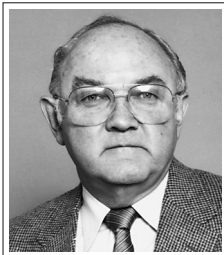


ÉTICA DE LA EUTANASIA

ALBERT R. JONSEN

Professor Emeritus of Ethics in Medicine. Department of Medical History and Ethics. University of Washington. Seattle, Washington.



De 1987 a 1999 fue Chairman del Department of Medical History and Ethics en la University of Washington School of Medicine. Ha sido colaborador y miembro destacado de varios comités e instituciones de los EEUU (the National Advisory Board on Ethics in Reproduction [1991-1996], the National Research Council Committee on AIDS Research [1987-1992], entre otros). Es autor y coautor de numerosos libros, como *The New Medicine and the Old Ethics* (1990) y *The Birth of Bioethics* (1998), y sus artículos se han publicado en las más prestigiosas revistas internacionales. A lo largo de su carrera Albert Jonsen ha recibido diferentes premios y distinciones.

Resumen

En este artículo se lleva a cabo, en primer lugar, una revisión de los argumentos éticos relativos a la eutanasia que se han dado a lo largo de la historia. Después se exponen estos argumentos tal como hoy se presentan en el debate acerca del suicidio asistido por un médico que tiene lugar en los Estados Unidos, donde el principio ético de la autonomía se ha hecho dominante. El presente artículo refleja esta discusión tal como se ha producido en el mundo de habla inglesa. En otras naciones y culturas estos temas pueden contemplarse y expresarse de manera notablemente diferente. No obstante, las cuestiones acerca de cómo los humanos deberían encontrarse con la muerte son universales.

Palabras clave: Eutanasia. Autonomía. Suicidio asistido.

Abstract

THE ETHICS OF EUTHANASIA

This essay will first survey the history of the ethical arguments regarding euthanasia. It will then state these arguments as they are currently found in the debate over physician-assisted suicide in the United States where the ethical principle of autonomy has become dominant. This essay conveys the discussion as it has taken place largely in the English-speaking world. In other nations and cultures these issues may be viewed and expressed rather differently. Nevertheless, questions about how humans should meet death are universal.

Key words: Euthanasia. Autonomy. Assisted suicide.

El debate sobre la eutanasia: apuntes históricos

La muerte ha sido siempre el esperado y temido resultado de una grave enfermedad o de una lesión severa, así como el anticipado final de una larga vida. Los esfuerzos realizados para detenerla han resultado frágiles y fútiles. El modo en que las personas encuentran la muerte ha sido objeto constante de meditación y literatura a lo largo de la historia humana. Los escritos de los estoicos romanos están repletos de epigramas en torno a ella, tales como las palabras de Marco Aurelio: «No desdeñes la muerte; antes bien, acógela gustosamente, en la convicción de que ésta es también una de las cosas que la naturaleza quiere»¹. Durante el medioevo cristiano, escritores y predicadores expusieron un «arte de morir» (*ars moriendi*), preparación para el encuentro con el propio creador y redentor. La aceptación de la muerte y la entereza ante ella son casi temas universales de la filosofía.

Pero más allá de las aceptaciones estoica y cristiana del final ineludible de la vida, otras cuestiones han desconcertado a la conciencia humana. Cuando la vida conlleva un gran sufrimiento, ¿debería la persona que sufre eliminar la agonía acabando con la vida misma? El filósofo estoico Séneca apuntó a un amigo que sufría una enfermedad «no incurable, pero prolongada y penosa», al que angustiaba la cuestión del suicidio: «No te atormentes, querido Marcelino, como quien delibera sobre un gran asunto. No es un gran asunto la vida; todos tus esclavos, todos los animales viven. La gran proeza estriba en morir con honestidad, con prudencia, con fortaleza». Después de lo cual, el hombre enfermo dio un apacible final a su vida². El suicidio del enfermo no era inusual en el occidente precristiano. Incluso aunque la sentencia del Juramento Hipocrático «no administraré una droga mortal a nadie, aunque lo solicite, ni haré ninguna sugerencia a tal efecto», se refiriese a la ayuda a personas que eligen acabar con su sufrimiento (que también podría referirse a la connivencia en causar la muerte), no parece que a los médicos de la antigüedad se les impidiera llevarla a cabo. El gran historiador de la medicina clásica, Ludwig Edelstein, escribió: «a lo largo de la antigüedad mucha gente prefirió la muerte voluntaria a la agonía interminable... numerosos médicos suministraban en realidad a sus pacientes el veneno que solicitaban». Él creía que el mandamiento hipocrático era honrado sólo por los seguidores del pitagorismo. Al margen de referencias ocasionales a la muerte asistida, como, por ejemplo, la condena del médico romano Scribonius Largus a los médicos que quitan la vida, la literatura de la antigüedad ignora la materia³.

En el siglo IV de nuestra era, la enseñanza cristiana de la autoridad divina sobre la vida y la muerte estigmatizó al suicidio como pecado mortal. Tras una cierta vacilación entre los padres de la primera Iglesia, que vieron a veces el martirio como una forma loable de suicidio, San Agustín lanzó una condena rotunda y sin excepciones⁴. Sto. Tomás de Aquino convino: «el suicidio es el más grave de los pecados porque uno no puede arrepentirse de él»⁵. Los teólogos moralistas tildaron inequívocamente de pecado mortal los actos u omisiones que conducirían a la muerte del paciente.

Arguyeron los deberes del médico bajo el enunciado del quinto mandamiento del Decálogo: no matarás. Muy raramente los pensadores cristianos se atrevieron a hacer sugerencias en otra dirección; no obstante, un santo católico, Tomás Moro, así como un deán anglicano, John Donne, contemplaron la bondad moral del suicidio del que sufre⁶. Un filósofo escéptico, David Hume, demolió los argumentos racionales en contra del suicidio⁷. Sin embargo, una fuerte reprobación moral apartó de la mente la idea del suicidio del enfermo y del moribundo durante varios siglos.

