

## Eutanasia y *Res publica*

MIGUEL KOTTOW<sup>(1)</sup>

### INTRODUCCIÓN

Eutanasia (= buen morir) es un tema de preocupación proveniente de la Antigüedad, habiendo sido motivo de egregios pensamientos elaborados por los clásicos, así como de denigrantes distorsiones ante todo en el nacionalsocialismo alemán (1933-1945), y que vuelve a emerger con fuerza en el debate social y académico actual. El renacimiento de la polémica se debe en buena medida a la sofisticada instrumentación médica disponible y aplicada en los finales de la vida, pero ciertamente hay otros motivos como el crecimiento poblacional de los senescentes y su desamparo social, la progresiva insolvencia de los fondos de jubilación que merma la calidad de vida haciendo peligrar la cobertura de necesidades básicas de la población improductiva y, en general, el creciente efecto tijeras entre efectividad geriátrica y falencias de la gerontología.

Con mayor o menor precisión, entiende la bioética por eutanasia el aceleramiento de la muerte a solicitud autónoma y explícita de pacientes atribulados por un pronóstico desesperanzado y cuyos padecimientos les son intolerables, sin que la intervención médica pueda eliminar o paliarlos suficientemente. Esta definición no es aplicable al suicidio ni a la muerte solicitada fuera del contexto médico. Cuestiona, asimismo, la validez de solicitar la anticipación de la muerte cuando la medicina puede ser terapéuticamente eficaz. Finalmente, hace caso omiso de la figura del suicidio asistido, recientemente construida por la bioética con objetivos de protección legal antes que de justificación moral, en que el médico

no realiza el acto pero pone a disposición del solicitante los medios necesarios para provocar su propia muerte.

Experiencias y testimonios de personas profundamente desmedradas pero no necesariamente terminales, iterativamente indican que el deseo de morir aparece cuando la vida y el sufrimiento no tienen sentido. Dotar a la enfermedad, al dolor y al sufrimiento de sentido, como lo ha intentado C. S. Lewis<sup>1</sup>, mina los esfuerzos de la medicina, cuya tarea es eliminar o reducir padecimientos y dolores justamente porque carecen de razón de ser y no enriquecen sino que desmedran al que sufre. Igualmente descalificador será circunscribir la eventual legitimidad ética de solicitar ayuda a morir estrictamente a aquellos pacientes que tienen una enfermedad incurable y evolutiva hacia una muerte inminente, olvidando que hay padecimientos intolerables que no están inscritos en una enfermedad sino en una discapacidad, como es el caso del cuadripléjico cuya desesperanza se potencia precisamente porque no padece un cuadro de deterioro progresivo o cuyo fin está a la vista.

El mundo sanitario en su totalidad queda convocado en este argumento para determinar las distinciones entre enfermedad y discapacidad y para acusar la pasividad con que se enfrenta situaciones de limitación orgánica severa. Los impedimentos orgánicos se convierten en discapacidades y desventajas en la medida que la sociedad permanece inactiva frente al déficit de empoderamiento social de los discapacitados; la medicina introduce arsenales terapéuticos de escasa efectividad o instaure medidas de mantención que muchas veces van en contra de los deseos del afectado y de las

<sup>(1)</sup> Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. kottow@terra.cl

posibilidades financieras de allegados e instituciones, drenando recursos médicos requeridos para situaciones de pronóstico favorable. Es la sociedad quien debe proveer medidas sanitarias y compensatorias para quienes quedan marginados por enfermedad o discapacidad y, cuando no le es posible paliar los tormentos que sufren los afectados, considerar las alternativas drásticas que ellos mismos solicitan impostergablemente.

La eutanasia debe ser depurada de connotaciones perversas con que fuera maculada en diversos momentos de la historia, al pretender encubrir homicidios y genocidios bajo el eufemismo de políticas eutanásicas o depuradoras. Aún hoy, entre sus detractores, la retórica tiende a homologar falazmente eutanasia con asesinato. A la bioética secular le corresponde, al menos, aceptar la apertura del debate y crear las condiciones que hagan posible el progreso cultural de reducir las prohibiciones a la autonomía cuando su ejercicio no afecta a otros.

### **Eutanasia y salud pública**

No es el objetivo de estas líneas terciar en la polémica sobre la legitimidad o no de la eutanasia, aunque sí reconocer que el debate permanece abierto. Más bien se trata de ilustrar cómo el deseo del buen morir, de ser una vivencia íntimamente personal, se ha transformado en asunto públicamente reglamentado, enfatizando el descuido sufrido por el vínculo entre el buen morir, un tema intrínsecamente individual, y la salud pública.

