa Occidental: Países Bajos, Bélgica, Luxemburgo y Suiza. Las leyes y los criterios adaptados para la realización de esta práctica difieren en cada país tal y como hemos abordado en el primer punto de este apartado concerniente al marco legislativo de cada nación.

HOLANDA

Algunos antecedentes

En 1969 el médico Jan Hendrick van der Berg, publicó un libro -Poder Médico y Ética Médica- de gran influencia, en el que recomendaba a los médicos “acabar con la vida de sus pacientes si el poder de la tecnología médica les hiciera sufrir, vegetar o prolongar injustificadamente su agonía”. En los años setenta la **Real Asociación Holandesa de Médicos** (KNMG) publicó varios documentos que planteaban esta posibilidad de ayudar a morir a los pacientes en determinadas circunstancias.

Por su parte, los tribunales fueron creando una **línea jurisprudencial** que tendía a absolver los casos de eutanasia si se cumplían los requisitos que a lo largo de los años iba estableciendo la KNMG, considerándolos amparados por el estado de necesidad (recogido en el Código Penal con carácter general como justificante de actos inicialmente delictivos).

Mientras tanto, la opinión pública iba participando en el debate sobre todo a partir de casos de relevancia social.

En **1973** la médica holandesa **Gertrude Postma** fue juzgada por ayudar a morir a su madre, sorda, ciega y dependiente tras un infarto cerebral. Ni su madre, ni ella podían soportar más la situación: “Cuando veía a mi madre, sólo quedaban de ella restos humanos que colgaban amarrados a una silla”.

El juez consideró que no existía ninguna alternativa terapéutica para aliviar el sufrimiento de la enferma, y la condenó con una sentencia simbólica.

En los años ochenta en el Parlamento Holandés se presentaron varias iniciativas políticas. En 1985 se constituyó una **Comisión Estatal para la Eutanasia** que siete años más tarde presentó un informe favorable a su regulación.

Sin embargo, en 1992, se aprobó una ley que, en lugar de entrar en el fondo del asunto (código penal) modificó **la ley de inhumaciones**², estableciendo un procedimiento para que los médicos notificaran la eutanasia, sin establecer suficientes garantías legales.

La eutanasia en Holanda

Finalmente, en **2001** se aprobó la **Ley de comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio**, en vigor desde el 1 de abril de 2002, después de más de treinta años de debate.

El proceso de muerte asistida debe enmarcarse en diversos criterios muy similares a los realizados en Bélgica y Luxemburgo. En los tres países, el paciente debe ser capaz de llevar a cabo la solicitud voluntaria y ser paciente con enfermedades que causan intenso sufrimiento físico o psicológico.

El médico debe informar al paciente acerca de su estado de salud y esperanza de vida, para que juntos puedan concluir que no existe otra alternativa razonable. Además, otro médico debe ser consultado sobre el caso, y las autoridades deben ser informadas de todos los procedimientos.

Las personas con demencia también son elegibles, así como los niños, entre 11 y 17 años, con capacidad mental comprobada. Los padres o tutores también deben concordar con el acto en caso de los pacientes entre los 12 y los 15 años, y participar de las discusiones de los padres entre los 16 y los 17 años.

² ~~Ley que aprueba las normas reguladoras de los servicios funerarios.~~

En algunas circunstancias específicas, la muerte asistida puede aplicarse también a los recién nacidos, de acuerdo con las regulaciones del “*Protocolo de Groningen, 2005*” (ver anexos)

Entre septiembre de 2002 y diciembre de 2007 fueron notificados 10.319 casos. De estos, 54% eran de sexo masculino, 53% tenían entre 60 y 79 años y 87% fueron diagnosticados con cáncer.

En 2013 fueron relatados 4.829 casos, un 78,5% de éstos ocurrieron en la casa. En los últimos años, cinco médicos (0,1% de los casos) fueron juzgados por no haber cumplido los criterios establecidos por la legislación.

Requisitos en Holanda

Los requisitos que no hacen punible la práctica de la eutanasia en Holanda son los siguientes:

1. Que la persona objeto de la eutanasia o auxilio al suicidio sea residente en Holanda.
2. Que el médico esté convencido de que la petición es voluntaria, está bien meditada y expresa los deseos del enfermo, o sea, que es plenamente capaz y se ha reiterado en su voluntad. Ésta puede haber sido manifestada en un documento de voluntades anticipadas.
3. Que se constate un padecimiento insoportable y sin esperanzas de mejora.
4. Que se haya informado al paciente de su situación y de las perspectivas de futuro.
5. Que se haya consultado a otro facultativo y que éste haya corroborado el cumplimiento de los requisitos. En caso de sufrimiento psicológico se tienen que consultar dos médicos. Los médicos consultores tienen que ver al enfermo y elaborar un informe por escrito sobre la situación.
6. Que la realización de la eutanasia o auxilio al suicidio se haga con el máximo cuidado y profesionalidad.

También modifica la Ley de disposición de cadáveres en el artículo 7, cuando dice: “Si la muerte de una persona se ha producido por la aplicación de técnicas destinadas a poner fin a la vida a petición propia o al auxilio al suicidio, el médico no expedirá certificado de defunción, sino que informará inmediatamente al forense

municipal y le enviará informes sobre el cumplimiento de los requisitos de la Ley de comprobación de la finalización de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio”.

El médico forense –si se dan los requisitos– lo comunicará a la Comisión regional de comprobación. Si no se cumplen los requisitos lo comunicará al ministerio fiscal para, si procede, aplicar el Código Penal.

Esta Comisión regional, tal y como establece el artículo 3 de la Ley de comprobación de la finalización de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio, está integrada al menos por un jurista, un médico y un experto en ética, nombrados por los ministros de Sanidad y de Justicia por un periodo de seis años.

Las funciones de esta Comisión son:

- Valorar el cumplimiento de los requisitos en cada supuesto en que se haya practicado la eutanasia o se haya ayudado al suicidio.
- Pedir información complementaria al médico.
- Emitir, en un plazo de seis semanas, un dictamen aprobado por mayoría simple de los miembros de la comisión que están obligados a votar. Este dictamen se trasladará al médico y simultáneamente al fiscal en caso de incumplimiento de los requisitos.

La Comisión tiene un registro de casos e informa anualmente a los ministerios de Justicia y Sanidad.

En 2013, la apertura de la Levenseindekliniek (Clínica para Morir), la primera de su clase de carácter privado, revolucionó la aplicación misma de la ley. En su primer año de actividad, recibió 714 solicitudes, de éstas practicó 104. Como las dolencias físicas acaparan las eutanasias de la sanidad pública, a la nueva clínica recurrieron los que habían sido rechazados por tener problemas psiquiátricos y diversos grados de demencia. La tendencia al alza en este grupo se ha mantenido en los años siguientes.