Los médicos, a lo largo de la mayor parte de la historia, trataron cautelosamente la cuestión de la agonía. Mientras que podían reconocer una enfermedad letal y tratar de «reducir su agresividad», como advierte la máxima hipocrática, tenían pocos medios para prevenir la muerte. A los griegos se les conminaba a abstenerse de aplicar su arte a las personas «superadas por su enfermedad»⁸. A pesar de que esta admonición persistió a lo largo de la tradición de la ética médica, fue gradualmente suavizada: aun cuando los médicos no



El juramento hipocrático, código deontológico médico de los siglos V-IV a. C., que ha llegado hasta nuestros días, estableció el principio: «no administraré una droga mortal a nadie, aunque lo solicite, ni haré ninguna sugerencia a tal efecto».

deberían tratar de curar lo incurable, tendrían que permanecer junto al moribundo para confortarle y aliviar su dolor. El autor del primer libro titulado *Medical Ethics*, el médico inglés Thomas Percival, instó elocuentemente a sus colegas a ser «el ministro de esperanza y consuelo para el enfermo; que a través de tal consideración hacia el espíritu extenuado, lograría serenar el lecho de muerte, dar aliento a la vida que expira, y contrarrestar la influencia desalentadora de aquellas enfermedades que privan al filósofo de entereza y al cristiano de consuelo»⁹.

El médico alemán Karl F. H. Marx, en un escrito de 1826, habla de «esa ciencia, la eutanasia, que frena los

rasgos agresivos de la enfermedad, alivia el dolor, y propicia la mayor serenidad en la hora suprema e ineludible... (pero nunca) debería estarle permitido al médico, inducido ya por el reclamo de otras personas, ya por su propio sentido piadoso, cesar la penosa condición de un paciente y acelerar su muerte a propósito y deliberadamente»¹⁰. En este pasaje, la palabra «eutanasia», acuñada por Francis Bacon en el s. XVI, aparece en su significado etimológico, «una muerte buena o fácil.» Al parecer, el Dr. Marx debió de conocer a algunos médicos que consideraran otra forma de «eutanasia» –«precipitación deliberada de la muerte»– aunque él, como la mayoría de los facultativos en la tradición médica judeocristiana, sentiría repugnancia ante la idea.

Durante el s. XIX, el término «eutanasia» aparece comúnmente en la literatura médica con el fin de describir los deberes del médico para aliviar la agonía extenuante. Algunos médicos aconsejaban contención en el uso de medicina heroica para los moribundos y hacían hincapié en paliar el sufrimiento. Las primeras sugerencias claras sobre que los médicos deberían precipitar la muerte de los agonizantes vinieron según parece, no de la profesión médica, sino de colectivos ajenos a ella. En la década de 1870, dos ensayistas ingleses, Samuel Williams y Lionel Tollemache, escribieron artículos abogando por esta práctica. Williams escribió: «... en todos los casos de enfermedad terminal y dolorosa, debería reconocerse el deber del asistente médico, siempre que así lo deseara el paciente... de eliminar de una vez la consciencia y proporcionarle una muerte rápida e indolora»¹¹.

Las propuestas de estos autores ingleses atrajeron cierta atención pública en su propio país, aunque fue escasa la respuesta por parte de la profesión médica. En los Estados Unidos el tema se introdujo ocasionalmente, pero con más ambigüedad que aceptación. Un editorial de 1884 en *The Boston Medical and Surgical Journal* se avino, haciendo una concesión, a «una tentativa de eutanasia pasiva más que activa... rendirse a las fuerzas superiores no es lo mismo que liderar el ataque del enemigo sobre el propio amigo»¹². Excepcionalmente, un artículo instaría directamente a que a los médicos les fuera concedida la autoridad legal de acabar con la vida de los pacientes que solicitaran un final apacible a una enfermedad desahuciada y agónica¹³. Aunque estas sugerencias temerarias encontraron una fuerte oposición pública y profesional, se llevaron a cabo esfuerzos ocasionales para introducir tal legislación. Tras el cambio de siglo, se introdujeron leyes sobre la eutanasia en los cuerpos legislativos de varios estados: Iowa, Ohio, y Nueva York¹⁴.

De todas maneras, a finales del s. XIX y principios del XX, la medicina cambió radicalmente, primero en su capacidad de diagnóstico y después en sus posibilidades terapéuticas. El progreso en los estudios anatomopatológicos empezó a aguzar la pericia diagnóstica y a anticipar intervenciones terapéuticas que podían invertir o impedir el proceso de una enfermedad letal. A principios del s. XX, la extirpación quirúrgica de tumores salvó a personas que de otro modo estaban condenadas a una muerte rápida (lo que a menudo suponía que morían de una enfermedad recurrente).



San Agustín condenó rotundamente el suicidio. En la *Ciudad de Dios* escribe: «no debe llamarse grandeza de ánimo cuando uno, no pudiendo sufrir algunas adversidades o pecados de otros, se mata a sí mismo, porque en este caso muestra claramente su flaqueza al no poder tolerar la dura servidumbre de su cuerpo o la necia opinión del vulgo» (Cap. XXII).

En los años treinta, la insulina detenía la evolución de la diabetes en su proceso hacia una muerte temprana. A finales de los cuarenta, los primeros antibióticos combatían infecciones letales. Después de la Segunda Guerra Mundial, la medicina contaba ya con fármacos para controlar la hipertensión, los trastornos metabólicos y el cáncer. La tuberculosis, «capitán de las legiones de la muerte», en palabras de William Osler, prácticamente desapareció. Enfermedades epidémicas devastadoras, como la poliomielitis, sucumbieron a unas técnicas de inmunización perfeccionadas. La cirugía inició de forma vigorosa su acción sobre el corazón y el cerebro. La anestesia y la respiración asistida fueron también las grandes beneficiarias de la investigación en período bélico. Durante los años 50 y 60, la medicina devino lo que nunca antes había sido: una ciencia y un arte de salvar vidas.

En las prensas médica y secular hicieron su aparición profundas reflexiones sobre la eutanasia. Se extendió la opinión de que los médicos podrían, con justificación ética, eludir arduos esfuerzos por salvar la vida.

Se podría pensar que tal progreso humano en contra del antiguo enemigo podía ser sólo causa de regocijo. Sin embargo, había dudas de que el progreso fuera enteramente puro. A medida que la habilidad para detectar el cáncer se depuraba a finales del s. XIX, terapias enérgicas, quirúrgicas en particular, prometían una vida prolongada, pero daban a cambio una misera, prolongada agonía¹⁵. En las prensas médica y secular hicieron su aparición profundas reflexiones sobre la eutanasia. Los médicos se cuestionaban si la



En la *Utopía* Tomás Moro recomienda no alargar el sufrimiento de los enfermos desahuciados, por caridad o compasión.

admonición del Dr. Marx, de que el médico no debería acelerar la muerte, era ya obsoleta. Quizás «serenar el lecho de muerte», bajo las nuevas condiciones del tratamiento médico, debería incluir provocar el cese de las funciones vitales¹⁶. La mayoría de los autores eran cautelosos; aun así, se extendió la opinión de que los médicos podrían, con justificación ética, eludir arduos esfuerzos por salvar la vida. En 1884, un editorial en *The Boston Medical and Surgical Journal* (predecesor de *The New England Journal of Medicine*) resumía la opinión predominante en la profesión:

«Sospechamos que pocos médicos han escapado a la sugerencia de mantenerse pasivamente al margen y abandonar cualquier intento de prolongar una vida que se ha convertido en un tormento para su dueño en un caso desahuciado de sufrimiento prolongado... ¿No debería un hombre en tales circunstancias abandonar la lucha, suprimir el estimulante, y dejar a la naturaleza exhausta cesar en paz?... ¿No llegará un día en que sea un deber, por el interés de los supervivientes, detener una lucha que sólo prolonga una batalla inútil e imposible?»¹⁷.

