

Eutanasia y suicidio asistido en países occidentales: una revisión sistemática

Mariana Parreiras Reis de Castro¹, Guilherme Cafure Antunes², Lívia Maria Pacelli Marcon³, Lucas Silva Andrade⁴, Sarah Rückl⁵, Vera Lúcia Ângelo Andrade⁶

Resumen

En 2015, el tema de la muerte asistida fue ampliamente difundida por los medios del mundo después de que el primer caso de la eutanasia legal haya sido realizado en Colombia. También, ese año el suicidio asistido fue legalizado en Canadá y en el estado de California en Estados Unidos. Actualmente, el suicidio asistido está permitido en cuatro países de Europa occidental: Países Bajos, Bélgica, Luxemburgo y Suiza; dos países de América del Norte: Canadá y Estados Unidos, en el estado de Oregon, Washington, Montana, Vermont y California; y Colombia, único representante de América del Sur. A partir de una revisión sistemática de la literatura, se planteo como objetivo determinar la prevalencia y los criterios adoptados para la práctica de la eutanasia y el suicidio asistido en los países occidentales y discutir la posición de países similares donde no se reconoce esta práctica. Una mejor comprensión de la materia parece ser crítica para la formación de opiniones y el fomento de las futuras discusiones.

Palabras clave: Muerte asistida. Eutanasia. Suicidio asistido. Cuidado paliativo.

Resumo

Eutanásia e suicídio assistido em países ocidentais: revisão sistemática

Em 2015 a temática da morte assistida foi amplamente divulgada pela mídia após o primeiro caso legal de eutanásia ter sido realizado na Colômbia. Além disso, no mesmo ano, o suicídio assistido foi legalizado no Canadá e no estado da Califórnia, nos Estados Unidos. Atualmente, a morte assistida é permitida em quatro países da Europa Ocidental: Holanda, Bélgica, Luxemburgo e Suíça; em dois países norte-americanos: Canadá e Estados Unidos, nos estados de Oregon, Washington, Montana, Vermont e Califórnia; e na Colômbia, único representante da América do Sul. A partir de revisão sistemática da literatura, objetivou-se estabelecer a prevalência e os critérios adotados para a prática da eutanásia e do suicídio assistido em países ocidentais e discutir a posição de países onde essa prática não é reconhecida. Uma melhor compreensão do assunto mostra-se fundamental para a formação de opiniões e fomento de futuros debates.

Palavras-chave: Morte assistida. Eutanásia. Suicídio assistido. Cuidado paliativo.

Abstract

Euthanasia and assisted suicide in western countries: a systematic review

In 2015 the issue of assisted death was widely publicized by the international media after the first legal euthanasia case was held in Colombia. Also in this same year, assisted suicide was legalized in Canada and in the state of California in the United States. Currently, assisted death is allowed in four Western European countries: Netherlands, Belgium, Luxembourg and Switzerland; two North American countries: Canada and the US, in the states of Oregon, Washington, Montana, Vermont and California; and Colombia, the sole representative in South America. From a systematic literature review, this work aims to establish the prevalence and the criteria adopted for the practice of euthanasia and assisted suicide in western countries and to discuss the position of similar countries where this practice is not recognized. A better understanding of the subject appears to be critical to the formation of opinions and the encouragement of further discussions.

Keywords: Assisted death. Euthanasia. Assisted suicide. Palliative care.

1. **Graduanda** marianaprc@hotmail.com – Universidade José do Rosário Vellano (Unifenas), Belo Horizonte/MG 2. **Graduando** gc_antunes@hotmail.com – (Unifenas), Belo Horizonte/MG 3. **Graduanda** liviampacellim@gmail.com – (Unifenas), Belo Horizonte/MG 4. **Graduando** lucassilva92@hotmail.com – (Unifenas), Belo Horizonte/MG 5. **Doutora** sarahruckl@gmail.com – Universidade de Heidelberg, Heidelberg, Alemanha 6. **Doutora** vera.angelo@unifenas.br – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte/MG, Brasil.

Correspondência

Lívia Maria Pacelli Marcon – Rua Aimorés, 2165, apt. 301 Bairro Lourdes CEP 30140-072. Belo Horizonte/MG, Brasil.

Declararam não haver conflitos de interesse.

Históricamente, la palabra eutanasia significa “buena muerte”, es decir, la muerte sin dolor, sin sufrimiento. En el siglo XX, durante el Tercer Reich, el término ganó una connotación negativa cuando se utilizó de forma inadecuada en las políticas nazis dirigidas a eliminar vidas que, desde su punto de vista, no valían la pena ser vividas¹. Posteriormente, después de la desmitificación de la palabra, las discusiones sobre el tema resurgieron, y en la actualidad la práctica de la eutanasia, en el sentido clásico, está permitida en algunos países. En una definición más contemporánea, la eutanasia puede ser entendida como el empleo o la abstención de procedimientos que permiten apresurar o causar la muerte de un enfermo incurable, con el fin de evitar el sufrimiento extremo que se da¹.

En cuanto al consentimiento del paciente, la eutanasia se puede clasificar en no voluntaria y voluntaria - la primera tiene lugar sin conocer la voluntad del paciente, y la segunda en respuesta a los deseos del paciente¹. Esta última difiere del suicidio asistido porque la lleva a cabo un médico, mientras que en el suicidio asistido, el paciente realiza la acción final.

Tanto desde un punto de vista médico como legal, existe una gran diferencia entre “matar” y “dejar morir”². Por lo tanto, en cuanto al acto, la eutanasia se divide en activa y pasiva, siendo que la primera denota el acto deliberado de causar muerte sin sufrimiento del paciente (utilizando, por ejemplo, la inyección letal), y la segunda se refiere a la muerte por omisión intencional de una acción médica que garantizara la prolongación de la vida. Vale la pena señalar la vaguedad de la distinción entre la eutanasia pasiva y la ortotanasia, que se refiere a la “muerte en el momento adecuado”, ya que no hay una frontera real entre “no intervenir y dejar morir de hecho” y “dejar morir en el momento aparentemente correcto”¹.

El término “muerte asistida” abarca tanto el concepto de la eutanasia como el de suicidio asistido², ambos temas debatidos constantemente en la sociedad actual. Cuatro países europeos, uno sudamericano y dos estadounidenses han legalizado la eutanasia y/o el suicidio asistido, pero las leyes de estos países difieren considerablemente en cuanto a las prácticas³.

En julio de 2015, el tema fue ampliamente difundido por los medios de comunicación después de que el primer caso legal de eutanasia fuese realizado en Colombia⁴. En el mismo año, el suicidio asistido fue legalizado en Canadá y en el estado de California, en los Estados Unidos⁴. En vista de las divergencias y del interés general de la comunidad sobre el tema, conocer la experiencia y las

opiniones de los distintos países sobre la cuestión es esencial para la formación de opiniones³. El debate aún es controvertido – independientemente de las orientaciones políticas, religiosas o morales –; es fundamentalmente una cuestión humana². Así, el objetivo de este trabajo es establecer la prevalencia y los criterios adoptados para la práctica de la eutanasia y del suicidio asistido en los países occidentales y discutir la posición de otros países en los que no se reconoce la práctica.

