



Cuadernos de Bioética

ISSN: 1132-1989

ISSN: 2386-3773

bioetica@um.es

Asociación Española de Bioética y Ética Médica
España

Germán Zurriarán, Roberto
ASPECTOS SOCIALES DE LA EUTANASIA
Cuadernos de Bioética, vol. XXX, núm. 98, 2019, Enero-Abril, pp. 23-34
Asociación Española de Bioética y Ética Médica
España

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87558347003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto



ASPECTOS SOCIALES DE LA EUTANASIA

SOCIAL ASPECTS OF EUTHANASIA

ROBERTO GERMÁN ZURRIARÁIN

Universidad de La Rioja
Calle Magisterio 2, 1ª dcha.
26004. Logroño. España
roberto.german@unirioja.es

RESUMEN:

Palabras clave:

Dignidad, eutanasia, cuidados paliativos, medicina, vidas humanas..

Recibido: 13/08/2018

Aceptado: 11/11/2018

Este artículo analiza el tema amplio de la eutanasia, pero bajo un punto de vista muy concreto, el de sus implicaciones sociales. Se defiende aquí que la eutanasia no es exclusivamente una decisión individual, sino que tiene, sobre todo, una importante repercusión social. Si se aceptara y legalizara la eutanasia, la naturaleza misma de la medicina y la propia identidad del médico sufrirían una profunda transformación. La relación médico-paciente basada en la confianza quedaría rota. También si se refrendara la eutanasia se fomentaría a que el ser humano no fuese valorado por su ser, sino por su capacidad de producir. Ahora bien, las personas vulnerables, frágiles y débiles (dependientes, ancianos, enfermos...) mantienen intacta su dignidad, porque ésta se tiene por el simple hecho de nacer como seres humanos. Todas las vidas humanas merecen la pena vivirse, por muy enfermos y deteriorados que estén sus cuerpos. Admitir lo contrario es entrar en una espiral donde la dignidad del ser humano se convertiría en objeto de ponderación respecto de otro valor, que, en un hipotético conflicto, podría ser pospuesto por otro. Sin embargo, los Cuidados Paliativos tienen en cuenta la dimensión social del fin de la vida del ser humano. Atienden en su totalidad al ser humano enfermo. De ahí que sean la opción más acorde con la dignidad del ser humano al final de su vida.

ABSTRACT:

Keywords:

Dignity, euthanasia, palliative care, medicine, human lifes.

This article analyzes the issue of euthanasia, but under a concrete point of view, that of its social implications. It is defended here that euthanasia is not exclusively an individual decision, but has, above all, an important social repercussion. If euthanasia were accepted and legalized, the very nature of the medicine and the physician's own identity would undergo a profound transformation. The doctor-patient relationship based on trust would be broken. Also, if euthanasia were endorsed, it would be encouraged that the human being was not valued for his / her being, but for his capacity to produce. Now, vulnerable, fragile and weak people (dependent, old, sick ...) keep their dignity intact, because we have this because of the simple fact of being born as human beings. All human lives are worth living, however sick and deteriorated their bodies are. To admit the opposite is to enter a spiral where the dignity of the human being would become an object of weighting with respect to another value, which, in a hypothetical conflict could be postponed by another. However, Palliative Care takes into account the social dimension of the end of life of the human being. They take care of the sick human being in its entirety. That is why they are the option most in line with the dignity of the human being at the end of his life.

1. Introducción

En mayo de 2018, se debatió en el Congreso de los Diputados español una proposición de ley¹ para legalizar, en determinados casos, la práctica del suicidio asistido y de la eutanasia e incluirlas como una prestación más en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, o lo que es lo mismo, despenalizarlas y regularlas². Actualmente, la legislación española no las permite³.

Con esta proposición de ley lo que se pretende modificar, en el fondo, es el actual Código Penal, concretamente el artículo 143, para que los cooperantes, de manera directa o indirecta, que participen en la ayuda a una persona que ha pedido morir de manera “expresa,

1 *Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia*. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. 122/000239. BOCG.

2 De forma breve, el Grupo de Trabajo de Atención Médica al Final de la Vida de la Organización Médica Colegial (OMC) y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) han elaborado la Declaración “Atención Médica al final de la vida: conceptos y definiciones”, define la eutanasia como “*la provocación intencionada de la muerte de una persona que padece una enfermedad avanzada o terminal, a petición expresa de ésta, y en un contexto médico*”. A lo que se puede añadir que la eutanasia es el “acto médico” de matar al enfermo sin la voluntad del enfermo, cuando el enfermo quiere se llama suicidio asistido.

3 Las legislaciones de Andalucía (Ley 2/2010, de 8 de abril, de *Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte*, Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, 88, de 7 de mayo de 2010), de Aragón (Ley 10/2011, de 24 de marzo, de *Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de Morir y de la Muerte*, Boletín Oficial de Aragón, 70, de 7 de abril de 2011), de Navarra (Ley Foral 8/2011, de 24 de marzo, de *Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte*, BON, 65 de 4 de abril de 2011), de Canarias (Ley 1/2015, de 9 de febrero, de *Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona ante el Proceso Final de su Vida*, BOE. 54, de 4 de marzo de 2015), no contemplan la regulación de la eutanasia. Incluso en las legislaciones de Baleares (Ley 4/2015, de 23 de marzo, de *Derechos y Garantías de la Persona en el Proceso de Morir*, BOE, 96, 22 de abril de 2015), de Galicia (Ley 5/2015, de 26 de junio, de *Derechos y Garantías de la Dignidad de las Personas Enfermas Terminales*, DOG, 133, de 16 de julio de 2015, BOE. 228, de 23 de septiembre de 2015), del País Vasco (Ley 11/2016, de 8 de julio, de *Garantía de los Derechos y de la Dignidad de las Personas en el Proceso Final de su Vida*, Boletín Oficial del País Vasco, 16 de julio de 2016), y de Madrid (Ley 4/2017, de 9 de marzo, de *Derechos y Garantías de las Personas en el Proceso de Morir*, BOCM de 22 de marzo de 2017) no aparece el término eutanasia. La legislación de Asturias (Ley 5/2018, de 22 de junio, sobre *Derechos y Garantías de la Dignidad de las Personas en el Proceso del Final de la Vida*) dice que los aspectos relacionados con la eutanasia y con el suicidio asistido son aspectos ajenos a su ley. Ahora bien, estas legislaciones, especialmente, la andaluza, en mi opinión, son la antesala de esta Propuesta de ley sobre la eutanasia, pues ésta es vista como un derecho de la autonomía del paciente, y las leyes autonómicas de muerte digna, por su parte, están destinadas a favorecer la autonomía del paciente a la hora de tomar decisiones en el proceso final de su vida, olvidando la autonomía del médico.

libre e inequívoca” queden exentos de cualquier responsabilidad.

