

BIOÉTICA

EUTANASIA¹

Dr. Jorge Luis Manzini²

CONCEPTO, ETIMOLOGÍA, HISTORIA

Conceptualmente, la eutanasia es un homicidio por piedad (*mercy killing*, en inglés). Es decir, matar a alguien (homicidio) por razones humanitarias, habitualmente para evitarle sufrimiento intolerable. En los debates actuales suelen distinguirse ambos términos (homicidio por piedad resulta más amplio que eutanasia), cuando se dan definiciones operativas de eutanasia, como se verá en el desarrollo del tema.

En cuanto a su etimología, la palabra viene de los vocablos griegos *eu* (bueno) y *thanatos* (muerte); literalmente, buena muerte. Y por buena muerte se entendió hasta el siglo XVII a una muerte sin sufrimiento y/o heroica, como las de Sócrates, Cleopatra o Séneca. El término fue resignificado y relacionado con la profesión médica por Francis Bacon en un escrito de 1623 llamado "*De dignitate et augmenti scientiarum*". Bacon llamó eutanasia interna a la

descripta, y creó el término de eutanasia externa al pedir a los médicos que relevaran del sufrimiento a los pacientes sin esperanza, abreviándoles el tránsito^{1,2}.

Esto marca un punto de fractura en el pensamiento sobre el asunto, e implica a la vez el quebrantamiento de un tabú que venía desde el juramento hipocrático, coherente con sus bases pitagóricas ("no aplicaré ningún veneno a nadie, aunque me lo pida, ni tomaré la iniciativa de una sugerencia de este tipo")³.

Empezó luego la calificación de supuestas formas distintas de eutanasia como voluntaria e involuntaria, activa y pasiva, directa e indirecta. Y más recientemente, la distinción del llamado suicidio asistido o suicidio médicamente asistido (*Physician-Assisted Suicide*), o sea, suicidio cometido con ayuda de un médico. Si bien muchos pensamos que el suicidio asistido es indistinguible de la eutanasia, su consideración es inexcusable, dado que en varias iniciativas legislativas, declaraciones de instituciones médicas y tribunales, y desde ya, en buena parte de la bibliografía especializada, se lo trata por separado. La diferencia formal entre ambas prácticas consiste en que, mientras en la eutanasia el médico administra el medio, en el suicidio asistido lo provee al paciente, que se lo autoadministra. Se hará un comentario crítico de estos términos cuando lleguemos al fondo del problema.

En el siglo XX, la palabra eutanasia se afirma definitivamente en el sentido de la muerte buscada con el objeto de eliminar el sufrimiento. Es verdad que recientemente, algunos autores han reclamado el nombre de eutanasia en su sentido primigenio, de buena muerte, para los cuidados paliativos (de aquí en más: CCPP)¹, pero esta iniciativa no ha prosperado. Más adelante se intentará explicar por qué.

¿En qué circunstancias entra en consideración la eutanasia?

Lo habitual es que se la considere ante un paciente con una enfermedad terminal, uno con demencia avanzada o en estado de inconsciencia irreversible, y ante otros estados particulares que comentaré. No seguramente en un paciente crítico (el paciente que puede beneficiarse de los cuidados intensivos, que es

¹ Escrito que integra el "Tratado de Medicina Legal con Complementación Jurídica. Aspectos Bioéticos". García FP y Montoto CF [Eds.]. Buenos Aires: Editorial de la Policía Federal Argentina; 2005

Publicado en *Quirón* 2004;35(1/3):107-23 (junio 2005).

² Jorge Luis Manzini es médico especialista en Clínica Médica, especializado en Cuidados Paliativos, y Especialista Universitario en Bioética.

Trabaja en el Hospital Privado de Comunidad de Mar del Plata, en el Servicio de Clínica Médica, en el cual es responsable actualmente de la Atención Ambulatoria no Programada. Es miembro del Comité de Tumores, y miembro Fundador y primer Coordinador de la Sección de Medicina Paliativa (hoy PADES, del cual es Asesor) y del Comité de Ética. También es Miembro Fundador del Programa de Investigación y Desarrollo en Bioética de la Universidad de Mar del Plata.

Desde el año 1986 ha desarrollado tareas docentes para numerosas y diversas instituciones en diferentes puntos del país sobre temas de Bioética y Cuidados Paliativos. En especial en cursos de Postgrado; sobre todo, como docente invitado, en las Universidades Nacionales de La Plata y Mar del Plata, incluida la carrera de "Especialista en Bioética" de esta última.

Es miembro Fundador de la Asociación Argentina de Bioética, y miembro de la Asociación Argentina de Medicina y Cuidados Paliativos, en la cual integra actualmente el Comité Editorial de Publicaciones.

Ha publicado un libro, varios capítulos de libros, y más de sesenta trabajos, como autor único o coautor, sobre temas de Bioética y de Cuidados Paliativos.

Hospital Privado de Comunidad. Córdoba 4545. (B7602CBM) Mar del Plata. Argentina.

E-mail: manzmdq@sinectis.com.ar

un paciente grave pero con posibilidades de recuperación “ad integrum”).

El paciente con enfermedad terminal: es un paciente cuya enfermedad lo conducirá a la muerte en un plazo no mayor de seis meses.

El que tiene una demencia avanzada: es también un paciente terminal, con la particularidad de que su capacidad comunicativa está muy alterada, su autoconciencia y su conciencia del mundo también, y habitualmente tiene dificultades para alimentarse (no puede tragar, no tiene hambre ni sed), para movilizarse, para evacuar sus emunctorios.

El que está en un estado de inconsciencia irreversible: suele tratarse de un estado vegetativo permanente, de causa traumática o degenerativa-metabólica (isquemia, intoxicación), incluida la progresión de la demencia esbozada en el párrafo anterior, aunque puede haber otros cuadros.

Hay otra clase de situaciones, especialmente lesiones o enfermedades neurológicas, como la tetraplejía por lesión medular cervical, tan frecuente últimamente en los jóvenes motociclistas, y las enfermedades de la neurona motora, en que el paciente está lúcido, y no es terminal (puede permanecer en ese estado mucho tiempo, si recibe los cuidados pertinentes), pero la calidad de vida que tiene, y la que avizora, quizás no es aceptable para él, lo que lo puede llevar a solicitar la eutanasia.

Cabe aclarar que estas categorías se separan claramente sólo con una intención didáctica. Un paciente crítico, si no reacciona como se espera, puede pasar a estar en una situación de terminalidad, o de inconsciencia irreversible. Un demente, como vimos, lo mismo, etc.

¿Por qué el debate sobre la eutanasia es tan actual?