En este escrito, «el estimulante» era prácticamente el único medio para intentar prolongar la respiración y el latido del corazón un poco más. En la siguiente mitad de siglo, proliferaron los métodos de soporte vital. En los años 60, se había iniciado el trasplante de órganos, y dos tecnologías mecánicas, el respirador y la máquina de diálisis, podían sustituir órganos principales seriamente dañados. El uso de los antibióticos recientemente descubiertos podía evitar la muerte cuando aparecía una infección, incluso en la fase terminal de una enfermedad.

Con la llegada de estos «milagros» tecnológicos, la pequeña fracción de partisanos de la eutanasia continuó promoviendo su causa. Antes de que las tecnologías

más punteras estuvieran en uso, la habilidad para detectar enfermedades letales, aunque sin tratamiento eficaz, condenó a bastantes personas a conocer anticipadamente el acecho de una muerte lenta. A la luz de todos estos cambios, se creó en los años treinta, en Gran Bretaña, *The Voluntary Euthanasia Legislation Society*. En 1936, tuvo influencia para llevar a la Cámara de los Lores un proyecto de ley (introducido por un miembro del parlamento sin cargo ministerial) para legalizar la eutanasia voluntaria. El proyecto quedó frustrado tras una fascinante polémica en el foro de debate más antiguo del mundo. El vizconde Dawson de Penn, médico de su Majestad Jorge V, arguyó elocuentemente que cualquier decisión de ese tipo debería implicar al médico y a su paciente; la legislación pecaría inexcusablemente de intromisión en la intimidad de esa relación. Bastantes años después, fue revelado que él mismo había precipitado la muerte del monarca que estaba en situación terminal¹⁸. *The Euthanasia Society of America* fue fundada en 1937. También empezó a promover enseguida, de manera educada pero insistente, la promulgación de la legislación sobre la eutanasia. Bajo su influencia se lanzó un renovado impulso para la aprobación de la misma. Su primer esfuerzo fue un proyecto de ley introducido en la cámara legislativa de Nebraska el 2 de febrero de 1937, que permitía que «adultos competentes que sufrían de una enfermedad fatal e incurable o estaban desvalidos y sufrían los achaques de la tercera edad» se dirigieran a un «árbitro estatal para la eutanasia... solicitando permiso para la eutanasia». Los tutores legales y los miembros más allegados podían hacer la solicitud en nombre de incompetentes mentales adultos, y niños¹⁹. Otros estados consideraron su legislación: Connecticut en 1959, Idaho en 1969, Oregón y Montana en 1973. Ninguno de estos intentos prosperó²⁰.

Los horrores del Holocausto ensombrecieron incluso las posturas más contenidas a favor de la eutanasia. Los teóricos de la medicina alemana habían expresado una amplia tolerancia respecto a la «muerte piadosa» de los enfermos incurables y los incapacitados mentales, incluso antes del ascenso nazi. En cualquier caso, después de éste, esa tolerancia devino política oficial, y en los hospitales para incurables y asilos de deficientes mentales, los pacientes (a los que se hacía referencia como «bocas inútiles») eran sistemáticamente exterminados. La eutanasia se convirtió asimismo en un instrumento de políticas eugenésicas y genocidas²¹. Así, justo un año antes de las revelaciones de tales eventos, un médico americano favorable a la eutanasia escribió: «Acabar con una vida que es inútil, desvalida y desesperanzada parece compasivo. El final debería ser bienvenido. El acto es entonces bondadoso más que despiadado y no podría sino beneficiar a los vivos... Hay muchos tipos de inútiles, incapacitados y desahuciados... La opinión de muchos incluiría en esta clasificación a los idiotas y a los locos, imbéciles y deficientes mentales, psicópatas, tanto leves como severos, criminales y delincuentes, monstruos y tarados, incurables y seniles... No son sólo un lastre para la sociedad sino que, apoyados y protegidos, incrementan rápidamente su peso muerto mediante la reproducción de su especie»²². Este encomio del «homicidio por compasión» ignora toda distinción entre

eutanasia «activa/pasiva», o «voluntaria/involuntaria», es totalmente indiscriminada respecto a las condiciones que podrían justificar la «muerte piadosa», y justifica esta práctica haciendo referencia al beneficio para la sociedad más que para el paciente. Palabras como las anteriores, aun escritas por personas benevolentes, estaban ominosamente cerca de la condena nazi a las «bocas inútiles». Los horrores del Holocausto y la estulticia de algunos abogados no ayudaron a ensalzar la causa de la eutanasia ante el público o la profesión.

Algunos espíritus valientes persistieron en su causa. El teólogo moral protestante Joseph Fletcher, miembro temprano de la Euthanasia Society, dedicó un capítulo en su libro pionero, *Morals and Medicine*, a aclarar las confusiones. Él argüía que los valores personalidad y autonomía deberían prevalecer sobre la mera prolongación de la vida. Criticaba la condena moral tradicional del suicidio. Diferenciaba los motivos y fines de la eutanasia respecto de los del homicidio. Desechaba la relevancia de la afirmación de que sólo Dios ordena el momento en que ha de sobrevenir la muerte. Refutó los argumentos comunes en contra de la eutanasia: los médicos pueden cometer errores de pronóstico; los pacientes, tomar decisiones compulsivas. Hizo un alegato desapasionado en pro de la eutanasia para los casos de enfermedad terminal como un acto de racionalidad creativa y de coraje. De pasada, y sin extenderse en su defensa, aprobó también la «eutanasia involuntaria para monstruosidades de nacimiento y deficientes mentales, posición en parte personalista y en parte eugenésica»²³. Fletcher recomendó una ley que la Euthanasia Society estuvo a punto de introducir en la Asamblea de Nueva York, que permitía a un adulto competente con una enfermedad fatal, incurable y dolorosa, solicitar un tribunal para la eutanasia, después de lo cual, éste emplazaría a una comisión a investigar el caso y, a partir de un informe en el que se corroborara que éste se ajustaba a los parámetros de la ley, se concedería el permiso para llevar a cabo la eutanasia a un médico o a cualquier otra persona²⁴. Esta moderna propuesta era una copia exacta de aquella que hiciera en 1516 Sir Thomas More para los ciudadanos de Utopía. A pesar de ese linaje intelectual, del apoyo de 1.776 médicos neoyorquinos y del de los distinguidos ciudadanos miembros de la Euthanasia Society, el proyecto de ley de Nueva York, como todos los otros presentados hasta la fecha, nunca llegó a ser ley.

