

Eutanasia. La decisión ética

TIBERIO ALVAREZ

Se discuten aspectos relacionados con la eutanasia activa y el dejar morir en paz. Se explica que la actuación ética del médico incluye no prolongar innecesariamente la agonía; tratar integralmente al paciente; respetar su autonomía y dar cuidados paliativos en la fase terminal. Se incluyen también los pasos para decidir los momentos éticos: obtener información; identificar y evaluar las opciones y sus posibles consecuencias; decidir la opción más justa; actuar de acuerdo a la decisión tomada y reflexionar sobre el proceso seguido y sus consecuencias.

PALABRAS CLAVE
EUTANASIA
MORIR CON DIGNIDAD
DERECHO A MORIR

INTRODUCCION

En años recientes han aparecido en todo el mundo asociaciones que defienden el derecho a una muerte digna y a la eutanasia voluntaria; lo que muchos proponen es que "cada persona tenga el derecho a una muerte natural cuando las oportunidades de curación de una enfermedad se han perdido o cuando la prolongación de la existencia

sea sinónimo de sufrimiento; que no se utilice la tecnología médica simplemente para prolongar la agonía del paciente en esta fase terminal" (1). Otras, la mayoría, luchan por el derecho a la autodeterminación individual frente a la muerte; defienden que "se ha de respetar la voluntad de una persona que no desea continuar su existencia a consecuencia de un deterioro grave e irreversible de su calidad de vida, y que dicha persona tiene derecho a que se acelere su muerte si no existe otra opción aceptable. La progresiva concientización respecto al derecho a elegir la propia muerte ha estado condicionada por dos circunstancias: el desarrollo de la tecnología y una mayor sensibilidad respecto a la autonomía y los derechos individuales de los ciudadanos" (2).

El debate sobre la eutanasia se centró inicialmente en el caso de los pacientes cancerosos; luego se tuvieron en cuenta los severamente incapacitados como los cuadripléjicos, los pacientes con esclerosis múltiple, distrofia muscular progresiva, enfermedades crónicas (en especial en los ancianos); últimamente, la discusión se ha centrado en las personas afectadas de SIDA.

DR. TIBERIO ALVAREZ, Profesor Titular, Sección de Anestesiología y Reanimación, Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia. Director, Clínica de Alivio del Dolor, Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín, Colombia.

Los objetivos de este artículo son: a) discutir y analizar aspectos importantes del estado actual de los conceptos sobre la eutanasia y la muerte con dignidad; b) proponer pautas de manejo relacionadas con la toma de decisiones éticas; c) motivar a los profesionales de las distintas ramas del saber para que rescaten del dominio del cientifismo, el valor de la vida, el proceso de morir y la muerte del hombre.

ASPECTOS ETICOS Y MEDICOS DEL DERECHO A MORIR

El tema de la eutanasia suscita interrogantes, inquietudes, expectativas y dudas; su estudio no da respuestas ni soluciones precisas pero permite evaluar los términos, los conceptos, las preguntas, los temas y los argumentos de modo que cada uno tenga los elementos de juicio que le permitan encontrar la mejor solución cuando enfrente una situación difícil.

La pregunta clave, filosófica, en el tema de la eutanasia es la siguiente: ¿cuál es la razón elemental para escoger la muerte? ¿por qué es preferible morir a vivir?

Para abordar un problema difícil como la eutanasia hay que tener no sólo una teoría filosófica sino también una teoría moral que permita categorizar, explicar y predecir (si es posible) la conducta a seguir. "La teoría moral nos permite poner orden a nuestras intuiciones de lo que es bueno, malo, correcto, incorrecto, justificado, injustificado; clarificar si nuestros juicios son buenos o malos; seleccionar las inquietudes y dificultades; nos explica el porqué de las mismas. La teoría moral representa seguramente nuestros sentimientos sobre algo o alguien y nuestros conocimientos de cuáles problemas son fáciles y cuáles difíciles; naturalmente, la teoría moral nos ayudará a decidir en los casos difíciles dentro del orden moral; finalmente, como la teoría moral va mano a mano con la teoría de la naturaleza humana, nos llevará a conocer nuestra propia moralidad" Zucker (3).

LA SEMANTICA DE LA EUTANASIA

Uno de los problemas del tema de la eutanasia es la falta de una definición precisa de lo que es, de sus alcances y de sus implicaciones (4-6). La palabra

eutanasia ha tenido su propia evolución semántica. Su significado etimológico (*eu*: buena y *thanatos* muerte) es el de una muerte privada de dolor y angustia.

