
**EL DERECHO A MORIR DIGNAMENTE: UNA OPORTUNIDAD PARA EL
IMPULSO ÉTICO DEL TRABAJO SOCIAL ^(*)**

***THE RIGHT TO DIE WITH DIGNITY: AN OPPORTUNITY FOR SOCIAL
WORK'S ETHICAL DRIVE***

Angela Carbonell¹
José-Javier Navarro-Pérez²
Mercedes Botija-Yagüe³

TRABAJO SOCIAL GLOBAL – GLOBAL SOCIAL WORK, Vol. 11 (2021)

<https://dx.doi.org/10.30827/tsg-gsw.v11.11453>

¹ Universitat de València (España).  <https://orcid.org/0000-0003-2180-4123>

² Universitat de València (España).  <http://orcid.org/0000-0001-6363-7154>

³ Universitat de València (España).  <http://orcid.org/0000-0002-3414-5529>

Contacto: J.J. Navarro Pérez. Universitat de València. Facultad de Ciencias Sociales. Av. Dels Tarongers, 4B, 46022 Valencia (España). e-mail: j.javier.navarro@uv.es

(*) El presente artículo deriva del estudio realizado dentro del Programa I+D+i (ACIF/2017/284) de la Conselleria d'Educació, financiado por la Generalitat Valenciana y el Fondo Social Europeo (FSE)

Recibido: **13-11-2019** Revisado: **21-01-2021** Aceptado: **06-01-2021** Publicado: **15-06-2021**

Cómo citar / How to cite:

Carbonell, A., Navarro-Pérez, J.J. y Botija-Yagüe, M. (2021). El derecho a morir dignamente: una oportunidad para el impulso ético del Trabajo Social. *Trabajo Social Global – Global Social Work*, 11, 1-29. <https://dx.doi.org/10.30827/tsg-gsw.v11.11453>

Resumen

La creciente importancia de las enfermedades crónicas como causa de muerte y la atención que actualmente se presta al final de la vida han creado interés en el papel de las disciplinas sociosanitarias en el momento y el modo de muerte. En la actualidad, pocos países han legalizado o despenalizado la eutanasia y el suicidio asistido. Este artículo realiza una revisión narrativa con el objetivo de conocer los aspectos éticos y jurídicos que envuelven el derecho a morir dignamente, el suicidio asistido y la eutanasia en los países donde se han regulado estas prácticas, así como su vinculación con los principios éticos inherentes al Trabajo Social. Los resultados muestran que estas prácticas deben considerarse como derecho individual regido por el principio de autodeterminación de cada persona. El Trabajo Social, como disciplina que vela por los derechos humanos, debe garantizar la voluntad y las prioridades de las personas enfermas, ofreciendo orientación y apoyo y respetando su principio de autonomía.

Abstract

The increasing relevance of chronic diseases as cause of death, as well as a change about the focus on the end of life, have created an interest in the role that sociosanitary disciplines play at moment of die and way to die. Nowadays, there is only a few countries who have legalized or decriminalized euthanasia and assisted suicide. This article carries out a narrative review with the aim of knowing the ethical and legal aspects that involve the right to die with dignity, assisted suicide and euthanasia in the countries where these practices are regulated, and their relationship with the ethical principles inherent to Social Work. Results show that these practices are multifaced phenomena and that should be considered as an individual right governed by the principle of self-determination of each person. Social Work, as a discipline that watches over human rights, must guarantee the will and priorities of sick people, offering guidance and support and respecting their principle of autonomy.

PC: Derecho a morir, Dignidad, Ética, Trabajo social, Eutanasia, Suicidio asistido

KW: *Right to die, Ethics, Dignity, Ssocial work, Euthanasia, Assisted suicide*

1. Introduction

Todos los seres mueren, pero el ser humano es el único consciente del final de su vida y, por tanto, capaz de reflexionar acerca de ello. La muerte es definida de manera distinta por cada cultura y sociedad, creando con ello diferentes formas de afrontarla, vivirla y sentirla. Con el tiempo la muerte se ha desnaturalizado, convirtiéndola en un tema tabú, especialmente en las sociedades occidentales (Chapple et al., 2015). La muerte se define como un proceso personal y único, que será constituido por la trayectoria vital de cada persona y por sus actitudes ante la vida y condicionará el comportamiento en el final de la vida (Wortman, 2016).

La atención a las personas que se encuentran en el final de su vida ha ido variando con los años. Antes se atendía a la persona en casa y el suceso de la muerte era un proceso familiar y público. En la actualidad, como señala Houttekier et al (2014) o Reyniers et al (2016), la atención a este colectivo se ha medicalizado y la muerte ha sido eliminada del entorno cotidiano: las personas con enfermedades graves o terminales y, en general, todas aquellas que están en riesgo próximo de morir, son llevadas a hospitales o centros de cuidados. La persona enferma tiene derecho a decidir si desea recibir cuidados ordinarios o paliativos y puede rechazar o aceptar, de manera legítima, cualquier tratamiento médico (Jiménez, 2017). Los cuidados paliativos son una modalidad de la medicina, en la cual participan equipos multidisciplinares, que se centra en atender de manera integral, continúa y activa a una persona que tiene una enfermedad incurable (Watson et al. 2019). El objetivo de esta atención no es curar a la persona, sino proporcionarle calidad de vida mediante el control y minimización de los síntomas de la enfermedad y los efectos secundarios de los tratamientos y mediante el apoyo psicosocial durante el proceso (Al-Mahrezi, y Al-Mandhari, 2016; López y Reyes, 2013).

El desarrollo tecnológico ha propiciado un gran cambio en la medicina, lo cual ha supuesto avances en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, permitiendo la recuperación de las personas enfermas y la prolongación de la esperanza y calidad de vida (Gross et al. 2019). El problema radica cuando el uso de esta tecnología denota en una distansia o ensañamiento terapéutico (Ferreira et al. 2018), que supone la conservación de la vida a cualquier precio, ignorando la calidad de vida y dignidad de las personas que tienen una enfermedad terminal. De este modo, las personas enfermas pueden encontrarse unidas a tubos, máquinas y enchufes, y/o sometidos a tratamientos que cuestionan el mantenimiento de la calidad de vida y de la dignidad de esta (Echeverría et al., 2011). El concepto de

muerte digna o el derecho a morir dignamente surge precisamente a raíz del desarrollo tecnológico. El debate en torno al tratamiento de las personas en el final de la vida ha sido un tema muy destacado por los medios de comunicación y existe una controversia persistente en torno a las decisiones sobre el final de la vida, particularmente en relación con el suicidio asistido y la eutanasia (Hurst et al., 2018; Emanuel et al., 2016).

1.1. Del dejar morir al morir con dignidad

La ortotanasia respeta la muerte en su curso natural, es decir, consiste en dejar morir sin prolongar artificialmente el proceso de fin de la vida y el sufrimiento del paciente (Alves y Freitas, 2019). En la práctica, este término se ha sustituido por el de *muerte digna*, para centrarlo en la condición del enfermo terminal (dignidad) y no en la voluntad de morir. Morir dignamente se define como una expresión del principio de autonomía, que significa poder elegir como gestionar la vida y su final. Diversos autores y autoras (Davies et al., 2016; Rainsford et al, 2016) coinciden en que las características esenciales comunes de la *buena muerte* incluyen no sentir dolor, mantener la dignidad, el apoyo de la familia, la autonomía en la toma de decisiones para la persona moribunda y la oportunidad de resolver los asuntos personales.