Método

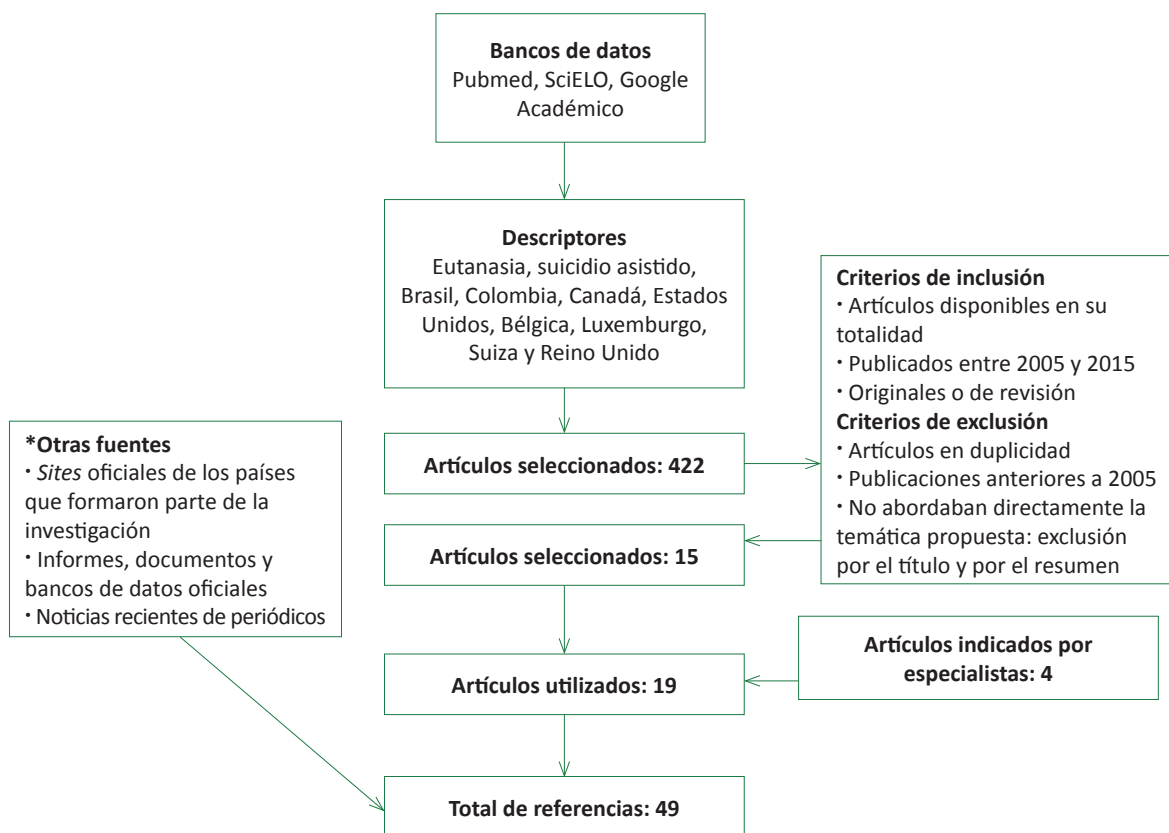
Este trabajo consistió en una revisión sistemática de la literatura. Los descriptores utilizados para la investigación fueron, en Inglés y portugués, “eutanasia”, “suicidio asistido”, “Países Bajos”, “Bélgica”, “Luxemburgo”, “Suiza”, “Reino Unido”, “Brasil”, “Colombia”, “Canadá” y “Estados Unidos”. Para identificar las publicaciones que componen este estudio, se realizó una búsqueda *online* en bases de datos como la Scientific Electronic Library Online (SciELO), el Centro Nacional de Información Biotecnológica (PubMed) y el Google Académico. Para facilitar la búsqueda y clasificación de artículos, se utilizó la herramienta MeSH.

La investigación se basó en 19 publicaciones relacionadas con el tema investigado, que se presentan al final en el Anexo 1. Se establecieron previamente los siguientes criterios de inclusión: obras originales o de revisión, disponibles en su totalidad, publicados entre 2005 y 2015. Los artículos que no se correspondían con los criterios de inclusión fueron retirados de la muestra. En cuanto a los criterios de exclusión, se atendió a: aquellos artículos anteriores a 2005 y/o duplicados y los que, a pesar de tener los descriptores seleccionados, no estaban dirigidos directamente al tema propuesto. Además, se consultaron los últimos informes, los sitios web y los informes oficiales de estos países para actualizar los datos, y algunos artículos fueron sugeridos por los expertos.

Método y resultados

La selección de artículos para la revisión sistemática se realizó de acuerdo al diagrama de flujo (Figura 1). Sobre la base de estas publicaciones, la Tabla 1 describe de forma resumida informaciones sobre revista, autor, año de publicación, título del artículo, tipo de estudio, objetivo y limitaciones presentados por las publicaciones estudiadas.

Figura 1. Selección de los estudios



Discusión

La muerte asistida está permitida en cuatro países de Europa Occidental: Países Bajos, Bélgica, Luxemburgo y Suiza; en dos países de América del Norte: Canadá y Estados Unidos, en los estados de Oregon, Washington, Montana y Vermont; y en América del Sur, en Colombia⁴. Las leyes y los criterios adoptados para la realización de esta práctica difieren en cada país. Explicar cómo se produce la muerte asistida en estos sitios y comparar su legislación con la de otros países similares en aspectos socio-económicos y culturales, permite comprender mejor el tema y es la base para futuros debates². La situación en Brasil y en el Reino Unido se ha tratado al final del trabajo con el fin de contrastar la posición de otros países y enriquecer la discusión. La línea de tiempo con los principales hitos de la muerte asistida en el mundo se presenta en el Anexo 2 para facilitar la comprensión.

Colombia

Colombia es el único país de América Latina donde se permite la eutanasia. A pesar de que se

despenalizó en 1997 por el Tribunal Constitucional, recién en abril de 2015 el Ministerio de Salud definió cómo podía tener lugar. Hasta esa fecha se clasificó como “asesinato por compasión”, de acuerdo con el artículo 326 del Código Penal, y la falta de criterios bien establecidos para su realización, sumada a la controvertida legislación, generaba ambigüedad, conflictos de interpretación e incertidumbres sobre la cuestión^{4,5}.

Actualmente, la práctica está regulada por la Resolución 12.116/2015 del Ministerio de Salud y Protección Social, que establece los criterios y procedimientos para garantizar el derecho a la muerte digna^{6,7}. Las drogas por vía intravenosa pueden ser administradas por los médicos, los hospitales, para pacientes adultos con enfermedades terminales que provocan dolor intenso y sufrimiento significativo que no pueden aliviarse. El paciente debe, conscientemente, solicitar la asistencia de la muerte, que deberá ser autorizada y supervisada por un médico especialista, un abogado y un psiquiatra o psicólogo. Por otra parte, la legislación vigente no prohíbe la asistencia a pacientes extranjeros⁴.

Sólo un caso de la eutanasia se ha informado hasta el momento en el país, el 3 de julio de 2015. Se trataba de Ovidio González, de 79 años, afectado por un cáncer extraño de la cara, que, aunque no tenía metástasis, el paciente sufrió un intenso dolor crónico⁴. Por lo tanto, en vista de la reciente legalización, es necesario invertir en la formación de médicos y profesionales de la salud para hacer frente a los dilemas éticos del final de la vida^{5,8}.

