

CARDIOLOGÍA PRÁCTICA  
2005, 14 (1), pg. 32-37

## **EUTANASIA: UN DILEMA MÉDICO, ÉTICO Y JURÍDICO**

**Ramon Bayés**

Universidad Autónoma de Barcelona

Dirección postal: Ramon Bayés, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Barcelona.

Teléfono: 93 217 81 67, dirección electrónica: [ramon.bayes@uab.es](mailto:ramon.bayes@uab.es)

No se acompaña ninguna figura ni tabla.

## RESUMEN

Al abordar el tema de la despenalización de la eutanasia nos enfrentamos a una problemática difícil, compleja y de notable relevancia ética. En el momento de escribir estas líneas no existe consenso entre los juristas, profesionales sanitarios y especialistas en bioética sobre la necesidad, ventajas, inconvenientes y límites de esta medida irreversible. En el mejor de los casos, suponiendo que dicha despenalización se llegue a aplicar en nuestro país algún día, la misma sólo afectará a un número muy reducido de personas, como se ha demostrado en los pocos lugares en los que la misma se encuentra vigente; de hecho, deja sin respuesta a la gran mayoría de seres humanos que afrontan el último tramo de su existencia. En contraste con esta realidad, unos cuidados paliativos de calidad, asequibles a todos los miembros que conforman la comunidad humana, se presentan, para la gran mayoría de personas que se acercan al final de su existencia, como una alternativa válida indiscutible a la que es preciso que las autoridades sanitarias presten una atención urgente y prioritaria.

**Palabras clave:** eutanasia, suicidio asistido, sedación, cuidados paliativos, muerte.

En los últimos años, el tema de la eutanasia ha adquirido protagonismo, no sólo en los medios de comunicación sino también en las revistas médicas de primera fila, en especial, aunque no únicamente, en *The New England Journal of Medicine*<sup>1-33</sup>. En España, ha merecido igualmente la atención del sector profesional médico pudiendo citarse, a título de ejemplo, el número monográfico que le dedicó, en 2003, la nueva publicación periódica *Humanitas. Humanidades Médicas*<sup>34</sup>, la

declaración sobre la eutanasia de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos<sup>35</sup>, o la facilitada por el denominado “Observatorio de Bioética y Derecho”, dada a conocer, en 2004, por la revista *Annals de Medicina*<sup>36</sup>, publicación oficial de la Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears.

No deseáramos repetir aquí lo que el lector interesado puede encontrar fácilmente en las publicaciones mencionadas, en muchas otras de similar calado o en la abundante correspondencia generada por las mismas en las revistas especializadas. Nuestro presente objetivo se reduce a proporcionar, a través de un modesto artículo, unas claves sencillas, provisionales, discutibles y personales, para, tal vez, tratar de entender mejor la problemática que se plantea.

La primera de ellas, que puede fácilmente deducirse de una ojeada superficial a la literatura – aunque tan sólo sea a los títulos de los trabajos incluidos en las referencias del presente artículo – es que, al abordar el tema de la eutanasia, no nos enfrentamos a una problemática sencilla sino tremendamente compleja en la que los juristas, los expertos en bioética y los profesionales sanitarios ofrecen argumentaciones, consideraciones y matices respetables, tanto en favor como en contra de su despenalización. En el momento de escribir estas líneas, no existe consenso.

El debate público y ponderado sobre el tema no sólo es legítimo sino que evidencia el avance de nuestra sociedad en la conquista de mayores cotas de autonomía pero, desgraciadamente, no ocurre lo mismo con las posturas dogmáticas reactivas que a menudo aparecen, en favor o en contra de dicha despenalización, sin apenas conocimiento de las implicaciones del problema ni de los múltiples factores e intereses que concurren en el mismo. “El derecho a la muerte digna – escribe, por ejemplo, Albert Jovell<sup>37</sup> – no puede convertirse en una invitación a querer morir como medio para poner finitud y certeza a una situación incierta de sufrimiento y dolor”. Por ello, nuestra primera conclusión, nuestra primera clave, es que se trata de un tema **difícil y complejo**, susceptible de suscitar gran emocionabilidad y que implica, por tanto, la responsabilidad moral de su manejo