Sin embargo, el debate académico había recibido un estímulo. El filósofo Marvin Kohl solicitó trabajos a favor y en contra de un grupo de reputados académicos para su volumen *Beneficent Euthanasia*. John Behncke y Sissela Bok publicaron una colección de trabajos titulada *Dilemmas of euthanasia*. Daniel McGuire rompió las posiciones teológicas católicas para publicar *Death by Choice*²⁵. En toda esta polémica, la opinión académica se aproximó perceptiblemente a una concepción de la eutanasia voluntaria que repudiaba la muerte piadosa de los que no prestaban su consentimiento y respaldaba el derecho de las personas competentes que sufrían dolor y ya cerca de la muerte a ser asistidas para concluir sus vidas. Todavía, el debate sobre la eutanasia activa estaba confinado a círculos reducidos.

La cuestión de la «eutanasia pasiva» o de las condiciones para la retirada éticamente correcta de los métodos de soporte vital, absorbió la mayor parte de la atención académica. El dramático caso de Karen Ann Quinlan, una joven en estado vegetativo permanente, cautivó la atención de la prensa durante 1976. Sus padres habían solicitado que se suprimiera la respiración asistida a su hija para que pudiera morir. Tras una fuerte oposición de los médicos y del hospital, el Tribunal Supremo de New Jersey falló a favor de la solicitud de los progenitores. La opinión del Tribunal adujo la doctrina católica (los Quinlan eran católicos), de que la muerte de Karen Ann, consiguiente a la supresión del respirador, constituiría el cese moralmente aceptable de «medios extraordinarios», una doctrina teológica de larga implantación que había sido ratificada en 1958 por el Papa Pío XII²⁶. Incluso la Euthanasia Society cambió su nombre por el de Concern for Dying para disociarse de la postura de la muerte piadosa y promover las voluntades de los vivos y la toma de decisión racional sobre el mantenimiento del soporte vital. El informe de la Comisión Presidencial para el Estudio de los Problemas Éticos en la Medicina, *Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment*, una biblia de la ética de la muerte y la agonía, menciona la eutanasia voluntaria sólo de modo incidental. En un pasaje, el informe apunta que los tribunales consideran el rehusar métodos de soporte vital como algo diferente del suicidio²⁷. Más adelante, la Comisión concluye su exposición sobre la distinción entre «actos» y «omisiones» con el apoyo a la prohibición legal establecida contra la provocación activa de la muerte: «La Comisión considera que la limitación de la propia determinación individual es un coste aceptable para asegurar la protección general de la vida humana amparada por la prohibición del homicidio directo»²⁸. Los comisionados no vieron la necesidad de hacer más valoraciones sobre la materia.

Los horrores del Holocausto ensombrecieron las posturas a favor de la eutanasia. Ya antes del ascenso nazi la medicina alemana era tolerante con la «muerte piadosa» de los incurables y los incapacitados mentales.

Así, la Comisión respaldó lo que muchos comentaristas llamaron entonces «eutanasia pasiva voluntaria», la renuncia al soporte vital por la solicitud de un paciente capaz o de un subrogado apropiado. La profesión médica se mostró de acuerdo. La Asociación Médica Americana (American Medical Association) aprobó una declaración en 1988: «Por razones humanas, con el debido consentimiento, un médico puede hacer lo que sea médicamente necesario para aliviar el dolor agudo, o cesar u omitir un tratamiento para permitir al enfermo terminal, cuya muerte es inminente, fallecer. Sin embargo, no debería causar la muerte intencionadamente»²⁹.

El problema moral más ambiguo de la eutanasia activa se soterró, pero no por mucho tiempo. Varios filósofos e incluso algunos médicos se preguntaban cómo la decisión de omitir el uso de tratamientos de soporte vital no era «causación intencionada de la muerte». Algunos autores habían cuestionado la validez lógica y psicológica de la distinción entre «activa» y «pasiva», «omisión» y «comisión»⁵⁰. *Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment* había incluso señalado acuerdos con esas críticas. Otros autores advirtieron de que la aceptación de la eutanasia pasiva embarcaría inevitablemente a la sociedad en la vía hacia la eutanasia activa⁵¹. A finales de los ochenta irrumpió un amplio debate social sobre la eutanasia. En un ensayo de un solo folio, «*It's over, Debbie*», aparecido en *The Journal of the American Medical Association*, un autor y médico anónimo relató una historia (no se supo si verdadera o falsa) sobre ayudar a una mujer agonizante a morir más rápidamente. Ese breve ensayo desató una tempestad de disputas entre los facultativos y fue, para muchos observadores, el acicate de un debate más abierto sobre la eutanasia dentro de la profesión⁵². Apareció una nueva sociedad llamada Hemlock, cuyo líder publicó un libro, *Final Exit*, que no sólo aducía argumentos a favor de la eutanasia legal, sino que proporcionaba directrices y recetas para aquellos que escogían tal salida⁵³. Una nación, Holanda, decidió hacer un experimento de eutanasia legalmente tolerada⁵⁴.

A principios de los noventa, los defensores de lo que vino a llamarse «suicidio asistido» o «ayuda en la muerte» habían generado la suficiente fuerza popular para introducir iniciativas en los estados de Washington (1991), California (1992), y Oregón (1995), que autorizarían legalmente a los médicos a acelerar la muerte de los pacientes terminales capaces que así lo solicitaran. Las iniciativas de Washington y California fracasaron por muy poco, pero los ciudadanos de Oregón aceptaron (también muy ajustadamente) su iniciativa, la *Death with Dignity Act*, y ampararon que «un adulto puede hacer una solicitud escrita para que le sea suministrada la medicación pertinente de manera que pueda dar un final humano y digno a su vida»⁵⁵. El resto de esta historia se explica en otros artículos de este número.

