

Eutanasia y cuidados paliativos: ¿amistades peligrosas?

Koldo Martínez Urionabarrenetxea

Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital de Navarra. Pamplona.

La Organización Mundial de la Salud ha definido el cuidado paliativo como «el cuidado total, activo, de los pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo. Es fundamental el control del dolor, de otros síntomas y de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. El objetivo del cuidado paliativo es la consecución de la mejor calidad de vida para los pacientes y las familias»¹. La Sociedad Europea de Cuidados Paliativos, por su parte, lo define como «la provisión de un cuidado total activo cuando la enfermedad no responde a tratamiento curativo. El cuidado paliativo ni adelanta ni retrasa la muerte; proporciona liberación del dolor y de otros síntomas molestos; integra los aspectos psicológicos y espirituales del cuidado, y ofrece un sistema de apoyo para ayudar a la familia a hacer frente a la enfermedad del paciente y al duelo»².

El Consejo de Cuestiones Éticas y Jurídicas de la Asociación Médica Americana define la eutanasia como «el acto de producir la muerte de una persona sufriente y desesperanzadamente enferma de una manera relativamente rápida e indolora por motivos de compasión», y afirma que se produce un suicidio asistido «cuando un médico facilita a un paciente la muerte al proporcionarle los medios y/o la información necesarios para capacitar a dicho paciente para que realice un acto que acabe con su vida»³. La Comisión Estatal Holandesa sobre la Eutanasia definió la misma como «la terminación intencional de la vida por alguien distinto al paciente a petición de éste», y el suicidio asistido como «la ayuda intencional a un paciente para que acabe con su propia vida a petición del mismo»⁴.

La eutanasia y el suicidio médicaamente asistido son ilegales en la mayoría de los países. Son considerados no adecuados éticamente por la mayoría de las organizaciones de médicos y de enfermería^{5,6} o, al menos, «éticamente controvertidos»⁷. Se han publicado múltiples directivas oponiéndose a ellos⁸⁻¹⁰. Sin embargo, se ha demostrado que un número variable de médicos y de ciudadanos apoya su legalización, y que han sido y son practicados en varias partes del mundo¹¹⁻³⁰. El debate entre la paliación y la eutanasia voluntaria está polarizado entre dos visiones éticas contrapuestas, mientras que existe una falta de datos que hace la deliberación social, ética y legal muy difícil³¹. El desacuerdo es importante y refleja visiones profundamente distintas sobre lo que significa ser un profesional de la salud y lo que significa vivir en una sociedad compasiva. Estas diferencias reflejan, a su vez, diferencias más profundas aún sobre el sentido y el significado de la vida humana³². La ética no es una ciencia y, aun cuando algunos principios parecen eternos, la mayoría de ellos cambia junto con las poblaciones a lo largo del tiempo y a través de los espacios geográficos y culturales³³.

Correspondencia: Dr. K. Martínez Urionabarrenetxea.

Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital de Navarra.

Irunlarrea, s/n. 31008 Pamplona.

Correo electrónico: koldomartinez@jet.es

Recibido el 18-10-2000; aceptado para su publicación el 5-12-2000

Med Clin (Barc) 2001; 116: 142-145

Análisis ético

Algunos análisis éticos utilizan la doctrina del doble efecto y la distinción entre asistencia activa y pasiva para distinguir entre actos permisibles que pueden adelantar la muerte (retirada de tratamientos de soporte vital, analgesia a dosis altas, etc.) y otros que no son permisibles, esto es la eutanasia voluntaria y el suicidio médicaamente asistido^{9,10,34,35}. Según la doctrina del doble efecto, terminar de forma intencionada la vida de una persona nunca es moralmente aceptable, mientras que hacerlo previendo el resultado, pero no intencionadamente, puede ser permisible si ello produce un bien proporcionado. Aplicada a la toma de decisiones en el final de la vida, esta doctrina concede más importancia a las intenciones del médico que a los deseos del paciente y a sus circunstancias³⁶. Sin embargo, las intenciones pueden ser complejas, ambiguas y a menudo contradictorias. El discurso ético sobre las intenciones es a menudo idealizado y superficial³⁷. Las intenciones son cuestiones esencialmente privadas. Es el propio agente quien «decide» únicamente cuáles son sus intenciones, y distintos agentes pueden describir las mismas acciones en las mismas situaciones como realizadas con distintas intenciones. La determinación de qué es lo que realmente se propone el paciente o el médico a menudo es, por tanto, difícil de verificar, y de hecho algunas prácticas universalmente aceptadas pueden implicar la intención de adelantar la muerte en algunos casos^{38,39}. Este es el motivo por el que no se puede pretender que el argumento del doble efecto es capaz de resolver el debate sobre la eutanasia⁴⁰.

