

COLABORACIÓN ESPECIAL**LA EUTANASIA EN BÉLGICA (*)**

Pablo Simón Lorda (1), Inés M. Barrio Cantalejo (2)

(1) Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada

(2) Centro de Salud "Almanjajar". Distrito Sanitario de Granada. Granada.

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

(*) La realización de este trabajo fue posible gracias a la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía que financió nuestras estancias en Bélgica en 2010 (IM Barrio; EXP EF-0012/2009) y 2011 (P Simón; EXP EF-0721/2010).

RESUMEN

La experiencia holandesa en relación con la legalización y la práctica de la eutanasia es más conocida en España que la experiencia belga. Sin embargo, el proceso histórico de debate social en Bélgica en torno a la eutanasia tiene una riqueza en matices que debería ser conocida por los profesionales sanitarios, bioéticos, políticos y juristas. El presente trabajo se inaugura con un análisis sobre las similitudes y diferencias que existen entre España y Bélgica, lo que permite encuadrar el desarrollo posterior. Después se describe la historia del proceso de debate realizado en Bélgica que tiene su punto álgido en la aprobación de la ley de eutanasia en el año 2002. En el apartado siguiente se analiza de forma detallada el contenido de esta disposición legislativa, señalando los aspectos más relevantes. A continuación se exponen algunos datos epidemiológicos sobre la práctica de la eutanasia en Bélgica y se finaliza con un relato sobre la manera en que diversos grupos de población han afrontado el tema de la eutanasia. En este último apartado el trabajo se detiene en las posiciones de dos grupos especialmente relevantes: los especialistas en Cuidados Paliativos y la Iglesia Católica. Se finaliza con una exposición de los motivos por los que resulta conveniente incorporar la perspectiva y experiencia belga en futuros debates sobre la posible legalización de la eutanasia en España.

Palabras clave: Eutanasia. Suicidio asistido. Bioética, Cuidados paliativos. Testamento vital. Directivas anticipadas. Comités de ética. Historia de la medicina.

ABSTRACT**Euthanasia in Belgium**

The experience of the Netherlands in relation with the legalization and practice of euthanasia is better known in Spain than the Belgian experience in this matter. But the historical process of social debate in Belgium has many specific details which should be known by Spanish healthcare professionals, bioethicists, politicians and lawyers. This paper begins with a comparative analysis of both countries: Spain and Belgium and follows with a description of the milestones of the historical process of debating and, finally, passing the Belgian Law on Euthanasia in 2002. The next chapter consists of a description of the main contents of this important Law. The paper continues then with an approach to the epidemiology of the practice of euthanasia in Belgium and finishes with a description of the different positions of the actors of the process. Two positions are described more in depth: the opinion of the specialists in palliative care, and the opinion of the Catholic Church. The paper ends underlining the reason for the incorporation of the Belgian experience on euthanasia to the debate about the possibility of legalizing euthanasia in Spain.

Key words: Euthanasia. Suicide, assisted. Bioethics, Palliative care, Living will, Advance directives. Ethics committees. History of medicine. Legislation and jurisprudence.

Pablo Simón Lorda
Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada
Cuesta del Observatorio, 4
Campus Universitario de Cartuja
18080 Granada
Correo electrónico: pablo.simon.easp@juntadeandalucia.es

INTRODUCCIÓN

En España el debate sobre los pros y los contras de la eutanasia con frecuencia ha tomado como principal referencia la experiencia holandesa. Esto es razonable dada la larga trayectoria de este país en la materia. El proceso de legalización de la eutanasia en Holanda comenzó en 1973 con la sentencia absolutoria de la Dra. Postma por el Tribunal de Leeuwarden¹. A partir de entonces, hasta que se produjo la legalización efectiva en 2002, el proceso holandés discurrió fundamentalmente a través de la vía judicial, médica y social. Por ejemplo, la Real Asociación Médica Holandesa emitió en 1984 unos criterios orientativos para los médicos sobre la práctica de la eutanasia que han sido fundamentales. Hasta 2002 el gobierno holandés fue dando pequeños pasos reguladores a remolque de este proceso.

Bélgica comparte muchos nexos con Holanda, empezando por la amplia historia común vivida bajo el nombre de Países Bajos, que incluye también el territorio de lo que hoy conocemos como Luxemburgo. De hecho, los tres países firmaron en la Segunda Guerra Mundial un acuerdo económico y comercial que los integró en el denominado Benelux, claro precursor directo de lo que a partir de la firma del Tratado de Roma en 1957 conocimos como Comunidad Económica Europea, hoy Unión Europea. Sin embargo también hay diferencias entre Holanda y Bélgica. Estas diferencias se acentúan en relación al proceso de legalización de la eutanasia seguido en ambos países². Y esas diferencias permiten atisbar que Bélgica puede ser un punto de referencia para España, incluso más importante que Holanda, a la hora de pensar cómo puede evolucionar en el futuro el debate sobre las decisiones al final de la vida en nuestro país. Aunque Luxemburgo también legalizó la eutanasia en marzo de 2009, su regulación es tan similar a la belga, su experiencia es tan corta y el tamaño del país es tan pequeño que, por el momento, no será tomado en consideración³.

El objetivo de este trabajo es revisar los aspectos históricos, éticos, jurídicos y clínicos de la toma de decisiones al final de la vida, especialmente en relación con la eutanasia, que se ha desarrollado en Bélgica, con el fin de que dicho conocimiento pueda ser incorporado a la reflexión de los políticos, juristas, clínicos, bioeticistas y ciudadanos españoles sobre estas materias.

ESPAÑA Y BÉLGICA: SIMILITUDES Y DIFERENCIAS

Bélgica y España tienen muchas similitudes y no pocas diferencias. En la tabla 1 pueden encontrarse algunas de ellas, tanto a nivel general como a nivel de salud y de sistema sanitario⁴. Políticamente, Bélgica está dividida en tres regiones: la región flamenca, que ocupa el norte, la valona, que ocupa el sur y, en el centro, aunque situada físicamente en territorio flamenco, la región de Bruselas capital. La población de la región flamenca habla mayoritariamente el neerlandés u holandés, mientras que la región valona es predominantemente francófona. En el este de la región valona hay una pequeña población que habla alemán. En Bruselas la lengua dominante es el francés. Las relaciones políticas entre las dos principales comunidades lingüísticas y culturales son difíciles e inestables. Esto tiene repercusiones en todos los ámbitos. Por ejemplo, casi todos los estudios sobre toma de decisiones sanitarias al final de la vida que se publican en Bélgica toman como referencia la Región de Flandes y algunas veces, las menos, la de Bruselas. En general, el conocimiento de lo que está sucediendo en la Región de Valonia es escaso: por tanto, la fractura política del país también pasa factura en este aspecto.

