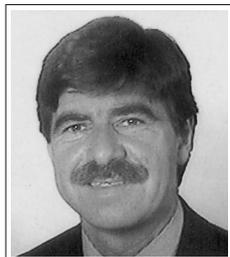


PERSPECTIVAS POLÍTICO- LEGISLATIVAS SOBRE LA EUTANASIA

OCTAVI QUINTANA TRIAS

Director de Investigación en Ciencias de la Vida: Investigación para la Salud. Dirección General de Investigación. Comisión Europea. Square de Meeûs, 8. 1050 Bruselas (Bélgica).



Octavi Quintana es médico, especialista en Medicina Intensiva y máster en Salud Pública. Fue Subdirector General de Asuntos Internacionales del Ministerio de Sanidad y Consumo de España, Presidente de la Sociedad Española de Calidad Asistencial, Presidente del Comité Director sobre Bioética del Consejo de Europa, y Vicepresidente del Grupo Europeo de Ética de la Comisión Europea. Ha participado como coordinador de salud en las crisis humanitarias en Rwanda, Bosnia y Kosovo.

Resumen

La demanda de eutanasia de un paciente terminal con mucho sufrimiento es excepcional y puede ser resuelta casi siempre con cuidados paliativos, pero no puede descartarse que haya pacientes que persistan en su demanda. Para que ésta pueda llevarse a cabo es preciso regular la eutanasia tras un amplio debate en sociedad, perfectamente factible en España. En este artículo se plantean argumentos en favor y en contra de esta regulación y se concluye que hay que regular siempre y cuando se cumplan una serie de requisitos. Por esta razón es imprescindible que la autoridad pública pueda examinar cada caso en todos sus detalles. Se revisa la experiencia holandesa y se propone una serie de condiciones para desarrollar esta regulación.

Palabras clave: Eutanasia. Regulación de la eutanasia. Principio de autonomía.

Abstract

POLITICAL AND LEGAL PERSPECTIVES REGARDING EUTHANASIA

Demands for putting an end to the life of a terminally ill patient with unbearable suffering are exceptional. Palliative care provides a response for most cases but it cannot be ruled out that there can still be patients persisting in the demand. To fulfil the demand, regulating euthanasia after a wide debate in society, absolutely feasible in Spain, is needed. In this article, arguments for and against regulating euthanasia are presented. It is concluded that regulation is necessary, provided some requirements are met. For this reason, it is mandatory that the public authority can examine each case with all the details. The Dutch experience is reviewed and some conditions are put forward to develop this regulation.

Key words: Euthanasia. Euthanasia's regulation. Principle of autonomy.

Introducción

La eutanasia es una situación muy excepcional, aunque plantea un importante problema. No hay que olvidar que la inmensa mayoría de las personas muere en un hospital tras un acuerdo entre el médico y la familia de suspender el tratamiento, produciéndose la muerte pocas horas después. No es que la suspensión del tratamiento ocasione la muerte, sino lo contrario; que se suspende el tratamiento porque se prevé un final inminente. Ésta, insisto, es la forma habitual de morir y, aunque plantea algunos problemas, éstos son muy distintos a la eutanasia.

En realidad existen diversos dilemas éticos al final de la vida que se dan con mucha más frecuencia que la eutanasia¹. Situaciones como las que plantea el tratamiento fútil, la diferencia, si es que existe, entre retirar un tratamiento para mantener la vida o no iniciarlo, el tratamiento del dolor y de las infecciones en pacientes terminales, el rechazo de tratamiento por el paciente o por la familia, la consideración de si la nutrición y la hidratación deben considerarse o no tratamiento en un paciente terminal, el uso que hay que hacer de las voluntades anticipadas son ejemplos de dilemas éticos a veces muy difíciles de resolver y, sin duda, mucho más frecuentes en la práctica cotidiana que la eutanasia.

La eutanasia es una situación excepcional, pero muy grave, porque atenta contra un valor, afortunadamente arraigado en nuestra sociedad, que es el de «no matarás»; es decir, se trata de un acto transitivo en el que interviene un médico. La prohibición de matar intencionadamente es un principio constante en todas las culturas. Buena prueba de ello es que la figura central de cualquier código penal es el homicidio, que está contemplado con diversas tipificaciones, grados de eximentes y agravantes, que demuestran la preocupación de la sociedad por este delito.

