

LA EUTANASIA Y EL SUICIDIO ASISTIDO EN LA ARGENTINA Y EN OTROS PAISES

PABLO PRZYGODA

Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano, Buenos Aires

Resumen Las prácticas relacionadas al fin de la vida de pacientes terminales se han ejercido por miles de años y existen fuertes argumentos que apoyan o se oponen a las mismas. Los que las defienden sostienen que un paciente terminal tiene derecho a imponer su autonomía para eximirse de sufrimientos extremos provenientes de una enfermedad terminal; los que se oponen dicen que provocar la muerte de un paciente terminal no es ético ya que esto se contraponen con los principios fundacionales de toda sociedad y también con los de la práctica de la profesión médica. En los últimos años la discusión se ha intensificado en muchas partes del mundo luego de la legalización de la eutanasia y el suicidio asistido en algunos países. En la Argentina estas prácticas son ilegales aunque existe evidencia de que las mismas se llevan a cabo en nuestro país. No obstante lo previo, la discusión pública de las prácticas relacionadas al fin de la vida de pacientes terminales es muy escasa en la Argentina. Es necesario comenzar un profundo debate acerca de cuáles deben ser las respuestas de la sociedad y de los médicos ante pacientes terminales que piden la muerte.

Abstract *Euthanasia and physician-assisted suicide in Argentina and in other countries.* Medical decisions concerning the end of a patient's life have been widely practiced for centuries and there are strong arguments for and against. Advocates typically adduced that terminally ill patients have the right to impose, with physicians' help, their self-determination to avoid extreme suffering and a painful death. Opponents argued that legalizing those practices would not be ethical because it is against the principles of society and the medical profession. During the last years, debates about medical decisions concerning the end of a patient's life have increased in many regions of the planet after these became legal in several countries. In Argentina, those practices are illegal; however, there is evidence that they are frequently practiced. Nevertheless, public discussion on the subject is limited in Argentina. A profound debate on the position of society and physicians concerning terminally ill patients must be initiated.

Key words: euthanasia, assisted suicide, medical ethics

Existen documentos suficientes para sostener que la eutanasia era una práctica de aceptación generalizada en las antiguas Grecia y Roma¹. Constituyó una excepción la posición adoptada por los miembros de la escuela hipocrática, quienes juraban entre otras cosas no administrar "...drogas mortales a nadie que lo pidiera ni hacer sugerencia alguna en ese sentido²...". La doctrina cristiana con su concepción de la divinidad de la vida humana reforzó la postura hipocrática y afianzó la oposición a la eutanasia en el pensamiento médico europeo a partir de la Edad Media³. No obstante lo previo, pocas décadas atrás la muerte era un asunto simple y privado entre el paciente y el médico, quien guiado por su sentido común, decidía el momento en el que el individuo a su cuidado pasaba de estar muy enfermo a moribundo. Sin embargo, un cambio crucial de escena rompió este místico contrato: la muerte ya no sucedía en el sencillo seno

hogareño sino en un intrincado ámbito hospitalario. A lo largo de este siglo el debate sobre la eutanasia floreció universalmente, con más intensidad en algunos países de mayoría protestante. La primera propuesta para legalizar la eutanasia presentada en un parlamento se votó en 1906 en la legislatura del Estado norteamericano de Ohio; no alcanzó a ser aprobada. Desde entonces, numerosos hechos impusieron su marca en la práctica médica actual.

