
Aspectos de la decisión ética ante la muerte por eutanasia y suicidio asistido

TIBERIO ÁLVAREZ

INTRODUCCIÓN

Los médicos en general, al tratar de vencer la muerte, someten a sus pacientes a terapias agresivas y prolongan innecesariamente la agonía aun sabiendo que muchos de éstos no aceptan la prédica tradicional de sufrir en silencio y con resignación. Exigen una muerte digna en el tiempo y lugar de su propia elección cuando padecen una enfermedad terminal. ¿Cuándo, entonces, debe el médico luchar contra la muerte, apresurarla o dejar que llegue a su manera? ¿Cuándo se permiten las terapias que prolongan la vida? ¿Cuándo no iniciar o suspender las terapias que mantienen la vida? ¿Permite la autonomía llegar hasta el suicidio ayudado y la eutanasia? ¿Depende la decisión de morir de la aplicación de unos principios morales? ¿Es moral morir lentamente en medio del desespero, sin ingerir alimentos ni bebidas, sin los tratamientos propuestos, sin el oxígeno de los ventiladores o es inmoral elegir la muerte rápida e indolora cuando no hay posibilidades de curación? ¿Predomina el principio de la autonomía sobre aquéllos de la santidad de la vida y de los mejores intereses de la persona? ¿Cuáles conceptos predominan en las decisiones éticas?

El objetivo de este artículo es precisar algunos conceptos de la ética aplicada a la medicina paliativa con

especial referencia a la eutanasia, el suicidio asistido y el dejar morir, que permitan al médico justificar su decisión, impedir el encarnizamiento terapéutico y procurar la muerte humanizada de sus pacientes.

ÉTICA Y CLÍNICA

La ética es función y ejercicio de la inteligencia humana y no la simple aplicación de unos determinados principios. Requiere por lo tanto buen juicio y deliberación interdisciplinaria y acepta, como parte importante de su accionar, la complejidad, la confusión y la ambivalencia del hombre moderno.

La ética clásica asumió como invariables la condición humana, la normatividad del acto bondadoso y la limitación e impacto de la investigación. Para ello estableció principios asumidos como cánones para el pensamiento, la palabra y la acción en todo tiempo y lugar. Asumió que la obediencia, el deber, la obligación, el derecho y el mal comportamiento son fácilmente comprensibles por las mentes cultivadas. Por eso dijo Voltaire que bastaban pocas horas para que una persona sabia estableciera la diferencia entre lo correcto y lo equivocado (1).

Doctor Tiberio Álvarez Echeverri, Anestesiólogo y Tanatólogo, Profesor, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

Hoy el panorama ha cambiado. Por la complejidad misma de la condición humana la solución ética de un problema no se logra con la aplicación de unos determinados principios que le dan cariz de racionalidad, consistencia y coherencia. La abstracción y reducción no son adecuadas en medicina paliativa. Los principios o valores que prescriben, prohíben o toleran no pueden ser determinados y aplicados como tales sin tener en cuenta a la persona. El real sentido de los principios y de la particularidad del paciente emerge cuando se analizan e interpretan según el contexto biográfico y clínico. "La complejidad no debe mirarse como problema sino como punto inicial del método ético en la asistencia paliativa del paciente" (2).

Osler, el gran maestro de la clínica, enseñó que el médico debe tener en cuenta la particularidad de cada paciente con sus incertidumbres, conflictos, valoraciones y dilemas para inferir su situación clínica y ética y establecer un juicio práctico de lo que debe hacerse para ayudar a que la persona seleccione lo que mejor corresponda a sus necesidades clínicas e intereses existenciales. Sin embargo, hoy es común que las decisiones se tomen de acuerdo con modelos o ejemplos para honrar su dignidad omitiendo los conflictos éticos relacionados con la biografía particular, la condición clínica, las necesidades, los deseos, los planes, las esperanzas, los sufrimientos, las fortalezas, las vulnerabilidades y las limitaciones.

En la ética clínica las decisiones se basan en las características de la situación de cada paciente y no en la aplicación guiada de principios, según la ética clásica que especifica lo ordenado, tolerado y prohibido. La ética clínica interpreta primero el significado de dichos principios y luego, en un proceso inductivo, los aplica si son justificables. No consiste en tamizar cada paciente según los principios morales y religiosos para llegar a conclusiones éticas y clínicas.

