Globethics Repository



Muerte digna —Vida digna
[Death With Dignity - Dignity Life]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see https://www.globethics.net. Data and content policy of Globethics Repository see https://repository.globethics.net/pages/policy.

Item Type	Article
Authors	Medina Morales, Diego
Publisher	Asociación Española de Bioética y Ética Médica
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-10-30 23:01:30
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/203319

Copyright Cuadernos de Bioética



MUERTE DIGNA - VIDA DIGNA. UNA REFLEXIÓN - UN DEBATE[1]

DEATH WITH DIGNITY - DIGNITY LIFE. A DEBATE

DIEGO MEDINA MORALES
Filosofía del Derecho
Universidad de Córdoba
Email: fd1memod@uco.es

RESUMEN:

Desde 2010 en la Comunidad Autónoma Andaluza entro en vigor la Ley de "derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso de muerte". A nivel nacional, en España, se cuestiona la necesidad de regular legalmente tan delicado aspecto y se han realizado ya algunas tentativas de impulso legal. Todo ello aconseja examinar los pros y contras de algunas experiencias de implantación legislativa y su casuística en países donde ello ya se ha producido. El presente artículo acomete el estudio de la implantación de la Death with Dignity Act de Oregón y trata de resaltar cuales han sido las consecuencias más inmediatas que ha producido y los riesgos que una ley de estás características puede suponer.

Palabras clave:
muerte, digna, eutanasia, suicidio, paliativos, Oregón

Recibido: 19/11/2012
Aceptado: 20/07/2013

ABSTRACT:

Since 2010 in the Autonomous Community of Andalusia passed into law "derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso de muerte". At national level, in Spain, it's disputed the need to legalize this delicate aspect therefore already been made some projects for legalization. This advised to review the pros and cons of some legislative implementation experiences and case mix in countries where it has already occurred. This paper undertakes the study of the implementation of the Death with Dignity Act in Oregon and highlight is what were the immediate consequences and risks that has produced a law of this nature.

Keywords:
Death, dignity, euthanasia, suicide, palliative, Oregón

1 El presente trabajo es fruto de la investigación realizada en EE.UU. durante una estancia en el mes de marzo de 2012 en el Smith College on Educating Women de Northampton (Massachussets). La citada estancia fue posible gracias al programa de movilidad acordado entre el citado Centro y la Universidad de Córdoba y tiene como precedente al programa PRESCHO. Debo agradecer las ayudas allí recibidas de parte de la profesora *Nancy* Saporta Sternbach directora del programa PRESCHO, así como de la directora del *The Smith Project on Women and Social Change* (proyecto en el que participo como investigador), la profesora Susan C. Bourque, ellas me facilitaron todos los medios para poder acceder a los materiales necesarios para esta investigación.

1. Introducción

En España, desde hace ya algún tiempo, el legislador ha empezado a ocuparse, dado el avance adquirido por la técnica medica, de la regulación de algunos aspectos que guardan relación con la justificación de la eutanasia y con el suicidio asistido. Este es un tema, sin lugar a dudas, delicado, sobre todo si consideramos que, por lo general, estas técnicas requieren la participación de terceras personas ajenas al paciente y, la mayor parte de las veces, demandan la intervención de un profesional médico. Todo ello ha dado lugar a que surja un importante foro de debate donde se han empezado a oír las más diversas manifestaciones por parte de profesionales de distintos sectores de la salud, juristas, especialistas en ética, políticos o público en general. Los cambios legislativos no se han hecho esperar[2] y tanto en la comunidad autónoma andaluza (donde ya existe ley, como también en otras comunidades autónomas como Aragón y Navarra[3]), como a nivel de Estado (donde el proyecto ha sido elaborado en la última legislatura del PSOE) se han materializado muchas actividades e iniciativas en este sentido. El proyecto de ley elaborado por el gobierno Zapatero[4] establecía que las personas en estado terminal o de agonía tendrán garantizado el derecho a que se respete su voluntad sobre los tratamientos que tengan que recibir en el final de su vida. Para ello, la propuesta de Ley garantizaba también el derecho previo a la información sobre el estado real de salud. De acuerdo al citado proyecto se entiende por situación terminal aquella en la que el paciente presenta una enfermedad avanzada, incurable y progresiva, sin posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, con un pronóstico de vida limitado a semanas o meses y en el que pueden concurrir síntomas que requieren una asistencia paliativa especializada. También cabe destacar de ese proyecto la iniciativa de reconocer como derechos del paciente, entre otros, recibir cuidados paliativos, incluida la sedación, para no sufrir dolor; preservar su intimidad y la de su familia; estar acompañado y permitirle recibir el auxilio espiritual que solicite conforme a sus creencias, y el derecho a que, al menos la fase de agonía, pueda pasarla en una habitación de uso individual.

Por último, para describir, siquiera brevemente, el contexto normativo español, es preciso referirse a la Ley 41/2002, "básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica", donde quedan definidos algunos conceptos relevantes en éste ámbito como lo son el de "Médico responsable", "Derecho a la información asistencial", "Consentimiento informado" e "Instrucciones previas"[5].

No obstante el camino hacia la eliminación de las sanciones legales para aquellos médicos que aceleran la muerte de sus pacientes o hacia la implantación de un sistema que supuestamente permita al paciente la posibilidad de decidir acerca de cómo debe transcurrir la fase terminal de su vida plantea serios problemas, teniendo en cuenta que esta posibilidad afecta a personas que son vulnerables, tanto por su edad, como por la discapacidad que normalmente genera la propia enfermedad, puesto que estamos hablando de situaciones donde el dolor físico no es indi-

2 Hasta hace muy poco en la mayor parte de Europa no se había legislado casi nada en torno a las llamadas voluntades anticipadas. Sin embargo en abril de 1997, en Oviedo, se celebró un Convenio para la protección de los Derechos y de la Dignidad del Ser Humano que ya se refirió a las aplicaciones biológicas y médicas en este sector sentándose las bases de lo que posteriormente se ha legislado al respecto en todo el territorio nacional y más particularmente en la diferentes comunidades autónomas. Vid. López Sánchez, C. *Testamento vital y voluntad del paciente*. Dykinson, Madrid 2003. Págs. 49 y ss.

3 En Andalucía debemos señalar la Ley 2/2010, de 8 de abril, "De derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso de muerte" (BOJA nº 88, de 7 de mayo). En Navarra, la Ley Foral 8/2011, de 24 de marzo, "De derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte (BON de 4 de abril). En Aragón, la Ley 10/2011, de 24 de marzo, "De derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte" (BOA 7 de abril).

4 En Junio de 2011, El Consejo de Ministros aprobó la remisión a las Cortes Generales del Proyecto de la Ley reguladora de los derechos de la persona ante el proceso final de la vida. Esta Ley fue anunciada por el Gobierno en noviembre del 2010 y entre sus objetivos básicos se contaban la protección de la dignidad de las personas en los procesos de fase terminal o en situación de agonía y la garantía del pleno respeto de su libre voluntad en la toma de las decisiones sanitarias que afecten a dicho proceso.

5 Los citados conceptos vienen definidos respectivamente en los artículos 3, 4, 8 y 11 del texto legal. Este último artículo especialmente merece atención pues en él se establece la necesidad de arbitrar un mecanismo para que el paciente, mediante el llamado documento de instrucciones previas, manifieste anticipadamente su voluntad, con el objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue la situación en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo.

ferente y el abandono social tampoco. Así pues podemos considerar que al menos hay dos aspectos muy delicados por lo que se refiere a este tema, el primero concerniente a la posibilidad de que los pacientes terminales se vean "forzados" a morir, al no ofrecérseles otra posibilidad para luchar contra el dolor, llevados pues por la desesperación y aun en contra, a veces de sus propios deseos, el otro, el posible riesgo que esta posibilidad supone de perder el control sobre la decisión más importante que acerca de la vida se puede hacer (la decisión de quitársela).

En el caso de la legislación examinada, aunque no ha planteado abiertamente tales posibilidades (pero no cabe duda que es una innovación en este tema) o en el caso de que sea aprobada alguna otra a nivel estatal en España, parece imprescindible asegurar que se realice un profundo estudio que permita la más inequívoca prudencia acerca de la adecuación o inadecuación de las medidas a tomar respecto de las vidas y las libertades que afectan a los grupos de personas que pueden ser objeto de las mismas.

Para reflexionar sobre ello, nos ha parecido adecuado tener presente alguna práctica ya experimentada en otros ámbitos socio-políticos donde este tipo de medidas tienen ya una más larga tradición, para extraer de ellos algunas conclusiones que puedan sernos útiles. Supuesto que uno de los principales inspiradores de las llamadas voluntades vitales anticipadas en España ha sido el doctor Pablo Simón Lorda[6] y que este doctor se ha referido frecuentemente a la experiencia americana, nos ha parecido pues acertado acercarnos a aquella experiencia para, de algún modo, ver cuál es el estado de la cuestión allí.

En este trabajo, pues, considerando la delicada circunstancia en las que se encuentran las personas que sufren cualquier tipo de discapacidad que, por aplicación de cualquier hipotética y futura legislación sobre este tema, pudieran resultar afectados por algún supuesto proceso que permitiera a cualquier facultativo administrar algún método de muerte asistida, vista la tendencia evolutiva de la legislación española en la actualidad, trataremos de reflexionar acerca de la situación en la que se encuentra este asunto en la realidad social de EE.UU., donde en algunos Estados ya se han pronunciado legislativamente a este respecto, y muy particularmente nos detendremos en el Estado de Oregón (donde desde hace ya más de quince años está vigente ley normalmente conocida como *Death* with *Dignity Act*).

Prestaremos especial atención a aquellas partes de esas leyes (y a sus prácticas) que pueden ofrecer garantías, ya sea contra los abusos, o en contra de los intereses de las personas que se ven afectadas en sus vidas, sus libertades y su seguridad y a la polémica que ha suscitado su implantación y uso.