Importancia de las definiciones

Son varias las prácticas relacionadas al fin de la vida de pacientes terminales difundidas en estos días^{4, 5}. Las mismas son diferentes entre sí y muchos médicos no conocen con precisión los alcances de cada una de ellas⁶. La eutanasia es el acto de provocar la muerte con fines piadosos a un enfermo sin esperanzas y que sufre de un modo indoloro y relativamente rápido. En la concepción médico-legal la eutanasia voluntaria es la administración por parte del médico de un agente letal con la intención de terminar con la vida de un paciente terminal, ante el

Recibido: 18-XII-1998

Aceptado: 1-III-1999

Dirección postal: Dr. Pablo Przygoda. Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano, Gascón 450, 1181, Buenos Aires, Argentina
Fax: (54-11) 4958-2923; E-mail: przygoda@iname.com

pedido directo del mismo. Esta difiere de la llamada eutanasia involuntaria o finalización de la vida sin un pedido directo del paciente terminal, que implica la administración de drogas para terminar con su vida, sin mediar expreso pedido de éste. El suicidio asistido es la prescripción o administración de drogas o provisión de los medios necesarios por parte del médico con la intención explícita de permitir a un paciente terminal finalizar con su propia vida. El alivio de síntomas con opioides u otras drogas sedantes es la administración de dosis altas de medicación tales que pudieran acortar la vida del paciente. Esta provisión de tratamiento paliativo que puede tener efectos adversos fatales es conocida también como "eutanasia por doble efecto". La intención del tratamiento en este caso es mitigar el sufrimiento, no finalizar la vida del paciente, pero la muerte es una consecuencia posible del tratamiento. Un ejemplo de la "eutanasia por doble efecto" es el incremento gradual de la dosis de morfina usada por el médico para aliviar el dolor del cáncer de un paciente terminal, quien sabe que esto podría deprimir la respiración y provocar anticipadamente la muerte. La diferencia entre la eutanasia voluntaria y la "eutanasia por doble efecto" radica en la intención, más que en la acción; mientras que con la primera se busca provocar la muerte para eliminar el sufrimiento, con la segunda el primer objetivo es calmar los síntomas. Finalmente, se define decisión de no tratar (también conocida como eutanasia pasiva, término que cayó en desuso) al abandono o no uso de tratamientos que pudieran prolongar la vida de un paciente terminal. El espectro de tratamientos que pudieran prolongar la vida de un paciente terminal es muy variado. Por ejemplo, frente a un paciente con cáncer sometido a extremo sufrimiento y con mal pronóstico, una decisión de no tratar es la elección del médico de abstenerse de usar un régimen quimioterápico potencialmente capaz de prolongarle la vida por pocos meses. Otra decisión frecuente es optar por enviar al paciente a su hogar para que transcurra sus últimos días junto con su familia, aun cuando la privación de la tecnología del hospital pudiera acortar su vida. La hemodiálisis, la asistencia respiratoria mecánica, las maniobras de resucitación cardiorrespiratorias, los antibióticos, la hidratación parenteral y la alimentación enteral y parenteral, constituyen otros tratamientos que pueden prolongar la vida de un paciente terminal. Si bien estos tratamientos pueden no iniciarse o suspenderse luego de haber sido iniciados, en opinión de muchos expertos en ética, no existe gran diferencia entre una y otra modalidad⁵.

Situación en otros países

El primer estado del orbe en garantizar inmunidad legal a los médicos que practicaban eutanasia (incluso en su

forma activa) fue Holanda^{7,8}. Desde hace más de 30 años el debate se centró principalmente en la eutanasia activa, hecho que convocó la atención de la comunidad médica mundial. Después de una larga tarea de una comisión estatal creada en 1982 para asesorar la futura política gubernamental en temas de eutanasia, el Parlamento Holandés sancionó en abril de 1992 una ley que institucionalizó la práctica de la eutanasia y proveyó garantías a los médicos que la ejercieran. Además, las autoridades holandesas introdujeron un nuevo sistema de registro de defunciones que considera específicamente las muertes asistidas por el médico. En los demás países europeos no existe en el derecho positivo ningún antecedente similar, aunque sí, muchos fallos judiciales avalaron la suspensión de tratamientos de pacientes terminales.

