

Reflexiones sobre la eutanasia

J. Sillero F. de Cañete

Primera reflexión:
La eutanasia es un problema candente

La Bioética —una ciencia relativamente moderna— se encuentra hoy en pleno desarrollo, tratando de discernir las claves y normas morales que deben informar la vida y sus eventos

(1). Dentro de ella, el tema de la eutanasia ha alcanzado sin duda un relieve especial. Y es que, como dicen SINGER y SIEGLER, «ha comenzado un nuevo y vigoroso debate político y médico en torno a una práctica proscrita ya hace 2.500 años en el juramento hipocrático» (2).

Podríamos señalar como argumento confirmatorio una serie de hechos que nos han permitido comprobar la preocupación presente y creciente por el problema.

Hace poco más de un año tuvimos la ocasión de leer un libro titulado «La buena muerte» (3) y subtítulo «Los médicos y la eutanasia», del que es autor el conocido patólogo americano, adalid en su país de la eutanasia, JACK KEVORKIAN, al que sus antagonistas llaman «Doctor Muerte». Se trata de un testimonio sincero y bien expresado, aunque un tanto extremo, de

El problema de la eutanasia nos ha ocupado y preocupado de modo preferencial en los últimos años, justamente a raíz de conocer y seguir las dramáticas vicisitudes de la joven americana Nancy Cruzan, que se mantuvo siete años en estado vegetativo persistente y finalmente falleció cuando —por orden judicial— se le suprimió el sostén vital, la alimentación e hidratación a través de un tubo de gastrostomía.

No es de extrañar, por tanto, que hoy de nuevo volvamos sobre el tema, en el que hacemos cuatro concretas reflexiones, referentes a su indiscutible actualidad, a los matices que conciernen al concepto, a las razones esgrimidas en favor y en contra de la eutanasia y a una praxis en cuanto a la conducta a seguir en las situaciones más conflictivas.

en 1948 la denominada «distrofia trombocitaria hemorrágica congénita» caracterizada sobre todo por el tamaño gigante de las plaquetas (5). La obra de SOULIER nos parece un documento mucho más equilibrado y menos partidista que el de KEVORKIAN.

Televisión Española emitió no ha mucho un documento verdaderamente estremecedor acerca de las actividades de KEVORKIAN, cuando ya había ayudado al suicidio a una veintena de pacientes con su máquina «Mercitrón». También hemos tenido ocasión de contemplar en la pequeña pantalla una producción holandesa, «Muerte solicitada» (6), que por cierto no nos pareció demasiado buena en sus facetas médica, ética ni aun cinematográfica, pero que ha sido la primera cinta que permite asistir a la muerte real de un paciente, afecto de esclerosis lateral amiotrófica, mediante una dosis le-

este médico de origen armenio. Recientemente se ha publicado otro libro con el título «Morir con dignidad. Una cuestión médica, una cuestión ética» (4), debido a la pluma del importante hematólogo galo JEAN PIERRE SOULIER, quien junto a BERNARD describió

tal de curare administrada por su médico de confianza.

En los últimos años, la corriente proeutanasista se ha reforzado en diversos países, y a la práctica eutanásica consentida si no claramente legalizada en Holanda, se suma ahora la aprobación en referéndum del Proyecto 16 en el estado americano de Oregón (7), por el que se autoriza al médico la ayuda al suicidio del paciente con enfermedad avanzada no recuperable, facilitándole los recursos farmacológicos necesarios para conseguir el óbito. Este proyecto, que subsigue en el tiempo a fallidos intentos en los estados de Washington y California, iba a ser puesto en práctica precisamente el día 8 de diciembre pasado —fiesta de la Inmaculada—, aunque ha quedado temporalmente en suspenso hasta la vista de un recurso interpuesto por una asociación antieutanasista, la National Right-to-Life. En nuestro propio país, la reforma del Código Penal mitigando las penas impuestas a la ayuda al suicidio y eutanasia (ésta como tal no está contemplada hasta ahora), queda a la espera de su presentación y debate parlamentario.