La escuela filosófica del estoicismo aceptaba que el sabio podía y debía asumir su propia muerte cuando la vida hubiera perdido sentido para él (4). En sentido más propio, eutanasia se refiere fundamentalmente, según Jiménez de Azua, a la muerte que "otro procura a una persona que padece de una enfermedad incurable o muy penosa y la que tiende a trancar la agonía demasiado cruel o prolongada". El significado actual de eutanasia fue dado por los filósofos Tomás Moro (1478-1535) y Bacon de Verulamius (1561-1626) quien escribió hace tres siglos: "El médico debe calmar los sufrimientos y los dolores no sólo cuando este alivio puede traer la curación, sino también cuando puede servir para procurar una muerte dulce y tranquila" (5).

LO INEVITABLE DE TOMAR DECISIONES EN LA FASE TERMINAL

Hasta hace pocos años la muerte era un proceso natural; el enfermo hacía su proceso de fallecimiento; no se tomaba ninguna decisión médica pues la muerte era un designio de Dios y una acción biológica propia de la naturaleza. Poco se hacía para prolongar la vida que llegaba a su final.

La frase de Osler "la neumonía es el fin natural del hombre viejo" ya no tiene mucho sentido. La tecnología médica moderna puede demorar el momento de la muerte. En otras palabras, la muerte no se presentará hasta que se tome la decisión de no iniciar o de suspender el tratamiento que sostiene la vida. "El cómo y el cuándo muere un paciente son el resultado de una decisión humana deliberada. Decisiones como no resucitar a un paciente que está en fase terminal; no continuar el sostenimiento vital de un paciente comatoso permanente; no iniciar el tratamiento con antibióticos a un octogenario ciego y sordo, son ejemplos de terminación intencional de la vida y si se toman por consideración al paciente, son casos de eutanasia pasiva" (7,8).

En estos casos los pacientes mueren por causas naturales pero el hecho que los lleva a la muerte es el resultado de una decisión humana.

LA AUTONOMIA Y EL ESTAR BIEN

Las decisiones que toma el médico deben basarse en lo que es mejor y más adecuado para el paciente competente como es el estar y sentirse bien; ello significa no sólo no sufrir dolor y tener todas las funciones biológicas en orden sino también ser autónomo y tomar las propias determinaciones; el paciente tiene el derecho legal de decidir todo lo relacionado con su cuidado personal, lo cual incluye la aceptación o negativa a un tratamiento, aún si es el que le sostiene la vida (8).

Muchas personas no tienen miedo a la muerte sino a depender de otros, al dolor, a la incapacidad que aumenta gradualmente. "No quieren que se les prolongue la vida con quimioterapia o con sistemas avanzados de soporte; no desean vivir largos años en un estado avanzado de demencia senil, con incontinencia de esfínteres, bajo el efecto de drogas, sin poder ser lo que en otro tiempo fueron. Mantenerlas contra sus deseos es hacerles un gran daño como también lo es permitir la muerte de alguien que quiere vivir" (9).

Los principios de autonomía y bienestar que posibilitan a los pacientes competentes tomar sus decisiones servirán de guía para la introducción en la legislación del llamado **Derecho a morir** o **Testamento vital**; éste permite al paciente decidir, con la debida anticipación, la conducta médica a seguir cuando pierda la capacidad intelectual y, por tanto, la competencia. Otra posibilidad sería dar **poderes perdurables al abogado** para que tome las decisiones pertinentes.

"La mayoría de los testamentos vitales que circulan en el mundo limitan, en pro de la eficacia, las peticiones del firmante a lo que la sociedad y las leyes locales consideran aceptable... Resulta paradójico en una sociedad progresivamente más favorable al derecho de autodeterminación frente a la muerte que los temores, exceso de prudencia y conservadurismo de gobiernos y políticos sean todavía un importante escollo que superar. Probablemente es sólo cuestión de tiempo pues el asunto no tiene tanto que ver con la muerte como con la libertad" (2).

