



ADELANTAR LA MUERTE DEJANDO DE COMER Y BEBER. ¿UN NUEVO TIPO DE “SUICIDIO ASISTIDO”?

HASTENING DEATH BY VOLUNTARY STOPPING OF EATING AND DRINKING. A NEW MODE OF ASSISTED SUICIDE?

PABLO REQUENA
ANTONIO DE PÁDUA ANDRADE DOS SANTOS

Cattedra di Bioetica – Pontificia Università della Santa Croce – Roma
requena@pusc.it

RESUMEN:

Palabras clave:

interrupción de comer y beber, limitación esfuerzo terapéutico, suicidio asistido, final de la vida

Recibido: 29/07/2018

Aceptado: 30/07/2018

En los últimos años ha comenzado a aparecer en la literatura médica y bioética la dicción inglesa “voluntary stopping of eating and drinking”. Se trata de una práctica que se propone con la “intención primaria” de anticipar la muerte de una persona que no quiere seguir viviendo, como alternativa a la eutanasia y al suicidio asistido. Algunos autores la presentan como una opción válida tanto desde el punto de vista ético como legal, sosteniendo que no se trata de un suicidio sino de una “muerte natural”, en la línea de la limitación de tratamientos. En este artículo presentamos una síntesis de la bibliografía reciente, y una valoración crítica que llega a la conclusión que este tipo de acción difícilmente puede considerarse algo distinto a una modalidad de suicidio. Como consecuencia, el personal sanitario debería considerarla extraña al *ethos* médico y a la buena praxis clínica.

ABSTRACT:

Keywords:

interruption of eating and drinking, limitation of therapeutic effort, assisted suicide, end of life

In the last few years, the new catch phrase “voluntary stopping of eating and drinking” has made its appearance in the medical and bioethical literature. The practice, whose “primary intention” is to hasten the death of a person who does not want to continue living, has been proposed as an alternative to euthanasia and assisted suicide. Some authors present it as a valid option from both the ethical and legal point of view arguing that it is basically a “natural death” in the same line as a limitation of treatment and does not involve suicide. In this article we present a critical review of the recent literature and reach the conclusion that it is very difficult to consider this practice as anything other than a type of suicide. In consequence, healthcare workers should consider it alien to medical ethos and good clinical practice.

1. Introducción y delimitación del problema

En las “Leyes de Manu”, escritos sagrados de la tradición del hinduismo brahmánico datadas en la primera mitad del milenio antes de Cristo, se aconseja a las per-

sonas ancianas y enfermas que acaben con su vida, como modo de acceder al camino definitivo que les conducirá a la trascendencia del Brahma. En uno de estos textos se lee: “Si el Brahmán tiene una enfermedad incurable,

que se dirija hacia la región invencible del nordeste y camine con paso firme hasta la disolución de su cuerpo, aspirando a la unión divina, y no alimentándose más que de aire y de agua. El Brahmán que se ha separado del cuerpo por medio de una de estas prácticas usadas por los grandes maestros, librado de pena y de temor, es admitido con honor en la morada de Brahma"¹.

Este apunte etnológico nos puede servir de introducción para presentar una práctica que en los últimos treinta años se está proponiendo como una alternativa a la eutanasia y al suicidio asistido, para aquellas personas que desean anticipar el momento de su muerte. Se trata de personas que se encuentran más o menos cercanas a este trance, pero que prefieren no esperar y se ponen en marcha hacia la anciana Átropos, que con sus tijeras de oro corta el hilo de la vida. En este caso, a diferencia del texto brahmánico, alimentándose solo del aire, ya que abandonan la comida y la bebida provocando de este modo la muerte en el arco de tres semanas, según el estado nutricional en el que se encuentren. Miller y Meier en un artículo de 1998 escribían que esta práctica era un medio a disposición de los enfermos terminales o incurables para escapar de su intolerable e irremediable condición sin necesidad de cambiar la ley ni transformar la ética médica². Como es fácil sospechar esta "solución" no resulta tan inocua como parece³.

Ninguno duda de la complejidad que pueden presentar las situaciones en el final de la vida, y la dificultad de la Medicina para abordar adecuadamente el sufrimiento del paciente que sabe que está muriendo y ya ha agotado las posibilidades terapéuticas para frenar su patología⁴.

1 *Leyes de Manu*, VI, 31-32, tomado de A. BENTUÉ, *Instinto de muerte e instinto de inmortalidad. Aporte a una fenomenología del suicidio y reflexión teológica*, «Teología y Vida» 23 (1982), p. 176.

2 Cfr. F. G. MILLER, D. E. MEIER, *Voluntary death: a comparison of terminal dehydration and physician-assisted suicide*, «Annals of Internal Medicine» 128/7 (1998), p. 559.

3 Aunque no hemos encontrado bibliografía académica específica sobre este tipo de actuación en España y Latinoamérica, nos parece que es importante reflexionar sobre la cuestión ética que suscita, pues son muchos los elementos y argumentaciones que comparte con otras prácticas que sí se realizan, o al menos se proponen.

4 En modo particular las cuestiones éticas que la nutrición y la hidratación ponen en la fase final de la vida son numerosas y complejas, como reseña bien el Documento "Ética de la alimentación y la hidratación al final de la vida", de la Organización Médica Colegial:

En todo caso, la cuestión que se nos plantea ahora en una bien limitada: la implicación moral de la elección de la interrupción de comer y beber con el objetivo primario de adelantar la muerte. No se trata por tanto de la desnutrición en las fases finales de muchas patologías crónicas, ni de la falta de apetencia "fisiológica" propia de los últimos días de tantas enfermedades. Tampoco nos ocupamos aquí de la difícil cuestión de la conveniencia o no de iniciar y/o retirar un tipo particular de nutrición asistida, ni de las cuestiones de futilidad que en ocasiones se presentan. Se trata de indagar un fenómeno que se da cada vez con mayor frecuencia en algunos países como opción para poner fin a la propia vida.

Las reflexiones que siguen parten de la bibliografía médica en materia, a la que sigue una reflexión de tipo ético, que permita identificar los diferentes tipos de acciones que se eligen en el final de la vida. En el plano moral las diferencias que se encuentran no responden simplemente a una diversa descripción de los hechos observados desde el exterior, sino que implican la estructura interna de la génesis del obrar, y por tanto la intencionalidad propia de las acciones. Somos conscientes que estas reflexiones dependen del tipo de ética que cada uno utiliza, y concretamente de la teoría de la acción que se sostiene.

2. La interrupción voluntaria de comer y beber

La bibliografía bioética en inglés abunda en artículos sobre lo que se ya se conoce como "interrupción voluntaria del comer y del beber" (*voluntary stopping of eating and drinking*)⁵. Uno de los primeros artículos

Documento elaborado por el Grupo de Trabajo "Atención Médica al final de la vida" (octubre 2016): http://infocuidadospaliativos.com/wp-content/uploads/2016/10/etica_alimentaciono%CC%81n_fin_de_la_vida_octubre16.pdf (consultado el 4.03.2018).