Estados Unidos

El suicidio asistido es legal en cinco de los cincuenta estados de Estados Unidos: Oregon, Washington, Montana, Vermont y California^{4,9}. En Nuevo México se aprobó una legislación afín a la práctica en 2014, pero la decisión fue revocada con una apelación en agosto del año 2015⁴. Dado que la eutanasia está prohibida en todos los estados².

El primer estado en legalizar el suicidio asistido fue Oregon, el 27 de octubre de 1997, con la aprobación del "Acta de muerte con dignidad"¹⁰, que permite a los adultos (mayores de 18 años) competentes (capaces de expresar conscientemente su voluntad), residentes de Oregon, con enfermedades terminales y con esperanza de vida de menos de seis meses, recibir medicamentos en dosis letales, a través de la autoadministración voluntaria, expresamente prescritos por un médico para este fin. De acuerdo con la Ley, la auto-administración de estos fármacos letales no se considera suicidio, pero sí muerte con dignidad^{3,11}. Vale la pena señalar que muchos hospitales católicos han optado por no adherir a esta práctica⁴.

Desde que la ley fue aprobada en 1997 a finales de 2014, 1.327 personas recibieron la prescripción de medicamentos letales, y de ellos, 859 murieron después de la autoadministración. Seis personas se despertaron después del procedimiento, y la mayoría murió a los pocos días. Algunos pacientes a los cuales se prescribió el medicamento murieron antes de la administración, otros esperaban para recibirlo, y algunos casos no fueron notificados debidamente¹².

De las 859 personas que recibieron la medicación letal, el 52,7% eran hombres y el grupo de edad predominante entre los 65 y 74 años, con estudios superiores o de posgrado (45,9%). En el 78% de los pacientes, la enfermedad fue el cáncer, seguida de la esclerosis lateral amiotrófica (ELA) en el 8,3%. La mayoría de los pacientes fallecieron en el hogar (94,6%) y recibieron cuidados paliativos. Las preocupaciones más comunes de estos pacientes fueron la pérdida de autonomía, mencionada por el 91,5%

de ellos, la pérdida de la capacidad de participar en actividades que hacen la vida agradable (88,7%) y la pérdida de la dignidad (79,3%)¹².

En marzo de 2009, el estado de Washington aprobó el "Acta de muerte con dignidad", casi idéntica a la de Óregon por la cual los adultos competentes que viven en la zona, con una esperanza de vida de seis meses o menos, pueden requerir la autoadministración de un medicamento letal prescrito por un médico^{3,4,13}. De 2009 a 2014, 724 personas recibieron la prescripción de medicamentos letales, de los cuales 712 murieron después de la autoadministración. La situación de los pacientes que recibieron la prescripción y no la utilizaron se desconoce¹³. Como en Óregon, las estadísticas muestran, entre las muertes, mayor incidencia de los hombres, de entre 65 y 74 años, con alto nivel de educación. La enfermedad de base predominante también era cáncer seguido de enfermedades neurodegenerativas¹³.

En el estado de Montana, el Tribunal Supremo dictaminó, el 31 de diciembre de 2009, que el suicidio asistido no era ilegal, después del caso del paciente Robert Baxter, un conductor de camión retirado de 76 años, que sufría una forma terminal de leucemia linfocítica¹⁴. A diferencia de otros estados, la legislación de Montana no está tan bien regulada sobre el tema. Según el Tribunal Supremo, los pacientes deben ser adultos, mentalmente competentes y con enfermedades terminales para solicitar medicamentos letales. El acto es proporcionado por los derechos de privacidad y dignidad establecidos por la Constitución, y los médicos que ayudan también están protegidos por la ley^{3,14,15}.

En Vermont, el suicidio asistido fue legalizado el 20 de mayo de 2013, por la Ley 39 - relacionado con "La elección del paciente y control en el final de la vida". El Departamento de Salud estadual sugirió que, hasta el año 2016, los médicos y los pacientes se adhieran poco a poco a las propuestas de la ley, ya que muchos hospitales negaron la adhesión, declarando no estar listos para implementarla. De todos modos, el derecho a la muerte asistida está reservado para los pacientes adultos residentes de Vermont, con esperanza de vida inferior a seis meses, pudiendo solicitar el tratamiento de forma voluntaria y auto-administrarse la dosis de la medicación^{4,16}.

El 5 de octubre de 2015, Jerry Brown, gobernador de California, firmó el Proyecto de Ley 15, también llamado "Acta de opción de fin de la vida", lo que permite el suicidio asistido para los adultos competentes, residentes del estado con

enfermedades terminales y con esperanza de vida de menos de seis meses¹⁷. La ley, que entró en vigor en 2016, se basó en la Ley de Óregon, de 1997. Su aprobación reanudó viejos debates sobre la muerte asistida^{18,19}. En el momento en que se aprobó la ley, el gobernador dijo que, al final, fue llevado a reflexionar acerca de cómo actuaría frente a su propia muerte; informó que no sabía qué hacer si estuviese muriendo con dolores prolongados e insostenibles. También, apuntó que era reconfortante poder considerar las opciones que ofrece la Ley de Óregon y no negar ese derecho a otras personas¹⁹.

Canadá

En febrero de 2015, después de seis años de debate en el Tribunal Supremo, con los casos de pacientes Kay Carter y Gloria Taylor, Canadá suspendió la prohibición de la eutanasia y del suicidio asistido^{4, 20-22}. Se estableció un período de gracia de un año, durante el cual el gobierno federal y provincial de Canadá, así como los profesionales de la salud, debían prepararse para implementar la nueva ley. En enero de 2016, el plazo se extendió durante cuatro meses, hasta el día 6 de junio, la legalización oficial de la muerte asistida, y la fecha límite para que los gobiernos provinciales establezcan sus directrices. En caso de que esto no ocurra, la actividad será legal en el país, sin embargo no estará regulada en ciertas provincias, lo que dará libertad al médico para dar forma a su propio comportamiento. Por otra parte, en esa fecha, en los territorios que no están regulados, la ayuda para la muerte asistida se puede obtener a través de concesiones legales²²⁻²⁴.

Quebec fue la primera provincia en regular la muerte asistida a través del "Acta sobre el cuidado en el fin de la vida", que entró en vigor en diciembre del año 2015. Aprobada durante el año anterior, y basada en las leyes de Óregon, el Acta abarca a los adultos capaces que fueron diagnosticados con enfermedades graves e incurables, empeoramiento avanzado e irreversible de sus capacidades, además de intenso sufrimiento físico y psicológico. Sin embargo, no exige una esperanza de vida máxima de seis meses^{4,24,25}. De acuerdo con el Acta, "la asistencia médica para morir" consiste en la administración, por un médico, de sustancias letales, después de la solicitud del paciente²⁵. Esta práctica caracteriza la eutanasia voluntaria activa, aunque el término no se utiliza de manera explícita en el documento. La prensa canadiense anunció en enero de 2016 que el primer caso de muerte asistida fue confirmado por las autoridades de salud de Quebec, que no proporcionaron información sobre el procedimiento y el perfil del paciente^{26,27}.

Los demás territorios canadienses también se movilizaron para la regulación de la muerte asistida. En noviembre de 2015, un grupo creado por los gobiernos provinciales emitió un informe de asesoramiento a las provincias, con el objetivo de elaborar sus propias directrices²⁸.