En 2014, las cinco comisiones que revisan la legalidad de las eutanasias practicadas en el país registraron 5.306 casos (un 10% más que el año anterior). Casi un 75% de los enfermos tenía cáncer. Cerca de un 41%, problemas psiquiátricos.

Las últimas noticias sobre la eutanasia en el país de los tulipanes es la propuesta que el gobierno holandés ha elevado al parlamento para regular la ayuda a morir de las personas mayores que consideren que ya han vivido lo suficiente, pero no están enfermos ni padecen sufrimientos psíquicos insostenibles.

Se trata de evitar que se quiten la vida por su cuenta. Este nuevo supuesto de suicidio asistido al que se opone la vigente ley de eutanasia (2002). La propuesta del gobierno no detalla desde qué edad se podría acceder a esta nueva fórmula.

BELGICA

En mayo de **2002** Bélgica aprobó una ley que despenalizó la eutanasia. A diferencia de Holanda, la ley belga no menciona el suicidio asistido que se considera una práctica eutanásica. El primer informe de la **Commission Fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie**, referido a los quince primeros meses de aplicación de la ley, precisaba que algunas eutanasias fueron en realidad casos de suicidio asistido en los que el propio paciente ingirió por su propia mano el producto letal o activó el mecanismo instaurado con este fin.

Normativa Belga

El médico tiene que:

1. Informar al paciente sobre la existencia de cuidados paliativos.
2. Reiterar el diálogo en los plazos de tiempo razonables.
3. Consultar a otro médico independiente que tiene que visitar al paciente y redactar un informe que esté de acuerdo o en desacuerdo con las primeras valoraciones.
4. Recopilar información del equipo cuidador si es que existe.
5. Procurar que el enfermo consulte con otras personas de su entorno.
6. Dejar pasar un mes entre la petición y la realización de la eutanasia.

Después de practicada la eutanasia, el médico tiene cuatro días para enviar a la Comisión Federal de Control y de Evaluación (CFCE) la documentación completa que establece la Ley. La CFCE está formada por ocho médicos –cuatro de los cuales deben ser profesores universitarios–, cuatro profesores universitarios de derecho y cuatro personas que provienen del entorno de pacientes que sufren enfermedades incurables.

El 13 de febrero de 2014, Bélgica eliminó la restricción de edad para la eutanasia a pesar de la fuerte oposición religiosa y algunos miembros de la profesión médica.

De acuerdo con la Comisión Federal entre 2010 y 2014, los casos notificados casi se duplicaron pasando de 953 a 1.807. La prevalencia se mantiene en hombres, con edades comprendidas entre 60 y 79 años, con cáncer; sin embargo, un estudio de 2015 mostró un aumento de las peticiones de los pacientes mayores de 80 años y con otras enfermedades. Por otra parte, se estima que el 44% de las muertes asistidas ocurren en los hospitales, el 43% en el hogar y el 11% en residencias de ancianos.

No obstante, Bélgica no es un país igual que el resto, Bélgica podría servir de modelo para España ya que comparte un gran pilar decisorio tal y como es la religión.

La doctrina oficial de la Iglesia Católica sobre la indisponibilidad de la vida, por ser un don sagrado del que solo somos administradores, no ha sido un impedimento para que la eutanasia se practique en numerosos centros socio sanitarios del territorio belga. El Partido Cristiano Demócrata en el poder durante 40 años, se opuso a la legalización de la eutanasia y rechazó cuantas iniciativas legislativas fueron presentadas por partidos de la izquierda, incluso tras el dictamen favorable a la legalización emitido por el Comité Asesor de Bioética. Fue preciso un cambio de gobierno para que la coalición entrante aprobase la ley de la eutanasia.

LUXEMBURGO

El 16 de marzo de 2009, la eutanasia y el suicidio asistido se legalizaron en Luxemburgo, y en la actualidad están reguladas por la Comisión Nacional de Control y Evaluación. La ley cubre a los adultos capaces, portadores de enfermedades incurables y terminales que causen sufrimiento físico o psicológico constante e insoportable, sin posibilidad de alivio.

El paciente debe solicitar el procedimiento a través de sus “disposiciones para el final de la vida”, documento escrito que es obligatoriamente registrado.

Este documento también permite al paciente registrar las circunstancias en las que se sometería a la muerte asistida, que se realiza por un médico de confianza del solicitante. La solicitud puede ser revocada por el paciente que se arrepiente en cualquier momento, y en este caso se eliminará del registro médico. Antes del procedimiento, el médico debe consultar a otro experto independiente, al equipo de salud del paciente, y a una “persona de confianza” nombrada por él; después de su finalización, se debe informar de la muerte a la Comisión dentro de los ocho días.

De acuerdo con el último informe de la Comisión, entre 2009 y 2014, fueron registrados 34 casos de muerte asistida. De éstos, 21 eran de sexo femenino con una edad predominante entre 60 y 79 años; 27 tuvieron cáncer y 22 realizaron el procedimiento en el Hospital.

SUIZA

En Suiza **la eutanasia es delito, pero no el auxilio al suicidio**, con la peculiaridad de que no tiene que contar con la asistencia del médico, necesario únicamente para la prescripción del fármaco letal, quedando en manos de organizaciones no gubernamentales. El **requisito ineludible** del auxilio al suicidio en Suiza es que detrás de la actuación de quien ayuda **no haya ninguna motivación egoísta** ni de tipo personal o económico. Si esto se llegase a acreditar, el responsable sería perseguido penalmente, de acuerdo con el art. 115 del Código Penal. A pesar de que el artículo 115 no fue desarrollado originalmente para la regulación de esta práctica, a partir de la década de 1980 muchas instituciones de apoyo a la muerte asistida lo usaron como base para justificar sus acciones.

En la actualidad, seis instituciones en actividad son responsables de la mayoría de los casos de suicidio asistido en el país, con diferentes criterios de selección de los candidatos

De ellas las más conocidas son EXIT, que actúa en los cantones de habla germánica e italiana, AMD, en los cantones franceses y DIGNITAS, para las personas extranjeras que viajan a Suiza con el fin de recibir ayuda para el suicidio fomentando el “turismo suicida”. También se permite la atención de personas con enfermedades mentales, pero el Tribunal Supremo exige un informe psiquiátrico que indique que el deseo del paciente fue un acto determinado y bien considerado y no parte de su trastorno mental.

El único requisito para realizar el suicidio asistido en Suiza es que éste se trate de **un acto altruista**. En el país Helvético no es necesario que se informe de los casos de suicidio asistido y divulgación regular de informes públicos.