5 A partir de ahora la mencionaremos como IVCB. Otras denominaciones presentes en la bibliografía son: *Voluntary Refusal of Food and Fluids*, *Voluntary Terminal Dehydration*, *Voluntary Death by Dehydration*, *Terminal Dehydration*, *Stopping Eating and Drinking*, *Indirect Self-Destructive Behavior*, *Voluntary Palliated Starvation*, *Hastened Death by Stopping Eating and Drinking*. En español, Álvarez lo traduce como "interrupción voluntaria de la hidratación y nutrición": S. ÁLVAREZ MONTERO, *Eutanasia, opciones al final de la vida y médicos de familia*, «Atención Primaria» 41/7 (2009), p. 408. Aunque se trata de una dicción más elegante, por el peligro de confundirla con la interrupción de la hidronutrición ofrecida por vías artificiales, optamos por la traducción literal, que nos parece más clara.

sobre la práctica fue el publicado por Bernat, Gert y Mogielnicki en una importante revista de medicina en 1993⁶. Desde entonces son muchos, sobre todo después del 2000, los escritos que han aparecido de mano sobre todo de autores favorables a este modo de actuar⁷. Incluso la Real Academia Médica Holandesa le ha dedicado en 2014 un documento que presenta la IVCB como una "muerte natural" y un modo digno de alcanzar el final de la vida⁸. También para la ciencia jurídica esta práctica ha suscitado interés, como lo muestra el extenso artículo de Pope y Anderson de 2011⁹. A un nivel más divulgativo se mueven las consideraciones del libro *The best way to say goodbye* aparecido en 2007¹⁰.

Uno de los autores que más ha escrito sobre la IVCB es sin duda alguna Timothy E. Quill, que la considera una de las cuatro opciones que tiene el paciente (al final de su vida) para adelantar el momento de la muerte, junto a la eutanasia, el suicidio asistido y lo que denomina "sedación terminal"¹¹. Como las dos primeras no son legales en muchos países, y en muchos de los territorios de Estados Unidos, la IVCB aparece para este autor como

una buena posibilidad¹². A partir de este artículo se repite con frecuencia que se trata de una práctica legal y coherente con los principios éticos de la medicina¹³.

No es fácil ofrecer números fiables sobre la extensión de la práctica, y será necesario realizar estudios que tengan como objeto esta finalidad. Aquí señalamos los datos que ofrece la literatura médica actual. Curiosamente la bibliografía disponible proporciona datos de países donde está legalmente admitida la eutanasia, o al menos, el suicidio asistido, como son Holanda y Estados Unidos. Recientemente han aparecido también algunos datos de ésta práctica en Japón¹⁴.

Según la guía de la Academia Holandesa los casos anuales de IVCB se mueven entre 600 (siguiendo un artículo de Van der Heide) y 2.800 (según el dato de Chabot), que corresponderían respectivamente a 0.4% y 2.1% de todas la muertes en el país¹⁵. Es interesante señalar que en el 2006, año que corresponde al dato de Chabot, el número de eutanasias recogidas por el informe anual de los comités regionales holandeses fue de algo más de 1.900 casos¹⁶. Otra información relativa a la difusión de la IVCB, esta vez en Oregón, la encontramos en la encuesta de Ganzini y colaboradores, que recoge datos de los últimos años de la década de los noventa. De un grupo de 307 enfermeras entrevistadas,

6 J. L. BERNAT, B. GERT, R. MOGIELNICKI, *Patient refusal of hydration and nutrition: An alternative to physician-assisted suicide or voluntary active euthanasia*, «Archives of Internal Medicine» 153/24 (1993), pp. 2723–2731.

7 En 2016 la revista "Narrative Inquiry in Bioethics" dedicó su segundo fascículo a un número monográfico sobre este tema.

8 ROYAL DUTCH MEDICAL ASSOCIATION, *Caring for people who consciously choose not to eat and drink so as to hasten the end of life*, Utrecht 2014: <https://www.knmg.nl/web/file?uuiid=dacf5d4a-da2f-4a5b-94ca-f5913ad1488b&owner=5c945405-d6ca-4deb-aa16-7af2088aa173&contentid=694&elementid=133965> (consultado el 4.03.2018).

9 T. M. POPE, L. E. ANDERSON, *Voluntarily stopping eating and drinking: a legal treatment option at the end of life*, «Widener Law Review» 17 (2011), pp. 367–427. Uno de los autores ha vuelto sobre el tema en 2014: T. M. POPE, A. WEST, *Legal briefing: voluntarily stopping eating and drinking*, «The Journal of Clinical Ethics» 25/1 (2014), pp. 68–80.

10 S. A. TERMAN, R. B. MILLER, M. S. EVANS, *The best way to say goodbye: a legal peaceful choice at the end of life*, Life Transitions Publications, Carlsbad, Calif. 2007.

11 Este autor entiende la "sedación terminal" como un modo de anticipar voluntariamente la muerte del paciente, en el sentido de lo que algunos han llamado "slow euthanasia": J. A. BILLINGS, S. D. BLOCK, *Slow euthanasia*, «Journal of Palliative Care» 12/4 (1996), pp. 21–30. En realidad la sedación paliativa es una válida herramienta terapéutica que bien utilizada no adelanta la muerte, pues su finalidad es superar algunos síntomas refractarios, que no pueden controlarse con los fármacos habituales. Sobre la confusión en relación a la sedación "terminal", remitimos al artículo K. BELGRAVE, P. REQUENA, *A primer on palliative sedation*, «The National Catholic Bioethics Quarterly» 12/2 (2012), pp. 263–281.

12 T. E. QUILL, B. LO, D. W. BROCK, *Palliative options of last resort: a comparison of voluntarily stopping eating and drinking, terminal sedation, physician-assisted suicide, and voluntary active euthanasia*, «JAMA» 278/23 (1997), pp. 2099–2104.

13 Esta redacción aparece en el artículo de B. WHITE, L. WILLMOTT, J. SAVULESCU, *Voluntary palliated starvation: a lawful and ethical way to die?*, «Journal of Law and Medicine» 22/2 (2014), pp. 376–386.

14 El periódico "Nihon Keizai Shinbun" en un artículo de 30 de enero de 2018 menciona una encuesta realizada en noviembre de 2016 en la que resulta que el 30% de los médicos que contestaron a las preguntas (571 de 914) habían seguido pacientes que eligieron la IVCB como modo de anticipar la muerte. Agradecemos al Dr. Akio Ozaki la traducción del original japonés.

15 ROYAL DUTCH MEDICAL ASSOCIATION, *Caring for people who consciously choose not to eat and drink so as to hasten the end of life*, pp. 14–15. Los textos citados son: A. VAN DER HEIDE, M. T. MULLER, J. G. C. KESTER, *Frequentie van het afzien van (kunstmatige) toediening van voeding en vocht aan het levenseind*, «Ned Tijdschr Geneesk» 141 (1997), pp. 1918–1924; B. CHABOT, *Auto-euthanasie. Verborgen stervenswegen in gesprek met naasten*, Uitgeverij Bert Bakker, Amsterdam 2007.