En enero de 2016, el Colegio de Médicos y Cirujanos de Ontario publicó las "Directrices provisionales sobre la muerte asistida", regulando la eutanasia y el suicidio asistido, con criterios similares a los adoptados por Quebec²². Ese mismo mes, en un artículo de prensa²⁹, un abogado del Departamento de Justicia de Canadá expresó su preocupación por los nuevos cambios. Según él, el país se enfrentará a un reto importante en el manejo de las cuestiones de la muerte asistida, ya que las políticas de salud del país están reguladas por leyes provinciales, mientras que las leyes penales están bajo jurisdicción nacional. Para evitar problemas, las autoridades sugirieron directrices nacionales unificadas, a pesar del corto plazo para la reglamentación²⁹.

Holanda

En abril de 2002, tanto la eutanasia como el suicidio asistido se regularon y ya no fueron punibles en los Países Bajos, después de más de treinta años de debate. Antes de la legalización, estas prácticas fueron toleradas por algunas décadas, habiendo sido informadas por los médicos holandeses desde 1991^{3,4,30}.

El proceso de muerte asistida debe enmarcarse en diversos criterios muy similares a los realizados en Bélgica y Luxemburgo. En los tres países, el paciente debe ser capaz, llevar a cabo la solicitud voluntaria y ser paciente con enfermedades crónicas que causan intenso sufrimiento físico o psicológico. El médico debe informar al paciente acerca de su estado de salud y esperanza de vida, para que juntos puedan concluir que no existe otra alternativa razonable. Además, otro médico debe ser consultado sobre el caso, y todos los procedimientos se deben informar a las autoridades^{3,4,30}.

Las personas con demencia también son elegibles, así como los niños, entre 12 y 17 años, con capacidad mental comprobada. Los padres o tutores también deben concordar con el acto en el caso de los pacientes entre los 12 y 15 años, y participar de las discusiones en el caso de pacientes entre los 16 y los 17 años. En algunas circunstancias específicas, la muerte asistida puede aplicarse también a los recién nacidos, de acuerdo con las regulaciones del "Protocolo de Groningen", 2005^{4,31}.

Entre septiembre de 2002 y diciembre de 2007 fueron notificados 10.319 casos. De estos, 54% eran de sexo masculino, 53% tenían entre 60 y 79 años y 87% fueron diagnosticados con cáncer³⁰. En 2013 fueron relatados 4.829 casos, y 78,5% de estos ocurrieron en la casa. En los últimos años, cinco médicos (0,1% de los casos) fueron juzgados por no haber cumplido los criterios establecidos por la legislación^{4,30}.

Bélgica

Desde septiembre de 2002, la eutanasia voluntaria está permitida en Bélgica para personas mentalmente capaces, que sufren de enfermedades incurables, incluyendo enfermedades mentales, que producen un sufrimiento físico o psicológico insoportable. El suicidio asistido no está regulado expresamente por la ley, pero los casos denunciados ante la Comisión Federal de Control y Evaluación de la eutanasia se tratan igual que la eutanasia^{3,4}.

La legislación belga es similar a la holandesa, sin embargo, si el paciente no es terminal, el médico debe consultar a un tercer especialista independiente, y al menos debe transcurrir un mes entre la solicitud del paciente y el acto de la eutanasia^{3,30}.

El 13 de febrero de 2014, Bélgica eliminó la restricción de edad para la eutanasia, a pesar de la fuerte oposición religiosa y algunos miembros de la profesión médica. Antes de este cambio, la legislación de la eutanasia ya se aplicaba a adolescentes mayores de 15 años legalmente emancipados por decreto legal. De todos modos, en los últimos doce años, la Comisión Federal informó sólo cuatro casos de pacientes con menos de 20 años, y ninguno de ellos era un niño³².

Con la nueva ley, los niños de cualquier edad pueden requerir la eutanasia, siempre que sean capaces de entender las consecuencias de sus decisiones, certificado por un psicólogo o psiquiatra infantil. El niño debe estar en condición terminal, con sufrimiento físico constante e insoportable, que no pueda ser aliviado. La decisión del niño debe ser apoyada por sus padres o representantes legales, quienes tienen derecho de veto³¹. A pesar de que la restricción de edad no es impuesta por la ley, el niño debe mostrar capacidad de discernimiento y ser consciente en el momento de hacer el pedido. Estos requisitos limitan el rango de los niños que podrían calificar, y la previsión es que los cambios, aunque muy importantes, no tienen un impacto tan significativo³¹.

De acuerdo con la Comisión Federal entre 2010 y 2014, los casos notificados casi se duplicaron,

pasando de 953 a 1.807. La prevalencia se mantiene en hombres, con edades comprendidas entre 60 y 79 años, con cáncer; sin embargo, un estudio reciente mostró un aumento de las peticiones de los pacientes mayores de 80 años y con otras enfermedades. Por otra parte, se estima que el 44% de las muertes asistidas ocurren en los hospitales, el 43% en el hogar y el 11% en residencias de ancianos^{4,30,32}.

Luxemburgo

El 16 de marzo de 2009, la eutanasia y el suicidio asistido se legalizaron en Luxemburgo, y en la actualidad están reguladas por la Comisión Nacional de Control y Evaluación. La ley cubre a los adultos capaces, portadores de enfermedades incurables y terminales que causen sufrimiento físico o psicológico constante e insoportable, sin posibilidad de alivio^{4,34}.

El paciente debe solicitar el procedimiento a través de sus "Disposiciones para el final de la vida", documento escrito que es obligatoriamente registrado y analizado por la Comisión Nacional de Control y Evaluación. El documento también permite al paciente registrar las circunstancias en las que se sometería a la muerte asistida, que se realiza por un médico de confianza del solicitante. La solicitud puede ser revocada por el paciente en cualquier momento, y en este caso se eliminará del registro médico³⁴. Antes del procedimiento, el médico debe consultar a otro experto independiente, al equipo de salud del paciente, y a una "persona de confianza" nombrada por él; después de su finalización, la muerte se debe informar a la Comisión dentro de los ocho días^{4,34}.

De acuerdo con el último informe de la Comisión, entre 2009 y 2014, fueron registrados 34 casos de muerte asistida. De estos, 21 eran de sexo femenino, con una edad predominante entre 60 y 79 años; 27 tuvieron cáncer y 22 realizaron el procedimiento en el hospital³⁵.

Suiza

Se permite el suicidio asistido en Suiza y, de conformidad con el artículo 115 del Código Penal de 1918, la práctica sólo es punible cuando es realizada por razones "no altruistas"^{3,4}. A diferencia de otros países, como Holanda, y algunos estados de Estados Unidos, el suicidio asistido no está regulado con claridad, y no existen leyes específicas que determinen en qué condiciones una persona puede pedir la asistencia³⁶.

A pesar de que el artículo 115 no fue desarrollado originalmente para la regulación de esta

práctica, a partir de la década de 1980 muchas instituciones de apoyo a la muerte asistida lo usaron como base para justificar sus acciones. En la actualidad, seis instituciones en actividad son responsables de la mayoría de los casos de suicidio asistido en el país, con diferentes criterios de selección de los candidatos^{3,36}.