Estamos en una sociedad secularizada, que propicia la cultura de la muerte (violencia, guerra, desprecio por la vida ajena), es idólatra del cuerpo y la juventud, y temerosa de la decadencia, la vejez, el sufrimiento y la muerte propios, y cuya medicina es capaz de manipular el sufrimiento y el momento de la muerte como nunca antes, y esto último es conocido en mayor o menor medida, aún fuera de los círculos especializados. Además, este poder de la medicina se acompaña de una pérdida de la tradicional confianza hacia quienes la practican, esgrimiendo quejas acerca de la masificación, la despersonalización de la asistencia, y sospechas de intereses puramente científicos –investigación-, intereses económicos, tráfico de órganos.

Dado este panorama, no es de extrañar que quien vislumbra en su horizonte vital alguna de las circunstancias mencionadas, o simplemente piensa en ello, quiera preservar de alguna manera el control sobre

el propio cuerpo. Esto está en la base del desarrollo ético-jurídico del consentimiento informado, de las directivas anticipadas, de la proliferación de legítimas acciones de amparo y juicios a los profesionales intervinientes (hay otras razones para esto que no son tan legítimas, como la llamada industria del juicio por parte de los abogados).

Y ante la posibilidad de que todo esto falle, se ha ido incubando en el imaginario colectivo, como solución, el recurso al suicidio^{4,5}, factible simplemente con que el interesado esté consciente, aunque no pueda mover sus extremidades ni hablar, como se verá (en ese caso, recurriendo al rechazo de alimento y bebida), y también logrando que un tercero de confianza lo asista en el acto (suicidio asistido) o simplemente lo tome a su cargo (eutanasia). Luego consideraremos un poco más en profundidad los conceptos mencionados, que se refieren a esta muerte intervenida, llamada así por contraposición a la muerte natural⁶.

Si bien, como veremos, las prácticas por terceros están legalizadas en muy pocos lugares, el debate parlamentario y en las sociedades científicas y otras intermedias, y aún en los medios de comunicación, ocupa buena parte de las discusiones contemporáneas en muchísimos países, incluido el nuestro.

¿Cuáles son las alternativas para el equipo de salud?

Ante estas situaciones del final de la vida, aparte de la eutanasia se pueden distinguir otras tres conductas que comúnmente se toman en la práctica: seguir con la terapéutica que se venía practicando; el abandono del paciente, y los CCPP.

Seguir con las medidas terapéuticas ya implementadas:

Quizás sea éste el lugar apropiado para recordar cuáles son los tratamientos posibles, según la intención subyacente. Pueden dirigirse a aliviar el sufrimiento, a combatir la enfermedad, a sostener la vida. Los tratamientos de soporte vital (en realidad, de las funciones vitales), para que su aplicación tenga fundamento ético, deben justificar las cargas que producen por los beneficios que se espera de ellos (balance carga/beneficio). Como el beneficio esperable en estas circunstancias particulares es muy marginal, se produce un riesgo cierto de sobretratamiento (encarnizamiento terapéutico, *distanasia*). Es decir: que con lo que se hace, en vez de sostener la vida se esté dificultando, impidiendo la muerte^{7,8}.

El abandono del paciente:

Se lo ha denominado también “eutanasia social”, o “mistanasia por negligencia”, entre las varias formas posibles de mistanasia, definida como una “muerte miserable, fuera y antes de tiempo”. Como dice Martin, “en Latinoamérica, en general, la forma más común de mistanasia es la omisión de cualquier

asistencia sanitaria organizada, que padecen millones de personas, no solamente en las etapas avanzadas y terminales de su enfermedad, sino durante toda su vida”⁹. Pero el abandono puede también asumir otros rostros. El del paciente internado en una sala general, separado de los demás por un biombo, y que es ignorado por los médicos cuando hacen su revista. El del paciente oncológico que pasó a recibir sólo placebo (vitaminas, etc.) y cuyo cónyuge o hijos son los que visitan al médico en vez de él, porque está postrado en su casa; una especie de acompañamiento a distancia por interpósita persona. El de aquel otro paciente al que ya no ve ni su clínico, ni el especialista, ni nadie. Todo esto, porque los sistemas de salud, sobre todo de los países periféricos, no tienen previstas acciones para estos pacientes. Total, ya no hay nada más que hacer...

LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Los cuidados paliativos (CCPP) tienen como premisa que en estas circunstancias, hay en realidad mucho para hacer; sólo que se trata de otras acciones, diferentes de las habituales.

Se originan en el llamado “movimiento hospice” iniciado a fines de la década del /40 del siglo pasado por la enfermera, trabajadora social y médica inglesa Cicely Saunders, Dama del Reino por esta improbable tarea, que plasmara institucionalmente con el primer “Hospice” moderno, Saint Christopher’s, en Londres, veinte años después (1967)¹⁰. Frente a los vicios de la medicina moderna, especialmente su reduccionismo biológico y su tecnolatría, se basan en viejas técnicas de acompañamiento, tanto como en la *medicina basada en la evidencia* respecto del control de síntomas, para, con un fuerte compromiso personal con el paciente y sus allegados, y mediante un abordaje interdisciplinario, tratar de satisfacer sus necesidades.

La O.M.S. los considera parte de su programa de Cáncer desde 1990¹¹, y los redefine en 2002 como “Un abordaje que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familiares frente a los problemas asociados a enfermedades que amenazan la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento, mediante la temprana identificación, y la evaluación y el tratamiento de excelencia del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales”.

Dice la O.M.S. que los CCPP “proveen alivio del dolor y otros síntomas perturbadores; afirman la vida y consideran el morir como un proceso natural; no intentan acelerar ni posponer la muerte; integran los aspectos biológicos, psicosociales y espirituales del cuidado; ofrecen un sistema de soporte que ayuda a los pacientes a vivir tan activamente como les sea posible hasta el momento de morir, y un sistema de

soporte a los familiares, facilitando su adaptación y brindando ayuda tanto durante el período de enfermedad como después del fallecimiento del ser querido; utilizan un abordaje en equipo para identificar las necesidades de los pacientes y sus familias - incluyendo el apoyo en duelo si estuviera indicado; incrementan la calidad de vida y pueden también influenciar positivamente el curso de la enfermedad; son aplicables tempranamente en el curso de la enfermedad, en conjunto con otros tratamientos que intentan prolongar la vida -tales como quimioterapia, radiaciones- e incluyen aquellos estudios necesarios para comprender y manejar mejor las complicaciones clínicas que provocan sufrimiento”¹².

Creo que con las manifestaciones anteriores se entenderá por qué quienes trabajan en CCPP no quieren en general tener nada que ver con la palabra eutanasia. Es esta una palabra que sigue teniendo fuertes connotaciones contrarias al espíritu de los CCPP, negativas, porque siempre que se la pronuncia evoca las acciones “eutanasias” realizadas por los nazis sobre personas vulnerables, sin requerimiento ni consentimiento, y con fines eugenésicos y no humanitarios.

Los CCPP se enseñan hoy en las universidades y se han constituido en una especialidad médica en numerosos países. Existen diversas instituciones internacionales dedicadas a su promoción, y en el país contamos desde 1990 con la Asociación Argentina de Medicina y Cuidados Paliativos (<http://www.aamycp.org.ar>), trabajando fuertemente con el mismo fin.