No obstante, este artículo no va a tratar los múltiples interrogantes que suscita los temas de la eutanasia y el suicidio sea éste médicamente asistido o no, ni va a estudiar, en profundidad, la proposición de Ley⁴, sino que va a tratar las implicaciones sociales que conlleva la aceptación de la eutanasia.

Se dice repetidamente que la eutanasia tiene que ser legalizada porque cada uno es dueño de su vida y puede decidir, por tanto, cuándo poner fin a la misma. Sostienen los defensores de la eutanasia que ésta surge de una decisión individual y, por eso, pertenece al ámbito exclusivamente personal.

Esta postura también suele exponerse en forma de preguntas: ¿Por qué tiene que seguir viviendo una persona que quiere poner fin a su vida?, ¿es correcto o no terminar con la vida de quien quiere morir y además lo ha pedido o lo está pidiendo?, ¿es correcto adelantar la muerte de un enfermo al que quedan pocos días de vida?, ¿existe el derecho de cada cual a disponer de su propia vida en el uso de su libertad y autonomía individuales? La petición del propio enfermo para morir o de sus familiares, ¿se convierte en derecho del individuo que el médico tiene que obedecer?, ¿tiene sentido que el enfermo siga vivo cuando la enfermedad o la parálisis restringen nuestra autonomía?

Parece que algunas de estas preguntas se refieren al alcance social que entraña el tema de la eutanasia. Sin embargo, estas preguntas se plantean y se responden desde una perspectiva únicamente individualista, omitiendo cualquier tipo de repercusión social de la misma.

4 Este artículo no es un análisis exhaustivo desde el punto de vista bioético y menos desde el jurídico de la Propuesta de ley, solamente apuntar que en su Exposición de Motivos dice: “*No basta simplemente con despenalizar las conductas que impliquen alguna forma de ayuda a la muerte de otra persona, aun cuando se produzca por expreso deseo de esta...*”. Pero un poco más arriba también se sostiene que la eutanasia es “*un nuevo derecho individual*”. Y el artículo 1 afirma: “*Objeto de esta ley es regular el derecho que corresponde a las personas a solicitar y recibir ayuda para morir*”. Por consiguiente, según esta Proposición de ley, la eutanasia es considerada, en el cuerpo de la Ley, más que como un deseo personal, un derecho individual.

Por otra parte, en Holanda, Bélgica, Luxemburgo, Estados Unidos (Estado de Oregón) está permitida, hoy en día, la eutanasia.

2. ¿Legalización de la eutanasia?

Dicen los defensores de la eutanasia que ésta es un método por el cual un paciente con alguna enfermedad terminal que está pasando por un sufrimiento insoportable, pueda morir con dignidad y tranquilidad sin tener que prolongar más un sufrimiento inútil que solo termina por degradar su condición física, moral y espiritual⁵. Pero, ¿es correcto que los médicos o cualquiera persona pongan fin a la vida de una persona en fase terminal con grandes sufrimientos, si así lo pide el enfermo?⁶.

Este último interrogante nos hace plantearnos: ¿el enfermo, hoy día, (con en el avance de la medicina, concretamente, de las Unidades del Dolor) padece grandes sufrimientos a la hora de morir? En este contexto, ¿el médico tiene que acceder siempre a la petición del enfermo?

Con todo, los principales argumentos, que se utilizan a favor de la eutanasia, son⁷:

- a) Toda persona es autónoma;
- b) Toda persona tiene derecho a decidir sobre su vida;
- c) La falta de calidad de vida que conllevan algunas enfermedades;
- d) No es justo el someter al hombre a circunstancias dolorosas, cuando se tiene el poder de evitarlo.

Pero, estos argumentos omiten las implicaciones sociales que tiene la eutanasia. Por su parte, algunos medios de comunicación⁸, que están a favor de su legalización, utilizan, más o menos, el siguiente silogismo:

5 Por ejemplo, en Casado, M. "Argumentos para el debate en torno a la eutanasia". En: *Morir en Libertad*. Royes, Barcelona, 2016, pp. 17-34; Casado, M. Royes, A. "Documento del Observatorio de Bioética y Derecho sobre la disposición de la propia vida en determinadas circunstancias: declaración sobre la eutanasia (2003; 2010)". En: *op. cit.* pp. 47-56; Sábada, J. "Eutanasia y ética". En: *op. cit.* pp. 57-67. La asociación Derecho a Morir Dignamente, <https://derechoamorar.org/index.php>. [Consulta: 12/11/2018]

6 Esto no quiere decir que los que están en contra de la legalización eutanasia, aprueben que el enfermo muera con sufrimiento. Estar en contra de la eutanasia, no quiere decir que se esté a favor de la obstinación o ensañamiento terapéuticos. Siempre se quiere, en caso contrario sería irracional, morir sin sufrimiento.

7 Martínez Sempere, E. "El derecho a una vida digna hasta el final: suicidio y eutanasia". *Araucaria. Revista Iberoamericana de Filosofía, Política, Humanidades y Relaciones Internacionales* 3, (2000), 15-24. También en <https://libreshastaelfinal.org/>; <https://derechoamorar.org/> [Consulta: 11/11/2018]

8 Como, por ejemplo, en el programa de "El Intermedio" de la Sexta, "Los Desayunos de la 1" de TVE1, el periódico "El País" [Consulta: 11/11/2018].

Premisa mayor: Una parte de la sociedad piensa que la vida es sagrada e indisponible; otra parte, en cambio, piensa que cada persona es soberana de sí mismo y, por tanto, puede disponer de su vida.

Premisa menor: En una democracia pluralista, como la nuestra, es intolerable que el legislador favorezca a una de las dos partes.

Conclusión: Por tanto, la legalización de la eutanasia es la única solución que garantiza la libertad individual, eso no hace que todos tengan la obligación de pedir la eutanasia.

Sin duda, este silogismo es atractivo y tiene apariencia de verdad, sin embargo, la premisa mayor es falsa. Prescinde de uno de los contenidos esenciales de la eutanasia: sus efectos sociales. Este "olvido" hace que el silogismo sea incorrecto.

