

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en **Ars Medica, revista de estudios médicos humanísticos**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

El debate actual sobre la legalización de la eutanasia

Francisco León C.
Dr. En Filosofía y Magíster en Bioética
Prof. Adjunto Asociado
Centro de Bioética – PUC

Alejandrina Arratia F.
Dra. En Filosofía de Enfermería Magíster
En Diseño de Instrucción Profesora Adjunta
Escuela de Enfermería – PUC

En el actual debate planteado en torno a la eutanasia, hay cuatro cuestiones que necesitan hoy un urgente estudio. La primera consiste **en la necesidad de definir inequívocamente la terminología** y, con ella, los conceptos que usamos al hablar de eutanasia. La segunda se refiere a la conveniencia de **seguir de cerca la conducta de los profesionales que aceptan la eutanasia** como solución para ciertos problemas médico-sociales, tal como nos muestra el ejemplo holandés, y la incidencia en la medicina de esa aceptación de la eutanasia.

La tercera cuestión, más de fondo, sería el análisis de **las ideas que están en la base de las reclamaciones de autodeterminación de la propia muerte, la eutanasia por falta de “calidad de vida” o por la “inutilidad social” de la persona. El cuarto punto es la regulación jurídica de los diferentes problemas o delitos de eutanasia**, tal y como se ha planteado en Holanda o en algunos Estados de EE.UU. de modo explícito.

1. La necesidad de utilizar una terminología clara y de mantener claras las ideas

La propaganda efectuada a favor de la eutanasia en distintos medios de comunicación social y también en revistas médicas especializadas procura inducir en muchos un oscurecimiento de los conceptos y una falta de precisión entre conductas correctas y conductas contrarias a la ética. Por esto, necesitamos todos, y de modo especial los profesionales de la salud, tener una clara percepción de lo que son la eutanasia y la muerte con dignidad de las que ellos nos hablan y formar nuestra conciencia acerca de cuándo abstenerse de prestar cuidados médicos a un paciente es una iniquidad y cuándo una acción correcta.

La precisión de los conceptos o de las palabras que los designan es una necesidad a la vez intelectual y ética en este tiempo nuestro con sus campañas y discusiones públicas sobre el tema, precursoras de algunos debates parlamentarios para la legalización de la eutanasia 1. La conciencia del público y, en especial, la de nuestros parlamentarios puede quedar anestesiada por la falta de claridad empleada o por la tergiversación de las palabras trucadas.

Nos parece necesario, para alejar el riesgo de la confusión semántica, que todos nos olvidáramos de la noble ascendencia etimológica y de las significaciones nobles de eutanasia –“buena muerte”– y que, a partir de ahora, por eutanasia entendamos lisa y llanamente “el matar sin dolor y deliberadamente, de ordinario mediante procedimientos de apariencia médica, a personas que se tienen como destinadas a una vida atormentada por el dolor o limitada por la incapacidad, con el propósito de ahorrarles sufrimientos o de librar a la sociedad de una carga inútil” 2.

Entendida la eutanasia así, pierde significado la distinción deontológica entre las formas activa (provocar inmediatamente la muerte mediante la aplicación de un agente letal) y pasiva

(provocar la muerte mediante la omisión deliberada de un cuidado debido y necesario para la curación o la supervivencia) 3.

Entendida así la eutanasia, queda totalmente desconectada de la disputa, tan cargada emocionalmente y tan creadora de confusión, acerca del ensañamiento terapéutico. Este tiene en común con la eutanasia un único rasgo: el de ser una falta deontológica, un error del juicio clínico y ético, aunque lo sea de signo contrario. En el Código de Ética Médica español se recoge expresamente esto: “En caso de enfermedad incurable y terminal, el médico debe limitarse a aliviar los dolores físicos y morales del paciente, manteniendo en todo lo posible la calidad de una vida que se agota y evitando emprender o continuar acciones terapéuticas sin esperanza, inútiles u obstinadas” 4.