LA EUTANASIA

Hasta los desarrollos bioéticos y de los CCPP de la segunda mitad del siglo XX, había una profusa terminología respecto de la eutanasia, que la clasificaba y calificaba de diversas maneras:

- Eutanasia voluntaria e involuntaria: es decir, respectivamente, con o sin consentimiento del sujeto. Por el desarrollo de la teoría del Consentimiento Informado, la llamada eutanasia involuntaria es hoy inaceptable y sería jurídicamente calificada en cualquier parte (aún en los países que aceptan la eutanasia), por lo menos como homicidio simple.

- Eutanasia activa (positiva) y pasiva (negativa): en el primer caso se hablaba de acciones, y en el segundo de omisiones, que facilitarían la muerte del paciente. Se llamaba eutanasia pasiva a lo que actualmente entendemos por dejar morir, es decir, la abstención o el retiro de los medios de soporte vital. La postura actual generalizada es que la renuncia al soporte vital debe diferenciarse cuidadosamente de lo que se entiende por eutanasia, apoyándose en lo que está médica y éticamente indicado y lo que no lo está,

para pacientes en las situaciones que nos ocupan¹³⁻¹⁷.

- Eutanasia directa e indirecta: la segunda se refería a lo que hoy consideramos un acto encuadrado bajo el principio del doble (o segundo) efecto, que permite justificar una muerte no querida, aunque tolerada, como efecto secundario de medidas que pretenden aliviar el sufrimiento¹⁸⁻²⁰.

Sobre estas dos últimas distinciones hay un fuerte movimiento crítico por parte de los que propugnan la eutanasia/suicidio asistido como una opción más en el final de la vida, a los que no aceptan esas prácticas pero sí la renuncia al soporte vital, y la muerte tolerada como efecto segundo del alivio del sufrimiento. Lo que dicen los “pro-eutanasia” es que muchas veces, las diferencias no son tan evidentes, y los ejemplos que han esgrimido incluyen el retiro de soporte vital al paciente en estado vegetativo permanente (en este caso hidratación/alimentación artificial), el retiro de respirador, y la sedación terminal salvo que a la vez se inicie una alimentación e hidratación artificial^{21,22}. Respecto de la sedación terminal, cabe aclarar que la forma en que han explicado esta práctica quienes afirman que es eutanásica (obnubilando la conciencia del paciente desde el principio) no es la técnica aceptada en CCPP, la cual consiste en ir titulando la dosis necesaria para el alivio del síntoma. Hecha de esta última manera, la sedación puede no llegar a la inconsciencia, y puede también ser transitoria (por ello se ha propuesto no llamarla sedación terminal, sino sedación paliativa, y sedación para los síntomas intratables, en el paciente terminal); en cuanto a la hidratación y la alimentación en la sedación terminal, en todo caso, como dice la Asociación Europea de Cuidados Paliativos (EAPC), deben instalarse cuando está indicado, porque hay circunstancias en las que estas medidas serían claramente fútiles, y otras en las que pueden provocar un empeoramiento de los síntomas, como el aumento de los vómitos, la incontinencia urinaria, las secreciones bronquiales y los estertores terminales, o el edema cerebral²³⁻²⁷.

Para el retiro de la alimentación/hidratación artificial en el paciente en estado vegetativo permanente y para el del respirador, el argumento para diferenciarlos de la eutanasia (como para cualquier otro medio de soporte vital) es que si no se hubieran puesto, el paciente ya estaría muerto. El tratamiento se probó, no mejoró la condición del paciente, y legítimamente, se retira. El caso particular del respirador es una situación en que la expertez en CCPP es imprescindible porque, mal efectuado, podría ocasionar mucho sufrimiento al paciente²⁸⁻³⁰.

Como sea, en todos estos casos, la muerte del paciente no es una posibilidad que se tolera, sino una certeza que se conoce antes de la acción (en cuanto a

la sedación terminal, dado que puede ser parcial, o transitoria, casi una certeza).

Todas estas calificaciones podían combinarse de manera diversa para un acto particular; por ejemplo, eutanasia voluntaria indirecta, eutanasia involuntaria pasiva, etc³¹.

En adelante debe entenderse que cuando se diga eutanasia, se está hablando exclusivamente de la eutanasia activa voluntaria. Así la definen tanto la Asociación Europea de CCPP²³ como la ley holandesa de eutanasia (ley 26.691/2001^{32,33}); la iglesia católica, por su parte, centra su definición en la intención y en los medios utilizados (...“una acción u omisión que, por su naturaleza y en la intención, causa la muerte con el fin de eliminar cualquier dolor”...³⁴). En general, las instituciones profesionales restringen el concepto al acto provocado por un médico (no se acepta que pueda ser una decisión tomada por otro agente de salud) sobre un paciente terminal o en estado desesperado, y con su consentimiento, y con esta restricción será discutido el tema en adelante. Como se esbozó al principio del capítulo, se trata de un tipo de actos peculiares, comprendidos en el concepto general de homicidio por piedad, que es más amplio, ya que este último puede ser efectuado por cualquier persona (el soldado que despena a un camarada moribundo en el campo de batalla; un familiar o amigo, etc) y no siempre se trata de un acto pedido o consentido por el sujeto.

En cuanto al suicidio asistido, ya hemos dicho que se diferencia de la eutanasia porque el médico proporciona al sujeto consciente los medios para quitarse la vida pero el acto es ejecutado por el propio sujeto, y esto aseguraría su carácter de acto realmente voluntario y autónomo³⁵. Sin embargo numerosos autores, a los que me sumo, no ven diferencias en la valoración moral de uno y otro acto³⁶⁻³⁸; y muchas veces, tampoco en sus aspectos técnicos, porque ¿qué se piensa que hará un agente de salud con su asistencia al suicidio si éste falla; si el paciente desfallece y no puede ingerir las drogas, o las vomita...?

Hay una serie de posibles enfoques de la eutanasia que cierran el debate, y terminan habitualmente sólo con un pronunciamiento por sí o por no.

Si se aborda el tema desde lo religioso, el hecho es que las tres grandes religiones monoteístas (judía, cristiana, musulmana), que representan las creencias de la mayoría de nuestra gente, condenan la eutanasia.

Desde la ética médica: el juramento hipocrático, como ya fue dicho, prohíbe a los médicos las acciones eutanásicas, y esta postura es también la de la tradición deontológica que empieza con el Código de Percival, redactado en 1792 como reglamento para el Manchester Royal Infirmary (y publicado en 1803), y se mantiene hasta la actualidad, con las declaracio-

nes, el Código y la fórmula del juramento de la Asociación Médica Mundial³⁹, la Declaración sobre Suicidio Asistido del American College of Physicians de 2001⁴⁰, etc.