Un trabajo publicado en *JAMA* en 1992 informaba de las razones que un grupo de médicos y enfermeros mencionaban para la prescripción y administración de fármacos al final de la vida. Los dos grupos de profesionales afirmaban que adelantar la muerte era una de ellas. Preocupados por ello, los autores del trabajo hablaron «informalmente» con dichos profesionales y, «basándose en estas conversaciones informales», concluyeron que «por lo general nuestros colegas se dejaban guiar por el principio ético del doble efecto»¹⁶. El análisis de la intención utilizado en la regla del doble efecto es problemático y difícil de validar externamente⁴¹. Además, es también inconsistente con las enseñanzas de la psicología moderna sobre cuán ambigua, subjetiva y a veces contradictoria es la intención humana^{37,38}. La gran subjetividad, variación y controversia en el uso y comprensión de esta doctrina la hacen incapaz de funcionar como base para una política pública en una sociedad civil.

El rechazo de algunos médicos de la eutanasia viene a menudo del pensamiento de que los médicos nunca deben matar a sus pacientes⁴². Según este análisis ético normativo, las medidas activas que adelantan la muerte son inaceptables, mientras que las medidas indirectas o pasivas que provocan el mismo resultado están permitidas^{9,10,34,35}. No obstante, la distinción activo/pasivo (o matar/dejar morir) es controvertida, y los médicos a veces experimentan la retirada de tratamientos de soporte vital como si de algo muy activo se tratara⁴³. Aplicar la etiqueta de «matar» o de «dejar morir» a un conjunto de sucesos no determina de por sí si es moralmente

aceptable o no; la conclusión depende de las características concretas, no sólo de cómo se define el acto⁴⁴. Tomar decisiones en relación con el final de la vida, y el propio proceso de toma de decisiones en sí mismo, es difícil, y a menudo evoca una respuesta profundamente emocional. Las definiciones nunca son moralmente neutras, y mucho menos cuando afectan a cuestiones relacionadas con el final de la vida. Las definiciones configuran nuestra percepción de la realidad; seleccionan, recalcan, incorporan sesgos. Por tanto, la aplicación y la importancia moral tanto de la distinción activo/pasivo como de la doctrina del doble efecto no debieran servir como la base principal para la determinación de la moralidad de estas prácticas. Sin ninguna duda, los deseos del paciente y su consentimiento competente son éticamente mucho más importantes que el hecho de que los actos sean categorizados como activos o pasivos, o de que la muerte se produzca intencionadamente o no por el médico³⁶.

Pellegrino⁴⁵ ha presentado recientemente un algoritmo moral que debería servir de ayuda en el proceso de toma de decisiones ético-clínicas. Él lo utiliza para calificar como de moralmente adecuada la retirada de un marcapasos, a petición de la mujer y de los hijos, a un paciente de 85 años de edad con demencia grave, que disponía de un testamento vital en el que afirmaba no querer el suicidio asistido (aunque no se especificaba qué tipo de tratamientos deseaba)⁴⁶. En mi opinión, el artículo no proporciona información clínica suficiente para calificar moralmente la retirada del marcapasos. El razonamiento del autor va dirigido a afirmar que el marcapasos en este paciente es fútil y, por tanto, su retirada constituye una intervención éticamente buena, porque se trata de «dejar morir», no de «matar» (aun cuando la enfermedad que matará al paciente es distinta de la que hace fútil el marcapasos), sin importar quién toma la decisión ni si el paciente lo deseaba así o no.