La ética clínica no consiste en aplicar una determinada filosofía o teología. Al contrario, es una

actividad intelectual propia, original, no derivada, que hace parte del juicio clínico. Es un proceso que respeta la autonomía del paciente y abandona el paternalismo tradicional de decidir en solitario lo mejor para él. Por eso la medicina paliativa lucha para que no haya separación entre la curación y el cuidado solícito; para que el paciente y su familia sean considerados dentro de su propio contexto cultural y para que haya un acercamiento entre la fría objetividad clínica, que habla el lenguaje del yo/eso y la cálida subjetividad compasiva que habla el lenguaje relacional del yo/tú (3,4).

EUTANASIA

Parte de la controversia sobre la eutanasia se debe a las diferentes interpretaciones etimológicas, éticas, morales y legales. De allí la necesidad de determinar si cierta acción equivale o no a un genuino acto de eutanasia. Para algunos la eutanasia es el "acto de dar muerte sin sufrimiento físico a otra persona por su bien o en interés de ella". Para otros es el "acto de dar muerte o dejar morir sin sufrimiento físico a otra persona por su bien o en interés de ella". De estas definiciones los autores distinguen varios tipos de eutanasia: Activa, pasiva, voluntaria, no voluntaria e involuntaria (5-7).

Eutanasia activa: Es aquella donde el médico administra al paciente una droga con la firme intención de matarlo sin producirle mayor dolor ni sufrimiento. Se recalcan en esta definición la intencionalidad y la acción de matar.

Eutanasia pasiva: Es la que se produce cuando el médico le retira al paciente terminal los instrumentos y las drogas que lo mantienen con vida con el fin de acelerarle la muerte o cuando no inicia el tratamiento que le prolongaría la vida. En este caso no hay acción de matar sino de dejar morir pasivamente, permitir que la enfermedad siga su curso hasta el final pues la muerte es "una consecuencia prevista pero no expresamente buscada". Este tipo de eutanasia pasiva ha logrado con el

tiempo aceptación moral en ciertos casos específicos. Como el hecho de suspender las terapias o no iniciarlas provoca a veces más dolores y sufrimientos que la eutanasia activa, el médico debe procurar el alivio con la asistencia humanizada y si es del caso con el uso de analgésicos y sedantes potentes que pueden acelerar la muerte, no intencionalmente pero sí como efecto secundario de tal manera que no haya injusticia, negligencia, abandono o falta de compasión. Esto origina acaloradas discusiones pues se habla de eutanasia lenta o prolongada, de una forma elegante de matar al enfermo.

La eutanasia voluntaria: Es la que se lleva a efecto por petición del paciente o con su consentimiento informado, expreso y consciente, por escrito en el mejor de los casos. Debe tenerse en cuenta que la petición busque el propio bien del paciente y no el de otras personas, que el paciente sea competente y esté bien informado, no sufra depresión endógena o sicosis maniaco depresiva ni esté bajo condiciones que distorsionen el juicio como la depresión, el insomnio prolongado, el dolor y el sufrimiento intensos, condiciones todas que deben ser tratadas adecuadamente antes de tomar una decisión.

La eutanasia voluntaria es equiparable al suicidio asistido: Es el paciente quien decide morir y lleva a cabo la acción con los medios facilitados por el médico; difiere del suicidio en que el paciente busca la ayuda de otra persona, en este caso el médico, y con su aprobación encuentra la muerte. No obstante que la eutanasia voluntaria y el suicidio ayudado ganan cada día más adeptos en la comunidad mundial se tienen en contra argumentos morales que provienen sobre todo de las religiones judeocristianas y del islamismo que hablan de la santidad de la vida y de que no se es dueño de ella. Por el contrario, dicen sus representantes, la vida es un don de Dios. Ésta es la llamada postura conservadora con sus criterios culturales, religiosos y paternalistas (8).

