



Universidad
Zaragoza



Trabajo Fin de Grado

EVOLUCION DEL CONCEPTO Y PRÁCTICA DE LA EUTANASIA:

UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

EVOLUTION OF THE CONCEPT AND PRACTICE OF EUTHANASIA: A BIBLIOGRAPHIC REVIEW

Marta Blasco Gómez

Directora: Dra. Consuelo Miqueo

Profesora Titular de Historia de la Ciencia

FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

Junio 2020

RESUMEN EN CASTELLANO

La eutanasia o buena muerte es una cuestión político-jurídica ajena a la moral desde sus orígenes griegos, pero en las últimas décadas se ha convertido en un problema social debido a los avances médicos y al interés social por los derechos humanos. Actualmente su práctica en el mundo exige diferenciar los países que la han legalizado, los que permiten el suicidio asistido o la eutanasia pasiva, y los que la prohíben expresamente en su Código Penal.

Objetivos: Analizar la bibliografía médica sobre el tema observando el perfil documental, temporal e institucional de dos prácticas profesionales interrelacionadas (eutanasia y cuidados paliativos), e identificar las patologías médicas prevalentes entre los pacientes que solicitan la eutanasia.

Material y Métodos: Revisión bibliográfica sistemática, tipo análisis texto/discurso de 2 manuales de formación clínica (Harrison y Farreras), material didáctico de 3 asignaturas del Grado de Medicina de la Universidad de Zaragoza y del examen de Médico Interno Residente (MIR) de 3 academias; y la literatura de investigación indexada en las bases de datos Medline/Pubmed acotada a los estudios observacionales empíricos y cuantitativos (n=67).

Resultados: La información sobre eutanasia proporcionada en la facultad de medicina y las academias MIR es más escueta y menos actualizada que la de los tratados de Medicina Interna. Los estudios internacionales sobre la opinión de los profesionales de la salud evidencian una variabilidad determinada por las creencias religiosas y por los años de experiencia clínica. Las investigaciones sobre la solicitud de eutanasia indican que las patologías más demandantes son la oncológica (65%), neurodegenerativas (7%) y cognitivas (6%). En los países donde es legal, los principales conflictos éticos se observan en la donación de órganos, casos pediátricos y psiquiátricos. El discurso médico dominante integra el principio de autonomía y el consentimiento informado, superando la tradicional dicotomía: cuidados paliativos y eutanasia no constituyen alternativas excluyentes, y dependen siempre de la voluntad explícita del paciente.

Conclusiones: La revisión bibliográfica con perspectiva histórica, transcultural y limitada a los estudios empíricos es un instrumento idóneo para encarar profesionalmente problemas bioéticos cotidianos.

PALABRAS CLAVE

Eutanasia, cuidados paliativos, actitud del personal sanitario, evolución histórica.

RESUMEN EN INGLES

Euthanasia or good death is a political-legal issue that has been alien to morality since its Greek origins, but in recent decades it has become a social problem due to medical advances and social interest in human rights. Its practice in the world today requires a distinction to be made between countries that have legalized it, those that allow assisted suicide or passive euthanasia, and those that expressly prohibit it in their penal code.

Objectives: To analyze the medical literature about euthanasia or assistend suicide and palliative care observing its documentary, temporal and institutional profile, and to identify the prevalent medical pathologies among patients requesting euthanasia.

Material and Methods: Systematic bibliographic review, text-to-speech analysis type of 2 clinical medicine handbooks (Harrison and Farreras), teaching material of 3 subjects of the Degree of Medicine of the University of Zaragoza and the Medical Intern Resident Examination (MIR) handbooks of 3 private academies; and the research literature indexed by the Medline/Pubmed databases limited to the empirical and quantitative observational studies (n=67).

Results: The information on euthanasia provided by the medical school and the MIR academies is more concise and less up-to-date than of the Internal Medicine treatises. International studies on the opinion of health professionals show a variability determined by religious beliefs and years of clinical experience. Research on the request for euthanasia indicates that the most demanding pathologies are oncological (65%), neurodegenerative (7%) and cognitive diseases (6%). In countries where it is legal, the main ethical conflicts are observed in organ donation, paediatric and psychiatric cases. The dominant medical discourse integrates the principle of autonomy and informed consent, overcoming the traditional dichotomy: palliative care and euthanasia are not exclusive alternatives, and always depend on the explicit will of the patient.

Conclusions: The bibliographic review with a historical, transcultural perspective and limited to empirical studies is an ideal instrument to professionally face everyday bioethical problems.

KEYWORDS

Euthanasia, palliative care, attitude of health professionals, historical evolution.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Evolución histórica y legislación actual en el mundo	1
1.2. Conceptualización del problema: terminología y ética	5
1.3. Objetivos del estudio	9
2. MATERIAL Y MÉTODOS	10
3. RESULTADOS/DISCUSIÓN	12
3.1. La “ciencia normal” sobre eutanasia: tratados generales de medicina	13
3.1.1. Manuales de formación médica	13
3.1.2. Material docente de la Universidad de Zaragoza	15
3.1.3. Material docente para el examen MIR	16
3.2. La literatura de investigación internacional sobre eutanasia	17
3.2.1. La opinión de los profesionales de la salud	18
3.2.2. Enfermedades objeto de cuidados paliativos y eutanasia	21
3.2.3. El papel de las creencias religiosas	27
3.2.4. Donación de órganos y eutanasia	29
3.2.5. Obsolescencia del Juramento Hipocrático	30
4. CONCLUSIONES	32
5. BIBLIOGRAFÍA	34
6. ANEXOS	44

1. INTRODUCCIÓN

1. 1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA EUTANASIA Y CONTEXTO ACTUAL

La eutanasia era una cuestión político-jurídica ajena a la moral desde sus orígenes. Aunque se ha practicado durante muchos siglos, en las últimas décadas ha acaparado mayor atención pública y discusión debido a las nuevas posibilidades que ofrecen los avances médicos y al creciente interés por los derechos humanos. Las nuevas tecnologías son capaces de soportar y prolongar la vida cuando una cura o la vuelta a la salud ya no son posibles, lo cual conlleva que los pacientes enfermos y moribundos pueden estar tecnológicamente ligados a la vida más allá del tiempo en que podrían haber muerto conscientemente y en control de su cuerpo y mente (1).

La palabra eutanasia aparece por primera vez en la última comedia de Posidippus (300 a.C), *Myrmiki*. Para su autor, la eutanasia era el mejor regalo que el hombre podría desear recibir de los dioses, lo que refleja la actitud positiva de los antiguos griegos hacia el suicidio: ellos percibían el debilitamiento de la vejez como humillante, pues les quitaba su dignidad y la fama póstuma. Entonces el acto que ahora denominamos "eutanasia pasiva" se practicaba habitualmente en pacientes con una deformidad. En su *República* (374 a. C.), Platón defiende que las personas que no son saludables en cuerpo y alma deben ser abandonadas a morir, por el bienestar de los ciudadanos y la ciudad. También argumenta en contra la prolongación de la vida por cualquier motivo, alegando que la medicina debería contribuir solo para mejorar la vida del paciente. (2)

Una de las primeras referencias registradas en la literatura médica acerca de la eutanasia aparece en el juramento hipocrático. Formulado alrededor del año 400 a. C. por Hipócrates, uno de los padres fundadores de la medicina, se posiciona en contra diciendo "No recetaré una droga mortal para complacer a alguien, ni daré consejos si eso puede causar su muerte". Esta oposición era un punto de vista minoritario en aquel momento, formaba parte del código deontológico de un nuevo grupo profesional, el de los doctos sabios sanadores, que muchos interpretan como un rechazo del uso de la profesión médica para fines políticos u otros intereses no sanadores, considerándose uno de los principios deontológicos característicos de la tradición hipocrática de la medicina clásica griega. (3)

El verdadero cambio en la consideración de la eutanasia se produjo cuando se vinculó la nueva religión del cristianismo a la organización social. En el año 529 d.C., el emperador Justiniano cerró la Academia Filosófica pagana en Atenas e introdujo reformas legales que favorecieron la creencia y los valores cristianos, entre otros que la vida propia no le pertenece a ser humano sino al divino Creador. Tardó varios siglos, pero entre el siglo XII y el XV la visión hipocrática cristianizada se convirtió en la dominante, y durante siglos, tras el cisma del cristianismo, diferentes filósofos y teólogos anglicanos británicos de la Edad Moderna, como Tomas Moro y Francis Bacon, argumentaron en contra de la eutanasia, continuando el debate; mientras que durante y después de la Ilustración, cuando el suicidio era un tema ampliamente discutido (y hoy legal o no constitutiva de delito en países de tradición católica como España, Francia y otros), y la masturbación una enfermedad moral, la eutanasia quedó relegada a un segundo plano en los debates éticos en la sociedad.

A finales del siglo XIX y en el contexto del descubrimiento de los primeros anestésicos, emergió de nuevo el problema dentro la profesión médica. En 1870, S. D. Williams, dio un discurso en

Birmingham (Inglaterra) especulando sobre el uso del éter y cloroformo para terminar intencionalmente la vida de los pacientes. Williams apeló al darwinismo social y a la mentalidad del laissez-faire de la época para justificar la eutanasia, despertando interés en muchos pensadores y políticos. En la década de 1880, la eutanasia se había convertido en un tema de discurso recurrente en reuniones médicas y editoriales británicas y americanas. Diez años más tarde abogados y científicos se unieron al debate y el resultado fue que en 1906 se presentó un Proyecto de Ley para legalizarla en Ohio, Norteamérica. The New York Times publicó editoriales y cartas sobre el esfuerzo de Ohio; muchos, pero no todos los diarios médicos se hicieron eco, y finalmente, el Proyecto de Ley fue derrotado.

En 1920, la eutanasia se convirtió en objeto de interés en Alemania cuando un profesor de psiquiatría y abogado, Hoche y Binding respectivamente, publicaron El Permiso para destruir una vida que no vale ser vivida. Este libro argumentaba que, para algunas personas con enfermedades incurables o que causaban incapacidades, los enfermos mentales y niños deformados, la muerte podría ser un trato compasivo y "curativo" consistente con la ética médica. De acuerdo con la mentalidad eugenésica del momento, destacaron que estas vidas suponen un gasto económico a la sociedad y contaminan el patrimonio genético con genes defectuosos. Para evitarlo, sugerían que la sociedad debería eliminar estas "vidas indignas". Estas ideas se convirtieron en fundamento de parte de la propaganda nazi, contaminando la idea original de eutanasia o del buen morir.

Con la llegada de la depresión económica de 1930, resurgió el interés en la eutanasia en Gran Bretaña. En 1931, C. K. Millard, un destacado médico y funcionario de salud pública, propuso legalizarla. De nuevo, fluyó el interés de la profesión médica hacia el gran público gracias a la mediación de periódicos y revistas tanto Gran Bretaña como en Estados Unidos, con noticias de solicitudes de eutanasia de pacientes, testimonios, informes sobre incidentes pasados de eutanasia y denuncias.

En 1935 se constituyó en el Reino Unido la primera asociación ciudadana creada para reivindicar el derecho a la eutanasia: "Exit" (actualmente denominada Voluntary Euthanasia Society). El movimiento continuó en los Estados Unidos de América con la Euthanasia Society of America que, desde su fundación en 1938, reivindica el derecho a morir, a disponer de la propia vida, y su inclusión en la Carta de los Derechos Humanos Universales. (4) En diciembre de 1936, un proyecto de ley para legalizarla fue derrotado en el Parlamento Británico porque dos lores, que también eran médicos, argumentaron que el proceso era demasiado burocrático y que los médicos ya estaban aliviando la muerte y, por lo tanto, legalizar la eutanasia era innecesario para asegurar a los pacientes una muerte sin dolor. Tras esta derrota, el estallido de la Segunda Guerra Mundial y el descubrimiento de los campos de exterminio nazis eliminaron su positiva consideración, quedando la vieja palabra griega cargada de un significado atroz, que teñía la imagen popular de bonhomía de los profesionales médicos apelando a su control social y políticas democráticas.

En 1969, llegó otra ley al Parlamento inglés y en la década de 1970 y principios de la década de 1980, los casos legales llevaron el problema de la eutanasia al foro público en los Países Bajos. A partir de los años 70 el movimiento pro-eutanasia se extendió a otros países, creándose la Federación Mundial de Sociedades pro-Derecho a Morir (*World Federation of Right to Die Societies* o WFRDS) actualmente integrada por 54 asociaciones de 26 países. En España, debido a iniciativas personales de Miguel Ángel Lerma o Salvador Pániker en 1984, este movimiento ciudadano lo representa la Asociación federal de Derecho a Morir Dignamente (DMD). (4)

El proceso de legalización de la eutanasia en nuestro entorno europeo lo representa muy bien Holanda, que fue el primer país en legalizarlo, porque su historia es paradigmática.

El caso holandés

El interés holandés en la eutanasia comenzó a principios de la década de 1970, cuando una médica, Gertruidis Postma, administró una sobredosis de morfina a una paciente que, parcialmente paralizada, sorda y muda, había pedido repetidamente terminar su vida. La paciente, que era su madre, murió y ella fue condenada por asesinato, pero fue una sentencia reducida de 1 semana de prisión y 1 año de libertad condicional. En su decisión, el juez especificó las condiciones que deben cumplirse en un caso de eutanasia para ser permisible. Como resultado de este y otro caso, la Real Sociedad Médica Holandesa emitió una declaración en 1973 argumentando que la eutanasia debía seguir siendo criminalizada pero que los médicos deberían tener permiso para administrarla en pacientes que sufren. Durante la siguiente década, llegaron más casos ante los tribunales y el público expresó su apoyo. Se acordó que la eutanasia sería permitida y no procesada si el caso cumplía tres condiciones: primera, el paciente debe tomar la iniciativa solicitándola y tiene que solicitarla en varias ocasiones, consciente y libremente; segunda, el paciente debe estar sufriendo de forma que no pueda ser tratada de ninguna manera excepto proporcionándole la muerte; tercera, el médico debe consultar con otro médico que acepte que la eutanasia es adecuada en el caso particular.

Diez años después, en 1982, el gobierno holandés estableció la Comisión Estatal de Eutanasia para investigar sus aspectos legales. En noviembre de 1984 el Tribunal Supremo holandés falló en el Caso Alkmaar, la eutanasia de una mujer de 95 años que sufrió una fractura de cadera, fallos de audición y visión, incapacidad para hablar e inconsciencia. El Supremo holandés indicó que, bajo esas circunstancias, un médico responsable podría tener un conflicto legal y, por lo tanto, no podría proporcionar eutanasia en buena conciencia. Con esta decisión, la Comisión Estatal de Eutanasia emitió un Informe en agosto de 1985 recomendando que la eutanasia dada por un médico que cumplía con las tres condiciones previas fuese una excepción legal al asesinato en el Código Penal holandés.

La legislación se introdujo en el Parlamento holandés pero la oposición del partido cristianodemócrata evitó su aprobación. En 1987, el gobierno introdujo un nuevo Proyecto de Ley más restrictivo que mantendría la eutanasia como acción criminal sin excepciones salvo en casos extremos. Antes de que fuese aprobado cayó el gobierno, y en la formación de uno nuevo se acordó una nueva comisión, la Comisión Remmelink, para recopilar datos empíricos sobre las prácticas reales de eutanasia con el fin de reconsiderar su legalización.

En febrero de 1993, el Parlamento aprobó un Proyecto de Ley que garantiza inmunidad a los médicos enjuiciados si se adhieren a las tres condiciones que justifican la eutanasia e informan a las autoridades de los casos habidos, otorgando a los fiscales la potestad de una supervisión formal y regular.

La situación legal de la eutanasia en el mundo actual

El estado actual de la práctica de la eutanasia en el mundo implica diferenciar los países que la han legalizado, los que permiten el suicidio asistido, aquellos que permiten una eutanasia pasiva y los que la prohíben directamente en su Código Penal. En algunos casos, como el de Estados Unidos de Norteamérica y Australia, el suicidio asistido ha sido declarado legal solo en ciertos estados.

En Bélgica se permite desde 2002: debe ser solicitada conscientemente por una persona mayor de edad o menor emancipado, capaz, con pronóstico de enfermedad irreversible, que padezca un sufrimiento físico o psíquico constante e insoportable o una enfermedad grave incurable. La solicitud debe realizarse por escrito, de manera voluntaria y reiterada y firmada por el paciente o por un adulto designado por este. El facultativo además debe dejar pasar un mes entre la petición y la realización de la eutanasia. La legislación también la prevé para pacientes no terminales.