Abordándolo desde lo jurídico, debemos saber que en casi todo el mundo, incluido nuestro país, la eutanasia es ilegal.

Estuvo legalizada en una provincia australiana (The Northern Territory) desde julio de 1996 hasta que el Parlamento Federal derogó la ley en marzo de 1997. En Holanda está legalizada desde 2001, y en Bélgica desde 2002; en ambos países, junto con el suicidio asistido. En Estonia, Suecia y Suiza se tolera el suicidio asistido, y en el estado norteamericano de Oregón, está permitido el suicidio asistido desde 1997. En cuanto a Oregón, en EE.UU. se libra desde entonces una batalla entre la justicia federal y la estadual, iniciada cuando, también en 1997, la Suprema Corte, a raíz de los casos *Vacco* y *Glucksberg*, estableció que “no existe un derecho constitucional al suicidio asistido”^{41, 42}. En Japón hubo un fallo de un alto tribunal en 1962, que aprobó la eutanasia, pero es muy raro que alguien demande que se le aplique, lo que se atribuye a particularidades culturales⁴³.

En nuestra región, Bolivia, Colombia, El Salvador, Paraguay y Perú tienen en su Código Penal la figura del homicidio por piedad, o pietístico; o sea, consideran atenuante para un homicidio, el hecho de que haya sido cometido por piedad (las penas son menores que para un homicidio simple)⁴⁴. En Colombia la situación es particular desde que un cuestionado fallo de la Corte Constitucional de 1997 fue bastante más allá de lo legislado, afirmando que “en el caso de los enfermos terminales, los médicos que incurran en homicidio eutanásico con el consentimiento del sujeto pasivo no pueden ser objeto de sanción, de modo que los jueces deben exonerar de responsabilidad a los que así obren”⁴⁵; es claro que, según se viene discutiendo, este fallo despenalizó la eutanasia, y de hecho abrió el camino para varias propuestas legislativas para la legalización de la eutanasia, el último en 2004⁴⁶. Por su parte, el Código Penal de la República Oriental del Uruguay afirma en su artículo 37 que “los jueces tienen la facultad de exonerar de castigo al sujeto de antecedentes honorables, autor de un homicidio, efectuado por móviles de piedad, mediante súplicas reiteradas de la víctima”. Vale decir, deja a discreción de los magistrados la despenalización de la eutanasia en casos particulares.

Los restantes países hispanoamericanos, incluida la Argentina, no consideran estas figuras en su regulación penal. Es decir que en ellos, un acto eutanásico sería considerado como un homicidio simple.

A mi entender, el abordaje bioético es el único que permite, por su misma esencia, una discusión crítica

del tema; por tanto, será analizado desde esa perspectiva. Y la discusión estará entrelazada permanentemente con los Cuidados Paliativos, dada mi formación, y el hecho de que los CCPP se presentan como una alternativa a la eutanasia, hasta el punto de que muchos líderes del movimiento de los CCPP llegan a afirmar que con CCPP de calidad prácticamente desaparecería el requerimiento de eutanasia⁴⁷⁻⁵¹. Esto es a mi juicio utópico, porque muchas veces, por diversos motivos, los CCPP llegan al paciente y su grupo familiar muy tarde, quedando poco tiempo para trabajar, y otras veces, lo difícil -aún disponiendo de tiempo- es modificar situaciones condicionadas por la historia personal y familiar, y la de la atención de esta última enfermedad que va a llevar al paciente a la muerte. O sea: aún con excelencia, los CCPP no pueden transformar un drama en una comedia. Si estoy convencido de que con CCPP de calidad, los requerimientos de eutanasia disminuyen.

Cabe puntualizar aquí que quienes propugnan la eutanasia no necesariamente lo hacen por malas razones (en un sentido ético). Puede ser que busquen sólo acabar con el sufrimiento del paciente, y no simplemente eliminar a los débiles, liberar camas hospitalarias o disponer antes de un legado testamentario. De hecho, como hemos visto, hay posiciones que colocan a la eutanasia entre las diversas acciones que los equipos de salud deben a un paciente como los descriptos. Claro que, de esta manera, se acaba con el sufrimiento acabando con el sufriente. Como dice Wilkinson, “más que resolver el problema lo destruye”¹⁹. Y aquí está la diferencia fundamental con los CCPP, que buscan aliviar el sufrimiento (no acabar con él) y darle un sentido.

Estudio crítico mínimo de la eutanasia desde la teoría bioética:

Como he dicho, creo que sólo desde aquí es posible hacer un aporte, en el sentido de ayudar a la reflexión sobre el asunto.

Me parece que de los sistemas de fundamentación para la toma de decisiones en bioética, hay tres que se aplican más a este problema: la “Teoría de los principios”; imbricada con ésta, para el caso, la doctrina jurídica de los Derechos Humanos (DDHH); y la aproximación por “el conflicto de valores”.

La teoría de los principios, llamada “de Georgetown”, por la universidad donde se desarrolló. Volcada primero en el “Informe Belmont” en 1978⁵², y en seguida en el libro “Los principios de la ética biomédica”, de Beauchamps y Childress, de 1979, es una teoría que confronta cuatro principios éticos “a priori” (es decir, que deben ceder si se les opone una obligación mayor): los principios de no-maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia. Debe analizarse el acto en cuestión, o los diversos cursos

de acción posibles, a la luz de *todos* los principios. Si hay conflicto entre ellos, debe decidirse por las consecuencias previsibles de las distintas acciones posibles⁵³.

Considerando el principio de no-maleficencia, en el acto eutanásico hay en principio un mal, un mal importante, porque el paciente pierde la vida. Pero la vida no es un valor absoluto (guerra, legítima defensa, suicidio altruista), y en bioética, y en la Doctrina Jurídica de los Derechos Humanos, se la considera con el mismo valor que a la dignidad. Si aceptamos la corriente predominante de que los DDHH son valores jurídicamente protegidos, entonces no todos tienen el mismo valor. Quienes los ven de esta manera otorgan más valor a los derechos personales que a los patrimoniales; a su vez, entre los personales, los que están al tope de la escala son los personalísimos, fundamentalmente el derecho a la vida y el derecho a la dignidad^{54,55}. La tensión que se produce al defender uno u otro de estos valores se patentiza, en la discusión que nos ocupa, en los pares vida/calidad de vida, o santidad (sacralidad) de la vida/calidad de vida.

Examinemos ahora el asunto a la luz de otros dos de los principios, los de autonomía y beneficencia, a la vez, porque la valoración de la propia calidad de vida, y de si esa vida es digna, es subjetiva; es decir, sólo la puede hacer el particular implicado, desde sus creencias, necesidades, aspiraciones, escala de valores, etc.; o sea, en ejercicio de la autonomía de su voluntad (autogobierno), que merece respeto. Y hace rato que se acepta que "lo bueno" (beneficencia, hacer el bien, lo bueno) para un sujeto determinado, es lo que para él es bueno.