Sólo tres instituciones restringen la asistencia a los pacientes con enfermedades terminales, y los extranjeros también pueden ser atendidos en cuatro de ellos. Se estima que entre 2008 y 2012, 611 extranjeros, entre ellos un brasileño, recibieron la medicación letal, siendo 268 de Alemania y 126 del Reino Unido. Durante este período, los extranjeros representaron casi dos tercios de todos los casos^{4,36}. El servicio ha atraído considerable número de pacientes al país, los llamados “turistas del suicidio”. En el Reino Unido, por ejemplo, el término “ir a Suiza” se ha convertido en un eufemismo para el suicidio asistido³⁶.

También se permite la atención de personas con enfermedades mentales, pero el Tribunal Supremo exige un informe psiquiátrico que indique que el deseo del paciente fue auto-determinado y bien considerado, y no parte de su trastorno mental³.

Los médicos que prescriben el fármaco son responsables del proceso, debiendo siempre informar al paciente sobre su enfermedad y las posibles alternativas. Sin embargo, una relación médico-paciente bien establecida no es requisito previo para la práctica, y por lo general estos médicos no están presentes en el momento de la muerte³.

Todos los países, a excepción de Suiza y el estado de Montana (EE.UU.), requieren que se informe de los casos de suicidio asistido y divulgación regular de informes públicos³. Sin embargo, estudios recientes muestran que el perfil del usuario se diferencia de otros países: la asistencia prevalece en las mujeres, y el porcentaje de pacientes con cáncer es menor^{3,35}. La eutanasia está prohibida en Suiza de conformidad con el artículo 114 del Código Penal³.

Brasil

A pesar de no estar reglamentada, la cuestión en Brasil viene siendo ampliamente discutida entre médicos, filósofos, religiosos y profesionales del derecho, que buscan la mejor forma de ingresarla en nuestro orden jurídico³⁷. La eutanasia es considerada delito de homicidio en virtud del artículo 121 del Código Penal, y, dependiendo de las circunstancias, la conducta del agente también se puede configurar como delito de inducción, instigación o ayuda al

suicidio, como consta en el artículo 122³⁸. Además, de conformidad con el artículo 41 del sexto Código de Ética Médica, está prohibido al médico acortar la vida médica del paciente, aunque fuera a pedido de este o de su representante legal; También señala que, en caso de enfermedad incurable y terminal, el médico debe ofrecer todos los cuidados paliativos disponibles sin emprender acciones diagnósticas o terapéuticas inútiles u obstinadas^{39,40}.

Es de destacar que, como afirma Felix, Costa, Alves, Andrade, Duarte, y Brito, la ortotanasia (a veces utilizada como sinónimo de “eutanasia pasiva”) está garantizada por la Constitución, que tiene por objeto asegurar la muerte digna al paciente terminal, que tiene autonomía a negarse a tratos inhumanos y degradantes³⁷.

El Consejo Federal de Medicina también se posiciona sobre el tema. La Resolución 1.805/2006 permite al médico limitar o suspender los procedimientos y tratamientos que prolonguen la vida del enfermo en fase terminal, respetando la voluntad de la persona o de su representante legal. También asegura que el paciente sigue recibiendo todos los cuidados necesarios para aliviar el sufrimiento, asegurándole confort, atención integral y el derecho integral del alta hospitalaria^{40,41}. La Resolución 1.995/2012, valora el principio de autonomía del paciente, establece las directrices anticipadas de voluntad, asegurando su prevalencia sobre cualquier otro parecer no médico, incluso sobre el deseo de la familia. Las directrices son definidas por la resolución como *el conjunto de deseos, previa y expresamente manifestados por el paciente, sobre cuidados y tratamientos que quiere, o no, recibir en el momento en que estuviera incapacitado de expresar, libre y autónomamente, su voluntad*^{40,42}.

Reino Unido

El Reino Unido no permite oficialmente la muerte asistida, aunque, en los últimos años, las discusiones sobre el tema hayan sido muy frecuentes⁴³. Las investigaciones recientes muestran que la mayoría de la población, incluyendo gran parte de la profesión médica, está a favor del suicidio asistido⁴³; pero en la última década, el Parlamento británico rechazó varias propuestas para su regulación². La última de ellas, el “Proyecto de ley de muerte asistida”, elaborado por Lord Falconer, fue rechazado por la Cámara Baja en septiembre del año 2015⁴⁴. El documento, basado en la ley de Óregon, proponía la legalización del suicidio asistido (pero no de la eutanasia) para los pacientes capaces, con más de 18 años, con una esperanza de vida de menos de seis meses^{43,45}.

La eutanasia activa se considera delito de asesinato, y de acuerdo con la sección 2 del Acta de Suicidio de 1961, colaborar con este es punible con una condena de hasta 14 años de prisión^{2,46}. Sin embargo, en febrero de 2010, el Ministerio Público presentó nuevas directrices sobre colaboración en el suicidio, después del caso de Debbie Purdy. Ella fue diagnosticada con esclerosis múltiple en 1994, y quería saber si su marido sería acusado en caso de que la acompañara a Suiza para recibir la medicación letal. Las nuevas directrices establecen que la ayuda al suicidio en algunos casos puede ser despenalizada, por ejemplo, si la ayuda fuera por compasión, y la decisión de muerte fuera voluntaria, consciente, bien pensada y comunicada a las autoridades^{2,47}. Incluso después de esta resolución, los conflictos legales continúan ocurriendo. En 2013, por ejemplo, la esposa y el hijo de un hombre fueron detenidos por tratar de llevarlo a una clínica de muerte asistida en Suiza⁴².

Consideraciones finales

Con el aumento de la esperanza de vida de la población también aumentan los casos de enfermedades crónicas e incapacitantes. Sumado a esto, el foco principal de la medicina humanizada y de los cuidados paliativos, provocó debates sobre la calidad de muerte en muchos países. En este escenario, la muerte asistida es un tema actual y sigue siendo muy controvertido.

En Occidente, la eutanasia y/o el suicidio asistido son legales en algunos países. Aunque los criterios adoptados para estas prácticas sean diferentes en cada lugar, el perfil de los pacientes que buscan ayuda es casi siempre el mismo.

En Brasil, la muerte asistida no es legal, pero el debate es oportuno, entre otras razones, por la perspectiva de crecimiento de la población de edad avanzada en los próximos años, lo que también aumentará el número de enfermedades crónicas e incapacitantes. Se estima que en 2020 el país será el

sexto en número de personas mayores⁴⁸. Estos datos son preocupantes, ya que la calidad de muerte en Brasil es considerada precaria y subdesarrollada^{48,49}. Por lo tanto, consideramos que las mejoras en la atención de pacientes terminales son imprescindibles, independientemente del debate en cuestión.

El Reino Unido también penaliza la muerte asistida, sin embargo, en los últimos años, las discusiones sobre el tema se han vuelto cada vez más frecuentes. El Parlamento británico rechazó varias propuestas de legalización, aunque las encuestas indican que la mayoría de la población está a favor del cambio. No obstante, a diferencia de Brasil, el Reino Unido lidera el ranking de los países más desarrollados en el cuidado del paciente al final de la vida y es considerado una referencia mundial en el cuidado paliativo^{48,49}.

Durante la redacción de este trabajo, sucedió el primer caso de eutanasia en Colombia, el suicidio asistido fue reconocido en Canadá y en el estado de California en los Estados Unidos, y el estado de Nuevo México revocó la decisión de la legalización. Por esto, sugerimos que se realicen trabajos de actualización con periodicidad.