En el continente americano existe una gran dicotomía entre los países latinoamericanos, en donde es escasa la discusión sobre los temas relacionados con el fin de la vida de pacientes terminales en los terrenos legislativo y judicial, y los Estados Unidos de América, en donde el debate es intenso y crece diariamente. En 1976 la polémica decisión de la Corte Suprema del Estado de New Jersey, que permitió la desconexión del ventilador de Karen Ann Quinlan, se constituyó en el primer fallo que apoyó la suspensión de tratamientos de pacientes terminales en el continente americano⁹. Posteriormente, la mayoría de los Estados dictaron leyes que permiten la suspensión de tratamientos a pacientes terminales, y finalmente la Corte Suprema de Justicia de los Estados Unidos de América falló favorablemente a la suspensión de tratamientos¹⁰. Sin embargo, las otras formas de muerte asistida por el médico son ilegales en casi toda la extensión del territorio norteamericano. Una excepción la constituye el Estado de Oregon en donde el suicidio asistido es legal. Tras ser apoyada por la vía de la consulta popular, el Parlamento de ese Estado aprobó el "Acta de Oregon de Muerte con Dignidad"¹¹.

En muchos países del mundo se efectuaron encuestas y plebiscitos con el objeto de conocer la opinión de la población general y de los médicos acerca de las prácticas relacionadas al fin de la vida de pacientes terminales, como así también, sobre la propia experiencia de los médicos en el ejercicio de las mismas^{4, 11-14}. En Holanda, por ejemplo, donde los médicos cuentan con la garantía de no ser procesados, una encuesta realizada en 1995 mostró que 53% de los médicos alguna vez habían practicado eutanasia o suicidio asistido. En los Estados Unidos de América, en el Estado de Oregon, 60% de los médicos que respondieron a una encuesta postal, creían que el suicidio asistido debería ser legal en algunos casos, mientras que 7%, lo habían practicado antes de que éste fuera autorizado por la legislatura. En el Estado de Washington un plebiscito contó con 44% de las adhesiones, por lo que la iniciativa de legalizar la euta-

nasia no prosperó por escaso margen. Una encuesta realizada en el Estado de Michigan entre 1994 y 1995 mostró que 66% del público y 56% de los médicos encuestados pensaban que la legislatura debería aprobar el suicidio asistido y la eutanasia activa voluntaria. En Inglaterra en donde la eutanasia activa y el suicidio asistido no están legalmente permitidos, una encuesta realizada entre médicos del Sistema Nacional de Salud demostró que 14% de los mismos habían tomado alguna actitud activa para acelerar la muerte de algún paciente terminal y que 46%, considerarían hacerlo si fuera legal en ese país.

Situación en la Argentina

Si bien es difícil ponderar cuán discutido es un tema en el seno de una sociedad, se puede afirmar que el debate sobre las prácticas relacionadas al fin de la vida de pacientes terminales no ha alcanzado en la Argentina la importante difusión que logró en muchos otros países⁶. La información existente en la literatura médica argentina sobre la opinión de la población en temas relacionados con el fin de la vida de pacientes terminales es escasa y fragmentaria. Pocas encuestas realizadas entre médicos argentinos fueron publicadas^{6, 15}. Una se realizó en marzo de 1994 y recogió la opinión de 172 médicos de la ciudad de Buenos Aires, el Gran Buenos Aires y La Plata. Si bien 95% de los encuestados dijeron haber tenido contacto con enfermos terminales, 53% manifestaron no contar con información suficiente sobre prácticas relacionadas al fin de la vida. Del total de los participantes, 69% habían practicado alivio sintomático con fármacos que pudieran acortar la vida de un paciente terminal, 57% habían decidido no tratar y 7% habían practicado eutanasia activa. Otra encuesta a médicos argentinos tomó la opinión de 407 jóvenes médicos. La mayoría de éstos estaba de acuerdo con la legalización de la práctica del suicidio asistido (63%) y de la suspensión de tratamientos (70%); muchos de los que afirmaron apoyar estas prácticas ya habían realizado prácticas asociadas al fin de la vida de pacientes terminales.