En febrero de 2008 Luxemburgo se convirtió en el tercer país del mundo en despenalizarla. En Suiza no está permitida legalmente, pero un vacío legal autoriza el suicidio asistido. En Australia, la eutanasia asistida solo es legal en el Estado de Victoria desde noviembre de 2017, y está restringida a pacientes con enfermedades terminales en pleno ejercicio de sus facultades mentales y con una esperanza de vida de menos de seis meses. En Canadá, la eutanasia es legal desde 2016, restringida solo a enfermos terminales.

En América Latina, Colombia es el único país que la permite legalmente. En la década de 1980, atravesaba un momento conflictivo con el auge del narcotráfico y su guerra contra el Estado, y una de las respuestas ciudadanas fue organizarse para modificar la Constitución. La nueva Constitución fue firmada en 1991, y seis años después, el magistrado Carlos Gaviria declaró que la existencia del ser humano debía darse en condiciones de dignidad, y recomendó la muerte asistida. Pero, para poder aprobar la sentencia, se requirió al Congreso que la regulara legalmente, lo que se retrasó hasta el año 2015, quedando así la práctica eutanásica en una zona gris legal: en las manos de los médicos que a su propio juicio decidían cómo y a quién asistir, siempre corriendo el riesgo de ser demandados. En el 2014, una paciente con cáncer terminal la solicitó, pero murió esperando recibirla y la Corte Constitucional reafirmó que el derecho a morir dignamente es un derecho fundamental en Colombia. Esta vez, y a pesar de las movilizaciones habidas en contra, obligaron al Ministerio de Salud y Protección Social a establecer el reglamento en un plazo de 30 días. En el 2018, el Ministerio de Salud reglamentó el procedimiento para hacerlo legal también para menores de edad siempre y cuando tengan más de 14 años y un sufrimiento que no pueda ser aliviado.

En resumen, la situación queda representada, según el grado de aceptación social, control legal y supuestos atenuantes de despenalización de prácticas eutanásicas, así:

- 1) Eutanasia activa legal y aprobada: Holanda, Bélgica, Colombia, Luxemburgo y Canadá.
- 2) Suicidio asistido legal: Alemania, Suiza, Países Bajos y los estados de Washington, Oregón, Colorado, Montana, Nueva Jersey, Washington D.C., Vermont, Hawái y California en Estados Unidos y el estado de Victoria en Australia.
- 3) Eutanasia pasiva legal: España, Reino Unido, Argentina, India, Suecia, Alemania, Francia, Irlanda y Corea del Sur.
- 4) Legislación ambigua, o en proceso de cambio: Portugal, Italia, Irán, Uruguay o Japón.

1. 2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA Y VARIACION DE LA TERMINOLOGÍA

El campo conceptual de la eutanasia es muy amplio en la actualidad y está variando, precisamente, por el proceso de aceptación social y legal de las nuevas condiciones para las prácticas eutanásicas, es decir, las relacionadas con la “buena muerte”, en su sentido etimológico, y la dignidad del morir. En el ámbito médico, ha aparecido una larga serie de expresiones o tecnicismos que dan cuenta de ese progreso lingüístico y conceptual. En la 5ª edición de un referente internacional, *Contemporary Issues in Bioethics*, de Beauchamp y Walters se define la *Eutanasia* como “El acto o la práctica de matar o permitir la muerte por causas naturales, por razones de misericordia, es decir, para liberar a una persona de una enfermedad incurable, sufrimiento intolerable o muerte indigna”.(5)

En relación con dicho término de *Eutanasia* encontramos muchos otros, que emergen y desaparecen, y sujetos en ocasiones a controversia y tergiversación de su significado. Entre ellos destacan los siguientes: *Cacotanasia*: procedimiento médico que se realiza para poner término a la vida de una persona enferma sin su autorización; *Ortotanasia* o muerte digna: actuación correcta ante la muerte por parte de quienes atienden al que sufre una enfermedad incurable o en fase terminal. Es decir, habla de las personas que rodean al paciente y sus acciones, personal sanitario y familiares en la mayoría de los casos; *Apotanasia*: prolongación de la vida o retardo de la muerte; *Distanasia* o Encarnizamiento terapéutico: utilización de terapias que no pueden curar al paciente, sino simplemente prolongan su vida en condiciones penosas. Es éticamente incorrecto y, además, produce una visión errónea de lo que la medicina puede aportar a los últimos momentos de un paciente.

Entre los de uso reciente y masivo, destacan los siguientes términos específicos muy estrechamente relacionados entre sí: *Eutanasia Pasiva*: no prevenir la muerte por causas naturales por razones de misericordia, por la retirada o la suspensión del tratamiento que prolonga la vida. Es decir, eutanasia realizada retirando tratamientos imprescindibles para la supervivencia del enfermo (nutrición e hidratación); *Eutanasia Activa*: acto o práctica de matar por razones de misericordia, es decir, para liberar a una persona o animal de una enfermedad incurable, sufrimiento intolerable o muerte indigna; *Eutanasia involuntaria*: acto o práctica de matar o retirar el tratamiento para mantener la vida de una persona en condición médica, especialmente a personas con discapacidad y sin el consentimiento informado, a pesar de la competencia mental de la persona para dar su consentimiento; *Suicidio asistido*: provisión (por un médico u otro profesional de la salud, o por un familiar o amigo de apoyo) de medios que le dan al paciente el poder de terminar con su propia vida.

En tercer lugar, se halla la relación de tecnicismos provenientes de la práctica clínica más especializada que es la llamada “Medicina Paliativa”, una rama de la medicina que se ocupa de prevenir y aliviar el sufrimiento de los pacientes en cualquier etapa de la enfermedad y que se centra en la atención integral u holística y en mejorar la calidad de todas las facetas de la vida del paciente. En la terminología actual hallamos en su núcleo los siguientes conceptos, que han generado sus correspondientes tecnicismos: *Cuidados paliativos*: acciones terapéuticas que alivian los síntomas del paciente sin curar la enfermedad subyacente; *Paciente terminal*: paciente con una enfermedad no puede ser curada o tratada de manera adecuada, y se espera como resultado la muerte del paciente, dentro de un período corto de tiempo; *Sedación paliativa*: uso de medicamentos para aliviar el sufrimiento extremo al hacer que un paciente se calme, no esté alerta o no esté consciente, y que no

acorta la vida ni causa la muerte; *Analgesia*: alivio del dolor sin pérdida de la consciencia, mediante agentes analgésicos usada comúnmente en control del dolor postoperatorio, en quemaduras, durante el parto y en pacientes terminales.

Desde el punto de vista de la interacción médico-paciente, son relevantes los siguientes tecnicismos que mostramos en la sucesión temporal en que emergieron: *Rechazo del tratamiento*: rechazo o resistencia del paciente al tratamiento médico, psicológico o psiquiátrico; *Obstinación terapéutica*: instauración de medidas no indicadas, desproporcionadas o extraordinarias, con la intención de evitar la muerte en un paciente tributario de tratamiento paliativo. Constituye una mala práctica médica y una falta deontológica; *Limitación del esfuerzo terapéutico*: no aplicar medidas extraordinarias o desproporcionadas para la finalidad terapéutica que se plantea en un paciente con mal pronóstico vital y/o mala calidad de vida. Existen dos tipos: no iniciar determinadas medidas o retirarlas cuando están instauradas. *Adecuación del esfuerzo terapéutico*: actuación terapéutica proactiva que incluye añadir, modificar, no iniciar o retirar tratamientos de acuerdo con los objetivos terapéuticos del momento evolutivo del enfermo; *Tratamiento fútil*: aquel que no va a alcanzar las metas terapéuticas, ya que el fin terapéutico en ese enfermo se ha tornado imposible. Esta inutilidad terapéutica puede entenderse de varias formas: fracaso para prolongar una vida en condiciones dignas (libre de síntomas); fracaso para satisfacer los deseos o demandas del paciente; fracaso para lograr que los medicamentos tengan los efectos fisiológicos esperables; fracaso para obtener resultados terapéuticos que sean racionalmente aceptables.

En el centro del conjunto de tecnicismos creados del campo conceptual de la eutanasia en nuestra época se halla el genérico denominado *Calidad de vida*: “condiciones en que vive una persona que hacen que su existencia sea placentera y digna de ser vivida, o la llenen de aflicción”(5). Es un concepto que, como añade el citado tratado de bioética de Beauchamp, es extremadamente subjetivo y personal, y está muy vinculado a la sociedad en que el individuo existe y se desarrolla.

Todos estos términos son conocidos superficialmente por la población. Suelen llevar a error el mezclarlos entre ellos o conocer parcialmente sus significados, o el ignorar el diferente sentido que adquieren en la práctica al ser utilizados, por un lado, por los expertos médicos (y de las distintas especialidades) y, por otro lado, por los pacientes y por sus familiares o cuidadores (generalmente cuidadoras), que son los receptores de la obligada información clínica para poder tomar las decisiones sobre su salud, de acuerdo con el modelo asistencial “no paternalista” sino de “consentimiento informado” de nuestros sistemas sanitarios actuales.

La evolución histórica de dichos términos se ve ilustrada por el año de entrada como descriptor en el *Medical Subject Headings* (MeSH), el tesoro de Medline/Pubmed.

Tabla nº 1. Año de entrada en el MeSH de Medline de los descriptores específicos y relacionados con la eutanasia

Eutanasia	1974
Cuidados terminales	1968
Derecho a morir	1987
Eutanasia pasiva	1990
Rechazo del tratamiento	1991
Suicidio asistido	1993
Cuidados paliativos	1996
Eutanasia activa	2002
Eutanasia activa voluntaria	2003
Eutanasia animal	2003
Dolor crónico	2012
Medicina paliativa	2015
Eutanasia involuntaria	2019

Fuente: *Medical Subject Headings*: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68005065>

Al analizarlos hemos visto su correlación histórica con los momentos álgidos del debate eutanásico. En 1967 se inauguró en Londres el St. Christopher's Hospice, institución insignia del Movimiento Hospice de Cicely Saunders, origen de los Cuidados Paliativos.(6) Entre 1970 y 1984 el debate en Holanda alcanzó su plenitud, pero hasta 1987 el "derecho" a la eutanasia estuvo amenazado. Posteriormente, el debate bioético y el avance de la tecnología al final de siglo XX favorecieron la diversificación de los términos en otros más específicos. Además, el aumento de los pacientes con cáncer y la mejora de los tratamientos conllevaron la aparición de términos como "dolor crónico" y el establecimiento e institución o normalización de los "cuidados paliativos", y su genérico la "medicina paliativa".

Esta evolución ilustra que, ambos términos, eutanasia y cuidados paliativos, han sufrido en el último medio siglo un profundo cambio, motivada entre otras cosas por el avance de la medicina, el debate social y la lucha por los derechos humanos. La fecha de ingreso de dichos términos en el MeSH de Medline/Pubmed muestra que la literatura científica ha reflejado dicho desarrollo en su producción, y también en la relación que no dependencia de ambos campos. Ciertamente, el dilema "eutanasia versus cuidados paliativos" puede considerarse el eje central sobre el que ha pivotado nuestra investigación bibliográfica sistemática y cuantitativa, efectuada en un momento histórico y contexto sociocultural muy específico en España que, sin duda, lo justifica.

El debate sobre la eutanasia en España se ha incrementado estos últimos años, desde la creación en 1984 de la Asociación federal por el derecho a una muerte digna, y especialmente por la inclusión de una ley de despenalización de la eutanasia, o muerte por compasión, en los programas electorales de varios partidos políticos. En 1995 se concretó en la reforma del Código Penal la atenuación de la

pena por homicidio en el caso de dar la muerte a petición expresa, por compasión. Posteriormente, tras ser presentada al Congreso de Diputados una propuesta de ley de despenalización de la eutanasia en 2017 (Podemos) y otra vez en 2018 y en 2019 (Partido Socialista Obrero Español (PSOE)), con numerosas propuestas parlamentarias no de ley (PPNL) desde las Comunidades Autónomas y algunos Ayuntamientos. Pero alcanzó su punto álgido el pasado mes de febrero, cuando el PSOE presentó su Ley Orgánica de Despenalización de la Eutanasia (LORE) en el Congreso de los Diputados (7). Tras este trámite, aparecieron las reacciones en contra de diversos colectivos sociales. La Conferencia Episcopal respondió haciendo referencia al documento ya presentado en diciembre de 2019, *Sembradores de esperanza. Acoger, proteger y acompañar en la etapa final de esta vida*.(8) La Asociación Española de Bioética y Ética Médica (AEBI) ya había presentado en sus jornadas anuales de 2018 dedicadas al tema Morir con Dignidad un comunicado a la opinión pública sobre la eutanasia en respuesta a la primera Ley de Eutanasia presentada por el PSOE, en el cual indican en su punto número uno “afirmamos que nunca hay motivo que justifique la directa eliminación de un ser humano.” (9,10)

Desde la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) y la Asociación Española de Enfermería en Cuidados Paliativos (AECPAL) publicaron un manifiesto en el que exponen sus opiniones sobre ella. Destacamos algunos fragmentos:

“Esta norma que se va a tramitar afronta el sufrimiento extremo de aquellas personas que prefieren dar por finalizada su vida y, en cambio, obvia el de aquellos ciudadanos que piden vivir de forma digna esta etapa con el mayor apoyo posible para paliar ese sufrimiento. [...] No existiría nunca el libre derecho a decidir ni se dignificará el proceso de morir mientras las personas que sufren al final de su vida no tengan sobre la mesa todas las opciones posibles, siendo los Cuidados Paliativos un derecho, pero no una realidad en nuestro país para todos los ciudadanos que los necesitan. [...] Esperamos que ese mismo compromiso y esa misma sensibilidad que les han empujado a redactar e impulsar la Ley recientemente propuesta les oriente y empuje a impulsar por fin una Ley de Cuidados Paliativos acorde a esta responsabilidad que compartimos.” (11)

De aquí se deduce que consideran deficiente el desarrollo de los cuidados paliativos en España y que hasta que estos no se desarrollen completamente para ser una alternativa frente a la eutanasia nadie será verdaderamente libre al elegir.

Ambas asociaciones llevan años reclamando una Ley de Cuidados Paliativos, cuya propuesta de ley fue admitida a trámite por el Congreso el pasado 18 de febrero de 2020. Su demanda puede resumirse en: igual desarrollo en todo el territorio nacional, la eliminación de las listas de espera, la formación de personal y la creación de equipos de varios profesionales para atender a los pacientes.(12)

Sin embargo, persiste una cuestión que causa discordia: si la eutanasia es una alternativa a los cuidados paliativos, es algo complementario, o algo diferente.

Parte de los paliativistas en España considera la eutanasia como algo inaceptable, opuesto a los cuidados paliativos e innecesario si éstos son de calidad. Comparándolo con la situación belga, país también de tradición católica, hallamos una gran incongruencia, pues su experiencia muestra que no hay oposición entre cuidados paliativos y eutanasia, ya que ésta debe integrarse en la atención paliativa para dar respuesta a todas las necesidades de los pacientes. (13) Otros no los ven como recursos alternativos. Argumentan que los cuidados paliativos no resuelven todos los problemas de las personas al final de la vida, hablan de síntomas refractarios muy agudizados de difícil control o

sufrimiento insoportable y caracterizan la eutanasia como último recurso, considerándola inaceptable si no se han ofertado unos buenos paliativos primero. También admiten que los cuidados paliativos no suelen resolver los problemas de muchos enfermos crónicos estabilizados o de muy lenta evolución, lo que explica que surjan otras demandas. (4,10) Estas asociaciones no toman en consideración la idea de la pérdida de la dignidad que puede causar la enfermedad a una persona o el argumento del derecho a reconocer la autoridad de una persona sobre su propio cuerpo y el derecho a disponer de él como se le antoje.

En resumen, el debate de la eutanasia es tema de actualidad en nuestro país, y muy complejo por un triple motivo: es un problema biopsicosocial que sobrepasa el habitual ámbito profesional médico, está estrechamente vinculado a las humanidades médicas y las políticas públicas de cada país y su tradición cultural, y debe adaptarse al nuevo paradigma post-patriarcal de relación asistencial no paternalista, basada en el respeto a la “autonomía del paciente” en el contexto de ese contrato social que es el “consentimiento informado”.

1.3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Para nuestro trabajo fin de grado hemos pretendido, en una primera fase, plantear el problema y ofrecer una síntesis de su complejidad, optando para ello por la mirada histórica, evolutiva y transcultural (países, épocas, legislación, medicina, enfermos y enfermas), tal y como se ha presentado en esta introducción. Y en una segunda parte, más analítica, pretendimos observar, cuantificar, describir y valorar cómo se refleja esa complejidad y, sobre todo, esa constante contraposición con los cuidados paliativos en la producción de literatura científica médica.

