

Eutanasia y suicidio asistido: conceptos generales, situación legal en Europa, Oregón y Australia (I)

C. DE MIGUEL SÁNCHEZ, A. LÓPEZ ROMERO¹

Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD). Comité de Ética para la Asistencia Sanitaria. Área 7. Atención Primaria. ¹Gerencia Atención Primaria Área 2. Madrid

RESUMEN

Durante los últimos veinte años se han producido numerosos debates públicos en nuestro país y en otros muchos, sobre la manera de tratar algunos enfermos terminales o personas con cáncer y procesos degenerativos irreversibles que pedían morir para evitar el sufrimiento o para no tener que vivir la fase final de la enfermedad. Estos procesos han sido objeto de intensos debates públicos y han puesto de manifiesto las divergencias entre la voluntad de los enfermos y las disposiciones legales y sanitarias.

En este artículo se revisa la situación legal de la eutanasia y del suicidio asistido en Europa, Oregón y Australia. Se analizan también las actitudes de la población general y de los profesionales de la salud, hacia este tipo de decisiones médicas al final de la vida.

Med Pal 2006; Vol. 13, pp. 207-215

PALABRAS CLAVE:

Eutanasia. Suicidio asistido. Cuidados Paliativos.

ABSTRACT

During the last twenty years there have been many public debates in many countries about the fact that some terminally ill cancer patients wanted to die to avoid suffering from their illness, and living through the last stages of their disease.

In this article the legal status of euthanasia and assisted suicide in Europe, Oregon, and Australia is discussed. General population and health workers' attitudes to end-of-life medical decisions are analyzed.

KEY WORDS:

Euthanasia. Physician-assisted suicide. Terminal Care.

INTRODUCCIÓN

Durante los últimos veinte años se han producido numerosos debates públicos en nuestro país y en otros muchos sobre la manera de tratar algunos enfermos terminales o personas con cáncer y procesos degenerativos irreversibles que pedían morir para evitar el sufrimiento o para no tener que vivir la fase final de la enfermedad. Enfermos que sufrían situaciones extremadamente penosas o sus familiares han planteado a los tribunales de justicia poder poner fin a una vida que consideraban indigna. Estos procesos han sido objeto de intensos debates públicos y han puesto de manifiesto las divergencias entre la voluntad de los enfermos y las disposiciones legales y sanitarias.

Entre los casos más recientes destacan por su valor paradigmático los de Ramón San Pedro, Terri Schiavo, Anthony Crew, Diane Pret y Vincent Humbert, y entre los más antiguos los de Karen Ann Quinlan y Nancy Cruzan:

Ramón San Pedro Camean, el caso español más conocido por su escenificación en la película *Mar Adentro*, sufrió una tetraplejía desde el año 1963, como consecuencia de una sección medular provocada por un accidente; desde entonces se encontraba inmovilizado de forma absoluta y permanente de todo el cuerpo, a excepción de la cabeza. Con el paso de los años llegó a la conclusión de que en estas condiciones su existencia era más una tortura que una vida humana digna; una "buena muerte" tenía más sentido que seguir viviendo, pero su dependencia total de los demás le impedía el suicidio. Por esta razón solicitó a los jueces que autorizasen a su médico a asistirlo, y que lo exonerasen de cualquier responsabilidad penal, fuesen cuales fuesen las consecuencias. En concreto, San Pedro pidió "que se auto-

rice a mi médico de cabecera a que me suministre los medicamentos necesarios para evitar el dolor, la angustia y la ansiedad que el estado en que me encuentro me produce, sin que eso, en ningún caso pueda ser considerado, bajo el punto de vista penal, como ayuda al suicidio, delito o faltas de ninguna clase, al asumir por mi parte el riesgo que tal medicación y poder así, llegado el caso, morir dignamente". El caso fue presentado ante los juzgados de Barcelona y desestimado en primera y en segunda instancia, por no corresponder esta jurisdicción a la del domicilio del interesado; su tercer intento, ante los juzgados de La Coruña, tampoco tuvo éxito. Finalmente, con la ayuda de un grupo de amigos, tomo cianuro y murió el 12 de enero de 1998 en Boiro (La Coruña), no lejos de su domicilio habitual en Porto Son (1).

Terri Schiavo era una ciudadana de EE.UU., que estuvo 15 años en estado vegetativo crónico (irreversible). El marido pensaba que ella no habría querido esta situación y dio permiso para interrumpir el soporte vital que la mantenía en estado vegetativo. Pero los padres interpusieron diferentes recursos judiciales para evitarlo e incluso el presidente Bush presentó y firmó una ley para que no se pudiese retirar el soporte. Los jueces dieron la razón al marido y a Terri Schiavo en abril de 2005. La autopsia reveló que su cerebro pesaba 600 gramos en lugar del peso normal que es de 1.400 a 1.600 gramos (1).