Existe otra postura, la liberal, que viene tomando auge desde la década del setenta cuando se iniciaron los trasplantes de órganos y las discusiones ante las cortes pidiendo el respeto a la autonomía y el derecho que tiene cada persona a decidir qué hacer con su vida lo cual incluye el derecho a morir. Por ello son recordados, entre muchos otros, los casos de Karen Quinlan y Nancy Cruzan que dejaron enseñanzas y abrieron el camino para que se pasara de una visión paternalista e impuesta de la vida a otra libre y autónoma. Quinlan y Cruzan pusieron sobre el tapete de las discusiones los temas de la autonomía, los mejores intereses del paciente, la santidad y la dignidad de la vida.

La eutanasia no voluntaria: Es la que se practica sobre un paciente incompetente sin tener en cuenta sus deseos ni su percepción de lo que constituye su propio bien sea porque está en estado de inconsciencia, es débil mental o un bebé. Un paciente no es competente para tomar decisiones cuando no tiene la capacidad de comunicarse, no comprende la información pertinente, no razona ni delibera sobre los diversos tratamientos disponibles, no posee valores y objetivos a partir de los cuales evaluar las alternativas (9). Para que se acepte o permita este tipo de eutanasia no voluntaria pasiva, sobre todo en los pacientes en estado de coma irreversible es necesario que haya una prueba cierta o una suposición fundamentada de que esa persona, si estuviera en sus cabales y pudiera decidir, elegiría la muerte porque es su mejor interés. Si la persona no puede pronunciarse, existe la posibilidad que su pareja, un familiar cercano o un amigo que no busque beneficiarse con su muerte tome la determinación (5). Aun si no hay familiares ni amigos el médico, en determinadas circunstancias, luego de un análisis de la biografía y la condición clínica del paciente y dejando por escrito la constancia de sus criterios, puede suspender los tratamientos que prolongan la agonía, o mejor la vida sin sentido, porque ese cuerpo ya no es persona. Sin embargo, los que predicán el principio

de la santidad de la vida por encima de la calidad de la misma se empeñan en mantener al paciente conectado a aparatos y tubos como modernos Titonius que envejecen en un sinsentido (10). En estos casos el valor intrínseco de la vida no se respeta con la simple prolongación. Podría hablarse entonces de distanasia o ensañamiento terapéutico.

Eutanasia involuntaria: Es la que se impone a un paciente en contra de su voluntad, contraviniendo sus propios deseos. Si la eutanasia es activa e involuntaria constituye un asesinato (11).

EUTANASIA LENTA

Este término ha generado un gran debate porque "es un asalto frontal al principio del doble efecto, a las inquietudes sobre el uso de la morfina intravenosa y a la sedación durante la agonía" (12). Algunos médicos piensan que la aplicación de un goteo intravenoso lento de morfina es una forma de asistencia al paciente terminal que le asegura una muerte confortable pero no inmediata. Este pensamiento es peligroso al confundir la asistencia paliativa con la eutanasia (13). El uso de opioides y otras drogas al final de la vida ha sido plenamente establecido como parte de la asistencia paliativa y ética aun cuando apresure la muerte debido al principio del "doble efecto". En estos casos la intencionalidad es permitir el mejoramiento de la calidad de vida en la fase terminal al aliviar el dolor y controlar los otros síntomas. La intencionalidad no es terminar la vida del paciente (14).

Para que haya verdadero acto eutanásico se requiere por una parte la intencionalidad de matar y, por otra, llevar a cabo esa intencionalidad. De allí lo importante de analizar cada circunstancia desde el punto de vista del dolor físico, psicológico, espiritual, social y familiar. Muchas veces la aplicación de morfina para prevenir y aliviar el dolor refractario puede, por el principio farmacológico del "segundo efecto" anticipar la muerte del paciente,

llamada también eutanasia del doble efecto, donde no hay intencionalidad de matar. La validez ética del principio del doble efecto asienta sobre dos axiomas: La intencionalidad primaria como tema crítico y la distinción significativa entre prever e intentar un resultado indeseable. Estos axiomas deben tenerse en cuenta para evitar la "perplejidad paralizante y la despreocupación maquiavélica". En otras palabras la aplicación de las drogas sedantes tiene como intención el alivio del dolor y el sufrimiento y no la muerte. Esa buena intención debe sobrepasar los daños previstos (15,16).