En consecuencia, hemos realizado una revisión bibliográfica sistemática adaptada a la visión historicista del problema. Hemos analizado progresivamente el proceso de formación del profesional médico, es decir, desde la imagen del tema y la información fundamental que nos proporcionan a los estudiantes de medicina los manuales universitarios o las lecciones de las materias más específicas de las asignaturas del Grado, hasta, en el otro extremo, las publicaciones especializadas que publican los resultados de los proyectos de investigación original o estudios significativos, seleccionadas a través de los artículos indexados en las bases de datos bibliográficas al uso. Obviamente, la perspectiva evolutiva y transcultural elegida justifica que tanto las especialidades médico-clínicas productoras, así como las otras especialidades de los estudios médico-sociales o humanísticos hayan sido variables relevantes en nuestra investigación observacional exploratoria.

Los objetivos específicos de este trabajo son:

1. Analizar la bibliografía médica sobre el tema expuesto comparando los resultados según la diversidad de fuentes de datos.
2. Observar el perfil documental, temporal e institucional de la evolución histórica de dos prácticas, eutanasia y cuidados paliativos, que a veces se presentan como alternativas pero que a nuestro entender son complementarias e independientes.
3. Identificar las patologías médicas más prevalentes entre los pacientes que solicitan la eutanasia y/ o los cuidados paliativos y ver su relación con la bibliografía médica.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

En primer lugar, se identificaron las posibles fuentes bibliográficas para la obtención de datos:

1. Manuales de formación médica básica
2. Revistas médicas específicas de la especialidad de Cuidados Paliativos
3. Bases de datos bibliográficas biomédicas: Medline/PubMed a nivel internacional y diana del estudio, índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (IBECS) e ISOC nacionalmente.
4. Otras fuentes y bibliografía crítica secundaria y accesoria

Entre los manuales se centró el foco de atención en los tratados de medicina interna, los llamados “Harrison” y “Farreras” y los apuntes proporcionados por el profesorado durante el Grado en Medicina de la Universidad de Zaragoza y los manuales elaborados por las tres principales academias de preparación del examen MIR (Médico Interno Residente) en España. Asimismo, recurrimos al material docente de una asignatura optativa y muy especializada y protagonista en este tema: Cuidados Paliativos.

El procedimiento de análisis utilizado ha sido el siguiente. En los manuales de medicina se realizó la búsqueda del término “Eutanasia” en varias ediciones, cuantificando el número de resultados y comparándolos en número y contenido. En las revistas médicas especializadas estudiamos la frecuencia en la que aparecen los términos especificados en título, resumen y descriptores, el año de publicación, número de artículos y relevancia, considerando su factor de impacto (JCR) y frecuencia de publicación las revistas. Para llevar a cabo la búsqueda dentro de la rama de los Cuidados Paliativos seleccionamos 5 revistas especializadas de máximo factor de impacto (la última edición del *Journal Citations Index*, 2018), y luego exploramos cómo aparecen registradas en la base de datos MEDLINE para hacer otra búsqueda estructurada de cada revista en relación con los términos MeSH elegidos: “Euthanasia”, “Palliative Medicine”, “Palliative Care”.

En las bases de datos internacionales como Pubmed, (así como en las españolas IBECS e ISOC que incluye *Índice Médico español* omIME e *Índice de Ciencias Sociales* o ISOC), se realizó una búsqueda estructurada por campos semánticos y sin ningún tipo de filtro, relativa a las siguientes palabras claves: “Suicide, Assisted”, “Treatment, Refusal”, “Euthanasia”, “Euthanasia, Active, Voluntary”, “Euthanasia, Passive”, “Euthanasia, Active”, “Euthanasia, Involuntary”, “Pain”, “Pain, Management”, “Chronic Pain”, “Palliative Medicine”, “Chronic Pain”, “Palliative Care”, “Terminal Care”, “Right to die”, “Dementia”, “Amyotrophic Lateral Sclerosis”, “Neoplasms”, “Mental Disorders”, “Pediatrics”.

Esta fase exploratoria, y de carácter histórico-sociológico, implicó realizar análisis comparados de los conjuntos de resultados correspondientes a los términos considerados como descriptores (Medical Subject Headings), analizando los subencabezamientos pertinentes y las enfermedades diana, como puede verse en los anexos 1-7 que ofrecen el perfil de búsqueda utilizado.

Además, para la adecuada lectura crítica de la bibliografía analizada hemos contado con otras fuentes accesorias, como han sido monografías o artículos no científicos, las charlas públicas

mensuales de la Asociación Derecho a Morir Dignamente de Aragón (DMD) de diciembre de 2019 a marzo de 2020, o el Informe gubernamental de 2015 *Los aragoneses ante el proceso de morir*. (14)

La revisión sistemática se ha limitado al conjunto de estudios indexados en Pubmed sobre eutanasia y las patologías especialmente demandantes de ella: enfermedades oncológicas (n=17), neurodegenerativas (n=11), psiquiátricas (n=7), pediátricas (n=10), cognitivas(n=6); así como los estudios basados en encuestas (survey) sobre la actitud de los profesionales sanitarios frente a la eutanasia (n=16). El número total de estudios revisados en nuestro trabajo es 67.

Metodológicamente se trata de una revisión bibliográfica sistemática: un estudio observacional y cualitativo, aunque muchos datos aportados tienen su valor en cuanto que son cuantitativos, basado en la técnica del análisis de texto/discurso de fuentes bibliográficas (material de estudio) muy diversas en cuanto a su estructura, extensión en páginas, contenido informativo y público al que se dirigen, en las cuales indagamos unas cuestiones puntuales, cuyas observaciones no requieren medidas ni coeficientes para una aplicación clínica concreta como sucede en otras revisiones sistemáticas. Por ello, la Memoria no tiene la estructura formal de separación entre Resultados y Discusión sino la adecuada para la expresión del sucesivo estudio efectuado para el planteamiento de un problema difícil y controvertido desde el punto de vista ético, clínico y de los derechos de los usuarios.

3. RESULTADOS / DISCUSIÓN

El modelo de cambio y progreso científico T. S. Kuhn justifica, en parte, la síntesis histórica con que hemos introducido el trabajo, pero también la selección de los textos para nuestra revisión bibliográfica y el orden de presentación de los hallazgos en este capítulo.

El modelo de los cambios paradigmáticos es el modelo más popular de cuantas teorías se han formulado sobre el mecanismo del progreso científico a lo largo de la historia y se puede resumir en torno a tres palabras claves: paradigma, ciencia normal, crisis del paradigma. La expresión “ciencia normal” alude a tres fenómenos: a un determinado conocimiento, a un tiempo histórico determinado y también a un modelo de producción de nuevo conocimiento. Por “ciencia normal” se entiende, de acuerdo con Kuhn, el conjunto de las teorías o ideas que nadie cuestiona, que forman parte del sustrato del conocimiento básico en el que se han formado los científicos o especialistas profesionales; son las teorías base de cualquier investigación original justificada por, e integrada en el “paradigma dominante”, por lo que no se suelen ni explicitar. No son fácilmente objetivables, por lo que la mejor fuente para detectar esa ciencia normal de cualquier periodo histórico ha sido los exámenes de las asignaturas y los manuales universitarios en los que se forman los profesionales. Se habla de periodo de “ciencia normal” cuando los resultados de la investigación (nuevos datos y teorías) son coherentes con las teorías más generales sobre las que se fundamenta una disciplina, una especialidad o un programa de investigación. De hecho, produciendo este conocimiento normal o no cuestionado en sus raíces es como vive la inmensa mayoría de los científicos y científicas durante buena parte de su vida.

Este modelo sobre el progreso sostiene que la suma de anomalías, observación de incoherencias o contradicciones empíricas (o simbólicas) con el núcleo paradigmático crea un periodo histórico de debate e incertidumbre que se designa como “crisis del paradigma”. La crisis aboca a la formulación y progresiva aceptación de un “nuevo paradigma”, que explicará mejor los datos empíricos o simbólicos acumulados, y en torno al cual crecerá de nuevo la productividad científica. Se trata de un proceso histórico discontinuo, de flujos de grandes ondas, y es así como se explican los grandes cambios científico-médicos, por ejemplo, desde la patología celular del siglo XIX a la patología molecular o genética actual.⁽¹⁵⁾ No todos los teóricos de las ciencias están de acuerdo, sobre todo por el hecho de que este modelo sostiene que los determinantes del cambio o progreso no son intra-científicos sino externos a la propia ciencia: intereses económicos, políticos, religiosos, estéticos, tecnológicos, etc., es decir, factores socioculturales en todo similares a los de cualquier otro fenómeno de cambio en la producción de bienes. Considerar que el progreso científico es dependiente del mercado y del marketing implica que no puede afirmarse que todo cambio científico sea un cambio progresista, porque la mera expresión de “progreso” científico no es objetiva sino radicalmente valorativa, y por eso subjetiva, aunque lo sea del llamado sujeto colectivo.⁽¹⁶⁾

3.1. “LA CIENCIA NORMAL” SOBRE EUTANASIA: TRATADOS GENERALES MÉDICOS

Los manuales universitarios constituyen la fuente más fidedigna de la “ciencia normal” en un momento histórico determinado, porque junto con la clases y prácticas del profesorado, conforman el recurso fundamental del proceso de socialización profesional inicial, configurando y arraigando en el futuro médico esquemas mentales, hábitos de trabajo, actitudes y valores propios de la profesión en que se va a integrar. El proceso de socialización es continuo a lo largo de toda la vida laboral y es habitual experimentar conflictos científicos, técnicos y éticos, e incoherencias que a su vez motivan el aprendizaje continuo y la adaptación a distintos roles profesionales. Los manuales académicos elegidos para este análisis sobre la eutanasia son los que vertebran el aprendizaje clínico más importante de la carrera universitaria, los de Medicina Interna, o Patología Especial, es decir, el conocimiento clínico de los modos de enfermar, las enfermedades o especies morbosas.

3.1.1. Manuales de formación médica en Medicina Interna

La Medicina Interna surgió a finales del siglo XIX como una nueva orientación en la medicina general, más ligada a las ciencias básicas biomédicas y a la experimentación, en el marco del desarrollo de la medicina hospitalaria unida a las clínicas universitarias, la expansión de las grandes urbes industriales y el auge del especialismo médico. El internista ha sido considerado desde entonces el clínico por excelencia; pasando a ser esta especialidad, junto con las quirúrgicas, obstétricas y pediátricas, la base fundamental de la asistencia hospitalaria.(15) La denominación tuvo su origen en la Alemania de 1880, foco del cambio del paradigma lesional o anatomo-patológico al paradigma disfuncional o fisio-patológico y experimental de la Patología Clínica, coincidiendo con dos hechos claves: ese año Strumpell escribió el primer *Tratado de Enfermedades Internas* y, 2 años más tarde, en Weisbaden, se celebró el I Congreso de Medicina Interna.

La Medicina Interna se considera, pues, el eje vertebrador de la medicina actual, en la que se encuentran la práctica totalidad de especialidades médicas y la base de la práctica médica hospitalaria, el epicentro de la asistencia sanitaria en los siglos XX-XXI. Por eso, se considera esencial para cualquier estudioso de la medicina tener en sus manos un manual como obra de referencia a la que acudir continuamente, y estos manuales son, por antonomasia, podríamos decir, los coloquialmente llamados el “Harrison” y el “Farreras”.

Medicina interna, de Farreras-Rozman

El origen de este manual se remonta a 1929, cuando el padre del doctor Pedro Farreras Valentí, que era médico y veterinario, tradujo la 3ª edición del compendio de medicina Grundriss der inner Medizin (Berlin, 1923) de Alexander von Domarus (1881-1945), con una serie de anotaciones y comentarios. Esta traducción se volvió a editar en 1940 y, a partir de entonces, Farreras Valentí lo continuó en colaboración con Ciril Rozman, el cual asumió la dirección del proyecto en 1968.

Actualmente se encuentra en su 18ª edición, publicada en 2016, en la cual el término “eutanasia” aparece en un total de 19 ocasiones: 7 veces en el capítulo 6 dedicado a la ética médica (pág. 38); 2 veces en el capítulo 8 dedicado a los cuidados paliativos (pág. 88), y 10 veces en el capítulo 157 dedicado a los aspectos éticos de la asistencia en geriatría (pág. 1257). Al comparar estos resultados

con los obtenidos al consultar la 10ª edición del tratado publicada en el año 1985, en la cual no se menciona ni una vez el término eutanasia, podemos decir que ha habido un gran cambio en los últimos 35 años. Ciertamente, la eutanasia no era un problema sanitario ni era una palabra usual en la España de la transición democrática, aunque en aquel año se aprobó la Ley General de Sanidad que sentó las bases de un nuevo Sistema Nacional de Salud, siguiendo el modelo británico de National Health Service (NHS)

Al analizar las referencias a la eutanasia en la última edición de 2016, observamos que el autor nombra los suicidios debidos a causas psicológicas como la depresión, e indica que la primera obligación del médico es ayudar al paciente a salir de dicho estado patológico. Después hace referencia a un tipo de suicidios “lúcidos o filosóficos”, frecuentes en la Antigüedad y que actualmente califica de “propios de personas cultivadas intelectualmente” (pág. 38).(17) Identifica el suicidio como un acto personal e individual de quien lo comete, pero también habla de casos en los que una minusvalía física conlleva la necesidad de ayuda por parte del paciente para llevarlo a cabo con el objeto de establecer la diferenciación entre “suicidio asistido” y “eutanasia”, y definirlos. Entre las causas no psicológicas del suicidio asistido y eutanasia, este manual identifica “la pérdida crónica de funciones del sistema nervioso periférico, bien por accidentes o a consecuencia de enfermedades neurodegenerativas”).(17) El tratado de Farreras acaba reconociendo la situación de cambio e incertidumbre ante este problema ético:

“Por más que la cuestión de lo que debe hacerse sea objeto de amplio debate, hay consenso en aceptar que se trata de situaciones extraordinarias y que, por tanto, la eutanasia y el suicidio asistido deben verse como excepciones al principio general de respeto a la vida y de promoción de su máxima calidad.”(16: 38)

En el capítulo de Geriatría, describe el papel del médico en estos casos como “consejero y testigo, así como facilitador de los medios”. Para justificar dicha actuación cita los criterios médicos propuestos en 1992 por Quill, Cassel y Meier. También destaca la importancia de dejar constancia de todo el proceso por escrito. Acaba el apartado con algunas reflexiones de Frank Ingelfinger, que fue director del *New England Journal of Medicine*, y de Aranguren, filósofo y catedrático de ética y sociología de Madrid. Destaca de dichas reflexiones la consideración del ser humano como un ser pasivo en su proceso de morir, en todas las situaciones, y la dignidad humana. Es muy interesante observar cómo se expresa la justificación para abordar estos temas:

“En una época en la que proliferan las sociedades proderecho a morir dignamente y donde cada vez es más frecuente encontrarse con los denominados testamentos vitales, merece la pena establecer algunas reflexiones”. (16: 1257)

Respecto a los criterios médicos propuestos en 1992 por Quill, Cassel y Meier que cita el texto, podemos decir que son muy similares, casi idénticos, a los que aparecen en las leyes belga y holandesa para la concesión de la eutanasia a un paciente. Destaca de ellos la importancia de la libertad del enfermo, su derecho a estar informado totalmente de su condición y sus opciones terapéuticas, la importancia que dan a la relación médico-paciente y la necesidad de al menos dos médicos para certificar el estado mental lúcido del enfermo.(17).

Principios de Medicina Interna, de Harrison

Harrison. Principios de la Medicina Interna se publicó por primera vez en 1950 y ha llegado hasta su 20.ª edición en 2018. La obra recibe el nombre de Tinsley R. Harrison, de Birmingham, Alabama,

que fue redactor jefe de las primeras ediciones y estableció el formato del trabajo: una base de medicina clínica entrelazada con una explicación de la fisiopatología.

En su 19ª edición el término eutanasia aparece en 29 ocasiones, una de ellas referida a la eutanasia animal en caso de rabia. La eutanasia aparece reflejada en el capítulo 10 (pág. 65) donde se habla de los cuidados paliativos y su marco legal y de los cuidados al final de la vida. Aparece reflejado el marco legal de la eutanasia, sus definiciones y su relación con los compromisos económicos. Además, caracteriza a los pacientes que la solicitan como terminales, nombrando sólo 3 patologías causales de dichos estados: cáncer, VIH/Sida y esclerosis lateral amiotrófica (ELA), y establece criterios de atención personalizada para afrontar la solicitud del suicidio médicamente asistido.