El peso histórico de la cultura católica es algo que comparten España y Bélgica, pero que las separa en cambio de Holanda, donde la presencia del protestantismo ha sido más acusada. La religión católica ha sido históricamente la predominante en todas las Regiones de Bélgica, aunque ahora su influencia es menor y la creciente inmigración está aumen-

Tabla 1
Datos comparativos entre España y Bélgica

	BÉLGICA	ESPAÑA
Organización política	Democracia con monarquía parlamentaria	Democracia con monarquía parlamentaria
Organización territorial	Federal, dividida en 3 regiones: Flandes, Valonia y Bruselas Capital	Cuasi-federal, dividida en 17 comunidades autónomas y 2 ciudades autónomas.
Población 2009	10.646.804 hab.	44.903.660 hab.
Índice de Desarrollo Humano (PNUD) 2010	Puesto nº 18 (0,867)	Puesto nº 20 (0,863)
Tipo de organización del sistema sanitario	Modelo Bismarck	Modelo Beveridge
% del PIB destinado a sanidad 2007	9,4	8,5
% de gasto público respecto al total de gasto sanitario 2007	74,1	71,8
Esperanza de vida al nacer (años) 2004	82 ♀ 76 ♂	84 ♀ 77 ♂
Tasas crudas de mortalidad/103p 2004	9,72	8,71
Índice de Calidad de Muerte (EIU) 2010	Puesto nº 5	Puesto nº 26
Índice de Desarrollo de los Cuidados Paliativos en la Unión Europea 2007	Puesto nº 10	Puesto nº 8
Camas hospitalarias de agudos / 105 personas 2004	447	261
Camas de residencias de ancianos o asistidas / 105 personas 2006	1.196	356
Médicos / 105 personas 2008	298	350
Médicos de familia / 105 personas 2008	118	73

PNUD: Plan de Naciones Unidas para el Desarrollo

PIB: Producto Interior Bruto

EIU: Economist Intelligence Unit.

Fuentes:

WHO. Regional Office for Europe. European Health for All Database. Accesible en: <http://bit.ly/cJ22Zg>. Visitada el 1 de Junio de 2011.

United Nations Development Programme. Human Development Report 2010. Disponible en <http://hdr.undp.org/es/informes/mundial/idh2010> . Visitada el 1 de junio de 2011

Economist Intelligence Unit – The Economist. The quality of death. Disponible en www.qualityofdeath.org. Visitada el 1 de junio de 2011.

European Parliament. Policy Department. Economic and Scientific Policy Palliative care in the European Union. 2008. IP/A/ENV/ST/2007-22. PE 404.899. Disponible en <http://bit.ly/atjNPv> . Visitada el 1 de Junio de 2011

tando el peso de otras confesiones religiosas, especialmente la musulmana. La acelerada secularización es algo que también comparten los tres países: España, Bélgica y Holanda⁵. En cualquier caso, el principio de separación entre las organizaciones religiosas y el Estado es algo muy claramente imbuido en la mentalidad de los belgas. Esta última es una cuestión que, sin embargo, todavía no ha sido del todo resuelta en el caso de España que, sorprendentemente, todavía mantiene vigente el Concordato de 1979 entre el Estado español y la Santa Sede. Dicho acuerdo proporciona grandes privilegios a la Iglesia Católica española. Por último cabe señalar, como otro rasgo distintivo de Bélgica, el peso que han tenido las organizaciones católicas en la configuración del sistema sanitario belga, especialmente en la región de Flandes, algo que la distingue de España. “Caritas Catholica Flanders” fue fundada en 1932 por indicación de los obispos católicos belgas. Es una organización que actúa como paraguas y coordinadora general de los centros sanitarios de inspiración católica de Flandes. En 2006 pertenecían a ella 62 hospitales generales, 94 instituciones de salud mental y 326 residencias geriátricas⁶. La mayor parte de estos centros están concertados y sus servicios cubren algunos aspectos de la atención sanitaria de casi 6 millones de belgas.

HISTORIA DE LA LEGALIZACIÓN DE LA EUTANASIA

Aunque el debate sobre la posible legalización de la eutanasia comenzó en Bélgica desde el mismo momento en que se tuvo conocimiento de la Sentencia judicial holandesa de 1973, lo cierto es que no fue hasta principios de los noventa cuando adquirió verdadero impulso. En la tabla 2 se encuentran recogidos algunos de los hitos históricos principales de dicho debate. Como puede verse, el grueso de los acontecimientos tuvo lugar básicamente en un período de 10 años, entre 1994 y 2004, algo bien diferente de los casi 30 años de debate holandés. Entre ellos merece la pena detenerse un poco más en cuatro de ellos.

Un primer elemento fundamental del debate fue el Dictamen que en 1997 hizo el Comité Asesor de Bioética de Bélgica a petición de los Presidentes del Senado y del Parlamento⁷, el cual permitió encauzar adecuadamente el debate de los años posteriores, al establecer una definición precisa de lo que debe entenderse por “eutanasia”: un acto realizado por una persona que pone fin a la vida de otra de manera intencionada a petición de ésta última⁸. Además, la Comisión estableció que en sus debates se iban a limitar a los casos de eutanasia en los que la persona que actuaba era un médico y quien la recibía era un paciente terminal. Insistían además en la necesidad de distinguir claramente la eutanasia de otras actuaciones que realizan los médicos, como la administración de sedantes, aún con el riesgo de acortar la vida del paciente, o la retirada de tratamientos médicos fútiles.

Un segundo punto crucial fue el cambio de gobierno que se produjo en las elecciones generales de Junio de 1999. Durante 40 años el panorama político belga estuvo dominado por los cristiano-demócratas, que bloquearon sistemáticamente cualquier proyecto de ley reguladora de la eutanasia. El nuevo gobierno multicolor desde el primer momento planteó directamente como objetivo la legalización de la eutanasia con la total oposición, hasta el final, de los cristiano-demócratas⁹. El factor político fue, pues, decisivo .

El tercer elemento clave fue, en el año 2000, la publicación del estudio del *Lancet* por el Prof. Luc Deliens y sus colaboradores¹¹, que reproducía en Flandes (Bélgica) los estudios realizados en Holanda con los certificados de defunción^{12,13}. Al mostrar que la eutanasia era algo existente en la práctica de los médicos flamencos pero que su condición clandestina exacerbaba determinadas conductas poco apropiadas, como la muerte sin solicitud expresa del paciente, se incrementó enormemente el debate sobre la posible legalización.