Según datos del 31 de diciembre de 2014, EXIT, A.D.M.D. Suisse romande cuenta con 20.507 miembros. De ellos, el 9% (1.843) tienen entre 18 y 50 años; el 59,05% (12.110) tienen entre 51 y 75 años, y el 31,95% (6.554) son mayores de 75 años. El porcentaje de mujeres es bastante superior al de hombres, con un 67,79% de mujeres (13.902) frente a un 32,21% de hombres (6.605). En el año 2014, se recibieron un total de 278 peticiones para el suicidio asistido, de las cuales 269 fueron aceptadas, 6 estuvieron pendientes de estudio y 3 se denegaron o no tuvieron seguimiento. De las peticiones aceptadas, 113 correspondían al cantón de Vaud, 81 a Ginebra, 34 a Neuchâtel, 11 a Friburgo, 19 a Valais, 7 a Berna y 4 a Jura. Entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2014, se efectuaron un total de 175 suicidios asistidos, de los cuales 156 se llevaron a cabo en el hogar, 16 en una residencia geriátrica y 3 en un hospital. En cuanto a su distribución por cantones, 84 tuvieron lugar en Vaud, 40 en Ginebra, 21 en Neuchâtel, 13 en Valais, 7 en Berna, 6 en Friburgo y 4 en Jura. De esos 175 suicidios asistidos, el 54,85% (96) correspondían a mujeres y el 45,15% (79) a hombres. La media de edad de las mujeres era de 79 años y la de los hombres de 73 años. La mujer más joven tenía 47 años y la mayor 98, mientras que el hombre más joven tenía 31 años y el mayor 95.

Respecto a nuestro país no se han encontrado datos fiables del número de españoles que viajaron a Suiza en el último año pero sí se sabe que de los 7291 socios que forman Dignitas ,71 de ellos son españoles tal y como señalan cifras de 2015.

Reino Unido

El Reino Unido no permite oficialmente la muerte asistida, aunque, en los últimos años, las discusiones sobre el tema hayan sido muy frecuentes. Las investigaciones recientes muestran que la mayoría de la población, incluyendo gran parte del sector médico, está a favor del suicidio asistido; pero en la última década, el Parlamento Británico, rechazó varias propuestas para su regulación. La última de ellas, el “Proyecto de ley de muerte asistida”, elaborado por Lord Falconer, fue rechazado por la Cámara Baja en septiembre del año 2015. El documento basado en la ley de Oregón, proponía la legalización del suicidio asistido (pero no de la eutanasia) para los pacientes capaces, con más de 18 años y con una esperanza de vida de menos de seis meses.

La eutanasia activa se considera delito de asesinato, y de acuerdo con la sección dos del Acta de Suicidio de 1961, colaborar con éste es punible con una condena de hasta 14 años de prisión. Sin embargo, en febrero de 2010, el Ministerio Público presentó nuevas directrices sobre colaboración en el suicidio después del caso de Debbie Purdy, quien fue diagnosticada con Esclerosis Múltiple en 1994 y quería saber si su marido podía ser acusado en caso de que la acompañara a Suiza para recibir la medicación letal.

Las nuevas directrices establecen que la ayuda al suicidio en algunos casos puede ser despenalizada, por ejemplo, si la ayuda fuera por compasión y la decisión de muerte fuera voluntaria, consciente, bien pensada y comunicada a las autoridades. Incluso después de esta resolución, los conflictos legales continúan ocurriendo tal y como hemos visto en los últimos meses.

FRANCIA

Tras más de tres años de debate, el Parlamento Francés aprobó el 27 de enero del pasado año, **el proyecto de ley sobre el final de la vida** que permitirá la sedación profunda para evitar el sufrimiento en enfermos terminales, pero que **prohíbe la ayuda activa para morir a través de la eutanasia o del suicidio asistido**.

Debemos remontarnos a junio del 2012, cuando el presidente Hollande anunció como consecuencia de su promesa electoral, legalizar **“una asistencia medicalizada para terminar la vida desde la dignidad”** y que pediría un informe al Comité Nacional de Ética, con el fin de “estudiar” una “posible evolución” de la legislación sobre la muerte digna y los derechos de los pacientes. El propio Conseil National de l’Ordre des Médecins propuso al Gobierno la posibilidad de legalizar una “sedación terminal” para pacientes “excepcionales” a los que no se dirigía la Ley Leonetti de 2005, que autorizaba ciertos tratamientos que permitían aliviar el dolor, aunque estos acortaran la vida del paciente”, con su expreso consentimiento.

Esta ley se limitaba a prohibir el ensañamiento terapéutico, y la nueva legislación parte de un texto de consenso que descarta la eutanasia, pero que incorporará la sedación terminal “siempre que el paciente lo solicite de forma reiterada”, para contemplar claramente la posibilidad de que el estado “asuma la responsabilidad, si la sociedad desea ir en esa dirección”, de regular el suicidio asistido y ayudar a los “enfermos incurables y conscientes “que deseen dejar de vivir.

El artículo que inicialmente había sido aprobado por la Comisión de Asuntos Sociales literalmente establecía que **“toda persona, en fase avanzada o terminal de una enfermedad grave e incurable que le cause un sufrimiento físico o psíquico que le sea insoportable, puede pedir asistencia médica a fin de procurarse una muerte rápida y sin dolor”**. Regulación que fue rechazada ya entonces por 326 votos contra 202, en la Asamblea Nacional.

Han sido los propios médicos franceses los introductores del término sedación terminal, considerando que el marco normativo francés hasta ahora en vigor, que propone la aplicación de cuidados paliativos a los enfermos terminales, responde a la mayor parte de los casos, pero resulta insuficiente.

Según la Orden de los Médicos, la ley actualmente vigente puede no ofrecer ninguna solución para ciertas agonías prolongadas o para dolores psicológicos y/o físicos que, pese a los medios puestos en marcha, siguen siendo incontrolables. En esos casos “excepcionales”, en los que la atención curativa es inoperante la Orden de los Médicos, entiende que se impone la toma de una decisión médica legítima, que debe ser colegiada, precisando que el paciente debe efectuar la petición de forma “persistente, lúcida y reiterada”.

Una sedación adaptada, profunda y terminal, proporcionada con respeto a la dignidad, puede ser planteada como un deber de humanidad por el Colectivo Sanitario.

La Sedación profunda y continua como tratamiento hasta el fallecimiento se aplicaría a pacientes con enfermedades graves e incurables que pidan no sufrir ni alargar inútilmente la vida. La práctica forma ya parte del código de Deontología y de las recomendaciones de buenas prácticas de la *Orden de los Médicos franceses*, pero no incorporada de forma explícita con la ley. Con esta práctica igualmente se regularían las llamadas “directivas anticipadas” francesas, igual que nuestras Instrucciones Previas que en Francia eran simplemente indicativas, y que ahora se contemplan como vinculantes a través de un formulario específico para hacerlo y un registro para conservarlo que permita que no caduquen junto con la objeción de conciencia que permitirá en casos concretos que los médicos puedan oponerse a aplicarlas pero debiendo justificar su negativa y consulta con un compañero

EUTANASIA EN ESPAÑA

Marco legislativo en España

Los términos “eutanasia” y “suicidio médico asistido” no están recogidos en el Código Penal español. El artículo 143 regula en su conjunto las formas de participación en el suicidio de otro y, por otra parte, este artículo se encuadra en el Título Primero del Libro segundo del Código Penal. Este título, que abarca los artículos 138 a 143, se denomina “Del homicidio y sus formas”.