Desde hace varios años y luego del informe del Comité Especial de la Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard¹⁶ se arribó a un consenso acerca de la metodología diagnóstica necesaria para corroborar la muerte cerebral. En la Argentina la Ley 21.541/77 legalizó por primera vez en nuestro país la suspensión de la asistencia respiratoria mecánica a pacientes con diagnóstico de muerte cerebral. Si bien esa norma es aplicable sólo a pacientes cuyos órganos son solicitados para ser transplantados, las leyes 23.464/87 y 24.193/93 hicieron extensiva la práctica a todos los pacientes, independientemente de que fueran o no candidatos para donar sus órganos. Estas leyes solamente rigen para ca-

sos de muerte cerebral diagnosticada según estrictos criterios, por lo que no justifican per se las solicitudes de eutanasia.

Nuestro país carece de legislación que avale el ejercicio de prácticas relacionadas al fin de la vida de pacientes terminales. Además, la ayuda para cometer suicidio, figura contemplada en el artículo 83 de nuestro código penal vigente, se encuentra penada con prisión¹⁷. Ninguna iniciativa legislativa para despenalizar las prácticas relacionadas al fin de la vida de pacientes terminales (de las pocas que hubo en nuestro país) llegó a votarse en el Parlamento argentino.

En nuestro país existen, sin embargo, algunos fallos en los que jueces argentinos respetaron el derecho de pacientes a no ser tratados, como el caso de Angel Parodi quien padecía de pie diabético y un juez avaló su voluntad de negarse a la amputación de su pierna aun cuando esto ponía en peligro su vida¹⁸. Este respaldo de la jurisprudencia al derecho a no recibir tratamientos es muy acotado; otras formas de muerte asistida por el médico nunca han sido permitidas mediante fallos de jueces argentinos.

Argumentos a favor y en contra

Los que se oponen a las prácticas relacionadas al fin de la vida de pacientes terminales aducen que ayudar a un paciente a morir es una forma de abandono; insisten en que el médico debe transitar la última parte de la vida del paciente como un testigo, no como un verdugo. El establecimiento de normas para la eutanasia significaría, según los opositores, la legalización de una forma de homicidio y la violación de los preceptos básicos de la profesión médica¹⁹. Es sabido que el manejo inadecuado de síntomas, principalmente el dolor, induce a muchos pacientes a desear la muerte²⁰; el tratamiento del dolor en los pacientes hospitalizados es muchas veces inadecuado^{4, 21, 22}. Se sabe también que la depresión es altamente prevalente en el enfermo terminal²³ quien muchas veces llega a solicitar la muerte; muchos pacientes que expresaron deseos de morir, dejan de hacerlo luego de algún tiempo de tratamiento con fármacos antidepresivos o con apoyo psicoterápico. Los opositores a la eutanasia sostienen que la verdadera solución no radica en acelerar la muerte sino, principalmente, en mejorar sustancialmente la calidad de vida de los enfermos terminales mediante intervenciones terapéuticas racionales. De este modo la medicina paliativa se erige como una postura conceptualmente opuesta a la eutanasia²⁴. Existe el temor a que ciertos pacientes conocedores de la legalidad de la eutanasia, especialmente los grupos más vulnerables, se muestren reticentes a recibir tratamiento o soliciten eutanasia por el miedo a que los médicos aceleraren su muerte sin su consentimiento.