El concepto de dignidad ha sido definido por múltiples autores/as de maneras muy distintas. Bermejo (2009) sostiene que es el criterio ético más importante, en el cual la persona es respetada por el hecho de ser persona. La RAE define este término como la cualidad de digno/a, y este como aquel o aquella que es merecedor de algo, o correspondiente, proporcionado al mérito y condición de alguien o algo. En esta línea, Gómez-Sancho et al. (2010) sostienen que la muerte dura un único instante y que el concepto de morir dignamente hace referencia a vivir con dignidad hasta el último momento de la vida y para ello, la persona enferma debe ser considerada en todo momento como un ser humano, y sus creencias, valores y su participación en la toma de decisiones deben ser respetadas. Luxardo (2012, p. 47) establece como principios que deben regir una muerte digna:

- 1) Ser conocedor o conocedora de que se va a morir
- 2) Mantener el control sobre la situación que se vive
- 3) Aliviar el dolor y otros síntomas
- 4) Mantener la dignidad y la privacidad
- 5) Elegir el lugar y la compañía para el momento de la muerte
- 6) Tener acceso a la información y a cuidados paliativos

- 7) Establecer directivas que aseguren que los derechos sean respetados
- 8) Despedirse
- 9) No prolongar la vida indefinidamente

1.2. Los principios éticos de la práctica médica que convergen con el Trabajo Social

La bioética trata de establecer o justificar los aspectos éticos que delimitan el bien y el mal en las ciencias de la vida (medicina, enfermería, biología, etc.). Este término comenzó a utilizarse con la publicación del Informe Belmont (National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 1978) en el que se establecieron los principios éticos y orientaciones para la protección de las personas en la práctica e investigación médica. Estos principios no establecen una teoría moral, sino que conforman un esquema a seguir para el análisis de una situación concreta con el objetivo de encontrar un criterio o resolver una dificultad práctica. Dichos principios son:

Tabla 1

Principios éticos para la práctica e investigación médica.

| | |
|-----------------|--|
| Autonomía | Las personas deben ser tratadas como agentes capaces de tomar decisiones sobre su vida, y las personas que tienen la autonomía mermada tienen derecho a ser protegidos |
| Beneficencia | Promueve que el/la profesional debe hacer lo mejor para la persona, promoviendo sus intereses |
| No maleficencia | Abstenerse de causar ningún daño y maximizar los beneficios posibles, disminuyendo los posibles daños |
| Justicia | Las personas deben ser tratadas como les correspondan, disminuyendo las situaciones de desigualdad. |

Nota: Elaboración propia a partir del Informe Belmont (1978)

La atención a las personas que se encuentran en el final de la vida ha supuesto un debate bioético en los últimos años, un debate cargado de conflictos de valores y principios fundamentales que rigen la vida y la dignidad humana (Guimaraes et al., 2016). Como señala Cortez (2006, p. 98), algunos/as autores/as entienden el derecho a morir con dignidad como “el derecho a disponer de la propia vida mediante la eutanasia o el suicidio

médicamente asistido, basándose para ello en el respeto a la libertad individual o autonomía del paciente” (p. 98), y, por lo tanto, si una persona padece un sufrimiento intolerable no debe estar obligado a seguir viviendo si no lo desea. En esta línea, como señala esta autora, las prácticas eutanásicas podrían considerarse una forma de beneficencia y negarse a ellas podría suponer un acto de maleficencia.

San-Sebastian-Kortajarena e Idareta (2019) vinculan los principios éticos mencionados anteriormente con el Trabajo Social, disciplina con un gran compromiso ético y defensora del valor, dignidad, integridad y el bienestar de las personas. El Código Deontológico del Trabajo Social (CGTS, 2012) añade a estos principios, los principios básicos de libertad e igualdad. Desde una perspectiva profesional, Salcedo (2015) refiere que se espera que los y las trabajadores/as sociales “construyan su identidad profesional en torno a la adhesión íntima a los valores profesionales” (p. 23), lo que exige la cercanía a la persona usuaria, a sus vulnerabilidades y las contingencias que se derivan en este intercambio. En relación con la eutanasia y el suicidio asistido, Chong y Fok (2009), defienden que los y las profesionales del Trabajo Social tienen un papel primordial en la defensa del valor de autodeterminación, el asesoramiento a las personas que quieren poner fin a su sufrimiento y también a sus cuidadores/as a través de la empatía, la aceptación y la escucha activa, y en la sensibilidad sobre la realidad de cada persona.

1.3. Conceptualización de la eutanasia y el suicidio asistido

La eutanasia incluye elementos significativos sobre la muerte. La palabra eutanasia proviene del griego: *eu* y *thánatos*, lo que significa *buena muerte*. La Organización Mundial de la Salud define este concepto como toda acción u omisión conducente de acabar con la vida de una persona para evitar su sufrimiento, y resalta este término como una práctica médica donde el o la profesional reflexiona sobre la manutención de la vida de una persona. La eutanasia busca la muerte como fin o como medio para aliviar el dolor o sufrimiento de una persona que se encuentra en una situación de enfermedad terminal. Sin embargo, esta práctica es ilícita en la mayoría de los países del mundo, puesto que se considera un atentado a la vida (Kausar y Porwal, 2019).

El término eutanasia acumula una gran variedad de términos: eutanasia pasiva, sedación terminal o suicidio asistido. Autores/as como Levin et al. (2018) o Aguilera y González (2012) distinguen entre conceptos que envuelven la atención al final de la vida: suicidio asistido, limitación del esfuerzo terapéutico, o las diferentes tipologías de eutanasia: activa

o pasiva, voluntaria o involuntaria, directa o indirecta. No obstante, para hablar de eutanasia como decisión de acortar la vida, se debe partir del supuesto de que se ha solicitado de manera voluntaria, activa y directamente (Bilsen et al., 2014). El concepto de suicidio asistido, sin embargo está estrechamente ligado a la eutanasia pasiva, y se describe como el acto de facilitar la muerte de la persona (Barroso y Grau, 2012), por ejemplo, mediante la prescripción médica de una inyección letal para que la persona se la administre por su cuenta.

Tabla 2

Tipos de eutanasia

| | |
|-------------------------------------|---|
| Activa | Acción u omisión, directa, voluntaria e intencionada, que tiene como objetivo provocar la muerte de una persona enferma que se encuentra en fase terminal. |
| Pasiva | Se precipita la muerte mediante la abstención de prolongar la vida artificialmente por medios tecnológicos, interrupción de tratamientos y aplicación de sedación terminal. |
| Voluntaria | Se realiza a petición de la persona afectada o a través de voluntades anticipadas |
| Involuntaria | Se realiza sin el consentimiento de la persona enferma. Ningún código ético ni penal lo acepta. |
| Directa | Consiste en adelantar la muerte |
| Indirecta | Tiene como intención aliviar el sufrimiento, aunque de ello dependa el acortamiento de la vida. |
| Suicidio médicamente asistido | Asistencia intencionada de un profesional médico a la realización de un suicidio, ante la demanda de una persona que no pueda realizarlo por sí mismo. |
| Limitación del esfuerzo terapéutico | Retirada o no aplicación de un tratamiento, a causa de un mal pronóstico de la persona enferma, que a juicio profesional se ve innecesario. |

Nota: Elaboración propia a partir de Báez et al. (2012)

1.4. Estudio actual

En la actualidad, solo unos pocos países han legalizado o despenalizado la eutanasia y ciertas formas de muerte asistida. Los Países Bajos (2002), Bélgica (2002), Luxemburgo (2009) y, más recientemente, España (2020) han legalizado la eutanasia, mientras que Canadá (2016) ha introducido una ley federal que permite la asistencia médica en la muerte (Cohen et al., 2014; Chochinov y Frazee, 2016). Suiza y, más recientemente, Colombia, no procesan a quienes ayudan a una muerte por suicidio (Zimmermann, 2018). En los Estados Unidos y Canadá, algunos estados han legalizado el suicidio asistido por un médico (Varadarajan et al., 2016).

Según Borasio et al. (2019), en 2017 más de 13.000 pacientes murieron por cualquiera de los métodos de muerte asistida en países donde estas prácticas están permitidas. A pesar de estas cifras y de la aparición de nuevas legislaciones en materia de suicidio asistido y eutanasia, la literatura científica continúa siendo escasa en este ámbito. Por ello, la finalidad de este estudio es conocer los aspectos éticos y jurídicos que envuelven el derecho a morir dignamente, el suicidio asistido y la eutanasia desde el punto de vista de la bioética como derecho. Para ello, se plantean como objetivos principales: 1) conocer los aspectos éticos y jurídicos que envuelven el derecho a morir dignamente, el suicidio asistido y la eutanasia en países donde se han regulado estas prácticas, y 2) analizar el derecho a morir dignamente, la eutanasia y el suicidio asistido desde los valores éticos del Trabajo Social.