En las dos excepciones a la prohibición de matar que todavía persisten, la defensa propia y la guerra, el consentimiento de la víctima no juega ningún papel. Lo que se plantea con la eutanasia es la posibilidad de una excepción al principio de no matar basada en la petición de la persona que va a morir o, lo que es lo mismo, ampliar las excepciones a la prohibición de matar a un tercer supuesto. En realidad, este supuesto tiene la misma base que el suicidio, con la diferencia fundamental de que interviene otra persona. A partir de ahora se va a analizar este tercer supuesto desde un punto de vista moral, no legal, aunque la solución que haya que dar a esta situación entra, evidentemente, en el campo del Derecho. Nótese que en todo momento se habla de matar intencionadamente, porque, lo mismo que en el suicidio, lo fundamental es la intención, no el motivo ni la causa de muerte.

Definición de eutanasia

Dejar morir a un enfermo al dejar de darle tratamiento es muy frecuente en la práctica médica, decisión que se toma cuando se considera que el tratamiento ya no producirá ninguna mejora. En la

decisión participa normalmente la familia y es, sin duda, una forma habitual de morir. Hay enfermedades que causan mucho sufrimiento, ya sea por dolor o por minusvalía, y el enfermo puede preferir morir que seguir en este estado. La eutanasia es la muerte de una persona causada por otra, en general por un profesional de la medicina, a petición libre y expresa de la persona que va a morir. Excluyo por tanto lo que se ha denominado en algunas ocasiones eutanasia pasiva, es decir, dejar de dar tratamiento de forma que el paciente muere. Es un problema completamente distinto que exige otro abordaje y que incluye situaciones que entran dentro de la práctica médica habitual¹.

Con la definición ya se ha dado un paso importante en el debate de la eutanasia². En mi experiencia, parte de la polémica se debe a que existen varias acepciones del término. Es, por tanto, crucial dejar claro a qué nos referimos.

Requisitos para considerar una petición de eutanasia

Una vez definido el término, es conveniente establecer cuáles son los requisitos sin los cuales no se puede hablar de eutanasia. En pura lógica, tal vez debería plantearse previamente si la eutanasia puede tener justificación moral, y, en este caso, plantear los requisitos que se pueden exigir. El motivo de empezar por los requisitos es que la argumentación es más sencilla, porque se conocen los supuestos que delimitan su práctica:

1) La enfermedad provoca un sufrimiento extremo y todas las demás alternativas han fallado. Se trata, por tanto, del último escalón terapéutico, cuando ya no se puede hacer nada más para aliviar el sufrimiento del enfermo. El dolor es una de las mayores causas de sufrimiento y, en general, se trata muy mal. Esto significa, sobre todo, que no se administran los suficientes analgésicos. La razón es que, en los pacientes terminales, la morfina es el analgésico de

En realidad existen diversos dilemas éticos al final de la vida que se dan con mucha más frecuencia que la eutanasia.

elección y los médicos le tienen mucho respeto. La morfina tiene un tabú de droga maldita y algunos médicos no la administran suficientemente por miedo a que los enfermos desarrollen adicción ¡Qué más quisieran! Los datos demuestran que la cantidad de morfina que se administra en España es muy inferior a la que se administra en el Reino Unido, lo que no se puede justificar por diferencias en la sensibilidad al dolor entre los ingleses y nosotros⁵. Afortunadamente, el tratamiento del dolor está mejorando mucho, especialmente desde que existen unidades de cuidados paliativos. El objetivo de los cuidados paliativos es precisamente aliviar el sufrimiento del enfermo en

situación terminal y darle el mayor confort que se pueda desde todos los puntos de vista. Algunos profesionales que trabajan en unidades de cuidados paliativos creen que la eutanasia es un falso problema, por cuanto es simplemente cuestión de adecuar los cuidados paliativos a las necesidades del enfermo. Sostienen los profesionales de cuidados paliativos que en estas unidades no hay peticiones de eutanasia. La doctora Sanders, la creadora de las unidades de cuidados paliativos, lo que en el Reino Unido se llaman hospices, y que con la doctora Kubler-Ros y la madre Teresa de Calcuta han revolucionado la forma de morir, es una clara opositora a la eutanasia⁴.