La cuestión de la muerte asistida es amplia y multifacética; por lo tanto, el análisis de los datos de los países presentados debe considerar el contexto en el que están insertos, valorando aspectos históricos, religiosos, socioeconómicos y culturales propios. Por otra parte, la discusión aumenta la conciencia acerca de la finitud humana, abriendo espacio para el desarrollo oportuno y favorable de servicios de cuidados paliativos, y estimulando la reflexión de importantes cuestiones bioéticas, tales como el derecho a la muerte y a la autonomía del paciente; el carácter sagrado de la vida; la relación médico-paciente; los principios de la beneficencia y de la no maleficencia; y las cuestiones relativas a la regulación de la práctica propiamente dicha.

Por último, esperamos que esta revisión represente una fuente actualizada del escenario de la muerte asistida en Occidente, permitiendo una visión más amplia y crítica sobre el tema.

Agradecemos al CNPQ por el soporte financiero y la concesión de una beca de post-doctorado a la co-autora Sarah Rückl.

Referências

1. Siqueira-Batista R, Schramm F. Conversações sobre a "boa morte": o debate bioético acerca da eutanásia. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(1):111-9.
2. Menon S. Euthanasia a matter of life and death. *Singapore Med J*. 2013;54(3):116-28.
3. Steck N, Egger M, Maessen M, Reisch T, Zwahlen M. Euthanasia and assisted suicide in selected european countries and US States. *Med Care*. 2013;51(10):938-44.

4. Dyer O, White C, Garcia Rada A. Assisted dying: law and practice around the world. *BMJ*. 2015;351:h4481.
5. Guerra YM. Ley, Jurisprudencia y Eutanasia: introducción al estudio de la normatividad comparada a la luz del caso colombiano. *Rev Latinoam Bioét*. 2013;13(2):70-85.
6. Torres JHR. The right to die with dignity and conscientious objection. *Colomb Med*. 2015;46(2):52-3.
7. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución nº 1216, del 2015. Por medio de la cual se da cumplimiento a la orden cuaria de la sentencia T-970 de 2014 de la Honorable Corte Constitucional en relación con las directrices para la organización y funcionamiento de los Comités para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad. Bogotá; 2015 [acceso 20 out 2015]. Disponible: <http://bit.ly/1Uwfy7D>
8. Sarmiento-Medina M I, Vargas-Cruz S L, Velasquez-Jimenez, Claudia M, Sierra de Jaramillo M. Problemas y decisiones al final de la vida en pacientes con enfermedad en etapa terminal. *Rev Salud Pública*. 2012;14(1):116-28.
9. McGreevy P. After struggling, Jerry Brown makes assisted suicide legal in California. *Los Angeles Time*. [Internet]. 5 out 2015 [acceso 28 out 2015]. Disponible: <http://lat.ms/1PfpVOY>
10. Loggers ET, Starks H, Shannon-Dudley M, Back AL, Appelbaum FR, Stewart FM. Implementing a death with dignity program at a comprehensive cancer center. *New Engl J Med*. 2013;368:1417-24.
11. Oregon Public Health Division. Death with Dignity Act Requirements. 1997 [acceso 30 out 2015]. Disponible: <http://1.usa.gov/1XT4sAO>
12. Oregon Public Health Division. Death with Dignity Act. [Internet]. [acceso 2 nov 2015]. Disponible: <http://1.usa.gov/1p9mUPV>
13. Washington State Department of Health. Washington State Department of Health 2014 Death with Dignity Act Report. [Internet]. 2014 [acceso 2 nov 2015]. Disponible: <http://1.usa.gov/1DaWEB1>
14. Knaplund KS. Montana becomes third u.s. state to allow physician aid in dying. *Soc Sci Res*. [Internet]. 2010 [acceso 2 nov 2015]:1-10. Disponible: <http://bit.ly/1Omdenc>
15. Breitbart W. Physician-Assisted suicide ruling in Montana: struggling with care of the dying, responsibility, and freedom in big sky country. *Palliat Support Care*. 2010;8(1):1-6.
16. Vermont. Department of Health. Patient choice and control at end of life. [Internet]. 2013 [acceso 2 nov 2015]. Disponible: <http://1.usa.gov/1OGe9bd>
17. Botelho G. California governor signs 'right to die' bill. [Internet]. CNN. 6 out 2015 [acceso 2 nov 2015]. Disponible: <http://cnn.it/1U4Insd>
18. California. California Legislative Information. Assembly Bill nº 15. [Internet]. out 2015 [acceso 2 nov 2015]. Disponible: <http://bit.ly/1T3ejBe>
19. Siders D, Koseff A. Jerry Brown signs doctor-assisted death bill. *The Sacramento Bee*. [Internet]. 5 out 2015 [acceso 15 nov 2015]. Disponible: <http://bit.ly/1j9JyeR>
20. Canada. Supreme Court of Canada. Supreme Court Judgments 2015 SCC 5 (2015). [Internet]. [acceso 15 nov 2015]. Disponible: <http://bit.ly/1j9JyeR>
21. Attaran A. Unanimity on death with dignity — legalizing physician-assisted dying in Canada. *N Engl J Med*. 2015;372(22):2080-2.
22. The College of Physicians and Surgeons of Ontario. CPSO Interim Guidance on Physician-Assisted Death. [Internet]. 2016 [acceso 26 fev 2016]. Disponible: <http://bit.ly/1nKq15N>
23. CBC News. Supreme Court gives federal government 4-month extension to pass assisted dying law. [Internet]. 15 jan 2016 [acceso 26 fev 2016]. Disponible: <http://bit.ly/1UxNCAg>
24. Canada. Judgments of the Supreme Court of Canada. Supreme Court of Canada. [Internet]. 15 jan 2016 [acceso 26 fev 2016]. Disponible: <http://bit.ly/1swaj8p>
25. Assemblée Nationale Québec. Bill nº 52: an act respecting end-of-life care. [acceso 26 fev 2016]. Disponible: <http://bit.ly/Kn9aTa>
26. Rukavina S. Quebec patient receives doctor-assisted death in Canadian legal first. *CBC News*. [Internet]. 15 jan 2016 [acceso 26 fev 2016]. Disponible: <http://bit.ly/1PwAokX>
27. Hamilton G. First Quebec euthanasia case confirmed, two others reported. *Nacional Post*. [Internet]. 15 jan 2016 [acceso 26 fev 2016]. Disponible: <http://bit.ly/1OomqE4>
28. Canadá. End-of-Life Law and Policy in Canada. Health Law Institute. [Internet]. [acceso 26 fev 2016]. Disponible: <http://eol.law.dal.ca/>
29. Kirkup K. Assisted-death committee warned about Canada's jurisdictional patchwork. *CBC News*. 18 jan 2016 [acceso 26 fev 2016]. Disponible: <http://bit.ly/1sERYzm>
30. Rurup ML, Smets T, Cohen J, Bilsen J, Onwuteaka-Philipsen BD, Deliens L. The first five years of euthanasia legislation in Belgium and the Netherlands: Description and comparison of cases. *Palliat Med*. 2012;26(1):43-9.
31. Vizcarrondo FE. Neonatal euthanasia: the Groningen Protocol. *Linacre Q*. 2014;81(4):388-92.
32. Dierickx S, Deliens L, Cohen J, Chambaere K. Comparison of the expression and granting of requests for euthanasia in Belgium in 2007 vs 2013. *Jama Intern Med*. 2015;175(10):1703-6.
33. Samanta J. Children and euthanasia: Belgium's controversial new law. *Diversity and Equality in Health and Care*. 2015;12(1):4-5.
34. Portail Santé. Fin de vie. [Internet]. 2015 [acceso 15 nov 2015]. Disponible: <http://bit.ly/1tuCKxv>
35. Portail Santé. Troisième rapport de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide (années 2013 et 2014). [acceso 15 nov 2015]. Disponible: <http://bit.ly/292Me89>
36. Gauthier S, Mausbach J, Reisch T, Bartsch C. Suicide tourism: a pilot study on the Swiss phenomenon. *J Med Ethics*. 2014;0:1-7.