Un informe sobre la participación de 129 enfermeros de cuidados críticos en prácticas de eutanasia voluntaria y suicidio médicaamente asistido ha generado gran preocupación moral. Las razones que aducían para tomar parte en tales prácticas incluían su preocupación en relación con la sobreutilización de tecnologías de soporte vital, un profundo sentimiento de responsabilidad hacia el bienestar del paciente, el deseo de eliminar el sufrimiento y de superar la percibida falta de sensibilidad de los médicos a dicho sufrimiento¹⁶.

Se debe afirmar rotundamente que todos los pacientes terminales tienen derecho a recibir cuidados paliativos de calidad^{3,9,34,47}. Y los médicos deberían ser capaces de asegurar la calidad en la evaluación de los pacientes que, tras haber recibido dichos cuidados, solicitan la práctica de la eutanasia voluntaria o del suicidio médicaamente asistido.

Los opositores a la eutanasia voluntaria y al suicidio médicaamente asistido afirman que un buen control de síntomas (eliminación del dolor, principalmente) a través del cuidado paliativo disminuirá el número de peticiones de estas prácticas. Puede ser verdad, pero estudios sobre el cuidado en centros de pacientes terminales presentan resultados diversos, y algunos de ellos no objetivan diferencias en el control de los síntomas a pesar de que se afirma que los pacientes terminales en dichos centros presentan una «mejor calidad del proceso de muerte»⁴⁸⁻⁵⁰. Aun así, existen datos empíricos que demuestran que el dolor no es la causa principal para la petición de ayuda para morir. La razón principal aludida por los pacientes holandeses que han solicitado la realización de la eutanasia es un sufrimiento intolerable sin expectativas de mejora (74%)¹¹, y las siguientes razones más frecuentes son la prevención de la pérdida de dignidad (56%) y de un ulterior sufrimiento (47%). En Oregón, en los primeros 14 meses tras la aprobación del Acta Muerte con

Dignidad, obtuvieron recetas letales 23 personas, 15 de las cuales las han utilizado para acabar con su vida (lo que equivale a 1/25 del 1% de los ciudadanos de dicho Estado fallecidos que podían haber solicitado el suicidio médicaamente asistido). Las dos razones más importantes para la toma de dicha medicación fueron la pérdida de la autonomía debida a la enfermedad y la pérdida de control sobre las funciones corporales⁵¹. Los pacientes de Washington adujeron razones similares (preocupación sobre la pérdida de control, miedo a ser una carga, a la dependencia y a la pérdida de dignidad), y según afirman sus médicos «tenían razones comprensibles como para desear adelantar la muerte»²². Además, el significado de los síntomas y cómo afectan a los pacientes puede ser intrínsecamente subjetivo y no siempre pueden ser sometidos a control⁵². Otros trabajos que han aportado resultados de encuestas de opinión pública, informes anecdotáticos de médicos y entrevistas con pacientes terminales han comunicado datos similares en relación con las razones para pedir ayuda para morir^{31,53-55}. Los opositores a la eutanasia afirman que debe ser ilegal para evitar abusos, pero entonces, por la misma razón, otras decisiones al final de la vida, como el reconocimiento de los derechos de los sustitutos a tomar decisiones para no iniciar o para retirar tratamientos de soporte vital, deberían ser también analizadas del mismo modo, porque también éstas pueden conducir a abusos. No hay evidencia convincente de que el reconocimiento del derecho a rechazar un tratamiento haya causado ningún tipo de erosión grave en la calidad del cuidado de los pacientes moribundos⁵⁶. A pesar de ello, algunos autores consideran que estamos ya de hecho en una pendiente resbaladiza, y que el mismo hecho de la existencia del debate sobre el tema refuerza algunas actitudes sociales indeseables⁵⁷. Un seguimiento cercano de los casos de suicidio médicaamente asistido y de eutanasia voluntaria en Holanda no detecta señales de un aumento inaceptable del número de estas prácticas ni de un proceso de toma de decisiones menos cuidadoso¹¹. La aprobación del Acta de Muerte con Dignidad no ha provocado el aumento desbocado de peticiones de suicidio médicaamente asistido ni el turismo suicida de pacientes terminales hacia Oregón, como habían augurado sus opositores⁵¹. En el territorio del norte de Australia, donde se aprobó una legislación sobre eutanasia voluntaria, durante los 8 meses en los que estuvo en vigor sólo cuatro pacientes acabaron legalmente su vida de esta manera⁵⁸. Tampoco se han encontrado datos que apoyen la preocupación de que el relajo en la ley aumentaría la incidencia de eutanasia voluntaria y de suicidio médicaamente asistido entre los varones homosexuales con sida en Holanda⁵⁹.