Por otro lado, es un engaño establecer un debate con argumentaciones (repetidas muchas veces) exclusivamente sentimentales y ejemplos extremos y minoritarios de enorme impacto emocional, que buscan la mal entendida compasión⁹, dejando de lado argumentaciones de tipo racional, en las que no sólo se hable de la intención o fin del que obra, sino también del objeto de la acción eutanásica.

3. Dimensión social de la eutanasia

3.1. La vida humana, un bien común

Pensar que la eutanasia sólo redunda en uno mismo es un grave error. La eutanasia no es sólo un asunto puramente privado o individual, en aras de una falsa autonomía del paciente, o un "derecho" de una persona que ha pedido morir de manera expresa y libre, sino que tiene una importante repercusión social.

En efecto, la eutanasia no sólo afecta al sujeto que toma la decisión de terminar con su vida, compromete siempre a un tercero al que no se puede negar su posibilidad de determinar si está a favor o no de la acción eutanásica y del suicidio asistido.

9 Cf. García Sánchez, E. *Despertar la compasión. El cuidado ético de los enfermos graves*, Astrolabio, Pamplona, 2017.

Además, la posible legalización de la eutanasia elude la cuestión clave y central de este asunto, o lo que es lo mismo, el objeto de la acción: la eutanasia supone eliminar por la vía rápida, terminar o acabar con, matar... al enfermo terminal, al anciano, al tetraplégico.... lo pida el mismo, sus familiares, un representante del paciente, un juez o los “jefes” del hospital¹⁰.

La vida humana es un bien común de la sociedad¹¹. Los retos sociales y éticos, como la eutanasia, están todos interconectados y nos obligan a que proclamemos nuestra responsabilidad unos hacia los otros. El ser humano por ser tal debe cuidar del otro y la sociedad tiene que preocuparse, especialmente, por el cuidado de los enfermos, ancianos y discapacitados. Eso es lo que hace que nosotros y la sociedad seamos verdaderamente humanos.

Por tanto, el tema de la eutanasia nos sumerge en una ética de la responsabilidad colectiva, del cuidado esencial para con los demás. El cuidado del otro, tratado y concebido como un ser humano, hace que se crezca en humanidad.

De ahí que nadie, ni uno mismo, pueda erigirse en dueño absoluto de su vida, como si la vida humana fuese exclusivamente autorreferencial o como si la vida de cada uno no significase nada para los demás. Nuestra vida “vale” para los demás. Es el otro quién nos define y nos da forma como ser humano. No nos podemos entender y entendernos sin el otro. Nuestro existir influye en la vida de los otros.

Eso se debe a que el ser humano no es un ser aislado, sino que es un ser que vive en sociedad, en convivencia con los demás. No se es independiente de los demás, como si no se tuviese relación con los otros. Las acciones de un ser humano influyen en uno mismo y en los

demás. La vida de cada uno y, por lo tanto, también su manera de morir, afecta a todos.

La vida, como bien común, debe de tener las características de universalidad y de gratuidad, de ahí que de este bien común nadie pueda ser excluido. Solo puede alcanzarse e incrementarse a partir de la colaboración de los diversos miembros de la comunidad.

La vida es un derecho, de primera magnitud, de todos los seres humanos. O, dicho de otro modo, es el primero de los derechos fundamentales, porque sin vida no se podría hablar de los otros. Todo ser humano es responsable de la vida de sí mismo y de los otros. Más todavía, el Estado tiene la obligación de proteger y promover el bien común, ya que éste redundará en beneficio de la población.

En definitiva, la vida humana no sólo tiene una dimensión individual, sino también social-colectiva. Justamente, la responsabilidad social consiste, sobre todo, en hacerse cargo de la vida humana débil y frágil de quien ya no tiene capacidad de cuidar de sí mismo. El ser humano es un ser social, y su obrar no está exento de responsabilidad moral hacia el conjunto de la sociedad. Por eso, disponer de la propia vida con la finalidad de morir entra en conflicto con la consideración de la vida como bien común.

3.1.1. ¿Qué es morir con dignidad?

Algunos asocian la eutanasia con el término “dignidad”¹². Consideran justificados ciertos tipos de eutanasia para permitir una “muerte digna”. Pero, ¿puede traducirse la eutanasia por una “muerte digna” para el ser humano? Resulta al menos contradictorio que el concepto dignidad se utilice, desde el punto de vista ético, tanto para defender la legitimidad de la eutanasia, como para negarla, por lo que es urgente clarificar qué se quiere decir cuando se utiliza dicho término.

En efecto, ocurre, con mucha frecuencia, que cuando se utiliza el término “dignidad” se hace un uso equivocado o meramente formal del mismo, haciéndolo depender de la finalidad que su usuario, en cada caso, decida otorgarle.

¹⁰ “Estamos ante otro episodio de la equivocada relación entre medios y fines. La legalización de la eutanasia pretende que el fin de suprimir el dolor justifica el medio de acabar con la vida. Pero sabemos que esto no es así. Gregorio Marañón afirmó que ser liberal consiste en negar que el fin justifique los medios, sino que, por el contrario, son los medios los que justifican el fin. Y aquí, el medio es matar... No es posible que el bien surja del mal. En la valoración de la vida, no caben medias tintas”. Sánchez Cámara, I. *El sentido de la vida que se acaba*. 2018. < <http://www.abc.es/opinion> > [Consulta: 7/10/2018]

¹¹ La acepción general del concepto de *bien común* alude a aquello con lo que pueden obtener beneficios todos los individuos de una comunidad.

¹² Ver Requena, P. “Dignidad y autonomía en la bioética norteamericana”. *Cuadernos de Bioética* 66, (2008), 255-270.

Pero en medio de este uso equivoco del término “dignidad” se puede encontrar un fundamento común. Eso es lo que se hace en este artículo, el término “dignidad” se utiliza con un significado esencial: la dignidad de cada persona radica en su individualidad única y original¹³.

Por tanto, la dignidad de cualquier ser humano es el sustrato de sus características, de sus propiedades.... La vida humana “vale” por sí misma.

No es una preeminencia lograda por razón de alguna actividad o característica, sino lo que se expresa con este concepto es la excelencia del ser humano por el solo hecho de serlo. Su ser es su dignidad. No se es más o menos digno, dependiendo del cumplimiento de una serie de propiedades.

