Apuntes de Bioética
Vol. 3 No. 1 (2020): Apuntes de Bioética Vol. 03. N° 1, 47-63
Clinical Bioethics and Technoscience

Euthanasia: "medicine" of desire

Roberto Germán Zurriaráin Universidad de La Rioja, La Rioja, España

When we think and talk about the end of human life, we ask ourselves: What would be better: euthanasia or the therapeutic obstinacy? Not one option, not another. We do not want to die prematurely, nor do we want to die intentionally. What we want is to die without suffering and in good condition. What cannot be admitted is that there are people who die without the chemical resources to alleviate their pain, without the social resources to look after themselves well, and without the affective resources to be accompanied with affection.
Therefore, palliative care is the only ethical and sanitary option at the end of a person's life, in accordance with due respect for their dignity, and more, in a situation of vulnerability.
On the contrary, to support euthanasia and therapeutic obstinacy is to defend, basically, a medicine of desire: two extremes of the same individualistic desire. To this is added, that euthanasia is understood in terms of a "right to die", which must be attended to.

Palabras claves: Dignidad, Eutanasia, Cuidados paliativos, Deseo, Derecho

Abstract

When we think and talk about the end of human life, we ask ourselves: What would be better: euthanasia or the therapeutic obstinacy? Not one option, not another. We do not want to die prematurely, nor do we want to die intentionally. What we want is to die without suffering and in good condition. What cannot be admitted is that there are people who die without the chemical resources to alleviate their pain, without the social resources to look after themselves well, and without the affective resources to be accompanied with affection.

Therefore, palliative care is the only ethical and sanitary option at the end of a person's life, in accordance with due respect for their dignity, and more, in a situation of vulnerability.

On the contrary, to support euthanasia and therapeutic obstinacy is to defend, basically, a medicine of desire: two extremes of the same individualistic desire. To this is added, that euthanasia is understood in terms of a "right to die", which must be attended to.

Keywords: Dignity, Euthanasia, Palliative care, Desire, Right

Introducción

Es indudable que la muerte forma parte de la vida. Todos vamos a morir. Para el ser humano es tan natural vivir como morir. Somos seres contingentes, limitados, frágiles y vulnerables. “Venir a este mundo” como “irse de él” son dos hechos ineludibles de la vida que no son, únicamente, individuales, sino también, sociales. Por lo tanto, dejando a un lado prejuicios y posturas ideológicas, y desde un punto de vista racional, tratando el tema del final de la vida desde el prisma bioético, el núcleo de la cuestión es: ¿Qué hacer con una persona que padece una enfermedad grave e incurable?, ¿qué respuesta, como sociedad, damos a esa pregunta?

Todas las legislaciones en el mundo que han aprobado la eutanasia y, en concreto, el Proyecto español de Ley Orgánica sobre la Regulación de la Eutanasia, que se presentó el 24 de enero de

2020 (aplazado en el Congreso de los Diputados por la pandemia), no responden a estas preguntas.

Las leyes aprobadas sobre la eutanasia y las que están en curso, alegan que en la sociedad se da una demanda masiva de la misma. Pero, a decir verdad, no existe tal demanda, lo que sí existe es una demanda real a no sufrir. Se apela, por tanto, a una demanda social imaginaria para legislar a su favor.

El debate, a favor de la eutanasia, se presenta como elección entre dos únicas opciones: "O se despenaliza la eutanasia o se muere con unos dolores terribles". Este planteamiento se parece a la de aquellos que establecen únicamente dos caminos a elegir: uno bueno y el otro malo. Evidentemente, se elige el bueno que, "casualmente", coincide con el que yo, previamente, había elegido. Luego, esta disyuntiva es falsa.

Además, los defensores de la legalización de la eutanasia hacen el siguiente silogismo:

"Premisa mayor: Una parte de la sociedad piensa que la vida es sagrada e indisponible e incondicional. 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.

Pero, este silogismo no es cierto, porque prescinde, en la premisa mayor, de uno de los contenidos esenciales de la eutanasia, que como se ha dicho, es también un hecho social, no solo individual" (Germán, 2019).

Sin embargo, los promotores de la eutanasia sostienen que ésta surge de una decisión individual, que procede de mi deseo y, por eso, pertenece al ámbito exclusivamente personal.

Pero, la sociedad no es un conjunto de individuos, un agregado de mónadas que coinciden sobre el mismo espacio y optan por las ventajas de constituir una sociedad. Al contrario, lo propio de la naturaleza humana es vivir en sociedad. Por consiguiente, el debate sobre la eutanasia tiene un indiscutible e ineludible componente sociopolítico.

A pesar de todo esto, hay que reconocer que el silogismo es atractivo y tiene apariencia de verdad.

Sobre la metodología empleada, el presente trabajo se trata de una revisión bibliográfica descriptiva y evaluativa. Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en la base de datos Dialnet, con los términos "medicina del deseo", teniendo en cuenta aquellos artículos más relevantes sobre el tema, y la bibliografía que se deriva de los mismos, también se han utilizado fuentes secundarias, libros divulgativos científicos y artículos de bioética no indexados.

Antes de detenernos en la premisa mayor del silogismo, es preciso definir el término eutanasia. Se entiende por eutanasia (llamada también eufemísticamente "final anticipado de la vida") a la "conducta (acción u omisión) intencionalmente dirigida a terminar con la vida de una persona que tiene una enfermedad grave e irreversible, por razones compasivas (esto es, con el fin de minimizar el sufrimiento) y en un contexto médico" (Sociedad Española de Cuidados Paliativos [SECPAL], 2002).

La eutanasia supone, entonces, provocar la muerte de otra persona, con o sin su consentimiento, para evitarle dolores o padecimientos físicos o morales, que se consideran insoportables. Y como se puede matar por acción o por omisión se habla de eutanasia activa y de "eutanasia pasiva".

1. **Aclaraciones terminológicas**
2. **Dimensión social de la eutanasia**

Realizada esta aclaración terminológica, las legislaciones en el mundo sobre la eutanasia, y, en concreto, el Proyecto de Ley español sobre la misma, olvidan esta dimensión; omiten que la vida humana es un bien común: un bien de todos y para todos.

Así es, la eutanasia no sólo implica el ejercicio de un supuesto derecho individual de alguien que, de forma voluntaria, pide morir, sino que la repercusión directa en los demás.

En efecto, en la eutanasia interviene la persona que decide terminar con su vida, y compromete, claramente, a un tercero, al que se le niega la opción de estar a favor o en contra de la misma.

La eutanasia tiene, al menos, una triple repercusión social: la primera, que el Estado tiene el deber de proteger la vida humana; la segunda, que supone no valorar socialmente al enfermo, al anciano, al discapacitado. Como afirma la Asociación Española de Bioética: “un debilitamiento de la actitud de defensa de la vida hacia los más débiles; y la tercera, el empobrecimiento del quehacer sanitario” (Asociación Española de Bioética y Ética Médica [AEBI], 2018).