Empieza exponiendo la importancia legal del tema en cuestión, indicando los países donde está legalizada la eutanasia y las diferencias legislativas entre ellos. Después habla de aspectos “prácticos” como el porcentaje de pacientes terminales que se la plantea, detalles y diferencias de pacientes con cáncer, VIH/sida o ELA. A continuación, utiliza una tabla para explicar las diferencias entre la eutanasia activa voluntaria e involuntaria, el suicidio asistido y la eutanasia pasiva, y dónde es legal cada una de esas prácticas eutanásicas. Tras esa información del contexto médico en el que se planea la eutanasia, informa de los principales motivos que tienen los pacientes para solicitarlo: identifica el dolor como un motivo minoritario, la depresión, la desesperanza y las preocupaciones respecto a la pérdida de dignidad o autonomía, y el miedo a ser una carga para la familia como los más prevalentes. Por último, tras advertir que la eutanasia no es garantía de una muerte rápida e indolora, pasa a analizar la cantidad de médicos que se han encontrado con una petición de este tipo y describe la actuación que debe tener el personal asistencial ante estas peticiones, sea legal o no, subrayando la importancia de hablar de los motivos que impulsan al paciente y el intercambio de información. (18)

3. 1. 2. Material docente de la Universidad de Zaragoza

El futuro médico o medica integrará conocimientos y valores sobre la eutanasia que quedarán grabadas como incuestionables o no, según se hayan presentado en la enseñanza regular de un modo más o menos dogmático. En este sentido, la observación de la cultura eutanásica que se prescribe en las asignaturas diana que hemos seleccionado complementa la visión de la ciencia, las teorías y principios metodológicos y deontológicos que forman parte del proceso de socialización de los médicos de una determinada generación y país, transmitiendo y grabando en la mente de los futuros médicos unos principios fundamentales y que pocas veces serán explicitados en sus publicaciones posteriores. Para observar el papel que ha jugado el problema de la eutanasia en la formación médica de grado del curriculum de la Facultad de Medicina de Zaragoza, seleccionamos tres asignaturas claves: *Ética, comunicación y Medicina legal* (I y II), de curso obligatorio, y la asignatura optativa *Cuidados Paliativos*.

Ética, comunicación y Medicina legal (I y II)

Estas dos asignaturas de curso obligatorio se imparten en el tercer y cuarto año del Grado respectivamente, y cuentan con 6 créditos ECTS cada una, 3 créditos dedicados a Ética y Comunicación, y otros 3 a Medicina Legal, en cada curso.

En la asignatura del tercer año aparece el término “eutanasia” en la Guía Docente oficial y publica como parte de la clase 8: “Ética y cuidados paliativos en el enfermo en situación terminal. La obstinación diagnóstica y terapéutica. La adecuación del esfuerzo terapéutico. El derecho al rechazo y elección de tratamientos. La sedación paliativa. El debate de la eutanasia.”

En la guía docente de la asignatura del cuarto año aparece la eutanasia cuando la plantean como un tema para el trabajo obligatorio requerido: “Se ofrecen a continuación algunos temas para analizar desde la perspectiva ética, pero se pueden realizar propuestas de variantes o de otras cuestiones al profesor responsable de ética: eutanasia, sedación paliativa, la adecuación del esfuerzo terapéutico, voluntades anticipadas, la planificación anticipada de las decisiones al final de vida, aborto, manipulación genética con fines terapéuticos,...” (19,20). Llama la atención la forma directa en la que se menciona la eutanasia en la guía docente de la asignatura: nombrando directamente el debate y colocándola en primer lugar entre las opciones propuestas a analizar en un trabajo.

Respecto a los 6 créditos de Medicina Legal (3 por cada curso) no se ha encontrado referencia a la eutanasia en el material proporcionado y explicado en las clases.

Cuidados Paliativos, asignatura optativa

En el temario estudiado en la asignatura optativa de *Cuidados Paliativos* impartida en el quinto curso del Grado en Medicina y dotada con 4 créditos aparece la eutanasia inserta en el lugar esperado: Tema 7: “Aspectos éticos del cuidado al final de la vida”.

Se nombra la eutanasia un total de 3 veces en los esquemas (diapositivas) proporcionadas por el profesor inicialmente y como terminología relacionada con el final de la vida. (21) Se informa de origen etimológico de la eutanasia, su definición como práctica biomédica, se define términos como la eugenesia, la ortotanasia, la distanasia y adistanasia, el suicidio asistido y el suicidio, el homicidio, homicidio por piedad y homicidio social. Más adelante, aparece una referencia a la *Ley aragonesa de dignidad en el proceso de morir* de 2011, indicando que la ley no regula la eutanasia.

En toda la asignatura, no se menciona el conflicto con los cuidados paliativos, tan sólo se nombra el debate por encima, dejando de lado el tema. Llama la atención el título que se le da al tema en el que se menciona: “aspectos éticos”, haciendo referencia a que lo que se trate será lo “correcto” éticamente y lo demás no.

3.1.3. Material docente para el examen MIR

La preparación sistemática para el examen selectivo de especialización profesional mediante el sistema de Médicos Internos y Residentes (MIR) establecido de forma universal en 1978, es, por último, el siguiente ámbito de observación del proceso de socialización profesional y por ello un indicador de los esquemas mentales, valores y actitudes y competencias específicas requeridas a la

entrada en el sistema asistencial en un país como España. Los materiales docentes de preparación difieren relativamente poco en cuanto a sus contenidos, no obstante, el análisis comparado resulta esclarecedor. Presentamos los hallazgos ordenados por los materiales docente proporcionados por las academias que se consideran más relevantes en este medio.

La Academia CTO, en la 11ª edición de su *Manual CTO de Medicina y Cirugía, de Bioética y Medicina Legal*, en su capítulo 4 titulado “Problemas éticos al final de la vida”, que comprende las páginas 10 -17, dedica un subapartado de dos párrafos (18 líneas en total) a la eutanasia, utilizando 9 veces el término. (22) El texto íntegro dice así:

“La eutanasia es la acción dirigida directamente a terminar con la vida del paciente a petición de éste y realizada por un médico. Así, la eutanasia tiene como característica ser activa, directa, voluntaria y médica. Deben desterrarse expresiones como eutanasia pasiva, eutanasia indirecta o eutanasia involuntaria. La eutanasia es legal en Países Bajos y Bélgica. En el suicidio asistido, alguien proporcional al paciente la información, la prescripción (receta) o directamente el fármaco que el paciente utilizará para acabar con su vida. En el suicidio médicamente asistido, es un médico quien suministra la información y el fármaco al paciente, y es legal en Países Bajos, Bélgica, Suiza y en diferentes Estados Unidos (Oregón, Vermont, Washington, Hawái). La eutanasia y el suicidio asistido no son legales en España.”(21: 10)

La Academia AMIR, En su manual de *Miscelánea*, 11ª ed., trata el tema de la “Limitación o adecuación del esfuerzo terapéutico y suicidio asistido” en el Bloque 7, Tema 3 apartado 4, página 84. Se expone la dificultad del juicio clínico en estos casos, la importancia de informar y consultar a familiares o representantes legales y de los documentos de voluntades anticipadas. Se nombran también a los Comités de Bioética como recurso ante falta de acuerdos. Para finalizar se dedica un párrafo de 5 líneas a definir el “suicidio médicamente asistido” (23), sin mencionar nunca el término eutanasia, como puede verse en el anexo nº 8.

Por último, la academia MIR ASTURIAS, en sus clases hace referencia a la eutanasia en relación con la bioética. Para ello explica las diferencias entre eutanasia directa e indirecta, pasiva y activa, haciendo énfasis en que el problema se plantea sólo frente a pacientes terminales, pues si no se trataría de un homicidio. Utiliza ejemplos prácticos claros, como el uso de drogas letales en la eutanasia activa, la retirada del respirador en la eutanasia pasiva o el aumento del tratamiento con morfínicos en la eutanasia indirecta para ilustrar cada caso. No menciona la legalidad o ilegalidad de ninguna de ellas. En este caso carecemos de fuentes escritas impresas.

3. 2. LA LITERATURA DE INVESTIGACIÓN INTERNACIONAL SOBRE EUTANASIA

Las publicaciones de las revistas científicas recopiladas en las bases de datos bibliográficas son el mejor exponente del proceso de creación del nuevo conocimiento, dentro del paradigma establecido o en contra. Su mera codificación, como el popular *Medical Subject Heading* (MeSH) de PubMed, en el caso de la medicina, es un indicador de cambio y progreso científico utilizado en estudios históricos, y que ha sido de utilidad en nuestro trabajo para comprender el estado de la cuestión sobre la eutanasia expuesto en el apartado de Introducción. En este capítulo vamos a exponer los resultados del análisis temático de las publicaciones circulantes en PubMed del último quinquenio.

Como es sabido, PubMed es un motor de búsqueda de libre acceso que permite consultar los contenidos de la base de datos MEDLINE. Está producido por la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos. La base tiene cerca de 4800 revistas publicadas en los Estados Unidos y en más de 70 países del mundo, tras haberse iniciado la publicación en papel de la referencia bibliográfica de sus artículos ordenados temáticamente en 1886. Actualmente reúne más de 30.000.000 citas publicadas desde 1966, y sigue en marcha un proceso de carga paulatina de citas anteriores, que ya incluye algunos artículos desde 1871. Su acceso estaba sujeto a suscripción entre 1971 y 1997, pero desde junio de 1997 se puede consultar de forma gratuita desde Internet a través del interfaz PubMed.

En conjunto, hemos hallado 14.626 artículos sobre eutanasia, casi un tercio de los relativos a cuidados paliativos que suman 53.171 artículos indexados en Pubmed. Tras realizar varias búsquedas exploratorias sobre la proporción de ellos vinculados a determinadas revistas, o a determinadas enfermedades o producidos en determinados países, hemos limitado el análisis de contenido de las investigaciones a las cinco cuestiones específicas que consideramos claves en el debate actual sobre la eutanasia: 1) La opinión de los profesionales de la salud; 2) patologías objeto de cuidados paliativos y eutanasia; 3) el papel de las creencias religiosas, 4) la donación de órganos y eutanasia, y 5) la obsolescencia del Juramento Hipocrático.

3.2.1. La opinión de los profesionales de la salud

En la historia del debate eutanásico han participado numerosos profesionales: filósofos y teólogos especialistas en ética, juristas, especialistas de estudios sociales (politólogos, sociólogos, antropólogos e historiadores) y profesionales sanitarios, en especial médicos y enfermeras. No obstante, hay un colectivo cuya opinión ha pesado más y ha ejercido mayor influencia, el sanitario, y dentro de éste, el compuesto por los médicos. Dicha influencia es debida a su trato cercano con los pacientes, su conocimiento superior de la fisiología del cuerpo humano y de los efectos de las enfermedades y su curso respecto a la población general; además de su conocimiento de las técnicas necesarias para curar, paliar los efectos de una enfermedad o causar la muerte de diferentes formas. También se le ha dado más relevancia al considerar que serían ellos los que juzgarían los casos como tributarios a la eutanasia o no, además de ser los encargados de administrarla o ayudar a los enfermos a hacerlo, siendo requeridos siempre que haya demanda judicial. Así pues, la formación y la opinión y actitudes de este colectivo médico y su evolución con el tiempo son determinantes.

Hemos limitado la búsqueda bibliográfica, en este caso, excluyendo los artículos de opinión, circunstanciales como homenajes, de síntesis, editoriales, monografías, etc. para centrar nuestro estudio precisamente a los estudios empíricos y más recientes. La búsqueda simple en Pubmed por intersección de los descriptores “euthanasia” y “surveys” halla 1.589 publicaciones, de los que excluyendo los referidos a la eutanasia animal y los de una antigüedad mayor a 5 años, da como resultado un conjunto de 110 estudios que es el material analizado para este tema.

En este conjunto, atendiendo al procedimiento metodológico, destaca la gran variedad de encuestas poblacionales y, sobre todo, el elevado porcentaje de éstos dirigidos hacia profesionales de la salud, ya sean estudiantes, médicos o enfermeras, así como a los pacientes. También llama la atención la falta de homogeneidad de los estudios que, aunque suelen coincidir en la metodología de

uso de cuestionarios con casos prácticos, se presentan a distintos grupos profesionales, pero no todos tienen en cuenta los factores sociales, religiosos, la experiencia laboral, o el área de especialización de los encuestados. También son destacables los estudios comparados que repiten las encuestas para contrastar la opinión de décadas atrás frente a la actual, o la de los médicos en formación y los profesionales experimentados.

Pese a ello, podemos concluir que la opinión de los profesionales sanitarios sobre la eutanasia, la retirada del soporte vital, la limitación del esfuerzo terapéutico y el suicidio asistido son los temas prevalentes y, casi siempre, es relevante su relación con los debates y cambios legislativos en los respectivos países. Dada la importancia que tiene en este tema las diferencias culturales y el marco legislativo, presentamos los resultados ordenados por países.

Un estudio realizado en Finlandia utilizó tres casos oncológicos para comparar la toma de decisiones y actitudes con respecto a los cuidados al final de la vida de estudiantes de medicina con los de médicos generales. Contestaron 222 (47%) médicos y 402 (63%) estudiantes. Los médicos retiraron medidas de tratamiento y soporte invasivas más a menudo que los estudiantes. Los estudiantes consideraron la eutanasia y el suicidio asistido menos reprobables ($p < 0.001$ en ambos) que los médicos de cabecera. La religión tenía una mayor influencia en las decisiones éticas entre los médicos generales que entre los estudiantes. (24)

Por otro lado, para explorar los cambios en las actitudes hacia la eutanasia entre los médicos finlandeses se envió un cuestionario con casos hipotéticos a 1182 y 1258 médicos finlandeses en 1999 y 2015, respectivamente. La tasa de respuesta fue del 56%. La dosis de morfina se incrementó en un 25% y un 34% de los médicos en 1999 y 2015, respectivamente ($p < 0.001$). La especialidad oncológica, la fe en Dios, el género femenino y la edad más joven fueron factores independientes asociados con la reticencia a aumentar la dosis de morfina. La eutanasia, pero no el suicidio asistido, se consideró menos reprochable en 2015 ($p = 0.008$). En ambos años, la mayoría de los médicos (84%) retuvieron la reanimación cardiopulmonar. (25)

Respecto a otro país nórdico, Noruega, se ha comprobado que, pese a la ilegalidad de la eutanasia, la mayoría de la población noruega está a favor de la legalización de la muerte asistida, según un estudio realizado en 2016.(26) Otro estudio quiso comparar las actitudes de los médicos hacia la muerte asistida con los resultados de 1993, cuando se investigaron por última vez. Para ello administraron dos encuestas en 2014 y 2016 obteniendo unas tasas de respuesta similares, del 75.0% (2014) y del 73.1% (2016). La mayoría se opuso a la legalización de la muerte asistida; destacó que los más jóvenes y los encuestados no religiosos adoptaron una visión positiva de la legalización con más frecuencia. (27)

En el otro extremo geográfico y cultural, en Australia, reconociendo la legalización potencial a nivel estatal de la eutanasia, el Grupo de Oncología Médica de Australia (MOGA) en 2018 realizó una encuesta de miembros para desarrollar una declaración de posición sobre el tema. Completaron el cuestionario 362 miembros (55%), de los que el 47% de los encuestados no estuvieron de acuerdo con la legalización y sí el 36%. Solo el 14% estuvo de acuerdo en que los médicos involucrados deberían ser requeridos personalmente para administrar la medicación letal; el 94% apoyó la posibilidad de objeción de los médicos al proceso; 95% acordó que la consulta a un médico de Cuidados Paliativos debía ser requerida y el 86% estuvo de acuerdo con la necesidad de involucrar a los servicios de Psiquiatría antes de que un paciente pueda considerarse adecuado. (28)

Alemania ha tenido una historia peculiar, como es sabido, con la eutanasia nazi. Aprovechando el debate sobre una nueva regulación legal del suicidio asistido del Parlamento Federal alemán en noviembre de 2015, se encuestó a estudiantes de cuarto año de medicina sobre "suicidio asistido", "eutanasia" y "sedación paliativa", basado en unos casos ficticios, uno de sufrimiento físico y otro de sufrimiento psicológico. De un total de 301 estudiantes, 241 (80%) participaron en la encuesta. De los resultados cabe destacar que 83.3% de los participantes consideraron éticamente aceptables la sedación paliativa y la retención simultánea de nutrición e hidratación artificial, mientras que 51.2% consideró el suicidio asistido por un médico éticamente legítimo, y un 19.2% considerada la eutanasia éticamente permisible. No hubo diferencias significativas entre las actitudes personales hacia sedación paliativa, suicidio asistido por un médico o eutanasia a la luz del sufrimiento físico o emocional. (29)