De hecho, en el debate social, la mayoría de los encuestados por los medios de comunicación se oponen al encarnizamiento terapéutico y, a la vez, lo confunden con las formas más o menos explícitas de eutanasia. Así, se está pasando de un inicial temor respecto a la nueva tecnología médica, que puede ensañarse con nosotros en la etapa final de nuestra vida, a un temor más patente de que por motivos económicos, sociales, etc., podamos vernos privados de una atención médica necesaria y proporcionada, por la extensión de una mentalidad pro eutanásica.

Entendida así la eutanasia, es fácil percibir y denunciar la falsificación, más o menos deliberada, que subyace a expresiones tales como “selección neonatal” (para designar el infanticidio que se aplica a ciertos niños malformados o deficientes, negándoles la alimentación y el tratamiento); suspensión de nutrición y líquidos (para disfrazar el dejar morir de hambre y sed); solo cuidados de enfermería (para ocultar que alguien vigila los efectos de la administración de dosis masivas de hipnóticos hasta que llega la muerte); o morir con dignidad, que, en el activismo pro eutanasia, está dejando de ser la fórmula absolutoria del matar por compasión en situaciones extremas de dolor o inutilidad, para convertirse en el eslogan, bien de la eliminación utilitarista de parapléjicos, deprimidos o de ancianos que viven solos y que empiezan a tener problemas para cuidar de sí mismos, o bien, de la demanda libertaria del derecho a ser matado sin dolor en el lugar, tiempo y modo que cada uno decida, entendiendo la propia vida como un bien más a disposición personal.

Para los médicos, esta claridad léxica y conceptual está presente en los textos deontológicos de mayor relevancia. La Declaración sobre la Eutanasia, promulgada en 1987 por la Asociación Médica Mundial, comienza así: “La eutanasia, es decir, el acto deliberado de dar fin a la vida de un paciente, ya sea por su propio requerimiento o a petición de los familiares, es contraria a la ética” 5. En las conclusiones del Grupo de Trabajo de la British Medical Association para revisar las directrices de la Asociación sobre Eutanasia, hechas públicas en 1990, se lee: “No se debe cambiar la ley. La muerte deliberada de un ser humano debe seguir siendo un delito. Este rechazo de cualquier cambio en la ley actual, de modo que se permitiera a los médicos intervenir para poner fin a la vida de una persona (...) es, sobre todo, una afirmación del supremo valor del individuo, sin que importe cuán sin valor o cuán sin esperanza pueda sentirse” 6.

La clarificación conceptual es una obligación deontológica básica. Así lo entendió la Comisión Central de Deontología en España, en su declaración sobre la Eutanasia, de la que copiamos el primer párrafo: “En los medios de opinión se emplean con frecuencia las expresiones ‘ayudar a

morir' o 'muerte digna'. Tales expresiones son confusas, pues, aunque tienen una apariencia aceptable, esconden con frecuencia actitudes contrarias a la Ética médica y tienden a borrar la frontera que debe separar la asistencia médica al moribundo de la eutanasia. La asistencia médica al moribundo es uno de los más importantes y nobles deberes profesionales del médico, mientras que la eutanasia es la destrucción deliberada de una vida humana, que, aunque se realizara a petición de la víctima o por motivos de piedad en el que la ejecutara, no deja de ser un crimen que repugna profundamente a la vocación médica sincera” 7.

En estos textos está claramente señalado el campo lícito de actuación del médico, y también el de su abstención ética. Y también el de la ilicitud de sus acciones u omisiones. Copiamos el resumen que el doctor Herranz realiza de **la doctrina deontológica vigente 8:**

a. Nunca el médico puede matar por acción u omisión: toda eutanasia, por acción u omisión, esto es, activa o pasiva, pedida por el paciente o aplicada sin su consentimiento, es una grave falta deontológica.

b. El médico no puede iniciar tratamientos fútiles y sin esperanza. La obstinación terapéutica es un error ético y una falta de competencia.