Anthony Crew era un tetrapléjico inglés de 74 años que fue a Suiza para que le ayudasen a morir en el año 2003. En Suiza no está despenalizada la eutanasia, pero no se penaliza la ayuda a morir, por motivos humanitarios, a una persona que lo pide. La Asociación Dignitas facilita la atención que requieren estas personas. Fue creada en 1998, sin ánimo de lucro, y hasta el año 2003 ha ayudado a morir a 91 personas, dos terceras partes de las cuales eran extranjeros (1).

Diane Pret sufría una enfermedad degenerativa irreversible que la dejó paralizada con dolores agudos que se iban haciendo cada vez más insoportables. Pidió a los tribunales británicos que le concedieran el derecho a morir asistida por su marido y ante las sucesivas negativas de todas las instancias nacionales, apeló al Tribunal de los Derechos Humanos de Estrasburgo que también lo denegó. Finalmente murió como ella no quería, después de días de dolor y agonía el día 11 de mayo de 2002 (1).

Vincent Humbert era un joven francés de 22 años, tetrapléjico, mudo y casi ciego a causa de un accidente, que después de vivir tres años en esta situación pidiendo el fin de su vida murió el 26 de septiembre de 2003, ayudado por su madre y un médico del Hospital de Berch-sur-Mer, que le suministró un medicamento. La fiscalía abrió diligencias contra el médico por "envenenamiento con premeditación" y contra la madre por "administración de sustancias tóxicas con premeditación a persona vulnerable". El presidente de la República Francesa expresó públicamente su apoyo a la madre (1).

Karen Ann Quinlan quedó en estado de coma persistente e irreversible el año 1975, cuando ya era mayor de edad. El padre pidió la custodia al juez para poder decidir la retirada del soporte vital, porque consideraba que no tenía sentido prolongar la situación con medios extraordinarios y fútiles. El juez de Nueva Jersey denegó el permiso aduciendo que los motivos humanitarios no justificaban la acción premeditada de acabar con la vida de una persona. La apela-

ción al Tribunal Supremo argumentaba, sobre la base de derecho a la intimidad, el respeto a las decisiones propias y la no-intromisión de terceros en cuestiones estrictamente personales, ya que la enferma había expresado anteriormente que no quería vivir en condiciones parecidas. El juez del Supremo de Nueva Jersey consideró que "hay una diferencia fundamental y en este caso determinante, entre acabar ilícitamente con la vida de una persona e interrumpir, por una cuestión de autodeterminación, los medios extraordinarios que la mantienen con vida". Entonces se retiró la respiración artificial, pero la enferma vivió diez años más en estado de coma, porque se mantuvo la alimentación artificial, puesto que se valoraba aquello como eutanasia pasiva y esto como eutanasia activa. La respuesta de los expertos indicó las contradicciones de tal planteamiento. La respuesta de los ciudadanos fue una ola de testamentos vitales (el Consejo de Educación sobre la Eutanasia recibió 1.250.000 solicitudes de testamentos vitales). El año 1980 tuvo lugar la creación de la Federación Mundial de las Asociaciones del Derecho a Morir, formada por 27 grupos de 18 países (1).

Nancy Cruzan estaba en estado vegetativo persistente e irreversible desde 1983 y los padres pensaban que era absurdo e injusto seguir en esta situación y querían interrumpir la ayuda que la mantenía viva. En 1987 pidieron permiso al juez, con la justificación de que ella se había manifestado en contra de estos tratamientos fútiles. En julio de 1988, el juez dictaminó a favor de la petición, de manera que ocurrieron diversos juicios, en diferentes instancias, y finalmente los jueces sentenciaron que hay un derecho constitucional a rechazar los soportes vitales en el supuesto de que se llegue a un estado vegetativo y permanente y recomendaron la introducción en el ámbito sanitario del documento de "directrices anticipadas" o "voluntades anticipadas" o "instrucciones previas". En diciembre de 1990 el juez consideró probado que Nancy no habría querido seguir viviendo en sus condiciones y autorizó la interrupción del soporte vital (1).

Estos casos muestran la evolución que ha experimentado el concepto de eutanasia en los últimos años, ya que si bien algunos de ellos se plantearon en un principio bajo esta denominación, ahora queda claro que lo que se pedía era simplemente una limitación del esfuerzo terapéutico o el respeto a la voluntad del enfermo de no recibir ningún tratamiento. El despliegue jurídico derivado de estas demandas y el proceso de reflexión que han provocado en diferentes ámbitos, han evidenciado la necesidad de atender los problemas humanos que se plantean en determinadas situaciones especialmente graves de enfermedad.