2. Metodología

Este estudio realiza una revisión narrativa de la literatura, garantizando la síntesis de la evidencia y el rigor metodológico de la investigación. Para el análisis, se incluyen estudios que analizan de manera directa los aspectos éticos y jurídicos sobre las prácticas eutanásicas en países donde estas se han regulado. Los estudios se consideraron elegibles para su inclusión siempre que cumplieran con cada uno de los siguientes criterios: a) documentos jurídicos y estudios científicos de impacto obtenidos de las bases de datos utilizadas en Ciencias Sociales, tales como Dialnet, PubMed, Google Académico, entre otras, y b) publicados en los últimos diez años (2010-2020). Para garantizar la exhaustividad de los datos, se excluyó la literatura gris (actas de congreso, artículos en prensa, tesis doctorales, etc.).

Para la búsqueda, se identificaron tres grupos de palabras clave, en inglés y español. El primero de ellos se centró en los conceptos relevantes relacionados con estas prácticas, tales como "eutanasia" o "suicidio asistido". El segundo grupo cubrió los principales aspectos involucrados con el derecho a la dignidad de la persona enferma, como "buena muerte", "final de la vida", "muerte digna" o "morir dignamente". Por último, el tercer grupo de palabras clave se centró en descriptores como "bioética", "ética profesional" y "Trabajo Social". Estos se insertaron en los campos de búsqueda de título, resumen y palabras clave, con truncamientos y utilizando los operadores booleanos "AND" y "OR". Posteriormente, las secciones de bibliografía de los estudios seleccionados se utilizaron para identificar otros estudios relevantes. A través de los resultados obtenidos en la búsqueda, se realizó una síntesis narrativa de las fuentes mediante un análisis de contenido deductivo en función de los objetivos del estudio.

3. Resultados

3.1. Regulación de la eutanasia y el suicidio asistido en el mundo

Las aportaciones internacionales sobre la práctica del suicidio asistido reglado mediante soporte institucional se remontan a los primeros años de la década de los 70. En la actualidad, varios países del mundo han despenalizado estas prácticas.

3.1.1. Holanda, país pionero en despenalizar la eutanasia

El proceso de legalización de la eutanasia en Holanda comenzó en 1973, año en el cual se despenalizó la realización de esta práctica. Desde entonces, debido al desarrollo de la jurisprudencia, los tribunales holandeses admitían la realización médica de la eutanasia en personas enfermas terminales (Gevers, 1996). Finalmente, en 2002, el gobierno holandés aprobó la *Termination of Life on Request and Assisted Suicide Act* (Ley de terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio), la cual normaliza la práctica de EAS, el cual es definido en el artículo 1 como "ayudar deliberadamente a una persona a suicidarse o facilitarle los medios necesarios a tal fin".

Según los requisitos de cuidado a los que se refiere el artículo 293 del Código Penal holandés, sujetos en el artículo 2 de la mencionada ley, el médico, para la realización de esta práctica, debe estar convencido de que la persona enferma ha tomado una decisión

voluntaria y meditada, de que el sufrimiento de esta es insoportable y no cuenta con un pronóstico de mejora, y ha llegado, junto con la persona solicitante, a la certeza de que no existe solución a la situación en la que se encuentra (Onwuteaka-Philipsen et al., 2012). Adicionalmente, el médico debe consultar, por lo menos, con otro u otra profesional médico independiente para valorar la situación de la persona y debe emitir un informe sobre el cumplimiento de estos requisitos de cuidado. Asimismo, se crean comisiones compuestas por un equipo interdisciplinar con el objetivo de comprobar todas las notificaciones de casos en los que se ha llevado a cabo la terminación de la vida a petición propia y el auxilio al suicidio (Francke et al., 2016).

En 2015, la eutanasia representó el 4.5% de las muertes en los Países Bajos, de las cuales el 93% fueron realizadas por el médico de atención primaria. Diferentes estudios informaron de un descenso significativo de la tasa de eutanasia en las décadas posteriores a la promulgación de la ley y una reducción de los índices de suicidio (Lo, 2012; Van der Heide et al., 2007). En los últimos diez años, el número de casos de eutanasia ha aumentado del 1.7% de las muertes en 2005 al 4.5% en 2015 (Van der Heide et al., 2017).

Existen diversas investigaciones realizadas en Holanda y el resto de Países Bajos que analizan el perfil de diferentes colectivos de población que solicitan eutanasia y/o suicidio asistido. Un estudio realizado por Kim et al. (2016) en personas con trastorno mental determinó que las personas que reciben eutanasia son en su mayoría mujeres y de diversas edades, con antecedentes psiquiátricos, médicos y psiquiátricos complejos y crónicos. Los resultados de otro estudio realizado en personas con demencia difirieron en edad y duración de la enfermedad y concluyó que los médicos contaban con dificultades para evaluar el sufrimiento de las personas enfermas (Mangino et al., 2020).

3.1.2. La eutanasia en Bélgica

La despenalización de la eutanasia en Holanda empezó a crear debate en la población belga. Las elecciones de 1999 dejaron atrás 40 años de gobierno cristiano demócrata, el cual había bloqueado todo intento de regulación de la eutanasia, y abrieron las puertas a un proceso de legalización. Finalmente, en 2002 el gobierno belga aprobó *The Belgian Act on Euthanasia of May, 28th 2002*, conocida como la ley belga relativa a la eutanasia, que vincula la ley de cuidados paliativos y la ley de derechos del paciente, todas ellas haciendo referencia a la primera (Simón y Barrio, 2012).

La ley belga, al contrario de la holandesa, no regula el suicidio asistido y destaca la no obligación de ningún profesional médico a realizar la eutanasia. En este caso, esta práctica solo puede darse si la persona es mayor de edad o menor emancipado capaz de tomar esa decisión, y cuenta con una enfermedad grave e incurable que le supone un gran sufrimiento físico o psíquico. La petición se realiza a petición propia de la persona o a través de voluntades anticipadas, pudiendo ser revocada en cualquier momento (Demedts et al., 2018). El o la médico debe informar a la persona enferma de la existencia de cuidados paliativos y, como en la legislación holandesa, consultará a un médico independiente que debe visitar a la persona y redactar un informe de valoración sobre su situación. Además, los y las profesionales tienen la obligación de intentar que la persona enferma consulte con sus allegados, dejando pasar el plazo de 30 días entre la petición y la realización de la eutanasia. El profesional médico debe notificar todas las solicitudes de eutanasia a la Comisión Federal de Control y Evaluación de Eutanasia, la cual debe revisar todos los casos.

En 2014, el Parlamento de Bélgica aprobó una enmienda de esta ley, la cual permite la eutanasia a los niños con enfermedades crónicas, siendo la primera legislación sobre eutanasia en el mundo que no especifica límite de edad (Siegel et al. 2014). La legislación hace referencia a que el o la menor debe encontrarse en una situación médica incurable y desesperada de sufrimiento constante e insoportable y que, además, debe mostrar una capacidad de discernimiento y estar consciente en el momento de la solicitud. Además, se requiere la aprobación de los y las progenitores/as y un equipo sanitario multidisciplinar que deben determinar que el o la menor tiene suficiente madurez como para comprender la importancia de la decisión (Watson, 2014).

A pesar de la controversia ética, Bélgica cuenta con pocos estudios recientes que analicen las particularidades que envuelven esta práctica. Según De Diesbach et al. (2012), en 2011 el número de casos declarados de eutanasia ascendía a 1.133 en este país, habiendo aumentado este dato progresivamente desde 2003. El estudio realizado por Smets et al. (2010) determinó que la mayoría de las personas que murieron por eutanasia eran jóvenes, varones, con cáncer, murieron en el hogar, y la eutanasia se realizó mediante barbitúricos. Dierickx et al. (2017) informaron de un aumento notable de los casos de eutanasia en personas con diagnóstico de trastorno del estado de ánimo o demencia.