La falta de incorporación de la eutanasia a la agenda de la salud pública contrasta con la presencia de un tema cercano pero mucho menos polémico, como es el suicidio. Hay similitudes estrechas con el suicidio, tema que también es considerado diversamente como perteneciente al ámbito personal, o como integrando las preocupaciones de la salud pública. Ambos, suicidio y eutanasia, tienen en común la intención, declarada o realizada, de terminar con la propia vida a despecho de valores y normativas sociales contrarias y abiertamente hostiles a estas determinaciones. Del suicidio se ha dicho: "si se da alguna condición que precisa ser integrada a la

comprensión que abarca factores biológicos, clínicos, subjetivos y sociales, esa condición es la prevención del suicidio"<sup>2</sup>. Más precisamente, la meta no es prevenir un suicidio, que sería un atentado a la autonomía de las personas, sino desarrollar terapias -sociales y médicas- para eliminar los condicionantes y predisponentes al ideario suicida. No sólo por su amplitud temática, también por su creciente incidencia, ha cobrado el suicidio "relevancia como un problema de salud pública tanto en Chile como en otros países del mundo"<sup>3</sup>.

También la eutanasia es materia donde convergen aspectos biológicos -factor etario-, clínicos -diagnóstico y pronóstico de enfermedad-, subjetivos -tolerancia a padecimientos- y sociales -*coping* económico, entorno familiar, características de la atención médica-. La prevalencia de las prácticas eutanásicas queda oscurecida porque en la mayoría de los países es ilegal y penalizada; al observar las cifras de Holanda, donde la eutanasia fue despenalizada en 1998, se observa que la prevalencia se mantiene constante a pesar del vuelco normativo, lo que parecería indicar que el comportamiento social se independiza de los requerimientos legales. A ello hay que agregar una incisiva tendencia mediática a presentar el tema -el relato fílmico "Mar Adentro"; la obra teatral "Whose life is it anyway?"<sup>4</sup>- o a polemizar públicamente al respecto (El Mercurio, 30.01.05; La Tercera, 25.03.05), así como una creciente preocupación por debatir los pro y los contra de incorporar la eutanasia a las opciones permisibles en el ámbito de la medicina. El caso de Ramón Sampedro abrió una amplia polémica pública en España y gatilló el establecimiento de una comisión parlamentaria abocada al estudio de la eutanasia. Las discusiones en torno a la eutanasia se llevan al interior de la medicina y de la bioética donde, paradójicamente, el tema no es bienvenido por las profesiones sanitarias. No más de un tercio de los médicos se declaran partidarios de la eutanasia, con un máximo de 50% en Canadá y un mínimo de 15% en Sudán<sup>5</sup>.

A la argumentación concerniente a eutanasia concurren siempre dos voluntades, discordes por cuanto debaten en niveles diferentes. Como el suicidio, la voluntad de morir es discutida

en un marco doctrinario conocido y que no es del caso repetir salvo para reiterar que en esta materia no hay posibilidades de consenso porque el enfrentamiento de dos doctrinas -la libertad de elegir la muerte versus el respeto intransable por la conservación de la vida-, impide todo debate argumentativo, por lo cual se impone aquella doctrina que posee mayor poder social. La segunda voluntad es la del eventual ejecutor de la solicitud de morir, y que en el contexto en que se definió eutanasia es invariablemente el médico -no entendido como individuo que delibera sobre la causa del paciente, sino como representante de una profesión comprometida con el orden social, el código profesional, y la ley-. El argumento es biopolítico (*vide infra*) y no ético, basándose en la obligación del médico de cautelar y salvar vida. Eso es, el médico cuida de la nuda vida o *zoe*, a despecho de las vicisitudes y solicitudes provenientes del *bios* o vida humana como existencia. Descontextualizada, la vida humana deja de ser existencia individual, se convierte en biológica y en ejemplar de un colectivo, que es el modo de ver al enfermo que privilegia la medicina de corte tecnocientífico renuente a incorporar las humanidades médicas y la bioética en su quehacer.