En Grecia, un estudio investigó en 2018 las actitudes hacia la eutanasia y el suicidio asistido en una muestra de residentes de Psiquiatría ($n = 120$, edad media 32.01 ± 0.21 , hombres 60.0%) y los comparó con los residentes de otras dos especialidades, Cirugía, Cuidados Intensivos ($n = 154$, edad media 32.97 ± 1.17 , hombre 57.1%). La mayoría de ellos estaban a favor de la aceptación de ambas técnicas en circunstancias concretas. (30)

Otro estudio quiso evaluar la opinión del personal de la unidad de Cuidados Intensivos y el impacto de su personalidad y creencias religiosas sobre las decisiones de renunciar a tratamientos de soporte vital. Estudiaron 18 UCI griegas con más de 6 camas, entre junio y diciembre de 2015. Participaron 149 médicos y 320 enfermeras de forma anónima, contestando cuestionarios de personalidad y religión. La tasa de participación fue del 65,7%. El 71,4% de los médicos y el 59,8% de las enfermeras declararon que las familias no recibieron suficiente información sobre la posibilidad de renunciar al tratamiento o la eutanasia, y establecieron que la razón principal fue la incapacidad de la familia para entender detalles médicos. Por otra parte, mientras que el 51% de los médicos expresaron temor a posibles litigios y el 47% de ellos declararon que esta preocupación influyó en la información brindada a la familia, sólo el 7.5% de las enfermeras consideraron dichas técnicas peligrosas, criminales o ilegales. (31)

En USA, Estados Unidos de Norteamérica, con el objeto de evaluar cuantitativamente la actitud favorable de las justificaciones a favor o en contra de la legalización de muerte asistida entre los médicos, el efecto de los términos "suicidio" y "eutanasia" en sus puntos de vista, así como su apoyo a tres formas de muerte asistida, administraron un cuestionario a médicos clínicos, pacientes, investigadores, y otro personal no clínico del Hospital Yale-New Haven (Connecticut, EE. UU.). Este cuestionario presentaba tres casos: suicidio asistido por un médico, eutanasia para un paciente competente y eutanasia para un paciente incompetente con voluntades anticipadas para la eutanasia. De 221 profesionales sanitarios participantes, la mayoría pensó que cada caso era ético y debería ser legal. Las justificaciones usadas para respaldar la legalización fueron el alivio del sufrimiento, el derecho a morir, la compasión, la aceptación de la muerte, el no abandono y el ahorro de dinero para el sistema de salud. Los participantes prefirieron el suicidio asistido por un médico a la eutanasia en pacientes competentes ($p < 0,0001$) y la eutanasia en pacientes no competentes ($p < 0,005$). (32)

3.2.2. Enfermedades objeto de cuidados paliativos y eutanasia

Desde la creación de los Servicios de Cuidados Paliativos y la legalización de la Eutanasia en ciertos países se ha visto que dichos servicios se ven copados mayoritariamente por grupos de pacientes con características muy similares. Inicialmente, casi el 90% de sus pacientes eran de origen oncológico, con o sin patologías asociadas, pero en las últimas décadas, con el aumento de la esperanza de vida de la población y la mejora de los tratamientos médicos, otros grupos de pacientes han aparecido y aumentado su prevalencia en estos servicios.

Pacientes oncológicos

El cáncer compone un conjunto de enfermedades muy variadas en síntomas, tratamientos, tasas de incidencia, mortalidad, curación, etc. Según la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), “El número de nuevos casos de cáncer diagnosticados en España en el año 2020 alcanzará los 277.394, cifra muy similar a la de 2019, con 277.234 de casos.” Así pues, el cáncer es la segunda causa de muerte en el mundo causando una de cada seis defunciones (siendo la tasa de mortalidad específica promedio del 16,5%).

La detección de cáncer en una fase avanzada y la falta de diagnóstico y tratamiento son problemas frecuentes; lo que coincide con que el 65% de los pacientes que solicitan la eutanasia en los países en los que es legal sean pacientes oncológicos.(33) En estos pacientes también destaca su mayor riesgo de suicidio debido a factores como el dolor o la desesperanza(34); influenciados por la ansiedad y la depresión, aunque estos varían mucho en el curso de la enfermedad (24-25)

Como el cáncer no es una enfermedad única sino un conjunto de ellas, se han estudiado las diferencias entre los distintos tipos de cáncer en relación con las decisiones sobre el final de la vida. Se realizó un estudio de los certificados de defunción de una gran muestra aleatoria de todas las muertes en Flandes, Bélgica, entre el 1 de enero y el 30 de junio de 2013 seleccionando todas las muertes por cáncer (n = 2392). Se envió un cuestionario a los médicos de los pacientes con una tasa de respuesta del 58,3%. En todos los tipos de cáncer, se produjo una decisión de no tratamiento entre el 7,6-14,0%, dolor intenso y alivio de los síntomas en 37,5-41,7%, eutanasia o suicidio asistido por un médico en 8.7–12.6% y acortamiento de la vida sin necesidad de explícita solicitud del paciente en 1.0–2.4%. La prevalencia de cada opción no difirió significativamente según el tipo de cáncer. Las razones más frecuentes de solicitud de eutanasia fueron el sufrimiento físico del paciente y la falta de perspectivas de mejora. (37)

Enfermedades neurodegenerativas

Se trata de un conjunto de enfermedades de etiologías muy variadas que cursan con un deterioro progresivo de la calidad de vida de los pacientes que las sufren. Su importancia en el debate del final de la vida es muy importante y ha llegado hasta el cine con películas como "Death on Request", en la que un paciente holandés con enfermedad de la motoneurona se le administra la eutanasia por su médico de familia. (38)

Estas enfermedades tienen una característica que las hacen únicas: tienen una carga genética, por lo que los pacientes suelen conocer casos de familiares cercanos afectados y el desarrollo de su enfermedad; son enfermedades con un curso clínico largo, de años; y los pacientes suelen contar con cuidadores cercanos, normalmente familiares, durante largos periodos de tiempo mientras su enfermedad se hace más prevalente. Estas personas acaban conociendo la enfermedad profundamente y tienen una opinión fundada sobre su final.(39)

En el caso de la esclerosis lateral amiotrófica (ELA), una enfermedad que causa parálisis progresiva que conduce a la insuficiencia respiratoria generalmente entre de tres a cinco años después del diagnóstico, se ha establecido una relación entre los casos con más discapacidad y los solicitantes de eutanasia y entre el suicidio asistido y fases tempranas de la enfermedad. (40)

Un estudio realizado entre 1995 y 1997, encuestó a pacientes con ELA en Oregón y Washington y a sus cuidadores, para determinar sus actitudes hacia el suicidio asistido. De 140 personas elegibles, 100 (71 %) aceptaron participar en el estudio, al igual que 91 cuidadores familiares. Cincuenta y seis pacientes (56 %) considerarían el suicidio asistido; un paciente habría tomado el medicamento inmediatamente y 36 lo habría guardado para uso futuro. En 66 de 91 instancias (73 %), cuidadores y pacientes tenía la misma actitud hacia el suicidio asistido.(41)

Para este trabajo, consideraron enfermedades de este grupo las siguientes: 1) *Parkinson*, que afecta sobre todo al sistema motor, provocando un gran deterioro en la calidad de vida del paciente. 2) *Esclerosis múltiple*, enfermedad autoinmune que acaba incapacitando al paciente con temblores, marcha inestable, descoordinación, debilidad, pérdidas visuales... 3) *Esclerosis lateral amiotrófica (ELA)*, que cursa con degeneración o muerte en las motoneuronas y gradualmente, todos los músculos bajo control voluntario se ven afectados. 4) *Enfermedad de Huntington*, trastorno autosómico dominante cuyo carácter hereditario y las pruebas genéticas actuales le confiere la característica especial de su previsibilidad: si un pariente la ha sufrido muchas personas se hacen el test genético averiguando así lo que les va a ocurrir lo que les permite hacer planes mucho tiempo antes de empezar con síntomas.

Hay estudios que han investigado la frecuencia del suicidio, intento de suicidio y hospitalización psiquiátrica después de un resultado de prueba predictiva a través de cuestionarios, y han subrayado la importancia de cuestiones como la necesidad de apoyo psicológico tras el diagnóstico, el miedo a los síntomas y al deterioro, y su búsqueda de opciones, legales o ilegales. (42)

Patologías cognitivas

Son tratadas por la especialidad de Neurología y con ellas nos referimos al conjunto de enfermedades que cursan con estado alterado de la consciencia de forma crónica y con un curso de enfermedad definido. En España, el último informe público de salud mental indica que tres de cada diez personas de 65 y más años y no institucionalizadas refirieron algún grado de deterioro cognitivo (31,3%). Respecto a la dificultad cognitiva, la declararon con mayor frecuencia las mujeres (34,5%) que los hombres (27,2%). (43)

En este grupo de enfermedades altamente relacionadas a priori con los dilemas morales de la eutanasia o suicidio asistido, se hallan las siguientes. 1) *Alzheimer*, que representa más del 60% de las enfermedades neurodegenerativas en mayores de 65 años. 2) *Demencia fronto-temporal*, grupo de demencias progresivas que engloban la enfermedad de Pick, la afasia progresiva, la demencia semántica y la degeneración cortico basal. 3) *Demencia con cuerpos de Lewy*: es el segundo tipo más común de demencia progresiva cuyos pacientes experimentan alucinaciones. 4) *Demencia vascular*, provocada por la disminución del flujo sanguíneo al cerebro y el consiguiente daño neuronal crónico.

Lo característico de los pacientes que sufren enfermedades de este grupo y del anterior, es la aparición del miedo a la pérdida del control de su cuerpo y de su mente, perdiendo así la capacidad de actuar y decidir, emergiendo el miedo atroz a una muerte dolorosa y difícil. Este miedo va en ambas direcciones: miedo a que les mantengan vivos por medios extraordinarios, como la ventilación o la nutrición artificial, y miedo a que los desconecten y les dejen morir. Debido a esto, se recalca frecuentemente en la bibliografía la importancia de los documentos de voluntades anticipadas, su validez, las instrucciones que pueden contener y el momento de su realización, probablemente la parte más polémica, ya que incluye el juicio del estado mental del paciente y si este está afectado o no por su enfermedad. (38,44)

Enfermedades psiquiátricas

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 1 de cada 10 personas tiene alguna enfermedad mental. En España, el 10,8% de las personas de 15 años refirió haber sido diagnosticada de algún problema de salud mental, aunque las mujeres los refieren con mayor frecuencia que los hombres, 14,1% frente a 7,2%. El 6,7% de los adultos refiere ansiedad crónica y otro 6,7% depresión, que es más del doble en mujeres (9,2%) que en hombres (4%).(43) Según los datos de Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM) los trastornos mentales afectan al 19,5 % de la población española y suponen el 40 % de las enfermedades crónicas. (43)

No obstante, las enfermedades psiquiátricas suponen un porcentaje muy pequeño en el conjunto total de los pacientes que solicitan la eutanasia. También lo es el número de pacientes afectados por ellas que acaba solicitándola.

Para comprenderlo es preciso tener en cuenta sus epidemiologías, pues muchas de las enfermedades tratadas por Psiquiatría tienen su debut alrededor de los 20 años, lo que las convierte en enfermedades juveniles, frente al resto de patologías de las categorías previas que son más propias de la senectud. Otra diferencia es el curso de la enfermedad: las enfermedades psiquiátricas tienen desarrollos muy variados dependientes de cada paciente mientras que las otras enfermedades consideradas tienen un desarrollo conocido, descrito ampliamente en los manuales de fisiopatología y son de larga duración. Estas características epidemiológicas (muchos enfermos, pero muy pocos que soliciten la eutanasia) han desencadenado un amplio debate teórico en los campos de la bioética y de la jurisprudencia.

Se han llevado a cabo varios estudios sobre los casos oficiales de pacientes psiquiátricos solicitantes de eutanasia en los países donde esta es legal: Bélgica y Holanda. (45)

En Bélgica, el equipo de Sigrid Dierickx analizó entre 2002 y 2013 un total de 179 casos con únicamente trastornos psiquiátricos o diagnóstico de demencia identificados en Bélgica. La

proporción de casos de eutanasia con estos trastornos fue del 0.5% de todos los casos reportados en el período 2002–2007, aumentando desde 2008 en adelante al 3.0% de todos los casos reportados en 2013. (46)

Los 179 casos identificados sufrían depresiones (46,4%) y demencia (34,6%), seguidos de otros trastornos psiquiátricos (12,3%) y depresiones acompañadas de otro trastorno psiquiátrico (6,7%) La mayoría de los casos de eutanasia involucraron mujeres, con porcentajes que van desde 58.1% en demencia a 77.1% en depresión. Los médicos informaron con mayor frecuencia un “insostenible sufrimiento psicológico” solo para casos de eutanasia en depresiones acompañados por otro psiquiátrico (83.3%), otros trastornos psiquiátricos (77,3%) y depresiones (72,3%). En los casos en que no se esperaba que el paciente falleciese en el futuro previsible, las consultas por cuidados paliativos especiales eran frecuentes y no se limitaban a los casos de demencia. Aproximadamente 1 de cada 4 pacientes dijeron que sufrían dolor físico, junto con dolor psíquico, a pesar de la ausencia de enfermedades físicas reportadas.

Otro estudio realizado con 100 pacientes belgas pretendía identificar patrones en las solicitudes de eutanasia y su práctica con pacientes psiquiátricos analizando el entorno clínico psiquiátrico ambulatorio en la región de habla holandesa de Bélgica. El estudio se realizó entre octubre 2007 y diciembre de 2011, con seguimiento hasta diciembre 2012. Participaron 100 pacientes que solicitaron la eutanasia basada en sufrimiento psicológico asociado con trastornos psiquiátricos (77 mujeres, 23 hombres; edad media 47 años; rango de edad 21–80 años). El 90% tenían más de un diagnóstico. La mayoría de los pacientes sufrían trastornos depresivos resistentes al tratamiento (n = 58, incluyendo 48 con trastorno depresivo mayor y 10 con trastorno bipolar) y / o un trastorno de la personalidad (n = 50), mientras que 29 de los pacientes tenían ambos. Añadidos a sus trastornos psiquiátricos, 23 pacientes también tenían enfermedades somáticas, incluido el síndrome de fatiga crónica y / o fibromialgia (n = 8).

En todos los pacientes el sufrimiento fue crónico, constante e insostenible, sin perspectivas de mejora, debido a resistencia al tratamiento. Todos los pacientes eran legalmente competentes. Después de reevaluar su competencia y discutir sus posibilidades terapéuticas, 38 pacientes fueron referidos para más pruebas de diagnóstico y/o tratamiento. Después de la prueba y tratamiento adicional, 17 de estas 38 solicitudes de eutanasia fueron aceptadas (44.7%) y 10 se llevaron a cabo. Los otros 62 pacientes no fueron remitidos para más pruebas o tratamiento debido a la clara ausencia de alternativas terapéuticas razonables para ellos. Se aceptaron las solicitudes de eutanasia de 31 de los 62 pacientes (50%), llevándose a cabo en 25 pacientes.