En cuanto al principio de justicia, en esta teoría se lo invoca en cuanto a la justicia distributiva (no a la general ni a la conmutativa), o sea, la que regula las relaciones entre un individuo y un colectivo, y su formulación más simple y consensuada es la de que en una sociedad justa "se deben repartir de modo equitativo las cargas y los beneficios". Vista la eutanasia con esta perspectiva, sólo podría argumentar que no se debe sobrecargar al paciente que pide la eutanasia más que a uno que no la pide (sobrecargarlo con trámites, tiempo –que en estas circunstancias es sinónimo de sufrimiento–, etc). Pero estos derechos pueden colisionar con los de los otros actores, que tampoco deben ser privados de beneficios ni sobrecargados excesivamente. Sobrecargados con difíciles decisiones, con conflictos de conciencia, con riesgos legales. O sea, según yo lo veo, lo que en este marco aporta este principio es que cualquier postura sobre la eutanasia que se quiera institucionalizar como sociedad, debe ponderar cuidadosamente las cargas que va a imponer no sólo a los que la solicitan sino a todos los demás implicados.

El método del conflicto de valores⁵⁶, en cuanto a las implicancias de la eutanasia para el que la pide, nos llevaría más o menos por los mismos caminos (los valores implicados son la vida/calidad de vida, calidad de vida/sacralidad de la vida, el respeto por la autonomía de la voluntad del sujeto). Creo que este método puede arrojar más luz sobre la posición del agente de salud. Porque ante un pedido de eutanasia por un paciente competente tiene ciertamente un conflicto de valores: a la vez debe procurar el bien para su paciente, lo que ciertamente implica "*a priori*" la preservación de la vida; respetar la voluntad del mismo; aliviar el sufrimiento, y no abandonarlo. Son todas obligaciones que le imponen tanto su deontología profesional tradicional como la teoría bioética y el derecho.

Tironeado entre estos deberes, el agente debe escoger cual/es va a priorizar para cada caso particular. Porque honrar unos forzosamente implicará violar otros. Y me parece que es sólo en el terreno de su conciencia, de su integridad personal y profesional⁵⁷, que deberá decidir una conducta que lo va a situar ética y jurídicamente y que va a tener consecuencias graves.

Estamos ahora considerando el problema desde una ética de la virtud: es decir, de las diversas teorías éticas en las que abreva el paradigma disciplinar de la bioética, las que se centran justamente en las virtudes del agente moral para el logro de un acto éticamente correcto. Las otras son las teorías deontológicas (principistas, al estilo kantiano o de las éticas religiosas), con énfasis en la valoración moral del acto en sí, y las teleológicas (consecuencialistas, como por ejemplo el utilitarismo), que analizan especialmente las consecuencias previsibles de las acciones⁵⁸.

Esto nos conduce sin duda al problema de cuáles serían las virtudes necesarias para hacer bien esta tarea de asistir pacientes, al de cómo promover tales virtudes durante la formación profesional en el grado y el postgrado^{59,60}, y a exigir las como parte del perfil de todo agente de salud⁶¹.

ACERCA DE LA LEGALIZACIÓN DE LA EUTANASIA

Corresponde ahora considerar cuál sería el *status* legal más apropiado para la eutanasia.

Personalmente comparto con Cathleen Kaveny, renombrada jurista de la University of Notre Dame, de Indiana (EE.UU.) la convicción de que quizás lo mejor sea no legislar al respecto, dejar las cosas como están (en EE.UU., en nuestro país, en la mayor parte del mundo). Es decir, la regla absoluta contra estas prácticas pero considerando la excepción "para los pacientes, médicos y familias enfrentados con las di-

ficultades que su particular situación les ha impuesto”⁶². Similar posición ha adoptado la Comisión Nacional de Bioética de Francia⁶³.

La razón de esta postura conservadora es que pareciera que la legalización produce más problemas de los que resuelve.

La experiencia holandesa ha mostrado que a pesar de las facilidades legales se siguen practicando muchos actos eutanásicos clandestinos. Holanda llegó a la legalización en 2001 después de un proceso de un cuarto de siglo, el cual incluyó desde 1993 la obligación por parte de los médicos de reportar a las autoridades para su examen, los actos eutanásicos que hubieran efectuado, durante un tiempo intermedio en que la eutanasia estuvo despenalizada si se cumplían las pautas acordadas por las autoridades con las instituciones profesionales. El trabajo de Onwuteaka-Philipsen y cols. publicado en *The Lancet* en 2003, compara la aplicación de los mismos instrumentos de análisis (encuestas y revisión de certificados de defunción) en el inicio del proceso de legalización (en 1990), en un punto intermedio (1995), y el año mismo de la legalización (2001), y concluye que en la última medición, las muertes procuradas por el médico sin mediar requerimiento del paciente (ni su consentimiento) importan una cantidad que significa entre un tercio y la mitad de las causadas por actos eutanásicos efectuados de acuerdo a la ley⁶⁴ (o sea, por pedido del paciente, según la definición utilizada durante todo el proceso de legalización: “la terminación activa de vida del paciente, a su petición, por parte de un médico”⁶⁵). Los autores señalan también que han observado comparativamente entre las tres mediciones, un “interés creciente de los médicos por los CCPP”, y que “hay evidencia de que la calidad del cuidado terminal es habitualmente menos que óptima”⁶⁴ lo cual confirma trabajos previos que reportaban un insuficiente desarrollo de los CCPP en Holanda^{66,67}.

Tenemos aquí otro punto de interrelación con los CCPP, y evidencia sobre el posible antagonismo entre ambos enfoques para el paciente muriente, como ha sido comentado. Porque muchos pedidos de eutanasia tienen en su base, en vez del temor al encarnizamiento terapéutico, ya mencionado, otro temor tan o más legítimo que el primero: temor a un insuficiente alivio del sufrimiento por indolencia o impericia. Pareciera que, para estar seguros de que es lo último que se puede hacer, sólo debiera aceptarse considerar un pedido de eutanasia luego de que el paciente haya sido evaluado y tratado por un equipo calificado en CCPP, y si es que esto ha fracasado⁴. La ley holandesa, en el apartado “requisitos de cuidado y esmero profesional” que deben haberse cumplido para que el médico justifique la eutanasia, ni siquiera menciona los CCPP. Sólo se dice que el médico tiene que

haber llegado, junto con el paciente, al “convencimiento de que no existe ninguna otra solución razonable para la situación” (ley 26691/2001, Art. 2, inc. 1, “d”³²). En cambio en Oregón y en Bélgica, deben ofrecerse (y asegurarse) a todo paciente, y más al que requiera eutanasia o suicidio asistido, CCPP de calidad.