DEFINICIONES Y PRECISIONES TERMINOLÓGICAS

BUENA PRAXIS MÉDICA

De acuerdo con el conocimiento científico y práctico ampliamente consensuado, la buena praxis médica debe incluir el respeto a la voluntad expresada por el paciente, o quien le representa, y la aceptación de las limitaciones a la actuación médica que este decida. Este respeto implica que una vez agotados unos niveles razonables de información, se respetará incluso el rechazo de una práctica asistencial que pueda comportar un beneficio para el enfermo o inclu-

so evitarle la muerte. El principio de no-maleficencia incluye también el respeto a la voluntad del paciente.

CUIDADOS PALIATIVOS

Son los cuidados activos totales destinados a enfermos con procesos avanzados e incurables y a sus familiares con especial atención al confort y a la calidad de vida. Es función de los médicos y de todos los profesionales sanitarios aliviar el dolor y el sufrimiento de los enfermos que están en una fase terminal. Estos enfermos tienen el derecho a recibir asistencia de calidad, soporte psicológico y ayuda social que contribuyan a humanizar el proceso de su muerte. Es preciso asegurar que las personas que hacen una solicitud de eutanasia hayan recibido la información y el ofrecimiento de estos cuidados paliativos.

DECISIÓN INFORMADA

El enfermo que quiera poner fin a su vida debe poder disponer en todo momento de la información que exista sobre su proceso, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación incluida la de acceder a cuidados paliativos. Es una decisión informada aquella que toma un paciente autónomo que solicita asistencia médica para morir bien, y que está fundamentada en el conocimiento sobre los hechos más relevantes de su proceso, después de haber sido adecuadamente informado por el médico que le atiende y por otros que puedan intervenir.

DIGNIDAD

Valor incondicional de todo ser humano. Es el valor de aquello carente de precio, de aquello que ni tan sólo tiene un valor cuantificable y es objeto de respeto. Aquello que está por encima de todo precio, que no admite nada equivalente, tiene dignidad.

DISTANASIA

Es lo contrario de la eutanasia, es decir, la prolongación inútil de la vida que agoniza, la pretensión de alejar todo lo posible el momento de la muerte, utilizando todos los medios técnicos al alcance aunque no exista esperanza de curación (2).

EUTANASIA

Proveniente del término griego *Eu-thanatos* (buena muerte), hace referencia a las acciones realizadas por otras personas, a petición expresa y reiterada de un paciente que padece un sufrimiento físico o psíquico como consecuencia de una enfermedad incurable y que él vive como inaceptable, indigna y como un mal, para causarle la muerte de manera rápida, eficaz e indolora. Estas acciones se hacen pues en atención a la persona y de acuerdo con su voluntad –requisito imprescindible para distinguir eutanasia de homicidio– con el fin de poner fin o evitar un padecimiento

insuportable. En la eutanasia existe un vínculo causal directo e inmediato entre la acción realizada y la muerte del paciente. Desde la introducción del consentimiento informado no podemos hablar de la mal llamada “eutanasia pasiva”. Es obvio que la no instauración de un tratamiento, su suspensión y la eutanasia siempre tienen que ser solicitados.

FUTILIDAD DEL TRATAMIENTO

Se habla de futilidad del tratamiento cuando una medida terapéutica no aporta ningún beneficio al paciente o bien puede producir al enfermo o a su familia, perjuicios superiores o desproporcionados en relación con el posible beneficio.

HOMICIDIO POR COMPASIÓN

Se produce cuando alguien provoca la muerte de un paciente sin que exista una petición expresa de este y sin conocer, por tanto, su voluntad, pero actuando por compasión o piedad ante una situación de padecimiento muy grande, con la intención de procurarle un bien.

LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO

La limitación del esfuerzo terapéutico (LET) comporta aceptar la irreversibilidad de una enfermedad y la conveniencia de abandonar los tratamientos que tengan por finalidad prolongar la vida, manteniendo sólo las terapias necesarias para garantizar al máximo el bienestar del enfermo.

ENFERMEDAD IRREVERSIBLE

Es aquella afectación grave o potencialmente grave que con los conocimientos médicos disponibles no se puede curar.

ENFERMEDAD TERMINAL

Es una enfermedad incurable, en estado avanzado, que en un periodo corto de tiempo, medible en pocos meses, progresará hacia la muerte.

NO INICIO O RETIRADA DE TRATAMIENTOS DE SOPORTE VITAL

Forma parte de la LET y consiste en no iniciar o retirar tratamientos como la ventilación mecánica, la reanimación cardiopulmonar, la diálisis, la nutrición artificial (enteral y parenteral) o la hidratación (en situaciones de inconsciencia), cuando se produce una complicación aguda al final de una enfermedad incurable. El objetivo es facilitar la evolución de la enfermedad hacia la muerte sin prolongar inútilmente la agonía con tratamientos invasivos.

OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

Es el derecho individual a no atender aquellas demandas de actuación que resultan incompatibles con las propias convicciones morales.

OBSTINACIÓN TERAPÉUTICA

Más habitualmente conocida como “encarnizamiento terapéutico”, es la instauración o continuación de medidas médicas carentes de ningún otro sentido que prolongar la vida del paciente cuando este está abocado a la muerte irreversiblemente.

ORTOTANASIA

Término que designa la muerte justa, a su tiempo, en su momento, sin prolongaciones de la vida ni retrasos de la muerte (2).

PADECIMIENTO INSUFRIBLE

Puede ser físico o psíquico, y es aquel sufrimiento de difícil tratamiento carente de perspectiva de mejora.

PENDIENTE RESBALADIZA

Es un argumento utilizado frecuentemente por quienes se oponen a la posibilidad de despenalizar la eutanasia solicitada y el suicidio asistido. Hace referencia al riesgo de no poder prevenir la utilización de la eutanasia en situaciones que podrían ser tributarias de otras alternativas o hacerla extensiva a situaciones en las que no sería pertinente. Por ejemplo:

- Casos no previstos en la ley.
- Casos de interpretación demasiado laxa de los criterios de aplicación de la ley.
- Situaciones de presión ambiental en que el paciente se vería abocado a adoptar una opción que no tiene clara.
- Se podría llegar, incluso a un cambio de paradigma, pasando de ser una forma excepcional de acabar la vida a convertirse en forma habitual de “terapia terminal”.

PRINCIPIO DE AUTONOMÍA

Se entiende por autonomía la capacidad para escoger libremente, entre diferentes opciones, la forma en que queremos vivir. El ejercicio de esta autonomía, que da un sentido único y genuino a nuestra vida, incluye la forma en que queremos que sea el final. Por lo tanto, cuando se niega la posibilidad de decidir sobre el final de nuestra vida, se priva de autonomía.

RECHAZO DEL TRATAMIENTO

Es un derecho reconocido legalmente por el que una persona que sufre una enfermedad expresa, de manera ver-

bal o por escrito, la voluntad de no aceptar una determinada actuación médica.

SEDACIÓN TERMINAL

Es la administración de fármacos para conseguir el alivio imposible de obtener con otras medidas, de un padecimiento físico o psicológico mediante la disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la consciencia, en un paciente en el que la muerte se prevé muy próxima y con un consentimiento implícito, explícito o delegado.

SUICIDIO ASISTIDO O AUXILIO AL SUICIDIO

Es la acción de una persona, que sufre una enfermedad irreversible, para acabar con su vida, y que cuenta con la ayuda de alguien más que le proporciona los conocimientos y los medios para hacerlo. Cuando la persona que ayuda es el médico, hablamos de suicidio médicamente asistido.

VOLUNTADES ANTICIPADAS

Son la expresión de los deseos, prioridades o decisiones de una persona formulados de forma anticipada en previsión de que, en un momento dado, la situación de incapacidad en que se encuentre no le permita manifestarlos. Se trata de una forma de poder continuar ejerciendo el derecho a ser respetado con los valores propios y asegurar que este respeto se mantendrá cuando se presente una situación de mayor vulnerabilidad. El otorgamiento se puede hacer mediante un documento.

SITUACIÓN ACTUAL EN DISTINTOS PAÍSES DE EUROPA, OREGÓN Y AUSTRALIA

La situación legal de los distintos países de Europa, Oregón y Australia con respecto a la eutanasia y la ayuda al suicidio la podemos ver en la tabla I.

País	Situación legal	
	Eutanasia	Suicidio asistido
España	-	-
Holanda	+	+
Bélgica	+	+
Suiza	-	+
Reino Unido	-	-
Alemania	-	+/-
Francia	-	-
Dinamarca	-	-
Oregón	-	+
Australia	-	-

-: penalizado; +: despenalizado.

ESPAÑA**SITUACIÓN LEGAL**

Tanto la eutanasia como la ayuda al suicidio están penalizadas en España en el artículo 143 del Código Penal, en un capítulo dedicado al homicidio y sus distintas formas.

¿CUÁL ES LA OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS Y DE LA POBLACIÓN GENERAL AL RESPECTO? ESTUDIOS SOCIOLÓGICOS

En España son pocos los estudios sociológicos que han profundizado sobre esta problemática de la eutanasia. Dos encuestas han tratado de recabar la opinión de la ciudadanía sobre la eutanasia: una de la Organización de Consumidores y Usuarios (OCU) del año 2000 (I) y la del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) del año 2002 (I) (Tablas II y III).