Desde la medicina no cabe esperar una posición de tolerancia, ya que la solicitud de eutanasia se inscribe en las instancias de fracasos terapéuticos. Los médicos tienden a entender su cometido como primariamente conservador de la vida, dejándose llevar por este afán monotemático a excesos terapéuticos que no cuentan con la anuencia de los afectados. La sociología médica ha reseñado repetidamente la indiferencia de la medicina frente a enfermos crónicos incurables, y difícilmente se podrá potenciar esta frustración de la medicina exigiendo el respeto por los deseos de muerte de los pacientes desesperados.

A la luz de esta perspectiva, resulta fútil la discusión actualmente en curso, donde contrasta la argumentación de los pacientes que claman por un derecho a recibir eutanasia, y los médicos que rehuyen toda injerencia en acelerar la muerte bajo cualquier circunstancia. Más esta esterilidad discursiva no debe obscurecer la convicción que de eutanasia únicamente se

puede hablar en el contexto médico, por cuanto no se trata de abrir las puertas a la libre disposición de la vida, sino de esclarecer acaso la autonomía del paciente, y el deber terapéutico del médico da margen para la posible anticipación de la muerte cuando la vida se ha vuelto insostenible. La situación paradójica de definir eutanasia estrictamente en el marco de la medicina y, por otro lado, encontrar la irrelevancia de la discusión a nivel de la relación médico-paciente en vista de la fuerte oposición de los médicos, es producto de decisiones [bio]políticas y enfatiza el reconocimiento que la eutanasia es materia de medicina pública.

Uno de los primeros acercamientos entre bioética y salud pública sugiere el desarrollo de una “*ética crítica*” que “incorpora la influencia de valores sociales amplios y tendencias históricas a la comprensión de la situación actual de la salud pública y los problemas morales que enfrenta. Estos problemas no son sólo el resultado del comportamiento de ciertos organismos enfermos o individuos en particular. También son el resultado de conformaciones institucionales y la prevalencia de estructuras y actitudes culturales de los poderes sociales”. El rol gubernamental de la salud pública hace que su inserción en la política sea inevitable, “por cuanto no hay modo ni justificación para detener al público de volcarse hacia las legislaturas o las cortes judiciales para expresar sus valores y necesidades”<sup>6</sup>. Estas citas se hacen extensivas a la eutanasia, que no sólo es un problema moral sino también eminentemente sanitario, y donde ha de buscarse concordancias entre cultura social, disposiciones reglamentarias y ejercicio de la autonomía individual.

Por, al menos, tres razones es preciso acercar la polémica sobre eutanasia al ámbito de la salud pública: 1) Por cuanto el bien morir es una reflexión individual, pero de tal prevalencia que se convierte en parte del debate social; la decisión continuará siendo autónoma y voluntaria, pero requiere anclarse en una disposición social general. El acerbo debate público en torno a la solicitud de suspender el soporte vital a una paciente que se encuentra en estado vegetativo persistente desde hace 13 años, ha comprometido la palabra y las

decisiones de los tres poderes públicos de EE.UU., y los compromisos personales de los familiares no pueden articularse sino a través de abogados y jueces restándole así todo resto de privacidad al caso. La decisión final no pudo ser más pública, pues emanó de la Corte Suprema; 2) Por cuanto muchos argumentos reconocen la plausibilidad de la práctica eutanásica en situaciones particulares y excepcionales, pero le niegan validez por temor a las consecuencias sociales, aduciendo el efecto de pendiente resbaladiza que la permisión ocasional provocaría. Esta situación genera una tensión insostenible entre el discurso público y eventuales prácticas privadas, avalada por encuestas en diversos países donde un número importante de médicos reconoce estar dispuesto o haber accedido a solicitudes de eutanasia, en independencia de la situación legal vigente; 3) En consideración a que las prácticas eutanásicas están ligadas a justificaciones éticas, más también a ponderaciones económicas por la derivación de recursos sanitarios siempre escasos hacia sofisticadas intervenciones médicas en pacientes críticamente enfermos, creando situaciones debatidas como medidas extraordinarias o desproporcionadas, encarnizamiento médico y futilidad terapéutica, cuya aplicación es contraria a los deseos del paciente.

### **Bioética, salud pública y eutanasia**

Algunos cultores de la bioética han desmenuzado los cuatro principios de Georgetown -autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia- para jerarquizarlos, entre otras propuestas hablando de principios de deber público -no maleficencia y justicia- como constituyendo una ética de mínimos, frente a los principios de bien personal -autonomía, beneficencia- como ética de máximos<sup>7</sup>; en estas últimas se situaría la eutanasia. Pero ese es precisamente el punto que interesa a la salud pública: como eventual acción médica, la eutanasia imposiblemente se puede inscribir en la autonomía individual mientras no haya logrado presencia como opción públicamente sancionada. Son argumentos sociales los que deben desembocar en la discusión particular y situacional de la eutanasia. Mientras los

argumentos queden referidos a vidas individuales, permanecerán flotando en el piélago de las creencias sin posibilidad de alcanzar alguna forma de compromiso ético y regulación social.