Sin embargo, en cuanto al estado de Oregón, a pesar de que se han publicado trabajos que niegan abusos y refieren un mejor manejo de estas situaciones desde que existe la ley³⁹, hay otros estudios que expresan o dejan dudas acerca del grado en que se cumplen los resguardos previstos por la misma^{40,68}; y en lo que se refiere a Bélgica, se prevén problemas similares, aunque no se pueden sacar aún conclusiones porque las prácticas fueron legalizadas en 2002.

Todo lo anterior conduce, a mi entender, a que la legalización de la eutanasia, para quienes puedan considerarla con una mente abierta y más allá de dogmatismos de cualquier especie, debería verse sobre todo como un problema político de poblaciones: el problema de cómo evitar los abusos sobre personas vulnerables.

Para el abordaje del problema a este nivel, social, comunitario, que implica la deliberación acerca de otorgarle o no a la eutanasia un marco legal explícito, de acuerdo a lo que hemos visto que ha ocurrido en la práctica, pareciera que las éticas deontológicas poco tendrían para decir, porque hablamos para una sociedad plural y respetamos la autonomía de los pacientes⁶⁹, y las de la virtud no se aplican a poblaciones, salvo en cuanto a las virtudes necesarias en quienes deban intervenir en las decisiones. A mi juicio es más urgente y prudente atender, desde una ética teleológica, a las consecuencias previsibles de la legalización (es decir, los abusos).

Los proponentes del suicidio asistido se basan también, para preferirlo, en los abusos a que la eutanasia puede dar lugar. Dado que el suicidio asistido implica que el médico proporciona al sujeto consciente los medios para quitarse la vida pero el acto es ejecutado por el propio sujeto, esto aseguraría su carácter de acto realmente voluntario y autónomo³⁵. Ya hemos aclarado que muchos autores, a los que me sumo, no ven diferencias en la valoración moral de uno y otro acto, ni tampoco, muchas veces, en sus aspectos *técnicos*³⁶⁻³⁸.

Una alternativa sobre la que poco se escribe

Una intervención aceptada de buenos CCPP es, por otro lado, la asistencia al paciente que, llegado a estas circunstancias, opta por abstenerse de alimentos y bebidas, como un método de suicidio, alternativa poco difundida. Se trata en este caso de un acto propio del paciente, verdaderamente autorreferente, por-

que no implica a terceros. Esta muerte, que sobreviene por deshidratación y emaciación, puede ser, según la experiencia, una buena muerte. Suele tardar algunos días, hasta un par de semanas, y el paciente, que en general ya viene ingiriendo escasas cantidades de líquidos y sólidos, no suele sentir hambre. Si puede tener sed, cefaleas, y cuando finalmente pierde la conciencia, agitación terminal. Para el alivio de estos y otros síntomas posibles, perturbadores para él o para quienes lo observan, la destreza en CCPP es eficaz y debe aplicarse^{24,70-72}. Esta técnica de suicidio sólo requiere del paciente que esté consciente, y podría haberla utilizado por ejemplo Ramón Sampetro, el paciente tetrapléjico gallego cuya calidad de vida era insostenible para él, a quien "alguien" asistió en su suicidio por ingestión de cianuro en 1998, luego de 29 años de pedir (a los médicos, a la justicia, a la opinión pública) que se le ayudara. La película *Mar Adentro* recrea este episodio que provocó tanto impacto en los medios en su momento⁷³.

CONCLUSIONES

1) La eutanasia es una intervención médica en el final de la vida caracterizada por la intención de acelerar la muerte para evitar el sufrimiento. El suicidio asistido puede considerarse similar en cuanto a los problemas éticos que plantea, y muchas veces también en cuanto a sus aspectos técnicos. Sin embargo, en varias iniciativas legislativas, declaraciones de instituciones médicas y tribunales, y desde ya, en buena parte de la bibliografía especializada, se lo trata por separado. La diferencia formal entre ambas prácticas consiste en que, mientras en la eutanasia el médico administra el medio, en el suicidio asistido lo provee al paciente, que se lo autoadministra.

2) Ambas intervenciones están legalizadas en Holanda y Bélgica y, en el estado norteamericano de Oregón, el suicidio asistido (no la eutanasia). En Suiza, Suecia y Estonia se tolera el suicidio asistido, y en Japón la eutanasia por un fallo judicial de 1962. En nuestra región, tienen penas menores que el homicidio simple en Bolivia, Colombia, El Salvador, Paraguay y Perú; en Colombia y Uruguay hay una situación fáctica que podría considerarse de despenalización: en Colombia, por un fallo de la Corte Constitucional de 1997, en todos los casos, y en Uruguay, por el art. 33 del Código Penal, de acuerdo al criterio de los magistrados ante un caso particular.

3) Son prácticas condenadas por la tradición deontológica médica y por las religiones monoteístas.

4) Pareciera haber una antinomia entre el florecimiento de estos procedimientos y el de los Cuidados Paliativos.

5) En cuanto a los casos particulares, el terreno de la conciencia del agente de salud, su integridad

personal y profesional, es lo que más juega a la hora en que éste deba tomar decisiones sobre este asunto.

6) A nivel social, el principal problema a considerar al querer explicitar su *status* legal, es cómo evitar los abusos sobre las personas vulnerables.