2. Profesionales de la salud y muerte

el hecho de que nuestra sociedad haya comenzado a demandar que los profesionales de la salud (los médicos) deban actuar, en ciertos casos, como "agentes de muerte" (es decir "ejecutores") ha generado un buen número de polémicas y discusiones que lo cuestionan, contraponiendo tanto principios morales como cuestiones referentes a la seguridad o ideas acerca de la autonomía de la voluntad de las personas que presentan enfermedades terminales. Una cuestión que, sin embargo, nos parece muy relevante —en este debate— es la referente al valor que, en estos supuestos, hay que otorgar a la propia conciencia moral de los profesionales médicos[7], pues no se trata de agentes ajenos a cualquiera de los

6 La notoriedad del Dr. Simón Lorda en este campo, en España, es evidente para quienes hemos trabajado en estos temas. Sus múltiples intervenciones en Conferencias, Cursos y otras actividades le ha hecho convertirse en una referencia necesaria. Pablo Simón tiene realizadas múltiples publicaciones sobre el testamento vital, el consentimiento asistido, o la muerte digna, de entre las que podemos destacar algunas de ellas: Simón, P. "Muerte digna en España". Revista *Derecho y Salud* 2008; 16(Número Extraordinario):75-94. Simón, P.; Alarcos, F. (Comisión Autonómica de Ética e Investigación Sanitaria). Ponencia: *Ética y muerte digna; Ethics and Death with Dignity*. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía, 2008. Simón, P. "La toma de decisiones en situación de dependencia". En: *¿Vivir dependiendo?. Ética, derecho y construcción biográfica de la dependencia*. Granada: Comares, 2007, pp. 129-151.. Simón, P.; Barrio, IM. *¿Quién decidirá por mí? Ética de las decisiones de representación en la práctica clínica.* Madrid: Triacastela, 2004. Simón, P.; Couceiro A. "La eutanasia en Holanda y el suicidio asistido en EE.UU". En: *La eutanasia hoy. Un debate abierto.* Madrid: Nóesis, 1996; pp. 137-168. Simón, P., Couceiro, A. *Eutanasia y suicidio asistido: el estado de la cuestión fuera de España (I). La eutanasia en Holanda*. MediFam 1995; 5(6):333-340.

7 A este respecto debemos citar el conocido y ya clásico trabajo de Viola, F., "La volonta del malato e l'etica del medico: il problema del conflicto", en la revista *Ragion Pratica* (1994/2). Pp. 215-226.

procesos que se cuestionan en el debate acerca de la muerte terapéutica y menos aún de autómatas exentos de juicio moral.

Así pues, cualquier discusión sobre este tema debe prestar mucha atención a estos tipos de preocupaciones. La solución de muchos de estos temas es altamente conflictiva y depende muchas veces del planteamiento con el que nos acerquemos a resolver estas cuestiones[8].

Por otra parte, también hay que contar con las posibles contradicciones que pueden, al menos aparentemente, aflorar entre ciertos ámbitos de un mismo ordenamiento normativo, producto, por lo general, de que los códigos o normas penales aún conciban la vida humana (en sus principales formas de manifestación) como un bien jurídicamente protegido y que, precisamente, lo que traten esas normas es defender la vida, indiscriminadamente, de cualquier tipo de ataque que hacia la misma se pueda producir[9]. Debemos ser conscientes de que la forma en que quedan redactados los artículos que se ocupan de ese menester no resulta indiferente respecto a la verdadera protección que se le otorgue a la vida[10].

Por lo general, si fundamentalmente nos dejamos orientar, en nuestro posicionamiento ante este tema, conforme al principio de autonomía de la voluntad, parece como si el debate de fondo de todo él se resumiese tan solo en la sencilla posibilidad de reconocer la libre disposición que tiene cualquier individuo sobre un bien (la vida) del que parece tener la titularidad. El debate, desde este punto de vista, queda reducido jurídicamente al mero hecho de si una persona puede disponer o no de un bien que supuestamente le pertenece y si ese ámbito de libertad (su disposición) debe estar reconocido y garantizado[11].

Lo cierto es que el tema es mucho más complejo y no cabe simplificarlo hasta esos extremos, pues la vida, para empezar, no está configurada por lo general en ningún ordenamiento como un bien jurídicamente disponible; ésta, entre otras, es la —importante— razón por la que también está prohibido, en general en todos los actuales ordenamientos, que nos vendamos como esclavos, o que podamos vender nuestros órganos o amputarnos voluntariamente partes de nuestro cuerpo, entre muchas otras cosas. Sin, embargo, algunos pretenden ver en el derecho un mecanismo que permita materializar cualquier expectativa individual y justificar de forma absoluta la opción moral individual que en cada momento interese, aunque, desde luego, el derecho no es un instrumento que tenga como cometido servir, precisamente, a ciertas tendencias "moralizantes" y en consecuencia conviene admitir que, como ha sostenido Andrés Ollero, "el Derecho no sirve para todo"[12].

Por lo general, la discusión acerca de estos temas parte, casi siempre, de la idea (idea convencional) de que existen ciertos derechos de los pacientes incapacitados (ante el proceso de muerte) y que tales derechos deben ser tutelados y respetados, pero en pocos casos el debate se vuelve trascendente hasta contemplar la realidad que afecta más allá de la propia singularidad del individuo enfermo y que es necesario extender a su persona, es decir, a su realidad ontológica[13], realidad

8 Existen muy diferentes corrientes en la Bioética, y cuanto menos podemos enumerar los siguientes posicionamientos, todos ellos distintos en cuanto a sus puntos de partida y, por supuesto, a sus conclusiones: principialismo, principialismo moderado, utilitarismo y funcionalismo, contractualismo, ética de mínimos, ética del cuidado, ética narrativa, bioética casuística o bioética personalista son algunas de ellas.

9 De la forma en que vienen redactados los artículos 142 y 143 del código Penal español, se deduce claramente esta idea. Si bien la doctrina no es pacífica al respecto, la redacción del párrafo 4 del artículo 143 parece que aconseja pensar así, puesto que aunque atenúa las penas para el caso del "suicidio por piedad", sin embargo sigue manteniendo el tipo penal. Vid. Aldoney, R. "Sistemas penales comparados: Tratamiento jurídico penal de la eutanasia". *Revista Penal*. Nº 16 (2005). Pp. 171-214.

10 Sobre este particular en la legislación española puede verse el trabajo de Serrano, J.M. "La cuestión de la eutanasia en España. Consecuencias jurídicas". *Cuadernos de Bioética*. XVIII, (2007/1ª). Pp. 11-54.

11 Acerca de este tema puede consultarse la tesis de Requena, P. *El principialismo y la casuística como modelos de bioética clínica. Presentación y valoración crítica*. Roma 2005, particularmente las págs. 78 a 90. Un ejemplar puede ser localizado en Internet http://www.eticaepolitica.net/bioetica/TesRequena.pdf.

12 Ollero, A. "Eutanasia y multiculturalismo". *Cuadernos de bioética*, Vol. 12, Nº 44, (2001), 44-54. P. 48.

13 "En la práctica clínica de la medicina contemporánea se está presentando la situación de la negación de la realidad ontológica de la persona humana. Puede advertirse que esta negación de la realidad tiene dos formas de presentación, cada una de ellas con implicaciones y características singulares y de enorme peso en la práctica médica y en la sociedad en medio de la cual se dan; tiene como desenlace común la aparente aceptación, como un hecho frecuente y normal, de una mentalidad eugenésica y propicia al aborto y a la eliminación selectiva de algunos seres humanos". Gómez, C.A., "La medicina prenatal y la persona. Anotaciones desde una perspectiva bioética realista". *Persona y Bioética*. Universidad de La Sabana, año/Vol. 10, número 027, (2006), 26-45. P. 32

que, sin embargo y por lo común, experimentan muchos de los profesionales sanitarios que atienden a ese tipo de pacientes. Esta parece ser la razón por la que, como en el caso de la Ley 2/2010, de 8 de abril ya citada, la mayor parte de las actuales legislaciones omiten referirse a los profesionales médicos como verdaderamente facultativos (es decir quien está facultado para bregar con la salud de una persona), siendo por el contrario sometidos, por lo general, a una amplia retahíla de deberes[14] y protocolos que encorsetan y a veces dificultan su labor. La situación, sin cuestionar que sea la vida humana y si esta nos pertenece, no resulta, pues, fácil y la resolución de cada uno de los múltiples casos que en la realidad pueden producirse no puede, en modo alguno, ser prevista por una legislación casuística y hasta cierto punto ideológica y tópica. Resultaría necesario, pues, escuchar y reflexionar junto a quienes día a día viven en contacto con este tipo de situaciones, pues sólo así las soluciones resultarán apropiadas para resolver problemas tan delicados como está realidad presenta.

3. El sueño americano

a. La vida digna y la muerte digna (cuando la vida digna no se puede garantizar)

En los Estados Unidos, a finales de la década de los 80, se produjeron una serie de casos judiciales iniciados por personas con discapacidad que deseaban ser asistidos para que se les retiraran los soportes vitales y así poder morir[15]. Dos de estos casos, que se encontraban en los límites de la "eutanasia pasiva"[16], supuesto que las vidas de sus promotores dependían (en ambos casos) de su vinculación a un respirador, dieron lugar un interesante debate en EEUU acerca de si alguien que desea morir, porque considera que su discapacidad condiciona tanto su vida que no la desea seguir soportando, debe seguir, sin embargo, viviendo[17]. La cuestión clave, en estos casos, fue la evidencia de que estas personas querían morir porque creían que sus discapacidades condicionaban tanto su vida que no valía la pena seguir viviendo. Los tribunales, sin embargo, al dictaminar no consideraron demasiado, o incluso se abstuvieron de hacerlo, el hecho evidente de que los peticionarios habían sido víctimas del fracaso de una sociedad (y de unas instituciones estatales) incapaces de proporcionar los apoyos suficientes que se requieren para vivir una vida con un mínimo de dignidad en esas condiciones. Por lo menos en un caso de McAfee queda muy clara esta circunstancia, pues a

14 **Vid. Medina, D. Albert, J. "Morte degna en Andalusia.Riflessioni sulla scentificità del "Diritto alla vita e alla morte"".** En *Mediterranean Journal of Human Rights*, Vol. 14, nª 2-3, (2010), 55-77.