Eutanasia es un término que en la antigua Grecia equivalía a “buena muerte”, aun cuando, en nuestra sociedad haya adquirido connotaciones plurales y diferentes. El concepto, que no la palabra, de eutanasia aparece en el art. 143.4 de nuestro código penal en la siguiente forma: “El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos difíciles de soportar”. Por tanto, desde un punto de vista legal, en España, sólo se produce eutanasia cuando: a) un ser humano causa directamente la muerte a otro ser humano; b) existe una petición previa, expresa y reiterada, por parte de este último, en plena posesión de sus facultades mentales; y c) el solicitante padece una enfermedad grave que le conducirá inevitablemente a la muerte o le produce un sufrimiento insoportable. Si no se dan las tres condiciones, no es eutanasia<sup>38</sup>.

Una concepción similar la encontramos en los dos únicos países en que, en este momento, la eutanasia se encuentra despenalizada (Parlamento holandés el 10 de Abril de 2001 y Parlamento belga el 16 de mayo de 2002) como acto que intencionalmente pone fin a la vida de una persona, adulta y mentalmente competente, a su requerimiento, con el importante y lógico añadido de que, en ambos países, la práctica legal de la eutanasia debe ser efectuada por un médico como mejor garantía de que se cumplen los requisitos exigidos por la ley ante una situación en la que la dolencia del paciente no responde a los tratamientos disponibles y el sufrimiento es insoportable<sup>39</sup>, extremo que también se encuentra recogido en la propuesta denominada “Documento sobre la disposición a la propia vida en determinados supuestos: declaración sobre la eutanasia”, dada a conocer en Cataluña, en 2004<sup>36</sup>.

No es eutanasia, aun cuando su aplicación pueda suscitar importantes problemas bioéticos: a) dejar de utilizar una técnica extraordinaria de soporte vital (p.e. ventilación asistida) siempre que sea: por decisión del paciente, por priorización razonada de los recursos existentes, o cuando se ha convertido en un procedimiento claramente inútil<sup>40</sup>; b) proporcionar terapéuticas medicamentosas en dosis elevadas con el objetivo de aliviar el dolor u otra sintomatología generadora de intenso sufrimiento aunque, indirectamente, las mismas puedan acortar la vida del enfermo.

Recientemente, ha tenido lugar en Gran Bretaña un caso de singular complejidad que pone de relieve la extremada dificultad de las decisiones que deben tomarse en el terreno incierto de la colaboración, activa o pasiva, de un profesional en la interrupción de la vida de otro ser humano<sup>41</sup>. En él, por primera vez, ha existido confrontación pública ante un tribunal, entre los padres de la niña Charlotte Wyatt, partidarios de utilizar con ella indefinidamente todos los medios extraordinarios posibles para mantenerla con vida, y la de sus médicos, defensores de no utilizar la ventilación asistida para prolongar su vida en el caso de que la niña presentara de nuevo, como era esperable, dificultades de respiración. Charlotte nació tras 26 semanas de gestación; al nacer pesaba 458 gr y, en el momento del juicio, tenía 11 meses de edad y su cerebro, pulmones e hígado se encontraban severamente dañados; no respondía a la estimulación y tenía pocas posibilidades de sobrevivir un año más y siempre en condiciones de considerable malestar y, probablemente, de intenso sufrimiento. Finalmente, el juez, quien debía decidir quiénes defendían mejor los intereses de la niña, si sus padres o los médicos, decidió en favor de estos últimos: en el caso de que la niña sufriera nuevas dificultades respiratorias que hicieran necesario el uso de un respirador para prolongar su vida, éste no debía utilizarse. Esto no es eutanasia; sería, en todo caso, **limitación del esfuerzo terapéutico**<sup>42</sup>.