7) Hay una práctica poco conocida que permite que el paciente logre su objetivo de acelerar su muerte, sin comprometer al personal sanitario ni a sus allegados, que es la abstención voluntaria de alimentos y bebidas, lo que puede llevar a cabo aunque esté tetrapléjico; sólo requiere que esté consciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Di Mola G. *Euthanasia: the word and the act in palliative medicine*. *Palliative Medicine* 1993;7:187-92.
2. Vanderpool HY. *Death and dying: Euthanasia and sustaining life: I, historical aspects*. In: Reich WT [Editor]. *Encyclopedia of Bioethics*. 2nd ed. Simon & Schuster MacMillan, New York. 1995; 554-63.
3. Mainetti José A, Tealdi JC. *Ética médica: introducción histórica, con documentos de deontología médica*. Quirón 1989; 88.
4. Gracia Guillén D. *Dilemas éticos en el final de la vida*. *Nexo (Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires)* 1995;15:5-16.
5. Drane J. *El suicidio: ¿Una solución para los problemas de los pacientes agonizantes?* *Quirón* 2001;32:70-7.
6. Gherardi CR. *La muerte intervenida. De la muerte cerebral a la abstención o retiro del soporte vital*. *Medicina Buenos Aires* 2002;62:279-90.
7. Manzini JL. *La limitación terapéutica en el final de la vida. Una propuesta para su abordaje*. En: AAVV. *Bioética: cuestiones abiertas. Inicio, desarrollo y fin de la vida humana*. Eledé, Buenos Aires. 1996; 167-84.
8. Gherardi CR. *Encarnizamiento terapéutico y muerte digna. Mitos y realidades*. *Medicina (Bs. As)* 1998; 58:755-62.
9. Martin LM. *A mistanásia, a "eutanasia social": Mistanásia por negligencia*. En: *Eutanásia e distanásia*. http://www.portalmedico.org.br/biblioteca_virtual/bioetica/ParteIIIeutanasia.htm
10. Saunders C. *Into the valley of shadow of death. A personal therapeutic journey*. *BMJ* 1996; 313:1599-601.
11. *World Health Organization. Cancer pain relief and Palliative Care*. Geneva: WHO; 1990.
12. *World Health Organization, WHO definition of palliative care 2002*. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/print.html>.
13. Roy DJ, Rapin C-H, and the Board of Directors of the European Association for Palliative Care. *Regarding Euthanasia*. *European Journal of Palliative Care* 1994;1:57-9.
14. Brock DW. *Death and dying: euthanasia and sustaining life: II, Ethical Issues*. In: Reich WT [Editor]. *Encyclopedia of Bioethics*, 2nd ed. : Simon & Schuster MacMillan;1995, pp. 563-72 1995.
15. *Comité de Ética, Hospital Privado de Comunidad de Mar del Plata. Pautas para el retiro o la abstención de tratamientos de soporte vital en pacientes en situaciones clínicas irreversibles*. *Medicina (Bs. As.)* 1996;56:429.
16. Blanco LG. *Muerte digna*. Buenos Aires: Ad-Hoc;1997 (Cap. II "Situaciones eutanásicas, distanásicas y ortotanásicas").
17. *Comité de Bioética, Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. Pautas y recomendaciones para la abstención y/o retiro de los métodos de soporte vital en el paciente crítico*. *Medicina (Bs. As.)* 1999; 59:501-4.
18. McFadden ChJ. *El principio del doble efecto*. En: *Ética y medicina*. Studium, Madrid.1958; 49-54.
19. Wilkinson J. *The ethics of euthanasia*. *Palliative Medicine* 1990;4:81-6.
20. Taboada P. *The principle of double effect questioned*. *IAHPC Newsletter, Jan 2004*; <http://www.hospicecare.com/newsletter2004/jan04/>

- [ethics.htm](#).
21. Orentlicher D. *The Supreme Court and Physician-Assisted Suicide – Rejecting Assisted Suicide but Embracing Euthanasia*. N Engl J Med 1997;337:1236-9.
 22. Quill TE, Dresser R, Brock DW. *The rule of Double effect – A Critique of Its Role in End-of-Life Decision Making*. N Engl J Med 1997;337:1768-71.
 23. European Association for Palliative Care (EAPC) Ethics Task Force. *Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force*. Palliative Medicine 2003;17:97-101.
 24. Dunphy K, Finlay I, Rathbone G, Gilbert J, Hicks F. *Rehydration in palliative and terminal care: if not - why not?* Palliative Medicine 1995;9:221-8.
 25. Chater S, Viola R, Paterson J, Jarvis V. *Sedation for intractable distress in the dying – a survey of experts*. Palliative Medicine 1998;12:255-69.
 26. De Simone G, Tripodoro V. *Fundamentos de cuidados paliativos y control de Síntomas*. Buenos Aires: Pallium Latinoamérica 2004; 76-81.
 27. Taboada P. *Terminal sedation or palliative sedation?* IAHP Newsletter June 2004. <http://www.hospicecare.com/newsletter2004/jun04/ethics.htm>.
 28. Schneidermann LJ, Spragg RG. *Ethical decisions in discontinuing mechanical ventilation*. N Engl J Med 1988; 328:984-8.
 29. Edwards MJ, Tolle SW. *Disconnecting a ventilator at the request of a patient who knows he will then die: the doctor's anguish*. Ann Intern Med 1992;117:254-6.
 30. Truog RD, Burns JP, Mitchell C, Johnson J, Robinson W. *Pharmacologic Paralysis and Withdrawal of Mechanical Ventilation at the End of Life*. N Engl J Med 2000;342:508-11.
 31. Gil Deza E. *Cuidados paliativos y eutanasia, dos posiciones encontradas frente al problema del sufrimiento y la muerte*. Tumor (Buenos Aires) 1995;8:67-73.
 32. *Países Bajos: Ley de comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio*, N° 26691/2001. El Dial.com – 1er diario jurídico Argentino en Internet;4(777), 19/4/01. <http://www.eldial.com/>
 33. Medina G. *Comentario a la Ley Holandesa de Eutanasia*. <http://www.gracielamedina.com/archivos/derecho/pdf/000001.pdf>.
 34. Juan Pablo II. *Carta Encíclica Evangelium Vitae*. Editorial San Pablo, Buenos Aires.1995; 118.
 35. Angell M. *The Supreme Court and physician-assisted suicide – The Ultimate Right*. N Engl J Med 1997;336(1):50-3.
 36. Masson JK, Mulligan D. *Euthanasia by Stages*. The Lancet 1996;347:810-1.
 37. Dixon N. *On the Difference between Physician – Assisted Suicide and Active Euthanasia*. Hast Cent Rep 1998;28(5):25-9.
 38. Manzini JL. *Suicidio asistido y sedación terminal*. Bol Asoc Arg Med y Cuid Pal 2002; 1: 41-6.
 39. Asociación Médica Mundial. *Códigos, Declaraciones y Normas*. En Mainetti JA., Tealdi JC. *Ética Médica: Introducción histórica, con documentos de deontología médica*. La Plata: Quirón 1989; 120-9.
 40. American College of Physicians – American Society of Internal Medicine. *Physician-assisted suicide*. Ann Intern Med 2001;135:209-16.
 41. Ganzini L, Nelson HD, Lee MA, Kraemer DF, Schmidt TA, Delorit MA. *Oregon physicians' attitudes about and experiences with end-of-life-care since passage of the Oregon death with dignity Act*. JAMA 2001;285:2263-69.
 42. Steinbrook R. *Physician-Assisted Suicide in Oregon – An Uncertain Future*. N Engl J Med 2002;346:460-4.
 43. E.R.G.O. *Euthanasia World Directory: Asia and Pacific*. <http://www.finalexit.org/lawsasia.html>.
 44. Misseroni Raddatz A. *Consideraciones jurídicas en torno al concepto de eutanasia*. Acta Bioethica 2000;6(2):249-63
 45. Corte Constitucional de la República de Colombia, *Sentencia C-239/97, punto 10. La Ley (Buenos Aires) 5/12/97, Suplemento de Derecho Constitucional, pp. 9-54. Con nota de Luis Guillermo Blanco*.
 46. *La Crónica de hoy*. Bogotá, 16/11/04. "Presentan Ley para regular la eutanasia en Colombia". <http://www.cronica.webcom.com.mx/>
 47. Twycross RG. *Euthanasia: a physician's viewpoint*. International Conference on Voluntary Euthanasia and Suicide. Oxford, 1980.
 48. Saunders C. *Voluntary euthanasia [Editorial]*. Palliative Medicine 1992;6:1-5.
 49. Finlay IG. *Palliative medicine overtakes euthanasia [Editorial]*. Palliative Medicine 1994;8:271-2.
 50. Foley KM. *Competent Care for the Dying Instead of Physician-Assisted Suicide*. N Engl J Med 1997;336:54-8.
 51. Emanuel E. *Euthanasia: where the Netherlands lead will the world follow?* BMJ 2001;322:1376-7.
 52. U.S. Department of Health, Education and Welfare, *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. The Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office; 1978.
 53. Beauchamp T L, Childress JF. *Principios de Ética biomédica. Versión española de la cuarta edición en lengua inglesa (Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press; 1979,1983,1989,1994). Masson, Barcelona; 1999.
 54. Ekmedjian MA. *Manual de la Constitución Argentina*. Depalma, Buenos Aires. 1991 (Cap. 5: Declaraciones, Derechos y Garantías, punto 6: El orden jerárquico de los derechos individuales. Remisión).
 55. Hooft P.F. *Bioética y Derechos Humanos. Temas y casos*. Depalma, Buenos Aires.1999 (Cap.1: Bioética, Derechos Humanos y Filosofía del Derecho).
 56. Gracia Guillén D. *Fundamentos de Bioética*. Madrid: Eudema;1989 (Parte II, Cap.5: El método axiológico o del conflicto de valores).
 57. Pellegrino E. *La relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica*. Bol Of Sanit Panam 1990;108:379-90.
 58. Mainetti JA. *Bioética sistemática*. Quirón1991; (Cap. II, Paradigma Disciplinario, pp.35-42).
 59. *Subcommittee on Evaluation of Humanistic Qualities in the Internist, American Board of Internal Medicine: Evaluation of Humanistic Qualities in the Internist*. Ann Intern Med 1983;99:720-4.
 60. *Medical Ethics Subcommittee, American Academy of Pediatrics: Teaching and Evaluation of Interpersonal Skills and Ethical Decision-Making in Pediatrics*. Pediatrics 1987;79:829-33
 61. *República Argentina, Ministerio de Cultura y Educación de la Nación, Resolución 535/99: Contenidos básicos curriculares y criterios sobre la formación práctica para las carreras de Medicina*. Buenos Aires, 10/08/99.
 62. Kaveny C. *Assisted Suicide, the Supreme Court and the Constitutive Function of the Law*. Hastings Center Report 1997;27(5):29-34.
 63. Nicholson RH. *No Painless Death Yet for European Euthanasia Debate*. Hast Cent Rep 2000;30(3):7.
 64. Onwuteaka-Philipsen BD, van der Heide A, Koper D, Keij-Deenberg I, Rietjens JAC, Rurup ML et al. *Euthanasia and other end-of-life decisions in the Netherlands in 1990, 1995 and 2001*. The Lancet 2003;362:395-99.
 65. Jochemsen H. *Euthanasia: la situación en Holanda y una evaluación crítica*. Cuadernos de Bioética (España) 1996;27:297-310.
 66. Zyllicz Z. *The Netherlands: status of cancer pain and palliative care*. Journal of Pain and Symptom Management 1996;12:136-8.
 67. Janssens IRJ, ten Have HA. *The concept of palliative care in The Netherlands*. Palliative Medicine 2001; 15:481-6.
 68. *Fifth Annual Report on Oregon's Death with Dignity Act*, Oregon