Para hacer ética se necesitan hechos, aunque éstos no determinan el debate moral, porque su interpretación depende en gran medida de nuestras visiones morales⁶⁰. La eutanasia voluntaria es una cuestión extremadamente cargada de valores, porque está de alguna forma relacionada con valores como la sagrada de la vida y la autodeterminación humana, así como con los deberes y la ética profesionales⁶¹.

Discusión

Hay tres formas de tratar la cuestión de la eutanasia: rechazándola sobre la base de la convicción en el principio del respeto a la vida; considerar el respeto a la vida como de suma importancia, pero justificándola cuando todas las demás medidas paliativas fracasan, y aceptarla como resultado de la libre elección de pacientes que no quieren vivir a través del sufrimiento y del declive aun cuando el dolor pueda ser controlado⁶⁰.

En mi opinión, ésta es una decisión médica más, no una decisión legal, y no parece muy justo dejar que las consecuencias legales ensombrezcan y dominen la decisión que el paciente terminal sufriente y el médico comprometido con él tomen. Las legislaciones no son instrumentos idóneos para definir lo médicaamente conveniente o apropiado⁶². La ley debería servir a los ciudadanos y a sus intereses o, al menos, no debería interferir en la profunda y especialmente única relación que un paciente que solicita la eutanasia y su médico han creado a través del tiempo y de la deliberación. Esto es mucho más así cuando, en la mayoría de los casos de rechazo de solicitud de eutanasia por parte de los médicos, éste se debe a creencias religiosas. Y las creencias religiosas no debieran determinar la política pública en una sociedad plural y pluralista. Un simple «no» ya no es una guía adecuada para la práctica clínica³².

El objetivo de las sentencias judiciales en las sociedades democráticas es resocializar al delincuente. Resulta difícil ver de qué manera castigar la eutanasia voluntaria lo conseguirá, porque el castigo sólo añade más dolor al dolor que el profesional ya presenta de antemano al aceptar la petición de su paciente y al tomar una decisión tan difícil. Así, al sufrimiento de tener que ayudar a morir a alguien, la ley añade el sufrimiento de un castigo sin sentido. Creo que el delito de asesinato, con su sentencia de prisión y su estigma acompañante, es en la mayoría de los casos de eutanasia voluntaria una acusación indefendible contra un profesional comprometido que actúa con compasión y sentido beneficiente⁴⁰. Quizás no se necesite la legalización de la eutanasia voluntaria, sino su regulación, la aprobación pública y social de unas salvaguardas que se deban tener en cuenta antes de la realización de cualquier práctica de eutanasia voluntaria o de suicidio médicaamente asistido.