En resumen, para tomar una decisión en la que se encuentre implicada la existencia de una persona será preciso un detallado análisis y *personalización* de cada caso. Esta será nuestra segunda clave.

Cuando se plantean decisiones que afectan al término irreversible de una vida humana es de primordial importancia que los médicos posean claridad de ideas, tanto respecto a los principios bioéticos que deben regir permanentemente su actuación profesional como a las variables que concurren en cada caso concreto, con el fin de que la solución elegida sea la mejor posible o la que menos daño produzca, en primer lugar, al paciente y, en segundo lugar, a sus familiares. Será igualmente importante que, en los casos dudosos, los facultativos tengan fácil y rápido acceso a un comité consultor bioético “constituido por profesionales prudentes, humildes, íntegros y valientes”<sup>43</sup>.

En todo caso, como señala Couceiro<sup>44</sup>, tanto la eutanasia como el suicidio asistido – al que aludiremos a continuación – comportan una acción directa y voluntaria cuyo fin es acabar definitivamente con el sufrimiento de un enfermo a través de un acto que pone término a su vida biológica. El caso de la niña al que acabamos de aludir no es, por tanto, como ya antes se ha mencionado, eutanasia: lo que pondrá fin a la vida de la niña no será el hecho de no conectarle un respirador que prolongue un poco más su experiencia de sufrimiento, sino su incurable enfermedad congénita.

La eutanasia supone la transitividad de un acto; es decir, que una persona, intencionalmente, quita la vida a otra. Es posiblemente debido al rechazo que conlleva este matiz homicida por lo que, en Estados Unidos, los defensores de la eutanasia, viendo el fracaso de sus propuestas de despenalización en los estados de Washington y California, hayan tratado de paliar ante la opinión pública dicha transitividad con una propuesta de “suicidio asistido” en el estado de Oregón, la cual fue finalmente aprobada en la pasada década. En efecto, como señala Diego Gracia<sup>40</sup>, el suicidio, a diferencia del homicidio, es básicamente intransitivo, y la transitividad del suicidio asistido se palía, al menos en apariencia, utilizando el adjetivo “asistido”.

Antes de proseguir, sin embargo, será preciso tener en cuenta un dato que nos muestra los verdaderos límites de la dimensión social de la solución eutanásica al problema del sufrimiento insoportable. En el Estado norteamericano de Oregón antes citado – único en el cual el suicidio asistido se encuentra despenalizado en Estados Unidos – entre 1998 y 2003 los médicos prescribieron 265 dosis letales de medicamento (usualmente, un barbitúrico) y 171 enfermos murieron después de ingerir estas medicaciones<sup>28</sup>. En otras palabras, esto equivale a que, de media, cada año,

28 personas mueren legalmente en el Estado de Oregón por suicidio asistido. Si comparamos esta cifra con las 29.000 muertes que, anualmente, tienen lugar en dicho Estado<sup>27</sup>, esto supone que sólo el 0,09 % de las personas que mueren eligen, de facto, esta opción. Tercera clave: se trata de una decisión que posee un carácter absolutamente **minoritario**, aun cuando este hecho, por descontado, no le quite relevancia ética.

Comenta Ezekiel Emanuel<sup>45</sup>: “En el mejor de los casos, la eutanasia y el suicidio asistido afectan a un porcentaje muy reducido de la población que se encuentra en la cercanía de la muerte; tenemos todavía sin resolver el problema de más de un 95 % de las personas que mueren, las cuales precisan que se proporcione calidad en los cuidados que reciben y, por tanto, nuestro objetivo debería centrarse en identificar y satisfacer sus necesidades”. Cuarta clave: desde el punto de vista social de priorización de recursos y esfuerzos el tema de la eutanasia **no es prioritario**.