En otro terreno, se multiplican en las revistas médicas artículos sobre este tópico, y también son frecuentes los pronunciamientos de grupos, sean médicos, bioéticos o de otra índole (8). Con los datos precedentes, creíamos estar al día en la corriente proeutanasista. No era así: hemos leído en el número del «British Medical Journal» correspondiente al pasado 3 de junio, una comunicación de CHRISTOPHER ZINN (9), corresponsal del Guardian en Australia, en la que se dice textualmente: «El parlamento del Territorio Norte en Australia ha encendido un debate internacional al aprobar el Proyecto de Ley sobre los derechos del paciente terminal, convirtiendo así a Australia en un banco de pruebas para la legalización de la eutanasia. Si bien la eutanasia está sancionada en Holanda y en el estado norteamericano de Oregón, el Territorio Norte cuenta ahora con el primer parlamento que acepta plenamente un proyecto que la legaliza.

La nueva ley significa que los enfermos terminales pueden acabar con su vida mediante ayu-

da médica si cumplen estrictamente las líneas-guía trazadas, que incluyen un diagnóstico por dos doctores experimentados, al menos uno de ellos con cualificación psicológica. Entre las enmiendas admitidas tras un debate de 14 horas, figura una que da al gobierno poder para especificar qué fármacos podrán ser usados para acelerar la muerte».

Pero ciertamente no todo son pasos en pro de la legalización de la eutanasia: se han registrado igualmente movimientos y tendencias contrarias importantes. Nuestro más reciente Código de Ética y Deontología de la O.M.C. (10), señala explícitamente en el punto primero de su artículo 28 que «el médico nunca provocará intencionadamente la muerte ni por propia decisión, ni cuando el enfermo o sus allegados lo soliciten, ni por alguna otra exigencia. La eutanasia u homicidio por compasión es contraria a la ética médica».

La Conferencia Episcopal Española, a través del Comité Episcopal para la Defensa de la Vida, publicó en 1993 un librito muy bien estructurado titulado «La Eutanasia. 100 cuestiones y respuestas sobre la defensa de la vida humana y la actitud de los católicos» (11).

Muy recientemente, debemos registrar la enérgica toma de posición de S.S. el Papa Juan Pablo II en su última Encíclica, la «*Evangelium vitae*» (12). En relación con este acontecimiento, se promocionó a finales de abril del presente año un manifiesto en el que se proclama sin ambages la decidida defensa de la vida, en contra del aborto, la eutanasia y la manipulación genética (13). Dicho manifiesto fue firmado por 7.000 intelectuales de Andalucía Oriental, y en Jaén personalmente tuvimos la oportunidad de dar lectura al mismo ante los medios de comunicación congregados al efecto.

Concluyo esta reflexión destacando dos eventos recientes que en alguna manera se conectan con el tema:

- Uno es la muerte de EMIL CIORAN, el filósofo rumano afincado en Francia y padre de la doctrina de la desesperación, quien llegó a pronunciar esta frase: «la muerte es lo más sublime al alcance de cualquiera».
- El otro estriba en la aparición del libro de

SHERWIN NULAND «Cómo morir», en cuyo epílogo se afirma: «La dignidad que buscamos en la muerte puede hallarse en la dignidad con que hemos vivido nuestra vida. El *ars moriendi* es el *ars vivendi*».

Todo cuanto antecede demuestra sin muchas dudas la palpante y controvertida actualidad de la eutanasia.

Segunda reflexión:

Matices de la eutanasia

Bien sabido es que el término eutanasia proviene del griego: «eu» (bueno/a) y «tanatós» (muerte). Podemos así definirla como «la privación o suspensión de la vida inducida en seres humanos en forma dulce, por consideraciones de tipo humanitario». Para SOULIER, una condición inexcusable debe cualificar esta definición: que sea solicitada voluntariamente por el paciente. Sin esa voluntariedad (o solicitud expresa), no se trata de eutanasia, sino de homicidio e incluso asesinato. No hay, pues, eutanasia involuntaria, según este criterio (4).