3.1.3. *El caso luxemburgués*

En el año 2009, Luxemburgo se convirtió en el tercer país a nivel mundial en despenalizar la eutanasia, a través de la ley sobre la eutanasia y asistencia al suicidio, la cual regula, de manera muy similar a las dos leyes a las que se hace referencia anteriormente. Dicha ley establece que toda persona mayor de edad, capacitada, podrá, en el caso de que no pueda manifestar su voluntad, dejar por escrito en las disposiciones para el final de la vida las circunstancias y condiciones en las que desea recibir una eutanasia, si el o la médico constata que padece una dolencia accidental o patológica grave e incurable, que está inconsciente, y que la situación es irreversible. Por su parte, los y las profesionales médicos deberán informar a la Comisión Nacional de Control y Evaluación de la asistencia a una persona enferma en el final de su vida. Una de las particularidades que recoge la ley luxemburguesa, es la aceptación de casos por sufrimiento psíquico; no obstante, no existe evidencia empírica que analice los datos de muertes por eutanasia o suicidio asistido en este país (Raus y Sterckx, 2015).

3.1.4. *El paraíso suicida suizo*

En Suiza, la eutanasia está penalizada, sin embargo, en 2013 se aprobó la Ley de Asistencia al Suicidio. A diferencia de Holanda, Bélgica y Luxemburgo, la situación suiza del suicidio asistido legal y no medicalizado es única. El papel de los y las médicos se limita a evaluar la capacidad de decisión de la persona que solicita asistencia y a recetar el medicamento letal (Steck et al., 2016). Como señala Labaca (2014), el Departamento Federal de Justicia del país defiende que la asistencia al suicidio consiste en proveer a la persona una sustancia para que este pueda acabar con su vida, siempre que la persona tenga una enfermedad y se encuentre en fase terminal.

Royes (2008) destaca la importancia de organizaciones no gubernamentales en Suiza que dan asistencia a la persona que quiere poner fin a su vida, a través del suministro de una prescripción médica del producto letal, y acompañan a la persona en el proceso de decisión de suicidarse. Entre estas organizaciones destacan *EXIT* y *Dignitas*. La primera de dichas organizaciones únicamente admite ciudadanos suizos, sin embargo, *Dignitas* permite que los y las socios/as no residentes en Suiza puedan ser auxiliados al suicidio si se desplazan al país y son acompañados en todo momento por alguna persona de la organización. Las prácticas que envuelven estas organizaciones han propulsado el llamado *turismo suicida*,

situando a Suiza como el paraíso de la eutanasia a nivel mundial (Mondal y Bhowmik, 2018).

La investigación realizada por Gauthier et al. (2015) encontró que 611 personas que no eran residentes en Suiza habían sido ayudadas a morir allí de 2008 a 2012 y casi todas habían asistido a *Dignitas*. Más de la mitad de las personas que asistieron a las clínicas eran mujeres y las edades oscilaron entre los 23 y los 97 años, y la edad promedio era de 69 años. El reciente estudio de Yu et al. (2019), realizado tras la muerte del reconocido científico australiano Profesor David Goodall, quien viajó a Suiza en 2018 para cometer suicidio asistido por un médico, sostuvo que las motivaciones para viajar a Suiza a practicarse suicidio asistido ya no eran únicamente para aliviar un sufrimiento o dolor, sino que las personas también iban por el simple hecho de morir con dignidad.

3.1.5. Suicidio asistido en Estados Unidos y Canadá

En la actualidad, en Estados Unidos, el suicidio asistido está permitido en los estados de Oregón (1997), Washington (2008), Vermont (2013), California (2016), Colorado (2016), Distrito de Columbia (2017) y, recientemente, en los estados de Hawái (2019), Nueva Jersey (2019), y Maine (2019) (Collier, 2017). En 2014, en la provincia de Quebec (Canadá) se aprobó el proyecto de ley que legaliza la eutanasia y el suicidio asistido a través del llamado *Carter v Canadá*, un caso canadiense que anuló las prohibiciones del Código Penal sobre la eutanasia y el suicidio asistido (Downie, 2018). De este modo, se reconoce el derecho a la asistencia médica para morir a personas mayores de edad con enfermedades graves e incurables, caracterizadas por una disminución avanzada e irreversible de las facultades y siempre que se encuentren experimentando un sufrimiento físico o psicológico constante e insoportable (Mishara y Weisstub, 2015).

Todos los estados que permiten el suicidio asistido en Estados Unidos cuentan con leyes similares a la de Oregón. En este estado, tras varios años de lucha por parte del movimiento pro-eutanasia, en 1997, entró en vigor la ley de suicidio médicamente asistido (*Oregon's Death With Dignity Act*) (Vega, 2007). Esta ley, la cual fue sometida a varios referéndums, sostiene que la persona se administra directamente el medicamento en el lugar que decida. Para poder obtener la prescripción, la persona debe obtener un certificado de dos médicos/as que indiquen que la persona sufre una enfermedad incurable y que su expectativa de vida no supera los seis meses. El o la solicitante debe ser mayor de edad, residente en Oregón y con capacidad para tomar y comunicar decisiones sobre su

salud. Dicha ley se caracteriza y diferencia del resto, al no exigir que la persona enferma deba estar sufriendo o tener dolores insoportables. Según el Informe Anual del *Oregon Public Health Division*, el número de personas fallecidas tras el suministro de medicamentos proporcionados por el médico ha aumentado progresivamente desde 1997, siendo 105 personas en 2014.

Según Borasio et al. (2019), tras un año de legalización en Canadá, en 2017, la eutanasia ya representaba casi el 1% de todas las muertes, mientras que en California las muertes por suicidio asistido representaron el 0,14% del total. En el Estado de Washington, en 2018, 267 personas con enfermedades terminales, de entre 28 y 98 años, habían recibido una receta para los medicamentos y 203 murieron después de ingerir el medicamento. El 85% de esas personas sufrían falta de autonomía según los informes estatales (Washington State Department of Health, 2018).

3.1.6. Colombia: El catolicismo frente a la regulación de la eutanasia

La Constitución de 1991 estableció que la vida debía darse en condiciones de dignidad y varios científicos del país aludieron a la necesidad de regular la muerte asistida. En 1997, este país despenalizó la eutanasia activa, creando una causal de justificación al homicidio piadoso, ya contemplado en el Código Penal. No obstante, la eutanasia en Colombia no se legalizó hasta 2015, siendo el único país en América Latina donde es legal (García, 2017). Tras varias sentencias del Tribunal Constitucional y la Resolución 1216 del Ministerio de Salud y Protección Social de 2015, Colombia reguló el procedimiento de muerte digna para personas con enfermedades terminales o en estado vegetativo, mayores de edad y que hayan manifestado expresamente su voluntad de someterse a la eutanasia. Asimismo, dicha resolución establece que los principales centros de salud deben crear comités conformados por personal médico, psiquiátrico y un/a abogado/a, que verifiquen la voluntad de la persona solicitante y su condición terminal (Díaz-Amado, 2017).

Las investigaciones en torno a la eutanasia en Colombia se han centrado principalmente en remarcar el debate ético y moral que ha supuesto su legalización. La principal oposición a la realización legal de esta práctica es la predominante cultura católica de este país, que aborda los debates sociosanitarios desde posiciones ajenas a la salud y próximas a la ideología. Del mismo modo, los y las especialistas en cuidados paliativos, cuestionan que se ofrezca la solución de la eutanasia sin haber desarrollado previamente un sistema de cuidados paliativos (Del Río, 2010). Hurtado (2015) destaca que la legislación es

incompleta, debido a la escasez de guías clínicas o protocolos, como de los consentimientos de personas que no pueden decidir por sí mismas, como los y las menores, personas con muerte cerebral o personas que nunca han tenido plenas capacidades mentales. Aristizábal (2015) también señala que existen vacíos en la regulación de esta práctica.

3.1.7. Aprobación de la ley de eutanasia en España

La regulación de la eutanasia, desde el punto de vista de la bioética como derecho, ha supuesto en los últimos años fuertes debates en la política y sociedad española. Diferentes estudios realizados en los últimos años (Bernal-Carcelén, 2020; Serrano y Heredia (2018) sostienen que existe un grado de aceptación creciente sobre la regulación de la eutanasia en la mayor parte de la población española, incluido el colectivo médico. No obstante, en España, la Constitución Española establece el derecho a la vida y a la integridad física, y el artículo 143 de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal español todavía tipifica la colaboración a la muerte o la inducción o asistencia al suicidio como delitos penados desde dos a los diez años de prisión (Díaz y Burusco, 2012). Los cuidados paliativos se han consolidado como recurso de atención para mejorar la calidad de vida de las personas que se encuentran en el final de su vida debido a una enfermedad.