LOS DILEMAS DEL MEDICO

El médico tiene problemas para tomar decisiones que rondan las cuestiones de la vida y la muerte

porque durante sus estudios no tuvo la oportunidad de hacerlo; como tales temas no se discuten tampoco pudo analizarlos ni evaluarlos. Recibió entrenamiento para investigar, tratar y eliminar la enfermedad en sus fases aguda y crónica pero no en la terminal; para mirar la muerte como una enemiga, una amenaza o un fracaso; lo formaron como científico, investigador y técnico. Las cuestiones de la moral y la ética médica no fueron consideradas importantes en su formación porque no tienen base en la ciencia sino en "los sentimientos, las costumbres y la conciencia." Aprendió que la muerte ocurre sólo dentro del cuerpo, como fenómeno físico medible por el médico pero nada tuvo que ver con la muerte como hecho trascendental -el paso de una vida a otra- que cae dentro del orden moral, ético y humano; ni con la muerte como un proceso no físico donde los sentimientos del moribundo y el misterio que lo rodea están pobremente definidos.

Todo esto ha llevado a una **despersonalización de la atención médica**, a una **objetivación del paciente**, a una **confusión de lo moral con lo técnico**, de los eventos mecánicos del cuerpo, con lo natural, lo espiritual, lo personal y lo social que impide la solución adecuada de los problemas que caen dentro del orden moral (sentimiento, conciencia, valores) (10).

Se le da más atención a la enfermedad, a su conocimiento, a toda la parafernalia instrumental que se requiere; no se cuida a la persona enferma sino al equipo técnico que la rodea; se toca, se mira, se aprieta, se marca, se oye la alarma, el zumbido; se diagnostica la muerte en la pantalla ... pero no se habla, ni se palpa, ni se mira, ni se explica, ni se despide al ser que se muere. El médico "no oye el estertor, ni los ayes, ni los gemidos; no palpa el calor ni el frío del cuerpo enfermo" (11).

Por su formación y las características de su trabajo los médicos, en general, no están capacitados para resolver y aún para afrontar los dilemas éticos y legales que se presentan en la práctica de la medicina moderna. "no se han solucionado problemas como la dicotomía entre la aplicación de una alta tecnología y un tratamiento ético y humano. Al asumir una aproximación puramente técnica a la solución de los problemas del paciente en fase terminal, entre ellos la eutanasia, el médico abdica la responsabilidad profesional de ser el guardián de los derechos del paciente" (12). Con su actitud pasiva

permite que sean los técnicos, los inventores de las máquinas y los comerciantes de aparatos los que toman las decisiones que cada caso requiere.

No obstante las inquietudes anteriores la responsabilidad final es del médico tratante. "El médico trata con la vida humana, desde su concepción hasta el lecho mortal. El estudiante de medicina debiera saber desde el umbral mismo de su carrera que sobre cada acto médico recae un peso moral difícil de delegar; es quizá la profesión que exige mayor responsabilidad; responsabilidad en la toma de decisiones a la luz de la moral o sea del conjunto de formas de juzgar y de obrar, en lo que se refiere al bien y al mal de una persona o comunidad" (13).

EUTANASIA ACTIVA VERSUS "DEJAR MORIR EN PAZ Y CON DIGNIDAD"

Para la solución de algunos problemas que se presentan en situaciones críticas cabe considerar lo relacionado con la eutanasia activa y el morir con dignidad. "El debate sobre la eutanasia no se centra en la legitimidad de disponer de la vida de una persona cualquiera, sino de la de una persona enferma sobre la que no existe esperanza de vida en condiciones que puedan calificarse como humanas" (4).

En 1976, María B, de 89 años, que había sido persona fuerte, activa e independiente, enfermó gravemente y solicitó en varias ocasiones a su médico que le ayudara a morir ... Días más tarde, el doctor (en presencia de su asistente) le aplicó a la paciente una inyección para que durmiera; a los pocos minutos de estar dormida le aplicó otra inyección y la paciente murió ... el médico produjo la muerte por piedad y por consideración a los sufrimientos de la paciente. El caso fue llevado a la Corte Suprema de Holanda. La Corte decidió que el médico, en situaciones como la descrita, puede practicar la eutanasia voluntaria activa; para dar este fallo, el razonamiento fue el siguiente: "En tal situación el médico tiene dos obligaciones que son conflictivas: de una parte, la de respetar las leyes, que no le permiten causar la muerte a su paciente; de otra la de respetar los intereses de éste... puesto que no puede respetarlas ambas no puede ser criminalmente responsable al haber actuado de acuerdo a los mejores intereses del paciente".