Tabla 2
Hitos históricos del debate sobre la regulación legal de la eutanasia en Bélgica

	DÍA	ACONTECIMIENTO
1973	---	A raíz de la sentencia absolutoria del primer caso holandés (Dra. Geertrud Postma Leeuwarden) se producen los primeros debates en la sociedad belga sobre esta cuestión.
1981	---	Se funda la Sociedad Belga por el derecho a una muerte digna y dos años después su rama flamenca. Comienza a reivindicar públicamente una legislación sobre eutanasia
1994	---	En dos años, hasta 8 proyectos de ley reguladora de la eutanasia son remitidos al Parlamento por los diferentes partidos políticos para su aprobación. La mayoría parlamentaria cristiano-demócrata los rechaza sistemáticamente
1996	---	Entra en funcionamiento el Comité Belga de Bioética (Belgian Advisory Committee on Bioethics) que había sido creado en 1993. El primer encargo que recibe el nuevo Comité, formado por 35 miembros con distribución equitativa de tendencias lingüísticas e ideológicas, fue la petición de los Presidentes del Senado y del Parlamento de que se pronunciaran sobre "si era deseable o no una regulación legal de la terminación de la vida a solicitud de un paciente terminal (eutanasia)".
1997	12-may	El Comité Belga de Bioética emite su dictamen sobre esta cuestión, el primero de su historia: "Recomendación nº 1, acerca de la conveniencia de una regulación legal de la eutanasia".
1999	02-feb	Dos senadores socialistas presentan una nueva propuesta legislativa de legalización de la eutanasia, que es de nuevo rechazada
	22-feb	El Comité Belga de Bioética emite su informe "Recomendación nº 9, acerca de la terminación de la vida en los pacientes incapaces", que sugiere que una regulación futura de la eutanasia incluya la posibilidad de que sea solicitada previamente por el paciente mediante una voluntad anticipada
	13-jun	Elecciones generales. El Partido Cristiano-demócrata pierde las elecciones y, por primera vez desde 1958, sale del gobierno. El nuevo Gobierno lo constituye una coalición de 6 partidos liberales, socialdemócratas y verdes (gobierno "arco iris"), que ya en su mismo acuerdo inicial plantea la necesidad de abrir el debate parlamentario al tema de la eutanasia
	Jul – Nov	Un total de 7 diferentes propuestas legislativas reguladoras de la eutanasia son remitidas al Senado por los diferentes partidos. El partido cristiano-demócrata, ahora en la oposición, remite 2 de ellas.
	Dic	6 senadores de los diferentes partidos del gobierno adoptan un acuerdo para remitir a la cámara de forma conjunta tres proyectos legislativos: uno relativo a la eutanasia, otro sobre la creación de una Comisión de control de la eutanasia y un tercero sobre cuidados paliativos.
2000	En-Nov	La Comisión de Justicia y Asuntos Sociales del Senado debate largamente los diferentes proyectos. Se discuten más de 600 enmiendas y se escucha la opinión de 40 expertos.
	25-nov	Aparece en el Lancet un artículo con un estudio sobre la toma de decisiones al final de la vida en la región de Flandes*. Este estudio sugería que alrededor del 1.3% de las muertes eran resultado de una eutanasia, lo que evidenciaba la existencia de una práctica que debía ser regulada.
	21-mar	La Comisión del Senado aprueba finalmente dos propuestas legislativas, una sobre eutanasia (17 a favor, 12 en contra y una abstención) y otra sobre cuidados paliativos (por unanimidad)
2001	25-oct	El pleno del Senado vota la propuesta legislativa sobre eutanasia. Es aprobada (44 a favor, 23 en contra y 2 abstenciones). El texto se remite a la Cámara baja, al Parlamento
2002	16-may	El Parlamento, tras dos días de acalorado debate, aprueba la Ley de Eutanasia (86 a favor, 51 en contra y 10 abstenciones).
	28-may	<i>Se promulga la Ley de Eutanasia</i>
	14-jun	<i>Se promulga la Ley de Cuidados Paliativos</i>
	22-ago	Se promulga la Ley de Derechos de los Pacientes y entra en vigor
	22-sep	<i>Entra en vigor la Ley de Eutanasia</i>
	05-nov	<i>Entra en vigor la Ley de Cuidados Paliativos</i>
2004	22-jun	Se aprueba y publica el primer informe de la Comisión federal de control y evaluación de la eutanasia creada por la Ley. Describe los casos declarados entre el 22 de Septiembre de 2002 y el 31 de diciembre de 2003. Son un total de 259.

* Deliens L, Mortier F, Bilsen J, Cosyns M, Stichele RV, Vanoverloop J, Ingels K. End-of-life decisions in medical practice in Flanders, Belgium: a nationwide survey. Lancet 2000;356:1806-11.

Tabla 3
Contenidos básicos de la Ley de Eutanasia de Bélgica de 2002.

Puntos clave	Contenido
Eutanasia	Acto intencionado de terminar con la vida de una persona a petición de ésta.
Requisitos del sujeto	En el momento de la solicitud: <ul style="list-style-type: none"> - Mayor de edad - Menor emancipado - Capaz y consciente Puede revocar su solicitud en cualquier momento.
Requisitos sobre el estado de salud	Pronóstico de no recuperación Sufrimiento físico o psíquico constante e insoportable sin alivio posible. Enfermedad grave e incurable
Requisitos de la petición	La petición de eutanasia debe ser: <ul style="list-style-type: none"> - Voluntaria - Reiterada - Reflexionada - Libre de presión externa - Escrita: redactada, firmada y fechada por el paciente. Si no está en condiciones de hacerlo, lo realizará un adulto designado por el paciente que no tenga ningún interés material en la muerte de éste. La persona designada mencionará que el paciente es incapaz de hacer su solicitud por escrito y los motivos. En este caso, la solicitud es registrada en presencia del médico, cuyo nombre se mencionará en el documento. Este documento se adjuntará a la historia clínica del paciente. En caso de revocación se eliminará la petición de la historia clínica y se le devolverá al paciente. Se anotará en la historia clínica del paciente todo el proceso de toma de decisiones.
Obligaciones del médico	El médico debe: <ul style="list-style-type: none"> - Informar al paciente sobre su estado de salud y su pronóstico. - Dialogar con el paciente sobre su petición de eutanasia y sobre las posibles alternativas terapéuticas y paliativas así como sus consecuencias. - Llegar juntos a la convicción de que no hay alternativa razonable para el paciente. - Asegurar que es una petición completamente voluntaria - Certificar el carácter permanente del sufrimiento físico y mental del paciente y de su petición reiterada. - Conversar con el paciente de forma periódica, teniendo en cuenta la evolución de su estado de salud. - Consultar a otro médico sobre la naturaleza grave e incurable de la enfermedad, e informarle de los motivos de la consulta. El médico consultado examinará el informe del paciente, certificará el carácter constante, insoportable y no tratable de su sufrimiento físico o psicológico, y redactará un informe. El médico consultado debe ser independiente en relación al paciente y al médico del paciente. Debe ser competente en la patología en cuestión. El médico debe informar al paciente de los resultados de esta consulta. - Deliberar sobre la petición del paciente con el equipo de Enfermería. - Si el paciente lo desea, comentar la petición con los parientes que él señale. - Asegurar que el paciente ha comentado su petición con las personas que desea.
Paciente No-Terminal	1. Paciente no terminal. <ul style="list-style-type: none"> - El médico debe consultar a otro médico –psiquiatra o especialista en la patología en cuestión- indicándole los motivos de la consulta. El médico consultado médico examinará al paciente, revisará el informe y certificará el sufrimiento físico y psíquico permanente, insoportable y no susceptible de alivio del paciente. Redactará un informe con sus impresiones. Este médico consultado ha de ser independiente de los dos médicos anteriores y del paciente. - El médico del paciente informará a éste sobre los resultados de la consulta. - Dejar pasar un mes entre la petición de eutanasia y la aplicación de la misma.
Paciente incapaz con una Voluntad Anticipada	Cualquier adulto capaz o menor emancipado puede hacer una voluntad anticipada solicitando la eutanasia para que se aplique cuando no pueda expresar sus deseos. A la hora de aplicar la voluntad anticipada el médico debe asegurar que el paciente: <ul style="list-style-type: none"> - sufre una enfermedad grave e incurable - está inconsciente - sufre una situación irreversible según el estado actual de la ciencia La voluntad anticipada puede designar a un representante que será el interlocutor del médico. Ni el médico ni el equipo sanitario pueden ser representantes del paciente. Se tendrá en cuenta la voluntad anticipada elaborada en los 5 últimos años. El médico que realiza una eutanasia a partir de una voluntad anticipada, debe: <ul style="list-style-type: none"> - Consultar a otro médico acerca de la irreversibilidad de la situación médica del paciente, informándole de los motivos de consulta. El médico consultado debe ser independiente del paciente y del médico, y competente en la patología en cuestión. El médico consultado examinará la historia clínica y al paciente y redactará un informe. - Informar al representante del proceso anterior. - Dialogar con el equipo de salud sobre el contenido de la voluntad anticipada. - Si la voluntad anticipada designa un representante, hablar con él acerca de los deseos del paciente. - Si la voluntad anticipada designa un representante, hablar sobre el contenido de la voluntad anticipada con los familiares del paciente que el representante señale.