Por eso es errónea, y de la que se derivan falsas conclusiones, aquella postura que considera que la dignidad de la persona humana no radica en su individualidad única y original, sino que lo que le otorga esa excelencia es su conciencia, su memoria, su capacidad mental, su capacidad de autodeterminación, o el disfrute de una calidad de vida... Esta mentalidad vulnera la dignidad humana, y más, al final de la vida.

Todas las vidas humanas merecen la pena vivirse, por muy enfermos y deteriorados que estén sus cuerpos. Si en la práctica se sostiene lo contrario, se corre el riesgo de considerar que una persona humana que ha perdido o ha visto disminuida su autonomía física o mental, carece de una vida digna y se le pueda despojar de la dignidad intrínseca que posee por el hecho de ser humano.

Además, sería abrir una puerta donde la dignidad del ser humano se convertiría en objeto de ponderación respecto de otro valor, que, en un hipotético conflicto podría ser pospuesto por otro. Por consiguiente, la dignidad, que abarca toda la vida de un individuo humano, es el límite absoluto de carácter ético anterior a cualquier tipo de cálculo¹⁴

13 “Es un tipo de dignidad que poseemos los humanos en cuanto humanos: no puede perderse, ni admite gradación alguna. Es a esta dignidad a la que hace referencia el primer artículo de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), cuando sostiene que todos los seres humanos han nacido libres, con igual dignidad y son titulares de los derechos humanos”, Nordenfelt, L. “The Varieties of Dignity”. *Health Care Analysis* 12, (2004), 74.

14 Cf. Montero, E. “¿Hacia una legalización de la eutanasia voluntaria? Reflexiones acerca de la tesis de la autonomía”. *La Ley*,

En este asunto hay que tener claro que estas personas vulnerables mantienen intacta su dignidad, porque ésta se adquiere cuando se nace (el ser humano es digno por lo que es: un ser humano y no por poseer mayor o menor autonomía,) y, por tanto, nunca se pierde.

De tal manera que la dignidad humana, entendida como principio individual y social por excelencia del que se tiene que partir en cualquier diálogo, evita que cualquier ser humano se convierta en juez para decidir si otro carece o no de ella.

Por otra parte, los defensores de la legalización de la eutanasia vinculan la petición del paciente al concepto de dignidad humana. Ésta se expresa en la demanda de reconocimiento al derecho a una muerte digna (derecho inexistente¹⁵ que se defiende en aras de una falsa comprensión de la autonomía humana, esto es, no existe el derecho a quitarse la vida), el cual se enmarca en el ámbito de la intimidad personal. Además, sostienen que la decisión se sitúa en ese ámbito y los demás deben respetarla y actuar conforme a lo que uno ha decidido sobre sí mismo.

3.1.2. El significado profundo de la libertad humana

La vida, como la libertad, es un bien de la humanidad, por eso no puede eliminarse ni siquiera a petición propia. Nadie puede pedir la muerte, como nadie puede entregarse como esclavo voluntariamente¹⁶.

La eutanasia se justifica en aras de la libertad. Pero solo se puede hablar de la eutanasia como un derecho individual, si se parte de un concepto de libertad individualista y solipsista, esto es, cerrado en sí mismo. Esta concepción erigiría la propia libertad en fuente del derecho y, en consecuencia, los deseos individuales serían los creadores de derechos. Desde esta equivocada concepción de libertad se justifica la petición del enfermo.

Suprimir la vida significa destruir las raíces mismas de la libertad. Es un error pensar que existe una libertad

Revista Jurídica Española de Doctrina, Jurisprudencia y Bibliografía 2, (1999), 1722-1729.

15 Marcos Del Cano, A.M. *La eutanasia. Estudio filosófico-jurídico*, Marcial Pons, Madrid, 1999, 153.

16 Cf. Rodríguez, E. “La eutanasia y sus argumentos: reflexión crítica”. *Ars Médica* 2, (2000), 45-57.

individualista todopoderosa y egocéntrica fuera de todo límite racional. En efecto, la libertad sólo es totalmente libre y humana si se traduce en el compromiso individual para hacer el bien, no un mal y morir siempre es un mal.

3.1.3. Los límites de la autonomía de la voluntad

El término “autonomía” es un principio imprescindible y necesario en bioética, pero para esa labor este término tiene que estar vinculado al de dignidad. Pues ésta es más amplia que la autonomía, va más allá. La autonomía es una propiedad de la dignidad. Esto es así, porque hay personas que tienen disminuida o han perdido dicha autonomía y siguen teniendo dignidad. Requena señala tres manifestaciones de lo que significa respetar la dignidad, también cuando se ha perdido la autonomía: “*lavar a los moribundos en lugar de dejarlos sucios, humedecerles la boca para que no la tengan reseca, y trasladarlos cuidadosamente una vez han fallecido*”¹⁷.

Este mismo autor se pregunta:

*“¿Por qué una persona debería respetar la autonomía de otra, y no imponerse sin más por la fuerza? Esta pregunta no es posible contestarla de modo convincente sin la referencia a una categoría ontológica como la de dignidad. Es el «ser hombre», no el poseer mayor o menor autonomía, lo que hace gozar de una dignidad incontestable, lo que ofrece un fundamento sólido para construir una sociedad que respete la igualdad de todos y la no discriminación de algunos de sus miembros”*¹⁸.

Por tanto, la dignidad incluye la autonomía, pero no al revés. Tanto es así que la autonomía no significa aceptar como válida cualquier decisión que vaya en contra de nuestra dignidad. Ciertamente, nuestra sociedad ha hecho suyos como pilares básicos los derechos humanos, de tal forma que debe proteger a los ciudadanos para que puedan ser respetadas sus actuaciones, justamente, en el ámbito de estos derechos.

17 Requena, P. “Dignidad y autonomía en la bioética norteamericana”. *Cuadernos de Bioética* 66, (2008), 261.

18 Requena, P. *op. cit.* 262.

La sociedad garantiza proteger al individuo incluso frente a sí mismo¹⁹, cuando pretenda vulnerar sus propios derechos humanos. Por eso, puede entenderse que la exigencia de tratar a las personas respetando su dignidad, podrá significar, en ocasiones, limitar sus decisiones que vayan en contra de su dignidad, aunque se lleven a cabo de manera autónoma.

3.2. El papel de la profesión médica

Por otra parte, si se aceptara y legalizara la eutanasia, ¿dónde quedaría la autonomía del médico, su identidad profesional y su libre decisión?, ¿Dónde quedaría la *lex artis* del médico llamada siempre a curar o paliar el dolor, y jamás a dar muerte “ni siquiera movido por las apremiantes solicitudes de cualquiera” (*Juramento Hipocrático*)?, ¿Qué lugar ocuparía el diálogo y la confianza entre el médico y el paciente, si se supedita la opinión particular del médico y la *lex artis* de su profesión (ética médica) a los deseos del enfermo?