Ha sido clásica la categorización de dos tipos de eutanasia, activa y pasiva. La activa utiliza de los recursos médicos en forma positiva para alcanzar el objetivo de la muerte; puede decirse que sustituye la causa natural o espontánea del óbito por otra artificial. La eutanasia pasiva consigue el mismo objetivo por la supresión u omisión de ayudas terapéuticas que podrían alargar o conservar la vida del paciente, pensando que tal conducta es plausible ante la falta de posibilidades reales de curación. A la eutanasia pasiva se le denomina también omisiva, negativa o indirecta (14).

Quizá sea interesante recordar aquí que aunque las prácticas eutanásicas se dieron claramente en la antigüedad (consúltense, por ejemplo, documentos de historiadores latinos, como TÁCITO y SÜETONIO), fue al parecer TOMÁS MORO, en Gran Bretaña, quien primero empleó el término eutanasia, en su obra «Utopía», publicada en 1516 (15). Recuérdese que T. MORO fue elevado a los altares en 1935, pese a la reconocida y justificada hostilidad de la

Iglesia Católica hacia cualquier forma de eutanasia.

En tanto que en la eutanasia propiamente dicha la muerte la provoca directamente el médico aplicando determinados tipos de fármacos (o suprimiendo otros vitalmente necesarios), la ayuda al suicidio significa que la extinción de la vida la provoca el propio enfermo, al que otra persona (generalmente un médico, eventualmente un familiar o amigo) ha proporcionado la medicación precisa para conseguirlo. Aunque cabe considerarla como una variante de la eutanasia, legalmente puede tener otra estimación (hay países o estados en los que se castiga la eutanasia y no está penada la ayuda al suicidio) (4).

Algunos autores hablan para este caso, un tanto eufemísticamente, de «asistencia a la autoliberación de las personas moribundas». Y así, en Francia, se editó un folleto a su respecto titulado «Autodelivrance». Precisamente, en el país galo se publicó en 1982 un libro con el título «Suicidio: modo de empleo», en el que se ofrecían consejos para suicidarse «eficazmente». Fueron sus autores GUILLON y LE BONNIEC; el libro provocó polémica y alcanzó éxito en ventas y también en utilidad, ya que a la cabecera de no pocos suicidas de todas las edades se encontró un ejemplar del mismo (4). Como que en la concepción de la eutanasia han surgido sombras y vaguedades, no es de extrañar que hayan aparecido nuevos términos que intentan precisar más la conducta médica ante estas situaciones límite: nos referimos a distanasia, ortotanasia y benemortasia.

La distanasia («dis» = mal) incluye la utilización de recursos terapéuticos que no obtienen beneficio positivo en la evolución del paciente y solamente consiguen una prolongación de tipo biológico (16). Dicho de otro modo, con la distanasia no se alarga la vida, sino la agonía. Generalmente rechazada, es también definida como «encarnizamiento terapéutico», aunque algunos, menos críticos, hablan de obstinación terapéutica.

El contrapunto a la distanasia sería la ortotanasia («ortos» = recto), que postula la ayuda al moribundo hasta donde es útil, decidiendo

la supresión de cuidados especiales a enfermos en estado vegetativo persistente no recuperables, agonizantes, etc. En alguna manera, se acerca a la eutanasia pasiva en su vertiente de supresión de ayudas extraordinarias e inútiles. Este vocablo fue introducido en 1950 por BOSKAM, profesor de la Universidad de Lieja. Finalmente, A. DICK, profesor de Ética en Harvard, sugirió el término benemortasia, que viene a ser como una especie de ortotanasia de sentido positivo: lo que hay que hacer, el comportamiento del sanitario ante el moribundo, para conseguir un éxitus digno, con tratamientos limitados a reducir al máximo el sufrimiento en ese trance.

Tercera reflexión:

Razones y sinrazones de la eutanasia

I. Los presupuestos que se esgrimen para justificarla pueden resumirse en dos puntos: morir con dignidad y libertad para morir.

El derecho a una muerte digna significa que los pacientes que soportan un sufrimiento físico o psíquico intolerable deben ser autorizados para poner fin a la tortura, disponiendo de un médico que facilite y practique la eutanasia (17).

El argumento de libertad para morir puede ser explicitado sencillamente en estos términos: la vida es un derecho reconocido e inalienable de cada individuo; el derecho a vivir conlleva el de poder disponer de esa vida en un momento dado, al objeto de conseguir una buena muerte (18-19).