Así pues, en el momento presente, lo que aquí denominamos “eutanasia” sería, para nuestro Código Penal, una forma especial de homicidio que implica un modo singular de participación en el suicidio libre y voluntario de otra persona en unas circunstancias determinadas. La persona que realiza este acto no tiene que ser necesariamente un profesional sanitario.

Código penal Español

En relación al tema que nos ocupa, el Código Penal Español, en su artículo 143 señala lo siguiente:

1. El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años.
2. Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere en actos necesarios para el suicidio de otra persona.
3. Será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte.
4. El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3.

La conducta eutanásica está penada por tanto con prisión de dieciocho meses a tres años; se trata de una penalización mitigada (anteriormente la pena era de doce a veinte años de prisión) que viene traducida por una evolución de la mentalidad social sobre esta materia, ya que al reducirse muestra una mayor aceptación de la sociedad a este respecto tal y como avala el estudio del CIS.

Una práctica ilegal aunque aceptada por la gran mayoría

Abríamos este trabajo con un dato tan alarmante como sobrecogedor “el 70% de los españoles está a favor de la legalización de la eutanasia “. Son datos del último estudio realizado por el CIS (Ver anexos). Es obligado señalar así mismo que de los encuestados que se declaraban a favor el 70% manifestaban ser católicos.

Por lo tanto se vislumbran dos factores principales que impiden la legalización en España tal y como afirma Nuria Terribas, directora de la Fundación Víctor Grifol i Lucas “El miedo a legalizar la eutanasia en España es más político que social”.

Eutanasia: un debate truncado.

Efectivamente, el asunto es mayoritariamente de índole política cuando el pasado martes 21 de marzo, el Pleno del Congreso rechazó tomar en consideración la Ley Orgánica sobre la Eutanasia que había presentado el grupo parlamentario UP-ECP-EM. Pese al abrumador apoyo de la sociedad para despenalizar la muerte asistida, la norma no superó su primer trámite parlamentario con 131 votos en contra, 122 abstenciones y el apoyo de 86 diputados. Lo que estaba en juego no era aprobarla, solo debatirla.

Todos los grupos parlamentarios mantuvieron sus posturas habituales excepto el PSOE, que decidió alinearse con los que niegan incluso que se discuta este derecho civil. Los socialistas, que han llevado la despenalización de la eutanasia en sus programas electorales y han anunciado en multitud de ocasiones que apoyan un debate sobre la muerte asistida, incumplieron su palabra. Aunque maquillándolo de una abstención, impidieron con su voto que la despenalización de la muerte asistida pueda discutirse en el Parlamento.

Ante esta actitud La Asociación Derecho a Morir Dignamente manifestó su repulsa y recordó la existencia del Manifiesto Santander y Manifiesto Sevilla (ver anexos) en apoyo a la eutanasia.

No obstante, antes de terminar este apartado me gustaría hacer una breve mención de lo que sí tenemos en España, y que ha sido publicado el pasado 11 de abril del presente año: **El informe sobre el anteproyecto de la ley reguladora de los derechos de la persona ante el proceso final de la vida.**

Sus objetivos fundamentales son la protección de la dignidad de las personas enfermas que se encuentran en fase terminal o de agonía y la garantía del pleno respeto de su libre voluntad en la toma de decisiones sanitarias que afecten a dicho proceso. Respecto a los profesionales sanitarios, dicho informe establece que todo el personal estará obligado a respetar la voluntad y las convicciones y creencias manifestadas por el paciente sobre los cuidados y el tratamiento asistencial que desea recibir en el proceso final de su vida, en los términos establecidos por la ley.

EUTANASIA Y RELIGIÓN

La vida, ¿es sagrada porque la otorga Dios?

Por otra parte, la iglesia católica, poseedora de un enorme poder e ineludible influencia en España siempre ha mostrado su desacuerdo y se ha postulado en contra de la eutanasia, pese a que la mayoría de los creyentes católicos se muestran a favor (ver anexos).

La vida es un derecho fundamental de la persona que se cuestiona cuando se habla de enfermos terminales. La Eutanasia no viola el derecho a la vida. Por eso al hablar del carácter sagrado de la vida se hace referencia a un valor más religioso que moral.

El 15 de abril de 1986 La Comisión Episcopal Española para la Doctrina de la Fe publicó una **nota sobre la eutanasia** en la que ratificaba su condena. Posteriormente, la condena fue ratificada por el *Catecismo de la Iglesia Católica* con las siguientes palabras:

“La eutanasia voluntaria, cualesquiera que sean sus formas y motivos constituye un homicidio. Es gravemente contraria a la dignidad de la persona humana y al respeto del Dios vivo, su Creador”

“La eutanasia es una grave violación de la ley de Dios, en cuanto eliminación deliberada y moralmente inaceptable de una persona humana”

No todas las religiones son iguales

Dentro del protestantismo hay una actitud más tolerante, lo que no quiere decir que se posicione a favor; únicamente existe una posición más comprensiva.

Por ejemplo, la Iglesia Reformada Holandesa, en su publicación Eutanasia **y pastoral**, no se opone a la terminación voluntaria de la vida cuando la enfermedad la hace intolerable. Considerando lo delicado del tema, el documento introduce un nuevo termino ***zelfdoding*** que puede traducirse como “darse muerte voluntariamente uno mismo”. Al utilizar este término se pretende diferenciar la eutanasia del suicidio normal o *zelfmoord*.³No es casualidad por lo tanto que en Holanda esta práctica se lleve a cabo desde 2002.

La religión sería una formidable respuesta a la pregunta inicial planteada en la introducción, de por qué en España la eutanasia es ilegal, pero no debería ser la única, ya que la eutanasia y el suicidio asistido son fenómenos sociales que atañen a toda la población, sin importar sexo, raza o religión. ¿Deberíamos tomar ejemplo de otros países tal y como hemos visto anteriormente y ejercer el derecho a expresar nuestra opinión de manera libre, sin que la religión imponga el silencio, sin que el derecho a la muerte quede relegado a un asunto legal?

³ Termino holandés utilizado para hacer referencia al suicidio.

CONCLUSIONES FINALES

El tema de este trabajo no es un tema fácil, creo que ninguno lo es, pero éste es especialmente delicado por la polémica que las nueve letras de la palabra eutanasia generan siempre a su paso en cualquier conversación en nuestro país. Los españoles, tal y como muestra el estudio del CIS estamos a favor de la legalización de esta práctica, a pesar de las creencias religiosas; sin embargo creo que el porcentaje tan elevado no se justifica porque se apoye del todo lo que conlleva en sí la eutanasia, sino porque luchamos por nuestra libertad, la libertad de poder elegir cómo y cuándo marcharnos de este mundo, y si eso supone que tengan que legalizarla, adelante. Nos queda mucho por aprender de países como Holanda o Bélgica, especialmente de este último donde iglesia, gobierno y ciudadanos conviven de forma pacífica respetándose mutuamente.