16 <https://www.euthanasiacommissie.nl/binaries/euthanasiacommissie/documenten/jaarverslagen/2006/nl-en-du-fr/nl-en-du-fr/jaarverslag-2006/annual-report-2006-45.pdf> (consultado el 4.03.2018). Sería interesante conocer los números de estos últimos años para ver si han crecido en la misma proporción a los de la eutanasia, que en 2017 superaban los 6.500 casos.

102 habían atendido a pacientes que murieron después de dejar de comer y beber voluntariamente con la intención primaria de anticipar la muerte¹⁷. En un reciente artículo de Bolt y colaboradores se estudia el fenómeno de la IVCB desde la perspectiva del médico de familia en Holanda. De los 708 médicos que respondieron a la encuesta (de un total de 978 entrevistados), el 46% admitía haber seguido algún paciente que había elegido la IVCB¹⁸. En este mismo trabajo se señala que el 70% de los enfermos tenían más de 80 años, y padecían enfermedades severas (27% cáncer), y en un 77% de los casos eran dependientes para el cuidado ordinario.

De entre las definiciones que se han ofrecido de IVCB nos parece que la de Ivanovi en su trabajo de revisión de 2014 recoge de modo adecuado los elementos que configuran la práctica: "una acción realizada por una persona competente y capaz, que voluntaria y deliberadamente elige interrumpir el comer y el beber con la intención primaria de adelantar la muerte porque persiste un sufrimiento inaceptable"¹⁹. Se trata de una elección que busca primariamente provocar la muerte, y como en el caso de la eutanasia o del suicidio asistido, se realiza para evitar lo que se considera un sufrimiento insoportable. El texto holandés ya citado explica que las razones que llevan a estos pacientes a elegirla son de tipo somático (dolor, dificultad respiratoria, náusea/vómito, fatiga), por la dependencia que conlleva su situación, por desmoralización y por controlar el tiempo y el lugar de la muerte²⁰. Muchos de los autores que tratan de la IVCB señalan explícitamente el carácter

voluntario de la elección, y su diferencia con el proceso normal de la muerte que con frecuencia conlleva en la fase agónica una pérdida de apetito, que se manifiesta en una ingestión de líquidos y alimentos muy reducida en los últimos días de vida²¹. Es importante subrayar que la IVCB nada tiene que ver con la retirada de algún medio de hidronutrición asistida. Se trata de pacientes que pueden comer y beber de modo natural.

El proceso de la IVCB puede durar entre 1 y 3 semanas²². La muerte suele acaecer por un fallo cardíaco (fibrilación ventricular) debido a una descompensación del transporte de sodio y potasio en las células del corazón condicionado por la deshidratación generalizada. También influirán, más o menos, según los casos, aquellos procesos asociados a la falta de aporte nutritivo que llevan consigo la metabolización de ácidos grasos y proteínas, una vez agotados los escasos depósitos de glucógeno del organismo²³. En muchos de los artículos se menciona que se trata de una muerte indolora, lo que podría deberse a tres fenómenos²⁴. En primer lugar al efecto analgésico de los cuerpos cetónicos procedentes del metabolismo de las grasas; en segundo lugar, a la secreción de endorfinas que resulta de la ausencia total de alimentos; y por último a la somnolencia producida por la progresiva deficiencia renal²⁵. Esto no quita que, en ocasiones, sea necesaria la asistencia médica para evitar algunos síntomas asociados al proceso, como la apatía, la confusión, dolor de cabeza, calambres musculares, náusea y vómito;

17 L. GANZINI, E. R. GOY, L. L. MILLER, T. A. HARVATH, A. JACKSON, M. A. DELORIT, *Nurses' experiences with hospice patients who refuse food and fluids to hasten death*, «The New England Journal of Medicine» 349/4 (2003), pp. 359–365.

18 E. E. BOLT, M. HAGENS, D. WILLEMS, B. D. ONWUTEAKA-PHILIPSEN, *Primary care patients hastening death by voluntarily stopping eating and drinking*, «Annals of Family Medicine» 13/5 (2015), pp. 421–428.

19 N. IVANOVI, D. BÜCHE, A. FRINGER, *Voluntary stopping of eating and drinking at the end of life - a "systematic search and review" giving insight into an option of hastening death in capacitated adults at the end of life*, «BMC palliative care» 13/1 (2014), p. 3.

20 ROYAL DUTCH MEDICAL ASSOCIATION, *Caring for people who consciously choose not to eat and drink so as to hasten the end of life*, p. 15. En el artículo de Bolt se confirman estas motivaciones: 79% por razones somáticas, 77% existenciales y 58% por dependencia: E. E. BOLT, M. HAGENS, D. WILLEMS, B. D. ONWUTEAKA-PHILIPSEN, *Primary care patients hastening death by voluntarily stopping eating and drinking*, cit., p. 421.

21 Ver, por ejemplo, J. SCHWARZ, *Exploring the option of voluntarily stopping eating and drinking within the context of a suffering patient's request for a hastened death*, «Journal of Palliative Medicine» 10/6 (2007), p. 1291.

22 Este es el dato que aparece en la mayoría de los artículos. Sin embargo, el reciente de Bolt señala que la media en su casuística es de una semana: E. E. BOLT, M. HAGENS, D. WILLEMS, B. D. ONWUTEAKA-PHILIPSEN, *Primary care patients hastening death by voluntarily stopping eating and drinking*, cit., p. 421.

23 Sobre el proceso fisiopatológico y clínico se puede consultar el resumen del ROYAL DUTCH MEDICAL ASSOCIATION, pp. 13-14.

24 Schwarz dice en su artículo de 2014 que varios trabajos empíricos llegan a la conclusión de que se trata de una muerte pacífica y apacible: J. K. SCHWARZ, *Hospice care for patients who choose to hasten death by voluntarily stopping eating and drinking*, «Journal of Hospice and Palliative Nursing» 16/3 (2014), p. 129.

25 C. SUSKIN, *Voluntary stopping of eating and drinking (VSED)*, «Health Decisions» 23/2 (2015), pp. 1–2. Por lo que se refiere a la sensación de hambre, ésta suele desaparecer después de los primeros días de ayuno estricto.

como también otros problemas ligados al mayor riesgo de embolismo pulmonar, trombosis de las venas profundas o infecciones del canal urinario²⁶. En el artículo de Bolt sobre la experiencia en Holanda se recoge que en el 63% de los casos analizados los médicos de familia tuvieron que actuar para mitigar algunos síntomas en los últimos días de vida²⁷. Estos efectos secundarios podrían condicionar la necesidad de utilizar la sedación paliativa.

3. ¿Cómo considerar la IVCB desde el punto de vista ético?