37. Felix ZC, Costa SFG, Alves AMPM, Andrade CG, Duarte MCS, Brito FM. Eutanásia, distanásia e ortotanásia: revisão integrativa da literatura. *Ciênc. saúde coletiva*. 2013;18(9):2733-46.
38. Brasil. Presidência da República. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. 1940 [acesso 20 out 2015]. Disponível: <http://bit.ly/18kAH0G>
39. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. [acesso 20 out 2015]. Disponível: <http://bit.ly/1RAU0ou>
40. Santos DA, Almeida ERP, Silva FF, Andrade LHC, Azevêdo LA, Neves NMBC. Reflexões bioéticas sobre a eutanásia a partir de caso paradigmático. *Rev. Bioét. (Impr.)*. 2014;22(2):367-72.
41. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.805, de 28 de novembro de 2006. Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. Brasília: CFM; 2006 [acesso 4 jun 2016]. Disponível: <http://bit.ly/1URTI3S>
42. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.995, de 31 agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. [Internet]. Brasília: CFM; 2012 [acesso 04 jun 2016]. Disponível: <http://bit.ly/207VBbw>
43. Frost TDG, Sinha D, Gilbert BJ. Should assisted dying be legalized? *Philos Ethics Humanit Med*. 2014;9:3.
44. Mason R. Assisted dying bill overwhelmingly rejected by MPs. *The Guardian*. [Internet]. 11 set 2015 [acesso 15 nov 2015]. Disponível: <http://bit.ly/1ES50P5>
45. Londres. Care Not Killing. Lord Falconer's Assisted Dying Bill. [Internet]. [acesso 16 nov 2015]. Disponível: <http://bit.ly/1Lxb9C1>
46. Simillis C. Euthanasia: a summary of the law in England and Wales. *Med Sci Law*. 2008;48(3):191-8.
47. The Crown Prosecution Service. Policy for prosecutors in respect of cases of encouraging or assisting suicide. [Internet]. 2014 [acesso 20 nov 2015]. Disponível: <http://bit.ly/1XnPSQZ>
48. Kovács MJ. A caminho da morte com dignidade no século XXI. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2014;22(1):94-104
49. Economist Intelligence Unit. Quality of death Ranking end-of-life care across the world. *Lien Foundation*: 2010.

Participación de los autores

Todos los autores contribuyeron con la investigación del tema, la escritura y la revisión del artículo.



Anexo 1

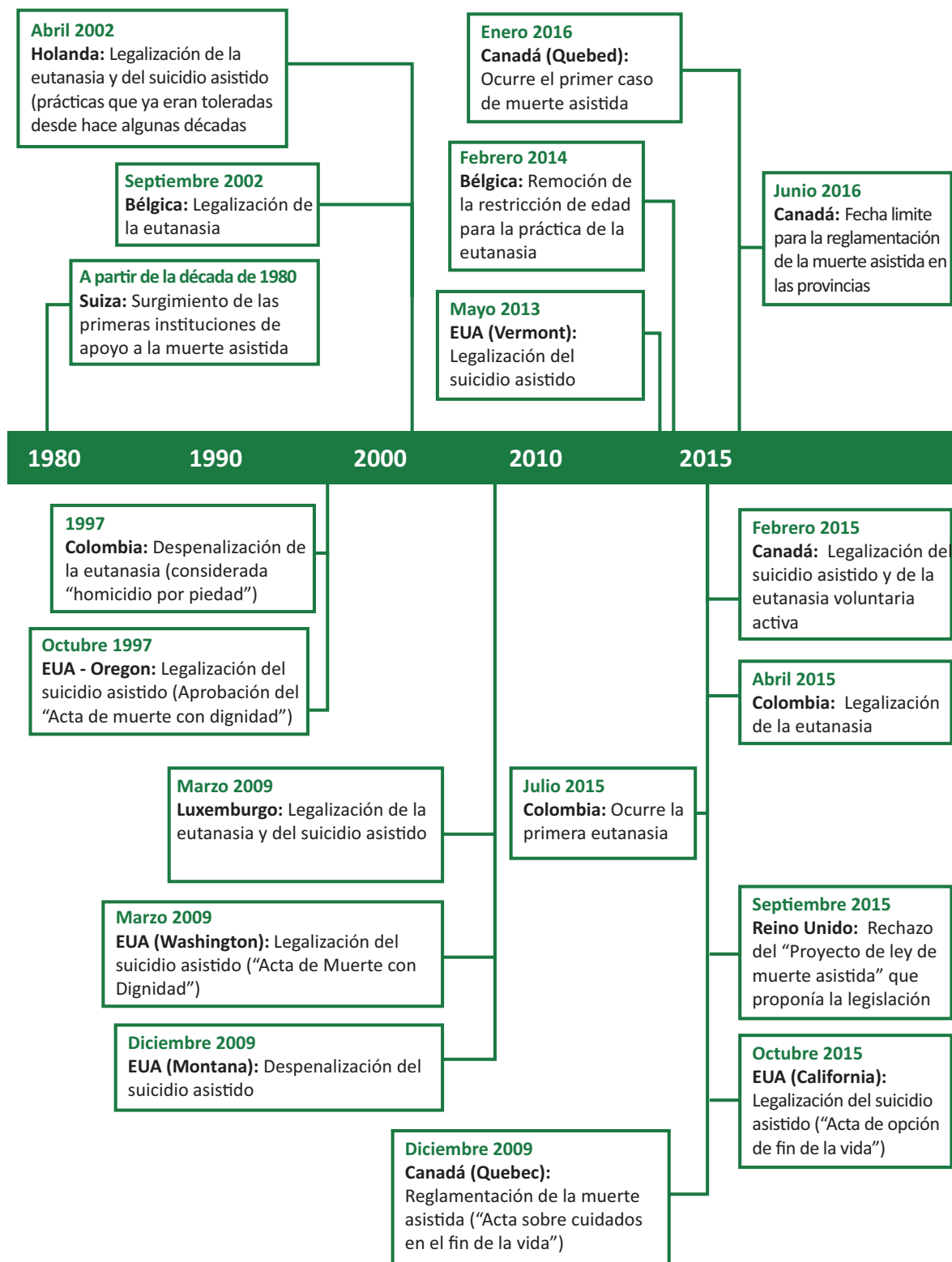
Tabla 1. Características de los artículos seleccionados