15 Uno de los casos más señalados fue el de Karen Ann Quinlan, una joven nacida en 1954 que en abril de 1975, tras una ingesta de alcohol y tranquilizantes, durante una fiesta (después de una severa dieta de adelgazamiento) sufrió un problema cardiorrespiratorio que le produjo daños celébrales y la sumió en un coma en el que permaneció hasta su muerte en 1985. Durante ese periodo sus padres (adoptivos), fervientes católicos, en tanto que veían su degradación física, solicitaron que le fuere retirado el sistema de ventilación mecánica que la asistía. Como quiera que el Hospital rechazó la medida, los Quinlan llevaron su propuesta a los tribunales de justicia, hasta que la Corte suprema de New Jersey acogió su solicitud, por lo que el sistema de ventilación fue finalmente retirado. No obstante lo cual Karen continuó respirando de forma espontánea. Este caso fue especialmente relevante en EEUU, puesto que a partir del mismo se constituyeron por primera vez en la historia los comités de ética hospitalaria. El fallo de la Suprema Corte de New Jersey, del 31 de marzo de 1976, estableció en su conclusión que si el guarda de la persona de Karen (su padre Joseph Quinlan, a quien la Corte le había conferido tal atributo), la familia y los médicos responsables, concluían que no había ninguna posibilidad razonable de que Karen pasara de su situación de coma al estado cognitivo, si había que quitar el respirador, debía consultarse previamente con el "Comité de Ética del Hospital" o algún organismo semejante de la institución en la que Karen estaba internada; y que en tal caso, si dicho comité acordara —con fundamento a las conclusiones de la familia y los médicos— que el respirador podía ser retirado, se hiciera sin que pesaran cargo civil o penal alguno sobre los sujetos participantes. En su sentencia, la Suprema Corte entendía que debía haber un camino para que los médicos, libremente y sin contaminación de intereses propios o autodefensa alguna, pudieran juzgar por el bienestar de sus pacientes moribundos.

16 Utilizamos este término ("eutanasia pasiva") entrecomillado puesto que en alguna de la literatura que hemos usado en EE.UU. para la confección de este trabajo la hemos visto utilizada. Es cierto que, ante los supuestos concretos referidos, no es muy apropiada (por eso la hemos entrecomillado). Los casos a que nos referimos con pacientes cuyo sostenimiento no supone en modo alguno ensañamiento terapéutico, no son casos en los que se pueda correctamente aplicar tal denominación, pero precisamente la hemos mantenido para destacar el uso tan inapropiado, polémico y casuístico que se hace frecuentemente de esta terminología, uso que, a veces, depende de la forma subjetiva o individual que tenga, quien lo usa, de encarar el problema de fondo.

17 *Bouvia v. Superior Court*, 225 Cal. Rptr. 297 (Ct. App. 1986); *State v. McAfee*, 385 S.E. 2d 651 (Ga. 1989); *In re Rivlin* (Mich. Cir. Ct. 1989) (No. 89369904). Entre ellos estaría el de Larry McAfee, tetrapléjico, a quien la corte de Georgia permitió que un médico le suministrara un sedante, de modo que fuera capaz de desconectar él mismo el ventilador que le permitía respirar de modo artificial. McAfee, después de bastantes vicisitudes que se ocasionaron por el abandono que sufrió por parte de las instituciones estatales, ha vivido separado del ventilador con mediación de otros sistemas de ventilación y con unas condiciones que finalmente han dignificado su vida. Una dramatización de su historia se le puede seguir en la película "The Switch". También por aquel tiempo fue muy difundido el caso de David Rivlin que presentaba ciertas analogías.

pesar de que el Tribunal aprobó su petición, activistas a favor de la vida fueron capaces de ayudarle a descubrir que podía vivir su vida sin la dependencia y la estigmatización que sentía y que le había conducido a buscar la muerte. Un importante mensaje que permanece tras el estudio de estos dos casos es que, cuanto menos, deberían dedicarse —por parte del Estado y de la sociedad— los mismos medios y esfuerzos (sino más) para prevenir las situaciones depresivas que pueden sufrir las personas inmersas en situaciones de discapacidad sobrevenida.

La sociedad y sus instituciones deben tener en cuenta que la vida (por mucho que sea digna en sí misma) necesita ser dignificada adecuadamente, o dicho de otro modo, sería necesario permitir a cualquier persona gozar de las condiciones suficientes de subsistencia que le permitan reconocer a su vida como un bien del que inexcusablemente ha de gozar.

En 1997, dos casos, originados en los Estados de Washington y Nueva York, cuestionaron la validez constitucional de las leyes estatales que prohíben el suicidio asistido, estos dos casos llegaron, a lo largo de su correspondiente procedimiento, hasta la *Supreme Court of the United States*[18]. En los dos casos, los Tribunales de Apelación respectivos habían anulado la prohibición; sin embargo, la Corte Suprema de los EE.UU. fue unánime en la defensa de la misma. El caso originado en Washington se basó en la *Due Process Clause* de la Decimocuarta Enmienda de la Constitución de Estados Unidos. Los cuatro médicos que habían dirigido la acción contra el Estado alegaron que la *Due Process Clause* protege el derecho de los ciudadanos a la libertad de poder controlar el tiempo que puede durar su vida y su forma de morir. En el caso de Nueva York se invocó la *Equal Protection Clause* de la Decimocuarta Enmienda. De nuevo, un grupo de médicos argumentaban que los pacientes que demuestran capacidad para decidir, llegado el caso, si quieren que les sea aplicado un tratamiento terminal generalmente se les debe permitir hacerlo. La cuestión que se planteaba era ¿Por qué, entonces, en casos de pacientes similares no debería permitirse la auto-administración de los medicamentos prescritos para poner fin a sus vidas? La Corte rechazó ambas pretensiones, la de la libertad y la de la igualdad de argumentos, básicamente por las mismas razones en ambos supuestos. La razón de mayor peso para la defensa de la necesaria aplicación de las leyes estatales que prohíben el suicidio asistido fue "que la ley común anglo-americana ha castigado o rechazado cualquier manera de ayudar a suicidarse durante más de setecientos años"[19]. El ponente de la sentencia fue el Presidente del Tribunal Supremo Rehnquist que entre otros argumentos expuso:

> *"Next, the State has an interest in protecting vulnerable groups —including the poor, the elderly, and disabled persons— from abuse, neglect, and mistakes... . We have recognized... the real risk of subtle coercion and undue influence in end of life situations."*[20].

También citó el *New York State Task Force Report* subrayando que:

> "*Legalizing physician assisted suicide would pose profound risks to many individuals who are ill and vulnerable... The risk of harm is greatest for the many individuals in our society whose autonomy and well being are already compromised by poverty, lack of access to good medical care, advanced age, or membership in a stigmatized social group*"[21].

Además de todo ello sostuvo aun que:

> "*The State's interest here goes beyond protecting the vulnerable from coercion; it extends to protecting disabled and terminally ill*

18 *Washington v. Glucksberg* and *Vacco v. Quill*, 117 *Supreme Court Reporter* 2258 and 2293 (1997).

19 *Washington v. Glucksberg*, Syllabus, p. i.. La Corte afirmó que dado que el "suicidio asistido" no es un derecho fundamental, no puede entenderse que resultase protegido por la Decimocuarta Enmienda. Como ya se había decidido en Moore v East Cleveland, los derechos de libertad "profundamente arraigados en la historia de la nación" no califican como tal derecho al suicidio. El "suicidio asistido" además ha sido mal visto desde hace siglos y la mayoría de los Estados tenían prohibiciones muy parecidas para impedirlo. De este modo, utilizado el derecho común anglo-americano para representar la "tradición", se discutió la argumentación y se dejó claro que esas pretensiones estaban muy lejanas a las tradicionales libertades "profundamente arraigadas en la historia de la nación".

20 Ibidem.

21 New York State Task Force on Life and Law. *When Death Is Sought: Assisted Suicide and Euthanasia in the Medical Context* (1994), p. 120. http://www.health.ny.gov/regulations/task_force/reports_publications/

people from prejudice, negative and inaccurate stereotypes, and societal indifference.... The State's assisted suicide ban reflects and reinforces its policy that the lives of terminally ill, disabled, and elderly people must be no less valued than the lives of the young and healthy, and that a seriously disabled person's suicidal impulses should be interpreted and treated the same way as anyone else's"[22].

En definitiva, lo que se sostiene no es otra cosa que la necesidad de una política legislativa, ambiciosa, que en prevención del suicidio terapéutico, favorezca el apoyo material y psicológico de las personas devaluadas médicamente de forma que se dignifiquen sus vidas, lo que seguramente puede contribuir a un rápido y notable descenso de las terapias eutanásicas o suicidas[23].

Algunos de estos argumentos se encuentran difundidos por Internet en la actualidad en diversas páginas, si navegamos por ellas podremos leer:

"*As long as people with disabilities are treated as unwelcome and costly burdens on society, assisted suicide is not voluntary but is a forced "choice." Amici are profoundly disturbed by the finding of a constitutional right for assisted suicide in a society which refuses to find a right to adequate and appropriate health care to stay alive. Until society is committed to providing life supports, including in-home personal assistance services, health care, and technological supports, then there is not voluntary choice.*

Our nation's health care system has not responded adequately or consistently to the health needs of people with disabilities. Now managed health care, with its emphasis on cost containment and the inevitable denial of health care, will further abridge the choices and endanger the lives of people with disabilities.

Without access to competent medical care, options and information about disability, people with severe disabilities are not able to make informed decisions. Without the professional commitment to help make living worthwhile for people with disabilities, which is the core of suicide prevention, people with disabilities will not receive the support necessary for informed and voluntary decisions. Additionally, there is substantial evidence that physicians and other health care providers will engage in euthanasia in the absence of a patient's clear request to die, and even in opposition to a clear request to live"[24].