La medicina aumenta la posibilidad del sufrimiento al final de la vida porque alarga la duración de ciertas enfermedades, haciéndolas más complicadas y en conjunto más dolorosas⁶³. Se da así frecuentemente una paradoja moderna: aun en el mejor emplazamiento y con los mejores médicos, no es raro que se dé sufrimiento no sólo durante el curso de la enfermedad, sino también como resultado de su tratamiento⁶⁴. Pensar que las personas no sufren durante el proceso de muerte es una ilusión. Una muerte prolongada puede ocasionalmente ser pacífica, pero con mayor frecuencia los papeles del médico y de la familia se limitan a disminuir, pero no a eliminar, el sufrimiento grave⁶⁵. Ésta es la razón por la que algunos médicos aceptan que la muerte no es el peor destino para algunos de sus pacientes. Ningún adulto con sentido común debería ser obligado a soportar una existencia que considere intolerable. Por ello, el médico tiene la obligación moral de no encubrir la opción de la muerte voluntaria⁶⁶. Y en dichos casos, como en el resto de la práctica médica, el principio de la centralidad del paciente es de primordial importancia⁶⁷. Beauchamp⁴⁴ afirma que causar la muerte de una persona es moralmente malo cuando es malo, no sólo porque la muerte haya sido causada por alguien, sino porque se produce una pérdida o un daño no autorizado y no justificado a otra persona. Si una persona elige y autoriza libremente su muerte, y juzga ese suceso como un beneficio personal, cumplir el deseo de esa persona no implica de ningún modo un daño claro o un mal moral. No es una convicción profunda y fuertemente mantenida la que debiera regular la relación entre un paciente terminal y su médico, sino una deliberación mutuamente comprometida, basada en una ética de la responsabilidad mutua. Al fin y al cabo, la conducta del médico en la cabecera del enfermo es cuestión de conciencia individual. La toma de decisiones implica una carga que es especialmente

única en la transacción concreta entre el médico y el paciente⁶⁸. Y, en general, el médico no debiera tener un posicionamiento definitivo y previo sobre si adelantar la muerte es bueno o malo, sino que debería explorar los puntos de vista del paciente, porque la apertura mental del médico es un requisito esencial para una relación clínica satisfactoria, y porque a veces la eutanasia voluntaria o el suicidio médicaamente asistido pueden ser la menos terrible de un conjunto de opciones difíciles⁵⁴.

Beauchamp⁴⁴ afirma que matar continúa siendo el tema central del debate. Para una evaluación moral, la petición del paciente tiene una importancia central, pero la futilidad de más tratamiento, las secuelas de la decisión para el paciente y para terceras partes, y la naturaleza del proceso de toma de decisiones debieran también ser tenidos en cuenta³⁶.

Considero, para decirlo sencillamente, que la eutanasia no trata del matar. Trata de «matar-a-un-paciente-adulto-terminal-sufriente-informado-que-lo-solicita-competente-clara-y-persistentemente» (y se podrían añadir todas las salvaguardas pertinentes que cada médico responsable, compasivo y comprometido considerase necesarias). Se trata de una importante diferencia ética. También legal. Ésta es mi respuesta personal a las preguntas: ¿hay sólo una forma moralmente adecuada de morir⁶⁹, y ¿hay sólo una forma moralmente adecuada de ayudar a morir?

Aun en el caso de que la profesión médica y el público lleguen a acuerdos sobre la aceptabilidad de la eutanasia voluntaria, las regulaciones legales y los principios éticos no van a proporcionar nunca reglas de decisión sencillas para solucionar cada caso particular. Éstas seguirán siendo algunas de las decisiones más difíciles y preocupantes en la relación médico-paciente. Seguirá existiendo siempre una relación peligrosa entre todos los tipos de cuidado y la eutanasia, como existen en muchos otros campos de la profesión médica. Pero, sin duda, la relación más peligrosa para los médicos, sus pacientes, sus seres queridos y la sociedad en su conjunto es la que, mientras acepta que la eutanasia voluntaria y el suicidio médicaamente asistido se realizan hoy por médicos compasivos en muchos lugares, los rechaza como faltos de ética sobre la base de sentimientos religiosos, mantiene su ilegalidad confinándolos a la oscuridad, porque al mismo tiempo impide la consecución de un mejor cuidado paliativo para todos, y tampoco ayuda a una mejor toma de decisiones al final de la vida.