En resumen, aunque en España se llegasen en algún momento a despenalizar la eutanasia o el suicidio asistido, esto no representará ningún cambio ni camino de solución para conseguir que la inmensa mayoría de personas que se aproximan al final de su vida tengan una muerte en paz, uno de los dos objetivos básicos – junto a la prevención y curación de enfermedades – propuestos por Callahan<sup>46</sup> para la Medicina del Siglo XXI. Lo cual no quita valor a los argumentos en favor o en contra de la despenalización de la misma pero sí que la reduce a su verdadera dimensión: **la excepcionalidad**.

Podemos preguntarnos, en la línea de Emanuel antes citada<sup>45</sup>, ¿todo el esfuerzo que se está llevando a cabo en favor de dicha despenalización, en muchas ocasiones con un fuerte apoyo mediático, no estaría mejor empleado en conseguir que unos buenos cuidados paliativos, hospitalarios o domiciliarios, fueran verdaderamente asequibles a los miles de enfermos que, cada año, en nuestros hospitales o en la soledad de sus casas, se acercan al final de su existencia? De acuerdo con la memoria socioeconómica de 2003, realizada por el Consell Econòmic i Social de Barcelona, únicamente en dicha ciudad vivían solas más de 75.000 personas mayores de 65 años<sup>47</sup>.

Y sin embargo, tampoco deberíamos olvidar las palabras de Sherwin B. Nuland<sup>20</sup> – autor bien conocido en España por su best-seller “Cómo morimos” – en su respuesta a las cartas que suscitó un artículo suyo sobre la eutanasia: “Puedo asegurar al doctor Manning y al doctor Reichel que difícilmente encontraremos un solo médico en Estados Unidos que no prefiera aplicar un cuidado paliativo eficaz a practicar la eutanasia. Pero siempre habrá unos pocos pacientes para quienes nuestros mejores esfuerzos serán inútiles. Si entre esta minoría de pacientes nos encontramos con algunos que requieren nuestra ayuda para morir, los médicos que estén dispuestos a implicarse deberían disponer de los recursos precisos para actuar con eficacia y compasión”. Aunque sea una reiteración vuelvo a subrayarlo: la eutanasia es un tema **complejo, difícil y excepcional**.

En contraste con la eutanasia y el suicidio asistido, las unidades de cuidados paliativos no tienen como objetivo eliminar el sufrimiento utilizando, como medio para conseguirlo, poner fin a la vida del enfermo, sino aliviar dicho sufrimiento, por una parte, a través del control de sus síntomas somáticos y, por otra, prestando atención a sus necesidades existenciales, sociales, psicológicas y espirituales, en sintonía con su priorización de las necesidades y los recursos disponibles. Ante determinados síntomas intratables o vivencias angustiosas calificados como “refractarios” – es decir que no responden a ninguna intervención terapéutica conocida – se utiliza, en algunos casos, en la proximidad de la muerte, la sedación profunda y permanente del enfermo, cuyo objetivo es terminar con su sufrimiento a través de la supresión irreversible de su conciencia. La práctica de la sedación terminal tampoco es eutanasia pero no podemos dejar de recordar unas interesantes reflexiones sobre el tema de Barbero y Camell<sup>48</sup>, entre las que destacamos:

1) La sedación definitiva sólo puede ser propuesta como último recurso, cuando los cuidados paliativos han fracasado en su intento de controlar el sufrimiento y después de haber intentado todos los medios alternativos posibles para paliar los síntomas refractarios.

2) Debido a su carácter excepcional, y por la carga de irreversibilidad y trascendencia de la decisión, ésta ha de ser tomada, siempre que sea posible, por el mismo paciente.

3) Hay que tener en cuenta que si llegamos a convertir en frecuentes las situaciones excepcionales, es posible que a algunas personas – sobre todo las más vulnerables – pudiera aplicárseles una sedación irreversible, en función, no de sus deseos sino de las ansiedades o intereses de sus familiares o de sus cuidadores sanitarios.

La variabilidad de los criterios utilizados actualmente en la aplicación de la sedación se traduce en que “en uno de cada tres enfermos se puede indicar o no la sedación según se le atienda en uno u otro centro”<sup>38</sup>. Cuarta clave: necesidad de que los profesionales sanitarios, en especial los médicos, posean una formación adecuada tanto en el conocimiento de los **principios bioéticos** como en la aplicación de los mismos.