Esta doctrina proeutanasica debe completarse con una praxis adecuada que, protegiendo los derechos antes expresados, evite las perversiones y exageraciones. Resumimos en este sentido los «Criterios clínicos para la asistencia médica al suicidio», propuestos no ha mucho por QUILL, CASSEL y MEIER (20):

— El paciente debe padecer una enfermedad incurable que asocie sufrimiento severo y persistente.

— El médico debe asegurarse de que el paciente sufre por ese proceso morboso y no por un cuidado inadecuado.

— El paciente ha de solicitar la muerte en forma clara, insistente y voluntaria.

— El médico comprobará que esa petición no deriva de una distorsión de su juicio.

— El suicidio asistido debe realizarse en el contexto de una relación médico-paciente significativa y comprensiva.

— Se requiere la consulta a otro médico experto para asegurar que hay motivación y voluntariedad.

— Todos los elementos del acto suicidiario deben ser documentados y firmados.

— Es conveniente el informe a los familiares del enfermo.

II. Hay, en el sentir de los antieutanasistas, una serie de argumentos que se oponen puntualmente a las razones esgrimidas precedentemente.

En primer lugar, la falacia de una muerte digna: Se pretende identificar el concepto de muerte digna con el de muerte rápida y sin dolor; pero una muerte digna emana no sólo de la ausencia de tribulaciones extrínsecas, sino que más bien depende de la grandeza de ánimo de quien se enfrenta a ella (11). Aunque la eutanasia pregona que ahorra sufrimientos —y quizá por eso el Dr. KEVORKIAN llama Mercitrón a su máquina de suicidio—, ciertamente no elude la angustia de los preparativos de una muerte a plazo fijo.

Se ha pretendido que la Medicina con sus avances ha hecho más necesaria la eutanasia, pero es lo cierto que esto mismo se afirmaba hace un siglo. Cuando se acusa que el enfermo es, como dice MARCIA ANGELL (2), un «prisionero de la tecnología», intencionadamente se oculta que, por ejemplo, en Holanda la gran mayoría de los actos eutanásicos son practicados por los médicos de cabecera en el domicilio de los pacientes (22).

Cuando se defiende el derecho de cada individuo a disponer de su vida, se olvida que en la conservación de la vida confluyen a la vez intereses individuales y colectivos o sociales: ni los primeros pueden prevalecer en exclusividad sobre los segundos ni a la inversa. En el entramado familiar y social, nadie tiene derecho a eliminar una vida, ni incluso la propia. El de-

recho a la vida es, legalmente considerado, «indisponible», es decir, se trata de un «derecho-deber» (23).

Por la ruta de la eutanasia voluntaria puede llegarse en ciertos casos a la eutanasia involuntaria: sujetos que son eutanizados (valga el verbo) sin su consentimiento e incluso en contra de sus deseos. Hay al menos cuatro formas de eutanasia involuntaria (2):

— «criptanasia», eutanasia oculta o secreta de pacientes vulnerables muertos sin su consentimiento;

— «eutanasia alentada», por la que los sujetos crónicamente enfermos o moribundos son presionados a escoger la eutanasia, ahorrando así gastos y penalidades a la familia;

— «eutanasia substituida», según la cual en sujetos inconscientes se sustituye su criterio positivo por el partidista de los familiares;

— y «eutanasia discriminativa», que se cieme como una amenaza sobre personas o colectivos marginales (pobres, ancianos, disminuidos físicos o mentales, miembros de minorías raciales, drogadictos y hasta sidosos). Decía la carta de los minusválidos de Amersfoort a los Comités parlamentarios para Sanidad y Justicia neerlandeses, entre otras cosas: «Sentimos que nuestras vidas están amenazadas. Nos damos cuenta de que suponemos un gasto muy grande para la comunidad. Mucha gente piensa que somos inútiles. Percibimos a menudo que se nos intenta convencer para que deseemos la muerte. Nos resulta aterrador pensar que la nueva legislación médica incluya la eutanasia».

A la sombra y aliento de la eutanasia voluntaria surge, en efecto, la que FENIGSEN ha definido como «medicina taigética», en recuerdo de las prácticas espartanas (22).