Conclusión

El cuidado paliativo es el tipo de asistencia que todos los pacientes con enfermedad terminal debieran recibir. Por otro lado, a pesar de ser ilegal y de estar considerada una actividad falta de ética y no acorde con los principios de la buena práctica médica, la eutanasia se practica en todo el mundo. Los opositores a la eutanasia afirman que un buen cuidado paliativo haría desaparecer las peticiones de eutanasia. Aun así, ni el mejor cuidado puede eliminar todo el sufrimiento hoy día, por lo que cabe pensar que siempre existirán peticiones de eutanasia. Ésta debiera ser siempre una opción de último recurso. Por ello deberían estipularse salvaguardas que evitaran los abusos. Pero la decisión final debería estar en manos del paciente terminal y de su doctor, más que en la de los jueces. La calificación moral de la eutanasia no debiera realizarse en abstracto, prescindiendo de las características concretas del enfermo terminal que solicita dicha intervención y de las de la relación con el médico comprometido con él. Tomar en consideración dichas circunstancias puede influir de manera decisiva en tal valoración.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Cancer pain relief and palliative care: report of a WHO expert committee. Ginebra: WHO, 1990.
2. European Society for Palliative Care. Newsletter n.º 1, 1989.
3. Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. Decisions near the end of life. *JAMA* 1992; 267: 2229-2233.
4. Van der Wal G, Van Eijk JTh, Leenen HJJ, Spreeuwenberg C. Euthanasia and assisted suicide. 1. How often is it practised by family doctors in the Netherlands? *Family Practice* 1992; 9: 130-134.
5. Task Force on the Nurse's Role in End-of-Life Decisions Center for Ethics and Human Rights. American Nurses' Association. Position statement on assisted suicide. Washington, DC: American Nurses' Assoc, 1994.
6. AGS Ethics Committee. Physician-assisted suicide and voluntary active euthanasia. *J Am Geriatr Soc* 1995; 43: 579-580.
7. MacLachlan RA, Hébert P. Statement concerning euthanasia and physician-assisted suicide. *Can Fam Physician* 2000; 46: 254-256.
8. Cherney NI, Coyle N, Foley KM. Guidelines in the care of the dying cancer patient, in hematology/oncology clinics of North America. *Pain Palliat Care* 1996; 10: 261-286.
9. Council on Scientific Affairs, American Medical Association. Good care of the dying patient. *JAMA* 1996; 275: 474-478.
10. The Hastings Center Report. Guidelines on the termination of life-sustaining treatment and the care of the dying: a report. Briarcliff Manor, NY: Hastings Center, 1987.
11. Van der Maas PJ, Van der Wal G, Haverkate I, De Graaf CL, Kester JG, Onwuteaka-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: 1699-1705.
12. Meier DE, Emmons C-A, Wallenstein S, Quill T, Morrison RS, Cassel CK. A national survey of physician-assisted suicide and euthanasia in the United States. *N Engl J Med* 1998; 338: 1193-1201.
13. Kushe H, Singer P, Baume P, Clark M, Rickard M. End-of-life decisions in Australian medical practice. *Med J Aust* 1997; 166: 191-196.
14. Matzo ML, Emanuel EJ. Oncology nurses' practices of assisted suicide and patient-requested euthanasia. *Oncol Nurs Forum* 1997; 24: 1725-1732.
15. Emanuel EJ, Fairclough DL, Daniels ER, Clarridge BR. Euthanasia and physician-assisted suicide: attitudes and experiences of oncology patients, oncologists, and the public. *Lancet* 1996; 347: 1805-1810.
16. Asch DA. The role of critical care nurses in euthanasia and assisted suicide. *N Engl J Med* 1996; 334: 1374-1379.
17. Doukas DJ, Waterhouse D, Gorenflo DW, Seid J. Attitudes and behaviors on physician-assisted death: a study of Michigan oncologists. *J Clin Oncol* 1995; 13: 1055-1061.