Principales argumentos en pro y en contra de la legalización de la eutanasia

Los principales argumentos éticos alrededor de la eutanasia pueden extraerse de esta larga historia. Todos ellos han sido propuestos en uno u otro momento. Los proponentes han elaborado a menudo razonamientos para defender sus posiciones; han apelado a veces a las emociones, tales como la compasión o la repugnancia, así como a la razón. Dado que la completa exposición de estos argumentos trasciende el propósito de este artículo, me limitaré a enunciarlos lo mejor que pueda. La base factual de todos estos argumentos es la realidad humana de que algunas personas pueden llegar a la conclusión de que su calidad de vida está tan deteriorada que ya no merece la pena vivirla. Esta conclusión puede ser el resultado de un dolor o sufrimiento no aliviados, o porque consideran la

perspectiva del deterioro, la pérdida del cónyuge o amigos inaceptable, o porque juzgan que sus vidas son estorbos para los demás. Por lo general, las personas que llegan a esta conclusión son pacientes terminales sometidos a tratamiento médico. Estas pueden solicitar a su médico que les provoque la muerte de manera rápida e indolora. En otros casos, los pacientes pueden ser incapaces de expresar tal deseo a nadie, y sin embargo parecer sufrir de tal modo que otras personas, amigos, parientes, cuidadores, puedan sentirse compelidos a acabar con su dolor provocándoles la muerte. El término «eutanasia» ha venido utilizándose largamente para describir situaciones de ambos tipos.

«Eutanasia», que significa literalmente «buena muerte», se ha usado de muy diferentes maneras, dando como resultado una considerable confusión. Como ha puesto de manifiesto el anterior repaso histórico, originalmente parecía designar los deberes de un doctor para hacer más fácil y confortable la agonía. Posteriormente se usó como sinónimo de «muerte piadosa», que es provocar la muerte de la persona que sufre directa y deliberadamente para aliviar su dolor. A medida que los debates proseguían, un uso más cuidadoso distinguió entre eutanasia «voluntaria», «no voluntaria» e «involuntaria».

El público, la comunidad médica y los eticistas médicos están divididos en torno a la ética del suicidio médicamente asistido. Aunque predomina la idea de autonomía personal, se propone una gran variedad de argumentos.

La eutanasia voluntaria describe situaciones en las que el paciente solicita la muerte de manera consciente y deliberada. No voluntaria se refiere a situaciones en las que el paciente está incapacitado para tomar decisiones y no realiza ninguna solicitud. Con involuntaria se describen las situaciones en las que se causa la muerte del paciente en contra de su voluntad. Estas distinciones, hasta cierto punto clarificadoras, causan confusión a su vez. En los últimos años, la eutanasia involuntaria ha sido condenada por todos los observadores, y la no voluntaria, por la mayoría. El debate ahora se centra en la «eutanasia voluntaria».

De todos modos, por eutanasia voluntaria se entiende hoy tanto «ayuda en la muerte», como «suicidio médicamente asistido». Aunque no todos los comentaristas hacen esta distinción, es útil tenerla en cuenta, puesto que cada una de las opciones tiene consecuencias notablemente distintas. «Ayuda en la muerte» supone una situación en la que el paciente solicita la administración de una droga letal a un médico. «Suicidio médicamente asistido» describe una muerte que ha elegido y autoprovocado una persona competente mediante la administración de una sustancia que el médico prescribe pero en ningún caso administra. En el primero, el agente causante de la

muerte es el médico; en el segundo, el mismo paciente. Sin embargo, la implicación con mucho más importante de definir la cuestión de este modo radica en el énfasis en la elección por el agente, lo que refleja un tema dominante en la discusión bioética norteamericana: el respeto por la autonomía individual. El concepto filosófico de autonomía es complejo y adquiere formas distintas en autores tan diversos como Immanuel Kant o John Stuart Mill⁵⁶. Con todo, este concepto filosófico reviste un significado cultural poderoso en la vida americana: se ha convertido en la convicción de que los individuos tienen el derecho de elegir sus propios valores y determinar el curso de sus propias vidas, libres de la coerción e interferencia ajenas. Es esta convicción la que impregna la discusión sobre la eutanasia en Estados Unidos.

Los diferentes significados de eutanasia pueden ser perfectamente ilustrados por tres casos. En el primero, la Sra. A sufre una esclerosis múltiple avanzada. Está ciega, postrada en una cama, abotargada, y aparenta sufrir un dolor constante. No ha expresado preferencias sobre el cuidado que desea recibir al final de su vida. Su esposo le pide al médico que acabe con su sufrimiento poniendo fin a su vida. El médico administra un potente sedante, seguido de un bolo intravenoso de 120 mEq de cloruro potásico. En el segundo caso, la Srta. B agoniza a causa de un cáncer ampliamente extendido y sufre un intenso dolor por metástasis óseas, a pesar de que recibe altas dosis de morfina. Permanece consciente y alerta. Le ruega a su médico que «la duerma para siempre». Éste administra 200 mg de sulfato de morfina por vía intravenosa. En el tercer caso, la Srta. C se encuentra en la misma situación que en el anterior, pero solicita a su médico una prescripción de barbitúricos suficiente para acabar con su vida, instrucciones para ella y su marido sobre la posología y administración adecuadas, y estar presente en el momento en que ella misma ingiera la medicación prescrita para acabar con su vida.

En todos estos casos, el médico proporciona los medios que, rápida y definitivamente, interrumpirán un proceso orgánico necesario para la vida. Esto distingue estos casos de aquel en que el médico detuvo o eludió la intervención para controlar el fallo de procesos vitales, por motivos de futilidad, rechazo del paciente, o calidad de vida profundamente disminuida. En los casos I y II, el médico actúa directamente para concluir la vida del paciente. El caso I es eutanasia no voluntaria; el caso II es voluntaria, pero la administración de morfina no puede ser justificada por la defensa moral llamada «doble efecto», es decir, la intención del médico es detener la vida más que aliviar el dolor. En ambos casos, la acción del médico es contraria a la ley en todas las jurisdicciones americanas. El caso III presenta el problema del suicidio médicamente asistido.

Hasta hace poco, la naturaleza exacta de la asistencia médica para acelerar la muerte no estaba bien definida. Se asumía que el médico prescribiría o administraría una droga letal. En discusiones más recientes, el papel del médico ha sido más precisamente descrito por aquellos que abogan por la legalización de la participación de éste. La administración de una droga letal constituye presumiblemente un acto de homicidio. En cualquier caso, la prescripción de drogas que el

paciente se autoadministra libera al médico de una participación directa. La decisión y la acción de acabar con la vida permanecen bajo control del paciente. Éste, entonces, comete suicidio, que no es ilegal según la ley americana. La participación médica para proporcionar los medios necesarios debería, según sus defensores, estar claramente excluida de las leyes que prohíben la ayuda en el suicidio. La participación médica –comentan estos partidarios– es en realidad un deber propio del médico para aliviar el dolor. Esta descripción es llamada «suicidio médicamente asistido», y se ha convertido en la manera preferente de presentar el asunto, en una formulación que apela fundamentalmente al principio de autonomía.