Desde una posición que se declara moral, se niega al afectado la autonomía de solicitar ayuda para morir. Conflicto recurrente en la salud pública es aquel del desencuentro de la autonomía individual frente a la necesidad de restringirla en pro del bien común. En acciones sanitarias colectivas la autonomía debe ceder si la eficacia de la acción así lo exige, pero la bioética está solicitando que estas restricciones a la autonomía individual sean necesarias y adecuadamente justificadas. Las limitaciones a la autonomía individual son más sospechosas si ocurren en nombre de una determinada moral que no es éticamente universalizable. La salud pública está aprendiendo que no se debe imponer, o proscribir, medidas absolutas rígidamente intolerantes de toda excepción a menos que estén avaladas por un sólido y para todos plausible razonamiento, y siempre que esta imposición sea necesaria a objeto de lograr los esperados beneficios para el bien común. En lo referente a la eutanasia, la autonomía es coartada en nombre de ciertas concepciones de limpidez moral, sin especificar los criterios con que se pretende hacer valer una determinada visión ética sobre otras.

Eutanasia es un protagónico elemento de lo que pudiera llamarse el imaginario sanitario de la sociedad, es decir, las creencias con que los colectivos humanos dotan sus vivencias en torno a salud y enfermedad. En culturas de Occidente, este imaginario incluye la idolatría de la salud, la estima del cuerpo, la confianza en la medicina -no siempre en los médicos-, el presunto encargo médico de prolongar la vida que desoye el clamor de evitar padecimientos ante todo si son fútiles. Pero también es parte de ese imaginario la esperanza de acceder a un buen morir no desvirtuado por el artificio instrumental indeseado, así como el cotidianamente expresado anhelo de ser ayudado a acelerar la muerte si la enfermedad o la discapacidad se presentan agresivas y sin esperanzas de mejoría.

### Situaciones existenciales límites

Estas breves disquisiciones intentan mostrar movimientos incipientes de acercamiento de la salud pública hacia temas de la medicina y de la bioética que no le han sido tradicionalmente encomendados. La bioética sirve de puente entre la reflexión ética propia a las prácticas sanitarias colectivas y las áreas de la medicina terapéutico-asistencial, donde hay preocupaciones postergadas porque la bioética del principalismo interpersonal no logra avanzar mientras no extienda sus deliberaciones hacia el ámbito social.

Aún para aquellos que participan con cierta comprensión en medidas eutanásicas en pacientes “terminales”, hay situaciones vitales en que la solicitud de eutanasia ha sido motivo de polémica pública, como la enfermedad incurable cuyo desenlace no es inminente, y las destrucciones motoras en que el afectado ve ante sí una vida reducida a mínimos intolerables: tetraplejía, enfermedades neurológicas avanzadas, donde el afectado ve ante sí una vida residual reducida a mínimos que encuentra intolerables. Estas situaciones clínicas en que a la lucidez se agrega la impotencia del paciente que hace imposible el suicidio, han desencadenado la mayor oposición a medidas eutanásicas porque, se argumenta, si éstas fuesen eventualmente aceptables sería sólo para estados de muerte inminente.

La desesperanza se nutre tanto de la irreversibilidad de la patología como de la incapacidad paliativa de la medicina. La aún joven especialidad denominada medicina paliativa, ya ha desarrollado ciertos rasgos de soberbia característicos del paternalismo autoritario, al decir que las medidas paliativas hacen improcedente toda reflexión sobre eutanasia. Obviamente no puede ser efectiva en todas las instancias, pero entonces no reconoce su fracaso sino que recurre a una sedación profunda del paciente -TS= terminal sedation- el cual queda artificialmente sumido y mantenido en una inconsciencia producto de lo que podría considerarse una eutanasia incompleta, y que no se vislumbra qué ventaja moral tiene sobre la inducción de la muerte solicitada, a pesar de ser una recomendación

de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos<sup>8</sup>.