c. El médico no puede, fuera de casos de obvia incapacidad o pérdida de razón, viciar los deseos del paciente de no ser tratado. El paciente tiene un deber ético de preservar su vida y de aceptar los tratamientos para salvarla, si se trata de medios que ofrecen una esperanza razonable de beneficiarle y que pueden obtenerse y aplicarse sin grave inconveniencia, dolor o gasto. El paciente tiene el derecho de rechazar todos aquellos tratamientos que no ofrecen una esperanza razonable de beneficio y que no pueden obtenerse y recibirse si no es con gran sufrimiento, o con gastos o inconvenientes graves, aun cuando sus gastos sean sufragados por el erario o una compañía de seguros.

d. Se puede dar por superada hoy la vieja aporía del tratar y acortar la vida: los recientes avances en tratamiento eficaz del dolor y de la enfermedad terminal han eliminado el riesgo de anticipar indebidamente la muerte de ciertos pacientes. La extensión de la medicina paliativa y de los cuidados sanitarios a pacientes terminales así lo indica con claridad 9.

e. Hoy, la discusión en torno a la eutanasia ya no se centra en el problema clásico de matar por compasión. Su centro de gravedad se ha desplazado a la cuestión, planteada por el autonomismo libertario, del **pretendido derecho de ser matado en el lugar, el tiempo y el modo que uno decida y de obtener para ello la cooperación del médico.** Cada vez más, la eutanasia se exigirá como ayuda al suicidio voluntario 10.

2. El debate sobre la intervención médica en el suicidio asistido

La respuesta a la pregunta de adónde conduce la tolerancia legal de la eutanasia puede obtenerse de la observación empírica de lo que, desde hace unos pocos años, está ocurriendo en Holanda. La respuesta es neta: esa tolerancia conduce a una insospechada deshumanización de la Medicina.

No es fácil resumir los aspectos jurídicos, sociológicos, religiosos y ético-morales que han contribuido a crear el fenómeno de la eutanasia en Holanda. De hecho, como resultado de un largo condicionamiento social, la sociedad holandesa ha aceptado mayoritariamente que la eutanasia voluntaria es aceptable y que es una plausible manifestación de la libertad individual. Pero esa misma sociedad acepta igualmente la eutanasia involuntaria y la denegación de cuidados que pudieran salvar la vida cuando se aplican a pacientes terminales, a sujetos con graves deficiencias, a ancianos o a ciertos enfermos sin familia. Un gran número de ciudadanos lleva consigo una declaración que exige que se les aplique la eutanasia en caso de accidente o de deterioro mental grave, si no hay esperanza de devolverles a una existencia razonable y digna.

La Administración de Justicia ha declarado a los médicos los únicos expertos en cuestiones de vida y muerte, y les ha transferido la responsabilidad de regular las condiciones en que el médico puede administrar la muerte sin dolor. Con este fin, la Junta de Gobierno de la Real Asociación Holandesa de Medicina aprobó unas “Directrices sobre la Eutanasia”. Desde 1984 y, ante la impunidad judicial, el mecanismo se puso en marcha y el Parlamento holandés aprobó, por vez primera en una democracia occidental, una ley que despenalizó la eutanasia en determinados supuestos. Más adelante nos referiremos a este texto legal.

La situación creada constituye un peligro inminente de deshumanización de la práctica médica. Fenigsen ha dado a conocer en el Hastings Center Report algunos aspectos de la “Eutanasia a la holandesa”. Alude a la pérdida de valores intelectuales y profesionales que implica el abandono por el médico de su oficio de observador científico y de protector compasivo de la vida. Ilustra con ejemplos reales cómo la facilidad de aplicar la muerte provoca un desinterés por la toma de la historia clínica, por la ejecución de la exploración, por el rigor del juicio diagnóstico y favorece la comisión de errores y el desarrollo de una actitud intelectualmente perezosa. La indicación puramente intuitiva de la eutanasia simplifica el trabajo del médico.