No nos vamos a detener en esta tercera repercusión. En cuanto a la primera, la Constitución española, y en muchas Constituciones del mundo, otorga al Estado el deber de respetar y proteger la vida, incluso frente al titular de la misma. Luego, el deseo de morir no es consecuencia del derecho a la vida. Al contrario, el deber del Estado es legislar a favor del derecho a la vida de los ciudadanos, es decir, exige que ningún ciudadano coopere o elimine a otro, incluso prestando su consentimiento o lo solicite.

En cuanto a la segunda repercusión, la eutanasia debilita la actitud de respeto por la vida de los más débiles. Estos colectivos ya suelen ser vistos como vidas sin valor social. La práctica eutanásica favorece y aumenta esta mentalidad. Por eso, que uno pueda matar a otro bajo cierta excepcionalidad afianza la poca valoración de la sociedad hacia los más frágiles. Sin embargo, la vulnerabilidad es una particularidad intrínseca del ser humano que, lejos de alterar su dignidad, permite evidenciar la necesidad de los otros para alcanzar su plenitud (Macpherson y Roqué-Sánchez, 2019). Como afirma Zygmunt: "Se mide la capacidad de un puente para soportar el peso por la fuerza de su pilar más débil. La calidad humana de una sociedad debería medirse por la calidad de vida de sus miembros más débiles" (Bauman, 2001).

Los retos sociales y éticos, como la eutanasia, “están interconectados y nos obligan a que proclamemos nuestra responsabilidad de unos hacia otros. El ser humano, por ser tal, debe cuidar del otro, y la sociedad tiene que preocuparse, especialmente, por el cuidado de los enfermos, discapacitados y mayores” (Germán, 2017). Eso es lo que hace que nosotros y la sociedad seamos realmente humanos. Por tanto, el tema de la eutanasia nos sumerge en una ética del cuidado y de la responsabilidad para con los demás. El cuidado hace que se crezcamos en humanidad.

Por consiguiente, lo que está en juego no es sólo un problema jurídico (que la eutanasia constituya una conducta prohibida o debida), es, sobre todo, un problema social-cultural: el lugar que ocuparían en la sociedad las personas frágiles, sujetos de una eutanasia socialmente aceptada y normalizada, e incluso meritoria para aquellos que la solicitaran.

Poniendo ahora nuestra atención en las dos alternativas de la premisa mayor del silogismo (la vida es sagrada e indisponible e incondicional, o cada persona es soberana de sí mismo y, por tanto, puede disponer de su vida) se presentan ambas como legítimas, validas o respetables. Pero esta última es, en nuestra opinión, una barbaridad, pues con ella se pretende que la sociedad asuma que el deseo de la autodestrucción es un bien, algo humanamente digno.

Una vez más se comprueba que la eutanasia no solo repercute en mí al proceder de mi decisión

individual, sino que conlleva importantes efectos sociales.

Los médicos ante la eutanasia y sus consecuencias

La mayoría de los médicos están en contra de la eutanasia por dos motivos:

a) es una medida anti-médica. Un ejemplo de esta afirmación son las palabras del presidente de la Organización Médica Colegial Española:

España no necesita eutanasia, que es una práctica anti-médica (va en contra de la profesión médica) que repugna al 79 % de los médicos y consiste, básicamente, en matar al enfermo. Lo que España necesita es una mejora clara de los Cuidados Paliativos en recursos y en normativas (Organización Médica Colegial Española [OMC], 2018).

En esta misma dirección, el Código de Ética y Deontología Médica de la Organización Médica Colegial española, artículo 36, dice que:

1. El médico tiene el deber de intentar la curación o mejoría del paciente siempre que sea posible. Cuando ya no lo sea, permanece la obligación de aplicar las medidas adecuadas para conseguir su bienestar, aun cuando de ello pudiera derivarse un acortamiento de la vida…3. El médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de éste (OMC, 2011).

El artículo 28.2 de este mismo Código dice:

En caso de enfermedad incurable y terminal, el médico debe limitarse a aliviar los dolores físicos y morales, manteniendo en todo lo posible la calidad de una vida que se agota, y evitando emprender o continuar acciones terapéuticas sin esperanza, inútiles u obstinadas. Asistirá al enfermo hasta el final, con el respeto que merece la dignidad humana (OMC, 2011).

Apoyar la eutanasia implica, por tanto, ir en contra de deontología médica y de su ejercicio profesional, en aras de proporcionar salud y aliviar el sufrimiento, exigencias que nacen de la dignidad humana y del derecho a vivir.

b) muchos sectores médicos insisten en la urgencia social de una mejora clara en recursos específicos de cuidados paliativos, porque miles de personas mueren con dolor por no tener acceso a recibirlos.

En este sentido, J. Rocafort, expresidente de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, afirma que:

a) 60.000 personas que cada año están sufriendo innecesariamente, porque necesitan cuidados paliativos avanzados, y no los tienen; b) cada día 150 personas sufren innecesariamente; c) cada 10 minutos, una persona fallece en España con sufrimiento; d) 80.000 personas fallecen cada año en España sin acceso a los servicios de Cuidados Paliativos, lo que les genera un sufrimiento innecesario; e) y por último, más del 50% carece de Cuidados Paliativos” (Observatorio de Bioética, 2017).

Por su parte, la Asociación Médica Mundial, en su Declaración del 31 de octubre de 2019, se opone a la eutanasia reiterando su posición “al considerar que ésta, aunque sea por voluntad propia o a petición de sus familiares, es contraria a la ética” (Asociación Médica Mundial [AMM], 2019).

Por consiguiente, se ve claramente a partir de estas declaraciones que, si los médicos se dedicasen a quitar la vida, su actuación estaría en contra de su compromiso ético-profesional.

Así es, el significado esencial del médico es el arte de curar. Por eso, la eutanasia es una práctica anti-médica. La eutanasia ni es medicina, ni el médico podría considerarse como tal, si ejecutara ese acto. Los médicos no estudian medicina para suprimir vidas humanas, sino para curar enfermedades. Al personal sanitario se le ha enseñado a eliminar la enfermedad, no al enfermo. Algunas veces no se puede curar, pero sí siempre acompañar y aliviar. La identidad y el cometido de los médicos es defender y respetar la vida humana, no decidir o llevar a cabo la muerte.

Teniendo en cuenta estos argumentos de carácter médico, no ideológico, resulta contradictorio que, los que están a favor de la eutanasia o su legalización se olviden de la Resolución de la Asociación Médica Mundial sobre La Prohibición de la Participación de Médicos en la Pena de Muerte, de 2018.

Extraña que las razones que se esgrimen para rechazar la pena de muerte no sean también las utilizadas para oponerse a la eutanasia. Los argumentos, que suelen emplearse, son: a) no es necesaria, pues, hoy día, se puede prevenir el crimen con otros métodos; b) injusta, porque ninguna vida humana es descartable; c) irreparable, pues los eventuales fallos judiciales se vuelven irremediables. En consecuencia, la siguiente pregunta es inevitable: ¿por qué no se utilizan estos mismos argumentos para la negativa de la eutanasia y su legalización?