Reducir la discusión a una posible aceleración de la muerte en enfermos que ya está en proceso de muerte es una tipificación donde la preocupación por una categoría de enfermos erosiona a la consideración del contexto existencial de la persona enferma. De la salud pública hermanada con la bioética puede venir la postura de proteger a los individuos mediante disposiciones generales.

### Biopolítica y salud pública

La eutanasia es originariamente un asunto particular orientado hacia la preparación del individuo para su eventual muerte. Con el nacimiento de la bioética, se convierte en tema médico y con ello en preocupación social. Lo aquí sugerido es que la eutanasia ha sido arrebatada a la reflexión individual y al debate público, para convertirse en asunto biopolítico, una evolución que debe interesar a la salud pública del mismo modo que le atañen desarrollos similares en relación al aborto procurado y a las políticas de control y manipulación de la reproducción humana.

No es fácil definir biopolítica, un término acuñado por M. Foucault<sup>9</sup>, pero sometido a innumerables elaboraciones de muy variado significado. Una de las acepciones más sobrias la entiende como “la creciente implicación de la vida natural del hombre en los mecanismos y los cálculos del poder”<sup>10</sup>. O sea, la política ya no se ejerce en relación al ser humano -*bios*- en cuanto ciudadano, pobre, enfermo o sujeto de derecho, sino que su substrato es la vida humana nuda-*zoe*- y eso significa que se aplica características distintivas a esa vida, como género, raza, etnia o edad, pero dejando silenciados los contextos existenciales. Esta vida desnuda, caracterizada sólo por sus parámetros biológicos, es premoral y susceptible de asignaciones arbitrarias que atropellan moral y derechos. Nacen así atribuciones espurias que relacionan modos de ser de género, etnia o raza con alguna valoración moral por lo general denigrante. El ejercicio del poder sobre la vida, es distintivo de la biopolítica que cae fácilmente en aberraciones inconmensurables: “La estructura

biopolítica fundamental de la modernidad -la decisión sobre el valor (o sobre el disvalor) de la vida como tal- encuentra, pues, su primera articulación jurídica en un *Pamphlet* bien intencionado a favor de la eutanasia<sup>11</sup>". Panfleto que dio origen al genocidio sistemático practicado por el nazismo alemán. Es ésta la biopolítica extrema de los campos de concentración<sup>12</sup>, del Gulag, pero también de las restricciones de derechos ejercidas en países que bregan con inmigraciones ilegales<sup>13</sup>, están empeñados en desbaratar acciones terroristas o maltratan a enemigos capturados a los que niegan el estatus y la protección de ser prisioneros de guerra.

La prevalencia de argumentos biopolíticos que entienden la vida, y su resguardo médico, como todo estado de no muerte, en flagrante contradicción con el sentir de los afectados que se consideran reducidos a una vida residual atormentada y no deseada, hace necesario que la salud pública participe en la elaboración de normas para la profesión médica y en el esclarecimiento de actitudes sociales que busquen avanzar en el debate. La inserción de la salud pública en la polémica sobre eutanasia ocurre por las tres puertas de entrada ya esbozadas:

1. Se insiste, con toda razón, que la decisión y solicitud de eutanasia insoslayablemente es cosa individual, desde el momento que la posibilidad ética del tema depende ante todo de la voluntad expresa del solicitante. Y sin embargo, como señalado, el nivel interpersonal de la relación médico-paciente es inconducente a aclarar el debate o movilizar decisiones. Quiérase o no, las posturas en torno a la muerte -definición, criterios, inducción activa u omisión pasiva- obedecen a normativas públicas y compete a la medicina social arrebatarle a la biopolítica la rectoría en asuntos que atañen a todos y deben ser también decididos democráticamente.

La salud pública ha de abogar por el predominio de políticas sanitarias por encima de planteamientos biopolíticos que desvinculan a los seres humanos de su existencia ciudadana y dictaminan sobre nudos hechos biológicos como natalidad,

embarazo, fin de la vida, todo en desconsideración que no se trata de eventos meramente naturales sino de procesos existenciales donde se comprometen los valores e intereses de las personas.