Puede parecer, por el contenido del debate expuesto y las referencias reseñadas, que en Estados Unidos, por lo general, se está a favor de la proliferación de leyes que permitan una política de mayor asistencia a las personas afectadas por discapacidades, de forma que la apuesta de los poderes públicos y de la opinión pública hubiere de sostener la necesidad de promover la dignificación de cualquier forma de vida humana evitando, así, en lo posible, la proliferación del deseo de quitarse la vida en quienes, como consecuencia de las dificultades que suponen vivir en ciertas situaciones especiales, sienten grandes dificultades para seguir viviendo. Ahora bien, una es la teoría y otra la práctica, pues la dificultad, ya sea en Estados Unidos, como en el resto del mundo, para crear y mantener las garantías de vida digna (sobre todo desde un punto de vista de sostenimiento económico de una política de ese tipo), que asegure el excelente cuidado de la salud y la asistencia personal disponible para cualquiera que lo necesite, ha hecho que las personas en tal situación sientan su vida como inaguantable y ha favorecido la aparición de leyes que, para atender tales situaciones, autorizan (de un modo u otro) la eutanasia o el suicidio asistido (mucho más barato) como formas de liberar a ciertos sujetos de una vida llena de dificultades, dolorosa y muy solitaria.

Este, a nuestro parecer, ha sido un importante motivo para que en el Estado de Oregón, en 1994, se lega-

22 *Washington v. Glucksberg. Ibidem.*

23 La Corte Suprema de los EE.UU para configurar su decisión conto con la colaboración de una institución como Amici Curiae ("Friends of the Court") orientadas por la *Not Dead Yet and American Disabled for Attendant Programs Today (ADAPT).* Entre otros argumentos se alegó que: "*no safeguards can be trusted to contain the torrent of discrimination that will be unleashed by lifting the ban on assisted suicide*".

24 Véase Report: EuthanasiaUS Supreme Court Decision 1997 en: http://kwing.christiansonnet.org/sourcebook/_reports/euthanasia_rep_USsupreme.htm#_Toc118444884. [Consulta: 21/07/2013]

lizara la llamada *Death with Dignity Act,* una medida que permite a cualquier adulto (capaz) con residencia en Oregón[25], diagnosticado por un médico de alguna enfermedad terminal y con una esperanza de vida de seis meses, para que pueda solicitar por escrito, al médico que le corresponda, una receta para adquirir una dosis letal de medicamentos con el propósito de poner fin a su vida.

b. La muerte: el debate de una legalidad

Desde la década de los noventa del pasado siglo, en EEUU los intentos, por parte de un buen número de enfermos, por conseguir encontrar una forma legal para poner fin sus vidas, ha sido una constante. Hasta el punto de que este hecho ha dado lugar a una especie de cruzada que ha dividido al país en dos facciones. Si el lector, por curiosidad, se pone delante de un ordenador y en algún motor de búsqueda de Internet introduce algunos términos referentes a esta temática podrá comprobar el alto número de páginas desde las que se defienden una y otra postura.

Por lo general, en muchas ocasiones en la que se ha tenido que pronunciar la Corte Suprema de los EEUU respecto a alguno de estos asuntos, sus resoluciones, la mayor parte de las veces, han consistido en indicar que las leyes estatales que prohíben el suicidio asistido son constitucionalmente válidas (así en el caso *Vacco* and *Glucksberg*), sin embargo la resolución de este alto Tribunal en lo referente a la ley de Oregón para el caso González V Oregón ha tenido un contenido diverso, aunque, preciso es decirlo, no contrario.

Tras la aprobación de la *Death with Dignity Act*, en el Estado de Oregón[26] esta ley ha sido recurrida en diversas ocasiones. Por ejemplo, el 9 de noviembre de 2001 el Fiscal General John Ashcroft emitió una regla interpretativa mediante la que se consideraba que el suicidio asistido no es una actividad médica legítima, y que cualquier médico que administrara las drogas (barbitúricos) controladas federalmente con ese propósito cometería una violación de la *Controlled Substances Act. El problema, desde ese momento, no fue tanto si las normas que prohíben el suicidio asistido eran o no validas en ese Estado, sino si usar unas determinadas sustancias (drogas) que pueden causar la muerte estaba de acuerdo o no con una ley federal, puesto que todos los pacientes que habían solicitado esa práctica bajo el amparo de la Death with Dignity Act* utilizaron barbitúricos que, naturalmente, son sustancias controladas y cuyo uso resultaba prohibido por la *Controlled Substances Act.* El Estado de Oregón, junto a un médico, un farmacéutico, y un grupo de pacientes con enfermedades terminales, todos de Oregón, presentaron una impugnación a la citada regla de la Fiscalía en la Corte de Distrito de Oregón. El tribunal falló a favor del Estado de Oregón y emitió una orden judicial permanente contra la aplicación de esa regla interpretativa. La resolución fue recurrida y la Corte Suprema la confirmó aunque por argumentos[27] muy distintos de los usados en la resolución de otras controversias judiciales similares.

Después de aceptar el caso en febrero de 2005, La Corte Suprema falló el 17 de enero de 2006 a favor del Estado de Oregón, en votación dividida seis a tres, y decidió que la *Death with Dignity Act* no viola las normas federales de la actividad médica. Lo que supone que el alto Tribunal confirmó que el gobierno usó inadecuadamente la *Controlled Substances Act* para tratar de llevar a juicio a los médicos que en Oregón recetaban dosis de medicamentos para quitarles la vida a los pacientes que lo solicitaban. El alto Tribunal trató de manifestar y dejó

25 A esta hay que unir desde 2008 la llamada Iniciativa 1000 (I-1000), por la que se estableció en el Estado Washington un modelo casi igual al de Oregón de *Death with Dignity Act* (RCW 70.245). La aprobación de esta iniciativa hizo que Washington sea el segundo estado de EE.UU en permitir que algunos pacientes con enfermedades terminales puedan determinar su propia muerte. La iniciativa fue encabezada por el ex gobernador Booth Gardner y la medida fue aprobada el 04 de noviembre 2008, por sufragio. El resultado fue de 1.715.219 votos a favor (57.82%) y 1.251.255 votos en contra (42,18%). Se contabilizaron 2.966.474 votos en total. En 1991, una iniciativa similar había sido rechazada por un margen del 54 % al 46% por ciento.

26 Acerca de la DWDA y su evolución hasta prácticamente el año 2005, así como al tratamiento que ofrece acerca de la voluntariedad del paciente (las presiones económicas y familiares, la intervención del médico, etc.), el requisito de enfermedad terminal, el no reconocimiento por esa ley de la necesidad de dolor insoportable y otros aspectos de la DWDA relacionados con la llamada "pendiente resbaladiza" puede verse: Vega, J. "La práctica del suicidio asistido en Oregón y la "pendiente resbaladiza"", *Cuadernos de bioética*, Vol. XVIII, (2007/1ª), 55-70.

27 *Gonzáles v. Oregon* (04-623) 546 U.S. 243 (2006) 368 F.3d 1118.

sentado que la *Controlled Substances Act* había sido establecida con el fin de perseguir a narcotraficantes que negocian con sustancias prohibidas poniendo en riesgo la salud y seguridad de la población en general, pero en modo alguno contemplaba, dentro de esos términos, a la administración de barbitúricos controlada bajo las directrices de una Ley estatal (como la *Death with Dignity Act)*, puesto que la ley de Oregón afecta solo a personas enfermas, con males incurables y corta expectativa de vida. Esta sentencia, sin embargo, no cuestionó si la ley de Oregón era compatible o no con la prohibición del suicidio, sino que solo sostuvo que el uso de los barbitúricos en este caso no contravenía lo que esencialmente establece la *Controlled Substances Act*. Más allá de lo acertado o no de la sentencia y de que ésta no entrase más que a cuestionar determinadas cuestiones formales de jurisdicción y, en consecuencia, no sustanciara materialmente la incompatibilidad de la Ley con las normas que prohíben el suicidio, lo cierto es que la Ley para morir con Dignidad en Oregón permaneció en vigor.

Como hemos dicho, la *Death with Dignity Act* (Ley de Muerte Digna) "permite obtener, de sus médicos, a los residentes de Oregón con enfermedades terminales, las recetas de medicamentos letales que pueden ser autoadministrados"[28]. Para que se pueda materializar dicha solicitud la ley exige a sus titulares el cumplimiento de un mínimo de requisitos, entre otros los siguientes: tener como mínimo 18 años[29], ser capaz, haber estado atendido por un psicólogo, haber expresado el deseo de morir, sufrir una enfermedad terminal (entendiéndose como tal "una enfermedad incurable e irreversible médicamente confirmada y que, dentro de un pronóstico razonable médico, produzca la muerte en menos de seis meses" [30]). Cuando el paciente terminal, residente en Oregón, cumple estas condiciones "puede hacer una solicitud escrita pidiendo la medicación con el objetivo de terminar con su vida de una manera humana y solemne conforme a esta ley"[31].

Para que la solicitud por escrito resulte válida debe, además, estar firmada por dos testigos que acrediten la capacidad del enfermo, uno de los cuales no puede ser familiar del paciente, ni beneficiario de la herencia del éste, ni tener ninguna relación con el establecimiento de salud donde el enfermo resida o donde esté siendo tratado. Por otra parte, como es lógico, el médico que atiende al enfermo terminal no puede actuar a su vez como testigo. Si bien en los casos en que el enfermo terminal esté viviendo en un "centro de atención a largo plazo" esta ley requiere que debe tener como testigo de su solicitud a "una persona designada por la institución"[32].

La sección 3 de la *Death with Dignity Act* está dedicada a establecer una serie de garantías para su funcionamiento, consistentes, fundamentalmente, en una serie de obligaciones que específicamente vinculan al médico de cabecera y al asistente psicológico. El comportamiento del médico viene pues protocolizado en un amplio sentido, no dejándosele gran margen de facultades a la hora de determinar cuál debería ser el camino para proteger la vida y dignificarla en tanto que sobreviene la muerte de forma natural. El médico queda así reducido a ser un agente de muerte y un garante de determinadas condiciones del proceso entre las que pueden mencionarse su deber de determinar "si el paciente tiene una enfermedad terminal, si es capaz, y si ha hecho la solicitud de forma voluntaria". También esta sección exige que el médico de cabecera compruebe que el paciente está bien informado sobre su diagnóstico y pronóstico, sobre los riesgos potenciales y el posible resultado que pueden producirse como consecuencia de la ingestión del medicamento letal, y sobre "las alternativas posibles, incluyendo, aunque no limitándose, la atención del alivio, los cuidados paliativos y el control del dolor". Este último aspecto nos parece importantísimo, puesto que de la adecuada presentación de alternativas al camino de la fúnebre muerte podrían producirse,

28 *Oregon Death with Dignity Act*. Oregon Revised Statute 127.800-127.895. Se puede consultar en dirección http://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Pages/ors.aspx. [Consulta: 21/07/2013].