La acción del doble efecto o principio del voluntario indirecto es éticamente permisible siempre que la acción buscada sea buena en sí misma o por lo menos moralmente indiferente; la intención y el efecto bueno sean buscados directamente por la persona que actúa; la permisividad o aceptación del efecto malo tenga la motivación adecuada y proporcionada. En otras palabras la búsqueda del efecto bueno debe tener un peso proporcionado para justificar la aceptación, aunque sea indirecta, del efecto malo (17).

En resumen el principio del doble efecto se acepta si la acción es buena en sí misma, la intención es lograr un efecto bueno, el efecto bueno no se logra por medio de un efecto malo y si hay suficiente razón para permitir el efecto malo.

DEJAR MORIR

El acto de la eutanasia es diferente del de permitir morir o dejar morir a una persona que padece una enfermedad mortal cuando no hay obligación moral de prolongar la vida como el caso del paciente que sufre cáncer pancreático y está cerca de la muerte. En el acto de permitir o dejar morir, la muerte no se busca con intencionalidad. Simplemente, se permite que la enfermedad fatal siga su curso natural pues el tratamiento curativo no tiene beneficio (6,7).

El médico que no acepta el acto de dejar morir, prolonga la agonía con el llamado encarnizamiento terapéutico que lleva a la distanasia o muerte con tortura. Encarnizamiento o ensañamiento son "ciertas intervenciones médicas ya no adecuadas a la situación real del enfermo, por ser desproporcionadas a los resultados que se podrían esperar o, bien, por ser demasiado gravosas para él o su familia. En estas situaciones, cuando la muerte se prevé inminente e inevitable, se puede en conciencia renunciar a unos tratamientos que procurarían únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia, sin interrumpir, sin embargo, las curas normales debidas al enfermo en casos similares...La renuncia a medios extraordinarios o desproporcionados no equivale al suicidio o a la eutanasia; expresa más bien la aceptación de la condición humana ante la muerte" (20).

Según la enseñanza católica se presume que hay obligación moral de prolongar la vida cuando la persona debe aún alcanzar su propósito vital, su misión existencial. Dicha obligación termina cuando al prolongar la vida no se cumple ninguna misión (6).

El dolor y el sufrimiento no controlados, la depresión, los efectos adversos de otros síntomas, el abandono, el aislamiento, la falta de ternura, la asistencia médica inadecuada, obligan al paciente a pedir la eutanasia o la ayuda para el suicidio. Sin embargo, una asistencia médica ética y humana, proporcionada a las circunstancias personales y familiares alivia las tensiones y disminuye la petición de muerte prematura. Con el avance de la medicina es posible prevenir y aliviar casi cualquier dolor. El no lograrlo refleja más la falta de conocimiento y experiencia del médico que la severidad de la enfermedad. Si el dolor es intenso debe tratarse con analgésicos potentes, aun con sedación profunda. Si esta terapia acorta la vida del paciente no puede decirse que sea un acto de suicidio o eutanasia. Simplemente es un tratamiento médico que busca aliviar el dolor y que como todo tratamiento puede tener efectos secundarios como la

depresión respiratoria y la muerte, efectos no buscados ni deseados con la terapia.

SUICIDIO AYUDADO

Uno de los propósitos de la medicina es permitir que los pacientes en fase terminal mueran con poco dolor y sufrimiento, en control de la situación y con dignidad. Sin embargo, muchos sufren intensamente a pesar de las terapias y quisieran morir pronto. De allí su petición al médico para que les facilite el suicidio. Algunos médicos proponen la legalización del suicidio ayudado pero no la eutanasia activa porque "permite el mejor balance entre la respuesta humana a los requerimientos del paciente y la necesidad de proteger a las personas vulnerables". El suicidio ayudado nunca debe sustituir el cuidado paliativo para solucionar los problemas físicos, personales y sociales que impone el proceso de morir. Cuando el paciente con intensos sufrimientos pide ayuda a su médico para morir éste tiene la obligación de profundizar en tal petición, analizar las circunstancias específicas y actuar de acuerdo a sus creencias y expectativas. En el suicidio ayudado el médico facilita el medio, por ejemplo una inyección de barbitúrico, para que el paciente la tenga disponible y decida cuándo aplicarla. Se diferencia de la eutanasia activa en la cual el médico dispone y aplica el medio de morir.