Otra consecuencia negativa de la eutanasia es que rompe la relación de confianza médico-paciente. En efecto, la eutanasia rompe la confianza como fundamento de la relación médico-paciente. No nos podemos imaginar dicha relación, admitiendo alguna excepción. La eutanasia hace que la profesión médica se reduzca a satisfacer las demandas de los pacientes. Si el resultado querido en la eutanasia es la muerte, esta acción nunca podrá formar parte de una decisión médica, pues la profesión médica está llamada siempre a sostener la vida y a curar el dolor, y jamás a dar muerte.

El objetivo, de cualquier ley a favor de la eutanasia, es, dentro de un contexto médico, convertir la voluntad de muerte del paciente en un derecho individual.

La realidad social de la eutanasia se niega al pensarla como un deseo individual, considerándola un derecho. Entonces, de un derecho se pasa a un deber que, obligatoriamente, se tiene que cumplir.

Así es, los defensores de la eutanasia la justifican al considerarla un derecho individual ante situaciones en las que, sin estar abocadas a un proceso de muerte inminente, deciden, por su situación de enfermedad grave incurable, invalidez o sufrimiento, solicitar ayuda para morir anticipadamente. Luego, la eutanasia es fruto de la libertad de cada individuo, de tal manera que, si un ser humano quiere acabar con su vida, habría que atender su petición. ¡Quiero o deseo hacerlo, luego debo hacerlo! No obstante, frases de este tipo nos llevarían a un posicionamiento egoísta que nos impide ver el carácter valioso de cada hombre.

En efecto, solo se puede hablar de un derecho subjetivo a morir si se parte de un concepto de libertad individualista, vacío de contenido, 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 (Germán, 2011). En el caso de que un ser humano no desease continuar viviendo, habría que respetar su voluntad. Este modo de entender la libertad se reduciría a una simple capacidad de elegir. Desde este erróneo concepto de libertad se justifica la vinculación del falso “derecho a morir” con el deseo del paciente.

Para esta manera de pensar, la eutanasia es un gesto humanitario que se convierte en un derecho individual-subjetivo, que procede de mi deseo, por el que el profesional debería ayudar a que ese deseo-derecho sea efectivo, y por el que los poderes públicos tendrían que regularlo. En definitiva, sería un derecho al suicidio a nivel público.

Sin embargo, suprimir la vida significa destruir las raíces mismas de la libertad. No existe una libertad individualista, egocéntrica y todopoderosa, más allá de toda barrera racional. Sólo la

libertad es libre y humana, si es una libertad compartida que expresa el compromiso individual para hacer el bien, no el mal, porque morir siempre es un mal.

Uno no puede querer la libertad sólo para sí mismo, ya que no hay ser humano sin los demás. Nuestra libertad personal está siempre vinculada a la responsabilidad por los demás. La vida, como la libertad, es un bien de la humanidad, por eso, no pueden eliminarse, ni siquiera a petición propia.

Nadie puede pedir la muerte, como nadie puede entregarse como esclavo voluntariamente. Imaginemos que una persona pidiera en su ejercicio de su libertad personal ser esclavo o ser drogado. La sociedad le negaría el cumplimiento de tales deseos. Esta negación proviene de perseguir el bien común que prima sobre estas decisiones o "deseos" personales.

En efecto:

"nuestra sociedad ha hecho suyos como pilares básicos los derechos humanos. Por eso, debe proteger a los ciudadanos para que puedan ser respetadas sus actuaciones en el ámbito de estos derechos. Ahora bien, esta protección se extiende también a proteger al individuo incluso frente a sí mismo, cuando pretenda vulnerar sus propios derechos humanos, como sería no permitir que alguien se entregue voluntariamente como esclavo, aunque dicha decisión haya sido tomada de forma autónoma" (Germán, 2017).

En muchos debates sobre temas de bioética subyace, desgraciadamente, este modelo antropológico: la persona considerada exclusivamente en su dimensión individual. Solo el deseo individual es el que rige mi actuar, por ejemplo, en los que quieren engendrar un hijo con un determinado sexo o características; el deseo de ser madre sin la participación de un varón; el deseo de ser padres (maternidad subrogada), entre otros.

En este último ejemplo se ve más claro si cabe, lo que conlleva el cumplimiento de mi deseo por encima de todo. Es verdad que el deseo debe ser escuchado por la sociedad, pero no a cualquier precio. Los deseos no deben convertirse en derechos, más todavía, cuando suponen ir contra la dignidad y los derechos de terceros. Efectivamente, no todo aquello que deseamos se convierte en derecho, refiriéndonos al caso expuesto, su objetivo no es el bien del niño, sino el de satisfacer mi deseo a cualquier precio.

No existe un derecho a morir: "la muerte no es un derecho, porque supone la anulación de la vida. Nadie tiene derecho a provocar la muerte de otro. Y nadie puede tener el derecho de exigirle a otra persona que cometa una maldad" (Serrano, 2019). Los defensores de la eutanasia no solo quieren que no se penalice la acción de matar a alguien, sino que se la considere buena. Además, una cosa es la voluntad de suicidarse, y otra es convertir al Estado en una máquina de matar, y a los médicos en sus cómplices y verdugos.

En el fondo, es considerar que el no-ser es mejor que el propio ser, y al mismo tiempo, se comete un error fundamental: confundir el derecho a morir con el derecho a ser matado. Ciertamente, muy a menudo cuando se defiende el derecho a morir, que, dicho sea de paso, es un contrasentido en sus términos, es un "derecho a ser matado", es decir, se necesita la participación de un tercero. Así es, aquellos países, que han aprobado la eutanasia o quieren aprobarla, reconocen el derecho a exigir a un tercero que mate a otro.

Por tanto, la profunda justificación de cualquier legislación a favor de la eutanasia es convertir ésta, que actualmente es un delito, en un derecho. No es de extrañar esta última afirmación, porque las distintas legislaciones de los países, se convierten, a veces, en un compromiso de diversos intereses: tratan de transformar en derechos, deseos que chocan con los deberes derivados de la responsabilidad social. Nuestro derecho a decidir no es absoluto: elegir la muerte no es una opción entre muchas, sino el modo de suprimir todas las opciones.

Además, el cumplimiento obligado del deseo de eutanasia cambia el rol del médico y del paciente. El médico, por un lado, tiene que renunciar a proteger la vida del paciente, y, encima obligarle a que no proteja la vida, porque mi derecho subjetivo a la eutanasia está por encima de su ética profesional. Y el paciente, por otro, se convierte en cliente de los servicios de salud. En este sentido, se pregunta Martínez Otero que pasaría si el médico tuviese que cumplir los deseos del enfermo o sus familiares (Martínez Otero, 2017).

En definitiva, la eutanasia invierte los valores en los que se asienta la cultura occidental: ese derecho a morir se configura como un derecho subjetivo en contra del valor objetivo superior de la vida, y, por tanto, una obligación del Estado el matar a quien lo pida.

Los partidarios de la eutanasia aducen razones de humanidad y de compasión. La vinculación que hacen de los términos eutanasia y compasión es de esta manera: en estas condiciones de "fragilidad", estas personas, "¿para qué siguen viviendo?, ¿no sería mejor "ayudarles a morir"? A esto se añade que muchos de estos no quieren vivir así, entonces, ¿no se podría hacer nada para ahorrarles el trance de la muerte?" (García-Sánchez, 2017).