TABLA II**RESULTADOS DE LA ENCUESTA SOBRE LA EUTANASIA EN ESPAÑA DE LA ORGANIZACIÓN DE CONSUMIDORES Y USUARIOS (OCU), AÑO 2000**

- Participan en la encuesta 2.500 personas, entre ellas 477 médicos, un tercio de ellos de cuidados paliativos, 63 enfermeras, 961 familiares de pacientes fallecidos de cáncer y población general
- Tres de cada 4 personas encuestadas están a favor de una legalización que permita solicitar la eutanasia en caso de enfermedad dolorosa y en situación próxima a la muerte
- El 65% de los médicos reconocen haber recibido alguna vez la petición de algún tipo de eutanasia o de suicidio asistido
- El 85% de las enfermeras reconocen haber recibido alguna vez la petición de algún tipo de eutanasia o de suicidio asistido
- El 21% de los médicos encuestados reconoce que se practica la eutanasia directa
- El 15% de los médicos reconoce haber practicado al menos una vez la eutanasia activa

En el estudio de la Fundación BBVA del año 2004 sobre las percepciones de los jóvenes, 3.000 universitarios de los que el 45% se declara católico, son encuestados sobre ocho cuestiones diferentes susceptibles de debate moral, y la eutanasia presenta una valoración de 7,5 de una escala que va de 0 (nunca se puede justificar) a 10 (siempre es justificable), por delante del aborto (7,0), la adopción de niños por parejas homosexuales (6,8) o el consumo de drogas (4,3) (1).

Es preciso recordar los resultados obtenidos en una encuesta realizada por el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona en el año 1988 entre sus colegiados. El desarrollo de una ley que regule la práctica de la eutanasia es una necesidad que manifiestan el 82% de los médicos del estudio. El 17% se manifiestan contrarios a la elaboración de dicha ley. Las razones expresadas por quienes se oponen son de carácter ético-religioso. En relación con los tipos de eutanasia que debe permitir la ley, el estudio muestra que el 52% de los médicos cree que se debe permitir la eutanasia pasiva y

TABLA III**RESULTADOS DE LA ENCUESTA SOBRE LA EUTANASIA EN ESPAÑA DEL CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLÓGICAS (CIS), AÑO 2002**

- El objetivo es conocer las actitudes y opiniones de 1.057 médicos ante la eutanasia, seleccionados de forma aleatoria entre las distintas especialidades
- El 57% de los médicos ha recibido la petición de suspensión o no inicio de tratamiento
- El 19% de los médicos ha recibido la demanda de administración de una sobredosis de fármaco para acelerar el final de la vida
- El 7,8% de los médicos ha recibido la solicitud de una dosis letal de fármaco para que el paciente pueda acabar el mismo con su vida
- El 21,5% de los médicos cree que la ley debería permitir la ayuda al suicidio en caso de una enfermedad incurable, dolorosa y próxima a la muerte
- El 21,6% de los médicos cree que ante la situación anterior la ley debería permitir administrar un tratamiento que acabase con la vida de quien lo solicita
- El 17% de los médicos cree que la ley tendría que permitir proporcionar una dosis letal a pacientes no terminales pero con graves sufrimientos físicos y psíquicos que lo solicitaran, para que ellos mismos se la administraran
- El 7% de los médicos estarían de acuerdo en administrar la eutanasia en el caso de que se tratase de niños
- El 84% de los médicos cree que un buen sistema de cuidados paliativos no resuelve todas las solicitudes de eutanasia
- El 41,5% de los médicos cree que debe cambiar la ley para permitir la ayuda al suicidio o la eutanasia a los enfermos terminales que lo soliciten
- El 18% de los médicos cree que debe cambiar la ley para permitir la ayuda al suicidio o la eutanasia a los enfermos no terminales con graves sufrimientos físicos o psíquicos que lo soliciten

prohibir la eutanasia activa. El 43% consideran que se debe permitir tanto la eutanasia pasiva como la activa (1).

HOLANDA**SITUACIÓN LEGAL, LEY DE COMPROBACIÓN DE LA FINALIZACIÓN DE LA VIDA A PETICIÓN PROPIA Y DEL AUXILIO AL SUICIDIO**

Holanda aprobó en el año 2001 la Ley de comprobación de la finalización de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio, que entró en vigor el 1 de abril de 2002. La ley considera eutanasia toda intervención directa y eficaz del médico para causar la muerte del paciente que sufre una enfermedad irreversible o que se encuentra en fase terminal y con padecimiento insoportable, a petición expresa de este. En el artículo 2 de la ley se establece una serie de requisitos de diligencia que si se cumplen, no hacen punible la práctica de la eutanasia. Son los siguientes:

—Que la persona objeto de la eutanasia o auxilio al suicidio sea residente en Holanda.

—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. Esta puede haber sido manifestada en un documento de voluntades anticipadas.

—Que se constate un padecimiento insoportable y sin esperanzas de mejora.

—Que se haya informado al paciente de su situación y de las perspectivas de futuro.

—Que se haya consultado a otro facultativo y que este 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.