En Holanda, país en el que, como antes se ha dicho, la eutanasia se encuentra legalizada, en 2003, los casos de eutanasia disminuyeron por cuarto año consecutivo, sospechándose que esta disminución podría deberse a una mejor aplicación de los cuidados paliativos<sup>49</sup>. Si la investigación empírica demostrara esta hipótesis, esto significaría que, por lo menos en algunos de los casos en los que se aplicó la eutanasia, el sufrimiento del enfermo no era refractario a los tratamientos paliativos existentes y que tal vez, de haberse aplicado éstos, la elección del enfermo – ya que, en el fondo, de

lo que se trata, es de avanzar en la consecución de una mayor cota de libertad humana – hubiera sido diferente. Posiblemente avanzándose a esta posibilidad, una Ley belga de 18 de Mayo de 2002, exige que antes de aceptar una demanda de eutanasia se hayan ofrecido al paciente unos correctos cuidados paliativos<sup>40</sup>.

Y esto nos conduce a otra pregunta ineludible. La despenalización de la eutanasia y/o el suicidio asistido, al margen de conseguir una posible clarificación de la respuesta a algunas situaciones excepcionales y constituir un paso más en el reconocimiento del control del hombre sobre su destino, ¿puede suponer algún daño, perjuicio o peligro para otras personas de la comunidad, como señalan Barbero y Camell<sup>48</sup> al analizar la problemática de la sedación terminal irreversible?

Quinta clave: **no producir daño a terceros** o, en todo caso, que el daño a terceros que pueda producirse con la despenalización sea inferior al bien que se consigue con la ley actual; es decir, no incrementar la probabilidad de que se aplique la eutanasia a personas incapacitadas para efectuar una elección libre. En Holanda, en la época de tolerancia previa a su despenalización, dada la poca fiabilidad de los datos existentes, el Gobierno holandés encargó un informe a una comisión creada a tal efecto, la cual, en 1991, dió a conocer sus hallazgos. Según dicho informe<sup>1</sup>, de las 130.000 muertes que tuvieron lugar en el país en 1990, 2.300 lo fueron por eutanasia y 400 por suicidio asistido pero hubo otras 1.000 muertes en las cuales el paciente no era competente y se violó la normativa. Es importante y urgente, por tanto, que en los países en los que ya se encuentra despenalizada la eutanasia se efectuen investigaciones empíricas rigurosas de las consecuencias positivas y/o negativas de dicha medida.

Los defensores de la eutanasia activa – escribe Fiona Randall<sup>50</sup> – afirman que su despenalización incrementaría la autonomía de las personas que la pidieran y disminuiría su sufrimiento. Sin embargo, las leyes son creadas para incrementar la autonomía de todas las personas que forman parte de una sociedad, no sólo de algunas y, a veces, se considera necesario, en el mundo imperfecto en que vivimos, limitar algunas libertades individuales para proteger la autonomía general. Podemos preguntarnos, ¿acaso la existencia de una ley que despenalice la eutanasia no supone, por ejemplo, una presión coactiva importante para algunos enfermos que preferirían seguir viviendo pero que se saben una carga para sus seres queridos? ¿Acaso esta presión no puede considerarse un freno para el ejercicio de la autonomía individual?

Lo cual nos puede conducir al todavía más difícil planteamiento del problema de la libertad. ¿Acaso el hombre – como sugería Skinner<sup>51</sup> en su controvertido libro “Más allá de la libertad y la dignidad” – no es nunca completamente libre sino que sus decisiones son siempre fruto de sus genes, de sus contingencias pasadas y presentes, y – añadiríamos - de sus expectativas futuras?

¿Cuáles serán entonces las circunstancias que tendremos que elaborar para facilitar el desarrollo de un mundo mejor; en nuestro caso, de una muerte más serena?