El público, la comunidad médica y los eticistas médicos están divididos en torno a la corrección ética del suicidio médicamente asistido. A pesar del dominio de la idea de autonomía personal, arriba mencionada, se propone una gran variedad de argumentos. Los oponentes al suicidio asistido avanzan una larga serie de razonamientos que, según dicen, refutan la justificación moral de este acto; muchos de ellos han sido un estándar en el largo debate sobre la eutanasia en general.



Hume escribió un ensayo sobre el suicidio en el que criticó duramente los argumentos tradicionales en contra de su práctica.

1) La prohibición de la privación directa de la vida humana, excepto en casos de defensa propia o ajena, ha sido un dogma central de la tradición judeocristiana, igualmente poderoso en la ética secular. Una máxima clásica de la tradición legal occidental determina que ni siquiera el consentimiento de la víctima constituye una defensa contra el cargo de homicidio.

2) La ética médica ha enfatizado tradicionalmente la salvaguarda y preservación de la vida y la mejora de su calidad y ha repudiado su supresión directa. El Juramento Hipocrático determina: «No administraré una droga mortal a nadie, aunque lo solicite, ni haré ninguna sugerencia a tal efecto». La medicina contemporánea se reafirma en esta tradición. El Comité de Asuntos Éticos y Jurídicos de la AMA, establece: «La eutanasia activa... no es parte de la práctica médica, con o sin el consentimiento del paciente». El Colegio

Americano de Médicos (American College of Physicians) añade: «... aun legalizada, tal acción violaría los estándares éticos de la práctica médica».

3) La dedicación de la profesión médica al bienestar de los pacientes y a la promoción de la salud podría resultar seriamente dañada a los ojos del público y de los pacientes, por la complicidad de los médicos en la precipitación de la muerte de los gravemente enfermos, incluso de aquellos que lo solicitan. Es posible que lleguen a producirse cambios en la relación entre los pacientes y sus médicos en caso de que tal práctica deviniera común.

4) Las solicitudes para una muerte rápida se hacen a menudo en circunstancias de extrema tensión, que puede ser aliviada por un concienzudo control del dolor y otras intervenciones positivas, como las empleadas en los «hospices».

5) Incluso si la tolerancia inicial del suicidio médicamente asistido se limita a la situación voluntaria, es posible que, una vez establecido, la práctica deviniera más aceptable para los pacientes involuntarios que «la habrían solicitado» en caso de haber podido. De manera similar, la posibilidad de una muerte rápida podría comportar coerción para las personas que sienten que su estado es una carga para los demás. Así, a pesar de que procurar una muerte rápida por la solicitud de un paciente que sufre parece piadoso y benevolente, la aceptación de la práctica como ética podría engendrar terribles consecuencias sociales. El programa de la «eutanasia» iniciado en Alemania en la primera mitad de este siglo, con el apoyo de muchos médicos

94



El Dr. Kevorkian (EE UU) ha ideado una máquina para que las personas que desean morir puedan administrarse el fármaco adecuado. Tras haber sufrido varios juicios de los que salió absuelto, finalmente fue condenado por sus prácticas de ayuda al suicidio.

benevolentes, se dirigía en un principio exclusivamente a los enfermos incurables; devino gradualmente genocidio. Éste es el así llamado argumento de «pendiente resbaladiza», propiamente, que la tolerancia frente a una práctica cuestionable, sobre la base de que es inofensiva, llevará gradualmente a la tolerancia de prácticas más agresivas, ya sea acostumbrando a la gente a los valores relacionados con esta práctica, ya por la lógica extensión del argumento.

El suicidio asistido es defendido por sus proponentes con muy variados argumentos.

No es razonable debatir los pros y los contras del suicidio asistido sin tener en cuenta la situación social en la que las personas gravemente enfermas reciben asistencia médica.

1) Los individuos autónomos tienen autoridad moral sobre sus vidas y debería permitírseles acceder a los medios necesarios para ponerle fin, incluyendo la asistencia de aquellos que pueden hacerlo de manera eficaz e indolora.

2) Las distinciones comúnmente invocadas entre «matar y dejar morir», «actuar y dejar de actuar», etc., son espurias; por tanto, la suspensión de un tratamiento y el homicidio directo son moralmente lo mismo y, si la primera está permitida, lo segundo debería estarlo también.

3) No se debería coercer a ninguna persona a soportar la gravosa carga del dolor y el sufrimiento, y aquellos que les liberan de ella, por su propia solicitud, actúan éticamente, esto es, por compasión y respeto a su autonomía.

4) A menudo, las cargas de dolor e incapacidad son resultado del «éxito» de una intervención médica que ha prolongado la vida; aquellos que han procurado ese resultado, tienen una obligación de respeto hacia la voluntad del paciente de no querer soportar por más tiempo tan ingrato estado.

5) La máxima del Juramento Hipocrático es obsoleta, porque la medicina no podía haber anticipado la capacidad de alargar la agonía como lo hace hoy en día. La máxima debería ser interpretada como en su versión moderna, la Declaración de Génova de la Asociación Médica Mundial: «Observaré el máximo respeto por la vida humana...».

6) Algunas voces influyentes dentro de la profesión médica, que generalmente se opone a la eutanasia, han expresado recientemente un apoyo razonado, cuidadosamente circunscrito.

Estos argumentos en pro y en contra se debaten vigorosamente por los proponentes y oponentes del suicidio asistido. No es posible concluir que alguno de ellos lleve a una conclusión sin tacha. La autorización legal del «suicidio asistido» en el estado de Oregón resultó no de argumentos abstractos, sino de un voto popular en el que profundos sentimientos, motivaciones, experiencias personales y posiciones mediáticas, jugaron un poderoso papel. Varios fallos de tribunales federales, incluyendo dos del Tribunal Supremo de Estados Unidos, hacen referencia a la mayoría de estos argumentos morales. Sin embargo, las decisiones judiciales en el sistema legal americano están basadas no en argumentos éticos, sino en razonamientos legales. En estos casos federales, la cuestión giraba en torno a si las personas tienen el derecho constitucional de recurrir a la asistencia médica para morir. De ahí que las decisiones del Tribunal



Los oponentes al suicidio asistido avanzan una larga serie de razonamientos que, según dicen, refutan la justificación moral de este acto.

dependieran de complejos aspectos de derecho constitucional, dejando abiertas las cuestiones éticas. El Tribunal Supremo de Estados Unidos de América sentenció que no existe derecho constitucional al suicidio asistido, pero que las leyes estatales que lo prohíben no son inconstitucionales. Los estados pueden, o no, permitir el suicidio asistido en la medida en que sus respectivas asambleas legislativas determinen si existen o no intereses estatales lo suficientemente serios como para decantarse en uno u otro sentido⁵⁷. En Oregón, el único estado que permite el suicidio médicamente asistido, los médicos pueden prescribir, pero nunca administrar, una droga letal a un paciente terminal perfectamente competente. Se requiere un período de dos semanas entre la solicitud y la prescripción. La consulta psiquiátrica es sólo necesaria cuando el médico sospecha de que el solicitante sufre algún tipo de enfermedad mental.