Estos serían, principalmente, los más pobres, los ancianos, las minorías raciales, los discapacitados, los adictos, los alcohólicos y los portadores del virus de la inmunodeficiencia humana. De este modo, muchos autores comparan la eutanasia con un "terreno resbaladizo", con consecuencias indeseables tales como la devaluación misma de la vida humana, la cual sería selectiva para los más desprotegidos²⁵. Asimismo, la legalización de la eutanasia colocaría a los pacientes en una situación difícil ya que podrían verse presionados a solicitar la eutanasia para aliviar el sufrimiento de su propia familia³. Fuertes razones ético-morales se plantean de este modo en contra de la eutanasia. Los seres racionales son fines en sí mismos, por lo tanto, no puede privárseles de su vida excepto en defensa propia²⁶. Además, la decisión eutanásica es irreversible, elimina las posibilidades de que el paciente mejore, o de que un descubrimiento imprevisto pudiera salvar la vida de un paciente considerado hasta ese momento terminal. Al matar se cierra automáticamente esta opción. Si bien cada individuo es dueño de su propia vida, los opositores a la legalización de la eutanasia sostienen que el derecho a ser matado se contrapone con principios éticos superiores de la sociedad²⁷. Así, la limitación de la autodeterminación de los pacientes, sería el costo necesario para asegurar la protección de la vida del hombre, y por lo tanto, el interés público se impone sobre el particular. La posición de la Iglesia Católica tiene gran peso en nuestra sociedad. Esta sustenta el dogma que los seres humanos no poseen sus vidas sino que las tienen confiadas por Dios: el principio de santidad de la vida humana entiende que matar es destruir lo que esencialmente le pertenece al Creador. La defensa de la vida por sobre cualquier otro valor social, económico, psicológico y sanitario es una verdad fundamental para la Iglesia Católica²⁸; matar a una persona dejándola morir por falta de cuidados elementales es ilícito y criminal, y si los cuidados elementales se niegan no se deja morir en paz, sino que sencillamente se mata.

Los argumentos que enarbolan los que están a favor de la eutanasia son principalmente dos. El primer argumento que surge es el de respeto a la autonomía o autodeterminación de cada individuo²⁹; todo ser humano capaz y racional tiene derecho a tomar decisiones relativas a su vida basándose en sus propios valores y creencias. El segundo argumento es el de la eliminación del sufrimiento; a pesar de que muchos síntomas (dolor, disnea, vómitos) pueden ser eficazmente aliviados con dosis convencionales de fármacos, en ciertos casos esto resulta imposible. Cuando no existe esperanza alguna de recuperación el paciente tiene derecho a morir dignamente y evitarse penurias e indignidades innecesarias³⁰. Es importante remarcar que las opiniones de los mismos defensores de las prácticas relacionadas al fin de la vida de pacientes terminales son diferentes en algunos as-

pectos. Unos apoyan el suicidio asistido pero se oponen a la eutanasia activa, ya que sostienen que de este modo los médicos podrán ayudar a sus pacientes terminales y sufrientes a cometer suicidio, pero se evitarían excesos contra personas especialmente vulnerables³¹. Según afirman, en el suicidio asistido el médico es un consejero y facilita los medios para que el paciente termine con su vida. En la eutanasia activa el médico no sólo provee los medios sino que ejecuta el acto final. Otros, en cambio, son partidarios de la legalización de la "eutanasia por doble efecto" pero no del suicidio asistido^{32, 33}; tal es el caso de la posición adoptada por la Corte Suprema de Justicia de los Estados Unidos de América que hasta la fecha defiende la sedación de pacientes con enfermedades terminales al punto de poder acelerar su muerte pero no aprueba el suicidio asistido (aunque no impide que las Cortes Supremas de los diferentes Estados mantengan su propia posición al respecto). Finalmente, hay quienes consideran ética-mente aceptables el suicidio asistido y la eutanasia activa⁹. Siempre que el paciente actúe por propia voluntad la diferencia entre la eutanasia activa voluntaria y el suicidio asistido radica en la mayor o menor participación del médico, lo que implica para algunos una mera distinción formal. La eutanasia activa involuntaria es éticamente muy distinta ya que implica la administración de drogas letales a un paciente incapaz de expresar su deseo; asimismo, es una práctica que es considerada éticamente inaceptable por la mayoría de los autores.