En uno de los casos que presenta Schwarz como punto de partida de la discusión moral, se cuenta la historia de E.M., una paciente de 83 años con un tumor pélvico metastatizado en el abdomen, sin un tratamiento curativo posible. Después de un tiempo en su casa, la paciente fue ingresada en un centro de ancianos con cuidados paliativos, donde estuvo viviendo varias semanas hasta que falleció después de diez días de no comer ni beber. En la narración se cuenta que al ser el primer caso de IVCB que se presentaba en el centro, hubo diferentes opiniones a la hora de valorarlo tanto desde el punto de vista legal, como desde el punto de vista ético: algunos opinaban que en un *hospice* se deben respetar las decisiones de los pacientes, y el modo en el que prefieren morir; otros consideraban esta opción como un suicidio, y por tanto, peligroso para el personal sanitario que podía ser demandado por asistencia al suicidio. Algunos estaban preocupados por los dolores que podría conllevar el proceso, mientras otros decían que esa opción contrastaba con la filosofía propia de la medicina paliativa. Finalmente el comité ético del centro ofreció un parecer positivo, en el que consideraba legal la petición de la paciente; y desde el punto de vista ético podía resultar aceptable si se daban las condiciones apropiadas (enfermo capaz de realizar decisiones, sufrimiento

intolerable que no se pueda aliviar con otros medios, y elección voluntaria y resuelta de adelantar la muerte)²⁸.

Esta narración nos ayuda a percibir la distinta consideración que la práctica de la IVCB genera entre el personal sanitario. La pregunta que nos hacemos en este apartado se refiere al tipo de acción moral que se realiza cuando un paciente decide dejar de comer y de beber para anticipar la muerte. Las respuestas son varias, pero se pueden reconducir a dos fundamentales: limitación de un medio de sostén vital y suicidio. Nos parece importante la cuestión, pues un análisis ético debe intentar describir con la mayor precisión posible no solo las consecuencias de las acciones, sino también su estructura interna, su intencionalidad propia. De otro modo la valoración moral será deficiente, o apoyará más sobre el sentimiento que sobre la razón²⁹.

La descripción adecuada del tipo de acción en estudio no resuelve totalmente la cuestión relativa a su valoración moral, pero facilita la reflexión ética. Tanto si se sigue una bioética centrada en los principios y normas, como si se trata de un modelo casuista, la identificación de los tipos de acción es importante, aunque no sea definitivo. Siempre habrá que valorar este tipo de acción en el contexto concreto en el que se realiza. En nuestro caso, si llegamos a la conclusión de que la IVCB es un tipo de suicidio, encontraremos una connotación moral negativa que acompaña universalmente este género de acción. Esto no significa que subjetivamente posea siempre la misma valoración negativa, pues en no pocos casos la responsabilidad puede estar disminuida o incluso ser nula debido, por ejemplo, a una patología mental. Si, en cambio, sostenemos que se trata de una limitación terapéutica, la valoración moral será seguramente más positiva, ya que la reflexión ética reciente justifica en muchos casos este tipo de praxis. Piénsese, por ejemplo, a la limitación de la ventilación asistida o de la diálisis. Quizá se encuentra en esta distinta percepción moral la

26 Cfr. V. D. LACHMAN, *Voluntary stopping of eating and drinking: an ethical alternative to physician-assisted suicide*, «*Medsurg Nursing: Official Journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*» 24/1 (2015), p. 58.

27 E. E. BOLT, M. HAGENS, D. WILLEMS, B. D. ONWUTEAKA-PHILIPSEN, *Primary care patients hastening death by voluntarily stopping eating and drinking*, cit., pp. 421-428.

28 J. K. SCHWARZ, *Hospice care for patients who choose to hasten death by voluntarily stopping eating and drinking*, cit., pp. 127-128.

29 Con esta última afirmación no se pretende negar mínimamente el papel decisivo de la afectividad humana en el discurso moral, sino que se intenta poner un poco de orden en los distintos planos de la consideración moral de las acciones.

razón por la que la mayoría de los autores que escriben sobre IVCB la consideran más cercana a la limitación que al suicidio. La impresión que se tiene al leer estos artículos lleva pensar que más que un análisis de la acción en sí, los autores parten de una valoración positiva de las narraciones que presentan los pacientes que mueren por dejar de comer y beber, para concluir posteriormente que no debería tratarse de suicidio.

En el capítulo que el texto *Palliative Care and Ethics* dedica a nuestro tema, firmado por Rubin y Bernat, se explica que la IVCB no sería equivalente al suicidio asistido (o, como lo denominan en este texto, a la “ayuda médica al morir”). La razón es que en este último se trata de la “petición de una sustancia letal” mientras que en el IVCB supondría el “rechazo de una intervención”. Citan varios precedentes judiciales famosos para remarcar que el paciente siempre tiene derecho a rechazar intervenciones médicas, y cómo la jurisprudencia ha distinguido claramente entre ayuda al suicidio y la práctica habitual de la suspensión de algunos tratamientos de sostén vital (ventilación mecánica, diálisis, hidronutrición artificial). También reconocen que dejar de comer y beber no es equivalente a la interrupción de un medio de sostén vital, pues esto último lo permitimos habitualmente y lo primero no. Menciona como ejemplo el caso de pacientes con anorexia o prisioneros que se someten a huelga de hambre. Por tanto, para estos autores, cabría aceptar la IVCB en los casos en los que esa decisión se considere “racional”, o sea, que no cause “daño al paciente sin una suficiente razón como podría ser la de evitar un daño mayor”. Como conclusión señalan que la IVCB no debe considerarse suicidio, en el sentido que no sería una acción irracional. Siguiendo a Schwarz afirman que el suicidio implica tragedia, desperdicio y posibilidad de arrepentimiento, cosa que en la interrupción voluntaria del comer y beber no se daría³⁰.

30 Cfr. E. B. RUBIN, J. L. BERNAT, *Voluntary stopping of eating and drinking*, in T. E. QUILL – F. G. MILLER (eds.), *Palliative Care and Ethics*, Oxford University Press, Oxford 2014, p. 234–237. En este texto es bastante clara la confusión entre el plano jurídico y el moral: que un tribunal establezca que un paciente tiene derecho a rechazar una intervención médica nada dice sobre la consideración moral de esa decisión. Lo único que pretende es salvaguardar la libertad que tienen los enfermos en las opciones que se refieren al cuidado de su vida y de su salud.

Judith Schwarz es una de las más activas promotoras de la IVCB. Es una enfermera que actualmente dirige el “End-of-life Choices – New York”, organización que se propone educar y aconsejar a la población general sobre las opciones que tienen sobre el fin de vida, así como empujar un cambio legislativo que permita el derecho de todo paciente a una buena muerte, que incluiría la “ayuda médica en el morir” (suicidio asistido)³¹. No duda en escribir que “muchos médicos paliativistas ven la decisión de IVCB como una forma de abandonar un tratamiento de sostén vital”, lo que no sería otra cosa que la manifestación del principio aceptado, tanto desde el punto de vista ético como legal, del derecho del paciente competente a impedir intrusiones involuntarias en su cuerpo³². En varios de sus artículos se plantea la cuestión de si se debe o no considerar la IVCB como una forma de suicidio. Aunque no hayamos encontrado una respuesta clara y explícita al interrogante, es fácil descubrir que su opinión es contraria a la equivalencia, considerando la IVCB como una manifestación del “derecho a rechazar una medida de soporte vital”³³. Por otro lado, esta autora no tiene dificultad en afirmar que la “deshidratación voluntaria” (otro nombre con el que se refiere la IVCB) es una decisión de “elegir la muerte”³⁴. Su planteamiento podría resumirse de este modo: en la clínica habitual existen una serie de prácticas ampliamente aceptadas que, de un modo u otro, adelantan la muerte del paciente. Entre ellas menciona la supresión de una medida de soporte vital (como podría ser un ventilador o la diálisis), el uso de altas dosis de morfina y la sedación paliativa. Estas prácticas serían diferentes de la “ayuda médica a la muerte” o suicidio asistido, que a diferencia de las anteriores es legalmente aceptada solo

31 Se puede consultar el sitio de esta institución: <http://endoflifechoicesny.org/> (consultado el 4.03.2018).

32 Cfr. J. SCHWARZ, *Exploring the option of voluntarily stopping eating and drinking within the context of a suffering patient's request for a hastened death*, cit., p. 1291.