No se sabe cuántas personas son ayudadas por su médico a morir por suicidio asistido. En Estados Unidos se calcula que cada día mueren unas 6.000 personas que de alguna manera tuvieron una muerte planeada o indirectamente asistida quizá a través del doble efecto, de las medicaciones administradas para aliviar el dolor las cuales apresuraron la muerte o también por no iniciar o suspender tratamientos que prolongaban la existencia (18). En encuestas anónimas se ha encontrado que entre 3 y 37% de los médicos han dado pasos activos para apresurar la muerte de sus pacientes.

Algunos médicos proponen abiertamente la legalización del suicidio ayudado para los pacientes

que sufren una enfermedad incurable asociada a dolor y sufrimiento intratables que no ceden al tratamiento propuesto. En estos casos debe existir una buena y respetuosa relación con el paciente, sin coacción ni sometimiento y donde la petición de morir sea repetida. El médico no debe ser forzado a ayudar al suicidio del paciente si va en contra de sus valores. Es obligatoria la consulta a otro médico experimentado para estar seguros de que los requerimientos del paciente son voluntarios y razonables, el diagnóstico y el pronóstico ciertos y se han explorado terapias alternativas. Finalmente, se requiere la adecuada documentación de cada caso que permita informar, revisar y estudiar cada muerte y distinguirla de otra clase de suicidio (19).

Ahora bien, ¿La moralidad médica permite la asistencia al morir de un paciente así sea con la provisión de los medios que le produzcan directamente la muerte? ¿Cuál es la posición de la ley ante el médico que ayuda a morir al paciente que sufre intensamente? El ejercicio ético de la medicina siempre está en tensión entre sus raíces históricas y tradiciones y la respuesta sensitiva y efectiva a los valores y necesidades cambiantes de la sociedad donde se ejerce. Hoy no se puede ser tan rígido y predicar que el médico bajo ninguna circunstancia debe usar sus capacidades para procurar la muerte del paciente con lo cual no se da ninguna respuesta a las presiones sociales actuales cuando se ha incrementado el sufrimiento por el avance de la tecnología que impide morir en el momento oportuno e impone una forma inaceptable de morir. Es cierto que existen valores morales que perduran pero esto no debe ser motivo para abandonar al paciente que pide que se le ayude a aliviar el sufrimiento aun con la muerte. Hoy se busca más flexibilidad y menos rigidez en la asistencia médica al paciente terminal.

ASPECTOS MÉDICOS, RELIGIOSOS Y POLÍTICOS

La eutanasia ha sido prohibida por la inmensa mayoría de las religiones y las legislaciones occi-

dentales. La Asociación Médica Mundial estableció en 1987 que la eutanasia va contra la ética lo cual no impide al médico respetar el deseo del paciente de morir del proceso natural de la enfermedad en su fase terminal.

El Panel de Expertos para el Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos de la Organización Mundial de la Salud estableció en 1990: "Los gobiernos deben asegurar que han dedicado especial atención a las necesidades de sus ciudadanos en el alivio del dolor y los cuidados paliativos antes de legislar sobre la eutanasia (21).

Según la Iglesia católica "la eutanasia es una grave violación de la ley de Dios, en cuanto eliminación deliberada y moralmente inaceptable de una persona humana. Esta doctrina se fundamenta en la ley natural y en la palabra escrita de Dios; es transmitida por la tradición de la Iglesia y enseñada por el magisterio ordinario y universal...La renuncia a medios extraordinarios o desproporcionados no equivale al suicidio o a la eutanasia; expresa más bien la aceptación de la condición humana ante la muerte" (20).

Holanda se convirtió a partir del febrero de 1994 en el primer país industrializado que legalizó la eutanasia, tras el voto favorable del parlamento al proyecto gubernamental para la despenalización de la "muerte dulce". La eutanasia figura como delito en el Código Penal, pero los médicos que la ejecuten bajo ciertas circunstancias no son perseguidos (22).