Un punto al que los defensores de las prácticas relacionadas al fin de la vida de pacientes terminales dan especial importancia, es la prolijidad con la que los distintos procedimientos deben realizarse. Por ejemplo, para que el suicidio asistido sea éticamente aceptable, sostienen, es necesario asegurar el uso de procedimientos claros, pautados y que permitan al paciente actuar libremente. Varios autores han sugerido criterios para aplicar suicidio asistido^{11, 31}. El acta de Muerte con Dignidad de Oregon, que rige actualmente el suicidio asistido en este Estado de los Estados Unidos de América, establece condiciones precisas para la aplicación del suicidio asistido. El paciente debe ser mayor de 18 años, capaz desde el punto de vista jurídico; debe tener una expectativa de vida menor a los 6 meses a criterio de dos médicos; debe presentar tres solicitudes consecutivas (una de ellas por escrito) en un lapso de 15 días; dos testigos deben dar fe de que el paciente actúa voluntariamente; y un psiquiatra debe constatar que el juicio del paciente no se encuentre influenciado por depresión o alguna otra enfermedad psiquiátrica. Luego de cumplidas estas normas el médico se encuentra autorizado a asistir a su paciente a cometer suicidio. Para el caso de la eutanasia activa, se han sugerido procedimientos similares que se siguen legalmente en Holanda³⁴.

En conclusión, tanto los argumentos a favor como los que se encuentran en contra de la legalización de las distintas formas de muerte asistida por el médico son sólidos y fueron elaborados durante siglos de pensamiento médico²⁴. Asimismo, los fundamentos que se esgrimen en la actualidad en algunos países que han legalizado las prácticas relacionadas al fin de la vida de pacientes terminales, no difieren en su esencia de los que se desarrollaron a lo largo de la historia³. No parece haber una asociación causal importante entre los avances actuales de la tecnología médica y la posición contemporánea en relación a la eutanasia. En cambio, es probable que los avances de la tecnología, los nuevos tratamientos y la sofisticación de la medicina, hubieran reavivado la discusión acerca del tema.

Conclusión

Las prácticas relacionadas al fin de la vida de pacientes terminales son decisiones corrientes en nuestro tiempo⁴. Sin embargo, la dimensión real de la cuestión es difícil de explorar. En la mayoría de los países del orbe, cualquier acción médica que condujera a la muerte de un paciente terminal es ilegal; por este motivo la documentación de casos de eutanasia se realiza mediante encuestas anónimas a los médicos para garantizarles que su respuesta no los incrimine. Así, los datos obtenidos de este modo deben ser considerados con cautela ya que no pueden ser corroborados a posteriori. Por otro lado, en los países de América Latina la falta de información y de debate es llamativa y se evidencia con la pobre mención de este tema en la literatura médica en particular y en los medios masivos de comunicación en general⁶. Esto contrasta con el creciente interés acerca de temas relacionados con el fin de la vida de pacientes terminales en otras regiones, especialmente en los Estados Unidos de América y Holanda. Los motivos que provocaron esta dicotomía son variados y en muchos casos responden a la propia historia de cada nación. Es posible que los países con mayoría protestante sean más propensos a debatir acerca de estas cuestiones que los eminentemente católicos; la Iglesia Católica se ha opuesto enérgicamente a toda práctica relacionada al fin de la vida de pacientes terminales.

La discusión contemporánea se centra en el papel del médico como responsable potencial de administrar eutanasia. Este hecho podría desviar la atención de otros dos puntos centrales. El primero, es si tiene un enfermo terminal derecho a decidir sobre su propia muerte; el segundo, si puede un Estado administrar la muerte en esos casos. Sin embargo, el médico se enfrenta con un gran compromiso moral. Nadie duda que la vida humana es un bien único y constituye la célula fundamental de la sociedad. Desde lo más antiguo de la profesión, el deber

de todo galeno ha sido el de no hacer daño ('Primum non nocere'); tempranamente, desde la ceremonia de graduación, los médicos juran respetar dos principios básicos, el de beneficencia y el de no maleficencia^{35, 36}. La legalización de las prácticas relacionadas al fin de la vida de pacientes terminales, desde un punto de vista ético, implicaría un cambio de fondo en la concepción del deber profesional del médico. En la Argentina la discusión sobre las prácticas relacionadas al fin de la vida de pacientes terminales es muy limitada. Sin embargo, existe cierta evidencia que muestra que las mismas se encontrarían difundidas por más que no exista marco jurídico que las avale. Esto implica que ante una solicitud de eutanasia la respuesta podría ser diferente según la escala de valores y propia convicción del médico que la reciba. Ante lo innegable del hecho en nuestro país resulta imperiosa la necesidad de iniciar un profundo debate.