Francisco, paciente de 60 años, sufre cáncer del pulmón; ha recibido los tratamientos convencionales

pero la enfermedad ha seguido su curso; está reducido a la cama con dolores intensos en la parrilla costal, dificultad para respirar y tos; no puede ingerir los alimentos; está caquético. En esta situación sufre bronconeumonía. Después de analizar la situación con el paciente y su familia el médico decide no administrar antibióticos pero ordena morfina para aliviar los dolores y calmar la sensación de asfixia. Por los efectos depresores del cáncer, la bronconeumonía y la droga para el dolor, el paciente fallece al poco tiempo.

En este caso no hay una acción médica (para tratar la infección) sino la omisión o, mejor, la no aplicación del tratamiento que buscaría prolongar la vida de una persona en fase terminal. El médico comprensivo decide, en casos como éste, dejar que la naturaleza siga su curso; dado que esto no siempre significa ausencia de dolor y sufrimiento aplica, además, morfina para calmar el dolor, el sufrimiento y la asfixia. Considera que si somete a este paciente a un tratamiento especial, en sala de cuidados intensivos, conectado a un ventilador y alejado de la familia, practica *mala medicina* y cae en el *encarnizamiento terapéutico*. Su conciencia lo obliga a actuar de acuerdo a "lo mejor para el paciente". Este es un caso de eutanasia pasiva.

El caso de Karen A. Quinlan (14) ilustra el conflicto entre quienes favorecen mantener con vida a una persona en coma irreversible, por medio de los recursos tecnológicos modernos, y quienes proponen reconocer que después de la muerte cerebral el ser humano tiene pleno derecho a llegar al final natural e irremediable que se inició con la destrucción de su cerebro.

¿Qué hacer con un recién nacido con anencefalia que sufre obstrucción intestinal y requiere intervención urgente? ¿No intervenirlo y esperar que muera (eutanasia pasiva)? ¿Intervirlo y efectuarle todos los tratamientos posibles (encarnizamiento terapéutico)?

El término eutanasia genera resistencia y rechazo; para muchos autores es preferible no hablar de eutanasia pasiva sino utilizar el término *dejar morir en paz* aplicable a "aquellas situaciones en que se toma la decisión de no mantener la vida de un enfermo que no tiene posibilidades de supervivencia, sea porque él mismo haya expresado su voluntad explícitamente o porque se puede presuponer" (4). En este caso no hay una *intención deliberada* de producir la muerte sino que se suspenden o no se

inician ciertas terapias. Sin embargo, el cuidado del moribundo no debe ser considerado como un proceso de omisiones terapéuticas.

El uso del término eutanasia pasiva se deriva de no distinguir los objetivos de la medicina aguda de los de la medicina de la fase terminal. "Las prioridades cambian cuando se espera que un paciente muera en pocas semanas o meses; en tal caso el objetivo primario no es preservar la vida sino hacerla confortable y significativa. Así, lo que es apropiado en la fase aguda es inapropiado en la terminal... Las recomendaciones terapéuticas deben darse en consideración a las ventajas o desventajas para el paciente" (15).

Para algunos la eutanasia activa no es permitida mientras que el dejar morir sí lo es porque la primera, pero no el segundo, es un asesinato. No todos están de acuerdo: "Esta no es una razón válida porque se asume simplemente que dejar morir es moralmente mejor que ayudar a morir; pero, ¿por qué esa diferencia si todos los otros factores importantes como la intención, la motivación y el resultado son los mismos? En el fondo no hay diferencia moral. En la eutanasia activa el médico inicia un proceso que llevará al paciente a la muerte; en el *dejar morir* se omite el tratamiento y se permite que la naturaleza siga su curso, a veces cruel. ¿Es dejar morir (eutanasia pasiva) moralmente mejor que ayudar a morir (eutanasia activa)? Pienso que no, a veces es peor" (Kultse) (8,16).

LA ACTUACION ETICA DEL MEDICO

La discusión sobre la eutanasia se presenta porque no se tiene en cuenta lo que es aceleración deliberada de la muerte ni aspectos como el adecuado alivio del dolor y dejar que la naturaleza siga su curso. Para tranquilizar la conciencia del médico, Twycross recuerda los principios éticos en que debe basarse para ejercer la profesión (17):

1. El médico debe saber que tarde o temprano los pacientes morirán. Su responsabilidad, cuando la vida llega a su fin, está en no hacer nada que innecesariamente prolongue la agonía. En ciertas circunstancias el paciente tiene derecho a que se le permita morir.