Afirma Fenigsen: “Desistir, por causa de la eutanasia, de un tratamiento potencialmente eficaz es un fenómeno que está incapacitando de modo creciente a la profesión médica. La eutanasia no se limita simplemente a cambiar la medicina o a extender su campo de acción: la eutanasia sustituye a la medicina”. La eutanasia socava la confianza que debe presidir la relación médico/paciente, de la cual forma una parte esencial el convencimiento de que el médico no abandonará nunca a su enfermo ni nunca le infligirá ningún daño deliberado. Poner en manos del médico la decisión de decidir sobre la vida de ciertas personas, muchas de ellas indefensas, significa la quiebra de aquella confianza fundamental. En Holanda, es creciente el número de pacientes que desarrollan hacia los médicos actitudes de miedo, sospecha o desconfianza, y que se abstienen de acudir a la consulta o que se niegan a tomar los medicamentos recetados. Y, aunque allí son muchos los que llevan encima su testamento biológico, su “tarjeta de crédito para la muerte dulce”, está creciendo, especialmente entre los ancianos, el número de los que se proveen de una “declaración de deseo de vivir y de ser tratado médicamente en caso de enfermedad o accidente” 11.

La degradación de la Medicina es inevitable, una vez que se queda legalizado cualquier tipo de eutanasia, por restrictiva que sea la legislación. Porque cuando los médicos trabajan en un ambiente en el que se saben impunes tanto si tratan como si matan a ciertos pacientes, necesariamente se relajará la actitud de dedicación sacrificada del médico como cuidador de la

vida. Durante algún tiempo, la sociedad contemplará con indiferencia o incluso con interés tolerante el trabajo de los médicos. Pero, al fin, no podrá soportar a médicos así, porque aunque la eutanasia fuera un asunto moralmente indiferente, una medicina embebida en un ambiente ético eutanásico pondría freno inmediato al interés científico en vastas áreas. Si es posible limpiar a la humanidad de basura genética mediante la eutanasia neonatal, ¿qué interés puede tener la genética de las enfermedades hereditarias? Si al paciente senil o al que sufre la enfermedad de Alzheimer le puedo aplicar la muerte dulce, ¿qué puede motivarnos a estudiar las causas y mecanismos del envejecimiento cerebral o la constelación de factores que determinan la demencia?

La tolerancia de la eutanasia no cambia a la Medicina ni amplía el campo de la actuación del médico. La eutanasia sustituye la Medicina y es en el fondo una manifestación más de esa aceptación de la violencia en la sociedad de nuestro tiempo. Así es entendido el problema por la mayoría de los profesionales, como se ha puesto recientemente de manifiesto en la primera tesis doctoral que ha analizado el punto de vista del personal sanitario respecto al enfermo terminal y la eutanasia 12.

3. “Derecho a morir”, autonomía y “vidas inútiles”

En el fondo de las discusiones sobre la posible permisividad legal, despenalización o abierta legalización de las conductas eutanásicas, están dos ideas básicas:

- a.** El derecho a determinar el momento de la propia muerte, por una exaltación sin límites del principio bioético de la autonomía del paciente.
 - b.** El derecho de la sociedad de intervenir en el proceso de morir, por el principio utilitarista de relación entre costos y beneficios, no entendido en cuanto a la mera distribución y aplicación de recursos económicos escasos en un sistema sanitario público, sino en una política sanitaria que afirma la no intervención médica en determinados supuestos de enfermedad atendibles dentro del sistema público, o la no utilidad social de determinadas prestaciones sanitarias por la “calidad de vida” del paciente.
- a.** En cuanto a la autonomía, es preciso darle su más pleno sentido y respetar ese principio, garantía de la libertad personal. Así, tienen plena actualidad las declaraciones de voluntad expresa por parte de los pacientes de que no se utilicen medios desproporcionados en caso de presentarse una situación límite en la actuación médica. Son muy variados los documentos escritos que se extienden para la determinación de ese consentimiento informado del paciente ante la intervención médica, y también para evitar el posible encarnizamiento terapéutico. Pero la cuestión ahora no es exactamente esta, sino los posibles documentos escritos por el paciente que pudieran solicitar de modo expreso la eutanasia, como ayuda al suicidio.