—Que la realización de la eutanasia o auxilio al suicidio se haga con el máximo cuidado y profesionalidad.

Se excluyen del concepto de eutanasia:

—La conducta activa para causar la muerte de enfermos comatosos y recién nacidos, ya que no pueden expresar su voluntad de morir.

—La administración de una medicación analgésica para evitar o mitigar el padecimiento, pese a que este acelere la muerte.

—La supresión o el no inicio de tratamientos que no tienen una finalidad terapéutica sino sólo paliativa.

Siempre y cuando se cumplan los requisitos anteriores, el médico podrá atender la petición de morir de:

—Mayores de 18 años plenamente conscientes o que hayan expresado voluntades anticipadas.

—Menores entre 16 y 18 años plenamente conscientes o con voluntades anticipadas si los padres o tutores han participado en el proceso de decisión.

—Menores entre 12 y 16 años, con madurez suficiente, si los padres o tutores están de acuerdo con la decisión del menor.

También se modifica la ley de disposición de cadáveres en el artículo 7:

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 informe

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 por un jurista, un médico y un experto en ética, nombrados por los Ministerios de Sanidad y de Justicia por un periodo de seis años. Las funciones de la 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.

Así pues, en Holanda se mantiene penalizados como crimen la eutanasia y el auxilio al suicidio a excepción de los

casos en que se cumplan los requisitos que se han establecido legalmente para poder practicarlos. Por tanto, cuando el médico practique la eutanasia o el auxilio al suicidio con todos los requisitos establecidos, no será perseguido por la justicia. Cualquier otra conducta que tenga por resultado la muerte del paciente por actuación médica a petición de este, pero sin cumplir el resto de los requisitos marcados, será castigada penalmente (3,4).

BÉLGICA

SITUACIÓN LEGAL

Bélgica aprobó el 28 de mayo de 2002 una ley relativa a la eutanasia que entró en vigor el 20 de septiembre del mismo año. En este caso, a diferencia de la legislación holandesa, de la del estado de Oregón y de la de Suiza, se despenaliza la eutanasia pero no se menciona el suicidio asistido. La razón de este hecho es que, a diferencia de Holanda u otros muchos países europeos en que los códigos penales castigan el auxilio al suicidio a todos los efectos, el Código Penal belga no lo castiga y por este motivo no se incluyó en la ley despenalizadora. Una conducta no típica, ni punible no es preciso que sea recogida en una despenalización.

Esto podría querer decir que la actuación de una persona que presta auxilio al suicidio en un contexto eutanásico (padecimiento insoportable, enfermedad irreversible o terminal a petición propia) no podría ser castigada por la justicia.

Los requisitos que la ley belga establece para la eutanasia son:

—Que el paciente sea mayor de edad o menor emancipado, capaz y consciente de su petición.

—Que la petición sea voluntaria, reiterada sin pretensiones exteriores, pudiendo haberla manifestado en un documento de voluntades anticipadas que tenga una vigencia inferior a cinco años. La posibilidad de solicitar la eutanasia mediante un documento de voluntades anticipadas está regulado por un decreto de 2 de abril de 2003.

—Que haya padecimiento físico o psíquico constante e insuperable ocasionado por una condición patológica grave e incurable.

El médico tiene que:

—Informar al paciente sobre la existencia de cuidados paliativos.

—Reiterar el diálogo en los plazos de tiempo razonables.

—Consultar a otro médico independiente que tiene que visitar el paciente y redactar un informe que esté de acuerdo o en desacuerdo con las primeras valoraciones.

—Recopilar información del equipo cuidador si es que existe.

—Procurar que el enfermo consulte con otras personas de su entorno.

—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 profes-

res universitarios de derecho y cuatro personas que provienen del entorno de pacientes que sufren enfermedades incurables.

El primer informe de la CFCE recoge 259 casos de eutanasia desde el 23 de septiembre de 2002 hasta el 31 de diciembre de 2003, o sea, 17 casos de media por mes y en ninguno de ellos hubo revisión por incumplimiento de los requisitos legalmente establecidos. Los 259 casos fueron declarados por 143 médicos diferentes. Durante el año 2004 se declararon 347 casos, o sea, 29 casos por mes.

En Bélgica, paralelamente a la aprobación de la ley relativa a la eutanasia, se introdujo la legislación sobre cuidados paliativos que establece que todos los belgas deben tener acceso a este tipo de asistencia en condiciones adecuadas. El informe de la CFCE señala que en 101 casos de los 259 declarados se hicieron consultas a los equipos de cuidados paliativos

SUIZA

SITUACIÓN LEGAL

En Suiza la eutanasia continúa penalizada, pero no así el auxilio al suicidio, aunque a diferencia de Holanda y Oregón no necesariamente tiene que contar con la asistencia del médico. Esta sólo se exigirá en el caso de que sea necesaria para asegurar el control correcto de la prescripción, y no porque se considere que la ayuda al suicidio sea una función de la medicina.