El caso de José Antonio Lara, que acabó con su vida comprando los fármacos necesarios por internet , y del que se han hecho eco todos los medios de comunicación, es una muestra del gran avance que está experimentando la sociedad dando voz, pero no voto, desgraciadamente a temas que siempre han sido tabú como es éste. Respecto a la enfermería, los profesionales por el momento no podemos actuar en lo referente al suicidio asistido o la eutanasia, pero siempre podemos ayudar al bien morir de los pacientes, sin dolor, acompañados de sus seres queridos, sin sufrimiento, morir informado si lo desea o en la falsa mentira compasiva, morir pudiendo rechazar los tratamientos si así lo desea, morir dormido, sedado si es su deseo, morir con dignidad, en definitiva el personal de enfermería puede cuidar del paciente hasta el fin de sus días, y eso afortunadamente , no depende ni de gobiernos, ni de acuerdos ni de leyes.

BIBLIOGRAFIA

1. Fita, J. (2016) ¿Qué países conocen la eutanasia? La Vanguardia [internet] 16 de Abril. Disponible en:<http://www.lavanguardia.com/vida/20160408/40981673066/eutanasia-paises-legal.html>
2. M, B. (2005) Las religiones y la eutanasia El Mundo [internet] 28 de marzo. Disponible en:<http://www.dw.com/es/las-religiones-y-la-eutanasia/a-1532537>
3. Pérez Oliva, M. (2017) La hora de la eutanasia El País [internet] 2 de Abril. Disponible en:http://politica.elpais.com/politica/2017/03/31/actualidad/1490960180_147265.html
4. Anónimo. Atención a pacientes con enfermedad en fase terminal. Estudio. Ámbito Nacional: Ministerio de sanidad y política social, Centro de Investigaciones Sociológicas; 2008-2009.
5. Barbero Gutierrez J, BSR, GS, A. Sufrimiento al final de la vida. Medicina Paliativa. 2007, II (14).
6. Behar D. Cuando la vida ya no es vida. Primera ed. México D.F.: Pax México; 2007.
7. Bonilla Sánchez, Juan José; La objeción de conciencia del personal sanitario ante los avances de la vida. Boletín Mexicano de Derecho Comparado. 2011 Septiembre- Diciembre; 132.
8. Camps Cervera V, Alonso Bedate C, Ayuso García C, Camí Morell J, Casado González M, Gómez Sánchez Y “et als”. Comité de bioética.es [online]; 2011 [cited 2017 Abril 17] Disponible <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/es/La%20objecion%20de%20conciencia%20en%20sanidad.pdf>
9. Collado Madurga AM, Piñón Gómez A, Odales Ibarra R, Acosta Quintana L, Serra Larín S. Eutanasia y valor absoluto de la vida. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología. 2011, III (49)
10. Creagh Peña Mabel. Dilema ético de la eutanasia. Revista Cubana de salud Pública. 2012, I (38).

11. Da Cunha e Silva Luiz Felipe. Crónica de una muerte anunciada: el tabú de la muerte y los límites no científicos de la ciencia. Revista Bioética.2015, II (23).
12. Delia Medina Castellano Carmen, Objeción de conciencia sanitaria en España: naturaleza y ejercicio. Revista de la Facultad de Derecho de Las Palmas de Gran Canaria.2012; 69.
13. Española Real Academia, Diccionario de la Lengua Española. Vigésimo segunda ed. Madrid: Espasa; 2001.
14. Gómez Londoño E. El cuidado de enfermería del paciente en estado crítico: una perspectiva bioética. Enfermería Global.2009; 12(2)
15. Grifols i Lucas V. Fundaciogrifols.org [online];2014 [cited 2017 Abril 25] Disponible en: <https://www.fundaciogrifols.org/es/web/fundacio/-/41-eutanasia-y-suicidio-asistido-euthanasia-and-assisted-suicide-pub->
16. Hernando P., Diestre G., Baigorri F. Limitación del esfuerzo terapéutico: “cuestión de profesionales o ¿también de enfermos?”. Comunidad de Navarra, Análisis del Sistema Sanitario Navarro; 2007
17. Júdez J, Suicidio Asistido y eutanasia: un debate clásico y trágico, con pronóstico reservado. Comunidad de Navarra, Analisis del Sistema Sanitario Navarro; 2007.
18. Padovani Cantón, Antonio Manuel; Clemente Rodríguez, María Elisa. Eutanasia y legislación. Revista Ciencias Médicas. 2008;12(2)
19. Parreriras Reis de Castro Mariana, Cafure Antunez Guilherme, Pacelli Marcon Livia María, Andrade Lucas Silva, Rückl Sarah, Andrade Vera Lucia Ángela. Eutanasia y suicidio asistido en los países occidentales: una revisión sistemática. Revista Bioética. 2016; 24(2).
20. Pedrós F. Estación término [online] n.d.[cited 2017 marzo 31] Disponible en : <http://blogs.publico.es/estacion-termino/2017/03/24/el-psoerechaza-una-vez-mas-el-debate-de-la-eutanasia>
21. Pessini Leo. Vida y muerte en la UCI: la ética en el filo de la navaja. Revista Bioética.2016. 24(1)

22. Rodríguez Soriano R. Elementos políticos para el debate sobre los dilemas éticos del suicidio medicamente asistido y de la eutanasia. Revista ciencias de la Salud.2015; 13(3)
23. Rubiales Sanz A, Del Valle Rivero M, Flores Pérez L, Hernasanz de la Calle Silvia, Gutiérrez Alonso Celia, Gómez Heras L, García Recio C. Actitudes ante el final de la vida en los profesionales de la sanidad. Cuadernos de Bioética. 2006; 16(2)
24. Serrano Ruiz-Calderón, J.M. Política de estado ante el final de la vida. La Transformación de la Deontología médica. Cuadernos de Bioética.2012;23
25. Serrano Ruiz-Calderón, JM. La cuestión de la eutanasia en España. Consecuencias Jurídicas. Cuadernos de Bioética .2007 Enero-Abril; 18(1)
- 26.Serrano Ruiz-Calderón, JM. Sobre la injusticia de la eutanasia. El uso de la compasión como mascara moral. Referencia a nuevos documentos bioéticos europeos. Personal bioética.2013; 17(2).
27. Simón Lorda P, Ética y Muerte digna; Primera ed. Sevilla: Consejería desalud; 2008
28. Simón Lorda P, Barrio Cantalejo I M. La eutanasia en Bélgica. Revista Española de Salud Pública. 2012; 86(1)
29. Trejo García, M^a C. Legislación Internacional y estudio de derecho comparado de la eutanasia, Análisis de subdirección de política exterior. Ámbito internacional: Centro de Documentación, información y análisis de dirección de servicios de investigación; 2007
30. Vega J. Bioetica.org [online]; 2004[cited 2017 Abril 17] Disponible en: http://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion_temas/eutanasia/EUTANASIA_2000.
31. Bay B. (2017) El miedo a regular la eutanasia en España es más político que social El diario [internet] 13 de Abril. Disponible <http://www.eldiario.es/catalunya/sanitat/regular-eutanasia-Espana>