A mi modo de ver, los cuidados paliativos son absolutamente imprescindibles en el tratamiento de los pacientes terminales; es más, no debería aceptarse, ni tan sólo considerarse, una petición de eutanasia sin que el paciente hubiera tenido la opción de ser tratado en cuidados paliativos. Sin embargo, no comparto el optimismo de los profesionales de estas unidades. Controlar el dolor es a veces muy difícil. Incluso en el caso de que se pudiera controlar, hay un tipo de sufrimiento psicológico que puede ser muy resistente al tratamiento. Los cuidados paliativos probablemente resuelven la mayor parte de las demandas de eutanasia, pero cabe la posibilidad de que algunos pacientes no respondan al tratamiento.

2) El sufrimiento es tal que no compensa ningún otro aspecto del bienestar. El bienestar no consiste simplemente en eliminar los síntomas, sino, además, en la apreciación subjetiva del propio estado. Es por tanto una apreciación subjetiva muy relacionada con la calidad de vida. El carácter subjetivo del bienestar es difícilmente delegable, por lo que no se pueden tomar estas decisiones en nombre del paciente.

3) El enfermo entiende el pronóstico, tiene capacidad para decidir y no está deprimido. En la práctica, éste es uno de los aspectos más difíciles, puesto que se trata de evaluar si el paciente está en condiciones de decidir. Un paciente en un estado terminal y con mucho sufrimiento se halla en una situación psicológica especial. Eso no significa que no tenga capacidad para tomar una decisión, sino que esta capacidad hay que evaluarla cuidadosamente. Los requisitos mínimos para decir que un paciente tiene capacidad de decidir son:

– El paciente entiende su pronóstico. El pronóstico es siempre muy malo, aunque el paciente puede pensar que es peor y por esta razón solicitar la eutanasia.

– El paciente tiene capacidad para decidir. Debe ser capaz de razonar su decisión; no basta con que la manifieste, sino que debe argumentarla.

– El paciente no está deprimido⁵. Una persona con una enfermedad terminal tiene motivos más que suficientes para estar deprimida. Es más, si no está deprimida, hay que sospechar que sufre algún trastorno mental. Si este criterio se siguiera estrictamente, equivaldría a desechar todas las demandas de eutanasia por un motivo de procedimiento, sin tener que discutir su aceptabilidad moral. Lo sensato es tratar la depresión médicamente con el objetivo de mejorar el estado psíquico del paciente. Si el paciente mejora, puede



Los parlamentarios españoles han debatido reiteradamente sobre la eutanasia, pero no ha salido adelante ninguna proposición de ley despenalizadora.

declinar su petición o persistir en ella; no hay forma de preverlo.

4) El paciente lo solicita seria y reiteradamente. Se quiere evitar que tome una decisión tan crucial sin una reflexión profunda que no sea fruto de la desesperación momentánea. El paciente, con tiempo, puede consultar con quien estime que le puede ayudar. Al médico la reiteración de la petición le permite asegurarse de la firmeza y convicción del paciente, y además le da la oportunidad de averiguar si hay coacciones que invalidarían el carácter esencialmente voluntario de la petición.

5) La petición se produce en el seno de la relación médico-paciente. Este es un aspecto crucial. La mejor forma de evaluar la seriedad y convicción de una petición de eutanasia es por un conocimiento de mucho tiempo. La eutanasia en Holanda, el país que tiene más experiencia, se realiza en la gran mayoría de los casos en el seno de una relación médico-paciente de muchos años⁶. Un médico holandés me lo decía muy expresivamente: «Lo difícil es rehusar una demanda de eutanasia de alguien a quien conoces mucho. Emocionalmente es una prueba muy dura y no pienso considerar ninguna más, a menos que se trate de alguien muy cercano o de mi propia familia». Por esta razón, la eutanasia es difícil en un hospital, en el que, típicamente, la relación entre médico y paciente se ha establecido recientemente⁶.

