
ARTÍCULO ESPECIAL

Eutanasia y suicidio médicaamente asistido. ¿Cuál es el problema?♦

Asunción Álvarez-Del Río*

*Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

***Euthanasia and physician assisted suicide:
what is the problem?***

ABSTRACT

Some persons with refractory and unbearable suffering caused by an illness or medical condition wish to die by euthanasia or physician assisted suicide in order to have a certain and painless death. Physicians who agree to help a patient to die have previously confirmed that his/her illness cannot be cured, his/her suffering cannot be relieved and he/she is of sound mind. Being well informed of his/her condition, the patient arrives to the conclusion that in his/her situation being death is better than being alive. How to explain that there are very few places in which physicians are allowed to help their patients to die? The main arguments against legalizing physician-assisted death are analyzed in this article.

Key words. Euthanasia. Physician assisted suicide. Palliative care. Slippery slope.

RESUMEN

Algunas personas que padecen un sufrimiento intolerable, que no es posible aliviar y que está causado por una enfermedad o por una condición médica, quieren poner fin a su vida y piden ayuda para morir mediante la eutanasia o el suicidio médicaamente asistido (SMA) para tener una muerte segura y sin dolor. Los médicos que están dispuestos a dar esta ayuda lo hacen tras comprobar que no pueden tratar la enfermedad ni aliviar el sufrimiento del paciente y que éste ha tomado la decisión de morir en pleno uso de sus facultades y con conocimiento pleno de su situación. ¿Por qué son tan pocos los países en que se permite a los médicos ayudar a morir a sus pacientes? En este artículo se analizan los principales argumentos en contra de legalizar la muerte médicaamente asistida (MMA).

Palabras clave. Eutanasia. Suicidio médicaamente asistido. Cuidados paliativos. Médicos. Pendiente resbaladiza.

INTRODUCCIÓN

Pensemos en una persona que sabe que no hay nada que hacer para curar su enfermedad o aliviar su sufrimiento. Al contrario, sabe que cada día de vida significa más dolor, angustia e indignidad, mientras espera la llegada de una muerte que al mismo tiempo que sabe inevitable, tarda demasiado. Imaginemos que padece esclerosis lateral amiotrófica en una etapa avanzada; casi todos sus músculos se

han paralizado, por lo que ya no puede hacer prácticamente nada por sí misma y ha dejado de disfrutar lo que en otros tiempos le daba placer y sentido a su vida. Sus dolores apenas se mitigan con morfina y sabe que llegará un momento en que no podrá respirar y morirá asfixiada a menos que la conecten a un respirador. Esta persona prefiere morir para no seguir viviendo así, pero necesita ayuda para asegurar una muerte que sea tranquila cuando decida morir.

Además de personas como ésta, que ya padecen una enfermedad que hace insopportable su vida, hay otras que están sanas o no muy enfermas (o eso creen), que también quieren contar con esa ayuda para morir en caso de llegar a necesitarla. Saber que existe la salida de emergencia que representa la eu-

♦ Una versión similar se presentó en el Simposio *Logros y retos del Colegio de Bioética, A.C. A diez años de su fundación*, celebrado en el Instituto de Fisiología Celular, Universidad Nacional Autónoma de México, los días 25 y 26 de septiembre 2013.

tanasia o el suicidio médicaamente asistido (SMA) da tranquilidad para vivir sin tener que ocuparse uno mismo de construirla. Hay que aclarar que en la situación en que se podría necesitar esa salida, se entiende que no hay tratamientos que retirar con la consecuencia de que sobrevenga la muerte (lo cual no es eutanasia). Si hubiera algo que retirar, no sería necesario pedir ayuda para recibir una inyección, en el caso de la eutanasia, o los medicamentos para quitarse la vida, en el caso del SMA. Como nadie sabe en qué situación va a estar, es necesario que existan todas las opciones que permitan poner fin a su vida a las personas que decidan que lo mejor para ellas es morir.