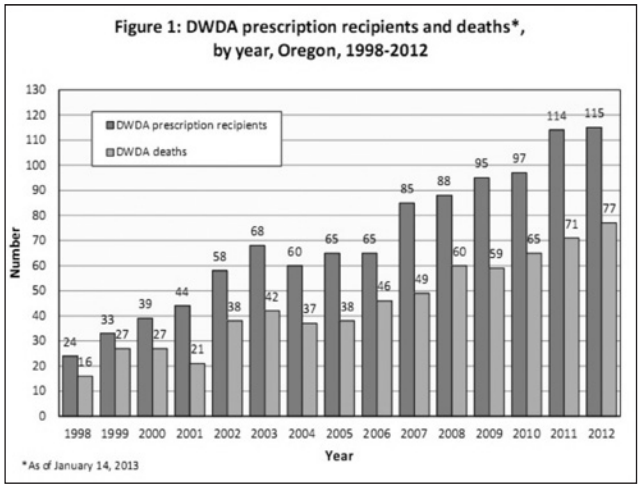
29 Es curioso que la edad que en general en EEUU se exige para poder ser considerado mayor de edad y en consecuencia para poder realizar muchas actividades que se consideran de riesgo (por ejemplo el consumo de alcohol), es la de 22 años y sin embargo esta ley establece la capacidad para tomar la decisión a partir de los 18.

30 *Death with Dignity Act.*, s. 1.01(12)

31 *Ibidem, s. 2.01.*

32 *Ibidem., s. 2.02.*

siempre que existiera una adecuada política de paliativos, el coraje suficiente en el paciente para afrontar sus últimos días de vida no como un "castigo" sino como la prolongación de un camino natural hacia la muerte en torno a sus familias y seres queridos. El médico de cabecera, conforme a esta ley, también debe derivar al paciente a un "médico especialista" para que le asesore en su caso. Además se prevé la necesaria intervención de un psicólogo especialista para que se pueda comprobar que la decisión tomada es fruto de una absoluta libertad y capacidad de obrar, de modo que se pueda evidenciar si el "paciente está sufriendo un trastorno psiquiátrico o psicológico, o una depresión que pueda ser causa del deterioro de su capacidad de juicio"[33]. La solicitud del medicamento puede hacerse al médico de palabra, pero la ley exige que después se formalice por escrito, y que además inmediatamente antes de la prescripción del medicamento letal, (que no se puede producir en tiempo inferior a 15 días después de la solicitud inicial) el paciente vuelva a mostrar su consentimiento. El paciente debe ser informado por el médico que lo atiende de que puede revocar su solicitud en cualquier momento, y se lo deberá recordar al final del período de espera de 15 días, justo antes de la prescripción. El médico está obligado a exigir al paciente que informe a su familia acerca de su determinación de buscar ayuda para morir, sin embargo el paciente no está obligado a hacerlo[34]. El médico también tiene una serie de responsabilidades en relación con el mantenimiento de la historia clínica del paciente y la presentación de los documentos en el *State Registrar, Center for Health Statistics, Oregon Health Division*. Toda la documentación debe ser enviada "dentro de siete días hábiles" desde la redacción de la receta del medicamento letal.



La sección 3.11 de la *Death with Dignity Act* impone a la *Oregon Health Division*, el deber de llevar a cabo una revisión anual de "un muestreo de los expedientes elaborados de conformidad con esta Ley", dando a conocer "un informe anual estadístico de la información recogida conforme a esta Ley"[35]. En este momento existen 15 informes anuales que van desde el año 1998 al 2012 y que pueden ser consultados en la página Web del Gobierno de Oregón[36].

Del estudio de los mismos se puede observar la evolución que desde la puesta en vigor de la citada ley ha sufrido la prescripción de medicamentos que causan la muerte de pacientes terminales conforme a la misma. Del gráfico que acompaña a esta publicación, reproducción exacta del que figura en el informe del año 2012, puede observarse con absoluta claridad la tendencia a lo largo de los años al incremento del número de pacientes terminales que han solicitado la medicación, así como del número de personas que la han consumido con éxito[37]. En el año 1998 la solicitaron 24 personas (con el resultado de 16 muertes), mientras que en el 2012 la solicitaron 115 pacientes (con resultado de 77 muertes), un incremento muy notable. El total de los quince años que han trascurrido desde su entrada en vigor arroja 1050 solicitantes y 673 muertos por uso de la correspondiente medicación.

En general, durante todos estos años, no todos los pacientes que solicitaron la medicación la consumieron;

33 *Ibidem., s. 3.01.*
34 *Ibidem., s. 3.05.*
35 *Ibidem*., s. 3.11 (1) and (3).
36 http://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Pages/ar-index.aspx. [Consulta: 21/07/2013]. El cuadro que reproducimos es una de las tablas que aparece en la Página Web del Gobierno de Oregón, puesto que el citado Estado, por Ley, tienen la obligación de hacer pública esa información. Citamos la fuente y remitimos a ella por si el lector desea tener una más amplia y detallada información, sobre las estadísticas de aplicación de la DWDA.
37 Sobre la posible relación entre el continuo incremento de solicitudes por parte de pacientes terminales y las causas latentes del mismo, así como el peligro de entrar en un efecto de "pendiente resbaladiza" véase el antecitado trabajo de Vega, J., op. cit. 69

incluso en algún caso el paciente que no la consumió inmediatamente la pudo consumir en periodos sucesivos[38], circunstancia esta que llama la atención si tenemos en cuenta el requisito exigido por la ley de la expectativa de vida de tan solo seis meses que se requiere al momento de realizar el diagnostico al paciente. La mayor parte de las muertes son de personas de más de 65 años de edad, resultando una edad media aproximada de 70 años. También la mayoría de los pacientes pertenecen a un segmento social medio alto, con estudios, predominan los de raza blanca y, por lo general, casi todos sufrían cáncer. Un gran número de los pacientes que tomaron la dosis letal murieron en su casa y por lo general, todos ellos, contaban con un seguro médico, hecho este posiblemente no indiferente.

Por lo general las razones argumentadas por lo pacientes —que hemos podido recoger de los informes— para acabar con sus vidas son: la disminución de la capacidad de participar en las actividades que hacen la vida más agradable, la pérdida de autonomía y la pérdida de la dignidad. Hay que resaltar que, además, dada la forma en que se administra la medicación (que queda a disposición del paciente), en muy pocos casos, en el momento de tomarla, se encontró presente algún médico[39], con los inconvenientes que ello supone. El tiempo desde la ingestión hasta la muerte puede variar, según los casos, de 15 a 90 minutos, sin que existan reglas generales, puesto que hay pacientes que incluso resistieron el medicamento y no murieron.

Los médicos que, por lo general, prescriben los medicamentos letales suelen tener un promedio de veintidós años de práctica médica. La media de duración de la relación entre el paciente y el médico, durante el proceso, es de doce semanas. Normalmente, el tiempo transcurrido entre la formalización del formulario de petición y la muerte del paciente es de treinta y ocho días. Los medicamentos letales utilizados son, en casi la totalidad de los casos, secobarbital y pentobarbital, con dosis orales prescritas de acuerdo a las necesidades de cada paciente.

Ahora bien, pese a todos estos detalles, en los informes que ofrece el Estado de Oregón no se ofrecen todos los datos que pudieran ser verdaderamente de interés para apreciar la auténtica repercusión de este fenómeno, puesto que no se pormenoriza en ellos las circunstancias personales, sociales y humanas en general en que se producen estas situaciones. Los citados informes son, sin embargo, una mera retahíla de datos estadísticos y con el principal objetivo de permitir la representación gráfica de tales datos.

Sí podemos, no obstante, partiendo de ellos, confirmar que, por lo general, la población que más se ha acercado a este tipo de solución es un tipo de ciudadano de clase media alta, de origen anglosajón no muy habituado, por la forma de vida predominante hoy en día en este tipo de sociedades (burguesa y muy cómoda por lo general), a las dificultades y al dolor (lo que, por significativo, hace más explicable esta opción). Sin embargo en los informes no se aclara, en modo alguno, si los solicitantes tuvieron, con facilidad y como alternativa, oportunidad de elegir un buen programa de cuidados paliativos y contra el dolor que pudieran seguir sin altos costes, siendo este un dato que consideramos muy importante para poder extraer conclusiones de cara a políticas futuras.

Herbert Hendin, autor en 1998 del libro *Seduced by Death: Doctors, Patients and Assisted Suicide*de[40], sostuvo —en la polémica que se desato en la sección de *correspondence* (*letter to the Editor*) del "New England Journal of Medicine"— que "en más de la mitad de los 142 casos de Oregón en que los médicos proporcionaron información acerca de las intervenciones, incluyendo 18 de los 29 casos en los que a los pacientes se les dio recetas para la medicación letal ... no hubo

38 Por ejemplo, según costa en el informe del año 2011, nueve pacientes con recetas prescritas en los años anteriores ingirieron el medicamento durante ese año, ocho de estos pacientes murieron a causa de la ingestión de la medicación, y uno recuperó el conocimiento y término por morir de la enfermedad subyacente, por lo que no cuenta como una muerte DWDA.

39 El porcentaje de veces que está presente un médico es muy bajo, en el informe del 2011 se refleja que para ese año fue de tan solo 6 pacientes (8,5%), lo que supone, más allá de dejar desasistido de facultativo al paciente en un momento tan decisivo como este, el hecho de no poderle prestar atención médica si fuere necesario, puesto que no en todos los casos se produce el deceso.