32. Anonimo. Eutanasia.ws [online]:2017 [cited 2017 marzo 24] Disponible en :
<http://www.eutanasia.ws/>
33. Beca J.P, Leiva A. ¿Podría ser aceptable la eutanasia infantil? Rev. Chilena de Pediatría.2014; 85(5)
34. Halac J, Halac E, Moya Martin P, Olmas José M, L. Dopazo S, Nora Dolagaray L. Bioética perinatal: ¿Eutanasia o decisiones sobre terminación de la vida? Analisis del Protocolo de Groningen. Archivos de Pediatría. 2009; 107(6)
35. Moreno Villares JM, Galiano Segovia MJ. La eutanasia en niños en Holanda: ¿El final de un plano inclinado? .Cuadernos de Bioética .2008;3(16).
36. Antoni Alvarez J. La eutanasia a debate: Reflexiones desde una perspectiva cristiana. Primera edición. Madrid: Aula7activ@;2006

ANEXOS



TABLA 1

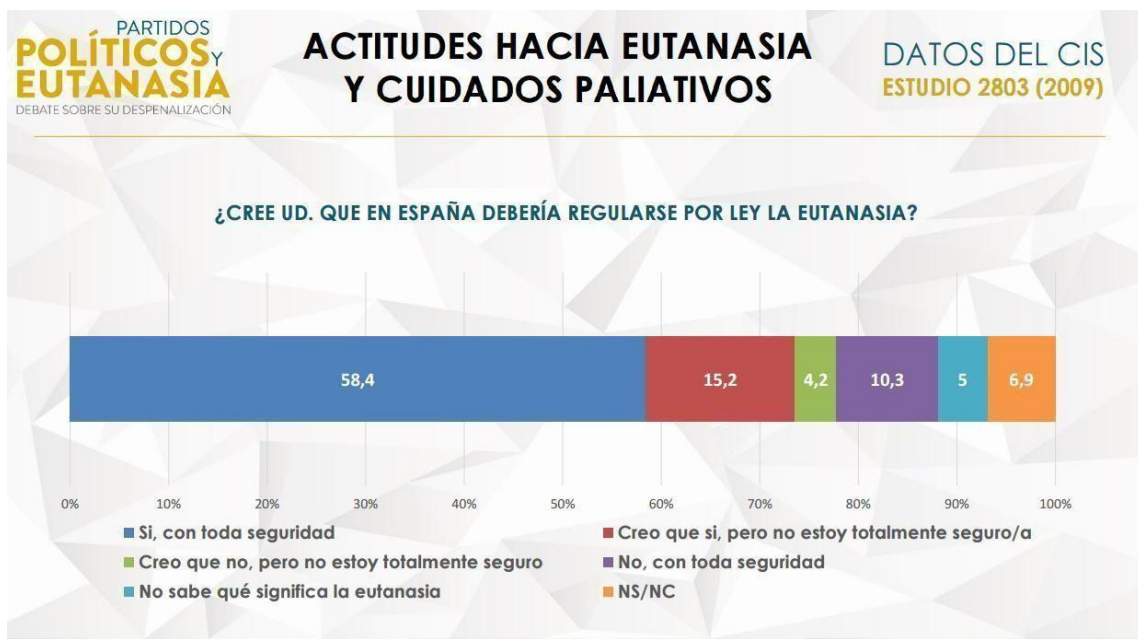


TABLA2

ACTITUDES HACIA EUTANASIA Y CUIDADOS PALIATIVOS

DATOS DEL CIS
ESTUDIO 2803 (2009)

CUANDO UNA PERSONA TIENE UNA ENFERMEDAD EN FASE TERMINAL, QUE LE CAUSA GRANDES SUFRIMIENTOS Y QUE LE CAUSARÁ LA MUERTE EN POCO TIEMPO, ¿CREE UD. QUE LA LEY DEBERÍA PERMITIR QUE LOS MÉDICOS PUDIERAN PONER FIN A SU VIDA Y A SUS SUFRIMIENTOS, SI ESTA PERSONA

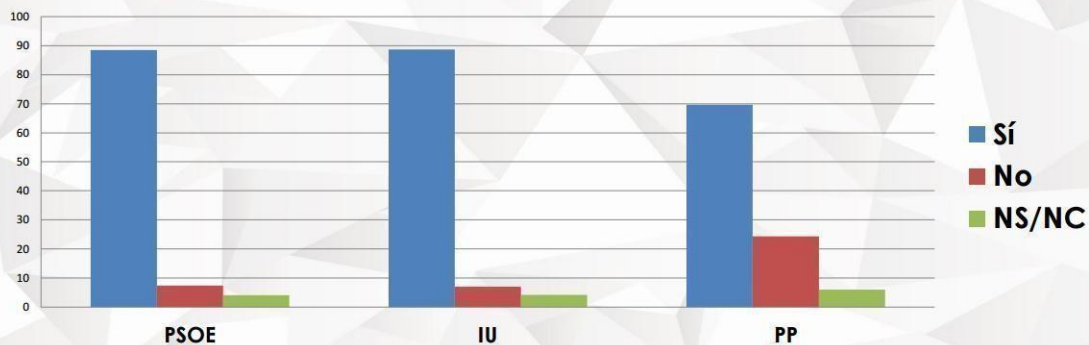


TABLA3

ACTITUDES HACIA EUTANASIA Y CUIDADOS PALIATIVOS

DATOS DEL CIS
ESTUDIO 2803 (2009)

ESTANDO EN ESA SITUACIÓN DE ENFERMEDAD EN FASE TERMINAL, ¿EN QUÉ MEDIDA ESTARÍA UD. DE ACUERDO CON QUE LOS MÉDICOS LE AYUDARAN A MORIR PARA EVITAR SU SUFRIMIENTO?



TABLA4

MANIFIESTO DE SANTANDER



MANIFIESTO DE SANTANDER POR UNA MUERTE DIGNA

Todo ciudadano tiene derecho al alivio del sufrimiento al final de su vida mediante una asistencia paliativa de calidad respetuosa con sus valores y sus creencias, expresados en ese momento o de forma anticipada en el testamento vital (instrucciones previas o voluntades anticipadas). El paciente tiene derecho a recibir información veraz sobre su proceso de enfermedad, a rechazar un tratamiento, a limitar el esfuerzo terapéutico y a elegir entre las opciones disponibles, como la sedación terminal.