Y, como en las muñecas rusas, pronto nos surge otro problema: si se considera que la despenalización de la eutanasia y/o el suicidio asistido constituyen un avance social, ¿por qué privar de él a las personas que, por ejemplo, por haberse demenciado, sufren un permanente dolor insoportable y no están en disposición de decidir? ¿Dónde ponemos el límite?

Recientemente, la prensa se ha hecho eco de un documento redactado por el Comité Permanente de Médicos Europeos, que agrupa a los profesionales de 25 países<sup>52</sup>, que añade más leña al fuego al afirmar, de forma taxativa, que “no es ético tomar medidas cuya finalidad sea terminar deliberadamente con la vida de un paciente, tanto si son a petición del mismo y sus familiares como si no”.

Tal vez uno de los mejores resúmenes de la situación en la que nos encontramos nos la ofrece Quill<sup>24</sup>, al comparar las diferentes **opciones de último recurso** disponibles en los casos de sufrimiento refractario intolerable de pacientes próximos al final de su existencia:

- a) Control de síntomas somáticos proporcional a la intensidad de los mismos.
- b) Retirada o no comienzo de terapéuticas susceptibles de mantener la vida.
- c) Sedación irreversible con pérdida de conciencia
- d) Negación voluntaria del paciente a continuar suministrando a su cuerpo líquidos y alimentos.
- e) Suicidio asistido supervisado por un médico.

Mientras que las cuatro primeras opciones pueden ser legales y la quinta, en Estados Unidos, sólo lo es en el Estado de Oregón, en este momento únicamente existe consenso sobre su aceptabilidad ética para las dos primeras. En cuanto a la decisión, se admite que en las tres primeras la misma puede ser tomada por el paciente o su representante (en caso de incapacidad de éste), mientras que en las dos últimas, únicamente puede tomar la decisión el propio paciente.

En resumen, el problema de los recursos de que disponemos para el afrontamiento de la muerte, entre los que se encuentra la eutanasia, al margen de su dimensión jurídica, nos sumergen en un mundo bioético complejo en el que las decisiones deben analizarse, evaluando las consecuencias bajo el prisma de la prudencia y la deliberación, y en el que, de hecho, todas ellas, para la persona que

se acerca al fin de sus días, poseen un carácter único y una importancia excepcional.

Ojalá, como expresa Quill<sup>24</sup>, las piezas de este rompecabezas puedan integrarse, en un mañana no lejano, en un todo coherente que sea asequible por un igual a todas las personas que tendremos que recorrer algún día el último camino.

Para finalizar deseo expresar que, personalmente, hay dos cosas, dentro de mi confusión, que veo con bastante claridad para conseguir avances en la problemática planteada: a) la **necesidad de una investigación rigurosa** de los factores que ayudan o dificultan que las personas mueran en paz; y b) que todos los profesionales sanitarios, en especial los médicos y las enfermeras, además de la actitud benéfica que se espera de su profesión, posean o adquieran unas **buenas estrategias de comunicación** con el enfermo y sus familiares.

**AGRADECIMIENTO.-** *El autor agradece a Javier Barbero y Francesc Xavier Borràs sus valiosos comentarios y observaciones al primer borrador de este original. Este trabajo ha podido realizarse, en parte, gracias a la ayuda BSOP2002-01123 de la Dirección General de Investigación del Ministerio de Ciencia y Tecnología.*

## REFERENCIAS

1. Angell M. Euthanasia in the Netherlands. Good news or bad? N Engl J Med 1996; 335: 1676-1678.
2. Angell M. The Supreme Court and physician-assisted suicide. The ultimate right. N Engl J Med 1997; 336: 50-53.
3. Annas GJ. The promised end. Constitutional aspects of physician-assisted suicide. N Engl J Med 1996; 335: 683-687.
4. Burt RA. The Supreme Court speaks: Not assisted suicide but a constitutional right to palliative care. N Engl J Med 1997; 337: 1234-1236.
5. Chin AE, Hedberg K, Higginson GK, Fleming DW. N Engl J Med 1999; 340: 577-583.