Justificación de la eutanasia

Una vez examinados los requisitos, podemos plantearnos situaciones que los cumplen todos y que, por tanto, plantean un dilema moral. Naturalmente cabe la posibilidad de decidir que no hay ninguna excepción al principio de «no matarás» y que, en consecuencia, la eutanasia no es un problema, pero el caso del señor Ramón Sampedro hace pensar que una parte importante de la sociedad está inquieta con un rechazo tajante a examinar cualquier petición sea cual sea la situación del que la solicita.



El Congreso acoge la voz de los representantes de los ciudadanos y materializa los acuerdos y consensos posibles en un momento histórico dado. La última revisión del Código Penal frustró muchas expectativas.

Argumentos a favor de la eutanasia

Autonomía. El cambio más importante que se ha producido en la medicina en los últimos años es que se ha asumido que el paciente debe participar en las decisiones que le atañen. Tanto es así que todo paciente tiene derecho a rechazar un tratamiento, aunque este rechazo le origine importantes perjuicios e incluso la muerte. Esta actitud, que supone un cambio radical respecto al modelo paternalista tradicional de la medicina, está completamente vigente en los países sajones y está penetrando en el nuestro⁷. La información al paciente es obligatoria siempre por parte del profesional y hay que respetar sus preferencias, entre las que se incluye la de elegir la forma de terminar la vida. Se puede replicar a este argumento diciendo que el paciente no está en buenas condiciones para decidir, porque siempre está deprimido, y que además las opciones están socialmente determinadas. Respecto al primer punto ya se discutió antes, mientras que el componente social de la eutanasia, que es cierto, no invalida la decisión por cuanto habría que admitir que un individuo no es libre cuando decide sobre cuestiones que tienen respaldo social.

Evitar el sufrimiento. Hay que hacer todo lo posible por evitar el sufrimiento, y si todo falla la eutanasia puede considerarse el último escalón terapéutico. A este argumento se puede replicar que los cuidados paliativos resuelven esta situación, pero ya he intentado argumentar que dichos cuidados resuelven muchas situaciones pero no todas. La eutanasia, por tanto, trataría sólo de excepciones. Es curioso notar que, en Holanda, el dolor no es la causa principal para solicitar la eutanasia⁶.

Argumentos en contra de la eutanasia

Matar es malo. Ya se ha argumentado que supondría ampliar las excepciones a la de la petición propia.

Pendiente resbaladiza. Horrible traducción del inglés⁸. Significa que se empieza con la eutanasia y se termina matando a personas inocentes contra su voluntad. El ejemplo del tabaco lo ilustra. Fumar un cigarrillo esporádicamente no tiene ninguna significación patológica, la misma que para el que no fuma, pero en cambio tiene una significación muy

distinta respecto del hábito de fumar. Es muy raro que el que no fuma ni ha fumado nunca comience a fumar súbitamente, pero el que fuma, aunque sea una vez por semana, tiene mayor riesgo.

Actitud contradictoria. Ha costado mucho abolir la pena de muerte en la mayoría de países de nuestro entorno, resistiendo fuertes presiones sociales para que se restableciera. Sería insensato introducir excepciones al principio de no matar en este contexto, porque debilitaría la postura de que la pena de muerte no puede contemplar ninguna excepción. La réplica a este argumento es que, para alegar consecuencias nefastas, hay que tener datos que las hagan prever. Basarse en la historia es no tener en cuenta que vivimos en sociedades democráticas, en las que hay un control social. La contraréplica es que las sociedades democráticas han permitido algunas barbaridades notables, y así sucesivamente.