En total, y en resumen final, fueron aceptadas 48 de las 100 solicitudes de eutanasia (48%). La eutanasia se practicó en 35 pacientes (72.9%), mientras que dos se suicidaron antes del procedimiento y 11 pacientes decidieron posponer o cancelar el procedimiento. De los últimos 11 pacientes, 8 explicaron (por teléfono o correo) que sabiendo que tenían la opción de proceder con la eutanasia les dio suficiente tranquilidad para continuar sus vidas, mientras que 2 retiraron sus solicitudes debido a la fuerte resistencia familiar y en 1 caso no pudo implementarse por estar encarcelado. Por otro lado, entre los 52 pacientes cuyas solicitudes no fueron aceptadas, 38 retiraron sus solicitudes antes de una decisión, mientras que 8 continuaron persiguiendo sus solicitudes, 4 se suicidaron y 2 murieron espontáneamente. (47)

En el caso de Holanda, uno de los pocos países en que por estar legalizada la eutanasia ha podido investigar y proporcionar la mejor información disponible sobre el perfil sociodemográfico y clínicos de las personas solicitantes de la eutanasia, entre 2011 y 2014. Se ha aclarado que en los casos de eutanasia por motivos psiquiátricos que el 70% de los pacientes eran mujeres, el 32% tenían 70 años o más, el 44% tenían entre 50 y 70 años, y 24% tenían entre 30 y 50 años. La mayoría (52%) había hecho intentos de suicidio previos y el 80% había sido hospitalizado psiquiátricamente en el pasado. La mayoría de los pacientes tenían más de una afección y las condiciones depresivas fueron el principal problema psiquiátrico en 36 casos (55%). Las condiciones psiquiátricas de los pacientes eran crónicas. 38 pacientes (58%) tenían al menos una condición médica comórbida; 22 pacientes (33%) tenían en al menos 2 comorbilidades; 12 pacientes (18%) tenían al menos 3. En 37 pacientes (56%), los informes mencionaron el aislamiento social o la soledad de los pacientes. (48)

En conclusión, estos tres estudios reflejan la diversidad de diagnósticos psiquiátricos que sufren los pacientes solicitantes de eutanasia, pese al predominio de los trastornos depresivos. También ponen en relevancia a la resistencia al tratamiento de muchos de ellos, la alta incidencia de antecedentes de intentos autolíticos y la elevada comorbilidad con otras patologías somáticas. Además, se define un perfil de paciente psiquiátrico solicitante de eutanasia como mujer de entre 50 y 70 años con trastorno depresivo resistente al tratamiento. Cabe destacar como relevante el sentimiento de dolor somático que reflejan algunos pacientes pese a no sufrir ninguna patología que lo explique. También los casos de pacientes a los que saber que tenían la opción de proceder con la eutanasia les dio suficiente tranquilidad para continuar sus vidas y los que retiraron su solicitud por influencia familiar.

Pacientes pediátricos

Estos pacientes constituyen un grupo especial desde dos ámbitos: el médico y el legal. Desde la perspectiva clínica, son pacientes con patologías muy diversas pero tratados por una única especialidad médica, la Pediatría. También hay que destacar que el recuento total de pacientes pediátricos candidatos a eutanasia es muy pequeño. En España, un estudio multicéntrico recogió 3.668 ingresos durante 1 año en 10 UCIP, con una tasa de mortalidad del 4,5%. (49)

En todos los casos, inicialmente aparece en consideración el valor de la vida del niño en condiciones de enfermedad y sufrimiento. Se trata de una pregunta metafísica sobre el significado de la vida, ante la cual no hay respuestas universales y, por tanto, requiere una valoración individualizada y específica de cada caso.(50)

Un segundo aspecto a considerar es la capacidad de decisión del niño, lo cual implica respetar su autonomía en la medida en que sea capaz de decidir. En el ámbito legal destaca el hecho de que, actualmente, no atribuimos legalmente capacidad de decisión sobre actuaciones médicas hasta que el paciente ha cumplido los 16 años. Siendo así, estos pacientes no podrían solicitar la eutanasia en España en caso de sufrir una patología subsidiaria de esta, por no ser lo suficientemente “maduros” como para ser conscientes de lo que solicitan. Otra idea recurrente es que el proceso de enfermedad que han atravesado y siguen sufriendo les ha conferido una comprensión de su estado superior a la propia de su edad y por ello podrían ser solicitantes de la eutanasia.(51)

Por último, aparecen las limitaciones de los padres a decidir por sus hijos al final de sus vidas. Para decidir sobre tratamientos se han reconocido límites en la capacidad de los padres, y estos toman mayor relevancia ante una petición de eutanasia. (52–54)

A nivel internacional es relevante el hecho de que, en febrero de 2014, en Bélgica, el Parlamento aprobara una ley que permite la aplicación de la eutanasia en niños, sin distinción etaria, lo cual reavivó el debate ya que se convirtió en el segundo país del mundo, después de Holanda, en permitirlo. La normativa belga consagra que el menor, independientemente de su edad, puede optar por poner término a su vida si cumple estas circunstancias. Deberá, en primer lugar, ser sometido a un examen psicológico que confirme su capacidad de discernimiento para tomar tal decisión. Esta evaluación de capacidad, exigida en la ley belga, es de particular dificultad dada la variabilidad de madurez de los menores y con mayor razón de los menores que tienen ya la experiencia de la enfermedad y de la cercanía de su muerte. Después de acreditarse que se encuentra bajo un constante e insoportable dolor que no puede ser aliviado y también que éste resulta de una condición de sufrimiento físico accidental o patológico grave e incurable, siendo su muerte a corto plazo inevitable; serán los padres quienes deberán autorizar la eutanasia en forma expresa y por escrito antes de que ésta pueda ser aplicada.

En Holanda la ley es más restrictiva: no autoriza en ningún caso la eutanasia en menores de 12 años. Pero la autoriza en mayores de 12 y menores de 16 años, siempre y cuando los padres presten su autorización de forma expresa, y en mayores de 16 y menores de 18 años, simplemente oyendo a los padres.

Se ha estudiado la frecuencia con la que los padres discuten la eutanasia, su respaldo a ella y el manejo intensivo de los síntomas, y si el dolor del niño influye en estos puntos de vista. Mediante una encuesta transversal a 141 padres cuyos hijos murieron de cáncer en dos instituciones pediátricas estadounidenses con una tasa de respuesta del 64% encontraron que un total de 19 de 141 (13%) de los padres consideraron solicitar acelerar la muerte de su hijo, y el 9% lo discutieron con sus médicos. En retrospectiva, el 34% de los padres informaron que habrían considerado acelerar la muerte de su hijo si el niño hubiera tenido un dolor incontrolable, mientras que 15% considerarían acelerar la muerte por sufrimiento no físico. (55)

El problema visto desde la perspectiva específica de las “Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos” y retirada del Soporte Vital resulta muy interesante.

El soporte vital se define, según el Hastings Center, como "toda intervención médica, técnica, procedimiento o medicación que se administra a un paciente para retrasar el momento de la muerte, esté o no dicho tratamiento dirigido hacia la enfermedad de base o el proceso biológico causal".(56) La retirada del soporte vital es una de las actuaciones que se llevan a cabo en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricas (UCIP) que conllevan al muerte del paciente. Se han llevado a cabo estudios para evaluar los cuidados al final de la vida en las UCIP, observando algunas necesidades y características propias de esta población durante en proceso de morir.

En España, al contestar un cuestionario, 41 trabajadores de la UCIP del Hospital Infantil La Paz de Madrid y los padres de 26 niños fallecidos entre 2001 y 2005, constataron que el 20 % de los niños fallecieron tras la retirada del soporte vital (7 niños) siendo los factores más importantes para esta decisión la posibilidad de supervivencia y la calidad de vida. El 86 % de los sanitarios declararon que la retirada del soporte vital era propuesta raramente. La mayoría de los sanitarios expresaron que, a

menudo, esta decisión debería haber sido tomada antes. (57) Otro estudio mostró que el 60 % de las muertes en una UCIP canadiense fue por retirada del soporte vital. Aunque otros estudios muestran porcentajes menores (20-32 %) en Argentina, Francia y EE. UU. (7)

En España, la limitación del esfuerzo terapéutico se realiza en el 20-30 % de los niños que fallecen. (49) La causa más frecuente de ingreso en UCI en este grupo de pacientes es la insuficiencia respiratoria seguida del postoperatorio cardíaco. La retirada o no instauración de determinadas medidas de soporte vital, principalmente ventilación mecánica y fármacos vasoactivos, así como la no realización de reanimación cardiopulmonar, son los tipos de limitación más utilizados. Destaca la generalización del uso de sedo analgesia como elemento necesario en el cuidado del buen morir.

Otro estudio retrospectivo llevado a cabo a partir de los registros de la UCI del Hospital Roberto del Rio de Chile obtuvo como resultados que de 7.821 ingresos a UCI en el 1,51% (118 pacientes) se establece una Limitación de Tratamiento de Soporte Vital (LTSV), orden de no reanimación en 78,8% de los casos, retiro de medidas terapéuticas en 14,4% y suspensión de ventilación mecánica en 6,8%. En 23,7% el diagnóstico de base fue neurológico u oncológico. La condición fisiopatológica predominante para una LTSV fue neurológica (39%). (58)

Estos estudios muestran la gran variabilidad que tiene la población pediátrica y la necesidad de individualizar la toma de decisiones en cada caso. Podemos concluir que el número de Retiradas de Soporte Vital es muy variable entre países y hospitales, pero todos ellos hacen hincapié en las necesidades de los padres, tanto de información como de acompañamiento de los pacientes hasta el último momento, además del apoyo psicológico especializado.

3. 2. 3. El papel de las creencias religiosas

La religión ha sido un factor determinante en la sociedad desde la Antigüedad, ostentadora del poder y la riqueza y crucial en numerosos hechos históricos. Por ella se han levantado imperios y otros han caído, y aunque en la actualidad la religión ocupe un lugar algo menos significativo en la vida diaria de los países desarrollados no podemos ignorar su influencia ni la consideración de las diferentes religiones y sus respectivos preceptos éticos que coexisten en muchas de las sociedades de nuestro entorno cultural, católico.

Pese a que en España ninguna confesión tiene carácter estatal y la Constitución española garantiza la libertad ideológica, religiosa y de culto de todos los individuos y comunidades esta sigue teniendo una larga sombra sobre muchas formaciones políticas y su opinión se hace notar en todos los debates sociales. Los resultados del barómetro del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) de enero de 2020 comparados con los de enero del año 2010 muestran el cambio en la sociedad reflejado de dos formas: por un lado, en el cambio en las opciones presentadas a los entrevistados, y, por otro lado, en la variación de los mismos resultados.

En la encuesta de 2010 la opción de “católico” no estaba dividida en “practicante” y “no practicante” como en 2020; y tampoco aparecía la opción de “agnóstico/a”. Analizando los datos observamos un descenso de 9.2 puntos porcentuales en los ciudadanos que se declaran católicos (76.4 - (20.5+46.7)), los creyentes en otras religiones suben un 0.2 %, y los ateos aumentan un 67%,

hasta los 12.6 puntos porcentuales sin tener en cuenta a los agnósticos, que supondrían, al sumarlos, un aumento del 161%, hasta suponer casi el 20% de la población. (54-55)

La relación de las religiones con la muerte, su forma de plantearla y el significado que le confiere ha sido ampliamente estudiada.

En España, donde la religión mayoritaria es el catolicismo, la posición de la Iglesia o institución eclesiástica contra la eutanasia y el suicidio médicamente asistido se muestra en el documento presentado en diciembre de 2019 por la Conferencia Episcopal *Sembradores de esperanza. Acoger, proteger y acompañar en la etapa final de esta vida*. (8) En él exponen que la eutanasia "daña al médico que al realiza" y también "a la Medicina" porque, aunque pueda "parecer que es una acción compasiva hacia sus pacientes", la misma "se ve oscurecida por su práctica, especialmente si es repetida". Advierten a los facultativos y las enfermeras de que "no existe el derecho de disponer arbitrariamente de la propia vida, por lo que ningún médico puede convertirse en tutor ejecutivo de un derecho inexistente", palabras del papa Francisco I. También destacan que, si "aparece la posibilidad de que el médico provoque la muerte, y de que suceda sin autorización del paciente, el recelo es lo normal. De este modo se destruye el fundamento ético sobre el que se construye la relación médico-paciente".

Varios estudios han indagado en el efecto que tiene la religión sobre la actitud de los profesionales sanitarios y sobre su postura ante la eutanasia. Una encuesta a nivel nacional entre la enfermeras de Bélgica encontró que las católicas tienen tasas más bajas de aceptación de la eutanasia en comparación con las no religiosas (61). Otro estudio mostró que los médicos católicos tienen tasas de desacuerdo significativamente más altas con respecto a legalización y participación en la eutanasia que los no católicos ($p < 0.001$) (62).

En Bélgica, país de tradición católica y eutanasia legalizada, el 75% de los médicos católicos de cuidados paliativos encuestados que no frecuentaba la iglesia favoreció la eutanasia, en comparación con el 25% de los que asistían regularmente a misa. Sin embargo, más del 80% de los sistemas de salud católicos en Bélgica permiten eutanasia para pacientes competentes con enfermedades terminales. (63)

Otro estudio realizado en Finlandia comparó la toma de decisiones y actitudes de estudiantes de medicina con los de médicos generales. Respecto a la religión, constató que tenía una mayor influencia en las decisiones éticas entre los médicos generales que entre los estudiantes. (24)

En Irlanda, un estudio concluyó que las actitudes y creencias religiosas juegan un papel importante en las preferencias del paciente sobre su estado de salud por parte del médico y en su valoración de la calidad de vida y la posibilidad de la eutanasia. (64)

En Austria se llevó a cabo una encuesta poblacional en 2014 ($n = 1,971$). Enfrentando a los encuestados a tres escenarios de eutanasia y uno de muerte asistida, y se requirió aprobación o rechazo. El rechazo fue mayor en el caso pediátrico (69%) y menor en el caso de los pacientes ancianos con cáncer (35%). La religiosidad tuvo un impacto negativo en la aceptación a través de todos los escenarios y efectos diferenciales para el estatus socioeconómico, área de residencia, confesión religiosa, liberalismo y autoritarismo. (65)

En resumen, la religión ejerce una influencia importante sobre las actitudes y opiniones de los profesionales de la salud acerca de la eutanasia, aunque parece que esta va disminuyendo en las nuevas generaciones de estudiantes.

3. 2. 4. Donación de órganos

Seis años después de la legalización de la eutanasia, los médicos belgas describieron el primer caso conocido de eutanasia y donación de órganos en un mismo paciente. Se trataba de una mujer de 44 años que llevaba 4 en vida asistida, comunicándose con sus párpados, por un Síndrome de Enclaustramiento debido a un ictus. Su caso siguió los pasos establecidos por la ley vigente y se estableció la fecha del procedimiento, pero, el día previo al mismo, ella manifestó su deseo de donar sus órganos. Las posibles implicaciones éticas y legales de ambos procedimientos en conjunto se trasladaron al comité ético, el cual lo autorizó y se llevó a cabo sin incidentes. (66)

Este caso abrió la puerta a una nueva posibilidad y a nuevos conflictos: los pacientes que solicitasen la eutanasia eran una nueva fuente de órganos para trasplante, pero esto suponía un nuevo incentivo para influenciar a alguien a solicitarla. El debate ético aumentó. No fue hasta 2015 cuando se elaboró un protocolo específico para estos casos (67). Podría parecer mucho tiempo, pero al mirar el bajo número de casos, 36 hasta 2016, comparados con el total, 5856 sólo en ese mismo año, no es raro que tardasen tanto en formular una guía exacta.

Para solucionar el problema ético y legal, se estableció que la donación de órganos sólo sería propuesta al paciente en el momento en que se le explicaran sus opciones inicialmente. Además, en caso de acceder a los dos procedimientos, estos serían llevados a cabo por dos equipos médicos completamente independientes y, cuando estuviese trabajando uno, el otro no estaría presente permitiendo toda la intimidad requerida en el final de la vida del paciente. En todos los casos, el equipo quirúrgico sólo podría empezar su actuación tras la confirmación de la muerte del paciente por los médicos del primer equipo, y así en su certificado de defunción aparecería, como en todos los casos de pacientes que solicitan y llevan a cabo la eutanasia, “muerte natural”. Además, los gastos extra producidos por la donación los pagaría al Organización de Trasplantes correspondiente. (63-64)

Este procedimiento, además del debate ético, conlleva algunos inconvenientes: ha de llevarse a cabo en un entorno hospitalario controlado cercano al quirófano para obtener los órganos en las mejores condiciones posibles, aunque se están investigando formas de que el paciente pueda morir en su casa y ser donante. En ningún caso podrá ser utilizado el corazón, ya que la muerte del paciente se comienza a certificar cuando este se detiene y al ser un órgano tan sensible a la hipoxia no llega en buenas condiciones a la extracción. Puede que, en un futuro, si se mejoran los procedimientos de donación en asistolia sea posible.

Hasta este punto todo parecen inconvenientes para el paciente, pero se ha estudiado el efecto que tiene el conocimiento de que sus órganos van a ser donados y algunos estudios demuestran que tiene una influencia positiva en su sufrimiento, reduce el dolor crónico continuo, potencia su bajo estado anímico y mejora su calidad de vida en esos días previos al procedimiento.(70)

3.2.5. Obsolescencia del Juramento Hipocrático

Desde el siglo IV antes de Cristo la medicina ha sufrido una transformación total y absoluta de sus tratamientos, métodos diagnósticos, clasificación de las enfermedades y los pacientes, la relación médico-paciente y la actitud y derechos de ambos. Dicho proceso de cambio continúa hoy en día.