Los cuidados paliativos iniciaron su implantación y desarrollo en España en los años ochenta. En 2001 se desarrolló el primer Plan Nacional de Cuidados Paliativos con el objetivo de garantizar a las personas en fase terminal los cuidados paliativos como un derecho legal y sanitario y fomentar la creación de unidades de cuidados paliativos. A partir de ese momento, se comenzaron a desarrollar planes y programas que establecían las estrategias de actuación principales en la implantación y el desarrollo de los cuidados paliativos en las diferentes comunidades autónomas. No obstante, el estudio realizado por Sánchez et al. (2019) sostiene que la mayoría de estas estrategias están desactualizadas y que la atención a personas que se encuentran en el final de su vida es precaria y no cuenta con los recursos suficientes para aliviar el sufrimiento de este colectivo.

En esta línea, la promulgación de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, estableció los principios básicos para garantizar la dignidad, autonomía e intimidad de usuarios y usuarias, incluyendo a las personas que se encuentran en el final de la vida. Esta ley regula los derechos y obligaciones de usuarios, usuarias y

profesionales, así como de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía de usuarios/as y de información y documentación clínica, y reconoce el derecho a la información y el consentimiento informado y el derecho de las personas usuarias a renunciar a los tratamientos. A partir de 2010, la mayoría de las comunidades autónomas han desarrollado de manera gradual legislaciones específicas en torno a los derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte e incorporan documentos de voluntades anticipadas (Jiménez, 2020).

Tras varios intentos de despenalización, en 2020 se ha tramitado en España la última de las iniciativas legislativas de regulación de la eutanasia, la cual ha sido aprobada por el Congreso de los Diputados, a la espera de ratificación por parte del Senado. Esta propuesta de ley establece los requisitos y procedimientos para solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir a través de la administración consentida directa de una sustancia por parte del profesional sanitario (eutanasia) o la prescripción o suministro de esta sustancia para que la persona acabe con su propia vida (suicidio asistido). Según sostiene la propuesta, toda persona mayor de edad, con nacionalidad española o residencia legal en España, y en plena capacidad de obrar y decidir, puede solicitar y recibir dicha ayuda, siempre que lo haga de manera autónoma, consciente e informada, y que se encuentre en situación de padecimiento grave, crónico e incapacitante o de enfermedad grave e incurable, que suponga un sufrimiento físico o psíquico intolerables, certificada por el o la médico responsable.

Como señala García (2021), la propuesta de ley incluye que la solicitud de la prestación debe realizarse por escrito en dos ocasiones, con una diferencia de 15 días naturales. Tras la solicitud, en el plazo de dos días, el o la médico responsable deberá iniciar con el o la solicitante un proceso de análisis y reflexión sobre el diagnóstico, los posibles tratamientos y resultados esperados y los posibles cuidados paliativos. Si ambas partes desean continuar adelante con el proceso, el o la médico consultará a otro facultativo o facultativa, el cual deberá valorar la situación y el historial clínico y emitirá un informe. Posteriormente, el o la médico responsable deberá informar de este procedimiento a la Comisión de Evaluación y Control creada en su comunidad o ciudad autónoma y, en el caso de que esta acepte, se procederá a proporcionar a la persona solicitante la ayuda para morir, en la modalidad elegida. Esta comisión estará formada por equipos multidisciplinares de al menos siete profesionales médicos y juristas. En total, podrán transcurrir aproximadamente 40 días desde la solicitud hasta que se consuma la prestación.

A pesar de que la propuesta de ley supone un avance en el derecho a morir dignamente y la opinión pública española avala la aprobación de estas prácticas, los escasos estudios publicados (Marcos, 2021) detractan esta nueva legislación y proponen la priorización de los cuidados paliativos como alternativa a la eutanasia y al suicidio asistido.

3.2. Trabajo Social y los valores éticos en la atención al final de la vida

La atención al final de la vida requiere evaluaciones e intervenciones multidimensionales para brindar ayuda y apoyo a las personas y sus familias a medida que se acercan a la muerte. Durante las últimas décadas, el Trabajo Social se ha consolidado como profesional de atención de los factores relacionados con el apoyo social y la participación familiar en la toma de decisiones al final de la vida (Holland y Prost, 2019). Un estudio de métodos mixtos realizado por Reese et al. (2010) destaca el papel de esta figura profesional en los cuidados paliativos, como agente de apoyo emocional, consuelo, información y acompañamiento en el duelo. No obstante, no se han hallado estudios publicados en la última década que analicen de manera directa las implicaciones o el papel del Trabajo Social frente a la eutanasia o el suicidio asistido. Sin embargo, la literatura científica posiciona a este colectivo profesional como defensor de los principios bioéticos que pueden guiar estas prácticas (Cuenca, 2018).

El Trabajo Social y la bioética comparten un compromiso con la justicia social y el respeto de la dignidad, la integridad y el valor de todas las personas. Esta profesión se rige por principios de beneficencia, autodeterminación y respeto por la dignidad humana (Sewpaul y Henrickson, 2019; Fernández et al., 2012). Sin embargo, esta disciplina se encuentra poco representada en los comités de ética en el cuidado de la salud y en las decisiones sobre el final de la vida. Brazg et al. (2015) defienden que los y las trabajadores/as sociales deberían incluirse de manera más sistemática como consultores/as y miembros de los comités de ética, puesto que los problemas éticos suelen atribuirse a cuestiones psicosociales que están profundamente arraigadas en esta profesión. Del mismo modo, el Trabajo Social tiene la capacidad de obtener una visión más amplia de las personas y sus entornos sociales, culturales y familiares, centrando la atención en el entorno del hogar, los sistemas de apoyo y cuidados, las creencias espirituales o las dificultades económicas, para abordar las desigualdades sociales en salud.

Eneanya et al. (2015) señala que estos y estas profesionales deben informar, guiar y acompañar tanto a la persona como a los proveedores de servicios a participar de manera

efectiva en la planificación de la atención y establecer y garantizar las preferencias y decisiones al final de la vida de cada persona. En esta línea, la revisión realizada por McCormick (2011) subraya que la mayor parte de los y las trabajadores y trabajadoras sociales apoyan el derecho a morir y la regulación de la eutanasia, apoyándose en el principio de autodeterminación del usuario o usuaria como práctica del Trabajo Social durante la atención al final de la vida.

4. Discusión y conclusiones

La presente investigación analiza los aspectos éticos y jurídicos que envuelven el derecho a morir dignamente, el suicidio asistido y la eutanasia y su vinculación con los principios éticos inherentes al Trabajo Social, a partir de la literatura existente. Tal y como se ha señalado en los apartados anteriores, la atención en el final de la vida y el derecho a morir dignamente ha sido un tema, en líneas generales, poco abordado por la literatura científica, especialmente en los países donde se ha regulado recientemente. Existen diferentes estudios que informan sobre los fundamentos jurídicos o los debates éticos de estas prácticas en diferentes países (Crescenza et al., 2021; De Castro et al., 2016; Maglio et al., 2016), no obstante, la ausencia de estudios empíricos refleja que, por lo general, la muerte continúa considerándose un tema tabú difícil de abordar, ya no solo desde la práctica, sino también desde la investigación científica, incluso en estudios vinculados con el Trabajo Social. Este estudio suscita la necesidad de romper con el pacto de silencio ante la posibilidad de poner fin a la vida de una persona con enfermedad terminal.

El análisis de la legislación en materia de suicidio asistido y eutanasia muestra que estas prácticas deben considerarse como derecho individual regido por el principio de autodeterminación de cada persona. Cabe destacar, que en alguno de estos países como Colombia o Canadá la despenalización de la eutanasia o suicidio asistido se inició a partir de sentencias judiciales que crearon jurisprudencia. En concordancia con la investigación de Jiménez (2017), los resultados revelan que la aplicación de la ley es similar en todos los estados, a excepción de Suiza, que ofrece un sistema distinto y algo cuestionable, acogiendo a personas de todo el mundo que quieren acabar con su vida. Los resultados muestran la necesidad de fijar los conceptos que envuelven la atención al final de la vida, pues existen confusiones terminológicas, y algunos/as autores/as equiparan unos conceptos con otros, y estos no tienen por qué tener la misma definición: eutanasia, sus tipos, suicidio asistido, limitación del esfuerzo terapéutico, etc. Además, esta revisión

incorpora los avances en materia de legislación en España sobre eutanasia y suicidio asistido, que permitirá ayudar a morir dignamente como derecho individual, y que insta a poner en valor los principios éticos de las profesiones que atienden a las personas en el final de su vida.