33 Estas palabras se encuentran en el título de uno de sus artículos: J. K. SCHWARZ, *Death by voluntary dehydration: suicide or the right to refuse a life-prolonging measure?*, «Widener Law Review» 12/2 (2011), pp. 351–361. También trata con cierta extensión sobre la relación entre IVCB y suicidio en J. SCHWARZ, *Exploring the option of voluntarily stopping eating and drinking within the context of a suffering patient's request for a hastened death*, cit., pp. 1288–1297.

34 Cfr. J. SCHWARZ, *Death by voluntary dehydration: suicide or the right to refuse a life-prolonging measure?*, cit., p. 360.

en unos pocos estados de USA. Igual que el paciente tiene derecho a “adelantar la muerte” a través del rechazo de un tratamiento de soporte vital, por la misma razón podría elegir otro medio, como es la IVCB, para conseguir esa misma finalidad. Reconoce, siguiendo a Cantor y Thomas, que en realidad estas dos acciones no son equivalentes, pues la última incluiría un elemento, la “causa letal” (en este caso la deshidratación) que no está presente en la primera. En todo caso, estos mismos autores reconocen que la IVCB puede distinguirse de los tipos paradigmáticos de suicidio, donde existe un acto positivo que causa la muerte. Por esto, concluyen que la IVCB puede considerarse mejor desde la perspectiva de la autodeterminación del paciente³⁵.

Desde el punto de vista teórico no parece que el incluir la práctica de la IVCB como una forma de suicidio preocupe demasiado a Schwarz, ya que menciona a algunos autores para los que el suicidio no tendría una valoración negativa en sí. Entre ellos sigue fundamentalmente a Attig. Para este último el suicidio como acción de “matarse a uno mismo” sería neutra desde el punto de vista moral. Y del mismo modo que en ciertos casos “matar” podría justificarse (como en la legítima defensa o la guerra justa), así también cabe pensar en situaciones en las que “matarse a uno mismo” corresponda a una decisión racional, y por tanto sea justificable. Al final de este artículo Schwarz concluye que el suicidio está ligado a la tragedia, es expresión de actos desesperados y fútiles, generalmente violentos, y por ello distinto de la decisión racional de adelantar la muerte a través de la interrupción de la comida y la bebida³⁶.

Un autor que no tiene inconveniente en defender el suicidio, como manifestación de la autodeterminación propia de la persona, es Savulescu. En todo caso, teniendo en cuenta la legislación vigente en muchas partes del globo, sostiene en un artículo colectivo que la IVCB no sería un suicidio desde el punto de vista legal, lo que garantizaría su asistencia médica sin preocupaciones

35 El artículo citado es: N. L. CANTOR, G. C. THOMAS, *The legal bounds of physician conduct hastening death*, «Buffalo Law Review» 48/1 (2000), pp. 83–173.

36 Cfr. J. SCHWARZ, *Exploring the option of voluntarily stopping eating and drinking within the context of a suffering patient's request for a hastened death*, cit., p. 1295.

criminales³⁷. Sin embargo, en otro escrito firmado solo por él, no tiene inconveniente en afirmar que lo que denomina “voluntary palliated starvation” (VPS) es un modo de “asistencia al suicidio” que puede entrar en los límites de la ley y es coherente con el contexto actual de ética médica y de derechos humanos³⁸. Por VPS entiende una síntesis entre la IVCB y la asistencia propia de los cuidados paliativos. En realidad, esta conexión la suponen también los otros autores, pero sin incluirla en el nombre que le dan a la práctica.

Por lo que se refiere a la comparación entre la IVCB y el suicidio asistido médicamente, Quill parece más honesto que otros autores ya que, aun siendo totalmente favorable a la IVCB, no duda en escribir que ambas acciones pueden considerarse técnicamente suicidio. Al plantear semejanzas y diferencias enumera entre las primeras el deseo de causar la muerte, la necesidad de una determinación clara por parte del paciente y el propósito (*intent*), que sería el mismo en ambos casos. Por lo que se refiere a las segundas, señala que la IVCB tiene una duración mayor que condiciona una estética diversa. Además en esta última el papel del médico sería más indirecto. Por último, en los lugares donde el suicidio asistido no es legal, tanto el médico como los familiares habrían de moverse con mayor reserva³⁹.

Entre los autores que han escrito críticamente sobre la IVCB se encuentran Jansen y Sulmasy. Ambos coinciden en valorar negativamente el suicidio asistido, y por tanto también la IVCB, al menos en la mayoría de los casos. Aunque escriben claramente que no consideran suicidio todo caso de IVCB, sí lo sería en muchas ocasiones, cuando lo que se busca voluntariamente es adelantar la muerte, y ésta no se configura como la consecuencia no querida de una intervención que se realiza para contener o superar algún síntoma refractario⁴⁰.

37 B. WHITE, L. WILLMOTT, J. SAVULESCU, *Voluntary palliated starvation*, cit., pp. 376–386.

38 J. SAVULESCU, *A simple solution to the puzzles of end of life? Voluntary palliated starvation*, «Journal of Medical Ethics» 40/2 (2014), pp. 110–113.

39 Cfr. T. E. QUILL, *Voluntary stopping of eating and drinking (VSED), physician-assisted death (PAD), or neither in the last stage of life? Both should be available as a last resort*, «Annals of Family Medicine» 13/5 (2015), p. 409.

40 L. A. JANSEN, D. P. SULMASY, *Sedation, alimentation, hydration, and equivocation: careful conversation about care at the end of life*, «Annals of Internal Medicine» 136/11 (2002), pp. 845–849

Coincidimos con esta explicación, pero no nos acaba de convencer la distinción que Jansen hace en otro de sus artículos entre la IVCB que se realiza con la intención de acabar con la propia vida, y la que podría considerarse una "opción terapéutica"⁴¹. Esta distinción aparece en un escrito de 2015, y es paralela a la que hace en otro anterior de 2004, entre enfermos terminales que sufren una condición fisiológica que no responde a los cuidados paliativos habituales y los que sí responden, pero aun así quieren adelantar la muerte por el sufrimiento psicológico que les produce la situación. Según Jansen en los primeros la IVCB podría considerarse como la interrupción de un "camino desproporcionadamente oneroso para mantener la propia vida", mientras que el segundo sería un ejemplo de suicidio⁴². Aunque entendemos que hay casos en los que el control de algunos síntomas puede ser un desafío no pequeño, nos es difícil aceptar que el dejar de comer y beber en esas circunstancias, a no ser que haya un problema con la ingestión o asimilación, pueda considerarse una "opción terapéutica".