Sabiendo esto, parece absurdo utilizar un juramento elaborado alrededor del año 400 a.C. cuando la profesión, y la sociedad en la que se practica, ha cambiado tanto que apenas se le parece. Además, cabe considerar que la información que tenemos sobre el autor no es absoluta, por lo que valorar algo suyo como algo primordial para la práctica médica parece exagerado.(71), y podríamos añadir que una mitomanía extravagante e interesada.

Para una aproximación racional al problema tan extendido de la supuesta fidelidad al juramento hipocrático, es preciso recordar que dicho juramento ha sido actualizado en distintas ocasiones por la Asociación Médica Mundial (AMM). La primera actualización importante, conocida como “Declaración de Ginebra”, se dio durante la segunda asamblea de la AMM en 1948, como reacción ante los crímenes médicos cometidos durante la segunda guerra mundial. Posteriormente fue enmendada en las asambleas de 1968, 1983 y 1994; y finalmente, un grupo de trabajo *ad hoc* realizó modificaciones que fueron aprobadas en 2017, siendo ésta la versión actual del juramento hipocrático.

Entre los argumentos utilizados para el cambio deontológico en la profesión destacamos los siguientes. En primer lugar, que la versión inicial del juramento promovía una ética médica paternalista que centraba el tratamiento del paciente exclusivamente en la opinión del médico, lo cual podía prestarse como justificación a cometer atrocidades contra los pacientes o usuarios en un uso delictivo del conocimiento experto de los venenos letales, utilizados con frecuencia en la lucha por el poder, y que contravenía el principio ético de autonomía de las personas. En segundo lugar, que la versión inicial del juramento dejaba de lado las obligaciones del médico con las necesidades de la sociedad, por lo cual se agregó el “Compartir mis conocimientos médicos en beneficio del paciente y el avance de la salud”. También se consideró que, siendo una profesión de riesgo, la salud física y mental del médico debía ser óptima para poder brindar un adecuado cuidado a sus pacientes. Por ello, se agregó el “Cuidar mi propia salud, bienestar y capacidades para prestar atención médica del más alto nivel”. En cuarto lugar, se consideró que la versión inicial del juramento prohibía la realización de la eutanasia y el aborto, expresados conjuntamente. Sin embargo, al tener en cuenta el respeto por la autonomía de los pacientes, el respeto por los derechos reproductivos de las mujeres, y las complicaciones debido a la penalización del aborto, la versión actual del Juramento solo menciona “Velar con el máximo respeto por la vida humana”. (72) (Véase anexo 9)

Finalmente, hemos de considerar desde el punto de vista histórico que la lectura completa del texto original deja bien claro el anacronismo sociocultural. Entre otros principios éticos, el Juramento Hipocrático obligaba al médico a cuidar hasta la muerte a su maestro o mentor como a su propio padre, prohibía compartir con otros sanadores sus conocimientos, guardando el secreto de sus remedios. Se trata de una norma que no pertenece al perfil profesional del médico desde el siglo XII, cuando se profesionaliza su quehacer y se legaliza su formación docta en la universidad medieval; ese privilegio de propiedad en secreto de su saber sólo se reconoció socialmente a los cirujanos hasta que desapareció también para ellos a principios del siglo XIX cuando se unieron a los médicos para

conformar los nuevos licenciados en Medicina y Cirugía, adoptando esta nueva profesión los principios éticos de la universalidad de la ciencia moderna, que obliga a publicar los resultados de todo nuevo conocimiento o investigación, confiando para ello en la pericia y capacidad de evaluación de los colegas, ajenos a la autoridad política o eclesiástica.

4. CONCLUSIONES

1. El estudio de la producción científica sobre eutanasia evidencia su progresivo crecimiento, alcanzando su máximo en 1993 (1084 artículos), impulsado por el desarrollo de los cuidados paliativos, las asociaciones por la regulación legal de la eutanasia, y su legalización en países como Holanda, Bélgica y Colombia; a la vez que se ha ido desarrollado un nuevo campo conceptual interdisciplinar visible en la evolución de los descriptores de codificación Mesh de la base de datos internacional Medline/Pubmed desde 1965.
2. La revisión de los materiales de formación médica muestra que la información de los tratados de medicina interna (Farreras y Harrison) proporcionan una información más actualizada, precisa, diversa, completa y normalizada de la eutanasia, así como una perspectiva internacional con una actitud más respetuosa con los principios éticos de autonomía del paciente y consentimiento informado, que los materiales de las asignaturas de Grado más sensibles al tema (Ética, Comunicación y Medicina legal I y II y Cuidados Paliativos), hallando una calidad intermedia de información y valores en los textos para la preparación del examen MIR en España.
3. Los estudios empíricos indexados en PubMed acerca de la opinión de los profesionales sanitarios sobre la eutanasia se caracterizan por el uso de encuestas con casos prácticos que diferencian entre sufrimiento físico y psicológico y casos adultos y pediátricos. La comparación entre la opinión de médicos con experiencia clínica y estudiantes de medicina muestra que las nuevas generaciones son más afines a la eutanasia, pero tienen menos conocimiento acerca de las diferencias entre eutanasia activa, pasiva y limitación del esfuerzo terapéutico que los médicos veteranos, y asimismo se ha comprobado que la repetición de estudios y encuestas con años de diferencia es una buena herramienta para apreciar la evolución de la actitud.
4. La actitud negativa o reticencia de los profesionales sanitarios al uso de la eutanasia se relaciona más con los estudiantes que con los médicos, el género femenino que el masculino, la fe en Dios que el agnosticismo; los casos con posible conflicto ético-legal más que con el sufrimiento únicamente psicológico, y siempre es mayor el rechazo a la eutanasia que al suicidio médicamente asistido. Por el contrario, el perfil más favorable se halla en los médicos con más experiencia en tratar el proceso de morir, la ideología pro-derechos humanos y una religiosidad no practicante.
5. El apoyo a la tendencia de regulación legal de la eutanasia se explica por el cambio en la relación médico-paciente (especialmente por el rechazo a la actitud paternalista, el respeto a la autonomía del paciente y la práctica médica centrada en el enfermo), las nuevas tecnologías médicas que permiten prolongar el final de la vida, y el incremento del conocimiento de la población acerca de sus derechos como pacientes, la práctica del testamento vital (o documento de voluntades anticipadas) y el acceso a la información por internet.
6. Las tres condiciones exigidas para administrar la eutanasia se dictaron en Holanda en 1983, sin que se observen diferencias significativas en las legislaciones posteriores: 1) el paciente debe solicitarla reiteradamente, consciente y libremente, 2) debe vivir un sufrimiento que no encuentra otro alivio, y 3) deben certificar al menos dos médicos que la eutanasia es adecuada en cada caso particular.
7. En cuanto al perfil de los pacientes que solicitan la eutanasia, la literatura médica evidencia que no hay disparidad en cuanto al sexo, el 50% tienen entre 60 y 79 años; el 65% de los solicitantes sufren patologías oncológicas, un 7% neurodegenerativas y otro 7% son considerados pluripatológicos sin una enfermedad predominante. Hasta el 70% de los pacientes declara

sufrimiento físico y psicológico en el momento de su solicitud, con tasas de ideación suicida, ansiedad y depresión mayores a las de la media poblacional, y un 50% decide morir en su hogar.

8. Los estudios transversales y longitudinales realizados sobre las patologías psiquiátricas, muestran que en ese 3% de los casos que suponen predomina el género femenino, el 90% tienen más de un diagnóstico psiquiátrico y casi un 45% sufren depresiones resistentes al tratamiento, la mitad tienen antecedentes de intentos autolíticos, y para el 20% saber que disponen de la autorización para la eutanasia concedida por evaluación médica supone un alivio suficiente de su sufrimiento como para no llevarla a cabo.
9. Los principales conflictos éticos registrados en los países donde se ha legalizado la eutanasia aparecen en los casos pediátricos o psiquiátricos y respecto a la donación de órganos.
10. El uso del Juramento Hipocrático como justificación anti-eutanasia es un argumento no válido, por su anacronismo, estar obsoleto y no ser aplicable a la medicina actual y haber sido reiteradamente cuestionado por la World Medical Association.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Roy DJ. When the Dying Demand Death. *J Palliat Care*. 1993;94:3–4.
2. Mystakidou K, Parpa E, Tsilika E, Katsouda E, Vlahos L. The evolution of euthanasia and its perceptions in greek culture and civilization. *Perspect Biol Med*. 2005;48(1):95–104.
3. Ezekiel J, Emanuel, MD P. Euthanasia. Historical, Ethical, and Empiric Perspectives. *Arch Intern Med*. 1994;154:1890–901.
4. Asociación Federal pro Derecho a Morir Dignamente. Eutanasia en Bélgica ¿un modelo para España? *Rev Esp Salud Pública*. 2012;86:1–4.
5. Beauchamp TL, Childress J. Principios de ética biomédica. Masson, editor. Barcelona; 2002.
6. Centeno C. Historia de los Cuidados Paliativos y el Movimiento Hospice. *Soc Española Cuid Palativos*. 1997;1–18.
7. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Cuidados paliativos pediátricos en el SNS: Criterios de atención. 2014;62.
8. Subcomisión Episcopal para la Familia y Defensa de la Vida. Sembradores de esperanza. Acoger, proteger y acompañar en la etapa final de esta vida. 2019. p. 1–48.
9. Asociación Española de Bioética y Ética Médica. Conclusiones de la Jornada Anual de AEBI y Comunicado de AEBI sobre la Eutanasia. 2018. p. 19–21.
10. Pastor LM. Nota del Editor: Eutanasia y Bioética. 2019;30(98):11–7.
11. SECPAL; AECPAL. Comunicado de SECPAL y AECPAL sobre la Proposición de Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia [Internet]. <http://infocuidadospaliativos.com/>. 2020. Available from: <http://infocuidadospaliativos.com/comunicado-de-secpal-y-aecpal-sobre-la-proposicion-de-ley-organica-de-regulacion-de-la-eutanasia/>
12. Barbero Gutiérrez J, Díaz L. Diez cuestiones inquietantes en cuidados paliativos. *An Sist Sanit Navar*. 2007;30(SUPPL. 3):71–86.
13. Dierickx S, Deliens L, Cohen J, Chambaere K. Involvement of palliative care in euthanasia practice in a context of legalized euthanasia: A population-based mortality follow-back study. *Palliat Med*. 2018;32(1):114–22.
14. Dirección General de Calidad y Atención al Usuario. Los aragoneses ante el proceso de morir. Gobierno de Aragón, editor. 2015. 34–78 p.
15. López Piñero JM, Terrada Ferrnándiz ML. Introducción a la medicina. Barcelona: crítica; 2000.
16. Kuhn T.S. La estructura de las revoluciones científicas. Madrid: Fondo de Cultura Económica; 1982.
17. Ciril Rozman Borstnar FCL. Farreras-Rozman Medicina Interna. 18th ed. Barcelona: Elsevier; 2016. 38; 88; 1257 p.
18. Dennis L. Kasper, Anthony S. Fauci, Stephen L. Hauser, Dan L. Longo, J. Larry Jameson JL. Harrison, Principios Medicina Interna. Mc Graw Hill Education; 2015. 65–68 p.
19. Facultad de Medicina. Guía Docente de Comunicación asistencial , ética médica y legislación I (nº asignatura 26718). Universidad de Zaragoza. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2019. p. 5–7.
20. Facultad de Medicina. Guía Docente de Comunicación asistencial , ética médica y legislación II (nº asignatura 26724). Universidad de Zaragoza. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2019. p. 6–8.
21. Facultad de Medicina. Guía Docente de Cuidados paliativos (nº asignatura 26778). Universidad de Zaragoza. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2019. p. 4.

22. Naranjo; SD, Blanco JJR. Manual CTO de Medicina y Cirugía. 10th ed. Editorial GC, editor. Grupo CTO Editorial; 2018. 10–17 p.
23. Franco Díez, Eduardo; Ruis Mateos B. Manual AMIR Miscelánea. 11th ed. S.L. AEM, editor. Academia Estudios MIR S.L.; 2019. 84 p.
24. Alminoja A, Piili RP, Hinkka H, Metsänoja R, Hirvonen O, Tynnelä-Korhonen K, et al. Does Decision-making in End-of-life Care Differ between Graduating Medical Students and Experienced Physicians? In Vivo (Brooklyn). 2019;33(3):903–9.
25. Piili RP, Metsänoja R, Hinkka H, Kellokumpu-Lehtinen PLI, Lehto JT. Changes in attitudes towards hastened death among Finnish physicians over the past sixteen years. BMC Med Ethics. 2018;19(1):1–10.
26. Magelssen M, Supphellen M, Nortvedt P, Materstvedt LJ. Attitudes towards assisted dying are influenced by question wording and order: A survey experiment. BMC Med Ethics. 2016;17(1):1–9.
27. Gaasø OM, Rø KI, Bringedal B, Magelssen M. Doctors' attitudes to assisted dying. Tidsskr Den Nor Laegeforening Tidsskr Prakt Med Ny Raekke. 2019;139(1).
28. Karapetis CS, Stein B, Koczwara B, Harrup R, Milleskin L, Parente P, et al. Medical Oncology Group of Australia position statement and membership survey on voluntary assisted dying. Intern Med J. 2018;48(7):774–9.
29. Anneser J, Jox RJ, Thurn T, Borasio GD. Physician-assisted suicide, euthanasia and palliative sedation: attitudes and knowledge of medical students. GMS J Med Educ. 2016;33(1):Doc11.
30. Kontaxaki, M.-I.; Paplos, K.; Dasopoulou, M.; Kontaxakis V. Psychiatry trainees' attitudes towards euthanasia and physician-assisted suicide. Centaurus. 1988;31(2):164–7.
31. Ntantana A, Matamis D, Savvidou S, Marmanidou K, Giannakou M, Gouva M, et al. The impact of healthcare professionals' personality and religious beliefs on the decisions to forego life sustaining treatments: An observational, multicentre, cross-sectional study in Greek intensive care units. BMJ Open. 2017;7(7).
32. Braverman DW, Marcus BS, Wakim PG, Mercurio MR, Kopf GS. Health Care Professionals' Attitudes About Physician-Assisted Death: An Analysis of Their Justifications and the Roles of Terminology and Patient Competency. J Pain Symptom Manage. 2017;54(4):538-545.e3.
33. Dierickx S, Deliens L, Cohen J, Chambaere K. Euthanasia in Belgium: Trends in reported cases between 2003 and 2013. Cmaj. 2016;188(16):E407–14.
34. Engelhardt HT, Ph D. Suicide and the Cancer Patient. CA - A cancer J Clin. 1986;36(2):105–9.
35. Akechi T, Okuyama T, Sugawara Y, Nakano T, Shima Y, Uchitomi Y. Suicidality in Terminally Ill Japanese Patients with Cancer: Prevalence, Patient Perceptions, Contributing Factors, and Longitudinal Changes. Cancer. 2004;100(1):183–91.
36. Akechi T, Kugaya A, Okamura H, Nakano T, Okuyama T, Mikami I, et al. Suicidal thoughts in cancer patients: Clinical experience in psycho-oncology. Psychiatry Clin Neurosci. 1999;53(5):569–73.
37. Verkissen MN, Houttekier D, Cohen J, Schots R, Chambaere K, Deliens L. End-of-life decision-making across cancer types: Results from a nationwide retrospective survey among treating physicians. Br J Cancer. 2018;118(10):1369–76.
38. Rodway A. Euthanasia debate. Br Med J. 1995;310(6992):1466–7.
39. Vilela LP, Caramelli P. Knowledge of the definition of euthanasia: study with doctors and caregivers of Alzheimer's disease patients. Rev Assoc Med Bras. 2009;55(3):263–7.
40. Veldink JH, Wokke JHJ, Van Der Wal G, De Vianney Jong JMB, Van Den Berg LH. Euthanasia and physician-assisted suicide among patients with amyotrophic lateral sclerosis in the Netherlands. N Engl J Med. 2002;346(21):1638–44.