Justamente, una de las razones que se dan para despenalizar la eutanasia es que, con su aprobación, las personas no morirían con unos "sufrimientos terribles". Se dice que a la eutanasia se le puede denominar "una muerte por compasión".

No obstante, claro que el sufrimiento provoca compasión, pero es un engaño hacer un debate con argumentaciones exclusivamente sentimentales y simplistas, y ejemplos extremos y minoritarios de enorme impacto emocional (a modo de árboles que impiden ver el bosque), que buscan la mal entendida compasión, "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" (AEBI, 2018).

Se utiliza el término "compasión" para justificar la eutanasia, pero está mal utilizado, porque se hace caso omiso de su significado real. El termino compasión no es pasivo, sino activo. En este punto sigo la interesante contribución de Emilio García-Sánchez:

"compadecerse de alguien no significa "ayudarle" a que cesen todos sus padecimientos, sino justamente lo contrario, "padecer con" significa compartir la enfermedad y el sufrimiento ajenos, sentirlos, dolerse de ellos. No hay compasión que lleve a muerte, sino que ésta siempre lleva a la vida. La auténtica compasión no considera como algo bueno la muerte de las personas "enfermas". Al contrario, la compasión es la actitud humana y respuesta adecuadas del otro respecto a un ser humano que enferma. La compasión por el dolor ajeno en todas sus dimensiones nos ha de llevar a la ayuda y a la entrega por compartir con los demás su sufrimiento para, en la medida de lo posible, aliviarlo. Y en su desvalimiento brilla, con más resplandor si cabe, su "valor". (García-Sánchez, 2017).

Una cosa es tener compasión del enfermo, es decir, aliviarle y ayudarle, y otro bien distinto es eliminarlo, es decir, pensar que su vida no merece ser vivida al no cumplir con las exigencias de dignidad humana concebida por otros.

En este sentido, García-Sánchez afirma:

"Los médicos, si quieren seguir siendo médicos, no tendrían que ceder a la tentación funcionalista de aplicar soluciones rápidas y drásticas, movidos por una falsa compasión o por meros criterios de eficiencia y ahorro económico. Parece que los que abogan por una "muerte por compasión" (eutanasia) no toleran convivir con el padecimiento ajeno, porque les enfrenta con el propio. Les trae a la evidencia que la enfermedad también les afecta a ellos, y les acabará salpicando de una u otra manera, antes o después. Sólo si se entiende mal el término compasión se puede unir ésta con la eutanasia" (García-Sánchez, 2017).

Por lo tanto, “el uso de término “compasión” no justifica quitar intencionalmente la vida de un hombre. Es un homicidio deliberado que presentado como acto altruista y benevolente encubre la necesidad propia de olvidar el sufrimiento y la muerte, y la incapacidad de aceptar la muerte ajena” (AEBI, 2018). Su aprobación y legalización no son la solución.

Además, si se admitiese una “eutanasia por compasión”:

“se abriría una puerta que sería muy difícil volver a cerrarla. Una vez abierta no tardaría en colarse siniestras ampliaciones. Por ejemplo, ¿qué impediría aplicar la “muerte por compasión” a los más débiles, a los deficientes, a los considerados socialmente no útiles, a los que no pudieran manifestar su voluntad?, ¿cuál sería el impedimento para suprimir la vida de los deficientes psíquicos profundos?, ¿no sería una manifestación de solidaridad social la eliminación de vidas sin sentido, que constituyen una dura carga para los familiares y para la propia sociedad?” (García-Sánchez, 2017).

En el anterior epígrafe algo ya se ha adelantado. Las personas con autonomía nos guiamos por nuestra razón y voluntad, sin embargo, ambos aspectos adquieren pleno sentido, cuando están referidos a nuestro contexto humano (familiar, comunitario, social, etc.), es decir, a otro distinto que yo. En consecuencia, nuestra autonomía no es absoluta. Si se le considerase en estos términos, se estaría adulterando su significado.

El ser humano es lo que es, si es un ser referido a 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, 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” (Germán, 2018). Somos, simultáneamente, autónomos y dependientes.

Sin embargo, los promotores de la eutanasia poseen una comprensión antropológica en clave individualista. Prevalece la autonomía absoluta a la dignidad de la persona. Es más, desde esta óptica, la dignidad de la persona radica en su autonomía, y ésta es su principal equivocación: la autonomía surge como exigencia de esa dignidad, no al revés.

Un gran problema existe, cuando en la sociedad se hace hincapié en la autonomía absoluta, sin ponerla en referencia a su fuente: la dignidad de la persona. Si un individuo tiene muy disminuida su autonomía, o incluso la ha perdido, porque se encuentra inconsciente o en coma, y a la persona se le define por ella, parece que ésta carece de vida digna.

Por lo tanto, el quid de la cuestión, como en otros debates en el campo de la bioética, radica en el concepto de dignidad humana y qué se entiende por dicho término. No me voy a detener en tratar el sentido etimológico del concepto, ni su desarrollo histórico. Solamente indicar que, si la dignidad humana no es el principio indisponible e incondicional, se le convierte en un sucedáneo al servicio de otros valores a los que se consideran absolutos, como son, mi libertad individual o el cumplimiento de mi deseo (Gómez Martínez, 2020). En esta segunda mentalidad se enmarca la eutanasia.

Sin embargo, la vida humana tiene valor en sí misma, que la hace innegociable en toda situación y condición; es un valor intrínseco a la dignidad humana. El valor de la vida no lo otorga la sociedad, los jueces, los políticos, ni tan siquiera lo otorga uno a sí mismo, sino que es un valor objetivo, que informa todo ordenamiento jurídico. El valor innegociable de la vida sustenta todo sistema democrático.

Apoyar la eutanasia significa sostener que la vida humana no vale en sí misma. Cuando se legisla a favor de la eutanasia, la vida humana no se considera el bien primario y fundamental, sino que entra en el juego de las ponderaciones con la voluntad del titular del derecho a la vida, es decir, con la voluntad de cada uno en el contexto del final de su vida.

Pero no hay ninguna vida humana indigna: “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” (Bellver, 2019). No olvidemos que el deterioro paulatino de nuestras facultades también forma parte de la vida humana, y este deterioro nunca hace indigno a un ser humano.

La muerte, considerada en sí misma, no es digna ni indigna. En cambio, el ser humano, independientemente de sus circunstancias y condiciones, siempre es digno. Indignas son las condiciones en las que se encuentra el enfermo o las actitudes ante esta situación humana, pero no la vida del enfermo.

No obstante, con la eutanasia, no sólo se está reconociendo la existencia de vidas “indignas”, sino también de vidas “dignas” que se quieren terminar con ellas.