La eutanasia viola normas fundamentales de la Medicina de todos los tiempos:

— desvía la atención de los objetivos reales en el cuidado del paciente terminal (control del dolor, relaciones optimizadas médico-enfermo) hacia la solución simplista y esquemática de la eutanasia;

— subvierte el papel social del médico, que pasa de ser un hombre que cura a algo tan

opuesto como un hombre que mata,

— y atenta vitalmente contra la confianza que el enfermo deposita en el médico, en el sentido de que siempre y en cualquier circunstancia va a ser un aliado poderoso en la lucha contra el dolor y la enfermedad, hacia una meta de salud y bienestar. Se ha creado así la figura del médico provocador, que anima a la eutanasia y finalmente acaba por practicarla en el paciente ya convencido.

Del mismo modo que al término de las razones para la eutanasia hemos esbozado una conducta apropiada para su práctica, debemos ahora señalar cuáles son las soluciones alternativas de los antieutanasistas. La respuesta médica ante el enfermo terminal debe ser doble: no discriminarlo y practicar en él una medicina paliativa auténtica.

El paciente terminal tiene todo el derecho a la atención del médico, con dedicación plena de su tiempo, capacidad y habilidades. En esta fase el enfermo es —en frase recuperada por VOGELSANGER— «res sacra miser», algo sagrado digno de conmiseración, y el tratamiento debe proporcionarle dignidad: dignidad y decaimiento orgánico no están disociados ni aun menos son contrapuestos, sino entramados en la misma raíz ética de la Medicina (24).

En la crítica a la eutanasia, la alternativa verdadera es la Medicina Paliativa (25), cuya vertiente hospitalaria tuvo por pionero al hospital St. Christopher londinense. Esta medicina atiende a todos los extremos que causan penosidad, no sólo dolor, astenia, fiebre, anorexia, etc., sino también apoyo psíquico. No se olvide que el síntoma más frecuente del enfermo terminal (y probablemente el que más le hace sufrir) es la ansiedad. Como dice REICHEL (26), «nunca la profesión médica ha sido tan capaz de aliviar y confortar; provocar intencionadamente la muerte de un moribundo sería un modo fácil de abandonar sus responsabilidades esenciales y humanitarias».

Cuarta reflexión:

Un pronunciamiento ponderado

Quisiéramos, llegados ya a la última de nues-

tras reflexiones, glosar aquí un estudio meditado de los problemas que plantea la denominada muerte digna. Consideramos que se trata de un trabajo clarificador, con el que se puede estar o no de acuerdo, pero que en todo caso examina con penetración los principales escollos del tema. Me refiero a lo que al respecto se dice en el Manual de Ética del American College of Physicians (27).

Reconociendo de antemano la complejidad del problema, la primera cuestión debatida es la de quién es el agente en la toma de decisiones. La contestación en el caso de que el enfermo esté consciente parece firme: el paciente tiene derecho a aceptar o rechazar cualquier tratamiento que se le recomiende, incluyendo aquellos que son significativos o esenciales para el mantenimiento de la vida. Se piensa que, en líneas generales, el enfermo suele aceptar las recomendaciones del médico sobre los tratamientos que conducen a su pervivencia, pero en casos de enfermos terminales o irrecuperables a veces se produce la renuncia a proseguir la lucha contra la enfermedad, y entonces el criterio del paciente prima sobre el del clínico que lo asiste.

Situación muy distinta es la que se plantea cuando el enfermo se encuentra inconsciente, y no hay ningún documento que señale cuál es su voluntad en tales circunstancias. No existe ningún modelo de referencia, legal o clínico, que permita establecer a quién corresponde la capacidad de decisión: si a un pariente, a un amigo, al médico o al juez incluso. Pero es que además, en la toma de decisión no hay criterios firmes: se dice que el responsable debe emitir «un juicio sustitutivo», inclinándose por aquello que el paciente hubiera preferido en el caso de ser competente. Otros estiman que resulta más deseable elegir la conducta que más interesa al enfermo, lo que podríamos llamar «un juicio de utilidad»...