4. Implicaciones ético-legales y deontológicas de la IVCB

El interés por responder a la cuestión sobre la naturaleza de la IVCB, y concretamente si se debe o no considerar suicidio, hay que buscarlo sobre todo en el ámbito legal. Desde el punto de vista moral ciertamente el suicidio tiene una connotación negativa, pero en la historia del pensamiento encontramos autores que lo consideran una acción sin una valoración precisa, e incluso algunos que lo ven, en ciertos casos, como manifestación de valor y heroísmo. Ciertamente muchos otros autores, junto a la grandes tradiciones religiosas, lo consideran como una falta moral grave⁴³. Sin embargo, desde el punto de vista jurídico, es muy importante determinar si una

cierta acción se configura o no como suicidio, porque en la mayoría de los países la asistencia al suicidio sigue considerándose un crimen.

En la acepción corriente suicidio significa "acción y efecto de suicidarse", siendo suicidarse: "quitarse voluntariamente la vida"⁴⁴. Se trata de una definición esencial, que abre la posibilidad a muchos tipos de suicidio. La famosa *Encyclopedia of Bioethics*, en la voz dedicada al suicidio, expone la dificultad de ofrecer una definición formal del término que sea aceptable para todos. Al mismo tiempo señala el interés de poseer una, por su importancia práctica en distintos ámbitos de la vida social y de la práctica médica: la identificación de las causas de muerte, los protocolos de psiquiatría, los pleitos con las aseguradoras, los códigos de ética médica, las leyes que prohíben o permiten la asistencia al suicidio y las mismas prohibiciones religiosas⁴⁵. Las definiciones se mueven entre aquellas que consideran suicidio todos los casos en los que intencionalmente uno se provoca la muerte de modo voluntario, y las que ponen como condición que la intención primaria de la acción sea provocar la propia muerte⁴⁶.

En su voluminoso texto *The ethics of killing*, McMahan también señala la importancia de la intencionalidad para una adecuada descripción del suicidio, aunque reconoce que este elemento introduce una falta de claridad sustancial. La definición que propone nos parece adecuada, aunque la explicación posterior resulta poco satisfactoria. Según este autor un agente se suicida cuando "muere como consecuencia de una actuación realizada con la intención de provocar su propia muerte". Y añade que el suicidio puede provocarse mediante una acción o mediante una omisión⁴⁷. En este sentido

44 Tomado del Diccionario de la Real Academia Española: <http://www.rae.es/> (consultado el 4.03.2018).

45 M.P. BATTIN, *Suicide* en S. G. POST, *Encyclopedia of Bioethics*, Macmillan, New York 2004, p. 2475-2483.

46 Cfr. *ibid.*, p. 2477.

47 Cfr. J. McMAHAN, *The ethics of killing: problems at the margins of life*, Oxford University Press, Oxford; New York 2003, p. 455. Lo que no nos convence es que a continuación pone como ejemplo de suicidio por omisión el "rechazo de un tratamiento médico de sostén vital con el deseo de morir". Coincidimos con el autor que el "deseo de morir", si es lo que mueve intencionalmente la acción, puede hacerla entrar dentro del suicidio. Sin embargo, queda poco claro que el rechazo de un medio de sostén vital puede configurarse, desde el punto de vista ético, como una limitación terapéutica y

41 Cfr. L. A. JANSEN, *Voluntary stopping of eating and drinking (VSED), physician-assisted suicide (PAS), or neither in the last stage of life? PAS: No; VSED: it depends*, «The Annals of Family Medicine» 13/5 (2015), p. 410.

42 L. A. JANSEN, *No safe harbor: the principle of complicity and the practice of voluntary stopping of eating and drinking*, «The Journal of Medicine and Philosophy» 29/1 (2004), p. 63.

43 Una primera información histórica sobre la moralidad del suicidio se puede leer en M.P. BATTIN, *Suicide* en S. G. POST, *Encyclopedia of Bioethics*, Macmillan, New York 2004, pp. 2475-2483.

pensamos que se puede concluir que la IVCB es un tipo de suicidio. Es verdad que se trata de un tipo de suicidio particular, un poco distinto de la idea habitual que lo asocia a un acto singular que provoca una muerte rápida y, generalmente, violenta. De hecho, la percepción que las enfermeras y los trabajadores sociales tienen de la IVCB es distinta de las que poseen del suicidio asistido⁴⁸. Sin embargo, lo fundamental para hablar de suicidio es que la acción (o la omisión) proceda del mismo sujeto, y que se haga "para" provocar la muerte⁴⁹. Otros elementos, como la razón por la que se realiza, o la modalidad, podrán tener mayor o menor incidencia en su valoración moral y legal, pero no mutan la naturaleza de la acción⁵⁰. El suicidio puede responder a un momento de crisis, de depresión profunda, de cansancio de la vida... puede ser más o menos "racional", en el sentido de voluntario y privo de coerción interna o externa, pero si lo que busca es la propia muerte deberá considerarse suicidio.

En este sentido se puede y se debe distinguir el suicidio de aquellas otras acciones que pueden llevar consigo la muerte del sujeto, pero que no se realizan "para" provocarla. Aquí nos referimos fundamentalmente a la limitación del esfuerzo terapéutico. La persona con una enfermedad neurodegenerativa crónica, que pide el retiro de la ventilación asistida por las molestias que le supone ese medio terapéutico, puede "no querer" provocar la muerte, aunque sepa con certeza que ésta será la consecuencia de esa suspensión. No busca la muerte como modo de acabar con su sufrimiento, sino que rechaza un medio terapéutico que considera demasiado pesado. Sin embargo, la persona que se decide por la IVCB no lo

hace porque comer y beber le resulte muy costoso, sino porque "quiere" provocar la muerte, para acabar con los sufrimientos. En este sentido no se puede considerar la muerte como un resultado "no querido" para superar los sufrimientos, pues lo que se elige es precisamente la muerte... para acabar con esos sufrimientos.

Estas distinciones suponen un modo de entender el actuar humano y la configuración interna de las acciones morales que excede la simple consideración de la intención y las consecuencias, aunque ciertamente las incluye⁵¹. Desde esta perspectiva es insuficiente la presentación que hemos visto que hacen algunos de los promotores de la IVCB de acciones que "adelantan la muerte", incluyendo en el mismo grupo la retirada de un tratamiento de sostén vital, la sedación paliativa, la IVCB, el suicidio asistido y la eutanasia. Ciertamente en todas ellas hay una conexión causal entre la acción y la muerte, pero la configuración moral intencional no es la misma. En algunos casos se realiza la acción "para" adelantar la muerte, mientras que en otros casos, simplemente se "prevé" la muerte como un efecto que puede ser no querido⁵².