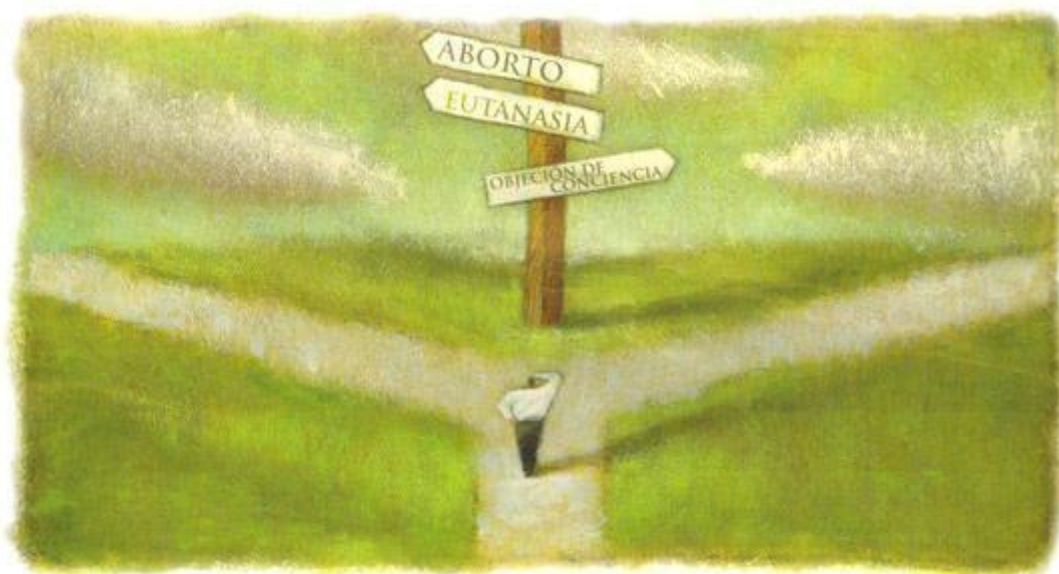
Por ello, manifestamos que es responsabilidad de los políticos:

- **Conocer de manera fehaciente cómo mueren los ciudadanos.**
- **Garantizar el libre ejercicio de estos derechos.**
- **Promover un debate sobre la eutanasia y el suicidio médicamente asistido** de personas que al final de su vida padecen, a pesar de los cuidados paliativos, un sufrimiento insoportable del que desean liberarse con todas las garantías legales.

NOMBRE	APELLIDOS	DNI	E-MAIL	FIRMA

MANIFIESTO DE SEVILLA

FIRMA EL MANIFIESTO DE SEVILLA SOBRE LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA SANITARIA.



MANIFIESTO DE SEVILLA

Nombre y apellidos:

NIF:
Sólo números y letra en mayúscula (sin puntos ni guiones)

Correo electrónico:

Población:

Firmar

MANIFIESTO SOBRE LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA SANITARIA

En un Estado Social, Democrático y de Derecho como el nuestro resulta admisible que el Ordenamiento Jurídico reconozca a los ciudadanos, en determinados supuestos, el derecho a no actuar en contra de su conciencia. Sin embargo no parece discutible que los derechos individuales, incluso los fundamentales, aun siendo bienes merecedores de protección jurídica, no pueden serlo de un modo absoluto e ilimitado y deben en todo caso ser conjugados con los derechos de los demás.

Aun en la hipótesis de que el artículo 16 de la Constitución Española pudiera amparar un supuesto derecho general al incumplimiento de una obligación legal por motivos de conciencia, resulta evidente que no toda objeción por convicciones personales puede ser necesaria y directamente admisible, so pena de poner en riesgo la idea misma del Estado.

En coherencia con una interpretación restringida, el propio artículo 16 limita la libertad ideológica en su expresión externa al mantenimiento del orden público como bien de rango superior protegido por la ley.

Resulta obvio que, siendo imposible la uniformidad de conciencia en el conjunto de los ciudadanos, cualquier precepto legal podrá colisionar con los principios éticos de cualesquiera individuos o grupos de individuos. Esta previsible colisión no puede en ningún caso impedir que el Estado de Derecho garantice “el imperio de la ley como expresión de la voluntad popular”, voluntad popular que se concreta en el ejercicio democrático de las mayorías.

En el caso específico de la objeción de conciencia sanitaria, el ejercicio del derecho concreto de las mujeres a una prestación sanitaria como la interrupción voluntaria del embarazo, ha chocado desde el principio con la negativa a practicarlo por parte de funcionarios públicos en el ejercicio de sus funciones. La admisión automática, indiscutida y general de esa negativa a practicar abortos ha propiciado la objeción generalizada en muchos Servicios de Ginecología y de Anestesia de hospitales públicos, en algunas ocasiones impuesta al conjunto de los facultativos y del personal sanitario por los respectivos jefes. Esta objeción, además, no se ha limitado al hecho concreto del aborto, sino que se ha extendido a cualquier acto, sanitario o no, remotamente relacionado con él.

La ausencia de regulación legal sobre las causas admisibles y las condiciones requeridas para admitir la negativa al cumplimiento del deber, ha llegado hasta el punto de que, en nuestro país, resulta efectivamente más garantizado el presunto derecho de la minoría, esto es, el de los profesionales a objetar, que el derecho fundamental de la mayoría, el de los ciudadanos y ciudadanas a quienes se debe el Sistema, a recibir las prestaciones sanitarias recogidas en la Cartera de Servicios.

Como consecuencia de esta perversión de las reglas democráticas, se da el caso de que el Sistema Público de Salud no puede garantizar hoy en día en todo el territorio nacional, no ya prestaciones sanitarias que, como el aborto, puedan resultar controvertidas para algunos, aunque legales, sino incluso actuaciones como la sedación terminal que son reconocidas por la Organización Médica Colegial como una buena práctica dentro de la Lex Artis y, como tal, un derecho de los ciudadanos.

Es lógico suponer que un futuro e inevitable reconocimiento legal del derecho a la eutanasia y la ayuda médica al suicidio en nuestro país resultará inoperante de hecho, en ausencia de una regulación legal específica, por la vía de una objeción de conciencia generalizada.