Por lo tanto, la eutanasia introduce la peligrosa distinción entre personas dignas e indignas, pero la dignidad humana no es, como se ha dicho anteriormente, destruida por la enfermedad terminal, ni por la dependencia, el sufrimiento o la debilidad. ¿Acaso las personas enfermas no son dignas? Esta pregunta es la raíz de la polémica; ¿quién decide su dignidad?, ¿el Estado, los tribunales, los médicos, los familiares? Si la decisión depende de cualquiera de estas instancias, entonces, se vislumbra un futuro incierto para discapacitados, fetos y personas mayores.

El ser humano “vale” desde su concepción hasta su muerte natural. Sin embargo, la eutanasia supone abogar por la falta de respeto a la propia vida y a la ajena: “destruye las barreras legales que defienden la vida humana siempre y en cualquier circunstancia, y disminuye la consideración de la vida ajena como algo inviolable” (Sánchez Cámara, 2019).

Por consiguiente, no puede admitirse excepciones al principio “no matarás al inocente”, porque si se abre la puerta, ¿por qué cerrarla después? Si se reconociera un derecho a morir ¿por qué limitarlo únicamente a algunos individuos? Por desgracia, éste sería el siguiente paso, resbaladizo y muy peligroso, porque “si en alguna circunstancia se admitiese que alguien pueda disponer la vida de una persona, implícitamente se está afirmando que la vida humana no es inviolable o incondicional, y, por tanto, se acepta que hay vidas humanas que merecen no ser vividas” (Vega Gutiérrez, 2007). Respecto a lo expuesto, “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” (Germán, 2018).

Habrá que solucionar la situación dramática, no a la persona que está viviendo esa situación. La autonomía personal es expresión de la dignidad de todo ser humano, no esta expresión de aquélla.

Además, nunca es lícito para conseguir un bien hacer el mal: el fin nunca justifica los medios. Ni las circunstancias de sufrimiento, ni la buena intención de acabar con los sufrimientos del enfermo, ni el propio consentimiento del paciente, cambian la acción de elegir la muerte de un ser humano provocándola o colaborando con ella. Conseguir un fin bueno utilizando un medio malo, nunca justifica esa acción. El fin de la eutanasia es bueno: suprimir el dolor del enfermo, pero a través de un medio malo: acabar con su vida.

La eutanasia ¿es el único medio para evitar el sufrimiento? La acción debe dirigirse a eliminar el dolor y el sufrimiento de la persona, no a la persona con dolor y sufrimiento. La eutanasia ofrece, como única solución a su sufrimiento, la muerte. Ciertamente el sufrimiento desaparece con la eutanasia, pero al precio de hacer desaparecer también al que sufre. En cambio, la medicina paliativa elimina el dolor y alivia el sufrimiento. Eliminar el dolor a través de la muerte, cuando ya es posible controlarlo y aliviarlo, equivale a cortar un brazo para curar un dedo. El enfermo lo que solicita es alivio de sus dolores, acompañamiento y cuidado (Roqué, 2013; López Guzmán, 2014).

A este sufrimiento se suma, muchas veces, que el enfermo se sienta solo, como un estorbo o una carga para la familia o para la sociedad. Con todos estos ingredientes se crea el caldo de cultivo propicio para pedir la eutanasia (Gómez Martínez, 2020). Por esta razón, la eutanasia y su regulación son una medida injusta, insolidaria y favorecedora de la desigualdad social, en cuanto se convierte en una medida de presión frente los más vulnerables.

En consecuencia, si lo legalmente permitido tiende a ser considerado como moralmente admisible, e incluso virtuoso, y cuando la mentalidad a favor de la eutanasia se consolide, se creará una presión implícita para las personas que alcanzan cierta edad. En términos jurídicos, en aquellos países en los que se ha aprobado la eutanasia, o se la quiere legalizar, la carga de la prueba corresponderá a aquel que aspira a seguir viviendo más allá de cierta edad: tendrá que demostrar que quiere seguir viviendo.

Además, si se legaliza la eutanasia, antes de tener los mejores cuidados paliativos para la mayoría de la población, estaremos favoreciendo la desigualdad social: los pacientes más vulnerables, con menos recursos o en peores circunstancias, serían más propicios a solicitar la eutanasia para evitar el sufrimiento extremo.

En definitiva, no hay que hablar de una muerte digna, sino encarar dignamente la muerte. Invocar a la autonomía absoluta del paciente para justificar la muerte voluntaria de un enfermo viola el significado esencial del arte de curar: ¿Dónde queda el respeto por la lex artis del médico y su deontología de ayudar a no matar?, “¿qué lugar ocuparía el diálogo y la confianza entre el médico y el paciente, si se supedita la opinión del médico y la lex artis de su profesión (ética médica) a los deseos del enfermo? No se puede reducir al médico en un técnico que debe ejecutar los propios deseos del enfermo, o a un mero representante legal” (Germán, 2018).

En el fondo, apelar a la autonomía absoluta individual es abogar por el cumplimiento de mi deseo. Así también, promover la eutanasia es abogar por una profunda transformación de la naturaleza de la medicina y de la identidad del médico. Se ve, por tanto, que en el tema de la eutanasia no sólo está en juego la dignidad del paciente, sino también la vocación médica.

Muy unido al tema de la autonomía para justificar la eutanasia está el de la calidad de vida del paciente. No confundir la dignidad humana con la calidad de vida. Si se las identifica, se corre el riesgo de que cuando la calidad de vida decae, se piense que la vida pierde su dignidad. Es la dignidad la que nos impulsa a buscar la mejor calidad de vida posible, y no la calidad la que nos sirve de metro para establecer la dignidad del sujeto. La calidad de vida es expresión de la dignidad humana, y no al revés.

Hay que subrayar que estar en contra de la eutanasia no significa estar a favor de prolongar la agonía del enfermo (encarnizamiento u obstinación terapéuticas). Efectivamente, estar a favor de que la muerte suceda de forma natural, no significa estar en contra de la administración de una medicación para paliar el dolor. Cuando un enfermo ha llegado al final de su vida, no procede someterle a tratamientos fútiles, no curativos.

Como he afirmado: “El médico que auxilia al enfermo en el trance de su muerte tiene que evitar esa forma de “sobreactuación” conocida como ensañamiento terapéutico o “distanasia” (procede de las palabras griegas dis y thanatos que significan etimológicamente prolongar la muerte) u obstinación terapéutica, es decir, el empleo de todas las medidas no indicadas, desproporcionadas o extraordinarias para prolongar artificialmente la vida (medios inútiles) y por tanto, con la intención de evitar la muerte, a pesar de que no haya esperanza alguna de curación.

En estos casos, la limitación del esfuerzo terapéutico, es profundamente ético. Esta situación, en la que se suspende un tratamiento calificado por el equipo médico como fútil (inútil) o desproporcionado, o se retira un soporte vital en situaciones de enfermedad terminal e irreversible y que no tienen expectativa terapéutica, no supone eutanasia, ni activa ni pasiva, sino que se trata

de una acción bioética correcta, pero también jurídica, siempre que se cuente con un consentimiento informado válido del paciente, o de sus representantes legales, si éste no pudiera expresarlo.