Bibliografía

1. Gourevitch D. Suicide among the sick in classical antiquity. *Bull Hist Med* 1969; 43: 501-18.
2. Burnell G. Vivir o morir en la era de la tecnología médica. Buenos Aires: Científica Interamericana; 1994.
3. Emanuel EJ. The history of euthanasia debates in the Uni-ted States and Britain. *Ann Intern Med* 1994; 121: 793-802.
4. Van der Maas PJ, van der Wal G, Haverkate I, de Graaff CLM, Kester JGC, Onvuteaka-Philipsen BD, et al. Euthanasia, physician-assisted suicide, and other medical practices involving the end of life in the Netherlands, 1990-1995. *N Engl J Med* 1996; 335: 1699-705.
5. Council on ethical and judicial affairs, American Medical Association. Decisions near the end of life. *JAMA* 1992; 267: 2229-33.
6. Falcón JL, Alvarez MG. Encuesta entre médicos argentinos sobre decisiones concernientes al final de la vida de los pacientes. *Medicina (Buenos Aires)* 1996; 56: 369-77.
7. Niño LF. Eutanasia: morir con dignidad. Consecuencias jurídico-legales. Buenos Aires: EUDEBA 1994 p. 233.
8. Van der Maas PJ, van Delden JMM, Pijnenborg L, Looman CWN. Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life. *Lancet* 1991; 338: 669-74.
9. Orentlicher D. The legalization of physician-assisted suicide. *N Engl J Med* 1996; 335: 663-7.
10. Angell M. The supreme court and physician-assisted suicide. The ultimate right. *N Engl J med* 1997; 336: 50-3.
11. Lee MA, Nelson HD, Tilden VP, Ganzini L, Schmidt TA, Tolle SW. Legalizing assisted suicide. Views of physicians in Oregon. *N Engl J Med* 1996; 334: 310-5.
12. Cohen JS, Fihn SD, Boyko EJ, Jonsen AR, Wood RW. Attitudes toward assisted suicide and euthanasia among physicians in Washington state. *N Engl J Med* 1994; 331: 89-94.
13. Bachman JG, Aloser KH, Doukas DJ, Lichtenstein RL, Corning AD, Brody H. Attitudes of Michigan physicians and the public toward legalizing physician-assisted suicide and voluntary euthanasia. *N Engl J Med* 1996; 334: 303-9.
14. Ward BJ, Tate PA. Attitudes among NHS doctors to requests for euthanasia. *BMJ* 1994; 308: 1332-4.