En Inglaterra la asistencia al suicidio y la eutanasia se consideran delitos de acuerdo al *Suicide Act* de 1961. Esto no obstante que este país ha buscado la aceptación de la eutanasia desde los años treinta. En Francia se trata la eutanasia como homicidio voluntario. El Comité Francés de Ética, en junio de 1991, expresó su desaprobación a cualquier reforma que permitiera a los médicos practicar la eutanasia a petición del paciente. En Alemania, Italia, Suiza, Dinamarca, Noruega y Polonia la

eutanasia no está calificada como un homicidio intencional, sino como homicidio a petición y se sanciona con penas moderadas. En Alemania se sanciona con seis meses a cinco años de prisión. En Dinamarca la pena es la detención simple que va de sesenta días a tres años (11).

LA EUTANASIA EN COLOMBIA

Colombia es el primero de los países en vía de desarrollo que despenalizó el homicidio piadoso al declarar inexecutable, en mayo de 1997, el artículo 326 del Código Penal de 1980 cuyo texto dice: "Homicidio por piedad: El que matare a otro por piedad, para poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave o incurable, incurrirá en prisión de seis meses a tres años". Para su decisión la Corte tuvo en cuenta no tanto la posición que se asume de la vida como algo sagrado y predica que la muerte debe llegar por causas naturales sino aquella que estima que es un bien valioso pero no sagrado, pues las creencias religiosas o las convicciones metafísicas que fundamentan la sacralización son una apenas entre diversas opciones y admite que "en circunstancias extremas el individuo pueda decidir si continúa o no viviendo, cuando las circunstancias que rodean su vida no la hacen deseable ni digna de ser vivida...". También tuvo en cuenta la dignidad de la persona humana que respeta la autonomía y la identidad pues no debe entenderse como "una forma de masificación y homogenización de su conducta, reductora de toda traza de originalidad y peculiaridad". También consideró la solidaridad, uno de los postulados básicos del Estado Colombiano, que "envuelve el deber positivo de todo ciudadano de socorrer a quien se encuentra en una situación de necesidad, con medidas humanitarias... pues ellos no pueden ser forzados a continuar viviendo cuando, por las circunstancias extremas en que se encuentran, no lo estiman deseable ni compatible con su propia dignidad, con el argumento inadmisibles de que una mayoría lo juzga un imperativo religioso o moral..." En palabras de esta Corte: "El derecho a la vida no puede reducirse a la mera subsistencia sino

que implica el vivir adecuadamente en condiciones de dignidad".

La Corte además tuvo en cuenta la sentencia T-493 de 1993 sobre la autonomía de la persona (el libre desarrollo de su personalidad) y el derecho a elegir, en caso de grave enfermedad, si se enfrenta la muerte o se prolonga la existencia por medio de tratamiento médico. La tesis esencial es la misma: Sólo el titular del derecho a la vida puede decidir hasta cuándo ella es deseable y compatible con la dignidad humana.

La Corte concluye que "El Estado no puede oponerse a la decisión del individuo que no desea seguir viviendo y que solicita le ayuden a morir, cuando sufre una enfermedad terminal que le produce dolores insoportables, incompatibles con su idea de dignidad...Por consiguiente...puede proceder en consecuencia, en ejercicio de su libertad, sin que el Estado esté habilitado para oponerse a su designio, ni impedir, a través de la prohibición o de la sanción, que un tercero le ayude a hacer uso de su opción...el consentimiento implica que la persona posee información seria y fiable acerca de su enfermedad y de las opciones terapéuticas y su pronóstico, y cuenta con la capacidad intelectual suficiente para tomar la decisión. Por ello la Corte concluye que el sujeto activo debe ser un médico, puesto que es el único profesional capaz no sólo de suministrar esa información al paciente sino además de brindarle las condiciones para morir dignamente. Por ende, en los casos de enfermos terminales, los médicos que ejecuten el hecho descrito en la norma penal con el consentimiento del sujeto pasivo no pueden ser, entonces, objeto de sanción y, en consecuencia, los jueces deben exonerar de responsabilidad a quienes así obren" (23).