¿Por qué en la mayoría de los países sólo se respalda la voluntad de las personas que no quieren la opción de la muerte médicaamente asistida (MMA) y no la de las que quieren decidir cómo y cuándo morir? ¿Cómo se explica que la eutanasia sólo se permita en Holanda, Bélgica, Luxemburgo, y el SMA sólo en cuatro estados de Estados Unidos: Oregon, Washington, Montana y Vermont?

Una respuesta podría ser que mucha gente piensa que si se legalizara la MMA, las personas que se oponen a ella también se verían obligadas a solicitarla. Al menos eso se deduce de sus reacciones, las cuales quizás se deben a su dificultad para entender que la gente quiere y decide diferentes cosas durante y al final de la vida y que las diferentes decisiones deben respetarse mientras no afecten a terceros. Pero no deja de ser curioso que haya personas que protestan porque creen que se les va a imponer pedir ayuda para morir, pero no tienen problema para tratar de impedir que otros, que sí quieren esa ayuda, puedan pedirla.¹

En la discusión sobre la conveniencia de legalizar la MMA debe quedar claro que se trata de respetar la voluntad de todos los ciudadanos; la de los enfermos que la quieren y la de los que no la quieren; igual que la voluntad de los médicos que están dispuestos a ayudar a un paciente a morir y la de los que no lo están. No tiene mucho sentido discutir las razones por las que las personas consideran éticamente aceptable o reprobable la eutanasia y el SMA, pues ambas posiciones son válidas y respetables. Lo que se debe discutir es si existen razones de peso como para decidir no garantizar el respeto a la voluntad de una parte de los ciudadanos, en este caso, la de los que quieren que la MMA sea legal.

En una sociedad laica y plural no pueden establecerse políticas públicas que aplican a toda la población, basadas en creencias religiosas que sólo una parte de ella comparte. Por tanto, al discutir los

argumentos que se dan para justificar la prohibición de la eutanasia y del SMA, hay que descartar los que se basan en dogmas de fe.

Antes de revisar los principales argumentos en contra de la MMA se subraya que lo que la hace tan controvertida no es tanto que alguien decida morir, sino que necesite ayuda para conseguirlo. Y esto se complica más porque, al menos en los países en que se permite ayudar a morir, se ha considerado que lo mejor es que sean los médicos quienes lo hagan. La excepción es Suiza, donde está permitido el suicidio asistido sin que tenga que ser médicaamente asistido, ni la causa para pedir ayuda para morir tiene que ser una condición médica ni la persona que ayuda tiene que ser un médico (de hecho está prohibida la eutanasia); lo que la ley establece es que se ayude por motivos altruistas y no egoístas.²

Volviendo a la MMA, son dos los principios éticos en que se fundamenta:

- El reconocimiento a la autonomía del paciente que decide morir, y
- La solidaridad del médico que busca el beneficio de su paciente.³

Sin embargo, el contexto cultural influye al establecer las leyes que permiten que un médico ayude a un paciente a morir en función de los principios que se privilegian. En los países europeos en que se permite la eutanasia, también se permite el SMA y es el paciente quien elige la forma en que quiere ser ayudado a morir. Si elige recibir los medicamentos para suicidarse, es obligación del médico estar con el enfermo e intervenir en caso que se requiera para asegurar que el paciente muera como quiere. Es así porque se considera que una vez que un médico está dispuesto a dar una ayuda tan especial, como es ayudar a morir, su deber es permanecer con su paciente hasta el final. En Estados Unidos, por el contrario, sólo se permite el SMA (en cuatro estados) y se hace especial énfasis en diferenciar esta acción de la eutanasia. En este país se da más importancia a la autonomía del paciente y, por tanto, debe ser éste quien realice la acción final que causa su muerte y aunque el médico puede acompañarlo en el momento en que decida tomar los medicamentos, tiene prohibido intervenir para ayudar al enfermo, aun si fuera necesario. Por su parte, en Francia, en donde se ha discutido ampliamente sobre la MMA, además de la autonomía y beneficencia, la justicia se considera un principio fundamental y se ha argumentado que prohibir la eutanasia incrementa la desigualdad. Por un lado, porque en la situación actual sólo los pacien-

tes con una buena posición económica y bien relacionados pueden encontrar un médico dispuesto a ayudarlos a morir. Por otro lado, porque sólo los pacientes que dependen para vivir de una tecnología médica (cuyo retiro es legal) pueden ver cumplido su deseo de morir.⁴