En este caso, es necesario entender ese principio de autonomía en relación con los demás principios básicos en bioética, que resultan dañados en esa exaltación unilateral de la libertad absoluta del paciente: los principios básicos en toda intervención médica son los de no maleficencia y de justicia; y en un segundo término, los de autonomía y beneficencia. Si en una relación médico-paciente normal no tienen por qué plantearse conflictos entre estos principios,

en el caso de la demanda de ayuda al suicidio por parte del paciente –o del sistema sanitario– sí existe una clara contradicción entre el principio de autonomía y el de no maleficencia, por lo que debe prevalecer este último en una adecuada relación de prioridades 13.

Por otra parte, no existe un “derecho a la propia muerte”, que supone considerar la vida como un bien patrimonial más, negando la dignidad que tiene por sí misma y no por su relación a su poseedor, que no es su propietario 14.

b. En el segundo caso, el principio utilitarista de procurar proporcionar el mayor bien al mayor número de personas, según los recursos disponibles, es importante a la hora de establecer cualquier política sanitaria o cualquier organización de la atención médica. Pero no puede servir para encubrir una mentalidad eugenésica, de un utilitarismo llevado al extremo, que considera cada vez más a la medicina como una ciencia al servicio de una sociedad perfecta integrada por individuos sanos, donde la eutanasia sería una acción médica más 15. Solo desde una ética personalista puede encuadrarse el principio de utilidad en una relación equilibrada con los demás principios y con el respeto debido a la dignidad de la persona y del paciente 16.

Si la medicina predictiva o la futura terapia genética pueden suponer una auténtica revolución de la medicina al servicio de la atención sanitaria de la persona, antes incluso de que sea un “paciente”, también la mentalidad eugenésica puede pretender ponerlas al servicio de esa degradación que supondría eliminar unas vidas por considerarlas “inútiles” para la sociedad o el sistema sanitario, o “excesivamente costosas” en relación con su “mala calidad de vida” entendida así por su utilidad social 17.

Solo en este sentido pueden entenderse algunas de las propuestas eutanásicas, que comienzan por los enfermos en coma y los terminales, y se amplían gradualmente a los enfermos graves incurables y los enfermos crónicos, con su consentimiento o sin él, como ya se apunta actualmente en determinados casos de deficientes mentales, diagnóstico prenatal, neonatos con deficiencias e incluso adultos 18.

4. La regulación legal de las conductas eutanásicas

En primer lugar, podemos exponer el caso más llamativo: la ley holandesa que legalizó la práctica de la eutanasia en determinados supuestos 19. Junto a la permisividad de la eutanasia en determinadas condiciones aprobada en unos pocos Estados de EE.UU. por referéndum, la ley holandesa es el exponente más claro de la aplicación de la mentalidad pro eutanasia a la legislación. Mencionaremos después brevemente un informe del Colegio Médico Holandés sobre “ayuda al suicidio de los enfermos psiquiátricos”.

La ley holandesa se aplica a tres tipos de situaciones: la eutanasia en sentido estricto (provocar la muerte de un paciente terminal que así lo pide), la ayuda médica al suicidio, y acabar con la vida de pacientes que no pueden expresar su voluntad (dementes, comatosos, recién nacidos con graves minusvalías).

En principio, la eutanasia sigue siendo delito y como tal se mantiene en el Código Penal. Sin embargo, el médico puede aplicarla en casos previstos por la ley, en los cuales se tienen que dar los supuestos de tratarse de una enfermedad grave e irreversible, dolores insoportables y

agotamiento de otros recursos. Estos serían casos de “fuerza mayor”, lo que justifica que el autor de un acto prohibido por la ley sea eximido de responsabilidad. El médico que haya aplicado la eutanasia tendrá que llenar un informe que se entregará al Ministerio Fiscal, quien comprobará posteriormente si se han cumplido todos los requisitos.

Con esta ley se dio carta legal a una práctica tolerada desde los años 80 y reconocida por los tribunales desde 1990 con un procedimiento de declaración igual al que se aprobó finalmente en 1994. En 1990, el informe de la comisión Remmelink, encargada por el gobierno de investigar la práctica de la eutanasia, mostró los siguientes datos: cada año la eutanasia se aplicaba a 2.300 enfermos que la solicitaban y a otros 1.000 incapaces de expresar su voluntad, mientras que en 400 casos el médico facilitaba el suicidio. Algunas voces hicieron notar que las cifras reales debían ser más altas: era difícil aceptar que los médicos que habían estado realizando actas de defunción manipuladas reflejasen en sus respuestas para el informe la realidad de la situación.