Ante las dudas que en este momento surgen, cobran importancia dos documentos que en USA son ya de común empleo:

— lo que ellos llaman el «Living Will» o Declaración de voluntades, similar a nuestro Testamento vital, en el que el enfermo proporciona

información sobre sus preferencias para esa etapa final, y

— lo que se conoce como «Advance Directives» o Directrices previas para médicos, a modo de un cuestionario que se cumplimenta a la llegada al hospital y que viene en resumen a definir dos puntos fundamentales: el tipo de tratamiento a recibir de acuerdo con las circunstancias y la persona que considera más idónea para representarle en caso de que se torne incompetente.

El segundo aspecto de que se trata en este estudio se refiere a las situaciones clínicas en que se suelen plantear comprometidas decisiones. Considera tres en concreto:

1. Los pacientes competentes en fase terminal, definidos como sujetos en situación irreversible que tienen muy alta probabilidad de morir a corto plazo (máximo, 3 a 6 meses). Como estos pacientes están conscientes, ellos acuerdan con el médico la extensión y complejidad de los cuidados, a los que en cualquier momento pueden renunciar. En todo caso, la Medicina Paliativa, considerada como alivio del dolor y asistencia psicosocial, ha de serles aplicada plenamente.

2. Pacientes no terminales, pero inconscientes en forma permanente. El caso más típico es el del estado vegetativo persistente, esa condición en la que, perdida la discriminación o apereamiento del yo y del entorno, persiste sin embargo la posibilidad de alternativas de vigilia y sueño y, por lo tanto, de abrir los ojos. Llegado a un límite —que suele fijarse en 1 año— se estima, con el apoyo de los datos clínicos y paraclínicos, que la situación se ha hecho irreversible, es decir, que se ha pasado al estado vegetativo permanente. De acuerdo al criterio del Comité de Ética americano, las decisiones que se tomen deben estar en línea con las de los enfermos incompetentes: Si el paciente formuló sus deseos previamente, es posible adecuarse a ellos y tenerlos en cuenta. Si (como ocurre en la mayoría de las veces) no hay ninguna declaración de intenciones, el criterio suele ser renunciar a terapias sofisticadas y complejas (como ventilación asistida, hemodiálisis) y limitarse a los medios ordinarios de manteni-

miento (diversas medicaciones, entre las que se incluyen la alimentación e hidratación). El renunciar a estos últimos recursos es materia controvertida, de debate. A veces, una decisión judicial concluye con el caso, deteniendo el sostén vital por el mayor bien del enfermo. En último término, un médico con convicciones morales profundas, puede y debe, ante el caso concreto, obrar de acuerdo con los dictados de su conciencia.

3. Un tercer grupo está integrado por enfermos afectados de un trastorno de conciencia irreversible, pero no completo, en cuyo caso deben beneficiarse de todos los cuidados básicos como cualquier enfermo ordinario. Algunos alcohólicos avanzados, drogadictos y idosos se integran dentro de este colectivo.

El documento que comentamos termina rechazando la provocación directa y activa de la muerte, llámese eutanasia activa o suicidio asistido, y lo hace sin paliativos.

Conclusiones

Al término de nuestra disgresión sobre la eutanasia, podemos suscribir nuestras conclusiones de un trabajo anterior (23):

Parece evidente que en el presente preocupan más los sufrimientos y penalidades de la enfermedad larga e incurable que la propia muerte. Ésta se considera frecuentemente como un sim-

ple fracaso biológico, conclusión última de una vida, desprovista de trascendencia. Y eso es así porque los aspectos de la moral cristiana pesan menos en este área, bien que dicha moral pueda resultar una fuente de consuelo y esperanza al creyente en este trance.

Sin duda, el progreso de la tecnología médica ha propiciado la aparición de situaciones límite estables, como el estado vegetativo persistente, en las que puede ser arduo decidir la prosecución o no del sostén vital. Pero también es evidente que tales estados han sido utilizados como paradigma y hasta coartada para defender la eutanasia en forma generalizada.

Es innegable la existencia de un movimiento convergente de personas en general y sanitarios en buen número que reivindicán el derecho del paciente a morir con dignidad. Pensamos, no obstante, que hay razones tanto de política pública como de deontología y ética médica como para rechazar la eutanasia, especialmente en su forma activa.