40 Hendin, H. *Seduced by Death: Doctors, Patients, and Assisted Suicide*. W. W. Norton, New York 1998. Existe traducción al castellano, editada por Planeta el año 2009.

ni siquiera una previa intervención paliativa"[41], añadiendo además que "aunque se ha demostrado que dos tercios de los pacientes que solicitan asistencia para el suicidio estaban deprimidos, sólo el 20 por ciento de estos pacientes en Oregón fueron reenviados a psicólogos por tener síntomas de depresión"[42]. Esta es una información que no ofrece el programa y que sin embargo parece muy importante a la hora de juzgar sus resultados y, tal vez, también a la hora de explicar sus fundamentos político-económicos. En esa misma sección de correspondencia del mismo número de la revista "New England Journal of Medicine", Barry Rosenfeld también expresó su preocupación puesto que "es imposible saber hasta qué punto estas solicitudes (de ayuda al suicidio) fueron impulsadas por formas de depresión, que en muchos de esos casos podría haber sido tratables"[43]. Claro está que esto último resulta mucho más caro para el Estado o para las compañías aseguradoras. Esta polémica se creó debido al artículo que unos meses antes había escrito Ganzini (y otros) también en el "New England Journal of Medicine"[44], en el que sostenían que los cuidados paliativos no siempre sirven para evitar que los pacientes tomen la determinación de suicidarse. De nuevo, y tras el establecimiento de la referida polémica, Ganzini participó —en el mismo número que antes hemos referido y en el que había escrito Hendin (*correspondence*)—, esta vez en respuesta a la acusación y para manifestar que "19 de 29 de los pacientes que habían sido recetados... recibieron cuidados paliativos integrales a través de un programa de cuidados paliativos, antes o después de su solicitud", pero, asimismo, reconoció que "los pacientes en los que se hicieron intervenciones de atención paliativa fueron significativamente más propensos a cambiar de opinión sobre el suicidio asistido respecto de aquellos que no tuvieron ocasión de disfrutar de ese tipo de intervención"[45]; por ultimo reconoció también que dada "la magnitud y el significado de la depresión en las solicitudes de legalización del suicidio asistido se requeriría un mayor estudio"[46] de esta cuestión, sobre todo para los casos de personas más desfavorecidas y enfermos mentales[47]. Es decir, admitía que la cuestión es muy compleja y que el hecho de afirmar simplemente que "una persona que desea morir se le debe ayudar a ello", es una afirmación que por simple puede resultar errónea. La complejidad de estos casos y el dolor físico y moral que producen en las personas que lo padecen hace explicable que quienes lo sufren soliciten "cualquier tipo de salida" —incluso la muerte— de una situación tan desesperada y que tiene un fin tan cierto y triste. Pero la solución más humana no pasa, necesariamente, por matar o ayudar a morir a esas personas, esa es la solución más rápida y más económica, pero no necesariamente la más digna. La solución más digna puede estar también de parte de la vida y puede consistir en evitar el dolor y el sufrimiento. Ahora bien, esos tratamientos paliativos, como todos sabemos, son caros (solo al alcance de pocos) y la investigación que requiere su desarrollo y evolución es muy costosa. Razones económicas éstas de suficiente peso para explicar algunas políticas al respecto.

El debate sigue hoy abierto en EE.UU., y en otras partes del mundo económicamente más favorecido y del bienestar, donde la "muerte digna" sigue causando fuertes controversias. Claro está que este tema no es de primer orden, sin embargo, en el desgraciadamente famoso cuerno de África, donde el problema no es tanto como morir, sino como comer.

41 Hendin, H. *Letter to the Editor*, al artículo "Physician-Assisted Suicide and Euthanasia" . *New England Journal of Medicine*, correspondence, (July 13, 2000). 343:150-153.

42 Ibídem.

43 **Rosenfeld, B. Letter to the Editor, al artículo "Physician-Assisted Suicide and Euthanasia"** . New England Journal of Medicine, correspondence, (July 13, 2000). 343:150-153.

44 Ganzini, L.; Nelson, H.D.; Schmidt, T.A.; Kraemer, D.F.; Delorit, M.A, Y Lee, M. "Physicians' experiences with the Oregon *Death with Dignity Act*". En *New England Journal of Medicine"* 342:557-563 (February 24, 2000).

45 Ganzini, L., Lee M., Schmidt, T. *Letter to the Editor*, al artículo "Physician-Assisted Suicide and Euthanasia". *New England Journal of Medicine*, (July 13, 2000). 343:150-153. "that patients for whom palliative care interventions were made were significantly more likely to change their minds about assisted suicide than those for whom interventions were not made".

46 *Ibídem.*

47 "Our data simply do not support the hypothesis that among patients eligible for assistance with suicide under the Oregon Death with Dignity Act, vulnerable groups, including mentally ill patients, request assistance with suicide disproportionately or receive lethal prescriptions in place of palliative care. However, pending better-designed studies, we, as clinicians, continue to recommend a mental health consultation and referral to a hospice program for patients who request assistance with suicide". *Ibidem*.

c. El dolor y el sufrimiento: paliarlo como alternativa

El 27 de octubre de 1999, apenas unos años después de la aprobación de la ley en Oregón, un proyecto de ley fue aprobado en la Cámara de Representantes de EE.UU. (principalmente con el apoyo del partido republicano) mediante el que se trataba de prohibir el uso de fármacos controlados por el gobierno federal para provocar la muerte[48]. El propósito de este proyecto de ley, que contiene enmiendas a la *Controlled Substances Act* y a otras leyes relacionadas con la legislación federal en este asunto, se presentó orientado a "favorecer la manipulación del dolor y los cuidados paliativos, sin permitir el suicidio asistido ni la eutanasia" [49].

La primera y más importante reforma que se propone en el texto de este proyecto es la sustitución del suicidio asistido por el uso de los cuidados paliativos y el tratamiento del dolor. Como el mismo proyecto confiesa, aunque, su propuesta no es idéntica a las legislativas anteriores, si persigue los mismos efectos. De lo que se trata, pues, es de sostener legalmente la legitimidad del uso o administración a pacientes terminales de sustancias controladas para el alivio del dolor o malestar, es decir, que un médico pueda en EE.UU. dispensar o administrar estas sustancias, incluso aunque estas puedan acelerar la muerte, siempre que sea con la finalidad de controlar el dolor, pero se opone a que la ley pueda autorizar la distribución o administración de sustancias controladas con el único propósito de causar la muerte. En pocas palabras, el proyecto de ley, si hubiese prosperado, suponía la prohibición de la práctica actual con arreglo a la *Death with Dignity Act* de Oregón[50].

La segunda parte del proyecto de ley apostaba por una política que permitiera incrementar la educación y la formación acerca de "el necesario y legítimo uso de sustancias controladas en la manipulación del dolor y cuidados paliativos, y la mejora de los medios dedicados a acciones de investigación e implantación por parte de los organismos afectados por esta temática"[51]. De modo que exigía un mayor esfuerzo económico destinado al desarrollo y la mejora de las terapias paliativas. También se proponían enmiendas a la *Public Health Service Act* para la intensificación de programas de educación e investigación "en cuidados paliativos y calidad" y para "la formación en cuidados paliativos"[52].

A efectos de este proyecto de ley, los cuidados paliativos se definen como sigue: "*the term 'palliative care' means the active, total care of patients whose disease or medical condition is not responsive to curative treatment or whose prognosis is limited due to progressive, far-advanced disease. The purpose of such care is to alleviate pain and other distressing symptoms and to enhance the quality of life, not to hasten or postpone death*"[53].

La puesta en marcha de este proyecto de ley ocasiono grandes debates en EE.UU., puesto que mientras que unos lo consideraron como un intento de mejorar las condiciones de vida de quienes están inmersos en fase terminal, permitiéndoles así la oportunidad de aliviar el dolor y evitándoles que como única alternativa se les ofreciera la llamada "muerte digna"; otros, por el contrario, solo vieron en él un intento de hacer que la *Death with Dignity Act* de Oregon resultase inoperante. De este modo muchos políticos de Oregón y otros muchos opositores de este proyecto de Ley manifestaron contundentes opiniones mediante las que trataron de demostrar que sólo se trataba de materializar una grave invasión de los derechos reconocidos en ese Estado y de los que gozaban sus ciudadanos, un proyecto por el que

48 *Pain Relief Promotion Act* (S 1272, HR 2260). El texto de la misma puede ser consultado en: http://www.govtrack.us/congress/bills/106/s1272/text [consulta: 21/07/2013]. El texto íntegro se encuentra en: "Congressional Record", V. 145, Pt. 19, October 26, 1999 to November 3, 1999. También un interesante informe del Comité Judicial del Senado del 25 de abril del 2000 que puede verse en http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/CHRG-106shrg72844/pdf/CHRG-106shrg72844.pdf [consulta 21/07/2013].

49 Según establece la propia disposición y reconoce el informe referido. *Ibídem.* Pág. 103

50 Según este proyecto de ley todas las regulaciones por ellas afectadas, deberían considerar legítima la práctica profesional que contemple la dispensa, distribución o administración de una sustancia controlada para aliviar el dolor incluso si el uso de tal sustancia puede aumentar el riesgo de muerte. Informe, *Ibídem*, P. 28.

51 Sección 102 de la ley. Informe, *Ibídem* P. 16.

52 Sección 102 de la ley. Informe, *Ibídem*. P. 111.

53 El término "cuidados paliativos", el cuidado activo y total de los pacientes cuya enfermedad o circunstancia médica no se corresponde a un tratamiento curativo y cuyo pronóstico es limitado dada la progresiva y muy avanzada enfermedad. El propósito de esta atención es aliviar el dolor y otros síntomas y mejorar la calidad de vida, no acelerar o posponer la muerte. *Ibídem*, Sección 201.

se trataba de impedir que pudieran libremente determinar cómo debía transcurrir sus vidas.

El 27 de abril de 2000, el Comité Judicial del Senado de los EE.UU. aprobó el proyecto de ley por una votación de 10 a 8. Sin embargo, debido a la tramitación de ciertos recursos interpuestos contra el citado proyecto y, sobre todo, al contemporáneo cambio de la administración federal de los EE.UU, después de la elección presidencial de 2000, el proyecto de ley no llegó a ser votado en el Senado y en consecuencia no prosperó.