Desde que se introdujo el procedimiento de declaración sancionado por la ley, el número de casos declarados de eutanasia subió enseguida de 454 en 1990 a 1.323 en 1992, y ha seguido subiendo en los años posteriores.

La ley, fruto de un compromiso en el seno de la coalición gubernamental entre democristianos y socialistas, despertó, sobre todo, dos tipos de objeciones entre los senadores reacios a aprobarla. Por un lado, el hecho de que se aplique también a pacientes que no están en condiciones de expresar su voluntad y, por otro, el hecho de que hasta ese momento el ministerio fiscal no había llevado a los tribunales a ningún médico por haber aplicado la eutanasia. Con lo cual, da la impresión de que la eutanasia era legal, con tal de que se entregue el informe preceptivo. De hecho, solo en un número mínimo de casos se había abierto una investigación judicial.

La mayor parte de las críticas contra la ley provinieron de aquellos que la consideraban poco liberal. Entre ellos, el Colegio Nacional de Médicos (KNMG), que estimó que la situación era poco clara, ya que, a pesar de que ningún médico había sido condenado por aplicar la eutanasia, se sentían poco seguros por el hecho de que seguía siendo delito. Entre los que criticaron la ley por no respetar la inviolabilidad del derecho a la vida se encuentran los obispos católicos; la unión de médicos a favor de la vida, que aboga por desarrollar la medicina paliativa para los enfermos terminales, y una asociación de pacientes, que ofrece a sus miembros clínicas donde no se practica la eutanasia.

La lógica implícita en la admisión de la eutanasia se revela también en el informe que publicó el Colegio de Médicos holandés sobre “la ayuda al suicidio de los enfermos psiquiátricos” 20. Siempre que se habla de eutanasia se piensa en el caso de enfermos terminales con dolores físicos insoportables. ¿Pero hay que incluir también el sufrimiento causado por problemas psíquicos? La situación ya se ha dado. De hecho, el Tribunal Supremo holandés se pronunció y absolvió en su día sobre dos casos de médicos que ayudaron a suicidarse a pacientes gravemente depresivos.

El informe del KNMG afirma que lo importante no es la naturaleza del mal que sufre el paciente, sino su capacidad para “desear la muerte real y lúcidamente”. Lo esencial, también en el caso del paciente psiquiátrico, es que “comprenda su situación y mida el alcance de sus decisiones”. A

partir de este principio, el informe, que habla de los psicóticos, esquizofrénicos y anoréxicos, admite la posibilidad de cooperación al suicidio, si el paciente es consciente de sus actos, aunque sea con una voluntad disminuida; en cambio, lo rechaza en el caso de las personas que sufren de debilidad mental.

Ante la petición de ayuda al suicidio de un paciente psiquiátrico, el deber del médico, dice el informe, será influir terapéuticamente sobre el enfermo, recurriendo si es preciso a un tratamiento forzoso. Si este recurso “ha fallado y ya no hay alternativa”, se podrá considerar la petición inicial. Antes de acceder, el médico deberá justificar su actuación ante las autoridades sanitarias y, eventualmente, judiciales.

Como puede verse, la pendiente de la legislación permisiva sobre la eutanasia no ha hecho más que empezar. Cuando surgen actualmente algunos proyectos despenalizadores o claramente legalizados de la eutanasia en algunos países de América Latina.