De ahí que la eutanasia y la obstinación terapéutica constituyan una mala práctica médica y una falta deontológica. Por eso, ni un extremo ni otro: ni la eutanasia entendida como el derecho a morir con dignidad de forma que implique el deber, por parte del médico, de matar "dignamente", ni la obstinación terapéutica, esto es, intentar evitar que uno muera "cuando es su momento". Ambas opciones no son conformes al trato debido al ser humano.

Efectivamente, la voluntad del paciente o de su familia tienen un límite: no pueden obligar al médico a aplicar tratamientos no indicados (como una sedación contraindicada), pero tampoco el médico puede retirar la alimentación e hidratación al enfermo, siempre y cuando se le estén facilitando cuidados, que son básicos y proporcionados, con el objetivo de mantener el confort de una vida" (Germán, 2017).

Extraña que se hable de la eutanasia, cuando no se ha solucionado lo prioritario: la vida del ser humano que sufre y tiene dolor.

Mucha gente piensa que cuando alguien es ingresado en cuidados paliativos (no en todos los hospitales disponen de esa planta) es porque "ya no se puede hacer nada". De esta manera, se asocia la muerte con los cuidados paliativos. Y esta mentalidad es falsa. El paciente paliativo es el que llega a un límite en su patología, en su enfermedad (no solamente oncológica), y que no ha presentado una buena evolución con los tratamientos. Si no tiene ya un tratamiento específico (su enfermedad sigue progresando), pasa a ser un paciente paliativo, esto es, lo que se le puede hacer es paliar todos los síntomas (no solo físicos) que se le van a ir presentando a partir de ese momento. Por tanto, es verdad que hay enfermedades incurables, pero no "incuidables". A todas las personas se las puede y debe cuidar, acompañar y asistir hasta el final.

Digamos, por tanto, que los cuidados paliativos no son una alternativa a la eutanasia, sino la única solución médica-sanitaria a esa situación vital; "es precisamente lo que éticamente el médico puede hacer como médico. En efecto, son compatibles con la dignidad humana, con el sufrimiento del enfermo y de su familia al final de la vida" (Germán, 2018).

Son las respuestas médicas y éticas idóneas, porque los cuidados paliativos cuidan y atienden, integral y totalmente, todas las necesidades enfermo y sus familiares: físicas, psicológicas, sociales, afectivas-emocionales, espirituales-religiosas. No se limitan al cuidado y atención de la dimensión física del enfermo. Luego, los cuidados paliativos sí que atienden la dimensión social del ser humano.

De ahí que sus objetivos sean tanto a "ayudar a obtener el mayor grado de bienestar posible al enfermo dentro del contexto de la enfermedad terminal, como ayudar a vivir con dignidad hasta la muerte del enfermo" (Pérez Bret, Altisent, Rocafort y Mewes, 2018).

Los cuidados paliativos "se basan en el respeto a la vida humana en su final; son la mejor manera de ayudar a morir al enfermo, no "ayudándolo" a terminar con él" (Pascual et al., 2009); y "nos sumergen en la reflexión antropológica de nuestra propia limitación y fragilidad, porque el cuidado de la vida humana dignifica el proceso del morir" (Germán, 2017).

En este sentido, la Recomendación 1418/1999, adoptada por la Asamblea Parlamentaria de Consejo de Europa, declara que "los cuidados paliativos son un derecho subjetivo y una prestación más de la asistencia sanitaria" (Consejo de Europa, 1999).

Por eso, los cuidados paliativos, para dar ese servicio sanitario integral, no sólo proporcionan soluciones técnicas, sino también asistenciales y de acompañamiento; y ofrecen la estrecha

cooperación de equipos multidisciplinares: profesionales sanitarios (médicos, enfermeras, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales, auxiliares de enfermería, psicólogos…), expertos en ética, asesores espirituales, abogados y voluntarios.

La medicina paliativa procura acompañamiento, cariño, cuidado y alivio. (Requena, 2017). “Si se le concede la muerte y el cumplimiento de su deseo, se le está diciendo indirectamente: ¡Lo sentimos, nada más podemos hacer por ti!” (Rodríguez, 2000). Sin embargo, la sociedad y, en concreto, la medicina, tiene que responder al ser humano que está/es enfermo, o que se encuentra al final de su vida. La solución no es proporcionarle una sustancia letal, sino responder a la demanda de alguien que está vivo, muchas veces sin capacidad de razonar y con ausencia de memoria, pero que sigue apreciando nuestros gestos de afecto hacia él (una sonrisa, una caricia, una mirada), y que ahora nos necesita para casi todo o para todo (Bátiz, 2010).

En definitiva, hay que encaminar la atención hacia una ética del cuidado que tenga en cuenta la afectividad, las emociones, las relaciones, los valores, las capacidades personales de los pacientes.

La medicina paliativa es la solución médica para el sufrimiento humano. No pretende alargar la vida, pero tampoco acortarla. Alivia el dolor y el sufrimiento, acompaña en la soledad, cuida y fomenta la esperanza hasta el final. Como afirma J. Bátiz (2010):

Desde la filosofía de los Cuidados Paliativos se defiende la consideración de la dignidad del enfermo en situación terminal como un valor independiente del deterioro de su calidad de vida… (El enfermo) no graba nuestras palabras, nuestras órdenes, nuestras ideas, pero sí aprecia nuestros gestos de afecto hacia ellos, nuestra sonrisa, nuestra caricia, nuestra mirada... El enfermo pierde poco a poco todas sus facultades, deja de hablar, de moverse, de reconocer, pero sigue estando vivo, sigue sintiendo y lo expresa, aunque sea con la mirada.

Por tanto, ni la eutanasia y ni la obstinación terapéutica, pues son las dos caras de la misma moneda. La moneda del individualismo por la que mi deseo tiene que cumplirse irremediablemente. Son los dos extremos que se unen al no aceptar el natural proceso de morir de todo ser humano. Y este proceso puede ser acompañado y atendido, o intentar acortarlo o alargarlo artificialmente.

1. **Un deseo disfrazado de derecho**
2. **¿Muerte por compasión?**
3. **El ser humano, ¿es un ser autónomo?**
4. **Ni eutanasia, ni obstinación terapéutica: las dos caras de la misma moneda**
5. **El silencio malintencionado de los cuidados paliativos**
6. **Interrogantes**

A nivel personal: ¿Quién soy yo para quitar una vida humana?, ¿mis acciones responden a la dignidad que reclama mi propia existencia y la del otro? ¿cómo me comporto con las personas más vulnerables, débiles y frágiles (ancianos, enfermos terminales y discapacitados)?

A nivel social: ¿Queremos una sociedad capaz de cuidar a otros seres humanos limitados físicamente, o queremos otorgar un derecho a alguien que no lo puede ejercer por sí mismo?; ¿qué valores transmitimos a nuestros hijos si les trasladamos que los enfermos o las personas con discapacidad no merecen la máxima protección de la sociedad?