En todo caso, un 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 artículo 115 del Código Penal.

Suiza cuenta con tres organizaciones voluntarias que dan apoyo a las personas que solicitan la ayuda al suicidio: EXIT, que actúa en los cantones de habla germánica e italiana; AMD, en los cantones franceses; y DIGNITAS, para las personas extranjeras que vayan a Suiza para recibir ayuda al suicidio.

EXIT ha pasado de asistir 30 casos en el año 1993 a un centenar actualmente; DIGNITAS declaró tres casos el año 2000, 37 en 2001, 52 en 2002 y 91 en 2003.

SITUACIÓN EN EL RESTO DE EUROPA

En Europa, fuera de los casos mencionados, la eutanasia y la asistencia al suicidio continúan penalizados con las mismas penas que el homicidio consentido. Pero en muchos de estos países se produce un debate social sobre la conveniencia o no de cambiar la legislación.

REINO UNIDO

Situación legal

En el caso de Reino Unido, un Comité de la Cámara de los Lores publicó el 4 de abril de 2005 el *Assited Dying for*

Terminally Ill Hill, acompañado de un detallado informe en que se establecen todos los aspectos que deberían regular la eutanasia y la ayuda al suicidio.

El análisis de las decisiones médicas al final de la vida en el Reino Unido muestra una menor incidencia relativa de eutanasia, suicidio asistido y eutanasia sin consentimiento explícito y una mayor incidencia relativa en la decisión de no iniciar o retirar tratamientos que prolonguen la vida, con respeto a otros países europeos. Estos hallazgos sugieren una influencia importante de la filosofía de los cuidados paliativos en las decisiones médicas al final de la vida en el Reino Unido. Por otra parte, la mayoría de los médicos están satisfechos con la ley británica, aunque una proporción muy pequeña dice que interfiere con el manejo de los pacientes (5,6).

ALEMANIA

Situación legal

En Alemania, la eutanasia está penalizada, pero no determinadas conductas de participación en la ayuda al suicidio, incluso cuando esta ayuda resulta necesaria. El Código Penal alemán sólo castiga el homicidio a petición, o sea, la conducta de aquel que, a petición del paciente, pone fin a su vida de forma directa; pero no, por ejemplo, la de aquel que le proporciona los medios para hacerlo. Sin embargo, ni la sociedad alemana ni los profesionales sanitarios perciben esta posibilidad que la ley otorga como una conducta correcta y en consecuencia, la ayuda indirecta al suicidio no es una práctica normalizada. El hecho de que el legislador alemán no haya penalizado nunca la colaboración al suicidio no es fruto de un debate social ni de una deliberación que haya conducido a una iniciativa legislativa en este sentido.

FRANCIA

Situación legal

En Francia la eutanasia continúa penalizada, si bien se hace distinción entre eutanasia activa y pasiva. Recientemente, Francia ha aprobado la Ley relativa a los derechos de los enfermos y al fin de la vida, que sólo hace referencia a la posibilidad de otorgar voluntades anticipadas y a la necesidad de disminuir la obstinación terapéutica, pero no a la posibilidad de practicar la eutanasia o ayudar al suicidio.

¿Qué opina la población francesa?

Según una encuesta realizada por Sofres recientemente, a petición de la Asociación para el derecho a morir con dignidad, más de 8 franceses de cada 10, serían favorables a una legalización de la eutanasia en ciertos casos. El 86% de los franceses aprobarían la idea de autorizar una "asistencia médica para morir", cuando lo demandase una persona en fase avanzada o terminal de una enfermedad incurable. El

77% de las personas interrogadas por esta encuesta sería favorable a que la ley sea modificada para permitir a un enfermo obtener una ayuda médica para morir si se encuentra en un estado de dependencia que estima incompatible con su dignidad.

¿Qué opinan los médicos franceses?

Peretti-Watel y cols. realizan en 2002 una encuesta telefónica a 917 médicos estratificada por especialidades (medicina general, oncólogos y neurólogos) y randomizada. Sólo una minoría de ellos tenían formación específica en cuidados paliativos, y son fundamentalmente los neurólogos. El 43% de los médicos opinan que la eutanasia debería legalizarse como en Holanda. Esta opinión es más frecuente entre los médicos generales y los neurólogos que entre los oncólogos: 44,8, 46,5 y 35,3%, respectivamente. En el estudio los oncólogos tienen más experiencia en los cuidados al final de la vida, tienen con más frecuencia formación específica en cuidados paliativos y son los que más confortables se sienten y mejor comunicación practican con los pacientes en fase terminal. Este estudio tiene algunas limitaciones, contestar este tipo de preguntas por teléfono puede ser difícil, además se contacta con 1.552 médicos de los que sólo realizan el estudio 917 (59%), pero los autores no tienen datos de las características de los médicos que rehúsan participar en el estudio. Los autores concluyen que en Francia el apoyo mostrado a la eutanasia puede ser debido a una falta de profesionales con formación específica en cuidados paliativos. Al mejorar estos conocimientos, se mejorarían los cuidados al final de la vida y se aportaría más claridad al debate sobre la eutanasia (7).