Revista; autor(es); año; país	Título	Tipo de Estudio	Objetivo	Limitaciones
<i>Cadernos de Saúde Pública</i> ; Siqueira-Batista R, Schramm FR; 2005; Brasil	Conversaciones sobre la "buena muerte": el debate bioético acerca de la eutanasia	Revisión	Discutir sobre la moralidad de la eutanasia, demarcando adecuadamente los conceptos y resaltando argumentos favorables y contrarios a su realización	No informado
<i>Singapore Medical Journal</i> ; Menon S; 2013; Cingapura	Eutanasia: ¿un tema de vida o muerte? (Euthanasia: a matter of life or death?)	Revisión	Explayarse sobre la aceleración de la muerte y las prácticas de suicidio asistido y eutanasia voluntaria	El autor es tendencioso con su posición en contra de la eutanasia
<i>Medical Care</i> ; Steck N, Egger M, Maessen M, Reisch T, Zwahlen M; 2013; Estados Unidos	Eutanasia y suicidio asistido en países europeos seleccionados y los Estados Unidos (Euthanasia and assisted suicide in selected European countries and US States)	Revisión sistemática	Examinar números, características y tendencias a lo largo del tiempo en la muerte asistida en regiones donde la práctica es legal: Bélgica, Luxemburgo, Holanda, Suiza, Oregon, Washington y Montana	No informado
<i>British Medical Journal</i> ; Dyer O, White C, Rada AG; 2015; Inglaterra	Muerte asistida: ley y práctica alrededor del mundo (Assisted dying: law and practice around the world)	Revisión	Revisar la práctica y las leyes de la eutanasia en Europa Occidental y en América	No informado
<i>Ciência e Saúde Coletiva</i> ; Felix ZC, Costa SFG, Alves AMPM, Andrade CG, Duarte MCS, Brito FM; 2013; Brasil	Eutanasia, dista-nasia y ortotanasia: revisión integral de la literatura	Revisión	Caracterizar la producción científica, en el ámbito nacional, acerca de la eutanasia, la distanasia y la ortotanasia	No informado
<i>Revista Bioética</i> ; Santos DA, Almeida ERP, Silva FF, Andrade LHC, Azevêdo LA, Neves NMBC; 2014; Brasil	Reflexiones bioéticas sobre la eutanasia a partir de caso paradigmático	Revisión reflexiva	Analizar aspectos implicados en el proceso de morir: eutanasia y ortotanasia y su relación con el principio bioético de la autonomía	No informado
<i>Revista Latino Americana de Bioética</i> ; Guerra YM; 2013; Colombia	Ley, jurisprudencia y eutanasia: introducción al estudio de la normatividad comparada a la luz del caso colombiano	Análisis comparativo	Analizar las leyes y la historia de la eutanasia en Colombia para esclarecer cuestiones legales y bioéticas sobre el tema	Datos desactualizados: la legislación cambió después de la publicación del artículo
<i>Colombia Médica</i> ; Torres JHR; 2015; Colombia	El derecho a morir con dignidad y la objeción de conciencia (The right to die with dignity and conscientious objection)	Revisión	Evaluar el derecho del paciente según la Constitución	No informado
<i>Revista de Salud Pública</i> ; Sarmiento-Medina MI et al.; 2012; Colombia	Problemas y decisiones al final de la vida en pacientes con enfermedad en etapa terminal	Estudio descriptivo exploratorio	Describir preferencias en las decisiones en el final de la vida de pacientes y familiares, y las razones subyacentes que los llevan a procurar apoyo	Datos desactualizados: la legislación colombiana cambió después de la publicación del artículo
<i>The New England Journal of Medicine</i> ; Loggers ET; 2013; Estados Unidos	Implementando la muerte con el Programa de Dignidad en un centro comprensivo de atención al paciente con cáncer (Implementing a Death with Dignity Program at a comprehensive cancer center)	Revisión	Describir la implementación del "Programa de Muerte con Dignidad" en el Centro de Cuidado de Seattle	No informado
<i>International Journal of Law and Psychiatry</i> ; Schafer A; 2013; Holanda	Médicos y suicidio asistido; el gran debate canadiense en torno a la eutanasia (Physician assisted suicide: the great Canadian euthanasia debate)	Revisión	Criticar argumentos y describir contornos del actual debate canadiense. Cuestiones éticas y jurídicas se suscitan en relación al suicidio asistido por un médico	No informado

Revista; autor(es); año; país	Título	Tipo de Estudio	Objetivo	Limitaciones
<i>The New England Journal of Medicine</i> ; Attaran A, Phil D; 2015; Estados Unidos	Unanimidad en la muerte con dignidad – Legalizando la asistencia médica en la muerte en Canadá (Unanimity on death with dignity – Legalizing physician-assisted dying in Canada)	Revisión	Discutir sobre moralidad y legislación del suicidio asistido, según la constitución de Canadá	No informado.
<i>Palliative medicine</i> ; Rurup ML, Smets T, Cohen J, Bilsen J, Onwuteaka-Philipsen BD, Deliens L; 2012; Inglaterra	Los primeros cinco años de la legalización de la eutanasia en Bélgica y los Países Bajos: descripción y comparación de casos (The first five years of euthanasia legislation in Belgium and the Netherlands: description and comparison of cases)	Estudio descriptivo y comparativo	Describir y comparar los casos de eutanasia relatados y el suicidio asistido por médicos en los primeros cinco años de legislación	Sólo los casos relatados fueron analizados. En Holanda, la mayoría de los casos son informados (cerca de 80%), mientras que en Bélgica apenas cerca de un 53%
<i>JAMA Internal Medicine</i> ; Dierickx S, Deliens L, Cohen J, Chambaere K; 2015; Estados Unidos	Comparación de la expresión y la garantía de pedidos de eutanasia en Bélgica en 2007 vs 2013 (Comparison of the expression and granting of requests for euthanasia in Belgium in 2007 vs 2013)	Estudio transversal	Comparar prevalencia y concesión de solicitudes de eutanasia en Bélgica en 2007 y 2013	No informado
<i>The Linacre Quarterly</i> ; Vizcarrondo FE; 2014; Estados Unidos	Eutanasia neonatal: el protocolo Groningen (Neonatal euthanasia: The Groningen Protocol)	Revisión	Discutir sobre la eutanasia neonatal	No informado
<i>Diversity and Equality in Health and Care</i> ; Samanta J; 2015; Inglaterra	Niños y eutanasia: la ley controversial de Bélgica (Children and euthanasia: Belgium’s controversial new law)	Revisión	Analizar las leyes y la historia de la eutanasia en niños en el mundo, con enfoque en Bélgica	No informado
<i>Journal of Medical Ethics</i> ; Gauthier S et al.; 2015; Inglaterra	Turismo suicida: un estudio piloto sobre el fenómeno suizo (Suicide tourism: a pilot study on the Swiss phenomenon)	Revisión	Detallar el suicidio asistido, descubrir el origen de los turistas suicidas y comparar los resultados con los estudios anteriores en Zúrich	No informado
<i>Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine</i> ; Frost TDG, Sinha D, Gilbert BJ; 2014; Inglaterra	¿Se debe legalizar la muerte asistida? (Should assisted dying be legalized?)	Revisión	Describir el impacto del suicidio asistido en el paciente, en el médico y en la sociedad y la potencial necesidad para la práctica dentro de la estructura médico-legal vigente	No informado
<i>Medicine, Science and the Law</i> ; Simillis C; 2008; Inglaterra	Eutanasia: un sumario de la ley en Inglaterra y Gales (Euthanasia: a summary of the law in England and Wales)	Revisión	Analizar la ley en Inglaterra y en Gales sobre diferentes categorías de eutanasia	No informado

Anexo 2

Figura 2. Línea de tiempo



Artículos de investigación