Estas preguntas permiten vislumbrar un horizonte incierto para la profesión médica y para la relación médico-paciente. Se va al médico, con la convicción de que él nos va a curar y/o aliviar. Pero en el caso de que se legalice la eutanasia, al médico se le otorgaría una nueva función social: la capacidad de disponer de nuestra vida.

Esta nueva función destruiría la relación de médico y paciente basada en la confianza. Además, no animaría a los equipos médicos a esforzarse en utilizar la imaginación y humanidad para acompañar al enfermo.

Martínez Otero se plantea cuál sería el papel del médico si se autorizase la eutanasia, esto es, en el caso de que se diese prioridad a los deseos del enfermo o de sus familiares:

“¿Estaría obligado el médico a retirar medidas de soporte vital si el paciente o sus familiares se lo solicitan?, ¿Se extendería esta obligación a cui-

19 STC 120/1990, de 27 de junio (Fundamento Jurídico 7) y STC 137/1990, de 30 de julio (Fundamento Jurídico 5) en relación a la huelga de hambre de determinados presos del GRAPO. Sin embargo, las sentencias comentadas han sido consideradas como relevantes en la discusión sobre el derecho a la vida en relación con la eutanasia.

dados considerados como debidos u ordinarios, tales como la hidratación o la higiene?, ¿Podría exigirse a un facultativo que aplique una sedación contraindicada, a petición del paciente, aunque la misma pueda resultar letal?, ¿Debería un enfermo terminal declarado incapaz confiar en que el médico va a cumplir siempre las exigencias de la lex artis?, ¿O podría temer que la misma fuera sustituida por la voluntad de sus familiares, o del propio médico en ausencia de aquéllos?, ¿El criterio médico tiene que estar supeditado a la decisión del paciente? El diálogo y la confianza pretenden sustituirse por la obediencia del médico al paciente (lo que pasaría si se legalizase la eutanasia en España), lo que llevará a la desconfianza mutua”²⁰.

A este respecto, la Organización Médica Colegial de España recuerda en un comunicado realizado el 21 de mayo de 2018, que en su Código de Deontología Médica dice: *“El médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de éste”*.²¹

Estos interrogantes y afirmaciones nos plantean, entre otras cosas, que, si se legalizase la eutanasia, en aras de un supuesto derecho a la autonomía del paciente sólo existiría el mismo para algunos ciudadanos, otros carecerían de ese derecho, es decir, la autonomía del médico quedaría en entredicho o, mejor dicho, desaparecería. No se puede obligar a un médico a realizar algo que ni su conciencia ni su ética se lo permiten.

Me parece que los que están a favor de la eutanasia hacen una exacerbación de la autonomía del paciente, cuya única limitación sería, en todo caso, la del ordenamiento jurídico sin hacer mención de la *lex artis* del médico. No se puede reducir a éste a un técnico que debe ejecutar los propios deseos del enfermo o de un representante legal del mismo.

²⁰ Martínez Otero, J. “Autonomía e información de los pacientes: del reconocimiento de derechos a la pérdida de confianza. Reflexiones con motivo de la aparición de nuevas normas sobre los derechos de los pacientes al final de la vida”. *Cuadernos de Bioética* 77, (2012), 165.

²¹ Artículo 36.

Por eso, si no se entiende debida y correctamente la autonomía del paciente se convierte al personal sanitario, especialmente al médico, en un ejecutor mecánico.

En efecto, la priorización de la autonomía del paciente obligaría a los profesionales de la salud a realizar acciones, aunque éstas fueran contrarias a su *lex artis* y a los principios deontológicos de su profesión. Desde esta perspectiva, los médicos deberían ceñirse exclusivamente “al ordenamiento jurídico”, rompiendo la relación médico-paciente basada en la confianza.

En efecto, si la eutanasia se admitiese legalmente, existiría el miedo a que los médicos pudieran tomar una decisión sobre mi vida. De este modo, la eutanasia rompe de manera trágica la confianza, en la que las dos voluntades (la del médico y la del paciente), a través del diálogo y del respeto contribuyen a lograr la mejoría del enfermo.

Si se debilita el compromiso médico de preservar la vida, los “médicos” se dedicarían también a provocar la muerte, entonces la naturaleza misma de la medicina y la propia identidad del médico sufrirían una profunda transformación. El “médico” adoptaría el papel de un técnico amoral, que tanto puede poner fin a una vida humana como salvarla.

A tenor de estos argumentos se puede afirmar que la eutanasia es una práctica anti-médica, pues el fin de las profesiones sanitarias es la curación y la supresión del dolor, hasta donde es posible, y no causar la muerte. Poner fin deliberadamente a la vida de un paciente es algo que va totalmente en contra de las buenas prácticas de la medicina.

El enfermo quiere que los profesionales sanitarios pongan todos los medios para que estén junto a él al final de su vida cuidándole y aliviándole, muriendo en paz y sin dolor.

2.3. Valoración social del enfermo

Otra implicación de esta dimensión pública o social de la eutanasia radica en que si se legalizase ésta se potenciaría que el dependiente, el anciano o el enfermo (y más en una sociedad consumista como la nuestra) no sea valorado por su ser, sino por su capacidad de producir.

Si reina esta mentalidad, todos los que fuesen vulnerables se sentirían como una carga económica social y familiar. Se verían como seres molestos, como un estorbo, que lo mejor que pueden hacer es desaparecer. Padecerían una enorme inseguridad y presión, y, por ello, podrían sentirse inducidos a pedir su desaparición²².

Es fundamental, y más aún al final de la vida, que el ser humano nunca tenga sensación de “estorbo”, de “problema” o de “abandono”: los pacientes terminales, al no poder hacer prácticamente nada, sienten que la vida para ellos carece de sentido, y esa falta de utilidad puede convertirse en un sufrimiento al tener que depender completamente de otros. En esta situación, a esas personas hay que decirles que se les va a cuidar siempre, y, que su presencia entre nosotros es muy necesaria.

Por consiguiente, la sociedad tiene que interiorizar urgentemente este mensaje: es un desafío para hoy día acompañar, cuidar, querer, respetar y valorar al enfermo que padece tales trances. Cuidar a los enfermos, asistir a los ancianos, intentar sacar adelante personas que no podrán ser de utilidad para la sociedad. Estas notas hacen que se hable de sociedades más humanas.