18. Baume P, O'Malley E. Euthanasia: attitudes and practices of medical practitioners. *Med J Aust* 1994; 161: 137, 140, 142-144.
19. Fried TR, Stein MD, O'Sullivan PS, Brock DW, Novack DH. Limits of patient autonomy: physician attitudes and practices regarding life-sustaining treatments and euthanasia. *Arch Intern Med* 1993; 153: 722-728.
20. Di Mola G, Borsellino P, Brunelli C, Galluci M, Gamba A, Lusignani M et al. Attitudes toward euthanasia of physician members of the Italian Society for Palliative Care. *Ann Oncol* 1996; 9: 907-911.
21. 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* 1998; 338: 1193-1232.
22. Back AL, Wallace JL, Starks HE, Pearlman RA. Physician-assisted suicide and euthanasia in Washington state. *JAMA* 1996; 275: 919-925.
23. Bachman JG, Alcser 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: 303-309.
24. 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: 310-315.
25. Ganzini L, Fenn DS, Lee MA, Heintz RT, Bloom JD. Attitudes of Oregon psychiatrists toward physician-assisted suicide. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 1469-1475.
26. Blendon RJ, Szalay US, Knox RA. Should physicians aid patients in dying? The public perspective. *JAMA* 1992; 267: 2658-2662.
27. Carver AC, Vickrey BG, Bernat JL, Keran C, Ringel SP, Foley KM. End-of-life care. A survey of US neurologists' attitudes, behavior, and knowledge. *Neurology* 1999; 53: 284-293.
28. Willems DL, Daniels ER, Van der Wal G, Van der Maas PJ, Emanuel EJ. Attitudes and practices concerning the end of life. A comparison between physicians from the US and from the Netherlands. *Arch Intern Med* 2000; 160: 63-68.
29. Ryan CJ, Kaye M. Euthanasia in Australia – The Northern territory rights of the terminally ill Act. *N Engl J Med* 1996; 334: 326-328.
30. Ward BJ, Tate PA. Attitudes among NHS doctors to requests for euthanasia. *Br Med J* 1994; 308: 1332-1334.
31. Ogden R. Palliative care and euthanasia: a continuum of care? *J Palliat Care* 1994; 10: 82-85.
32. Report of the Task Force on physician-assisted suicide of the Society for Health and Human Values. Physician-assisted suicide: toward a comprehensive understanding. *Acad Med* 1995; 70: 583-590.
33. Lundberg GD. «It's over, Debbie», and the euthanasia debate. *JAMA* 1988; 259: 2142-2143.
34. American Board of Internal Medicine End of Life Patient Care Project Committee. Caring for the dying: identification and promotion of physician competency. Filadelfia: American Board of Internal Medicine, 1996.
35. President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. Deciding to forego life-sustaining treatment: ethical, medical and legal issues in treatment decisions. Washington, DC: US Government Printing Office, 1982.
36. Quill TE, Lo B, Brock DW. Palliative options of last resort. A comparison of voluntarily stopping eating and drinking, terminal sedation, physician-assisted suicide, and voluntary active euthanasia. *JAMA* 1997; 278: 2099-2104.
37. Quill TE. The ambiguity of clinical intentions. *N Engl J Med* 1993; 329: 1039-1040.
38. Brody H. Causing, intending, and assisting death. *J Clin Ethics* 1993; 4: 112-117.
39. Alpers A, Lo B. Does it make clinical sense to equate terminally ill patients who require life-sustaining interventions with those who do not? *JAMA* 1997; 277: 1705-1708.
40. Doyal L. The moral character of clinicians or the best interest of patients? Intention alone cannot determine the morality of actions. *Br Med J* 1999; 318: 1432-1433.
41. Quill TE, Dresser R, Brock DW. The rule of double effect – A critique of its role in end-of-life decision making. *N Engl J Med* 1997; 337: 1768-1771.