2. El médico debe tratar siempre al paciente. La atención médica es un proceso continuo que va desde la búsqueda de la curación hasta el cuidado compasivo en la fase terminal. Debe preguntarse

cuál es el tratamiento adecuado y apropiado para cada paciente en particular. No debe considerar el cuidado del moribundo como algo pasivo, poco interesante o como el resultado de una serie de omisiones terapéuticas; por el contrario, es allí donde el médico debe aplicar la sabiduría y la compasión para procurar una muerte digna.

3. No hay obligación de preservar a cualquier costo la vida de los pacientes. En la fase terminal no debe prolongarse el proceso de la agonía; al final el paciente tiene muy poco interés en ingerir alimentos o bebidas y demuestra una afectividad plana y desinterés por el medio que lo rodea; todo esto hace parte del proceso de *despedida*. El no comprender la situación lleva a efectuar tratamientos que prolongan innecesariamente el sufrimiento y crean al médico el dilema de si debe o no tratar al paciente.

4. El paciente no está obligado a aceptar el tratamiento médico aún sabiendo que su actitud le puede causar la muerte. Muchas veces el médico actúa como si cada paciente tuviera la obligación de aceptar el tratamiento recomendado; no hay que forzar al paciente excepto en casos de trastornos mentales o cuando esté deprimido o a merced de otras personas; en cualquier situación el médico debe evaluar las distintas opciones de tratamiento y sus resultados, especialmente en los pacientes en malas condiciones y en los que están en fase terminal.

5. Todo tratamiento tiene riesgos inherentes. Aliviar el dolor y el sufrimiento del paciente moribundo es, sin duda, un acto médico en todo el sentido de la palabra y hablar de eutanasia indirecta o pasiva es falso y mal intencionado. Dar drogas para aliviar el dolor no es lo mismo que darlas en dosis letal para, deliberadamente, terminar con la vida del paciente. Es posible que se acorte la vida cuando se utilizan los narcóticos, pero si se dan por razones médicas, en las dosis apropiadas, no se busca la muerte. Si ésta ocurre por la acción de la droga, aplicada con el fin de aliviar el dolor, se considera (desde el punto de vista moral) como un efecto secundario, previsible quizá, pero no directamente intencional.

Según Pablo VI "la obligación del médico consiste sobre todo en esforzarse por aliviar el dolor y no en prolongar, por todos los medios posibles, una vida que no puede llamarse plenamente humana y que, naturalmente, llega a su final".

6. Pronosticar es un arte y no una ciencia. Todo médico sabe que es muy difícil dar un pronóstico

preciso, pues siempre se tendrán sorpresas, recuperaciones inesperadas, enfermedades que detienen su proceso, por lo tanto el médico debe tener presente una posible recuperación (total o parcial) del estado del paciente.

7. El cuidado médico debe ser integral. Esto significa atender los aspectos físicos, psicológicos, espirituales y sociales del paciente y su familia.

EL PROCESO DE LA DECISION ETICA

Un modelo de seis pasos que ha sido útil para resolver los dilemas morales es el siguiente (18):

1. **Recoger información:** el objetivo de este paso es obtener información clara, completa y comprensiva del estado médico, físico, social, psicológico y moral del paciente; conocer sus normas y valores morales y sus sentimientos y percepciones sobre su futuro. Se debe incluir también a la familia y en ocasiones se requiere ayuda profesional para esclarecer su posición. En la búsqueda de información hay que tener presentes además al médico y al personal de la salud involucrado en cada caso; se desprende de lo anterior la importancia de informar adecuada y oportunamente al paciente y su familia lo relacionado con el diagnóstico, el tratamiento, el pronóstico y los resultados. A partir de la adecuada información se logra una buena decisión.

2. **Identificar las opciones reales y posibles** incluyendo las consideradas moralmente inaceptables. De lo contrario se pueden cometer errores de juicio; además, cuando se tienen reunidas las diferentes opciones es posible, en ocasiones, encontrar o crear una nueva. Este paso incluye evaluar los posibles resultados de las varias opciones. Su objetivo es complementar, clarificar y hacer que la información sea confiable. "Una buena decisión depende de una buena descripción".

3. **Evaluar las opciones y sus consecuencias.** Las normas y valores morales así como los elementos únicos encontrados en los pasos previos se aplican en este caso. Cada opción analizada y el resultado previsible deben ser evaluados para tomar las determinaciones correctas. En ocasiones es necesario actuar en forma diferente a la prevista.