CONCLUSIÓN

La profesión médica, por definición, está constituida por personas que previenen o alivian el dolor con el único objetivo de mejorar la calidad de vida

incluyendo la fase terminal y procuran que cada ser humano encuentre su sentido existencial. El tiempo del paternalismo cuando el médico decidía por el enfermo y le mentía piadosamente ha dado paso a la plena autonomía, los mejores intereses y la dignidad de la persona humana, donde la comunicación de la verdad es el punto de partida para que el paciente tome sus decisiones. Que muchas veces se debe dejar morir al otro una vez paliados sus dolores y sufrimientos. Que algunas veces con la intencionalidad de aliviar se puede anticipar la muerte. Y que muy pocas veces, a petición del paciente y según el punto de vista del médico, se puede anticipar en una forma intencional y activa la muerte del paciente que sufre intensos dolores y quien considera que su vida no merece seguir adelante. Varios son los criterios que tiene el médico para cooperar o no cooperar con el paciente. Es parte de su decisión.

BIBLIOGRAFÍA

1. DAVID JR. Those days are long gone now. *J Palliat Care* 1994;10: 4-6.
2. DAVID JR. Ethics and complexity in palliative care. *J Palliat Care* 1995; 11: 3-4.
3. DAVID JR. Clinical ethics and palliative care in clinical practice. *J Palliat Care* 1992; 8: 3-4.
4. TOURNIER P. La relación personal. Quito: De Eirene; 1990, 29 p.
5. LECUONA L. Eutanasia: Algunas distinciones. En: PLATTS M. Ed. Dilemas Éticos. México: Fondo de Cultura Económica; 1997: 97-119.

6. O' ROURKE K. Assisted suicide: An evaluation. *J Pain Symptom Manag* 1991; 6: 317-324.
7. ÁLVAREZ T. La ética en la asistencia humanizada al paciente terminal. *Iatreia* 1993; 6: 35-40.
8. DWORKIN R. El Dominio de la Vida. Barcelona: Ariel; 1994. 359 p.
9. BROCK DW. Life and death, Philosophical essays in biomedical ethics. New York: Cambridge University Press; 1993: 21-54.
10. A Time to die. *The Economist*. August 5, 1989:1.
11. On Euthanasia. Vatican Congregation for the Doctrine of the Faith. June 26, 1980: 4.
12. MOUNT B. Morphine drips, terminal sedation, and slow euthanasia: Definitions and facts, not anecdotes. *J Palliat Care* 1996; 12: 31-37.
13. BILLINGS JA, BLOCK SD. Slow euthanasia. *J Palliat Care* 1996; 12: 21-30.
14. PORTENOY RK, MOULIN DE, ROGERS A, INTURRISI CE, FOLEY KM. IV infusion of opioids for cancer pain: Clinical review and guidelines for use. *Cancer Treat Rep* 1986; 70: 575-581.
15. CHERNY NI, PORTENOY RK. Sedation in the management of refractory symptoms: Guidelines for evaluation and treatment. *J Palliat Care* 1994; 10: 31-38.
16. PORTENOY RK. Morphine infusions at the end of life: The pitfalls in reasoning from anecdote. *J Palliat Care* 1996; 12: 44-46.
17. SGRECCIA E. Manual de Bioética. México: De Diana; 1996, 688p.
18. MALCON A. Giving death a hand: rending issue. *New York Times*, June 14, 1990: A6 cit. por Quill T.
19. QUILL T. Care of the hopelessly ill. *New Engl J Med* 1992; 327: 1.380-1.384.
20. JUAN PABLO II. El Evangelio de la vida. La posición de la Iglesia Católica en torno a la eutanasia. Bogotá: Ediciones Paulinas; 1995.
21. World Health Organization. Cancer pain relief. Geneva: WHO; 1990.
22. FARFÁN F. Eutanasia, Derechos Humanos y Ley Penal. Santafé de Bogotá: Ediciones Jurídicas Gustavo Ibáñez; 1996.
23. República de Colombia: Corte Constitucional. Sentencia No C - 239/97. Ref: Expediente No D - 1490. Demanda de inconstitucionalidad contra el artículo 326 del decreto 100 de 1980 - Código Penal. Magistrado Ponente: Carlos Gaviria Díaz.