42. Pellegrino ED. Doctors must not kill. *J Clin Ethics* 1992; 3: 95-102.
43. Edwards MJ, Tolle SW. Disconnecting a ventilator at the request of a patient who knows he will die. *Ann Intern Med* 1992; 117: 254-256.
44. Beauchamp TL. The medical ethics of physician-assisted suicide. *J Med Ethics* 1999; 25: 437-439.
45. Pellegrino ED. Decisions to withdraw life-sustaining treatment. A moral algorithm. *JAMA* 2000; 283: 1065-1067.
46. Rhymes JA, McCullough LB, Luchi RJ, Teasdale TA, Wilson N. Withdrawing very low-burden interventions in chronically ill patients. *JAMA* 2000; 283: 1061-1063.
47. Council of Europe. Recommendation 1418 (1999). Protection of the human rights and dignity of the terminally ill and the dying.
48. Walston KA, Burger C, Smith RA, Baugher RJ. Comparing the quality of death for hospice and non-hospice cancer patients. *Med Care* 1988; 26: 177-182.
49. Kane RL, Wales J, Bernstein L, Leibowitz A, Kaplan S. A randomised controlled trial of hospice care. *Lancet* 1984; 1: 890-894.
50. Morris JN, Suissa S, Sherwood S, Wright SM, Greer D. Last days: a study of the quality of life of terminally ill cancer patients. *J Chronic Dis* 1986; 39: 47-62.
51. Wineberg H. Oregon's Death With Dignity Act. Fourteen months and counting. *Arch Intern Med* 2000; 160: 21-23.
52. Donaldson MS, Field MJ. Measuring quality at the end of life. *Arch Intern Med* 1998; 158: 121-128.
53. Quill TE. Doctor, I want to die. Will you help me? *JAMA* 1993; 270: 870-873.
54. Block SD, Billings JA. Patient requests for euthanasia and assisted suicide in terminal illness. The role of the psychiatrist. *Psychosomatics* 1995; 36: 445-457.
55. Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, Mowchun N, Lander S, Lewitt M et al. Desire for death in the terminally ill. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1185-1191.
56. Brock DW. Voluntary active euthanasia. *Hastings Center Report* 1992; 22: 10-22.
57. Jochimsen H, Keown J. Voluntary euthanasia under control? Further empirical evidence from the Netherlands. *J Med Ethics* 1999; 25: 16-21.
58. Kitchener B, Jorm AF. Conditions required for a law on active voluntary euthanasia: a survey of nurses' opinions in the Australian Capital Territory. *J Med Ethics* 1999; 25: 25-30.
59. Bindels PJE, Krol A, Van Ameijden E, Mulder-Folkerts DKF, Van den Hoek JAR, et al. Euthanasia and physician-assisted suicide in homosexual men with AIDS. *Lancet* 1996; 347: 499-504.
60. Van Delden JMM. Slippery slopes in flat countries – a response. *J Med Ethics* 1999; 25: 22-24.
61. Van der Maas PJ, Pijnenborg L, Van Delden JMM. Changes in Dutch opinions on active euthanasia, 1966 through 1991. *JAMA* 1995; 273: 1411-1414.
62. Miles SH. The case of Helga Wanglie. A new kind of «right to die» case. *N Engl J Med* 1991; 325: 511-515.
63. Miles SH. Physicians and their patients' requests for physician-assisted suicide. *J Pain Symptom Mgmt* 1991; 6: 289-290.
64. Cassel EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. *N Engl J Med* 1982; 306: 639-645.
65. Quill TE. Death and dignity. A case of individualized decision making. *N Engl J Med* 1991; 324: 691-694.
66. Miller FG, Meier DE. Voluntary death: a comparison of terminal dehydration and physician-assisted suicide. *Ann Intern Med* 1998; 128: 559-562.
67. Di Mola G. Euthanasia: the word and the act in palliative medicine. *Palliat Med* 1993; 7: 187-192.
68. Nuland SB. Physician-assisted suicide and euthanasia in practice. *N Engl J Med* 2000; 342: 583-584.
69. Roy DJ. Is there only one right way to die? *J Palliat Care* 1991; 7: 3-4.