Tabla 3
Contenidos básicos de la Ley de Eutanasia de Bélgica de 2002 (continuación)

Objeción de conciencia	<p>La solicitud de eutanasia expresada por un paciente o a través de su voluntad anticipada no es vinculante para el médico.</p> <p>Ningún médico está obligado a realizar un acto de eutanasia.</p> <p>Ningún profesional está obligado a prestar asistencia en un acto de eutanasia.</p> <p>Si el médico se niega a realizar una eutanasia está obligado a notificarlo al paciente o representante indicando los motivos.</p> <p>Si la denegación está justificada por razones médicas, se registrará en la historia clínica del paciente.</p> <p>El médico que se niega a cumplir con una solicitud de eutanasia deberá, a petición del paciente o representante, ceder la historia clínica a un médico designado por éstos.</p>
Notificación	<p>Tras practicar una eutanasia el médico debe notificarla a la Comisión Federal de Control y Evaluación de la aplicación de esta Ley en un cuatro días hábiles.</p> <p>La Comisión está integrada por dieciséis miembros, nombrados en función de sus conocimientos y experiencia en asuntos de la competencia de la Comisión. Ocho médicos, cuatro juristas y cuatro representantes de grupos relacionados con la atención a pacientes terminales. Debe existir paridad lingüística, y en cada grupo lingüístico debe haber, al menos, tres candidatos de cada sexo.</p> <p>La Comisión exige la cumplimentación de un registro por el médico cada vez que practique una eutanasia. Este documento consta de dos partes:</p> <p>1. La primera contiene los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre completo y dirección del paciente - Nombre completo, dirección y número de identificación profesional del médico. - Nombre completo, dirección y número de identificación profesional de los médicos que han sido consultados sobre la aplicación de la eutanasia. - Nombre completo, domicilio y capacidad de todos los consultados por el médico y fechas de estas consultas - Si el paciente disponía de una voluntad anticipada y en ella se designaba a un representante, nombre completo del mismo. <p>2. La segunda contiene los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sexo, fecha y lugar de nacimiento del paciente - Fecha y lugar de la muerte. - Diagnóstico y descripción del dolor constante e insoportable - Motivo por el que el sufrimiento ha sido descrito como imposible de aliviar. - Información sobre la voluntariedad, reflexión y reiteración de la petición y de la ausencia de presión externa. - Si se podía esperar la muerte próximamente y si existía una voluntad anticipada. - El procedimiento seguido por el médico: como se llevó a cabo la eutanasia y los fármacos utilizados - Capacitación de los médicos consultados y fechas de las consultas <p>La Comisión debe realizar periódicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - un informe estadístico sobre la segunda parte del registro. - un informe con la descripción y evaluación de la aplicación de esta Ley - un informe de recomendaciones relativas a la aplicación de esta Ley.
Certificación médica	<p>La muerte producida por eutanasia se considera muerte natural a todos los efectos, incluidos los relativos a los seguros de vida.</p>

El último elemento importante es, obviamente, la propia aprobación de la Ley en 2002¹⁴. Pero es importante resaltar que el proceso legislativo no se reducía a la Ley de Eutanasia. Simultáneamente se aprobaron otras dos importantes leyes. Una era la Ley sobre Cuidados Paliativos y otra sobre Derechos de los pacientes. Este hecho es interesante porque una de las críticas que se han hecho desde siempre a la experiencia holandesa es que no había cuidado ninguno de estos dos aspectos. Bélgica, obviamente, no quería que le sucediese lo mismo.

CONTENIDOS DE LA LEY DE EUTANASIA

La Ley Belga sobre Eutanasia de 28 de Mayo de 2002 es una ley mucho más extensa y detallada que su prima cercana, la Ley Holandesa de Eutanasia, aprobada en 2001 pero que entró en vigor en abril de 2002. En la tabla 3 se encuentran resumidos los contenidos más importantes. Merece la pena detenerse, de todas formas, en algunos detalles relevantes.

Primero, la ley belga, la diferencia de la Ley Holandesa, no regula el suicidio asistido, que por tanto sigue siendo un delito penal. Esto ha sido criticado, incluso etiquetado como posiblemente inconstitucional. Otro aspecto rele-

vante es que la ley no regula ningún otro tipo de intervención sanitaria al final de la vida, lo cual deja sin calificar ni regular otras actuaciones que deberían distinguirse claramente de ella, como la sedación paliativa o el control del dolor con altas dosis de fármacos. En tercer lugar hay que señalar que la ley belga sólo autoriza a profesionales médicos a realizar eutanasias, no a otro tipo de profesionales o personas. Sin embargo no exige ni que el médico sea el habitual del paciente. Además, la ley regula el derecho a la objeción de conciencia del profesional, pero le exige que ceda al paciente la historia clínica para que el paciente pueda dirigirse a otro médico. Sin embargo, a diferencia de lo que sucede en Holanda, el médico no está obligado a colaborar con el paciente en la búsqueda del otro médico que lo sustituya

La petición del paciente puede canalizarse de dos formas diferentes, detalladamente reguladas en la Ley. Una es mediante la petición directa al médico y otra mediante la Voluntad Anticipada. Los requisitos sobre el estado de salud que tiene que tener el paciente para acceder a la eutanasia han sido motivo de discusión, en particular los referidos a la evaluación del sufrimiento psíquico y a la situación de no-terminalidad¹⁶. La Ley establece un procedimiento claro en este último supuesto, pero no en el primero.

Por último merece la pena resaltar que todos los casos de eutanasia deben ser notificados por los médicos siguiendo un procedimiento definido a la Comisión Federal de Control y Evaluación, la cual los revisará en el plazo de 4 días hábiles. El 50% de los miembros de dicha Comisión son médicos, otro 25% son juristas y otro 25% representantes de organizaciones ciudadanas de voluntariado implicadas en la atención a los pacientes terminales. Se trata, por tanto, de un sistema de fiscalización ex-post más de tipo profesional y social que primariamente jurídico. Sólo en caso de que se detecten irregularidades se procedería a notificarlo al fiscal. Los fines de este mecanismo, inspirado en la legislación holan-

desa, son dos. El primero aumentar la transparencia para que se evite la clandestinidad y, por tanto, las irregularidades y abusos. El segundo es poder contribuir a mejorar su práctica, al conocer las condiciones y formas en que se realiza. La Comisión ha ido publicando sus Informes con carácter bienal desde su constitución.