Aunque el suicidio asistido puede ser legalizado, cada médico debe tomar decisiones en conciencia sobre si asistir a los pacientes para acabar con sus vidas. La práctica del suicidio asistido requerirá decisiones difíciles sobre lo que constituye la capacidad dirimente, la enfermedad terminal, y sobre si han sido agotados todos los medios para tratar el dolor. En particular, la limitada autorización legal a los pacientes terminales capaces dejará cuestiones abiertas en torno a los que no lo son, pero soportan iguales condiciones de tensión, y sobre pacientes no terminales pero conocedores de lo que será su lenta agonía a causa de una enfermedad degenerativa.

El médico que presente objeción de conciencia respecto al suicidio asistido debe informar al paciente sobre su posición, pero, a su vez, discutir en profundidad sobre el asunto con él/ella con la esperanza de poder atisbar opciones mutuamente aceptables. Si el paciente insiste en su deseo de solicitar la asistencia en el suicidio, el médico puede renunciar al caso o proporcionar únicamente cuidado paliativo.

Un médico más próximo a los argumentos en pro del suicidio asistido debe reconocer que la asistencia en el suicidio es casi universalmente contraria a la ley estatal. Las diferentes jurisdicciones poseen leyes que pueden diferir de una manera u otra entre ellas, así como diferentes maneras de tratar el asunto, pero, en

general, el suicidio asistido es un acto criminal. Un médico puede escoger correr el riesgo legal, pero debería hacerlo con pleno conocimiento de las posibles consecuencias. Si un médico decide arriesgarse a incurrir en eventuales responsabilidades penales, él o ella debe cerciorarse realmente de la capacidad de decisión del paciente y de que su estado puede describirse inequívocamente de terminal. El médico debe desgranar el asunto cuidadosa y compasivamente. Se debe analizar la situación médica del paciente, las opciones de tratamiento, las alternativas al suicidio, el alivio del dolor, los cuidados de confortación, el apoyo social, los valores, y las actitudes. El debate debería tener una cierta duración y debería incluir, entre otros, a los cónyuges e hijos del paciente, amigos más cercanos y consejeros éticos y religiosos.

No es razonable debatir los pros y los contras del suicidio asistido sin tener en cuenta la situación social en la que las personas gravemente enfermas reciben asistencia médica. El fracaso del sistema sanitario en cuanto a la provisión de todo tipo de medios para la ayuda, la inadecuación de los cuidados paliativos para el dolor, la falta de médicos personales en el caso de muchos pacientes, y otros rasgos del sistema sanitario, pueden determinar en gran medida el modo en que las personas contemplan sus opciones al final de la vida. Instituciones sociales como los «hospices» pueden aliviar las cargas de la agonía. La estructura de las instituciones sociales que asisten en la muerte y la agonía debería ser tal que tanto ejercieran la compasión como respetaran la autonomía individual. La eutanasia no es sólo una cuestión de ética personal y jurídica; es también un asunto de justicia social.

Notas

1. Meditations, IX, 3
2. Seneca. Letters From a Stoic, letter lxxvii, 77. Harmondsworth: Penguin, 1969; p. 126.
3. Hamilton JS. «Scribonius Largus on the medical profession,» 60 (1986): 209-216. Véase también Ludwig Edelstein. «The Hippocratic Oath: Text, translation and interpretation», en Ancient Medicine: Selected Papers of Ludwig Edelstein, ed. Owsei Temkin y C. Lillian Temkin. Baltimore: The Johns Hopkins Press, 1983; p. 12. Danielle Gourevitch. «Suicide among the sick in classical antiquity». *Bulletin of the History of Medicine* 1969;43:501-18. Paul Carrick. *Medical Ethics in Antiquity*. Dordrecht: D. Reidel Publishing Company, 1985; capítulo 7. John M. Cooper. «Greek philosophers on euthanasia and suicide», en Baruch A. Brody, ed. *Suicide and Euthanasia: Historical and Contemporary Themes*. Dordrecht/Boston: Kluwer Academic Publishers, 1989; 9-38.
4. St. Augustine, City of God, I, 16. Véase Darrel Amundsen. «Suicide and early christian values», en Brody, ed. *Suicide and Euthanasia*, pp. 77-154.
5. St. Thomas Aquinas, Summa Theologiae, II-II, q. 64, a. 5.
6. St. Thomas More, Utopia, en The Complete Works of St. Thomas More, E Surtz and J H Hexter, ed. New Haven: Yale University Press, 1963; IV, 186. John Donne. *Biathanatos*. Margaret Battin y Michael Rudick, ed. New York: Garland Publishing, 1982.
7. David Hume. On Suicide: Essays: Moral, Political and Literary. London: Oxford, 1963; 586-96.