Presión sobre los más vulnerables. Si se permite la eutanasia y se considera ésta como una forma de morir responsable, habrá una presión sobre los más vulnerables, sobre todo ancianos y enfermos muy dependientes de la ayuda de los demás, para que soliciten la eutanasia. Es fácil manipular la opinión de los más débiles, haciéndoles ver el coste que implican, el trabajo que dan, la baja calidad de su vida, que tienen que dejar paso a otros, que ellos ya han vivido, etc. La réplica a este argumento es que en Holanda no se han constatado casos de presión sobre los más débiles, y prueba de ello es que en las residencias de ancianos es donde menos demandas existen, mientras que la mayoría se piden en el domicilio del paciente al médico de cabecera⁹. De todas formas, el argumento es muy persuasivo. Un modo de prevenirlo es no permitir la eutanasia si todos los ciudadanos no tienen acceso a los servicios de salud, especialmente a los cuidados paliativos.

La eutanasia precisa una regulación porque es una situación que, aunque excepcional, no se puede descartar.

La erosión del papel del médico. Los médicos no pueden hacer daño a sus enfermos; matarlos es un daño muy grande¹⁰. La réplica es que la confianza en el médico consiste precisamente en que éste asistirá al paciente hasta el final y que permanecerá con él. No tiene sentido decir que no se puede uno fiar de una persona, el médico, que accede a lo que el paciente ha decidido y solicitado y que se fiaría más el paciente si no accediera.

Regulación

Los argumentos anteriormente expuestos pueden desarrollarse mucho más extensamente; lo importante es que los argumentos a favor se refieren a casos individuales y los argumentos en contra se refieren a las

consecuencias nefastas que tendría para la sociedad generalizar esta conducta. Cualquier regulación de la eutanasia sólo es aceptable si garantiza que la autoridad pública puede evaluar cada caso. Para justificar los casos concretos hay que fijarse en todas las circunstancias del caso, y si se cumplen todos los requisitos mencionados al principio, es difícil oponerse desde un punto de vista ético, por lo menos en opinión de un importante número de personas. Esta constatación plantea más problemas de los que resuelve. En efecto, si se concluyera que tras examinar cuidadosamente los requisitos exigibles no es posible justificar ni un solo caso, bastaría con una prohibición absoluta. Se ha argumentado que no se puede regular sólo para las excepciones, argumento que a mi juicio tiene poco fundamento, porque hay muchas situaciones excepcionales reguladas. Legalizar la eutanasia es, por otra parte, problemático por los argumentos mencionados, básicamente el de la pendiente resbaladiza, el de la presión sobre los más vulnerables y, tal vez, aunque para mí es menos convincente, el de la erosión de la relación médico-paciente.



La holandesa Martens, miembro del Partido Popular Europeo, promovió en el año 2001 la presentación ante el Parlamento Europeo de un proyecto de resolución que advirtiera de los peligros de las leyes que permiten la eutanasia activa.

Hay actos que no son moralmente justificables y, sin embargo, no se prohíben. Lo que se plantea con la eutanasia es lo contrario: si hay que prohibir actos que son moralmente justificables. Prohibir significa que para prevenir que se cometan abusos se impide que se realice ni siquiera uno, sea justificable o no. Esta ha sido hasta ahora la postura de la mayoría de los países del mundo. En España, el nuevo Código Penal ha optado por prohibirlo, pero si se demuestra que ha sido con la voluntad del paciente, se rebaja la pena en uno o dos grados. En la práctica, un médico que hubiera realizado una eutanasia lo tendría prohibido, pero no sería castigado la primera vez. En una segunda ocasión no habría eximente alguna.

Desde el punto de vista pragmático, hay que fijarse en lo que se ha hecho en los países en los que la eutanasia está regulada. En Europa sólo hay dos ejemplos: Bélgica y Holanda. Bélgica cuenta con una ley desde junio del 2002 y, por tanto, no dispone todavía de datos de lo que sucede con esta práctica. Además, la ley es muy similar a la holandesa. En Holanda existe una ley desde el año 2000, pero además cuenta con

datos desde el año 1991, que actualiza periódicamente. Estos datos preciosos¹¹ han sido utilizados por defensores y detractores de la eutanasia para argumentar en favor y en contra. Los datos se utilizan a favor de la eutanasia para mostrar que no hay mayor demanda de eutanasia por los muy ancianos, que no se solicitan más en las residencias geriátricas que en el hospital o en casa. No hay datos que apoyen el argumento de la pendiente resbaladiza, es decir, que demuestren que desde que se ha legalizado han aumentado los casos o que se han producido sobre todo en los más ancianos o en otros grupos especialmente vulnerables⁹.