ARGUMENTOS EN CONTRA DE LA MUERTE MÉDICAMENTE ASISTIDA

Pasemos ahora a revisar los argumentos en contra de la MMA que más se escuchan en los países en que se discute la conveniencia de permitirla, entre los cuales se encuentran principalmente el Reino Unido,⁵ Canadá,⁶ Estados Unidos⁷ y Francia,⁴ aunque el tema se discute en diferentes lugares del mundo, incluyendo países asiáticos como Japón⁸ y China.⁹

Cuidados paliativos o muerte médica mente asistida

Una primera línea de argumentos se refiere a los cuidados paliativos y se expresa de diferentes formas:

- Que éstos son suficientes para aliviar el sufrimiento y con ellos los pacientes no necesitan pedir ayuda para morir.
- Que antes de permitir la MMA debe asegurarse el acceso de todos los pacientes a los cuidados paliativos. Pero también,
- Que si los médicos tuvieran la opción de ayudar a sus pacientes a morir, perderían el interés de proporcionarles cuidados paliativos y se desincentivaría su desarrollo.

Sin duda, todos los pacientes deberían recibir cuidados paliativos al final de su vida y de esa forma, la mayoría podría vivir el tiempo que le quede de manera aceptable, porque se atenderían sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales. Pero los cuidados paliativos tienen límites y en ocasiones no pueden ayudar a los enfermos.¹⁰ Las mismas personas que se dedican a ellos reconocen que en 5% de casos el sufrimiento no se puede aliviar y se justificaría que recibieran ayuda para morir.¹¹ Pensemos en la persona con esclerosis lateral amiotrófica referida al principio; ¿qué podrían ofrecerle los cuidados paliativos para cambiar su decisión de adelantar su muerte?

Por el momento, en la mayoría de los países, las personas que reciben estos cuidados son minoría.

Es importante cambiar esta situación, pero el hecho de que falte mucho por avanzar no justifica negar ayuda para morir a quien quiere terminar con su sufrimiento. Sería como decirle: "mire, mientras no se alcance la meta establecida para los cuidados paliativos, no se le puede ayudar".¹²

Lo interesante es que en los lugares en que se permite la eutanasia o el SMA, los cuidados paliativos han mejorado notablemente. Desde 1997 se permite en Oregon que un médico recete una dosis letal de medicamentos a un paciente y es el estado de su país con la mejor atención médica en el final de la vida. Bélgica permite la MMA desde 2002 y es uno de los países con mejores cuidados paliativos, los cuales empezaron a desarrollarse al mismo tiempo en que comenzó a discutirse la legalización de la eutanasia.¹³

Douglas Alberg, un enfermero que lleva muchos años trabajando en un lugar dedicado a la atención de enfermos terminales, comentó que ahí se sigue una especie de credo: "En el Hospice, ni adelantamos ni postergamos la muerte". En otras palabras, no hay MMA ni obstinación terapéutica.

Este enfermero comenta que en los lugares como en los que él trabaja ofreciendo cuidados paliativos, a los pacientes con enfermedad respiratoria terminal se les permite fumar; a los de enfermedad cardiaca, comer lo que deseen, aun cuando de esa forma se adelante su muerte; a los que quieren dejar de comer y de beber para morir, se les apoya; a los que quieren suspender tratamientos de soporte vital, también se respeta su decisión. Sin embargo, a los pacientes que piden medicamentos para terminar con su vida de manera rápida y segura no se les ayuda.¹⁴ Y eso que no mencionó la sedación profunda y continua hasta la muerte, que también forma parte de los cuidados paliativos y se aplica cuando es necesario tratar síntomas refractarios que provocan mucho sufrimiento en pacientes que están muy cerca de su muerte.¹⁵ Si bien esta intervención se distingue de la eutanasia, porque no busca causar la muerte biológica del paciente, sí causa la muerte social, pues el paciente al que se le aplica ya no recupera la conciencia y, por tanto, se anula su vida de relación de manera irreversible.¹⁶