Si la dignidad no se reconoce a todo ser humano, independientemente de su estado de salud, de su utilidad...la atención a enfermos incurables y terminales, que colapsa determinados servicios sociales sanitarios y que supone una gran inversión económica y de personal, quedaría en el aire.

Aceptar la eutanasia sería apostar inconscientemente por el fracaso de la sociedad. Una sociedad que acepta la terminación de la vida de algunas personas, en razón de la precariedad de su salud y por la actuación de terceros, se inflige a sí misma la ofensa que supone considerar indigna la vida de algunas personas enfermas o intensamente disminuidas.

No se puede dar muerte a otra persona porque haya perdido la salud física, ni por nada, aunque te lo pida, porque, de lo contrario, sería matar, que es lo mismo que decir implícitamente que la vida humana merece la pena vivirse si se da una serie de condiciones.

22 Cf. Martínez Otero, J. “La hipertrofia del principio de autonomía en el debate bioético”. *Cuadernos de Bioética* 94, (2017), 336.

El respeto por la vida de los demás no solo es el primer principio ético individual, sino también social. Por lo tanto, la sociedad está obligada a protegerla.

Por último, no hay que olvidar que los enfermos que hacen una petición de eutanasia lo que, en el fondo, piden no solo no padecer dolor físico, sino también cualquier tipo de sufrimiento.

Por lo tanto, cuando un enfermo pide que le ayuden a morir lo que está reclamando es que le quiten el sufrimiento, le den calor humano, le escuchen, le acompañen en sus últimos días de vida, le consuelen y le den más cariño²³, y no la inyección letal. Si se le concede la muerte y el cumplimiento de su deseo, se le está diciendo indirectamente: *¡Lo sentimos, nada más podemos hacer por tí!*²⁴. La eutanasia, en pocas palabras, es fruto de la impotencia. Abogar por ella sería una claudicación de la sociedad. Supone una derrota social y médica, un freno al progreso de las ciencias de la salud en un campo tan importante como es el de las enfermedades terminales que dejarían de ser investigadas tanto en su cura como en su paliación ante el asombro de miles de enfermos y sus familias.

En definitiva, nadie tiene derecho a provocar la muerte de otro, a aniquilarlo para que deje de ser, aunque el “enfermo” lo pida. Y nadie (el “enfermo”) puede tener el derecho de exigirle a otra persona que cometa una maldad.

Por otra parte, si se admitiese la eutanasia se caería en lo que se ha denominado pendiente resbaladiza o resbalosa²⁵ (abrir un camino que es difícil de parar). En general, en los países europeos donde se ha producido la despenalización o legalización de la eutanasia se ha producido un fenómeno de “pendiente resbaladiza” o

23 E. Montero se pregunta por el verdadero contenido de la petición: “¿Quién no ve que una petición de eutanasia, lejos de ser la pretendida afirmación lúcida de una voluntad libre y autónoma, traduce por lo general el deseo ambivalente de escapar a determinados sufrimientos, salvo que se trate, con mayor razón aún, de una señal de angustia o de una petición de amor?”, Montero, E. *op. cit.* 1725; Requena, P. ¡Doctor, no haga lo posible! De la limitación a la prudencia terapéutica, Comares, Granada, 2017.

24 Cf. Rodríguez, E. “La eutanasia y sus argumentos: reflexión crítica”. *Ars Médica* 2, (2000), 45-57.

25 La pendiente resbaladiza indica las consecuencias previsibles que se producirán en el caso de liberalizarse algunas prácticas en contra de la vida y de la dignidad del ser humano.

deslizamiento, es decir, se comienza con una legislación muy restrictiva a pacientes terminales de enfermedades muy graves y con sufrimiento físico importante y luego se va aceptado progresivamente una interpretación más laxa, donde se considera el sufrimiento psicológico, entran también las enfermedades incapacitantes no terminales, e incluso los médicos toman decisiones de llevar a cabo la eutanasia sin contar con la voluntad de los pacientes e incluso en contra²⁶. Por ejemplo, existen abundantes informes y noticias sobre la ampliación de la eutanasia en Holanda²⁷ y en Bélgica²⁸ en los que queda patente la pérdida de valoración social del enfermo.

4. Los Cuidados paliativos

Los Cuidados Paliativos²⁹ tienen en cuenta no sólo

26 Ver "Responsable de regular la eutanasia en Holanda dimite por su creciente aplicación a ancianos con demencia", disponible online en <<http://www.infocatica.com/?t=noticia&cod=31457>> [Consulta: 25/09/2018].

Ver también, Serrano Ruiz-Calderón, J.M. La cuestión de la eutanasia en España. Consecuencias jurídicas, *Cuadernos de Bioética* 62, (2007), 11-54.

27 Ver Ferrer, I. *Las muertes por eutanasia son ya un 4% de los fallecimientos en Holanda*, 2017, disponible online en <http://www.elpais.com/internacional/2017/04/13/actualidad/1492099046_930195.html>. [Consulta: 4/10/2018]. Como sostienen Gutiérrez y Ortega: "En el año 1973 tuvo lugar la primera sentencia prácticamente absolutoria de un caso de eutanasia. En 1984 se la despenalizó; en 1993 tuvo lugar la reglamentación de la eutanasia, y en el año 2000 la liberalización de la misma", ver Vega Gutiérrez, J. Ortega, I. "La «pendiente resbaladiza» en la eutanasia en Holanda". *Cuadernos de bioética* 62, (2007), 90.

28 Ver Sánchez, A. *Polémica en Bélgica por la eutanasia que una paciente no pidió*, disponible online en <http://www.elpais.com/internacional/2018/01/14/mundo_global/1515955301_274598.html>. [Consulta: 28/09/2018, Gutiérrez propone un esquema para poder verificar el fenómeno de la pendiente resbaladiza en la eutanasia en Bélgica: "El Nivel A, que nos coloca en el inicio de la Pendiente Resbaladiza, es una ley que autoriza el suicidio médicamente asistido, cuando se cumplen tres requisitos: 1º plena voluntariedad, 2º condición de enfermo terminal, 3º padecer dolores insoportables. El descenso por la pendiente hasta alcanzar el Nivel B se produciría cuando se permiten los casos no voluntarios e involuntarios (ancianos dementes, enfermos con perturbaciones mentales, etc.). El descenso por la pendiente hasta alcanzar el Nivel C se produciría cuando se permite el suicidio médicamente asistido en enfermos incurables no terminales, o que no están en situación irreversible, o con enfermedades de las que se pueden curar. El descenso por la pendiente hasta alcanzar el Nivel D se produciría cuando se permite el suicidio médicamente asistido por motivos de sufrimiento psicológico, por pérdida de la autonomía, escasa calidad de vida, sentimiento de ser una carga económica, etc.", Vega Gutiérrez, J. "La práctica de la eutanasia en Bélgica y la «pendiente resbaladiza». *Cuadernos Bioética* 62, (2007), 77-78.