Los datos se utilizan contra la eutanasia para mostrar que hay una serie de pacientes que mueren por acción del médico sin que el paciente lo haya solicitado¹². Se trata de pacientes que están en una situación terminal, sin capacidad de decidir, en la que el médico acelera su muerte por compasión. Un caso típico es el de los neonatos con malformaciones graves¹³. Aunque la compasión es perfectamente comprensible como sentimiento, y más en profesionales sanitarios, ciertamente se presta a abusos. Algunos asimilan esta situación con la del paciente al que no se le inicia o se le retira un tratamiento para acortarle la vida¹⁴. Esta pretensión me parece exagerada, toda vez que en muchos casos esta decisión se toma porque el tratamiento parece fútil al profesional, y no cabe duda que la futilidad es un criterio legítimo para no tratar.

Otro importante argumento contra la eutanasia, a partir de los datos holandeses, es que hay un alto porcentaje de casos en los que el médico no ha notificado la eutanasia¹⁵. Los médicos alegan la inseguridad jurídica para no notificar oficialmente⁶. Para facilitar la notificación, tanto en Holanda como en Bélgica se ha establecido que la misma se haga ante un comité de ética especialmente creado para estas situaciones y no ante el fiscal, como ocurría hasta el año 2000. En Holanda ha aumentado el número de casos notificados, pero todavía hay un amplio porcentaje de casos que no lo han sido¹⁶. Lo preocupante es que los que no se notifican son los más problemáticos, porque hay que sospechar que son los que peor cumplen todos los requisitos. Hay que tener en cuenta que si en Holanda hay un considerable número de casos que no se notifican, en España este número podría ser sensiblemente superior. Por otra parte, eso significa que estos casos pueden darse hoy en día en España, sin que dispongamos de ninguna ley. Que haya una ley que regule la eutanasia no tiene por qué aumentar los casos de eutanasia no notificados. En todo caso, los disminuiría.

Hay, además, dos situaciones especialmente difíciles que no resuelve la ley holandesa pero sí aborda la belga.

– La primera es la actitud a adoptar ante un documento de voluntades anticipadas. Por una parte, la voluntad expresa y reiterada es un requisito crucial que no puede comprobarse por un documento que estuvo redactado en otra circunstancia. Por otra parte, no cabe duda de que el documento de voluntades anticipadas está pensado sobre todo para estas situaciones. La ley belga, del mismo modo que hace el Consejo de Europa,

dice que las voluntades anticipadas se tendrán en cuenta sin que quede claro qué significa, es decir, dejándolo a la interpretación del que toma la decisión, lo cual probablemente es lo más razonable.

– La otra situación difícil es la de los enfermos crónicos (el caso de Ramón Sampederro). En Holanda no tienen acceso a la eutanasia, mientras que la ley belga prevé que puedan acceder a ella siempre y cuando cumplan los requisitos.

En definitiva, la eutanasia precisa una regulación porque es una situación que, aunque excepcional, no se puede descartar. Sin embargo, me parece claro que cualquier regulación no podrá impedir que haya casos no detectados y sin control, aunque ciertamente estos casos ya existen hoy. Se trata de mejorar la situación actual en la que todo es ilegal, aunque se den todas las condiciones y requisitos imaginables. La prohibición absoluta puede tranquilizar al legislador, pero no tiene ninguna influencia sobre el que no va a notificar el caso. Este punto es clave porque es la crítica más habitual a la regulación de la eutanasia.

Una regulación sobre la eutanasia debe permitir que la autoridad pública pueda controlar todos los casos notificados individualmente. La solución holandesa y belga de que se notifique a un comité de ética parece muy razonable porque favorece la notificación.

A mi modo de ver, una regulación sobre la eutanasia debe cumplir una serie de requisitos:

– Ante una demanda de eutanasia por parte de un paciente hay que comprobar que ha tenido acceso a cuidados paliativos. Los cuidados paliativos no resuelven todas las situaciones, pero sí pueden dar una respuesta a muchas de las demandas.