EPIDEMIOLOGIA

Quizás ha sido el grupo de investigación del Profesor Luc Deliens, *End-Of-Life Care Group*, de la Universidad Libre de Bruselas, con el que colaboran estrechamente varias Universidades e Instituciones, tanto belgas como holandesas, el que ha desarrollado en Bélgica un estudio sistemático y continuado de la epidemiología de las decisiones al final de la vida y, especialmente, de la eutanasia, desde el año 2000 hasta la fecha¹⁷. Sus cientos de publicaciones, entre ellas más de 60 artículos en revistas de impacto, lo coloca como referente imprescindible. De todos ellos nos limitaremos a dos. El primero utiliza la metodología de los cuestionarios remitidos a los médicos que han firmado el certificado de defunción de los pacientes¹⁸. Esta metodología fue usada sucesivamente con datos de pacientes fallecidos en Flandes en 1998, 2001¹⁹ y 2007. En 2009 se publicó un estudio comparativo de esta secuencia de datos, primero de forma abreviada en el *New England Journal of Medicine*²⁰ y luego de forma completa en *Med Decis Making*²¹. La tabla 4 es una adaptación de la tabla incluida en el artículo del *New England*. Lo más llamativo de estos datos es lo siguiente. Primero: Los casos de eutanasia no son muchos, aunque parecen seguir una tendencia creciente. Aplicando los porcentajes hallados al total de muertes en Flandes los casos de eutanasia vendrían a ser aproximadamente 620 casos en 1998, 170 casos en 2001 y 1.042 casos en 2007. En todo caso, lo que sí existe es una tendencia clara a la baja del “suicidio asistido”, ya de por sí minoritario. Lo mismo cabe decir -y esto es especialmente positivo e importante- respecto a la “finalización de la vida sin petición expresa”,

Tabla 4
Frecuencia de los diferentes tipos de toma de decisiones al final de la vida en Flandes (Bélgica) durante 1998, 2001 y 2007

Variable	1998	2001	2007
Total de muertes anuales en Flandes - n°	56.354	55.793	54.881
Muertes estudiadas (Muestra) – n°	3.999	5.005	6.202
Tasa de cumplimentación de la encuesta - %	48,2	58,9	58,4
Muertes incluidas en el análisis – n°	1.925	2.950	3.623
Muertes súbitas- %	33,3	34,1	31,9
Muertes por prácticas en el final de la vida que posible o seguramente hayan acertado la vida - %	39,3	38,4	47,8
▪ Por empleo de medicaciones que ponen fin a la vida	4,4	1,8	3,8
○ Eutanasia (Finalización de la vida por solicitud expresa del paciente)	1,1	0,3	1,9
○ Suicidio Medicamente Asistido	0,12	0,01	0,07
○ Finalización de la vida sin solicitud expresa del paciente	3,2	1,5	1,8
▪ Por alivio intensificado de dolor u otros síntomas	18,4	22,0	26,7
▪ Limitación del Esfuerzo Terapéutico (Retirada o No-inicio de tratamientos de soporte vital)	16,4	14,6	17,4
Sedación continua profunda	NA	8,2	14,5

Adaptada de Bilsen J, Cohen J, Chambaere K, Pousset G, Onwuteaka-Philipsen BD, Mortier F, Deliens L. Medical end-of-life practices under the euthanasia law in Belgium. *N Engl J Med.* 2009 Sep 10;361(11):1119-21.

No se han incluido los Intervalos de Confianza al 95% de los valores porcentuales. Pueden consultarse en el original.

una práctica perturbadora que ha sido estudiada también por el Grupo^{22,23}. La Limitación del Esfuerzo Terapéutico se mantiene estable y sin embargo aumentan dos actuaciones. Una es la sedación terminal, lo cual puede explicarse quizás por el impulso dado a los cuidados paliativos por la Ley que se aprobó al mismo tiempo que la Ley de eutanasia²⁴. La otra es un cajón de sastre: “muertes secundarias al alivio intensificado del dolor u otros síntomas”. Puede entrar aquí de casi todo: desde finalizaciones deliberadas de la vida de un paciente sin su petición expresa hasta la simple impericia y mala praxis en el manejo de los fármacos. Es, posiblemente, una de las cuestiones que habría que aclarar mediante nuevos proyectos de investigación²⁵.

El segundo trabajo utiliza una fuente de información distinta: los casos reales de eutanasia estudiados por la Comisión Federal de Control²⁶. En la tabla 5 se encuentra un resumen de los datos más importantes que aporta

este trabajo. Por su fuente de origen son de enorme fortaleza. Pero hay que tener en cuenta que los casos que se informan a la Comisión son actualmente en torno al 50% de los reales²⁷. Esto es un serio problema que Bélgica va a tener que resolver para evitar que el sistema de control pierda credibilidad.

LAS DIFERENTES POSICIONES ANTE LA EUTANASIA

Una regulación sobre algo tan delicado como es la eutanasia no deja indiferente a nadie. Pero es paradójico que en Bélgica se hayan investigado con tanta intensidad las opiniones, creencias, actitudes y prácticas de los profesionales sanitarios ante la eutanasia y tan poco las de los ciudadanos y las de los pacientes. Efectivamente, no existen en Bélgica encuestas generales sobre estas materias dirigidas a los ciudadanos, aunque sí algún estudio de inferencia a partir de encuestas más generales²⁸. Paradójicamente, sí existe al

Tabla 5
Descripción de los casos de eutanasia remitidos a la Comisión Federal de Control entre 2002 y 2008

AÑO	Nº total de muertes	Casos de eutanasia comunicados a la Comisión	% sobre el total de muertes
2002*	105.642	24	ND
2003	103.278	235	0,23
2004	101.946	347	0,34
2005	103.278	388	0,38
2006	101.587	428	0,42
2007	100.658	495	0,49
2008	ND	705	NA
TOTAL	-----	2.622	----

CASOS 2002-2007 (n=1.791)

Sexo: Hombres (52,7%), Mujeres (47,3%). Edad: 60-79 (53,1%), 40-59 (26%). Diagnóstico principal: Cáncer (82,5%).

Lugar de fallecimiento: Hospital (51,7%), Domicilio (42,2%). Tipo de solicitud de eutanasia: Paciente capaz (97,9%), Voluntad Anticipada (2,1%). Se consultó a un segundo médico en el 99,8% de los casos, algo obligatorio según la ley. En 126 casos, se consideró al paciente no-terminal, lo que requirió la consulta a un tercer médico. Intervino en el proceso al menos 1 especialista en Cuidados Paliativos en el 34,5% de los casos. Motivos para la solicitud: Sufrimiento físico (95,6%), Sufrimiento psicológico (64%), ambos (64,7%). Medicamentos utilizados: Barbitúricos solos (34,3%) Barbitúricos con relajante muscular (58,1%).