Podemos concluir este apartado señalando que, aunque en algunos casos no será fácil determinar claramente el tipo de elección que tenemos delante, en la mayoría de ellos se puede decir que la IVCB ha de considerarse un tipo de suicidio. Es cierto que desde el punto de vista de su descripción fenomenológica es algo distinto al tipo de suicidio presente en el ideario común, pero no deja de ser una elección que realiza una persona competente para acabar con la propia vida. Puede ayudar a comprender este punto el caso de la persona con una enfermedad terminal y grandes sufrimientos impedida para nutrirse por sí misma. Si la decisión de no darle de comer y de beber (para causar la muerte) la toma el médico o un familiar,

no como suicidio. Sobre este tema no podemos extendernos aquí. Una amplia presentación puede encontrarse en: P. REQUENA, *¿Doctor no haga todo lo posible! De la limitación a la prudencia terapéutica*. Editorial Comares, Granada 2017.

48 T. A. HARVATH, L. L. MILLER, E. GOY, A. JACKSON, M. DELORIT, L. GANZINI, *Voluntary refusal of food and fluids: attitudes of Oregon hospice nurses and social workers*, «International Journal of Palliative Nursing» 10/5 (2004), pp. 236–241.

49 De este mismo parecer es Binbacher, que considera la IVCB como un "suicidio pasivo": D. BIRNBACHER, *Ist sterbefasten eine form von suizid?*, «Ethik in der Medizin» 27/4 (2015), pp. 315–324.

50 Siguiendo la distinción de Durkheim entre suicidio "egoísta" y suicidio "altruista", se puede pensar que muchos de los casos de IVCB sean de este segundo tipo, pues se toma la decisión suicida para no ser un peso a los demás. Sin embargo, esta buena intención no cambia la naturaleza del acto.

51 En este escrito no podemos desarrollar esta tesis, que tiene sus raíces en la presentación clásica de la ética aristotélica, y que se ha configurado a lo largo del tiempo en lo que hoy se conoce como Ética de la virtud. Una buena presentación de los conceptos principales de este modo de razonar ético puede encontrarse en Á. RODRÍGUEZ LUÑO, A. BELLOCO, *Ética general*, EUNSA, Pamplona 2014⁷.

52 Aquí se abre otro gran tema de la ética y de la bioética sobre los efectos queridos o simplemente previstos de las acciones, que está en la base del famoso debate sobre la equivalencia moral entre "matar" y "dejar morir".

y el paciente muere al cabo de unos días por deshidratación, nadie dirá que ha sido una “muerte natural” (como algunos consideran la IVCB), causada por la enfermedad de base, sino provocada voluntariamente por esa tercera persona; quizá con las mejores intenciones... Cuando se dice que la IVCB es una modalidad de suicidio no se pretende emitir una condena, sino simplemente describir la acción que se ha elegido realizar.

Con lo dicho hasta ahora resulta bastante claro que el médico no debería ni proponer la IVCB ni colaborar con ella, al igual que no propone ni colabora con otros tipos de suicidio. No todos piensan de este modo, pues algunos han objetado que los tribunales ya han considerado legal esta práctica. Cantor y Thomas mencionan concretamente dos sentencias de tribunales de New York que no autorizaron la petición de sendos asilos para poder alimentar artificialmente a dos ancianos que habían decidido emprender la IVCB⁵³. A partir de aquí queda justificado para estos autores un cierto derecho a la IVCB. Sin embargo, se trata de dos realidades distintas. Una cosa es que no convenga forzar (legalmente) la alimentación, y otra muy distinta es decir que existe el derecho a morir siguiendo este camino⁵⁴. Si una persona decide suicidarse de otro modo, los tribunales no podrán impedirse: ciertamente se intentará evitar aquello, pero al final, si la persona decide suicidarse, lo hará... porque es libre para hacerlo. En el caso de la IVCB es claro que el enfermo que elija este camino podrá hacerlo y nadie podrá obligarle a cambiar de idea, pero esto no significa que la praxis se deba considerar en modo positivo, y mucho menos, que la sociedad y el estatuto médico deban ayudarlo a llevar a cabo su propósito. Lo contrario es aceptar una modalidad de “suicidio asistido”, aunque no se quiera reconocer. Y no hace

falta gran perspicacia para entender que una vez que la IVCB sea vista como una opción más del ámbito sanitario para el final de la vida, se aprueben, siguiendo la misma lógica de justificación de la práctica (que no es otra que la libre voluntad del paciente), otras anticipaciones del momento de la muerte más rápidas y confortables. No olvidemos que el mismo Quill en uno de sus primeros artículos sobre este tema, al plantear esta posibilidad escribía que para algunos pacientes, familiares y médicos, la opción de la IVCB resultaba repugnante⁵⁵.

Schwarz, al considerar la IVCB como una limitación terapéutica más, y por tanto, una válida opción al final de la vida, tanto desde el punto de vista ético como legal, estima injusto que un médico no ofrezca a sus pacientes terminales esta opción. Para la enfermera de New York esta omisión supondría imponer las propias creencias al paciente. Con lo visto hasta ahora debería resultar claro que la IVCB no es una limitación más, y por consiguiente, es muy distinta de suspender una medida de soporte vital que pueda suponer una carga demasiado pesada para el paciente. Si la equivalencia se diera, Schwarz tendría razón, sería injusto no proponerla: el problema es que no se da. Es más, el personal sanitario, fiel a su tradición ética multiseccular, debería cuidar de sus pacientes hasta el final, sin dejarse llevar por la tentación de “facilitarles” la salida⁵⁶. Es mucho lo que el profesional de la salud puede ofrecer ante el llamado “sufrimiento insoportable”. Este no es el lugar para desarrollar la respuesta que los cuidados paliativos ofrecen en el momento final de la vida, y en algunos casos, también durante el desarrollo de patologías crónicas graves⁵⁷. Estamos convencidos que estos cuidados son el modo de llegar a una muerte realmente digna. Ante posibles peticiones de asistencia médica de la IVCB el personal sanitario debería comportarse de acuerdo a lo que indica el Manual de Ética y Deontología Médi-

53 N. L. CANTOR, G. C. THOMAS, *The legal bounds of physician conduct hastening death*, cit., pp. 83–173, citado por J. SCHWARZ, *Death by voluntary dehydration: suicide or the right to refuse a life-prolonging measure?*, cit., p. 356.

54 Como bien explica Bellver en el ámbito jurídico “se niega la existencia de un presunto derecho a disponer de la propia vida y se entiende que quienes participan en esas muertes ‘consentidas’ atentan contra bienes esenciales de la persona y contra la sociedad en su conjunto”: V. BELLVER, *Suicidio médicamente asistido*, en C. SIMÓN VÁZQUEZ (ed.), *Diccionario de bioética*, Monte Carmelo, Burgos 2006, p. 686. En esta misma línea se mueven las reflexiones de L. A. JANSEN, D. P. SULMASY, *Sedation, alimentation, hydration, and equivocation*, cit., p. 848.

55 Cfr. T. E. QUILL, B. LO, D. W. BROCK, *Palliative options of last resort*, cit., p. 2100.

56 Sobre este punto nos permitimos sugerir P. REQUENA MEANA, *Why should the World Medical Association not change its policy towards euthanasia?*, «World Medical Journal» 62/3 (2016), pp. 99–103: <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2017/03/wmj201603.pdf> (consultado el 4.03.2018).