Department of Human Services; Office of Disease Prevention and Epidemiology. March 6, 2003. <http://www.ohd.hr.state.or.us/chs/pas/year5/ar-about.cfm>.

69. Charlesworth M. *La bioética en una sociedad liberal*. Cambridge: University Press;1996 (Cap. 3: "Cómo terminar la vida").
70. Printz LA. Terminal dehydration, a compassionate treatment. *Arch Intern Med* 1992;152:697-700.
71. Quill TE, Byock IR, for the ACP-ASIM End-of-Life Care Consensus Panel. Responding to intractable terminal suffering: the role of termi-

nal sedation and voluntary refusal of food and fluids. *Ann Intern Med* 2000;132:408-14

72. Ganzini L, Goy E, Miller LL, Harvath TA, Jackson A, Delorit MA. Nurse's experiences with Hospice Patients Who Refuse Food and Fluids to Hasten Death. *N Engl J Med* 2003;349:359-65.
73. Caso de eutanasia conmueve a España. "Yo también ayudé a matar a Sampedro". <http://members.tripod.com/~shats/n10/samp.htm>.

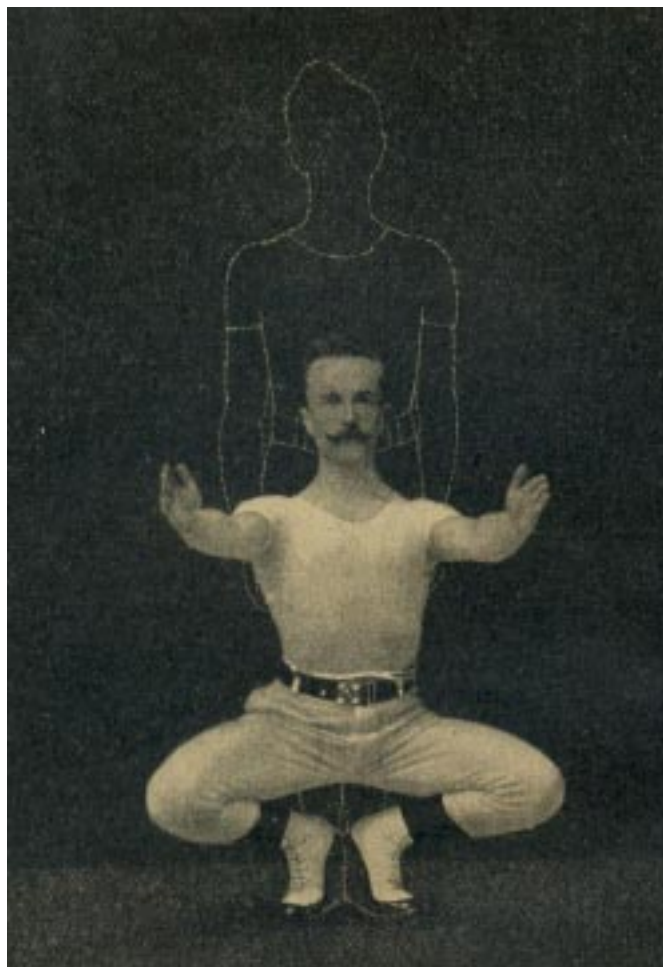


Foto: Ejercicio 6. Flexión completa de las piernas con los brazos hacia adelante, luego se estiran las piernas y los brazos se llevan al costado. la parte superior del cuerpo debe mantenerse derecha. Extraído de: Curso de gimnasia del Almanaque Argentino. En: Meier E, Cabelago R. Almanaque del Estudiante Argentino. 5ª edición. Kaiser y Cia impresores, Buenos Aires. 1915; 19.