29 "Consisten en la atención integral, individualizada y continuada de personas y sus familias con una enfermedad avanzada, progresiva o terminal, que tiene síntomas múltiples, multifactoriales y cambiantes, con alto impacto emocional, social y espiritual, y alta necesidad y demanda de atención. Estas necesidades deben ser

la dimensión social en el final de la vida del ser humano, sino que proporcionan una atención integral a los enfermos en todas sus dimensiones (física, psicológica-afectiva, social, religiosa y espiritual) y a sus familiares, con el fin de ayudar a obtener el mayor grado de bienestar posible dentro del contexto de la enfermedad terminal, no sólo ofreciendo soluciones técnicas, sino también asistenciales y de acompañamiento³⁰.

Para que se dé un cuidado integral de estas dimensiones se requiere la estrecha cooperación de equipos multidisciplinares, que pueden englobar a profesionales sanitarios (médicos, enfermeras, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales, auxiliares de enfermería, psicólogos...), a expertos en ética, a asesores espirituales, a abogados y a voluntarios.

Los Cuidados Paliativos se basan en el respeto a la vida humana. Su objetivo es ayudar a vivir con dignidad hasta la muerte. Lo que incluye, además del alivio del dolor, el control de los síntomas y el bienestar psicológico y espiritual; pero en ningún caso, la eutanasia y el suicidio asistido. De ahí que sean la opción más acorde con la dignidad del ser humano al final de su vida.

De forma concisa, los Cuidados Paliativos son la mejor manera de ayudar a morir al enfermo, no "ayudándolo" a terminar con él. La opción por ellos es precisamente lo que éticamente el médico puede hacer como médico. Son una solución médica para el sufrimiento humano.

atendidas de manera competente, con los objetivos de mejora del confort y la calidad de vida, definida por enfermos y familias, y de acuerdo con sus valores, preferencias y creencias". Definición de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), 2002.

El Grupo de Trabajo de Atención Médica al Final de la Vida de la Organización Médica Colegial (OMC) y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos han elaborado la Declaración "Atención Médica al final de la vida: conceptos y definiciones" considera los cuidados paliativos "como una "buena práctica" médica al final de la vida. Proporcionan una atención integral a los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo y donde es primordial el control de síntomas, especialmente del dolor, así como el abordaje de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. Tienen un enfoque interdisciplinario e incluyen al paciente, la familia y su entorno, ya sea en casa o en el hospital. Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal; ni aceleran ni retrasan la muerte. Tienen por objeto preservar la mejor calidad de vida posible hasta el final. La buena práctica médica supone la aplicación de medidas terapéuticas proporcionadas, evitando tanto la obstinación como el abandono, el alargamiento innecesario o el acortamiento deliberado de la vida".

30 Cf. Pascual López, A. Centeno Cortés, C. Gómez Sancho, M. Naval Vicuña, M. *Manual de Medicina Paliativa*, Eunsa, Pamplona, 2009.

Nos introducen en la reflexión antropológica de nuestra propia limitación y fragilidad, ya que la acción del cuidado de la vida humana y de la asistencia paliativa, dignifican el proceso del morir.

Por tanto, una sociedad realmente solidaria debería centrar sus esfuerzos para ayudar a morir con dignidad a quien está llegando al final de su vida: cuidándolo, de tal manera que no tenga sufrimientos de ningún tipo y que no le quepa la menor duda de que, aunque físicamente esté muy deteriorado por la enfermedad que padece, no ha perdido ni un ápice de su dignidad.

En definitiva, los Cuidados Paliativos responden, de forma plena, a la situación humana inevitable de morir, y manifiestan, a la vez, nuestra humanidad; afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal de la vida de un ser humano. Son la verdadera respuesta antropológica y ética al sufrimiento del enfermo y de su familia al final de la vida. Por eso, responden mejor a la vida como bien común en la situación final de la vida del ser humano.

Conclusiones

1. La reciente propuesta de Ley sobre eutanasia y suicidio asistido no responde a una real demanda social. Lo que el ser humano quiere es morir sin sufrimiento y esta posibilidad, hoy día, nos la ofrece los Cuidados Paliativos. Éstos posibilitan la “muerte digna” de los enfermos.

Sería más efectiva, en *pro* del beneficio de muchos enfermos, una estrategia política y social que ponga todos los esfuerzos y medios posibles (económicos, sociales, profesionales sanitarios...) para extender de forma universal unos Cuidados Paliativos de calidad, que atiendan todas las necesidades de los enfermos. Por tanto, lo que faltan son más medios y recursos para que sea equitativa la calidad de esos servicios en toda España.

En este sentido, la puesta en práctica de las legislaciones autonómicas sobre el respeto a la muerte digna (que entre otras cosas proponen la implementación cualificada de los Cuidados Paliativos), son la mejor respuesta “social” a los problemas al final de la vida, no de una manera sectorial, como quiere responder la Proposición de Ley, sino de una manera integral, siendo además la

respuesta médica apropiada.

Lo que no se puede permitir es que las personas mueran en situaciones “muy deplorables” (sufrimientos evitables), debido a la mala atención al final de la vida de los pacientes, es decir, que sufran muchas personas porque no existan Cuidados Paliativos suficientes. Muchas personas mueren cada año en nuestro país con un sufrimiento intenso, innecesario y perfectamente evitable si dispusieran de suficientes recursos para dichos cuidados paliativos.

Los Cuidados Paliativos deben ser un derecho de todos los pacientes dentro del Sistema público de Salud con los que aliviar sus sufrimientos, eliminar el dolor y mejorar sus condiciones de vida. En consecuencia, la prioridad es que alcancen a todos y que éstos sean de calidad. Ofrecer la eutanasia cuando no está resuelto el acceso universal a los Cuidados Paliativos es una irresponsabilidad, una negligencia y algo contrario a la justicia social. Además, introducir una ley para despenalizar la eutanasia olvida a las personas (eliminándolas) más vulnerables de la sociedad (discapacitados, enfermos terminales, ancianos...).