*Casos desde el 22 de Septiembre al 31 de Diciembre de 2002

ND: No Disponible

Adaptada de Smets T, Bilsen J, Cohen J, Rurup ML, Deliens L. Legal euthanasia in Belgium: characteristics of all reported euthanasia cases. *Med Care*. 2010 Feb;48(2):187-92.

menos un estudio específico en estudiantes de enseñanza secundaria de Flandes (61% de los encuestados aceptan la eutanasia en enfermos terminales, pero sólo 18% en los no-terminales)²⁹. En cambio hay cientos de estudios sobre médicos^{30,31}, enfermería³²⁻³⁴, farmacéuticos³⁵. Pero no nos detendremos en ellos. Más interesante es analizar la posición de dos colectivos extraordinariamente importantes para este debate: los especialistas en cuidados paliativos y la Iglesia Católica.

Los paliativistas

El peso de los especialistas en cuidados paliativos en el proceso de legalización de la eutanasia ha sido muy notable. Los cuidados paliativos en Bélgica comenzaron a

desarrollarse en la primera mitad de los años 80³⁶. Su trayectoria es, por tanto, muy dilatada, aunque su soporte legal definitivo no llegó hasta 2002, con la Ley que se aprobó al mismo tiempo que la de eutanasia. Quizás lo más importante es señalar que entre el mundo de los paliativistas belgas y el de los impulsores de la legalización de la eutanasia no ha existido nunca la confrontación que cabría esperar, vistas las posiciones que en los años 90 tenía la Asociación Europea de Cuidados Paliativos³⁷. Más bien ha existido interrelación y cooperación³⁸. De hecho, figuras destacadas del paliativismo belga han contribuido de forma decisiva al desarrollo de la ley de eutanasia. Eso no quiere decir, obviamente, que las relaciones hayan sido totalmente pacíficas, ni

que no hayan existido paliativistas belgas abiertamente opuestos a la eutanasia³⁹.

La Federación Flamenca de Cuidados Paliativos, que agrupa a la práctica totalidad de los paliativistas de la Región de Flandes, ha publicado dos documentos esenciales sobre la materia⁴⁰. Uno en enero de 2000, al inicio del proceso legislativo, y otro en septiembre de 2003, cuando la ley de eutanasia ya estaba vigente. El mensaje más importante del primero era que eutanasia y cuidados paliativos deberían estar interconectados, que no deberían producirse casos de eutanasia fuera del ámbito de los cuidados paliativos. Esto es lo que llamaban el “filtro de los cuidados paliativos”, que reivindicaban que se incorporase a la ley, aunque finalmente no sucedió. Pero el texto más impactante es el segundo, pues marca un cambio de rumbo llamativo⁴¹. Tiene contenidos como los que siguen:

“1. Los cuidados paliativos y la eutanasia no son ni opciones alternativas ni se oponen la una a la otra. Cuando un médico esta listo para aceptar la solicitud de un paciente que, a pesar de recibir el mejor tratamiento posible, continúa experimentando la vida como insoportable, entonces no existe ninguna brecha entre los cuidados paliativos proporcionados antes y la eutanasia que se aplica ahora, más bien lo contrario. En tales casos, la eutanasia forma parte de los cuidados paliativos que el médico y el equipo sanitario proporcionan al paciente y a sus seres queridos.

2. Diálogo y respeto son palabras clave cuando se aborda la eutanasia y otras formas de muerte médicamente asistida. Una relación con el paciente que sea honesta y participativa, completamente abierta y con el máximo respeto a las creencias del paciente, a las del médico y las de otros cuidadores, proporciona las mejores oportunidades para una muerte digna. En este sentido, los profesionales tienen todo el derecho a establecer sus propios límites éticos, pero se espera de ellos que los comuniquen de forma clara, honesta y con suficiente antelación”.

Esta propuesta de incluir la eutanasia como una práctica más, si bien excepcional, de entre las opciones posibles a ofertar desde Cuidados Paliativos es lo que se ha denominado *Cuidados Paliativos integrales*. Esta es la óptica actualmente predominante en el paliativismo belga o, al menos, en el flamenco, más allá de las opciones personales y respetables de cada profesional.

La Iglesia Católica

La Iglesia católica oficial de Bélgica siempre se ha opuesto, de forma coherente con su magisterio, a la práctica de la eutanasia y, por supuesto, a su legalización⁴². A lo largo del proceso de debate, los obispos belgas se han pronunciado públicamente en tres ocasiones: 1994, 1999 y 2002⁴³. El título de esta última breve declaración es bien expresivo: “Cuidados Paliativos Sí, Eutanasia No”. Sin embargo, más allá de estos posicionamientos doctrinales, los obispos belgas han sido poco beligerantes, al menos sin la intensidad que hemos visto en otros lugares. Quizás, al disponer de un partido político cristiano-demócrata al que poder emplear como correa de transmisión, no han considerado necesario implicarse directamente en la batalla política. Pero más interesante todavía es el hecho de que Caritas Flanders, con el asesoramiento del Centro de Ética Biomédica y Derecho de la Universidad Católica de Lovaina⁴⁴, haya adoptado una posición muy similar a la de los paliativistas⁴⁵, aunque manteniendo la exigencia de que, en sus centros sanitarios, se aplique siempre el “filtro paliativo”⁴⁶. Pero, aun así, esto quiere decir que en los centros sanitarios católicos de Caritas Flanders se hacen eutanasias. De hecho, en 2004, 30 de los 56 Hospitales de Caritas Flanders y 47 de sus 251 Residencias asistidas (Nursing homes) ya habían desarrollado un protocolo para regular su práctica⁴⁷.

CONCLUSIÓN

España lleva más de 15 años inmersa en un debate en torno a los aspectos éticos y jurídicos de la atención sanitaria al final de la vida y

de las diferentes actuaciones clínicas que pueden realizarse en dicho contexto. Una de estas actuaciones, quizás la que genera más polémica, es la eutanasia, entendida como la producción deliberada de la muerte de una persona que lo pide libremente, por experimentar un sufrimiento que considera insoportable y que es realizada por el profesional sanitario que la atiende habitualmente. Con cierta frecuencia, a la hora de debatir públicamente en España sobre esta intervención se ha tenido en cuenta, fundamentalmente, la experiencia del país que la tiene más dilatada en su práctica: Holanda. Este artículo ha tratado de mostrar los motivos por los que otro país, Bélgica, con grandes similitudes y diferencias tanto con Holanda como con España, debería ser tenido en cuenta a la hora de plantear entre nosotros este debate, algo que, más pronto o más tarde, habrá de producirse. La experiencia belga muestra varias cosas, algunas de ellas evidentes, pero no por ello menos importantes. Una que la práctica de la eutanasia puede estar teniendo lugar de forma clandestina en un país incluso antes de que se legalice. Así fue en el caso de Holanda y así lo ha sido también en el de Bélgica. Por tanto, con frecuencia no se trata tanto de “introducir” una práctica nueva como de regular algo que ya se hace clandestinamente y sin garantías suficientes. Pero, en cualquier caso, como muestra Bélgica, el proceso de regularización requiere una fuerte iniciativa política. La segunda cosa que nos enseña Bélgica es que la participación de un Comité de Bioética nacional de carácter plural puede ser un elemento importante para modular un debate que, necesariamente, debe ser amplio, abierto y respetuoso con las diferentes posiciones. En tercer lugar cabe señalar que Bélgica nos muestra que es factible regularizar esta práctica introduciendo en el texto legal un elevado número de garantías jurídicas para evitar usos inadecuados de estas prácticas. Con todo, como se ha señalado en este artículo, dichos mecanismos pueden no ser suficientes para eliminar completamente los usos inadecuados, por lo que deberán ser revisados y fortalecidos. Una cuarta enseñanza de la experiencia belga es algo en lo que coincide