6. Emanuel EJ, Battin MP. What are the potential cost savings from legalizing physical-assisted suicide?. *N Engl J Med* 1998; 339: 167-172.
7. Foley KM. Competent care for the dying instead of physical-assisted suicide. *N Engl J Med* 1997; 336: 54-58.
8. Ganzini L, Lee MA. Psychiatry and assisted suicide in the United States. *N Engl J Med* 1997; 336: 1824-1826.
9. Ganzini L, Nelson HD, Schmidt TA, Kraemer DF, Delorit MA, Lee MA. Physicians' experiences with the Oregon Death with Dignity Act. *N Engl J Med* 2000; 342: 557-563.
10. Ganzini L, Block S. Physician-assisted death. A last resort?. *N Engl J Med* 2002; 346: 1663-1665.
11. Ganzini L, Harvarth TA, Jackson A, Goy ER, Miller LL, Delorit MA. Experiences of Oregon nurses and social workers with hospice patients who requested assistance with suicide. *N Engl J Med* 2002; 347: 582-588.
12. Glick SM. Unlimited human autonomy. A cultural bias. *N Engl J Med* 1997; 336: 954-956.
13. Groenewoud JH, Van der Maas PJ, Van der Wal G, Hengeveld MW, Tholen AJ, Schudel WJ, et al. Physician-assisted death in psychiatric practice in the Netherlands. *N Engl J Med* 1997; 336: 1795-1801.
14. Groenewoud JH, Van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD, Willems DL, Van der Maas PJ, Van der Wal G. Clinical problems with the performance of euthanasia and physician assisted suicide in Netherlands. *N Engl J Med* 2000; 342: 551-556.
15. Hedberg K, Hopkins D, Kohn M. Five years of legal physician-assisted suicide in Oregon. *N Engl J Med* 2003; 348: 961-964.
16. Lo B, Dornbrand L, Wolf LE, Groman M. The Wendland case. Withdrawing life support from incompetent patients who are not terminally ill. *N Engl J Med* 2002; 346: 1489-1493.
17. Markel H. "I swear by Apollo". On taking the Hippocratic oath. *N Engl J Med* 2004; 350: 2026-2029.
18. Meier DE, Emmons CA, Wallenstein S, Quill T, Morrison RS, Cassel CK. A national survey of physician-assisted suicide and euthanasia in the United States. *N Engl J Med* 1998; 338: 1193-1201.
19. Nuland SB. Physician-assisted suicide and euthanasia in practice. *N Engl J Med* 2000a; 342: 583-584.
20. Nuland SB. Physician-assisted suicide and euthanasia. *N Engl J Med* 2000b; 343: 152-153.
21. Orentlicher D. The legalization of physician-assisted suicide. *N Engl J Med* 1996; 335: 663-667.
22. Orentlicher D. The Supreme Court speaks: Not assisted suicide but a constitutional right to palliative care. *N Engl J Med* 1997; 337: 1236-1239.
23. Quill TE, Dresser R, Brock DW. (1997). The rule of double effect. A critique of its role in end-of-life decision making. *N Engl J Med* 1997; 337: 1768-1771.
24. Quill TE. Dying and decision making. Evolution of end-of-life options. *N Engl J Med* 2004; 350: 2029-2032.
25. Rowland LP. Assisted suicide and alternatives in amyotrophic lateral sclerosis. *N Engl J Med* 1998; 339: 987-989.