Es necesario, por tanto, aprobar una ley que garantice una atención integral a las necesidades de los enfermos al final de la vida, no una ley para acabar con ellos, es decir, se deben primero legislar, a nivel nacional, los Cuidados Paliativos, antes que legalizar la eutanasia.

2. Es un tremendo error considerar la eutanasia, como un derecho exclusivamente individual, porque omite su dimensión social, al ser la muerte un tema que nos afecta a todos e incide en la protección del bien común. El ser humano se va haciendo tal en el trato y cuidado de la vida del otro, no terminando con su vida.

Esta perspectiva supone preguntarnos si mis acciones y las de los demás responden a la dignidad que reclama mi propia existencia y la del otro. Por tanto, la cuestión clave en este asunto, en la que se pone en juego la dignidad de cada uno, sería: ¿cómo me comporto con las personas débiles y frágiles, de esta sociedad productivista y utilitarista, que son, además de los niños, los ancianos, enfermos y discapacitados?

Por tanto, la legalización de la eutanasia conllevaría consecuencias negativas para el bien común, en concreto, se debilitaría la protección de la vida de los más vulnerables.

3. La enfermedad y el sufrimiento son constitutivos de la naturaleza del ser humano. Si se defiende la eutanasia, el enfermo no será valorado por su ser. Un enfermo no puede sentirse nunca como un estorbo. Para ello, se ha de asistir a los ancianos y cuidar siempre a los enfermos hasta el final de sus vidas, individual, social y políticamente.

Aprobar la eutanasia es admitir la rendición colectiva ante el ser humano que nos interpela en sus necesidades.

4. Los médicos y su equipo, pero también nosotros, tienen la "oportunidad" de presentar nuestro rostro más humano frente al enfermo que vive una dramática situación próxima a la muerte.

Por último, parece que este debate sobre la eutanasia no es médico, pues éste, por ser lo que es, nunca debe dar muerte al enfermo. Si se admitiese y legalizase la eutanasia sería una contradicción, pues los conceptos profesión médica y eutanasia son antónimos.

En todo caso, el debate sobre la eutanasia y el suicidio asistido será social, ético, ideológico..., pero nunca médico, porque va en contra de la tarea médica otorgada por la sociedad. Los Cuidados Paliativos son la respuesta médica a morir con dignidad en un contexto humanizado ante el final de la vida de un ser humano y, por ende, la eutanasia se convierte en mera competidora de los mismos.

Referencias

- Casado, M. "Argumentos para el debate en torno a la eutanasia". En: *Morir en Libertad*. Royes, A, Barcelona, 2016.
- Casado, M. Royes, A. "Documento del Observatorio de Bioética y Derecho sobre la disposición de la propia vida en determinadas circunstancias: declaración sobre la eutanasia (2003; 2010)". En: *Morir en Libertad*. Royes, A, Barcelona, 2016.
- Ferrer, I. *Las muertes por eutanasia son ya un 4% de los fallecimientos en Holanda*, 2017. < <http://www.abc.es/opinion> > [Consulta: 4/10/2018]
- Ferrer Hernández, M.E. "Legalización de la eutanasia como opción a una muerte digna. Cultura de los cuidados". *Revista de enfermería y humanidades*. 11, (2002), 87-95.
- García Sánchez, E. *Despertar la compasión. El cuidado ético de los enfermos graves*, Astrolabio, Pamplona, 2017;
- "El rescate de lo humano en el enfermo que se muere". *Cuadernos de Bioética* (2012), 77: 135-149.
- Grupo de Trabajo de Atención Médica al Final de la Vida de la Organización Médica Colegial (OMC) y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL).
- Hendin, H. *Seducidos por la muerte. Médicos y pacientes ante el suicidio asistido y la eutanasia*, Planeta, Barcelona 2009.
- Martínez Otero, J. "Autonomía e información de los pacientes: del reconocimiento de derechos a la pérdida de confianza. Reflexiones con motivo de la aparición de nuevas normas sobre los derechos de los pacientes al final de la vida". *Cuadernos de Bioética*. (2012), 77: 151-167.
- Martínez Otero, J. "La hipertrofia del principio de autonomía en el debate bioético". *Cuadernos de Bioética* (2017), 94: 329-340.
- Martínez Sempere, E. "El derecho a una vida digna hasta el final: suicidio y eutanasia". *Araucaria. Revista Iberoamericana de Filosofía, Política, Humanidades y Relaciones Internacionales* 3, (2000), 15-24.
- Montero, E. "¿Hacia una legalización de la eutanasia voluntaria? Reflexiones acerca de la tesis de la autonomía". *La Ley, Revista Jurídica Española de Doctrina, Jurisprudencia y Bibliografía* 4755, (1999), 1722-1729.
- Pascual López, A. Centeno Cortés, C. Gómez Sancho, M. Naval Vicuña M. *Manual de Medicina Paliativa*, Eunsa, Pamplona, 2009.
- Requena, P. ¡Doctor, no haga lo posible! De la limitación a la prudencia terapéutica, Comares, Granada, 2017.

- Dignidad y autonomía en la bioética norteamericana, *Cuadernos de Bioética* (2008), 66: 255-270.
- Rodríguez, E. "La eutanasia y sus argumentos: reflexión crítica". *Ars Médica* 2, (2000), 45-57.
- Sábada, J. "Eutanasia y ética". En: *Morir en Libertad*, Royes, A. Barcelona, 2016.
- Sánchez, A. *Polémica en Bélgica por la eutanasia que una paciente no pidió*, 2018. < http://www.elpais.com/internacional/2018/01/14/mundo_global/1515955301_274598.html > [Consulta: 28/09/2018]
- Sánchez Cámara, I. *El sentido de la vida que se acaba*. 2018.<<http://www.abc.es/opinion>> [Consulta: 7/10/2018]
- Serrano Ruiz-Calderón, J.M. La cuestión de la eutanasia en España. Consecuencias jurídicas, *Cuadernos de Bioética* (2007), 62:11-54.
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL, 2002, 2015).
- Vega Gutiérrez, J. "La práctica de la eutanasia en Bélgica y la "pendiente resbaladiza". *Cuadernos de Bioética* (2007), 62: 71-87.
- "La "pendiente resbaladiza" en la eutanasia en Holanda". *Cuadernos de bioética* (2007), 62: 89-104.