El desarrollo tecnológico ha traído consigo una gran cantidad de avances que han permitido buscar el origen y tratamiento de una gran cantidad de enfermedades, lo que ha conllevado a un envejecimiento de la población y un aumento de la esperanza de vida. Pero... ¿A qué precio? El ansia por parte del sistema sanitario de mantener la vida de una persona cueste lo que cueste, ha creado polémicas en torno al ensañamiento terapéutico que ha puesto en tela de juicio el mantenimiento de la dignidad de la persona en el final de su vida. En esta línea, estos resultados y desde una mirada crítica del Trabajo Social, concluyen que, bajo ningún caso, los estados deben imponer el prolongamiento de la vida a personas que piden morir, pues, bajo el principio de justicia, esta sería una decisión que debería adoptar la persona enferma a través de su derecho de autodeterminación. La creación de barreras punitivas por parte del Estado, que determinen la obstaculización a ese derecho a morir dignamente, se presenta como una vulneración del derecho a la dignidad de la persona y el libre desarrollo de su personalidad.

Este debate, en el que el Trabajo Social se encuentra como profesión de protección de la dignidad humana, se hace absolutamente necesario en el siglo XXI. El Trabajo Social está cerca de quien necesita vivir, pero también debe aproximarse a aquella persona que desea morir con dignidad. Los resultados muestran que esta es una profesión de mejora y mantenimiento del valor de la autodeterminación de las personas usuarias y las decisiones en el final de la vida deben ser responsabilidad de estas y no de los y las profesionales. En este sentido, el Trabajo Social debe luchar por el empoderamiento de los usuarios y usuarias en su propia toma de decisiones y ayudar a las familias y al entorno a comprenderlas y respetarlas. De ahí emerge la función de la profesión en el asesoramiento y apoyo a la persona, explicando los recursos, procesos y alternativas de sus elecciones, teniendo en cuenta el sistema de valores y las características sociales de cada persona.

Diferentes colectivos del Trabajo Social se han alineado con los derechos de autodeterminación y autonomía de las personas en la defensa de la justicia social y dignidad humana. Por tanto, el derecho a morir exige una reflexión colectiva; desde los colegios profesionales, a través de las comisiones de ética y la inclusión de esta profesión en comités multidisciplinares, como también en el ámbito académico, fortaleciendo las competencias ético-deontológicas de los y las nuevos titulados/as e investigadores/as

noveles, que según Verde-Diego y Cebolla (2017) “constituye el eje vertebrador de la buena praxis” (p. 87). Para ello, es necesaria la formación en atención al final de la vida y la capacitación profesional y clínica. En definitiva, la muerte no representa un hecho singular y poder hacerlo con las condiciones y garantías de un respaldo legal e institucional, supone, tal como señala Durán (2004), un avance en los derechos de ciudadanía que amplía las coberturas del bienestar mediante la protección de la persona y garantiza una muerte digna y asistida.

En definitiva, es necesario considerar que algunas personas no quieren prolongar su vida a través de tecnología médica, pues desean poner fin a su sufrimiento. El Trabajo Social como disciplina que vela por los derechos humanos, debe ser referencia en cuidados paliativos y la toma de decisiones en el final de la vida, siendo los/as profesionales del Trabajo Social concededores/as y garantes para respetar la voluntad y las prioridades de las personas enfermas, respetando su principio de autonomía. Los cuidados paliativos deben centrar la atención en la persona y agrupar en ella todas las cuestiones relacionadas con su muerte. Así se comenzará a abandonar el término de eutanasia y a emplear la regulación del derecho a la muerte.

Referencias bibliográficas

- Aguilera, R.E. y González, J. (2012). Derechos humanos y la dignidad humana como presupuesto de la eutanasia. *Derecho PUCP*, (69), 151-168.
- Alves, H.R., y Freitas, C. (2019). Orthotanasia and dignified death in cancer patients: The perception of health professionals. *Psicooncología*, 16(1), 143-160. <http://doi.org/10.5209/PSIC.61442>
- Al-Mahrezi, A. y Al-Mandhari, Z. (2016). Palliative care: time for action. *Oman Medical Journal*, 31(3), 161. <https://doi.org/10.5001/omj.2016.32>
- Aristizábal, L.E. (2015). Eutanasia hoy: precisiones y dudas. *Revista Cultura del Cuidado*, 12(1), 85-87.
- Báez, A.M., Ayala, A., Ortega, M. y Gómez, J. (2012). La eutanasia vs el derecho a la vida. *Panorama Cuba y Salud*, 7(3), 20-27.

- Barroso, I. y Grau, J. (2012). Eutanasia y cuidados paliativos: ¿diferentes aristas de un mismo problema? *Psicología y Salud*, 22(1), 5-25.
- Bermejo, J.C. (2009). *Acompañamiento espiritual en cuidados paliativos*. Sal Terrae.
- Bernal-Carcelén, I. (2020). La eutanasia, tendencias y opiniones en España. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 22(3), 112-115. <http://doi.org/10.18176/resp.00020>
- Bilsen, J., Robijn, L., Chambaere, K., Cohen, J., y Deliens, L. (2014). Nurses' involvement in physician-assisted dying under the euthanasia law in Belgium. *International Journal of Nursing Studies*, 51(12), 1696–1697. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.05.007>
- Borasio, G.D., Jox, R.J. y Gamondi, C. (2019). Regulation of assisted suicide limits the number of assisted deaths. *The Lancet*, 393(10175), 982-983. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32554-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32554-6)
- Brazg, T., Dotolo, D. y Blacksher, E. (2015). Finding a seat at the table together: Recommendations for improving collaboration between social work and bioethics. *Bioethics*, 29(5), 362-368. <https://doi.org/10.1111/bioe.12106>
- Chapple, A., Ziebland, S., y Hawton, K. (2015). Taboo and the different death? Perceptions of those bereaved by suicide or other traumatic death. *Sociology of Health & Illness*, 37(4), 610-625. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12224>
- Chochinov, H.M. y Frazee, C. (2016). Finding a balance: Canada's law on medical assistance in dying. *The Lancet*, 388(10044), 543–545. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)31254-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)31254-5)
- Chong, A.M.L. y Fok, S.Y. (2009). Attitudes toward euthanasia: Implications for social work practice. *Social Work in Health Care*, 48(2), 119-133. <https://doi.org/10.1080/00981380802533298>
- Cohen, J., Van Landeghem, P., Carpentier, N., y Deliens, L. (2014). Public acceptance of euthanasia in Europe: a survey study in 47 countries. *International Journal of Public Health*, 59(1), 143-156. <https://doi.org/10.1007/s00038-013-0461-6>

- Collier, R. (2017). Assisted death gaining acceptance in US. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 189(3), E123. <http://doi.org/10.1503/cmaj.109-5366>
- Consejo General del Trabajo Social (CGTS). (2012). *Código deontológico de Trabajo Social*. CGTS. www.cgtrabajosocial.es/codigo_deontologico
- Cortez, G. (2006). Aspectos bioéticos del final de la vida: el Derecho a Morir con Dignidad. *Cuadernos Hospital de Clínicas*, 51(2), 97-102.
- Crescenza, G., Fiorucci, M., Rossiello, M.C. y Stillo, L. (2021). Education and the pandemic: distance learning and the school-family relationship. *Research in Education and Learning Innovation Archives*, 26, 73--85. <https://doi.org/10.7203/realia.26.18078>
- Cuenca, M. (2018). Toma de decisiones éticas en el trabajo social comunitario: una aproximación desde la bioética. *Documentos de Trabajo Social: Revista de Trabajo y Acción Social*, 61, 81-101.
- Davies, A., Todd, J., Bailey, F., Gregory, A. y Waghorn, M. (2016). Good concordance between patients and their non-professional carers about factors associated with a 'good death' and other important end-of-life decisions. *BMJ Supportive and Palliative Care*, 9(3), 340-345. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2015-001085>
- De Castro, M.P.R., Antunes, G.C., Marcon, L.M. P., Andrade, L.S., Rückl, S., y Andrade, V.L.Â. (2016). Eutanásia e suicídio assistido em países ocidentais: revisão sistemática. *Revista Bioética*, 24(2), 355-367
- De Diesbach, E., de Loze, M., Brochier, C. y Montero, E. (2012). *Euthanasia in Belgium: 10 years on*. Bélgica: European Institute of Bioethics.
- Demedts, D., Roelands, M., Libbrecht, J. y Bilsen, J. (2018). The attitudes, role & knowledge of mental health nurses towards euthanasia because of unbearable mental suffering in Belgium: A pilot study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 25(7), 400-410. <https://doi.org/10.1111/jpm.12475>
- Díaz, M. y Burusco, S.B. (2012). Participación en el suicidio y eutanasia. Esbozo del tratamiento penal en España. *Nuevo Foro Penal*, 79, 115-152.