Los médicos no pueden involucrarse en una acción que implica causar la muerte

Otro argumento en contra de la MMA es el que sostiene que los médicos no deben participar en una acción que causa la muerte porque si lo hicie-

ran destruirían la confianza en la profesión, la cual se basa en el respeto a la vida. Violarían, además, un principio fundamental de las sociedades que es la prohibición de matar intencionalmente, una acción que sólo puede justificarse cuando se hace en defensa propia.¹⁷ Ésta es la posición adoptada por la mayoría de las asociaciones médicas que se oponen a la MMA y complementan el argumento con lo ya mencionado: los pacientes piden ayuda para morir porque no reciben una atención adecuada que incluya los cuidados paliativos.¹⁸ Cuando los médicos hablan a título individual, es más fácil que reconozcan que algunos pacientes necesitan ayuda para morir y, aunque en lugares como Canadá todavía son mayoría los que están en contra de que se legalice la MMA,⁶ en países como España y Argentina son una mayoría los médicos que están a favor del cambio legal.¹⁹ Es interesante señalar que en México los estudios muestran que la aceptabilidad hacia la MMA está incrementando en los médicos, especialmente entre los más jóvenes.²⁰

No cabe duda que debe ser muy difícil para los médicos realizar una acción cuya intención es causar la muerte y ésa parece suficiente explicación para que muchos de ellos no quieran que se permita la eutanasia o el SMA. Pero si una sociedad decide que los pacientes con un sufrimiento intolerable que quieren morir tienen derecho a recibir ayuda (no cualquier persona que desea morir), se está delimitando la ayuda al contexto de la atención médica y hay razones de peso para pensar que los más indicados para darla sean los médicos. No sólo porque tienen el acceso y el conocimiento para usar los medicamentos que causan una muerte segura y sin dolor, sino porque el paciente toma la decisión con su médico cuando éste no puede ofrecerle nada más para aliviarlo. Por eso, como comenta Marcia Angell, decir que los médicos sólo pueden dedicarse a curar implica poner mucha atención en ellos y poca en los pacientes. Además, no hay que olvidar que las leyes que permiten la MMA establecen que los médicos tienen la libertad para decidir si quieren o no ayudar a un paciente a morir.²¹ Aun así, no está de más discutir que implicaría que fueran otras personas que no sean médicos los que ayuden a morir a un paciente.²²

Contrario a lo que argumentan los que sostienen que un médico nunca debe matar a un paciente, el malestar que sienten los médicos holandeses al aplicar la eutanasia se ha visto como una protección para que no se abuse de la práctica en su país. Los médicos reconocen que para ellos significa un peso

enorme ayudar a morir. Lo asumen como un deber porque saben que sus pacientes han confiado en ellos y no quieren abandonarlos, pero son los más interesados en hacerlo sólo en ocasiones muy excepcionales.²³

La muerte médica asistida se puede justificar, pero es inevitable que se abuse de ella

Finalmente, tenemos diferentes versiones del argumento de la pendiente resbaladiza que viene a decir que la MMA puede justificarse éticamente, pero una vez que se permite es inevitable que se abuse de ella, con lo cual morirán muchas personas vulnerables que no deberían.