15. Przygoda P, Saimovici J, Pollán J, Figar S. Physician assisted suicide, euthanasia, and withdrawal of treatment and Argentina. *BMJ* 1998; 316: 71-2.
16. Gherardi CR. La muerte cerebral y la muerte. *Medicina (Buenos Aires)* 1997; 57: 114-8.
17. Código penal de la Nación Argentina. Vigésima edición. Buenos Aires: Abeledo-Perrot; 1994.
18. Algorañez JC. En la Argentina existen varios fallos favorables a la muerte digna. *Clarín*, Buenos Aires, 6/3/1998, p. 39.
19. Foley KM. Competent care for the dying instead of physician-assisted suicide. *N Engl J Med* 1997; 336: 54-8.
20. Foley KM. The relationship of pain and symptom management to patient requests for physician-assisted suicide. *J Pain Symptom Manage* 1991; 6: 289-97.
21. Angell M. The quality of mercy. *N Engl J Med* 1982; 306: 98-9.
22. Passik S, McDonald M, Rosenfeld B, Breitbart W. End of life issues in patients with AIDS: clinical and research considerations. *J Pharm Care Pain Symptom Control* 1995; 3: 91-111.
23. Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, Mowchun N, Lander S, Levitt M et al. Desire for death in the terminal ill. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1185-91.
24. Pellegrino ED. Ethics. *JAMA* 1991; 265: 3118-9.
25. Churchill LR, King NMP. Physician assisted suicide, euthanasia, or withdrawal of treatment. Distinguishing between them clarifies moral, legal, and practical positions. *BMJ* 1997; 315: 137-8.
26. Kieffer GH. Eutanasia. Confusión en torno a la muerte. En: *Bioética*. Buenos Aires: Alhambra 1983. p. 231-60.
27. Singer PA, Siegler M. Euthanasia. A critique. *N Engl J Med* 1990; 322: 1881-3.
28. Bochaty A. La cuestión bioética. En: *Bioética y teología moral*. Buenos Aires: Paulinas; 1994. p. 11-25.
29. Luna F, Salles A. Rechazo del tratamiento, eutanasia y suicidio asistido. En: *Decisiones de vida y muerte. Eutanasia, aborto y otros temas de ética médica*. Buenos Aires: Sudamericana 1995. p. 107-60.
30. Pauling L, Ikeda D. Eutanasia. En: *En busca de la paz*. Buenos Aires: Emecé 1995. p. 111-8.
31. Quill TE, Cassel CK, Meier DE. Care of the hopelessly ill. Proposed clinical criteria for physician-assisted suicide. *N Engl J Med* 1992; 327: 1380-4.
32. Burt RA. The supreme court speaks. Not assisted suicide but a constitutional right to palliative care. *N Engl J Med* 1997; 337: 1234-6.
33. Orentlicher D. The supreme court and physician-assisted suicide. Rejecting assisted suicide but embracing euthanasia. *N Engl J Med* 1997; 337: 1236-9.
34. Haverkate I, van der Wal G. Policies on medical decisions concerning the end of life in Dutch health care institutions. *JAMA* 1996; 275: 435-9.
35. Rancich AM, Gelpi RJ. Análisis de los principios éticos en los juramentos médicos utilizados en las facultades de medicina de la Argentina en relación al hipocrático. *Medicina (Buenos Aires)* 1998; 58: 147-52.
36. Dickstein E, Erlen J, Erlen JA. Ethical principles contained in currently professed medical oaths. *Acad Med* 1991; 66: 622-4.

Car l'une des activités les plus générales, les plus nécessaires des êtres vivants, c'est de regarder en avant... Un organisme n'est vivant que dans la mesure où il va vivre encore, ne fut-ce qu'un instant. Il n'est pas un seul mouvement, pas une seule attitude qui n'implique un après, un plus tard, un passage à l'instant suivant. Respirer, manger, marcher, c'est anticiper. Voir c'est prévoir. Chacune de nos actions, chacune de nos pensées nous engage dans ce qui sera. Pour tout être humain, l'avenir se confond avec l'acte même de vivre.

... Pues una de las actividades más comunes y necesarias de los seres vivos es mirar hacia adelante... Un organismo es vivo en la medida en que todavía ha de vivir, siquiera un solo instante. No hay un solo movimiento ni una sola actitud que no impliquen un después, un más tarde, un paso al instante siguiente. Respirar, comer, caminar es anticipar. Ver es prever. Cada una de nuestras acciones, cada uno de nuestros pensamientos nos compromete con lo que será. Para todo ser humano, el porvenir se confunde con el acto mismo de vivir.

François Jacob

La souris, la mouche et l'homme. Paris: Editions Odile Jacob, 1997, p 19
(trad. *El ratón, la mosca y el hombre*. Barcelona: Crítica, 1998, p 17)