Conclusiones

1. El servicio médico de los Cuidados Paliativos, que rescata lo humano en el paciente en fase terminal, responden, de forma plena, a la situación inevitable de morir, y manifiestan, a la vez, nuestra humanidad.
2. Muchas personas no morirían cada año con un sufrimiento intenso, innecesario y

perfectamente evitable, si dispusieran de suficientes recursos. Por lo tanto, si se quiere de verdad paliar el dolor y los sufrimientos de los enfermos, se debería garantizar unos Cuidados Paliativos accesibles y universales dotándolos con más medios sanitarios y sociales para que sea equitativa su calidad en todo el mundo. Por el contrario, ofrecer la legalización de la eutanasia en los países que aún no está regulada, cuando no está resuelto su acceso universal, es una irresponsabilidad, una negligencia y contrario a la justicia social.

3. Frente a ofrecer la muerte (la eutanasia), como única solución al sufrimiento de las personas al final de sus vidas, deben proponerse los cuidados paliativos. Estos son la opción ética acorde con el respeto a la dignidad del enfermo y del médico, pues lo que sí que es indigno, es que el ser humano muera con dolor por no tener acceso a los cuidados paliativos. Estos encarnan a la perfección que el paciente tenga la "batuta" de su vida; en cambio, en la eutanasia es el Estado el protagonista de ella. La eutanasia abandona al sujeto débil y vulnerable al arbitrio del más fuerte.
4. No existe una demanda de morirse, sino una demanda de ser ayudado. Es moralmente buena la ayuda médica "en el morir", pero no la ayuda médica "a morir". No es lo mismo matar o suicidarse, que dejar morir. En los dos primeros casos, la causa de la muerte es el acto de un tercero o del propio paciente, mientras que, en el tercero, la causa es la enfermedad que padece el enfermo. Los cuidados al paciente y a su familia durante el proceso final de la vida, sí que representan una ayuda real para el buen morir.
5. Todos tenemos derecho a que no se prolongue, de forma irracional y desproporcionada, el proceso final de la vida. Tenemos derecho a que se administren todos los tratamientos adecuados para paliar el sufrimiento. Y tenemos derecho a morir en paz. Pero una cosa es todo esto y otra, bien distinta, la eutanasia, que es un fracaso social y sanitario ante la vida.
6. Un enfermo terminal no desea la muerte en sí misma. Lo que necesita es sentirse acompañado, querido, cuidado, valorado, respetado, y evitar el sufrimiento al final de su vida.
7. Una sociedad es más humana cuanto más se preocupa por sus miembros más indefensos. Es realmente solidaria cuando centra sus esfuerzos en ayudar a morir con dignidad a quien está llegando al final de su vida, 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.
8. El meollo de la cuestión sobre la eutanasia radica en responder a la siguiente pregunta: ¿Cómo me comporto con estos enfermos?, ¿qué estoy haciendo yo por ellos? Nos deshumaniza si cada uno vive encerrado en sí mismo. El ser humano es constitutivamente un ser social. Es tal, sólo si entra en relación con los demás. Por eso, un ser humano enfermo nos interpela e interroga, pero también a la sociedad. Siempre supone un reto individual y social.
9. Abogar por la "cultura paliativa" significa reconocer la dignidad del enfermo que ni la enfermedad ni el sufrimiento pueden arrebatársela.

Se apuesta por una "medicina integral" frente a una "medicina del deseo", que, únicamente, tiene en cuenta el cumplimiento obligatorio de un deseo individualista.

Bibliografía

Asociación Española de Bioética y Ética Médica. AEBI. (2018). *Comunicado de la Asociación Española de Bioética sobre la Eutanasia.*

Asociación Médica Mundial. (2019). *Declaración de la sobre la Eutanasia y Suicidio con Ayuda Médica*.

(2018). *Prohibición de la Participación de Médicos en la Pena de Muerte*.

Bátiz, J. (2010). *Reflexiones desde los cuidados a enfermos de Alzheimer.* Asociación de Familiares de enfermos de Alzheimer de Bizkaia (AFA Bizkaia), 14, 16, 17, 19. Recuperado de:

Bauman, Z. (2001). *La sociedad individualizada*. Madrid: Cátedra.

Bellver Capella, V. (2019). Vigencia del concepto de dignidad humana en los cuidados de salud: una perspectiva literaria. *Cuadernos de Bioética*, *30* (100), 237-252.

Carel, H., Kidd, I.J. (2020). Expanding transformative experience. *European Journal of Philosophy, 28*, 199–213.

Consejo de Europa. (1999) Recomendación 1418/1999 de la Asamblea Parlamentaria sobre *la Protección de los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos*. [Consultado 4 de junio de 2020]. Disponible en:

García Sánchez, E. (2017). *Despertar la compasión. El cuidado ético de los enfermos graves*. Pamplona: Astrolabio.

Germán Zurriaráin, R. (2011). El tratamiento del dolor y la sedación paliativa. Aspectos médicos y éticos. In Germán Zurriaráin, R. (coord.), *Cuidar cuando no es posible curar. Los cuidados paliativos: morir dignamente en un contexto humanizado*. (pp. 77-90). Logroño: Universidad de La Rioja.

(2019). Implicaciones sociales de la eutanasia. *Cuadernos de Bioética*, *30* (98), 23-34.

(2018). *El final de la vida. Sobre la eutanasia, ensañamiento terapéutico y cuidados paliativos*. Madrid: Palabra.

(2017). Vulneraciones de la dignidad humana al final de la vida. *Cuadernos de Bioética*, *28* (92), 83-97.

(2017) Eutanasia y Obstinación Terapéutica. [Consultado 8 de julio de 2020]. Disponible en: https://robertogerman.blogspot.com/2017/09/eutanasia-y-obstinacion-terapeutica.html

(2017) Eutanasia y “derecho a morir”. [Consultado 8 de julio de 2020]. Disponible en: https://robertogerman.blogspot.com/2017/06/eutanasia-y-derecho-morir.html

Gómez Martínez, C. (2020). *Cuidar y sufrir*. Madrid: editorial PPC.

Kass, L. (2002). *La vida, la libertad y la defensa de la dignidad: el desafío de la bioética*. Madrid: Encuentro de libros.

López Guzmán, J. (2014). Rehumanizar la asistencia sanitaria. *Nuestro tiempo*, 683, 52-53.

Macpherson, I., Roqué, M.V. (2019). Análisis ético del principio de vulnerabilidad sanitaria. *Cuadernos de Bioética*, *30* (100), 253-262.

Martínez Otero, J. (2017). La hipertrofia del principio de autonomía en el debate bioético. *Cuadernos de Bioética*, *28* (94), 330.

Organización Médica Colegial española. (2011). *Código de Ética y Deontología Médica*.

Pascual López, A., Centeno Cortés, C., Gómez Sancho, M., Naval Vicuña M. (2009). *Manual de*

Medicina Paliativa. Pamplona: Eunsa.

Pérez Bret, E., Altisent Trota, R., Rocafort Gil, J., Mewes, P.J. (2019). Cuidados al paciente y su familia al final de la vida: la anticipación compasiva. *Cuadernos de Bioética*, *30* (98), 35-42.

Requena, P. (2017). *¡Doctor, no haga lo posible! De la limitación a la prudencia terapéutica*. Granada: Comares.