41. Ganzini L, Johnston WS, Mcfarland BH, Tolle SW, Lee MA. Attitudes of patients with amyotrophic lateral sclerosis and their care givers toward assisted suicide. *N Engl J Med*. 1998;339(14):967–73.
42. Almqvist EW, Bloch M, Brinkman R, Craufurd D, Hayden MR. A Worldwide Assessment of the Frequency of Suicide, Suicide Attempts, or Psychiatric Hospitalization after Predictive Testing for Huntington Disease on behalf of an international Huntington disease collaborative group. *Am J Hum Genet*. 1999;64:1293–304.
43. Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. Encuesta Nacional de Salud España 2017. Informe monográfico de Salud Mental. ENSE , España. 2017. 21–25 p.
44. Craig A, Dzeng E. How should physicians care for dying patients with amyotrophic lateral sclerosis? *AMA J Ethics*. 2018;20(8):690–8.
45. Lopez-Castroman J. About the practice of psychiatric euthanasia: A commentary. *BMC Med*. 2017;15(1):15–7.
46. Dierickx S, Deliens L, Cohen J, Chambaere K. Euthanasia for people with psychiatric disorders or dementia in Belgium: Analysis of officially reported cases. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):1–9.
47. Thienpont L, Verhofstadt M, Van Loon T, Distelmans W, Audenaert K, De Deyn PP. Euthanasia requests, procedures and outcomes for 100 Belgian patients suffering from psychiatric disorders: A retrospective, descriptive study. *BMJ Open*. 2015;5(7).
48. Kim SYH, De Vries RG, Peteet JR. Euthanasia and assisted suicide of patients with psychiatric disorders in the Netherlands 2011 to 2014. *JAMA Psychiatry*. 2016;73(4):362–8.
49. Barbero Gutiérrez J, Romeo Casabona C, Gijón P, Júdez J. Limitación del esfuerzo terapéutico. *Med Clin (Barc)*. 2001;117(15):586–94.
50. Elena M, Hortigüela M. Análisis del debate sobre la eutanasia neonatal a través de la bibliografía actual. *Cuad Bioética*. 2015;2.
51. González-melado FJ, Luisa M, Pietro DI. El Mejor Interés Del Niño En Neonatología: ¿Es Lo Mejor Para El Niño? *Cuad Bioética*. 2015;26(2):201–22.
52. Beca JPI, Leiva AL. ¿Podría ser aceptable la eutanasia infantil? *Rev Chil Pediatr*. 2014;85(5):608–12.
53. Martínez Urionabarrenetxea K. La capacidad del menor en el ámbito de la salud. Dimensión socio-sanitaria. *Salud y Derecho*. 2007;15(extra):27–42.
54. McNab C ME, Beca I JP. Existen límites en la decisión de los padres sobre el tratamiento de sus hijos? *Rev Chil Pediatr*. 2010;81(6):536–40.
55. Dussel V, Joffe S, Hilden JM, Watterson-Schaeffer J, Weeks JC, Wolfe J. Considerations about hastening death among parents of children who die of cancer. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2010;164(3):231–7.
56. Cantarell G. Medidas de soporte en un paciente en estado vegetativo persistente: Soporte poscrítico y continuado. *Med Intensiva*. 2004;28(3):162–4.
57. Tagarro García A, Dorao Martínez-Romillo P, Moraleda S, López P, Moreno T, San-José B, et al. Cuidados al final de la vida en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos: Evaluación por parte del personal y de los padres. *An Pediatr*. 2008;68(4):346–52.
58. von Dessauer B, Benavente C, Monje E, Bongain J, Ordenes N. Limitation of vital support in a Chilean pediatric intensive care Unit: 2004-2014. *Rev Chil Pediatr*. 2017;88(6):751–8.
59. Centro de Investigaciones Sociológicas. Barómetro de enero: avance de resultados Estudio nº 3271. 2020. 22 p.
60. Centro de Investigaciones Sociológicas. Barómetro de enero: avance de resultados Estudio nº 2.828. Vol. 2.828. 2010. 18 p.
61. Inghelbrecht E, Bilsen J, Mortier F, Deliens L. Attitudes of nurses towards euthanasia and towards their

role in euthanasia: A nationwide study in Flanders, Belgium. *Int J Nurs Stud*. 2009;46(9):1209–18.

62. Grassi L, Agostini M, Magnani K. Attitudes of Italian doctors to euthanasia and assisted suicide for terminally ill patients. *Lancet* [Internet]. 1999 Nov 27;354(9193):1876–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11657574>
63. Chakraborty R, El-Jawahri AR, Litzow MR, Syrjala KL, Parnes AD, Hashmi SK. A systematic review of religious beliefs about major end-of-life issues in the five major world religions. *Palliat Support Care*. 2017;15(5):609–22.
64. Barry L, Hobbins A, Kelleher D, Shah K, Devlin N, Goni JMR, et al. Euthanasia, religiosity and the valuation of health states: Results from an Irish EQ5D5L valuation study and their implications for anchor values. *Health Qual Life Outcomes*. 2018;16(1):1–9.
65. Stolz E, Burkert N, Großschädl F, Rásky É, Stronegger WJ, Freidl W. Determinants of public attitudes towards euthanasia in adults and physician-assisted death in neonates in Austria: A national survey. *PLoS One*. 2015;10(4):1–15.
66. Detry O, Laureys S, Faymonville ME, De Roover A, Squifflet JP, Lamy M, et al. Organ donation after physician-assisted death. *Transpl Int*. 2008;21(9):915.
67. Bollen J, de Jongh W, Hagenshaars J, van Dijk G, ten Hoopen R, Ysebaert D, et al. Organ Donation After Euthanasia: A Dutch Practical Manual. *Am J Transplant*. 2016;16(7):1967–72.
68. Mulder J, Sonneveld JPC. Organ donation following euthanasia starting at home. *Transpl Int*. 2017;30(10):1075–6.
69. Bollen J, de Jongh W, Hagenshaars H, van Dijk G, ten Hoopen R, Ysebaert D, et al. Organ Donation After Euthanasia: A Pure Act of Altruism Fulfilling the Patient's Last Wish. *Am J Transplant*. 2017;17(3):843–4.
70. Rodríguez-Prat A, Monforte-Royo C, Porta-Sales J, Escribano X, Balaguer A. Patient perspectives of dignity, autonomy and control at the end of life: Systematic review and meta-ethnography. *PLoS One*. 2016;11(3):1–18.
71. McEvoy P. Euthanasia, ethics, and the gordian knot: Is the Hippocratic Code obsolete? *Br J Gen Pract*. 2015;65(641):624–5.
72. Sanchez-Salvatierra JM, Taype-Rondan A. Evolución del Juramento Hipocrático: ¿qué ha cambiado y por qué? *Rev Med Chil*. 2018;146(12):1498–500.

6. ANEXOS

- ANEXO 1. Literatura circulante en Pubmed de los términos Mesh del campo semántico de la eutanasia (1966-2020)

	Nº de artículos
Euthanasia, involuntary	3
Euthanasia, active, voluntary	1750
Euthanasia, active	4533
Right to die	4888
Suicide, assisted	5576
Euthanasia, passive	5963
Treatment refusal	12019
Chronic pain	13628
Euthanasia	14608
Pain management	32785
Terminal care	50400
Pain	388734

- ANEXO 2. Literatura circulante en Pubmed sobre Eutanasia y/o Cuidados paliativos en las enfermedades que más recurren a este tipo de atención médica

PERFIL DE LA BÚSQUEDA (términos MESH)	Nº Artic.	Total tema	Tasa
Euthanasia y Lewy Body Disease	0	3162	0
Euthanasia y Frontotemporal Dementia	0	3061	0
Euthanasia y Dementia, Multi-Infarct	1	1088	0.09
Euthanasia y Chronic Pain	3	13628	0.02
Euthanasia y Alzheimer Disease	55	91397	0.06
Euthanasia y Pain Management	58	32785	0.18
Euthanasia y Amyotrophic Lateral Sclerosis	60	18364	0.03
Euthanasia y Pediatrics	137	57055	0.24
Euthanasia y Dementia	327	161633	2
Euthanasia y Pain	594	388734	0.15
Euthanasia y Neoplasms	608	3290331	0.02

Palliative Care y Dementia, Multi-Infarct	0	1088	0
Palliative Care y Lewy Body Disease	1	3162	0.03
Palliative Care y Frontotemporal Dementia	1	3061	0.03
Palliative Care AND Chronic Pain	105	13628	0.8
Palliative Care y Alzheimer Disease	142	91397	0.16
Palliative Care y Amyotrophic Lateral Sclerosis	186	18364	1
Palliative Care y Pediatrics	493	57055	0.86
Palliative Care y Dementia	675	161633	0.42
Palliative Care y Pain Management	1896	32785	5.8
Palliative Care y Pain	5544	388734	1.4
Palliative Care y Neoplasms	28258	3290331	0.86

Fuente: PubMed. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/> Elaboración propia.

- ANEXO 3. Nº de artículos sobre eutanasia y cuidados paliativos publicados en las revistas de alto factor de impacto (FI-JCR) de interés para la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)

TITULO DE LA REVISTA	FI/JCR	Total	Eutanasia	Cuidados Paliativos	Ratio CP/E	Tasa %
<i>Cáncer Journal for Clinicians</i>	223,679	41.759	3	451	0.006	0.007
<i>Lancet Oncology</i>	35,386	7.374	9	110	0.08	1.122
<i>Journal of Clinical Oncology</i>	28,245	24.365	18	370	0.05	0.074
<i>Annals of Oncology</i>	14,196	13.793	15	215	0.07	0.109
<i>Pain</i>	06,028	10.574	0	167	0	0

Fuente: PubMed <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/> Elaboración propia.

- ANEXO 4 - Literatura biomédica circulante en España en la base de datos IBECS distribuida por tipo de patología y otros temas clave.

Patología	Eutanasia	Cuidados Paliativos	Ratio
Cáncer	8	477	1:9
Demencia	1	46	1:46
Pediatría	1	16	1:16
Esclerosis	1	8	1.8
Psiquiatría	0	4	0:4
Derecho	53	108	1:2
Opinión	11	47	1:4.3
Ética	56	47	1:0,8
Total	152	1334	1:8,7

Fuente: IBECS <http://ibecs.isciii.es/> Elaboración propia

- ANEXO 5. Literatura científica circulante en España en la base de datos índice CSIC distribuida por área de conocimiento.

Área de conocimiento	Eutanasia	Cuidados paliativos
Ciencias Sociales	194	110
Ciencias Médicas	74	287
Ciencias Humanas	73	21
Ciencias y Tecnología	25	1
Multidisciplinares	8	152

Fuente: Índices CSIC <https://indices.csic.es/> Elaboración propia

- ANEXO 6. Literatura científica circulante en España en la base de datos índice CSIC distribuida por tipo de patología.

Enfermedades	Eutanasia	Cuidados Paliativos
Cáncer	3	121
Demencia	0	14
Pediatría	1	5
Psiquiatría	2	3

Fuente: Índices CSIC <https://indices.csic.es/> Elaboración propia

- ANEXO 7- Revistas científicas españolas con mayor número de artículos sobre Eutanasia y Cuidados paliativos

	Título de la revista	Nº de artículos
Eutanasia	Cuadernos de Bioética	17
	Eguzkilore	11
	Revista electrónica de veterinaria	11
	Medicina clínica*	10
	Revista española de geriatría y gerontología*	8
Cuidados Paliativos	Medicina paliativa	114
	Psicooncología. Revista Interdisciplinar de Investigación y Clínica Biopsicosocial en Oncología	41
	Medicina clínica *	32
	Atención primaria (Barcelona)	28
	Revista española de geriatría y gerontología *	20

Fuente: Índices CSIC <https://indices.csic.es/> Elaboración propia

- ANEXO 8. Fragmento del manual Miscelánea de la Academia AMIR donde hace referencia a la eutanasia

“3.4. Limitación o adecuación del esfuerzo terapéutico y suicidio asistido. La limitación del esfuerzo terapéutico (LET), más correctamente denominada adecuación del esfuerzo terapéutico (AET), consiste en el ajuste de los tratamientos a la situación clínica del paciente. La no realización de reanimación cardiopulmonar o la retirada o no iniciación de medidas terapéuticas (antibióticos, sueroterapia, nutrición, técnicas de depuración extrarrenal, ventilación mecánica, ...) o pruebas complementarias invasivas, porque el profesional sanitario considera que en esta situación en concreto son fútiles y sólo consiguen alargar la vida del paciente sin proporcionarle recuperación funcional con una calidad de vida aceptable. La AET es un acto de buena praxis médica y no se considera suicidio ni asesinato.

El juicio clínico sobre la futilidad de un tratamiento no es fácil porque no hay criterios establecidos ni protocolos. Evaluar la futilidad se basa en criterios de indicación y pronóstico, pero la decisión final deberá incorporar otros elementos: la propia opinión del paciente (si es capaz) o la del paciente incapaz mediante una voluntad anticipada o un consentimiento por representación entregado a sus familiares.

Siempre se debe informar y consultar con los familiares o representantes legales, intentando lograr un acuerdo para respetar las preferencias del paciente, sobre todo si se conocen a través del documento de voluntades anticipadas realizado por el mismo. Ante la falta de acuerdo entre los profesionales sanitarios y familia/representante legal, conviene consultar y considerar las recomendaciones del comité de ética asistencial del centro, que se dejarán reflejadas en la historia clínica del paciente. Una vez decidido AET es obligación del equipo médico garantizar una muerte digna con los cuidados y atenciones que dicho paciente y familia necesite.

El concepto es diferente del suicidio médicamente asistido: actuación de un profesional sanitario mediante la que proporciona, a petición expresa de su paciente capaz, los medios intelectuales o materiales imprescindibles para que pueda terminar con su vida suicidándose de forma efectiva cuando lo desee.”

- ANEXO 9. Tabla comparativa entre el juramento hipocrático original y el vigente actualmente

Frase del juramento original	Frase final, actualizada en la Declaración de Ginebra de 2017
Juro y pongo a Apolo el médico, y Asclepio e Hygiea y Panákeia y a todos los dioses y diosas como testigos, dar cumplimiento en la medida de mis fuerzas y de acuerdo con mi criterio a este juramento y compromiso	Prometo solemnemente dedicar mi vida al servicio de la humanidad
Haré uso del régimen dietético para ayuda del enfermo, según mi capacidad y recto entender: del daño y la injusticia le preservaré	Velar ante todo por la salud y el bienestar de mi paciente
	Respetar la autonomía y la dignidad de mi paciente
No daré a nadie, aunque me lo pida, ningún fármaco letal, ni haré semejante sugerencia. Igualmente, tampoco proporcionaré a mujer alguna un pesario abortivo. En pureza y santidad mantendré mi vida y mi arte	Velar con el máximo respeto por la vida humana
No haré uso del bisturí ni aun con los que sufren del mal de piedra: dejaré esa práctica a los que la realizan	

	No permitir que consideraciones de edad, enfermedad o incapacidad, credo, origen étnico, sexo, nacionalidad, afiliación política, raza, orientación sexual, clase social o cualquier otro factor se interpongan entre mis deberes y mi paciente
Lo que, en el tratamiento, o incluso fuera de él, viere u oye en relación con la vida de los hombres, aquello que jamás deba trascender, lo callaré teniéndolo por secreto	Guardar y respetar los secretos confiados a mí, incluso después del fallecimiento del paciente
A cualquier casa que entrare acudiré para asistencia del enfermo fuera de todo agravio intencionado o corrupción, en especial de prácticas sexuales con las personas, ya sean hombres o mujeres, esclavos o libres	Ejercer mi profesión a conciencia y dignamente y conforme a la buena práctica médica
	Promover el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica
Tener al que me enseñó este arte en igual estima que a mis progenitores, compartir con él mi hacienda y tomar a mi cargo sus necesidades si le hiciere falta; considerar a sus hijos como hermanos míos y enseñarles este arte, si es que tuvieran la necesidad de aprenderlo, de forma gratuita y sin contrato; hacerme cargo de la preceptiva, la instrucción oral y todas las demás enseñanzas de mis hijos, de los de mi maestro y de los discípulos que hayan suscrito el compromiso y estén sometidos por juramento a la ley médica, pero a nadie más	Otorgar a mis maestros, colegas y estudiantes el respeto y la gratitud que merecen
	Compartir mis conocimientos médicos en beneficio del paciente y el avance de la salud
	Cuidar mi propia salud, bienestar y capacidades para prestar atención médica del más alto nivel
	No emplear mis conocimientos médicos para violar los derechos humanos y las libertades ciudadanas, incluso bajo amenaza
En consecuencia, séame dado, si a este juramento fuera fiel y no lo quebrantare, el gozar de mi vida y de mi arte, siempre celebrado entre todos los hombres. Más si lo trasgredo y cometo perjurio, sea de esto lo contrario	Hago estas promesas solemne y libremente, bajo mi palabra de honor