8. «(Medicine) does away with the suffering of the sick, lessens the violence of their diseases, and refuses to treat those who are overmastered by their diseases, realizing that in such cases medicine is powerless». Hippocrates, Art, viii; Prognostic I. W.H.S. Jones, trans. Hippocrates. Vol. II. Cambridge: Harvard University Press, 1957.
9. Thomas Percival, Percival's Medical Ethics. Chauncey Leake, ed. Baltimore: Williams and Wilkins, 1927; II, iii, p. 91.
10. C. F. H. Marx, «Medical Euthanasia,» en *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* 1972;7:404-416.
11. Samuel Williams. «Euthanasia». *Popular Science Monthly* (Mayo 1873): 91. Lionel Tollemache. «The new cure for incurables». *Fortnightly Review* (Feb. 1873): 218-230.
12. «Permissive euthanasia». *Boston Medical and Surgical Journal* 1884;110:19-20.
13. Charles B. Williams. «Euthanasia, 1894». *Medical and Surgical Report* 1894;70:909-11. Véase también Stanley Joel Reiser. «The dilemma of euthanasia in modern medical history: The English and American Experience». En: John A. Behnke, Sissela Bok, ed. *The Dilemmas of Euthanasia*. New York: Anchor Press, 1975; 27-49, y reeditado en Reiser, Dyck, y Curran, eds. *Ethics in Medicine*, pp. 488-94. W. Bruce Fye. «Active euthanasia. An historical survey of its conceptual origins and introduction to medical thought». *Bulletin of the History of Medicine* 1979;52:492-501. Brody, ed. *Suicide and Euthanasia*.
14. Reiser. «The dilemma of euthanasia in modern medical history: The English and American Experience». En Reiser Dyck, Curran, eds. *Ethics in Medicine*, p. 490.
15. James Patterson. *The Dread Disease: Cancer and Modern American Culture*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1987.
16. «Euphoria vs. Euthanasia». *J Am Med Assoc* 1899;32:674. «Euthanasia». *J Am Med Assoc* 1903;41:10940; *BMJ* 1906;1:1094; «Euthanasia: Degenerated sympathy». *Boston Medical and Surgical Journal* 1906;154:330-31; Abraham Jacobi. «Euthanasia». *Medical Review of Reviews* 1912;18:362-3; «May the physician ever end life?» *BMJ* 1897;1:934; William Osler. «Our attitude toward incurable disease». *Boston Medical and Surgical Journal* 1899;141:531; «The problem of euthanasia». *J Am Med Assoc* 1913;60:1897; William Munk. «Review of Euthanasia: A medical treatment in aid of an early death». *BMJ* (1888;1:473; Louis J. Rosenberg y N. E. Aronstam. «Euthanasia: A medico-legal study». *J Am Med Assoc* 1901;36:108-110; Sir Robert A. Wilson. «Medico-literary causerie: Euthanasia». *Practitioner* 1896;56:631-35; Charles B. Williams. «Euthanasia». *Medical and Surgical Report* 1894;70:909-911.
17. «Permissive euthanasia». *Boston Medical and Surgical Journal* 1884;20, citado en Stanley Joel Reiser. «The dilemma of euthanasia in modern medical history: The English and American experience». En: Reiser, Arthur J. Dyck, William J. Curran, eds. *Ethics in Medicine: Historical Perspectives and Contemporary Concerns*. Cambridge: The MIT Press, 1977; 490.
18. Reeditado en Reiser, Dyck, William J. Curran, eds. *Ethics in Medicine*, pp. 498-500. Texto reeditado en O. Ruth Russell. *Freedom to Die: Moral and Legal Aspects of Euthanasia*. New York: Human Science Press, 1977; 291-294. Véase Gwynne Thomas. *King Pawn or Black Knight?* Edinburgh: Mainstream Publishing, 1995; 57.
19. Legislature of Nebraska, Bill No 135 (1937), reeditado en Forster, pp. 122-128.
20. The Oregon Death With Dignity Act, 127.800-127.995.
21. Leo Alexander. «Medicine under dictatorship». *N Engl J Med* 1949;241:39-47; Robert N. Proctor. *Racial Hygiene: Medicine Under the Nazis*. Cambridge: Harvard University Press, 1988.
22. Frank Hinman. «Euthanasia». *J Neurol Ment Dis* 1944;99:640.
23. Joseph Fletcher. *Morals and Medicine*. Princeton: Princeton University Press, 1954; p. 207.
24. Fletcher. *Morals and Medicine*, Capítulo 6, en concreto pp. 187-189.
25. Marvin Kohl, ed. *Beneficent Euthanasia*. New York: Prometheus Books, 1975; Daniel C. Mcguire. *Death by Choice*. New York: Doubleday, 1973; John A. Behnke y Sissela Bok, eds. *The Dilemmas of Euthanasia*. Garden City, N. Y.: Anchor Press, 1975.
26. Pope Pius XII. «Allocution to Anaesthesiologists». *Acta Apostolicae Sedis* 1957;49:1027-1033.
27. President's Commission. *Deciding to Forego Life Sustaining Treatment*, pp. 37-38.
28. *Deciding to Forego Life Sustaining Treatment*, p. 73.
29. Code of Medical Ethics Annotated Current Opinions of the Council on Ethical and Judicial Affairs of the American Medical Association. Chicago: American Medical Association, 1992; section 12, p. 46, actualmente Opinion 2.20, «Withholding and withdrawing life-prolonging medical treatment», (edición 1996-1997 del Code of Medical Ethics).
30. James Rachels. «Active and passive euthanasia». *N Engl J Med* 1975;292:78-80.
31. Yale Kamisar. «Some non-religious views against proposed 'mercy killing'». *Minnesota Law Review* 1968;42:969-1042.
32. «It's Over Debbie». *J Am Med Assoc* 1988;259:272; Willard Gaylin, Leon R. Kass, Edmund D. Pellegrino, Mark Siegler. «Doctors should not kill»; Kenneth Vaux. «Debbie's death: mercy killing and the good death;» y George Lundberg. «'It's over Debbie' and the euthanasia debate». *J Am Med Assoc* 1988;259:2139-2143.
33. Derek Humphry. *Final Exit: The Practicalities of Self-Deliverance and Assisted Suicide for the Dying*. Secaucus, N.J.: The Hemlock Society, 1991.
34. Véase Carlos F. Gomez. *Regulating Death: Euthanasia and the Case of the Netherlands*. New York: The Free Press, 1991; Richard Fenigsen. «Physician-assisted death in the Netherlands: Impact on long-term care». *Issues in Law and Medicine* 1995;11:283-297; M. A. M. de Wachter. «Active euthanasia in the Netherlands». *J Am Med Assoc* 1989;262:3316-9; Henk Rigtter, Els Borst-Eilers, H. J. J. Leenen. «Euthanasia across the North Sea.» *BMJ* 1988;297:1593-5. Véase también el número especial «Euthanasia and the Netherlands». *Issues in Law and Medicine* 1988;3:361-452. Holanda no ha derogado su ley en contra de la eutanasia, pero permite a los médicos practicarla, conforme a estrictas pautas, sin riesgo de incurrir en contingencia legal.
35. Oregon Death With Dignity Act, Section 2, 127. 805. Véase Daniel Hillyard y John Dombrink, *Dying Right. The Death with Dignity Movement*.
36. Schneewind JB. *The Invention of Autonomy. A History of Modern Moral Philosophy*. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.
37. *Washington v Glucksberg y Vacco v Quill*: Tribunal Supremo de Estados Unidos, 1997.