con países como Holanda o con el estado de Oregón, en los Estados Unidos, donde la práctica del suicidio asistido por profesionales sanitarios es algo legal. Esta enseñanza es que, al regularizar estas prácticas -eutanasia en Holanda, suicidio asistido en Oregón-, no se produce ni un aluvión de peticiones ni un progresivo relajamiento de su práctica para legitimar indirectamente supuestos no contemplados en la regulación. Esto es lo que en ética suele conocerse como “pendiente resbaladiza”. El leve, aunque progresivo, aumento de la práctica de la eutanasia en Bélgica parece responder más bien al hecho de que cada vez más personas prefieren terminar su vida de esta manera, lo cual es algo legítimo. Con todo son siempre prácticas muy minoritarias. Un quinto elemento importante de la experiencia belga es la peculiar relación entre el mundo de los cuidados paliativos y la práctica de la eutanasia. La mayoría de los paliativistas belgas –o al menos los flamencos– no encuentra incompatibilidad entre ambas prácticas. Es más, bajo la denominación de “cuidados paliativos integrales” plantean un enfoque de los cuidados paliativos donde la eutanasia es una práctica más dentro de las diferentes herramientas de que disponen para garantizar una atención de calidad del enfermo terminal. Por último, en sexto lugar, resulta muy llamativo el contraste entre la posición oficial de la jerarquía de la Iglesia Católica belga y las prácticas reales de las organizaciones sanitarias católicas belgas, que no encuentran contradicción entre sus señas de identidad católicas y la práctica de la eutanasia conforme a la legislación. Estos seis elementos son lo suficientemente relevantes como para que el “caso belga” sea un punto de referencia imprescindible en cualquier debate sobre eutanasia que se produzca en nuestro país.

AGRADECIMIENTOS

A Chris Gastmans y Herman Nys, por acogernos en la Universidad Católica de Lovaina. A Luc Deliens y Kenneth Chambaere por acogernos a P Simón en la Universidad Libre de Bruselas. A Paul Vanden Berghe, que nos recibió

en Wommel, la sede de la Federación Flamenca de Cuidados Paliativos. A Camila Higuera y Maribel Antoniles, bibliotecarias de la Escuela Andaluza de Salud Pública, por su apoyo documental.

BIBLIOGRAFÍA

1. Simón Lorda P, Couceiro Vidal A. Eutanasia y suicidio asistido: el estado de la cuestión fuera de España (I). La eutanasia en Holanda. *MediFam*. 1995;5(6):333-340.
2. De Miguel Sánchez C, López Romero A. Eutanasia y suicidio asistido: conceptos generales, situación legal en Europa, Oregón y Australia (I). *Med paliat*. 2006;13(4):207-15.
3. Ministry of Health, Ministry of Social Security. Euthanasia and assisted suicide. Law of 16 March 2009. 25 questions, 25 answers. Luxembourg, 2009. [Citada el 1 de junio de 2011]. Disponible en <http://bit.ly/je2b3V>.
4. Corens D. Health system review: Belgium. *Health Syst Transit*. 2007; 9(2):1-172.
5. European Commission. Special Eurobarometer 225. Social Values, Science and Technology. Wave 63.1. Publication June 2005. [Citada el 2 de junio de 2011]. Disponible en: http://ec.europa.eu/public_opinion/index_en.htm.
6. Gastmans C, Van Neste F, Schotsmans. P. Pluralism and Ethical Dialogue in Christian Healthcare Institutions: The View of Caritas Catholica Flanders. *Christian Bioethics*. 2006;12(3):265 – 280.
7. Belgian Advisory Committee on Bioethics. Opinion No. 1 of 12 May 1997 concerning the advisability of a Legal Regulation on Euthanasia. [Citada el 1 de junio de 2011]. Disponible en : <http://bit.ly/jtnepe>.
8. Vermeersch E. The Belgian Law on Euthanasia. The Historical and Ethical Background. *Act Chir Bel*. 2002;102:394-397.
9. Van Parys T. From Belgium. *Palliative Medicine*. 2003;17:111-112
10. Broeckaert B. Belgium: Towards a Legal recognition of Euthanasia. *European Journal of Health Law*. 2001;8:95-107.
11. Deliens L, Mortier F, Bilsen J, Cosyns M, Vander Stichele R, Vanoverloop J, et al. End-of-life decisions in medical practice in Flanders, Belgium: A nationwide survey. *Lancet*. 2002;356:1806-1811.
12. van der Maas PJ, van Delden JJM, Pijnenborg L, Looman CWN. Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life. *Lancet*. 1991;338:669-74.
13. van der Maas PJ, van der Wal G, Haverkate I, et al. Euthanasia, physician-assisted suicide, and other medical practices involving the end of life in the Netherlands. *N Engl J Med*. 1996;335:1699-705.
14. Belgian Ministry of Justice. Wet betreffende de euthanasie [The Belgian Euthanasia Act]. *Belgian Law Gazette of June 22, 2002*.
15. Adams M, Nys H. Euthanasia in the Low Countries. Comparative reflections on the Belgian and Dutch Euthanasia Act. En: Schotmans P, Meulenbergs T, eds. *Euthanasia and Palliative Care in the Low Countries*. Paris: Peeters;2005. p. 5-33.
16. Gastmans C, Denier Y. What if patients with dementia use decision aids to make an advance euthanasia request? *Am J Bioeth*. 2010;10(4):25-6.
17. End-Of-Life Care Research Group. Monitoring Quality of End-Of-Life Care. [Citada el 1 de junio de 2011]. Disponible en: <http://www.endoflifecare.be/Home/tabid/36/Default.aspx>
18. Chambaere K, Bilsen J, Cohen J, Pousset G, Onwuteaka-Philipsen B, Mortier F, Deliens L. A post-mortem survey on end-of-life decisions using a representative sample of death certificates in Flanders, Belgium: research protocol. *BMC Public Health*. 2008 Aug 27;8:299. PMID: 18752659.
19. van der Heide A, Deliens L, Faisst K, et al. End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study. *Lancet*. 2003;362:345-50.
20. Bilsen J, Cohen J, Chambaere K, Pousset G, Onwuteaka-Philipsen BD, Mortier F, Deliens L. Medical end-of-life practices under the euthanasia law in Belgium. *N Engl J Med*. 2009 Sep 10;361(11):1119-21.
21. Chambaere K, Bilsen J, Cohen J, Onwuteaka-Philipsen BD, Mortier F, Deliens L. Trends in Medical End-of-Life Decision Making in Flanders, Belgium 1998-2001-2007. *Med Decis Making*. 2011 May-Jun;31(3):500-10. Epub 2010 Dec 29. PMID:21191121.
22. Meeussen K, Van den Block L, Bossuyt N, Ehteld M, Bilsen J, Deliens L. Physician reports of medication use with explicit intention of hastening the end of life in the absence of explicit patient request in general practice in Belgium. *BMC Public Health*. 2010 Apr 9;10:186. PMID: 20380710