Independientemente de cómo se manifestaron sus defensores y detractores, la *Pain Relief Promotion Act supuso un importante testimonio, pues lo más positivo de esa iniciativa es que supuso la concienciación de una buena parte de la comunidad médica acerca del problema de la lucha contra el dolor y de la necesidad de que los enfermos terminales tengan también la oportunidad de "disfrutar" del final de sus vidas, contando para ello con el necesario alivio del sufrimiento y el estrés, y sin necesidad de obligarles a tomar una decisión tan difícil como es el proponer voluntariamente un final prematuro para sus vidas.*

Tras este proyecto, en América, han proliferado durante los últimos años algunas asociaciones de médicos que defienden esta postura, este es el caso de la Physicians for Compassionate Care[54] que encuentra su origen en una organización llamada "Médicos para el Cuidado Compasivo, Fundación para la Educación" (Physicians for Compassionate Care Education Foundation — PCCEF), asociación creada después de que, en 1994, los votantes de Oregón aprobaran la legalización del suicidio asistido. Esta asociación ha trabajado desde entonces para afirmar, desde un punto de vista ético, que toda vida humana es intrínsecamente valiosa y aseverar que el papel del médico consiste en curar enfermedades, aliviar el sufrimiento, y ofrecer confort o bienestar a los enfermos y moribundos y no en matar al paciente.

El objetivo, de este tipo de asociaciones, según propias declaraciones —que constan en la página Web referida—, es intentar difundir la necesidad de tratar a los enfermos de acuerdo con la mejor profesionalidad y el mejor juicio, siempre procurando no causarles daño. Sus asociados apuestan por el empleo de una atención paliativa hasta que se produzca la muerte natural, evitando, conforme al deseo de los pacientes, prolongar el proceso de muerte con cuidados que resulten inútiles. En cualquier caso, sus planteamientos parten de la renuncia al uso de cualquier droga mortal, incluso en el caso de que el paciente sugiera el suicidio.

Resultará interesante a lector visitar el portal de *Physicians for Compassionate Care*, por cuanto que constituye una importante e interesante muestra de la postura de un significativo número de profesionales de la medicina respecto a la necesaria posibilidad de ofrecer, como alternativa a cientos de pacientes que sufren, una formas más humanizada para morir verdaderamente con dignidad en EE.UU., es decir, para que los pacientes puedan verdaderamente morir dignamente sin sufrimiento ni dolor y no sientan la necesidad de matarse (sutil, pero importante, diferencia ésta). También este portal nos ofrece una documentación interesante y una clara visión acerca del peligro inherente a cualquier política pública que pase por renunciar al apoyo de programas de cuidados paliativos frente a la posibilidad del suicidio asistido. Desde luego, este último resulta más barato a las Instituciones, pero si no se fomentan los cuidados paliativos y a la industria de la Medicina no se le ofrece un atractivo campo de investigación y experimentación en ese ámbito, el verdadero peligro será que finalmente no se desarrollen y mejoren las políticas que favorezcan el incremento de los medios con los que actualmente cuentan esos profesionales para realizar la muy difícil tarea de luchar contra el dolor.

Las asociaciones, que como esta, promueven acciones para favorecer la salud y el bienestar de los pacientes, pretenden que los médicos sigan desempeñando una función tradicional, es decir pretenden que los profesionales de la medicina ayuden a aquellos que están en situación terminal mediante sistemas de apoyo que sirvan para minimizar el dolor y alivien los síntomas de la depresión y la ansiedad. Según sus posicionamientos teóricos, los médicos tienen siempre el deber de salvaguardar la vida humana y, especialmente, la vida de los

54 http://www.pccef.org/index.htm [consulta 21/07/2013].

más vulnerables: las minorías étnicas, enfermos, ancianos, discapacitados, pobres, y todos aquellos que la sociedad de consumo puede considerar como más gravosos. Para cumplir este cometido los médicos, según estas asociaciones pro—vida, están obligados a utilizar todos sus conocimientos, pericias y cargarlas con una fuerte dosis de humanidad en el cuidado y el apoyo del paciente. La Medicina y los médicos, según defienden estas asociaciones, no están para causar deliberadamente la muerte. El activo más importante de la relación médico-paciente es la confianza, y la confianza deber operar para la protección de la vida y, como consecuencia, para el bienestar de los pacientes. Este tipo de asociaciones tienden a separar la función médica de un servicio (pseudo-social) que el actual Estado post-moderno capitalista e individualista ha tratado de ofrecer, como es el caso del "suicidio asistido". Entre las diversas razones que se argumentan para justificar su posicionamiento ante el "suicidio asistido" se cuenta el hecho de que consideren que éste socava la confianza en la relación médico-paciente, puesto que el "suicidio asistido" cambia el papel tradicional del médico en la sociedad, desde el rol tradicional de sanador al de verdugo. Y por último insisten en que el "suicidio asistido" pone en peligro el valor que la sociedad otorga a la vida[55].

En general, además, todo este tipo de asociaciones exigen que se establezcan políticas de inversión en investigación que permitan desarrollar nuevas técnicas que consientan controlar el dolor, pues ese es el mayor problema. Al mismo tiempo, estos sectores, denuncian el hecho de que en una sociedad como la americana, donde los niveles de cobertura para las clases más necesitadas son muy deficientes y donde es frecuente que una persona diagnosticada, por ejemplo de cáncer, a veces no pueda seguir sus sesiones de quimioterapia al no poder pagarlas, paradójicamente —y como única alternativa al dolor— se le ofrezca exclusivamente el suicidio asistido. Este, por ejemplo, fue el caso, entre otros, de Barbara Wagner en el Estado de Oregón[56]. También desde estas plataformas se insiste en la necesidad de crear programas que ayuden a extender los servicios de cuidados paliativos con garantía de que lleguen a todos los ciudadanos, independientemente de su condición social o económica, de forma que puedan acceder a ellos con absoluta facilidad y sin barreras. Estas organizaciones médicas tratan de demostrar además que el suicidio asistido o la eutanasia no son, por supuesto, los mejores medios para alcanzar una muerte digna, sino en el mejor de los casos ofrecen una muerte simplemente acelerada y que por lo general se aplican a sectores de población de clases medias, incapaces, con sus seguros, de procurarse un programa de paliativos que presente mínimas garantías.

En este sentido, estas asociaciones, llegan a enumerar los sectores de población que están sometidos a mayor riesgo como consecuencia de las prácticas de la ley sobre muerte digna en Oregón y, también, recientemente en Washington; entre los sectores más afectados, según los muestreos practicados, se cuentan los siguientes:

- Las mujeres mayores de 55 años o y todos los ancianos frágiles (de ambos sexos)
- Las personas con discapacidades físicas o mentales
- Las víctimas de la violencia doméstica
- Los bebés y los niños nacidos con discapacidades y las anomalías de nacimiento
- Las personas que son pobres y marginados
- Los miembros de los grupos minoritarios

Particular atención merece —y deberá ser objeto de estudio pormenorizado en otro trabajo— el impacto que la *Death with Dignity Act* está produciendo en relación a la mujer y a la violencia de género; significativos son, a este respecto, ciertos estudios y algunos datos concretos que hemos podido barajar a lo largo de nuestra investigación. Así, por ejemplo, el trabajo realizado por los doctores Julie E. Malphurs y Donna Cohen[57], estudio

55 Echlin, J. *Death With Dignity or Obscenity?*. Puede leerse directamente en la siguiente dirección: http://www.pccef.org/DOWNLOADS/DeathWithDignityOrObscenity.pdf [consulta 21/07/2013]

56 "Consider the real-life situation of a 54-year-old Oregon woman named Barbara Wagner. She was denied effective treatment for lung cancer but offered assisted suicide by the Oregon Department of Health. [*see "Death drugs cause uproar in Oregon" August 6, 2008; http://abcnews.go.com].* What would you do in this situation? Could you afford to pay for the chemotherapy to assist her self-determination to live longer? It is easy to see that legal assisted suicide can quickly become coercion to die and "duty to die.""". *Ibídem*.

57 Malphurs, J.; Cohen, D. *A "*Statewide Case-Control Study of Spousal Homicide-Suicide in Older Persons". *American Journal of Geriatric Psychiatry*: March 2005 – Volume 13 – cuestión 3 – 211-217.

donde, aunque no específicamente reducido al ámbito del suicidio asistido, se acredita que, hasta en un 25%, los inductores al suicidio tienen un historial de violencia doméstica. En el citado estudio se destaca que el 40% de los inductores eran hombres que se encargaban de cuidar a sus esposas. También se destaca que, en general, en el 80% de los suicidios masculinos se trata de hombres solitarios que estaban deprimidos. De modo que, de estos datos, se puede deducir, al menos a primera vista, que la tendencia al suicidio es una disposición, al parecer, más frecuentemente —presente y activa— en los hombres que en las mujeres —más inclinadas a la solidaria tarea del "cuidar"—, y que, en consecuencia, cuando los hombres se encuentran en una situación de cuidadores sobre las mujeres suelen recomendar a éstas, con más frecuencia, el "suicidio asistido". De este estudio se infiere pues, con bastante claridad, que cuando algunas mujeres se suicidan (y particularmente cuando lo practican en fase terminal) lo hacen, la mayor parte de las veces, por inducción de sus maridos o de la pareja dominante (es decir, por hombres, puesto que, como vemos, están menos inclinados a la vocación del cuidado ajeno). Convendría pues estudiar, y aclarar dada su importancia, como en numerosos casos el suicidio asistido solicitado por la mujer, en cierta medida, puede ser consecuencia de un proceso donde el marido ha adoptado el rol de agresor y la mujer es simplemente una víctima[58].