- Díaz-Amado, E. (2017). La despenalización de la eutanasia en Colombia: Contexto, bases y críticas. *Revista de Bioética y Derecho*, 40, 125-140.
- Dierickx, S., Deliens, L., Cohen, J. y Chambaere, K. (2017). Euthanasia for people with psychiatric disorders or dementia in Belgium: analysis of officially reported cases. *BMC psychiatry*, 17(1), 203. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1369-0>
- Downie, J. (2018). Social science and humanities evidence in Charter litigation: lessons from Carter v Canada (Attorney General). *The International Journal of Evidence & Proof*, 22(3), 305-313. <https://doi.org/10.1177/1365712718787523>
- Durán, M.A. (2004). La calidad de muerte como componente de la calidad de vida. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 106(4), 9-32.
- Echeverría, C., Goic, A., Herrera, C., Quintana, C., Rojas, A., Salinas, R., Serani, A., Taboada, P. y Vacarezza, R. (2011). Eutanasia y acto médico. *Revista Médica de Chile*, 139, 642-654. <http://doi.org/10.4067/S0034-98872011000500013>
- Emanuel, E.J., Onwuteaka-Philipsen, B.D., Urwin, J.W. & Cohen, J. (2016). Attitudes and practices of euthanasia and physician-assisted suicide in the United States, Canada, and Europe. *Jama*, 316(1), 79-90. <http://doi.org/10.1001/jama.2016.8499>
- Eneanya, N.D., Goff, S.L., Martinez, T., Gutierrez, N., Klingensmith, J., Griffith, J. L., ... y Cohen, L.M. (2015). Shared decision-making in end-stage renal disease: a protocol for a multi-center study of a communication intervention to improve end-of-life care for dialysis patients. *BMC Palliative Care*, 14(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12904-015-0027-x>
- Fernández, J., De Vicente, I., Palacín, C., Alegre, R. M., Boixadòs, A., Chagas, E., ... y Tabueña, M.C. (2012). Bioética y trabajo social: los trabajadores sociales ante la autodeterminación de los colectivos más vulnerables y sus familias. *Revista de Bioética y Derecho*, (24), 44-60. <https://doi.org/10.4321/S1886-58872012000100005>
- Ferreira, J.M.G., Nascimento, J.L. y de Sá, F.C. (2018). Health professionals: a view on death and dysthanasia. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 42(3), 87-96. <http://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n3rb20170134>

- Francke, A.L., Albers, G., Bilsen, J., de Veer, A.J. y Onwuteaka-Philipsen, B.D. (2016). Nursing staff and euthanasia in the Netherlands. A nation-wide survey on attitudes and involvement in decision making and the performance of euthanasia. *Patient Education and Counseling*, 99(5), 783-789. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.11.008>
- García, D. (2021). La opinión pública sobre la eutanasia en España ante una inminente reforma penal. *Revista Electrónica de Estudios Penales y de la Seguridad: REEPS*, 7, 1-19.
- García, J.A. (2017). Consideraciones del bioderecho sobre la eutanasia en Colombia. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 17(1), 200-221. <http://doi.org/10.18359/rlbi.2637>
- Gauthier, S., Mausbach, J., Reisch, T. y Bartsch, C. (2015). Suicide tourism: a pilot study on the Swiss phenomenon. *Journal of Medical Ethics*, 41(8), 611-617. <https://doi.org/10.1136/medethics-2014-102091>
- Gevers, S. (1996). Euthanasia: law and practice in The Netherlands. *British Medical Bulletin*, 52(2), 326-333. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.bmb.a011547>
- Gómez-Sancho, M., Altisent, R., Bátiz, J., Ciprés, L., Corral, P., González-Fernández, J.L., ... y Rodríguez-Sendín, J.J. (2010). Atención médica al final de la vida: conceptos. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 17(3), 177-179. [https://doi.org/10.1016/S1134-8046\(10\)70028-8](https://doi.org/10.1016/S1134-8046(10)70028-8)
- Gross, S.E., Lavi, S. y Boas, H. (2019). Medicine, technology, and religion reconsidered: The case of brain death definition in Israel. *Science, Technology, & Human Values*, 44(2), 186-208. <https://doi.org/10.1177/0162243918783477>
- Guimaraes, M.M., de Carvalho, M.A.F., Simoes, I.A.R. y Lima, R.S. (2016). Euthanasia and dysthanasia: doctors' and nurses' perceptions in a town in southern Minas Gerais. *Enfermagem Uerj*, 24(2), 1-5. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.9545>
- Holland, M.M. y Prost, S.G. (2019). The end of life within social work literature: a conceptual review. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 82(4), 668-691. <https://doi.org/10.1177/0030222819835650>

- Houttekier, D., Vandervoort, A., Van den Block, L., Van der Steen, J.T., Vander Stichele, R. y Deliens, L. (2014). Hospitalizations of nursing home residents with dementia in the last month of life: results from a nationwide survey. *Palliative Medicine*, 28(9), 1110-1117. <https://doi.org/10.1177/0269216314535962>
- Hurst, S.A., Zellweger, U., Bosshard, G. y Bopp, M. (2018). Medical end-of-life practices in Swiss cultural regions: a death certificate study. *BMC Medicine*, 16(1), 54. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1043-5>
- Hurtado, M. J. (2015). La eutanasia en Colombia desde una perspectiva bioética. *Revista Médica de Risaralda*, 21(2), 49-51.
- Jiménez, S. (2017). Decisiones clínicas en el final de la vida. Revisión narrativa. *Revista de Enfermería CyL*, 9(2), 59-75.
- Jiménez, J.M. (2020). Derecho sociosanitario, voluntad vital anticipada y muerte digna en España: un análisis a la situación jurídico-sanitaria actual desde el Trabajo Social. *Gerokomos*, 31(4), 239-240.
- Kausar, H., y Porwal, A. (2019). A comparative analysis on issues concerning euthanasia: Legal, religious and international position. *OmniScience: A Multi-disciplinary Journal*, 6(3), 15-23.
- Kim, S.Y., De Vries, R.G. y Peteet, J.R. (2016). Euthanasia and assisted suicide of patients with psychiatric disorders in the Netherlands 2011 to 2014. *JAMA Psychiatry*, 73(4), 362-368. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.2887>
- Labaca, M.L. (2014). Modelos europeos de eutanasia y suicidio asistido en Holanda, Bélgica, Suiza, Luxemburgo y Francia. *Revista Quaestio Iuris*, 7(2), 892-1009. <https://doi.org/10.12957/rqi.2014.13436>
- Levin, K., Bradley, G.L., y Duffy, A. (2018). Attitudes toward euthanasia for patients who suffer from physical or mental illness. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 1-23. <https://doi.org/10.1177/0030222818754667>
- Lo, B. (2012). Euthanasia in the Netherlands: what lessons for elsewhere? *The Lancet*, 380(9845), 869-870. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61128-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61128-3)