La benemortasia debería ser el objetivo último del sanitario, del médico más en concreto, al menos del que practica en base a una moral cristiana. ◀

J. Sillero F. de Cañete, *Medicina Interna*.

Bibliografía

1. BEAUCHAMP, T.; CHILDRESS, J.: *Principles of biomedical ethics*. 3rd. ed. Oxford University Press. Oxford, 1989.
2. SINGER, S. P.; SIEGLER, M.: «Euthanasia: a critique». *N. Engl. J. Med.*, 1990. 322:1881-3.
3. KEVORKIAN, J.: *La buena muerte. Los médicos y la eutanasia*. Madrid, 1993.
4. SOULIER, J. P.: «Morir con dignidad. Una cuestión médica, una cuestión ética». *Temas de hoy. Ensayo*. Madrid, 1995.
5. BERNARD, J.; SOULIER, J. P.: «Sur une nouvelle variété de dystrophie thrombocytaire». *Sem. Hop. Paris*, 1948. 24:3217.
6. SHELDON, T.: «Los holandeses contemplan la eutanasia en televisión». *BMI*. 309:1107.
7. ANNAS, G. J.: «Death by prescription. The Oregon initiative». *N. Engl. J. Med.*, 1994. 331:1240-3.
8. A Plea for Beneficent Euthanasia: *The Humanist*, 1974. 34:4-45.
9. ZINN, C. H.: «Australia passes first euthanasia law». *BMI*, 1995. 310:1427 (N).
10. Código de Ética y Deontología Médica de la O.M.C. Artículo 28, 1992.
11. Conferencia Episcopal Española: *La eutanasia: 100 cuestiones y respuestas sobre la defensa de la vida y la actitud de los católicos*. Ed. Paulinas. Madrid, 1993.
12. JUAN PABLO II: *Encíclica «Evangelium vitae»*, 1995.
13. Manifiesto: *Intelectuales en apoyo a Juan Pablo II en su encíclica en defensa de la vida*. Jaén, 1995.
14. RAMSEY, P.: «Euthanasia and dying well enough. Linnacree». *Quarterly*, 1977. 44:1:37-46.
15. MORO, T.: *Utopía*. Ed. Planeta. Barcelona, 1989.
16. ORTIZ VILLAJOS y MORENO, J. M.: *Muerte de la persona y distanasia. Razón y fe*. 1970. 181:22.
17. QULL, T. E.: «Death and dignity - a case of individualized decision making». *N. Engl. J. Med.*, 1991. 324:691-4.
18. ANNAS, G. J.: «Nancy Cruzan and right to die». *N. Engl. J. Med.*, 1990. 323. 670-3.
19. BRODY, H.: «Assisted death - a compassionate response to a medical failure». *N. Engl. J. Med.*, 1992. 327:1384-8.
20. QULL, T. E.; CASSELL, C. H.; MEIER, D.: «Proposed clinical criteria for physician assisted suicide». *N. Engl. J. Med.*, 1992. 327:1380-3.
21. ANGELL, M.: «Prisoners of technology. The case of Nancy Cruzan». *N. Engl. J. Med.*, 1990. 1226-8.
22. FENICSEN, R.: «Un caso de eutanasia. Informe de la situación en Holanda». *Atlántida*. 14-28.
23. SILLERO ARENAS, M. M.: *La eutanasia y el anteproyecto del Código Penal de 1992*. Com. Pers.
24. VEGA VEGA, C.; MOYA PUEYO, V.: «Panorama actual de la Eutanasia en España». *Rev. Clín. Esp.*, 1993. 192:233-7.
25. BROADFIELD, L.: «Evaluation of palliative care: current status and future directions». *J. Palliat. Care.*, 1988. 4(3):21-8.
26. REICHEL, W.: *Euthanasia: a contemporary moral quandary*, 1980. 21:321-3.
27. *Manual de Ética del American College of Physicians*. Julio 1992.
28. SILLERO F. CAÑETE, J. M.: *Eutanasia: Estado actual del problema*. Conferencia inaugural del curso en el I.E.G. Jaén, 1993.