Por todo ello, manifestamos que:

1. El respeto a la conciencia individual que lleva al Estado democrático a admitir la objeción de conciencia en ciertos casos, no puede llegar a impedir en modo alguno el ejercicio de derechos legalmente reconocidos al conjunto de la ciudadanía.
2. En democracia, la única forma legítima de luchar contra leyes que se consideran injustas pasa necesariamente por la consecución de mayorías parlamentarias capaces de modificar las leyes.
3. Impedir el ejercicio real de derechos reconocidos en las leyes abusando de una posición de privilegio como la de los profesionales sanitarios, es una forma indigna e ilegítima de vulnerar la ley.
4. Resulta inadmisibles la situación actual de absoluta impunidad para cualquier objeción al cumplimiento de sus obligaciones por parte de los profesionales al servicio de la Administración Pública Sanitaria.
5. La posibilidad de objetar será en todo caso una opción individual. Los servicios, los centros sanitarios, o las oficinas de farmacia, no tienen conciencia. A todos ellos les es exigible la garantía del acceso efectivo de los usuarios y usuarias a las prestaciones reconocidas legalmente.
6. Ningún médico puede invocar su libertad de conciencia para incumplir la voluntad de su paciente de no ser sometido a tratamientos o actuaciones que rechaza en el momento o anticipadamente, por sí mismo o por medio de sus representantes legítimos.
7. Ningún profesional sanitario puede aducir razones de conciencia para negarse a aliviar el sufrimiento de un paciente, especialmente mediante la aplicación de la sedación terminal en la agonía.
8. El ejercicio efectivo de los derechos sanitarios debe ser garantizado en todos y cada uno de los Centros Sanitarios Públicos. A este exclusivo efecto, reclamamos las necesarias políticas de contratación y redistribución de personal que lo garanticen.
9. La libertad de elección en el terreno sanitario exige una información adecuada y previa sobre los profesionales objetores. Los Poderes Públicos deberán conjugar el derecho a la información con la salvaguarda de la intimidad.

En conclusión, reclamamos del Poder Legislativo que, sin dilaciones, adopte las medidas precisas para asegurar el ejercicio efectivo de los derechos sanitarios reconocidos al conjunto de la población, evitando que invocaciones abusivas de pretendidos derechos a la objeción de conciencia frustren el correcto ejercicio de aquéllos.

EUTANASIA INFANTIL

Si la eutanasia plantea serias dudas y permanente discusión, tal y como hemos ido viendo a lo largo de este trabajo, cuando se trata de niños el problema es aún mayor. Antes de analizar las razones y argumentos en favor o en contra, parece necesario dejar claro cuál es el problema de fondo por el cual se plantea la eutanasia infantil. No se trata, como en otras épocas, en las que se producían situaciones de eugenesia o discriminación, sino de niños con enfermedad terminal con grave sufrimiento, y sin que las medidas paliativas logren suprimirlo, en situaciones en las cuales los mismos niños piden no seguir viviendo, bajo la condición de que sus padres estén de acuerdo. Se trata pues de un grave problema clínico y humano para el cual no tenemos respuestas unívocas, situación en la que surge la eutanasia como una alternativa posible.

[Eutanasia infantil: el caso belga](#)

En 2002, algunas semanas después de Holanda, Bélgica adoptó una ley que no criminaliza la eutanasia en determinadas condiciones bien definidas tal y como vimos en el apartado dedicado al país belga. En los debates parlamentarios de Bélgica, la edad fue considerada menos relevante cuando es comparada con la capacidad de discernimientos de la situación y sus implicaciones. De esa forma, el proyecto de ley aprobado por el Senado el 12 de diciembre de 2013 y promulgado por la Cámara de los representantes el 13 de febrero de 2014 (después de dos días de debate, con mayoría a favor- 86 contra 44- y 12 abstenciones) no hace referencia a límites de edad. Bélgica se torna, así, en el primer país del mundo en abolir legalmente todas las restricciones de edad para la realización de la eutanasia. Esta situación difiere de la legislación holandesa, que permite a los niños con enfermedades terminales requerir la eutanasia a partir de los 12 años, con consentimiento obligatorio de los padres hasta los 16 años, y a partir de esa edad es necesario apenas que los padres estén informados

Legislación infantil

La ley belga extensiva a los niños se asienta sobre los mismos presupuestos que en los adultos habiendo así criterios específicos que tienen que ser cumplidos:

- 1) Capacidad de discernimiento evaluada cuidadosamente por un equipo pediátrico multidisciplinar, incluyendo un psicólogo o un psiquiatra, con una conformidad hecha por escrito.
- 2) Contexto de enfermedad incurable o terminal que llevará a la muerte dentro de un corto periodo de tiempo lo que deberá ser acordado por el pediatra y por un médico independiente con sufrimiento constante e insoportable del menor.
- 3) Pedido por escrito del niño
- 4) Consentimiento de los padres o representante legal.
- 5) Responsabilidad del médico y disponibilidad de apoyo psicológico en todos los implicados.

Aunque se extienda a los niños, esa nueva ley restringe su aplicación al omitir las enfermedades psiquiátricas, y, más importante, al especificar la necesidad de capacidad de discernimiento, lo que excluye, inequívocamente, niños con alteración de la conciencia, con déficits intelectuales, niños mucho más jóvenes y recién nacidos. Menores sin capacidad cognitiva o motora para expresar o escribir su pedido son también excluidos. Contrasta, por lo tanto, con el protocolo de Groningen, práctica a la que se recurre en Holanda y de la que hablaremos en los próximos párrafos.

Aunque los padres tengan que acordar con la solicitud, la ley belga también excluye, indudablemente, todas las solicitudes presentadas por otra persona que no es el propio paciente, como padres o profesionales de la salud. Hay una comisión que supervisa la práctica de la eutanasia para asegurar que los criterios están siendo adecuadamente cumplidos.

Eutanasia neonatal: El protocolo de Groningen

En el año 2005 la Facultad de Medicina de la Universidad de Groningen, en Holanda, publicó un protocolo que establecía unas recomendaciones a seguir por los pediatras ante niños nacidos con graves problemas de salud. Era éste un protocolo dirigido a legalizar la eutanasia de estos niños.

El protocolo fue ratificado por la Asociación Nacional de Pediatría holandesa.

Sus autores presentan tres grupos de pacientes:

- 1) Neonatos con malformaciones físicas o cromosómicas claramente incompatibles con la vida. En estos casos sugiere que iniciar o continuar con tratamientos complejos es una irresponsabilidad médica.
- 2) Neonatos que sobreviven al tratamiento intensivo, pero cuyas expectativas de vida son malas, como en la asfixia grave o anomalías cerebrales. La calidad de vida futura y el sufrimiento insoportable son motivo de abandono del esfuerzo terapéutico. Claro y conciso desde la óptica de la sociedad neerlandesa, este punto parece inaplicable en nuestro medio, ya que genera una brecha ética basada en la definición de qué se considera sufrimiento insoportable en un neonato.
- 3) Neonatos que sobreviven sin necesidad de tecnología para su estabilidad fisiológica, pero que padecen condiciones que permiten su supervivencia hasta la adultez, aunque con sufrimiento grave, continuado y sin forma de alivio, conocida, como las formas graves de epidermólisis ampollar, parálisis progresivas, o incapacidad permanente para comunicarse en cualquier manera.

La eutanasia neonatal permanece impracticable debido a la incertidumbre de los pronósticos individuales. El protocolo de Groningen, lejos de facilitarla, limita claramente los casos de aplicación; su uso puede convertirse en una guía de soporte y apoyo para el equipo en el acompañamiento a los padres de niños, sin malformaciones, que requieren ingresos prolongados seguidos de una muerte inevitable.