Estas asociaciones, por último, insisten en la importancia de concienciar a la ciudadanía acerca del riesgo que supone apoyar ciegamente las políticas a favor de la eutanasia y del "suicidio asistido", puesto que tal opción puede contribuir a cambiar, sin más el valor que la dignidad tradicionalmente ha tenido en nuestra cultura y el concepto de piedad que han merecido normalmente los moribundos, los enfermos crónicos o las personas con discapacidad, siempre considerados personas dignas de un especial cuidado y atención. No resulta complicado comprender que es más fácil y, sobre todo mucho más económico, matar al enfermo (y acabar de este tajante modo con su dolor y penuria) que mantenerlos bajo el beneficio de los cuidados paliativos, mucho más caros y más complicados de administrar, pero convendría, desde un verdadero humanismo, valorar que actitud es más ética. Todo ello, teniendo presente que tales políticas y su decisión no son ajenas, además, a los intereses económicos de ciertos lobby —como lo es la propia industria farmacéutica— y especialmente de ciertos sistemas de atención de salud que hoy día se enfrentan a fuertes recortes financieros y de recursos, donde la "muerte por compasión" puede ser vista como económicamente más interesante que cualquier forma de prolongación de la vida. Por otra parte, la presión sobre la corporación médica para compelerla a consentir su participación en estas políticas no está siendo, como sabemos, desde la política legislativa indiferente.

4. Conclusiones

como puede comprobar el lector, el periodo que lleva vigente la *Death with Dignity Act* de Oregón (y más recientemente la de Washington) no ha sido en esos Estados, ni en EE.UU. en general, pacífico. La problemática no es muy distinta que la que se presenta en España en la actualidad. En Sociedades como la nuestra, la muerte y la forma de morir han cobrado un especial protagonismo con la posibilidad que nos ofrece la actual medicina, donde la oportunidad de prolongar artificialmente la vida como, a su vez, de interrumpirla anticipadamente se cuentan como posibilidades al alcance de quienes se adentran en los últimos momentos de la vida. Una sociedad tan avanzada como la que vivimos (al menos en las sociedades más desarrolladas) nos ha puesto en este dilema, ¿podemos influir en la muerte?, ¿podemos matar por piedad?, ¿podemos prolongar la vida?. En definitiva, la cuestión es la siguiente: ya que tenemos los medios al alcance que nos permiten manipular la vida y su proceso de extinción ¿debemos

58 Se pueden destacar los casos paradigmáticos de Tracy Latimer en Saskatchewan y Terri Schiavo en Florida que siguieron un guión similar al descrito, por no hacer referencia al tópico caso de la segunda esposa del conocido periodista y activista por la causa del "suicidio asistido" Derek Humphry: Ann Humphry dejo una nota a su marido después de suicidarse en la que dejó claro el abandono, la frustración y la agonía pasada junto a él cuando éste la presionó para que se suicidase, hasta el extremo de abandonarla cuando mas enferma estaba. Vid. http://www.hli.org/euthanasia/616?task=view [consulta 21/07/2013]. Vid. También: Marker, R. *Deadly Compassion: The Death of Ann Humphry and the Truth About Euthanasia.* William Morrow & Co, New York 1993..

hacerlo? Y si intervenimos en este proceso ¿con que finalidad se puede justificar tal intervención?. Fuera de discursos meramente religiosos o puramente moralizantes, lo que podemos observar, con cierta preocupación, es que, como sucede en los EE.UU., parece que el debate se centra demasiado en justificar —o no justificar— lo adecuado que resulta el "suicidio asistido" para dignificar la muerte de quienes padecen incurables y dolorosas enfermedades, sin preocuparnos, en contrapartida, de si es posible paliar el dolor y dignificar la vida (y no la muerte) mientras esta siga, aspecto este último tal vez mucho más importante. Parece claro —y es humano— que cualquier persona en condiciones infrahumanas de vida (es decir, donde no se colabore a dignificarla y a dar sentido a la misma) sienta la tentación de ponerle fin a un calvario sin sentido, a un proceso tan doloroso y quizá (cuando no hay fe) tan huero. Pero esto no nos debe llevar a concebir que el acierto, para resolver estas situaciones, sea adelantar necesariamente la muerte, sino, por el contrario, evitar el dolor y el padecimiento. En consecuencia, consideramos que vista la experiencia estadounidense lo recomendable, allí y en cualquier otro sitio, sería la apuesta por políticas que fomenten el estudio y el desarrollo de mecanismos paliativos que dignifiquen la vida de los pacientes que se enfrenta al último periodo de su existencia, para que quien viva esos momentos (por los que todos tenemos que pasar, salvo quien sufra muerte instantánea) los pueda recorrer con dignidad; políticas, en consecuencia que tiendan a favorecer la investigación de paliativos que ofrezcan un mayor sosiego y tranquilidad al enfermo terminal de modo que ello le permita aceptar ese periodo de la vida como lo que es, un periodo más del "ser" que tiende a perpetuarse. Aunque, por desgracia, en términos económicos resulte más barato al Estado —y así lo prefiera— resolver este asunto apoyando la política del fomento de la muerte.

Referencias

Aldoney Ramírez, R. *Sistemas penales comparados: Tratamiento jurídico penal de la eutanasia*. **"Revista Penal"**. Nº 16 (2005). 171-214.

Annas, G.J. *Death by prescription: The Oregon initiative*. "New England Journal of Medicine" (November 18,1994), 331:1240-1243.

Annas, G.J. *The 'right to die' in America: Sloganeering from* Quinlan *and* Cruzan *to* Quill *and* Kevorkian, "Duquesne Law Rev"*.* 34 (1996), 875-77.

Ballesteros, J. *Ortotanasia. El carácter inalienable del derecho a la vida*. En: "Problemas de la Eutanasia". Dykinson, Madrid, 1999. 47-58.

Berlinguer, G., *Questioni di vita: etica, scienza e diritto*, "Rivista di Teologia Morale", 78 (1988), 63-68.

Burt, R. A. *The Supreme Court speaks — not assisted suicide but a constitutional right to palliative care*. "New England Journal of Medicine". (October 23,1997), 337:1234-1236

Chin G, Hedberg K, Higginson G, Fleming D. *Legalized physician-assisted suicide in Oregon-The first year's experience*. "New England Journal of Medicine", (February 7, 1999), 340:577-583.

Ganzini L, Nelson H.D, Schmidt T. A., Kraemer D.F., Delorit M.A., Lee M.A. *Physicians' Experiences with the Oregon Death with Dignity Act*. "New England Journal of Medicine", (February 8, 2000), 342:557-563.

García, E. *La tutela de la propia incapacidad*. Instituto de Investigaciones Jurídicas. UNAM. México 2007

Hedberg K, Hopkins D, Southwick K. *Legalized physician-assisted suicide in Oregon, 2001*. "New England Journal of Medicine", (February 6, 2002), 346:450-452.

Hedberg K, Hopkins D, Kohn M. *Five years of legal physician-assisted suicide in Oregon*. "New England Journal of Medicine", (March 10, 2003), 348:961-964.

Hendin, H. *Seduced by Death: Doctors, Patients, and Assisted Suicide.* New York: W. W. Norton, 1998.

Hendin, H., FOLEY, K. *Physician-assisted suicide in Oregon: a medical perspective.* "Michigan Law Review". (Jun., 2008) n. 106, págs. 1613-1639.

Jonsen, A. R. *American Moralism and the Origin of Bioethics in the United States*, "The Journal of Medicine and Philosophy" 16 (February 1991), 113-130.

Jonsen, A. R. y Jameton, A. L. *Medical Ethics, History of; the Americans; the United States in the Twentieth Century* en REICH, W. T. (ed.), *Encyclopedia of Bioethics*, Simon & Schuster Macmillan, New York 1995 (2ª edición), vol. III, 1616-32.

Kass, L. *Life, Liberty and the Defense of Dignity. The Challenge for Bioethics*, Encounters Books, San Francisco 2002.

Kowalski, E. *L'uomo: problema o mistero per la bioetica?*, "Studia Moralia" 40 (2002), 480-90.

Malphurs, J.; Cohen, D. *A Statewide Case-Control Study of Spousal Homicide-Suicide in Older Persons. "*American Journal of Geriatric Psychiatry". March 2005 - Volume 13 - cuestión 3 – 211-217.

Medina, D. Albert, J. *Morte degna en Andalusia.Riflessioni sulla scentificità del "Diritto alla vita e alla morte"*. En "Mediterranean Journal of Human Rights", Vol. 14, nª 2-3, (2010), 55-77.

Ollero, A. *Eutanasia y multiculturalismo*. Cuadernos de bioética, ISSN 1132-1989, Vol. 12, Nº 44, 2001, págs. 44-54

Ollero, A. *La invisibilidad del otro. Eutanasia a debate*. Revista de las Cortes Generale, 2002 (57), págs. 37-62

Pellegrino, E. D. *Le decisione al termine della vita: uso ed abuso del concetto di futilità*, "Medicina e Morale" 5 (2002), 867-95

Requena Meana, P. *El principialismo y la casuística como modelos de bioética clínica. Presentación y valoración crítica*. Roma 2005.

Serrano Ruiz-Calderón, J.M., *La cuestión de la eutanasia en España. Consecuencias jurídicas. "*Cuadernos de Bioética". XVIII, (2007/1ª). Pág. 11-54.

Serrano Ruiz-Calderón, J.M. *La eutanasia*. Ed. EIUNSA, Madrid 2007.

Sulmasy, D.P.; Linas, B.P.; Gold, K.F.; Schulman, K.A. *Physician Resource Use and Willingness to Participate in Assisted Suicide*. "Archive of Internal Medicine", (May 11, 1998) vol. 158, págs. 974-978.

Sullivan AD, Hedberg K, Fleming D. *Legalized physician-assisted suicide in Oregon-The second year.* "New England Journal of Medicine", (February 8, 2000), 342:598-604.

Sullivan AD, Hedberg K, Hopkins D. *Legalized physician-assisted suicide in Oregon, 1998-2000*. "New England Journal of Medicine", (February 8, 2001), 344:605-607.

Toulmin, S. *Medical Ethics in American Context. A Historical Survey* en CALLAHAN, D. y DUNSTAN, G. R. (eds.), *Biomedical Ethics: an Anglo-American Dialogue*, New York Academy of Sciences, New York 1988, 7-15.

Vega Gutierrez, J. *La práctica del suicidio asistido en Oregón y la "pendiente resbaladiza".* "Cuadernos de Bioética". XVIII, (2007/1ª). Pág. 55-70.

Viola, F. *La volonta del malato e l'etica del medico: il problema del conflitto.* Ragion Pratica (1994/2), Págs. 215-226.