2. En el seno de las sociedades se generan inquietudes y anhelos que suelen discordar con las disposiciones legales y con doctrinas morales que han perdido representatividad. En el campo de la bioética se han producido estos movimientos en temas como el aborto, la libertad reproductiva y anticonceptiva y, en recientes decenios, en relación a la autonomía en decisiones relativas al morir. La salud pública ha participado en todas ellas, incluyendo el suicidio, pero hasta ahora no se ha visto convocada por la argumentación sobre eutanasia, lo que probablemente ha de ocurrir a medida que el tema vaya conquistando la atención de las sociedades y comienza a tener alguna presencia legal.
3. La distribución y asignación de recursos sanitarios sufren una profunda distorsión cuando se concentran en prácticas médicas de alto costo, de rendimiento terapéutico cuestionable y de imposición en contra de lo deseado y solicitado por el afectado. Al argumento que es ilegítimo albergar consideraciones económicas cuando se trata de conservar la vida, habrá que concederle la razón siempre que las prácticas médicas, los cuidados críticos, las maniobras intensivistas y las paliativas contaran con la anuencia de las partes y no generaran falencias en otras áreas sanitarias críticas<sup>14</sup>.

## CONCLUSIONES

Las biopolíticas reducen al ser humano a un ente biológico, negando que en su seno se dan características únicas y propias, y se producen eventos y procesos existenciales donde se juegan valores, creencias e intereses de las personas. La salud pública ha de abogar por el predominio de políticas sanitarias por encima de planteamientos que descontextualizan la existencia de los ciudadanos y dictaminan sobre nudos hechos biológicos como el inicio de la vida o su fin.

Salud pública y biopolítica actúan sobre colectivos humanos, pero en tanto ésta considera a los individuos como ejemplares de una condición biológica, contempla la salud pública, al menos en sus mejores momentos, las necesidades y los intereses de las personas que sustentan al colectivo y son protegidos por éste. La polémica sobre eutanasia debe salir de la dicotomía entre vida a conservar a toda costa *versus* la muerte como un suceso siempre indeseable, para dar paso a la reflexión sobre repercusiones sociales que pudiesen tener la eutanasia médica rigurosamente controlada, como se da en Holanda<sup>15</sup>, Bélgica<sup>16</sup> y en el Estado norteamericano de Oregon, y sobre las medidas normativas sociales que pudiesen ser protectoras de las personas en situaciones médicas aflictivas, desesperanzadas y no paliables.

## REFERENCIAS

- 1.- LEWIS C S. El problema del dolor. Santiago, Ed. Universitaria 1995.
- 2.- KNOX K L, CORNWELL Y, CAINE E D. If Suicide Is a Public Health Problem, What Are We Doing to Prevent It? *Am J Public Health* 2004; 94: 37-45.
- 3.- MAZZEI M, CAVADA G. El suicidio en Chile. *Rev Chilena de Salud Pública* 2004; 8: 176-8.
- 4.- CLARK B. *Whose Life is it Anyway?* The Slack, Ashover, Amber Lane Press 1978.
- 5.- MÜLLER-BUSCH H C et al. Attitudes on euthanasia. *Medicine, Health Care and Philosophy* 2004; 7: 333-9.
- 6.- CALLAHAN D, JENNINGS B. Ethics and Public Health: Forging a Strong Relationship. *American Journal of Public Health* 2002; 92: 169-76.
- 7.- GRACIA D. *Hard Times, Hard Choices: Founding Bioethics Today.* *Bioethics* 1995; 9: 192-206.
- 8.- MÜLLER-BUSCH et al. 2004; 338.
- 9.- FOUCAULT M. *Der Wille zum Wissen. Sexualität und Wahrheit I.* Frankfurt, Suhrkamp 1983.
- 10.- AGAMBEN G. *Homo sacer.* Valencia, Pre-Textos 2003; 151.
- 11.- AGAMBEN 2003: 173.
- 12.- LEVI P. *Si esto es un hombre.* Barcelona, Muchnik Editores, 2003.
- 13.- MCNEILL P M. Public Health Ethics: Asylum Seekers and the Case for Political Action. *Bioethics* 2003; 17: 487-502.
- 14.- HÄYRY H, HÄYRY M. Euthanasia, Ethics and Economics. *Bioethics* 1990; 4: 154-61.
- 15.- VAN DELDEN J J M, PIJNENBORG L, VAN DER MAAS P J. *The Rummelink Study.* Hastings Center Report 1993; 23: 24-7.
- 16.- PORTIER F et al. End-of-Life Decisions of Physicians in the City of Hasselt (Flanders, Belgium). *Bioethics* 2000; 14: 254-67.

Usted puede comentar éste y otros artículos publicados en la Revista Chilena de Salud Pública, enviando un correo electrónico a [revistasp@med.uchile.cl](mailto:revistasp@med.uchile.cl)