Más que un argumento con fundamento racional, esta aseveración funciona por su peso psicológico al asegurar que se va a terminar injustificadamente con la vida de personas, un hecho con el que nadie puede estar de acuerdo.⁷ Lo que falta probar es que esta acción indeseable sea consecuencia de permitir la eutanasia o el SMA. Y a diferencia de lo que sucedía años atrás en que se empezó a utilizar este argumento, actualmente se puede revisar con datos provenientes de los lugares en que se permite la MMA y éstos muestran que más que vulnerables, las personas que piden y reciben la ayuda para morir son privilegiadas en cuanto a nivel socioeconómico y educacional.^{24,25}

La versión más racional del argumento sobre el riesgo de abuso es la que dice que pacientes con discapacidades muy graves se sentirían presionados a pedir la MMA. Pensarían que las personas que los rodean estarían preguntándose: “¿por qué, si tiene la opción, no ha pedido ayuda para morir para terminar con una vida que conlleva tanto sufrimiento?” Pacientes gravemente discapacitados han sentido esa mirada que parece decírselos que sería mejor que no vivieran más, que les hace sentir que son una carga y que sería mejor que no recibieran tratamientos para prolongar su vida, a lo cual se añade el hecho de que la opinión pública tiende a simpatizar con personas que en su situación piden ayuda para morir.²⁶ Desde luego que sería muy lamentable que alguien decidiera morir sólo por la presión de otros; es un riesgo que debe tomarse en cuenta para tomar todas las precauciones necesarias para evitarlo, pero el hecho de que exista, no parece una razón suficiente para negar la MMA a las personas que libremente la piden, lo cual incluye a personas con discapacidades graves que quieren contar con esa opción. En algunos casos llevados a juicio, en que personas discapacitadas han reclamado su derecho a recibir ayuda para morir,

han sido grupos activistas de discapacitados quienes principalmente han expresado su oposición. Quieren impedir que se respalde el derecho de otros a decidir su muerte porque ellos no comparten, para sí mismos, ese interés. ¿Con qué derecho?

Tan inaceptable es que una persona que quiere vivir sienta la presión de su entorno de pedir ayuda para morir, como que un paciente que ya no quiere vivir sea presionado a seguir recibiendo tratamientos agresivos que no le sirven.²⁷ Se da por hecho que el único daño que hay que evitar es causar una muerte que no debería ser, pero también puede ser un daño impedir que una persona decida su muerte cuando sabe que eso es lo mejor para ella. El punto nuevamente es respetar la libertad de todas las personas para decidir sobre el final de su vida.

Actualmente existe una iniciativa de ley en el Reino Unido que permitiría el SMA, es la cuarta iniciativa de este tipo en diez años.⁵ En respuesta a ella, la agrupación Living and Dying Well publicó un documento en el que los autores (en su mayoría miembros de la Cámara de los Lores) expresan su preocupación de que se apruebe la ley porque muchas personas estarían en riesgo de dañarse. El problema, explican, es que la iniciativa está diseñada para respaldar los deseos de una pequeña minoría de personas que tienen muy claro que quieren poner fin a su vida y solicitarían el SMA después de reflexionarlo profundamente, valorar la decisión con sus médicos, platicar con sus familiares para contar con su apoyo y que no actuarían influidas por una depresión ni coaccionadas por terceros. Sí, en efecto, la ley sería para personas así, ésa es la idea. Pero a los autores de este documento les preocupa que otras personas que no cumplieran esos requisitos pidieran ayuda para suicidarse,²⁸ simplemente no recibirían la ayuda; al menos no deberían, aunque puede suceder que algunos médicos no cumplieran adecuadamente los requisitos establecidos por la ley y no se puede negar que el riesgo existe. Pero laquietud de los autores parece ir más allá. Consideran que una persona muy enferma puede creer que ya no quiere vivir, pedir y recibir ayuda para morir, porque su médico pensó que eso era lo que su paciente quería, y en realidad ambos estarían equivocados porque en el fondo esa persona no quería morir. En otras palabras, la libertad es muy peligrosa porque la gente puede equivocarse al elegir y es mejor proteger a las personas de sus propias decisiones. Si volvemos al enfermo del que he hablado, tendríamos que decirle que entendemos y respetamos su decisión y que tiene todo el derecho de recibir ayuda para poner fin a su vida, pero no se le puede dar por-

que hay otras personas que cuando piden la misma ayuda no saben lo que quieren.