23. Rietjens JA, Bilsen J, Fischer S, Van Der Heide A, Van Der Maas PJ, Miccinesi G, Norup M, Onwuteaka-Philipsen BD, Vrakking AM, Van Der Wal G. Using drugs to end life without an explicit request of the patient. *Death Stud.* 2007 Mar;31(3):205-21.
24. De Gendt C, Bilsen J, Mortier F, Vander Stichele R, Deliens L. End-of-life decision-making and terminal sedation among very old patients. *Gerontology.* 2009;55(1):99-105. Epub 2008 Oct 9. PMID:1884317.
25. Bilsen J, Norup M, Deliens L, Miccinesi G, van der Wal G, Löfmark R, Faissst K, van der Heide A; EURELD Consortium. Drugs used to alleviate symptoms with life shortening as a possible side effect: end-of-life care in six European countries. *J Pain Symptom Manage.* 2006 Feb;31(2):111-21.
26. Smets T, Bilsen J, Cohen J, Rurup ML, Deliens L. Legal euthanasia in Belgium: characteristics of all reported euthanasia cases. *Med Care.* 2010 Feb;48(2):187-92.
27. Smets T, Bilsen J, Cohen J, Rurup ML, Mortier F, Deliens L. Reporting of euthanasia in medical practice in Flanders, Belgium: cross sectional analysis of reported and unreported cases. *BMJ.* 2010 Oct 5;341:c5174. doi: 10.1136/bmj.c5174. PMID:20923842
28. Cohen J, Marcoux I, Bilsen J, Deboosere P, van der Wal G, Deliens L. Trends in acceptance of euthanasia among the general public in 12 European countries (1981-1999). *Eur J Public Health.* 2006 Dec;16(6):663-9. Epub 2006 Apr 26. PMID:16641157
29. Pousset G, Bilsen J, De Wilde J, Deliens L, Mortier F. Attitudes of Flemish secondary school students towards euthanasia and other end-of-life decisions in minors. *Child Care Health Dev.* 2009 May;35(3):349-56. Epub 2009 Jan 14. PMID:19196248.
30. Smets T, Cohen J, Bilsen J, Van Wesemael Y, Rurup ML, Deliens L. Attitudes and experiences of Belgian physicians regarding euthanasia practice and the euthanasia law. *J Pain Symptom Manage.* 2011 Mar;41(3):580-93. Epub 2010 Dec 8. PMID:21145197.
31. Meeussen K, Van den Block L, Bossuyt N, Echteld M, Bilsen J, Deliens L. Dealing with requests for euthanasia: interview study among general practitioners in Belgium. *J Pain Symptom Manage.* 2011 Jun;41(6):1060-72. Epub 2011 Mar 12. PMID:21402463.
32. Denier Y, Dierckx de Casterlé B, De Bal N, Gastmans C. "It's intense, you know." Nurses' experiences in caring for patients requesting euthanasia. *Med Health Care Philos.* 2010 Feb;13(1):41-8. Epub 2009 Apr 18. PMID:19381871.
33. Inghelbrecht E, Bilsen J, Mortier F, Deliens L. Nurses' attitudes towards end-of-life decisions in medical practice: a nationwide study in Flanders, Belgium. *Palliat Med.* 2009 Oct;23(7):649-58. Epub 2009 Jul 15. PMID:19605604.
34. Dierckx de Casterlé B, Verpoort C, De Bal N, Gastmans C. Nurses' views on their involvement in euthanasia: a qualitative study in Flanders (Belgium). *J Med Ethics.* 2006 Apr;32(4):187-92. PMID:16574869.
35. Bilsen J, Bauwens M, Bernheim J, Stichele RV, Deliens L. Physician-assisted death: attitudes and practices of community pharmacists in East Flanders, Belgium. *Palliat Med.* 2005 Mar;19(2):151-7.
36. Desmedt M. Palliative care services in Belgium: benefits and shortcomings of a legal framework. *Support Care Cancer.* 1999;7:109-112.
37. Roy DJ, Rapin C-H, the EAPC Board of Directors. Regarding euthanasia. *Eur J Palliat Care.* 1994;1:57-59.
38. Bernheim JL, Deschepper R, Distelmans W, Mullie A, Bilsen J, Deliens L. Development of palliative care and legalisation of euthanasia: antagonism or synergy? *BMJ.* 2008;336(7649):864-7. PMID:18420693
39. Gamester N, Van den Eynden B. The relationship between palliative care (PC) and legalized euthanasia in Belgium. *J Palliat Med.* 2009;12:589-591.
40. Broeckaert B, Janssens R. Palliative Care and Euthanasia. Belgian and Dutch Perspectives. En: Schotmans P, Meulenberg T, eds. *Euthanasia and Palliative Care in the Low Countries.* Leuven – Paris: Peeters, 2005. pp. 35-69.
41. Feration Palliative Care Flanders [Dealing with euthanasia and other ways of medically assisted dying]. Wemmel, 6 September 2003. Texto en inglés [Consultada el 1 de junio de 2011] Disponible en <http://bit.ly/k8hllm>.
42. Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe, de la Santa Sede de la Iglesia Católica. Declaración "Iura et bona" sobre la eutanasia. 5 de Mayo de 1980. [Consultada el 1 de junio de 2011] Disponible en <http://bit.ly/laKkQ9>.
43. Jans J. Churches in the Low Countries on Euthanasia: Background, Argumentation and Commentary. En: Schotmans P, Meulenberg T, eds. *Euthanasia and Palliative Care in the Low Countries.* Leuven – Paris: Peeters, 2005. pp. 175-204.
44. Center for Biomedical Ethics and Law. Katholieke Universiteit Leuven. [Citada el 1 de junio de 2011]. Disponible en <http://www.kuleuven.be/cbmer>.

45. Gastmans C, Van Neste F, Schotmans P. Facing requests for euthanasia: a clinical practice guideline J Med Ethics. 2004;30:212-217.
46. Schotmans P, Gastmans C. How to deal with euthanasia requests: a palliative filter procedure. Camb Q Healthc Ethics. 2009 Fall;18(4):420-8. PMID:19715628.
47. Gastmans C, Lemiengre J, van der Wal G, Schotmans P, Dierckx de Casterlé B. Prevalence and content of written ethics policies on euthanasia in Catholic health-care institutions in Belgium (Flanders). Health Policy. 2006 Apr;76(2):169-78. Epub 2005 Oct 10. PMID:16221504.