– Hay que comprobar asimismo el estado mental del paciente. No es posible pretender que no esté deprimido, porque es lo que cabe esperar en esta situación, pero sí que la depresión no le haya privado de su capacidad de decisión. Los cuidados paliativos pueden ser de gran ayuda para combatir la depresión.

– Hay que comprobar que el sufrimiento no puede combatirse con mayor grado de eficacia. De nuevo, los cuidados paliativos pueden dar una adecuada respuesta a esta cuestión.

– Hay que comprobar que el paciente tiene una voluntad firme de eutanasia. Dejar transcurrir un tiempo entre la primera petición y la eutanasia es imprescindible para poder cerciorarse de la firmeza de la decisión.

– Es imprescindible hacer intervenir a otro profesional independiente en la evaluación del caso para que de esta manera ayude a tomar la decisión.

– En la medida de lo posible, la eutanasia sólo debe considerarse cuando médico y paciente se conozcan previamente, es decir, que la petición se dé en el seno de una relación médico-enfermo ya establecida.

– Los pacientes crónicos que están inmersos en una relación médico-paciente bien establecida deben tener acceso a la eutanasia si se dan las condiciones de gran sufrimiento y se trata de una enfermedad que no

se puede mejorar, muy especialmente si además lo previsible es que empeore.

Las voluntades anticipadas plantean muchas dudas respecto a la voluntad real del paciente en el momento de la eutanasia. No parece prudente comenzar una regulación admitiendo las voluntades anticipadas, porque no se puede comprobar la voluntad reiterada del paciente.

En definitiva, a mi modo de ver hay que regular la eutanasia, aunque sea una situación excepcional, porque confiere a los ciudadanos la tranquilidad de que pueden utilizar esta opción como último recurso. Creo, además, que la sociedad española es suficientemente madura para debatir abiertamente sobre la eutanasia como paso previo a su regulación.

Referencias bibliográficas

1. Beauchamp TL, Veatch RM. *Ethical Issues in Death and Dying*. New Jersey: Prentice Hall, 1996.
2. Quintana-Trias O. *Por una Muerte sin Lagrimas*. Barcelona: Flor del Viento Ediciones, 1997.
3. Subdirección General de Asistencia y Prestaciones Farmacéuticas. *Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo*.
4. Sanders C. *The moment of truth: Care of the dying person*. En *Death and Dying*. Cleveland: Case Western Reserve University Press, 1969.
5. Verhagen S. *Treatment of depression: Always useful, often effective*. *Pallium* 200.
6. Van der Wal G, Van der Maas PJ. *Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life: Practice and notification procedures*. The Hague: Sdu Uitgevers, 1996.
7. Gracia Guillén D. *Fundamentos de Bioética*. Madrid: Eudema, 1989.
8. Keown J. *Euthanasia in the Netherlands: Sliding down the slippery slope?* En: Keown J, ed. *Euthanasia examined*. Cambridge: Cambridge University Press, 1995.
9. Muller MT, Kimsma GK, Van der Wal G. *Euthanasia and assisted suicide: Facts, figures and fancies with special regard to old age*. *Drugs and Aging* 1998;13:185-81.
10. Mullens A. *A timely death: Considering our last rights*. Toronto: Alfred A. Knopf, 1996.
11. 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.
12. Pijnenborg L. *End-of-Life decisions in Dutch medical practice*. Rotterdam: Diss. Erasmus University, 1995.
13. Jochemsen H. *Dutch court decisions on non voluntary euthanasia critically reviewed*. *Issues in Law & Medicine* 1998;13:447-58.
14. Jochemsen H, Keown J. *Voluntary Euthanasia under control? Further empirical evidence from the Netherlands*. *J Med Ethics* 1999;25:16-21.
15. Van der Wal G, Van der Eijk JThM, Leenen HJJ, Spreeuwenberg C. *Euthanasia and assisted suicide: How often is it practiced by family doctors in the Netherlands?* *Family Practice* 1992;9:130-4.
16. Van der Maas PJ, Van Delden JJM, Pijnenborg L. *Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life*. *Health Policy* 1992;21:vi-x, 1-262.