CONCLUSIONES

Después de revisar los principales argumentos en contra de la MMA, se puede concluir que el problema que tenemos que resolver en México no es si debe legalizarse la MMA y así respaldar la voluntad tanto de las personas que querrían esta opción como la de las que no la querrían, sino resolver cómo permitir esta opción porque hay muchos aspectos prácticos que definir:

- ¿Qué pacientes podrían recibir ayuda para morir? Además de ser competentes y padecer un sufrimiento intolerable, ¿deberían ser enfermos terminales o podrían incluirse otros pacientes con una condición médica incurable? ¿Podría ayudarse a menores a quienes se les reconozca la capacidad de decidir? ¿Podrían incluirse pacientes con demencia que aún conservan su capacidad mental?
- ¿De qué forma se ayudaría a morir? ¿Mediante eutanasia o por SMA? ¿Con cualquiera de estas modalidades o con una de ellas exclusivamente?
- Y, ¿cómo llevar el control de estas prácticas? ¿Cómo asegurar lo más posible que no se comentan abusos?

Estas son tan sólo algunas preguntas. Quizá haya que llevarlas más lejos y decidir si deben ser los médicos quienes den la ayuda para morir u otras personas (enfermeras, familiares o técnicos especializados). No creo que debamos ir todavía más lejos como para considerar que la muerte asistida pueda darse fuera del contexto de la atención médica. Algo que podría ser aceptable en teoría, pero excesivamente difícil de aplicar y regular.

Lo que sí creo es que la legalización de la MMA servirá, no para que mueran personas que quieren vivir, sino para que dejen de vivir pacientes que ya no quieren seguir sufriendo, que no tengan que tomar las decisiones de manera clandestina y que las personas que los ayuden no se arriesguen a continuar su vida en prisión. Los pacientes que lleguen a la decisión de adelantar su salida de esta vida, merecen hacerlo en las mejores condiciones, por la sencilla razón de que existen los medios para que sea así.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a CONACyT (186359) y a DGAPA-UNAM, por su apoyo para realizar la estancia de in-

vestigación de junio a noviembre 2012 en el Joint Center for Bioethics de la Universidad de Toronto trabajando en el proyecto “Análisis ético y legal de las diferentes modalidades de muerte asistida”.