Referencias

- 1 Para las ideas en favor de la legalización de la eutanasia, ver Xavier Sobrevia, “Eutanasia: inicio sin fin”, Cuadernos de Bioética, No 11, 3a 1992, 33-38. Sobre la eutanasia por compasión, Richard E. Walton, The mercy argument for euthanasia: some logical considerations. Public Affairs Quart., 1993. Un buen análisis de las repercusiones de su legalización puede verse en José Miguel Serrano Ruiz-Calderón. Eutanasia y vida dependiente. Inconvenientes jurídicos y consecuencias sociales de la despenalización de la eutanasia. Editorial Eunsa, Madrid, 2001.
- 2 Herranz G. “Eutanasia o Medicina”, Cuadernos de Bioética, No 4, 4a 1990, pág. 21.
- 3 Declaración de la Comisión Central de Deontología Médica de España sobre el significado de la expresión “eutanasia pasiva”, 1993.
- 4 Código de Ética y Deontología Médica, 1990. Art. 28.2. Consejo General de Colegios Médicos de España. Ver también estudios más recientes: “Ética y sedación al final de la vida”. Cuadernos de la Fundación Víctor Grifols i Lucas, No 9, Barcelona, 2003.
- 5 Asociación Médica Mundial. Declaración de Madrid, octubre 1987.
- 6 British Medical Association. Grupo de Trabajo para la revisión de las directrices sobre eutanasia, mayo 1990.
- 7 Comisión Central de Deontología Médica de España. Declaración sobre la eutanasia, 1989.
- 8 Herranz G., óp. cit.
- 9 Entre otros, López Guerrero Á. “El dolor y su tratamiento”, Cuadernos de Bioética, No 12, 4a 1990, 38-41. Centeno C., Vega J. y Martínez Baza P. “Bioética de la situación terminal de enfermedad”, Cuadernos de Bioética, No 12, 4a 1992, pág. 38-52.
10. Kass L. R. “Eutanasia y autonomía de la persona”, Cuadernos de Bioética, No 4, 4a 1990, pág. 24-29. Para ver las posiciones favorables a la eutanasia: Gerald Dworkin, R.G. Frey, Sissela Bok. La eutanasia y el auxilio médico al suicidio. Cambridge University Press. Colección “A favor y en contra”. Edición española, Madrid, 2000. También, John Keown. La Eutanasia examinada: perspectivas éticas, clínicas y legales. F.C.E. 2005.
- 11 Fenigsen R. “A case againts Dutch euthanasia”. Hasting Center Report, 1989, 19 (1 Supl.), 22-30.
- 12 Vega Gutiérrez J. y Martínez Baza P. (1991) Enfermo terminal y eutanasia desde el punto de vista del personal sanitario. Universidad de Valladolid.

14 Kass L. R. (1992) Eutanasia y autonomía de la persona, óp. cit. Ver también el número monográfico del Hasting Center Report, Marzo/Abril, Dying well? A colloquy on euthanasia and assisted suicide, Vol. 22, No 2.

15 Para un análisis crítico de la posición utilitarista en este tema, M. Reichlin, “L’eutanasia nella bioetica di impostazione utilitaristica”, Medicina e Morale, No 2, 1993, pág. 331-362.

16 Palazzani L. “La fundamentación personalista en bioética”, Cuadernos de Bioética, No 14, 2a 1993, pág. 48-54. 17 Menzel P. T. “Orgeon’ denial: disabilities and quality of life”, Hasting Center Report, no 6, 1992. Heinrich Schipperges, “Lebensqualität als Kriterium der Modernen Medizin”. Boletín del Institut für Medizinische Anthropologie und Bioethik, Viena, No 3, 1993.

18 Para la eutanasia voluntaria, ver Alan Shewman, “Active Voluntary Euthanasia: A Needless Pandora’s Box”, Issues in Law & Medicine, Vol. 3, No 3, 1987, 219-244. En cuanto a la eutanasia no solicitada por el enfermo, Pijnenborg y otros, “Acciones encaminadas a terminar con la vida sin solicitud expresa por parte del paciente”, The Lancet (Ed. Esp.) Vol. 23, No 4, 1993, pág. 234-237.

19 Se puede ver un buen resumen de esa Ley en Acepresa, servicio 164/93, de 15.X12.93; y en la revista Medicina e Morale, 2a 1993, pág. 446-448.

20 Resumen del texto en Acepresa, servicio 164/93, 15.12.93.