Rocafort, J. [Consultado 1 de junio de 2020]. Disponible en: https://www.diariomedico.com/normativa/la-ley-de-paliativos-debe-salir-si-no-otras-60000-personas-sufriran-sin-necesidad.html

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

Romero, S. (2018). Presidente de la Asociación Médica Española, [Consultado 23 de mayo de 2020]. Disponible en:

;

Roqué MV. (2013). La intimidad y el trato con el paciente. In Roqué M.V, (Eds). *El sentido del vivir en el morir*. (pp. 31-49). Pamplona: Thomson Reuters Aranzadi.

Sánchez Cámara, I. (2019). El valor y la dignidad de la vida terminal. Prolegómenos filosóficos para una crítica de la eutanasia, *Cuadernos de Bioética*, *30* (98), 43-53.

Serrano Ruiz- Calderón, J.M. (2019). ¿Existe el derecho a morir? *Cuadernos de bioética*, *30* (98*)*, 55-64.

(2007). *La eutanasia*, Madrid: Ediciones Internacionales Universitarias.

Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). 2002. [Consultado 2 de junio de 2020]. Disponible en:

htpps://www.religionlibertad.com/polémicas/202168439/La-eutanasia-Ava-contra-la-profesion-meedica-mejoremos-los-paliativosA-dicen-los-medicos-espanoles-.html

Vega Gutiérrez, J. (2007). La práctica del suicidio asistido en Bélgica y la "pendiente resbaladiza". *Cuadernos de bioética*, *18* (67), 71-87.

References

1. Asociación Médica Mundial. (2019). Declaración de la sobre la Eutanasia y Suicidio con Ayuda Médica.
2. (2018). Prohibición de la Participación de Médicos en la Pena de Muerte.
3. Bátiz, J. (2010). Reflexiones desde los cuidados a enfermos de Alzheimer. Asociación de Familiares de enfermos de Alzheimer de Bizkaia (AFA Bizkaia), 14, 16, 17, 19. Recuperado de: http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/batiz-reflexiones01.pdf
4. Bauman, Z. (2001). La sociedad individualizada. Madrid: Cátedra.
5. Bellver Capella, V. (2019). Vigencia del concepto de dignidad humana en los cuidados de salud: una perspectiva literaria. Cuadernos de Bioética, 30 (100), 237-252.
6. Carel, H., Kidd, I.J. (2020). Expanding transformative experience. European Journal of Philosophy, 28, 199–213.
7. https://doi.org/10.1111/ejop.12480
8. Consejo de Europa. (1999) Recomendación 1418/1999 de la Asamblea Parlamentaria sobre la Protección de los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales y

moribundos. [Consultado 4 de junio de 2020]. Disponible en: https://www.aeu.es/UserFiles/ConsejoEuropaDignidadEnfermosTerminales.pdf
9. García Sánchez, E. (2017). Despertar la compasión. El cuidado ético de los enfermos graves. Pamplona: Astrolabio.
10. Germán Zurriaráin, R. (2011). El tratamiento del dolor y la sedación paliativa. Aspectos médicos y éticos. In Germán Zurriaráin, R. (coord.), Cuidar cuando no es posible curar. Los cuidados paliativos: morir dignamente en un contexto humanizado. (pp. 77-90). Logroño: Universidad de La Rioja.
11. (2017). Vulneraciones de la dignidad humana al final de la vida. Cuadernos de Bioética, 28 (92), 83-97.
12. (2019). Implicaciones sociales de la eutanasia. Cuadernos de Bioética, 30 (98), 23-34.
13. Gómez Martínez, C. (2020). Cuidar y sufrir. Madrid: editorial PPC.
14. Kass, L. (2002). La vida, la libertad y la defensa de la dignidad: el desafío de la bioética. Madrid: Encuentro de libros.
15. López Guzmán, J. (2014). Rehumanizar la asistencia sanitaria. Nuestro tiempo, 683, 52-53.
16. Macpherson, I., Roqué, M.V. (2019). Análisis ético del principio de vulnerabilidad sanitaria. Cuadernos de Bioética, 30 (100), 253-262.
17. Martínez Otero, J. (2017). La hipertrofia del principio de autonomía en el debate bioético. Cuadernos de Bioética, 28 (94), 330.
18. Organización Médica Colegial española. (2011). Código de Ética y Deontología Médica.
19. Pascual López, A., Centeno Cortés, C., Gómez Sancho, M., Naval Vicuña M. (2009). Manual de Medicina Paliativa. Pamplona: Eunsa.
20. Pérez Bret, E., Altisent Trota, R., Rocafort Gil, J., Mewes, P.J. (2019). Cuidados al paciente y su familia al final de la vida: la anticipación compasiva. Cuadernos de Bioética, 30 (98), 35-42.
21. Requena, P. (2017). ¡Doctor, no haga lo posible! De la limitación a la prudencia terapéutica. Granada: Comares.
22. Rocafort, J. [Consultado 1 de junio de 2020]. Disponible en: https://www.diariomedico.com/normativa/la-ley-de-paliativos-debe-salir-si-no-otras-60000-personas-sufriran-sin-necesidad.html
23. Rodríguez, E. (2000). La eutanasia y sus argumentos: reflexión crítica. Ars Médica, 2, 45-57.
24. Romero, S. (2018). Presidente de la Asociación Médica Española, [Consultado 23 de mayo de 2020]. Disponible en:
25. htpps://www.religionlibertad.com/polémicas/202168439/La-eutanasia-Ava-contra-la-profesion-meedica-mejoremos-los-paliativosA-dicen-los-medicos-espanoles-.html
26. https://www.larazon.es/atusalud/salud/la-eutanasia-no-forma-parte-de-la-medicina-GP18602400; https://www.diariomedico.com/profesion/mas-del-70-de-los-medicos-estaria-en-contra-de-la-eutanasia.html
27. Roqué MV. (2013). La intimidad y el trato con el paciente. In Roqué M.V, (Eds). El sentido del vivir en el morir. (pp. 31-49). Pamplona: Thomson Reuters Aranzadi.
28. Sánchez Cámara, I. (2019). El valor y la dignidad de la vida terminal. Prolegómenos filosóficos para una crítica de la eutanasia, Cuadernos de Bioética, 30 (98), 43-53.
29. Serrano Ruiz- Calderón, J.M. (2019). ¿Existe el derecho a morir? Cuadernos de bioética, 30 (98), 55-64.
30. (2007). La eutanasia, Madrid: Ediciones Internacionales Universitarias.
31. Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). 2002. [Consultado 2 de junio de 2020]. Disponible en:
32. htpps://www.religionlibertad.com/polémicas/202168439/La-eutanasia-Ava-contra-la-profesion-meedica-mejoremos-los-paliativosA-dicen-los-medicos-espanoles-.html
33. https://www.larazon.es/atusalud/salud/la-eutanasia-no-forma-parte-de-la-medicina-GP18602400
34. https://www.diariomedico.com/profesion/mas-del-70-de-los-medicos-estaria-en-contra-de-la-eutanasia.html
35. Vega Gutiérrez, J. (2007). La práctica del suicidio asistido en Bélgica y la "pendiente resbaladiza". Cuadernos de bioética, 18 (67), 71-87.