DINAMARCA

Situación legal

En Dinamarca la eutanasia continúa penalizada, si bien se hace distinción entre eutanasia activa y pasiva.

Dinamarca aprobó en el año 1992 una ley que permite no instaurar tratamientos que se puedan considerar fútiles cuando esté cerca la muerte, o sea, lo que de manera habitual y desafortunadamente se conoce como eutanasia pasiva.

El Consejo de Europa se declaró contrario a la eutanasia en la Recomendación 1418799 para la protección de los enfermos terminales, en la cual se defiende que todos ellos puedan recibir cuidados paliativos como una prestación más.

ESTADOS UNIDOS, EL CASO DE OREGÓN

SITUACIÓN LEGAL

En Estados Unidos se realizan campañas en diferentes estados para impulsar la despenalización del suicidio asistido. El caso más emblemático es el del Estado de Oregón, donde en 1994 se aprobó, con el 51% de los votos, la *Oregon Death with Dignity Act* (ODDA), que legaliza esta práctica. En 1995 fue declarada inconstitucional, pero en el año

1997 se aprobó nuevamente, esta vez con el 60% de votos. La ley no habla en ningún momento de "suicidio asistido", si no de "morir con dignidad".

La ODDA permite la asistencia médica al suicidio siempre y cuando se cumplan determinados requisitos:

—Debe ser un paciente terminal con una expectativa de vida inferior a seis meses.

—Debe ser mayor de 18 años, plenamente capaz y no presentar síntomas de depresión.

—Que haya formulado dos peticiones de asistencia al suicidio con un intervalo mínimo de dos semanas, por escrito y en presencia de dos testigos, uno de los cuales no debe tener relación con él.

—Dos médicos (el que le atiende y un consultor) deben informar por escrito de las condiciones del paciente y tienen que descartar que la petición sea debida a un estado depresivo.

—Los médicos pueden recetar, pero no administrar, dosis letales de drogas para producir una muerte rápida. El paciente debe ser capaz de tomarlo él mismo.

—Los médicos no tienen que estar necesariamente presentes en el acto del suicidio.

—El médico tiene que presentar un informe.

En estas condiciones, la eutanasia es ilegal en el Estado de Oregón, mientras, el debate continúa en otros estados como Maine o Michigan.

AUSTRALIA

SITUACIÓN LEGAL

En el territorio del norte de Australia, que tiene como capital la ciudad de Darwin y cuenta con 200.000 habitantes, en mayo de 1995 se legalizó la eutanasia voluntaria mediante "El acta de los enfermos terminales". Estuvo en vigor nueve meses y posteriormente la ley fue declarada ilegal mediante una ley del Senado australiano, aprobada por 38 votos contra 34. Durante el tiempo de vigencia murieron cuatro personas por inyección subcutánea letal con la ayuda de un ordenador.

CONCLUSIONES

1. Se despenaliza la eutanasia en Holanda y Bélgica.
2. Se permite el suicidio asistido en Holanda, Bélgica, Suiza y Oregón.

CORRESPONDENCIA:
Cristina de Miguel Sánchez
ESAD
C. S. Espronceda
C/ Espronceda, 24, 4º
28003 Madrid
e-mail: esad.gapm07@salud.madrid.org

Bibliografía

1. Informe sobre la eutanasia y la ayuda al suicidio. Comité de consulta de Bioética de Cataluña. Generalidad de Cataluña; 2006.
2. Moreno M. Elección de la propia muerte y derecho: hacia el reconocimiento jurídico a morir. *Derecho y Salud* 2004; 12 (1): 61-84.
3. Bremer C. The euthanasia law in Belgium and the Netherlands. *Lancet* 2004; 362: 1239-40.
4. Marcia A. Euthanasia in the Netherlands-good news or bad. *New Engl J Med* 1996; 335 (22): 1676-8.
5. Seale C. National survey of end-of-life decisions made by UK medical practitioners. *Pall Med* 2006; 20: 3-10.
6. Birchard K. Rates of assisted suicide remain low in UK. *Medical Post* 2006; 42 (9): 55.
7. Peretti-Watel P, Bendiane MK, Pegliasco H, Lapiana JM. Doctors' opinions on euthanasia, end of life care, and doctor-patient communication: Telephone survey in France. *BMJ* 2003; 327: 595-6.