4. **Decidir la opción justa:** es el acto de seleccionar una opción teniendo en cuenta que las decisiones pueden ser definitivas pero no absolutas.

Es necesario reevaluar la decisión de acuerdo a las circunstancias.

5. **Actuar de acuerdo con la decisión adoptada:** cuando se decide la acción a seguir hay que tener presentes cuatro aspectos, a saber: a) en ocasiones hay que reevaluar la decisión adoptada sobre todo cuando entre el momento de la misma y el de la acción ha pasado cierto tiempo y se ha dado lugar a que se produzcan cambios en la condición médica, física, psicológica y social del paciente y la familia. b) se debe evaluar la forma como la estrategia de acción se va a llevar a cabo y concluir si es moral o no; por ejemplo: cuando la esposa muere súbitamente en cirugía es importante la forma como se le dará la información al marido. c) La reevaluación debe hacerse antes de proceder a una nueva acción. Por ejemplo: pueden haber aparecido contraindicaciones para un trasplante durante la espera del donante. d) Cuando se toma una decisión hay que comunicarla al personal de la salud que atiende el caso y si es posible explicar las razones para la misma.

6. **Reflexionar sobre el proceso seguido y sus consecuencias** El objetivo de este paso es reforzar el proceso de las buenas decisiones e identificar las posibles fuentes de error cuando no fueron bien tomadas.

SUMMARY

EUTHANASIA. THE ETHICAL DECISION Different aspects of active and passive euthanasia are discussed in this review; emphasis is made on the following: the need to avoid unnecessary lengthening of agony; the integral management of patients; the right of patients to have their autonomy respected; the need for palliative care in the terminal phase of life. "Ethical moments" are detailed, namely: obtainment of information; identification and evaluation of the different options and of their possible consequences; selection of the fairest option and action according to the selected decision.

BIBLIOGRAFIA

1. SAUNDERS CM. The management of terminal disease. London: Edward Arnold, 1978.
2. LERMA MA. La muerte dulce. *El País* (España) 1989 abril 6.
3. ZUCKER A. The right to die: ethical and medical issues. In: WASS HANELORE. *Dying, facing the facts*. Washington: Hemisphere Publishing Corporation, 1987: 323-344.
4. GAFO J. Eutanasia y derecho a morir en paz. En: *La eutanasia y el derecho a morir con dignidad*. Madrid: Ed. Paulinas, 1984: 123-142.
5. JIMENEZ H. La eutanasia. *El Colombiano* 1986 marzo 11.
6. SULLIVAN S. A right to die? *Newsweek* 1968 marzo 14: 42-48.
7. RACHELS J. Active and passive euthanasia. *N Engl J Med* 1975; 292: 78-80.
8. KUHSE H. The case for active, voluntary euthanasia. *Law, Medicine and Health Care* 1987; 14: 145-148.
9. KELCHEAR A. Are we a death denying society? A sociological review. *Social Sci Med* 1984; 18: 713.
10. CASSELL E. Dying in a technological society. In: LARRY A, PLATT R, BRANCH G. eds. *Resources for ministry in death and dying*. Nashville: Broadman Press, 1988: 27-37.
11. SOLLE D. Sufrimiento. Salamanca: Sígueme, 1978; 180.
12. SHRAGG T, ALBERTSON TE. Moral, ethical, and legal dilemmas in the intensive care unit. *Critical Care Med* 1984; 12: 62-68.
13. LLANO A. Nace la bioética en el mundo. *Ann Acad Med Medellín época V* 1989; 2: 175-184.
14. MENDOZA J. ¿Muerte digna, agonía prolongada? *El Espectador* 1985 jun 22.
15. TWYLCROSS R. Euthanasia; a physician's viewpoint. *Memorias VII Congreso Mundial sobre Manejo del Paciente Terminal*. Montreal, octubre 1988.
16. GODDARD H. "Voluntary euthanasia declaration" goes step beyond living will. *Can Med Ass J* 1988; 139: 246.
17. TWYLCROSS R. Euthanasia. Based on a lecture given to an international conference on voluntary euthanasia and suicide sponsored by Exit and held in Oxford, septiembre 12-24, 1980. Londres.
18. KANOTI GA. Ethics and medical ethical decisions. *Crit Care Clin* 1989; 2: 3-13.