26. Slome LR, Mitchell TF, Charlebois E, Benevedes JM, Abrams DI. Physician-assisted suicide and patients with human immunodeficiency virus disease. *N Engl J Med* 1997; 336: 417-421.
27. Steinbrook R. Physician-assisted suicide in Oregon. An uncertain future. *N Engl J Med* 2002; 346: 460-464.
28. Steinbrook R. Medical marijuana, physician-assisted suicide, and the controlled substances act. *N Engl J Med* 2004; 351:1380-1383.
29. Sullivan AD, Hedberg K, Fleming DW. Legalized physician-assisted suicide in Oregon. The second year. *N Engl J Med* 2000; 342: 598-604.
30. Sullivan AD, Hedberg K, Hopkins D. Legalized physician-assisted suicide in Oregon 1998-2000. *N Engl J Med* 2001; 344: 605-606.
31. Van der Maas PJ, Van der Wal G, Haverkate I, De Graaf CLM, Kester JGC, Onwuteaka-Philipsen BD et al. Euthanasia, physician-assisted suicide, and other medical practices involving the end of life in the Netherlands, 1990-1995. *N Engl J Med* 1996; 335:1699- 1705.
32. Van der Wal G, Van der Maas PJ, Bosma JM, Onwuteaka-Philipsen BD, Willems D, Haverkate I et al. Evaluation of the notification procedure for physician-assisted death in the Netherlands. *N Engl J Med* 1996; 335: 1706- 1711.
33. Veldink JH, Wokke JHJ, Van der Wal G, Vianney de Jong JMB, Van den Berg LH. Euthanasia and physician-assisted suicide among patients with amyotrophic lateral sclerosis in the Netherlands. *N Engl J Med* 2002; 346: 1638-1644.
34. Tomás-Valiente C, ed. Eutanasia. Humanitas. Humanidades Médicas 2003, nº 1.
35. Altisent R, Porta J, Rodeles R, Gisbert A, Loncan P, Muñoz Sánchez et al. Declaración sobre al eutanasia de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. *Med Paliat (Madrid)* 2002; 9 (1): 37-40.
36. Grup d'Opinió de l'Observatori de Bioètica i Dret. Document sobre la disposició de la pròpia vida en determinats supòsits: declaració sobre la eutanàsia. *Ann Med* 2004; 87: 116-120.
37. Jovell A. Deseo de morir, voluntad de vivir. *El País* 2004; 14 de Sept: 39.
38. Couceiro A, Núñez Olarte JM. Orientaciones para la sedación del enfermo terminal. *Med Paliat (Madrid)* 2001; 8 (3): 138-143.
39. Deliens L, Van der Wal G. The euthanasia law in Belgium and the Netherlands. *Lancet* 2003; 362: 1239-1240.
40. Gracia D. Como arqueros al blanco. Estudios de bioética. Madrid: Triacastela, 2004.
41. The Lancet. Aiding decision making for baby Charlotte and baby Luke. *Autor* 2004; 364: 1462.
42. Barbero J, Romeo C, Gijón P, Júdez J. Limitación del esfuerzo terapéutico. En: Gracia D, Júdez J, eds. Ética en la práctica clínica. Madrid: Fundación Ciencias de la Salud/Triacastela, 2004; 161-181.
43. Broggi MA. Gestión de los valores "ocultos" en la relación clínica. *Med Clín (Barc)* 2003; 121 (18): 705-709.
44. Couceiro A. La sedación de los enfermos en el contexto de los cuidados paliativos. En Bayés R, ed. Ética y sedación al final de la vida. Barcelona: Fundació Víctor Grifols i Lucas, 2003; 29-58.
45. Ramsay S. Debate continues on end-of-life issues. *Lancet* 2000; 355: 811.

46. Callahan D. Death and the research imperative. *N Engl J Med* 2000; 342: 654-656.
47. El Periódico. Informe anual. Autor 2004; 5 Noviembre: 49.
48. Barbero J, Camell H. Sedación y paciente terminal: la conciencia perdida. *Med Paliat (Madrid)* 1997; 4 (4): 170-178.
49. Van Kolschooten F. Dutch regulations governing euthanasia debated. *Lancet* 2004; 363: 1963.
50. Randall F. Two lawyers and a technician. *Palliat Med* 1993; 7: 193-198.
51. Skinner BF. *Beyond freedom and dignity*. Nueva York: Knopf, 1971.
52. De Benito E. El Comité de Médicos Europeos se opone a la eutanasia. *El País* 2004; 18 sept: 33.