- López, A.M. y Reyes, M.C. (2013). Cuidados paliativos. Una necesidad en la atención reumatológica. *Revista Cubana de Reumatología*, 15(1), 25-29.
- Luxardo, N. (2012). Muerte Digna: connotaciones y alcances del concepto en contextos locales. *MEDPAL, Interdisciplina y Domicilio*, 4(5), 47-49.
- Maglio, I., Wierzba, S.M., Belli, L.F. y Somers, M.E. (2016). El derecho en los finales de la vida y el concepto de muerte digna. *Revista Americana de Medicina Respiratoria*, 16(1), 71-77.
- Mangino, D.R., Nicolini, M.E., De Vries, R.G. y Kim, S.Y. (2020). Euthanasia and assisted suicide of persons with dementia in the Netherlands. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(4), 466-477. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2019.08.015>
- Marcos, A.M. (2021). La eutanasia: panorama internacional y análisis de la proposición de ley orgánica de eutanasia de España. *Sal terrae: Revista de Teología Pastoral*, 109(1262), 21-38.
- McCormick, A.J. (2011). Self-determination, the right to die, and culture: A literature review. *Social Work*, 56(2), 119-128. <https://doi.org/10.1093/sw/56.2.119>
- Mishara, B.L. y Weisstub, D.N. (2015). Legalization of euthanasia in Quebec, Canada as “medical aid in dying”: A case study in social marketing, changing mores and legal maneuvering. *Ethics, Medicine and Public Health*, 1(4), 450-455. <https://doi.org/10.1016/j.jemep.2015.10.021>
- Mondal, A.P. y Bhowmik, P. (2018). Physician assisted suicide tourism—A future global business phenomenon. *The Business & Management Review*, 10(1), 35-43.
- National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research (1978). *The Belmont Report: Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research*. U.S. Department of Health & Human Services. Office for Human Research Protections. <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/index.html>

- Onwuteaka-Philipsen, B.D., Brinkman-Stoppelenburg, A., Penning, C., de Jong-Krul, G.J., van Delden, J.J. y Van der Heide, A. (2012). Trends in end-of-life practices before and after the enactment of the euthanasia law in the Netherlands from 1990 to 2010: a repeated cross-sectional survey. *The Lancet*, 380(9845), 908-915. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61034-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61034-4)
- Rainsford, S., MacLeod, R.D., Glasgow, N.J., Wilson, D.M., Phillips, C.B., y Wiles, R.B. (2018). Rural residents' perspectives on the rural 'good death': a scoping review. *Health & Social Care in the Community*, 26(3), 273-294. <https://doi.org/10.1111/hsc.12385>
- Raus, K. y Sterckx, S. (2015). Euthanasia for mental suffering. En M. Cholbi y J. Varelius (Eds), *New directions in the ethics of assisted suicide and euthanasia* (pp. 79-96). Springer.
- Reese, D.J., Chan, C.L., Chan, W.C. y Wiersgalla, D. (2010). A cross-national comparison of Hong Kong and US student beliefs and preferences in end-of-life care: Implications for social work education and hospice practice. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 6(3-4), 205-235. <https://doi.org/10.1080/15524256.2010.529021>
- Reyniers, T., Deliens, L., Pasman, H.R., Vander, R., Sijnave, B., Cohen, J. y Houttekier, D. (2016). Reasons for end-of-life hospital admissions: results of a survey among family physicians. *Journal of Pain and Symptom Management*, 52(4), 498-506. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.05.014>
- Río del, A.A. (2015). Algunos avances en la regulación sobre la eutanasia en América Latina: el caso de Colombia y México. *Perspectivas Bioéticas*, (26-27), 162-167.
- Royes, A. (2008). La eutanasia y el suicidio médicamente asistido. *Psicooncología*, 5(2-3), 323-337.
- Salcedo, D. (2015). El buen profesional. *Cuadernos de Trabajo Social*, 28(1), 19-26. https://doi.org/10.5209/rev_CUTS.2015.v28.n1.48583
- San-Sebastian-Kortajarena, M. y Idareta, F. (2019). Comités de ética en intervención social en España: estudio comparado. *Trabajo Social Global-Global Social Work*, 9(16), 133-153. <https://doi.org/10.30827/tsg-gsw.v9i16.8465>

- Sánchez, M.E., Sanz, A., Simó, R.M. y Flores, L.A. (2019). Estrategias regionales de cuidados paliativos en España: estudio descriptivo. *Medicina Paliativa*, 26(2), 104-112. <https://doi.org/10.20986/medpal.2019.1046/2019>
- Serrano, R. y Heredia, A. (2018). Spanish attitudes towards euthanasia and physician-assisted suicide. *Reis*, 161, 103-120. <https://doi.org/10.5477/cis/reis.161.103>
- Sewpaul, V. y Henrickson, M. (2019). The (r)evolution and decolonization of social work ethics: The Global Social Work Statement of Ethical Principles. *International Social Work*, 62(6), 1469-1481. <https://doi.org/10.1177/0020872819846238>
- Siegel, A.M., Sisti, D.A. y Caplan, A.L. (2014). Pediatric euthanasia in Belgium: disturbing developments. *JAMA*, 311(19), 1963-1964. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.4257>
- Simón, P., y Barrio, I.M. (2012). La eutanasia en Bélgica. *Revista Española de Salud Pública*, 86, 5-19.
- Smets, T., Bilsen, J., Cohen, J., Rurup, M.L. y Deliens, L. (2010). Legal euthanasia in Belgium: characteristics of all reported euthanasia cases. *Medical Care*, 48(2), 187-192. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3181bd4dde>
- Steck, N., Egger, M. y Zwahlen, M. (2016). Assisted and unassisted suicide in men and women: longitudinal study of the Swiss population. *The British Journal of Psychiatry*, 208(5), 484-490. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.160416>
- Van der Heide, A., Onwuteaka-Philipsen, B.D., Rurup, M.L., Buiting, H.M., van Delden, J.J., Hanssen-de Wolf, J.E., ... y Deerenberg, I.M. (2007). End-of-life practices in the Netherlands under the Euthanasia Act. *New England Journal of Medicine*, 356(19), 1957-1965. <http://doi.org/10.1056/NEJMsa071143>
- Van der Heide, A., Van Delden, J.J. y Onwuteaka-Philipsen, B.D. (2017). End-of-life decisions in the Netherlands over 25 years. *New England Journal of Medicine*, 377(5), 492-494. <http://doi.org/10.1056/NEJMc1705630>
- Washington State Department of Health. (2018). Washington State 2018 Death with Dignity Act Report. <https://www.doh.wa.gov/Portals/1/Documents/Pubs/422-109-DeathWithDignityAct2018.pdf>

- Watson, M., Ward, S., Vallath, N. y Campbell, R. (2019). *Oxford handbook of palliative care*. Oxford University Press.
- Watson, R. (2014). Belgium extends euthanasia law to children. *BMJ*, 348, 1633. <https://doi.org/10.1136/bmj.g1633>
- Varadarajan, R., Freeman, R. A., y Parmar, J. R. (2016). Aid-in-Dying practice in Europe and the United States: legal and ethical perspectives for pharmacy. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 12(6), 1016-1025. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2015.11.008>
- Vega, J. (2007). La práctica del suicidio asistido en Oregón y la «pendiente resbaladiza». *Cuadernos de Bioética*, 18(1), 55-70.
- Verde-Diego, C. y Cebolla, O. (2017). Deontología profesional: la ética denostada, *Cuadernos de Trabajo Social* 30(1), 77-95 <http://doi.org/10.5209/CUTS.52509>
- Wortman, C.B. (2016). Coping with death and dying. En J.C. Norcross, G.R. VandenBos, D.K. Freedheim y N. Pole (Eds.). *APA handbooks in psychology. APA handbook of clinical psychology: Psychopathology and health* (pp. 567-581). American Psychological Association. <http://doi.org/10.1037/14862-027>
- Yu, C.E., Wen, J., Goh, E. y Aston, J. (2019). "Please help me die": applying self-determination theory to understand suicide travel. *Anatolia*, 30(3), 450-453. <https://doi.org/10.1080/13032917.2019.1642923>
- Zimmermann, N. (2018). A matter of life or death: the euthanasia debate under a human rights perspective. *Ex Ante*, 1(2), 41-48.