REFERENCIAS

1. PRWeb. 2012. Massachusetts Disability Rights Activists Relieved That Voters Defeated Assisted Suicide Initiative. Disponible en: <http://www.prweb.com/releases/2012/11/prweb10103831.htm> [Consultado el 23 de enero 2014].
2. Andorno R. Non-physician assisted suicide in Switzerland. *Camb Q Healthc Ethic* 2013; 22: 246-53.
3. Haan J de. The ethics of euthanasia: advocates' perspectives. *Bioethics* 2002; 16(2): 154-72.
4. Spranzi M. The French Euthanasia Debate. Exception and Solidarity. *Camb Q Healthc Ethic* 2013; 22: 254-62.
5. Dyer C. Assisted suicide for the dying would reduce suffering, says Falconer. *BMJ* 2013; 346: f3206.
6. Schülenk U, van Delden JJM, Downie J, McLean SAM, Upshur R, Weinstock D. End-of-life decision-making in Canada: the report by the Royal Society of Canada expert panel on end-of-life decision-making. *Bioethics* 2011; 25: 1-73.
7. Physician-assisted suicide. *N Engl J Med* 2013; 368: 1450-2.
8. Akabayashi A. Euthanasia, assisted suicide, and cessation of life support: Japan's policy, law and an analysis of whistle blowing in two recent mercy killing cases. *Soc Sci Med* 2002; 55(4): 517-27.
9. Honyi W. Most Chinese have open mind toward euthanasia. Chinadaily.com.cn.2013. Disponible en: http://www.chinadaily.com.cn/china/2013-12/31/content_17206128.htm [Consultado el 22 de enero 2014].
10. Quill TE. Physician-Assisted Death in the United States: Are the Existing “last Resorts” Enough? *Hastings Cent Rep* 2008; 38(5): 17-22.
11. Hennezel M de. La tentación de la eutanasia. México: Nueva Imagen; 2001, p. 215-21.
12. Sumner LW. Assisted Death. A Study in Ethics & Law. Nueva York, Estados Unidos: Oxford University Press; 2011, p. 201.
13. Bernheim JL, Deschepper R, Distelmans W, et al. Development of palliative care and legalization of euthanasia: antagonism or synergy? *BMJ* 2008; 336: 864-7.
14. World right-to-die news list. Hospice, the Right to Die Movement and the Liberty In Between. Disponible en: http://lists.opn.org/pipermail/right-to-die_lists.opn.org/2013-July/005521.html [Consultado el 18 de septiembre 2013].
15. Claessens P, Menten J, Schotmans P, et al. Palliative sedation, not slow euthanasia. *J Pain Symptom Manage* 2011; 41(1): 14-24.
16. Azulay A. La sedación terminal. Aspectos éticos. *An Med Interna* 2003; 20(12):645-9.
17. Somerville M. Death Talk. The Case against Euthanasia and Physician-Assisted Suicide. Canada: McGill-Queen's University Press; 2001.
18. Canadian Medical Association CMA reiterates opposition to euthanasia, assisted suicide. Disponible en: http://www.cma.ca/index.php?ci_id=10043406&la_id=1 [Consultado el 18 de septiembre 2013]
19. Lisker R, Álvarez del Río A, Villa A, et al. Physician-assisted Death. Opinions of a Sample of Mexican Physicians. *Arch Med Res* 2008; 39(4): 452-8.
20. Alvar L, Villarreal-Garza C, Sifuentes E, et al. Physician-assisted Death. Opinions of Mexicans Medical Students and Residents. *Arch Med Res* 2013; 44: 475-8.
21. Angell M. May Doctors Help You to Die? The New York Review of Books October 11, 2012.
22. Elliot C. Philosopher assisted suicide and euthanasia. *BMJ* 1996; 313: 1088-89.
23. Kimsma G, Clark CC. Shared Obligations and “Medical Friendships” in Assisted Dying. En: Youngner SJ, Kimsma GK (eds.) Physician-Assisted Death in Perspective. Assessing the Dutch Experience. New York: Cambridge University Press; 2012, p. 263-76.
24. Rietjens JAC, Deschepper R, Pasman R, et al. Medical end-of-life decisions: Does its use differ in vulnerable patient groups? A systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med* 2012; 74: 1282-7.
25. Battin MP, Heide A van der, Ganzini L, et al. Legal physician-assisted dying in Oregon and the Netherlands: evidence concerning the impact on patients in “vulnerable” groups. *J Med Ethics* 2007; 33: 591-7.
26. Peace WL. Comfort Care as Denial of Personhood. *Hastings Cent Rep* 2012; 42(4): 14-7.
27. Kenwright S. What do families and professional organizations really think about assisted dying? *BMJ* 2013; 347: f4912.
28. Living and Dying Well. Another ‘Assisted Dying’ Bill Does it pass the public safety test? Disponible en: <http://www.livinganddyingwell.org.uk/sites/default/files/REORT%20-%20A%20s%20o%20t%20h%20A%20s%20t%20D%20Dying%20Bill%20%5BHL%20Bill%2024%5D.pdf> [consultado el 18 de septiembre 2013].

Reimpresos:

Asunción Álvarez-Del Río

Departamento de Psiquiatría y Salud Mental
Facultad de Medicina
Universidad Nacional Autónoma de México
Círculo exterior, Ciudad Universitaria
04510, México, D.F.
Tel: 5623-2300, Ext 43133
Correo electrónico: asun57@gmail.com

Recibido el 21 de noviembre 2013.

Aceptado el 31 de enero 2014.