57 Una primera información puede encontrarse en la “Guía de cuidados paliativos” de la SECPAL (Sociedad Española de Cuidados Paliativos): <http://www.secpal.com/Documentos/Paginas/guiacp.pdf> (consultado el 4.03.2018).

ca de la Organización Médica Colegial, que explica como la asistencia al suicidio pertenece a una lógica distinta a la de los cuidados paliativos, y "mina la relación esencial de confianza entre el médico y el paciente"⁵⁸. La compasión no debería conducir al personal sanitario al abandono del paciente, y aun cuando éste último se encuentre cansado de luchar y de vivir, sabe que a su alrededor no encontrará personas que le facilitarán una muerte anticipada, sino una presencia paliativa que le acompañará en sus últimos momentos.

Referencias

- Álvarez Montero, S., "Eutanasia, opciones al final de la vida y médicos de familia". *Atención Primaria* 41/7 (2009), 405-410.
- Battin, M.P., *Suicide*, en S. G. Post, *Encyclopedia of Bioethics*, Macmillan, New York 2004, 2475-2483.
- Belgrave, K., Requena, P., "A primer on palliative sedation". *The National Catholic Bioethics Quarterly* 12/2 (2012), 263-281.
- Bellver, V., *Suicidio médicamente asistido*, en Simón Vázquez, C. (ed.), *Diccionario de bioética*, Monte Carmelo, Burgos 2006, 684-692.
- Bentué, A., "Instinto de muerte e instinto de inmortalidad. Aporte a una fenomenología del suicidio y reflexión teológica". *Teología y Vida* 23 (1982), 165-190.
- Bernat, J. L., Gert, B., Mogielnicki, R., "Patient refusal of hydration and nutrition: An alternative to physician-assisted suicide or voluntary active euthanasia". *Archives of Internal Medicine* 153/24 (1993), 2723-2731.
- Billings, J. A., Block, S. D., "Slow euthanasia". *Journal of Palliative Care* 12/4 (1996), 21-30.
- Birnbacher, D., "Ist sterbefasten eine form von suizid?". *Ethik in der Medizin* 27/4 (2015), 315-324.
- Bolt, E. E., Hagens, M., Willems, D., Onwuteaka-Philipsen, B. D., "Primary care patients hastening death by voluntarily stopping eating and drinking". *Annals of Family Medicine* 13/5 (2015), 421-428.
- Cantor, N. L., Thomas, G. C., "The legal bounds of physician conduct hastening death". *Buffalo Law Review* 48/1 (2000), 83-173.
- Chabot, B., *Auto-euthanasie. Verborgene stervenswegen in gesprek met naasten*, Uitgeverij Bert Bakker, Amsterdam 2007.
- Ganzini, L., Goy, E. R., Miller, L. L., Harvath, T. A., Jackson, A., Delorit, M. A., "Nurses' experiences with hospice patients who refuse food and fluids to hasten death". *The New England Journal of Medicine* 349/4 (2003), 359-365.
- Harvath, T. A., Miller, L. L., Goy, E., Jackson, A., Delorit, M., Ganzini, L., "Voluntary refusal of food and fluids: attitudes of Oregon hospice nurses and social workers". *International Journal of Palliative Nursing* 10/5 (2004), 236-241.
- Heide, A. van der, Muller, M. T., Kester, J. G. C., "Frequentie van het afzien van (kunstmatige) toediening van voeding en vocht aan het levenseind". *Ned Tijdschr Geneeskde* 141 (1997), 1918-1924.
- Ivanovi, N., Büche, D., Fringer, A., "Voluntary stopping of eating and drinking at the end of life - a systematic search and review" giving insight into an option of hastening death in capacitated adults at the end of life". *BMC palliative care* 13/1 (2014), 1.
- Jansen, L. A., "No safe harbor: the principle of complicity and the practice of voluntary stopping of eating and drinking". *The Journal of Medicine and Philosophy* 29/1 (2004), 61-74.
- , "Voluntary stopping of eating and drinking (VSED), physician-assisted suicide (PAS), or neither in the last stage of life? PAS: No; VSED: it depends". *The Annals of Family Medicine* 13/5 (2015), 410-411.
- Jansen, L. A., Sulmasy, D. P., "Sedation, alimentation, hydration, and equivocation: careful conversation about care at the end of life". *Annals of Internal Medicine* 136/11 (2002), 845-849.
- Lachman, V. D., "Voluntary stopping of eating and drinking: an ethical alternative to physician-assisted suicide". *Medsurg Nursing: Official Journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses* 24/1 (2015), 56-59.

⁵⁸ *Manual de Ética y Deontología Médica*, Organización Médica Colegial, 2012, p. 140.

- McMahan, J., *The ethics of killing: problems at the margins of life*, Oxford University Press, Oxford; New York 2003.
- Miller, F. G., Meier, D. E., "Voluntary death: a comparison of terminal dehydration and physician-assisted suicide". *Annals of Internal Medicine* 128/7 (1998), 559–562.
- Pope, T. M., Anderson, L. E., "Voluntarily stopping eating and drinking: a legal treatment option at the end of life". *Widener Law Review* 17 (2011), 367–427.
- Pope, T. M., West, A., "Legal briefing: voluntarily stopping eating and drinking". *The Journal of Clinical Ethics* 25/1 (2014), 68–80.
- Quill, T. E., "Voluntary stopping of eating and drinking (VSED), physician-assisted death (PAD), or neither in the last stage of life? Both should be available as a last resort". *Annals of Family Medicine* 13/5 (2015), 408–409.
- Quill, T. E., Lo, B., Brock, D. W., "Palliative options of last resort: a comparison of voluntarily stopping eating and drinking, terminal sedation, physician-assisted suicide, and voluntary active euthanasia". *JAMA* 278/23 (1997), 2099–2104.
- Requena Meana, P., "Why should the World Medical Association not change its policy towards euthanasia?". *World Medical Journal* 62/3 (2016), 99–103.
- , *¡Doctor no haga todo lo posible! De la limitación a la prudencia terapéutica*. Editorial Comares, Granada 2017
- Rodríguez Luño, Á., Bellocq, A., *Ética general*, EUNSA, Pamplona 2014.
- Royal Dutch Medical Association, *Caring for people who consciously choose not to eat and drink so as to hasten the end of life* 2014.
- Rubin, E. B., Bernat, J. L., *Voluntary stopping of eating and drinking*, in T. E. Quill – F. G. Miller (eds.), *Palliative Care and Ethics*, Oxford University Press, Oxford 2014, 231–246.
- Savulescu, J., "A simple solution to the puzzles of end of life? Voluntary palliated starvation". *Journal of Medical Ethics* 40/2 (2014), 110–113.
- Schwarz, J. K., "Exploring the option of voluntarily stopping eating and drinking within the context of a suffering patient's request for a hastened death". *Journal of Palliative Medicine* 10/6 (2007), 1288–1297.
- , "Death by voluntary dehydration: suicide or the right to refuse a life-prolonging measure?". *Widener Law Review* 12/2 (2011), 351–361.
- , "Hospice care for patients who choose to hasten death by voluntarily stopping eating and drinking". *Journal of Hospice and Palliative Nursing* 16/3 (2014), 126–131.
- Suskin, C., "Voluntary stopping of eating and drinking (VSED)". *Health Decisions* 23/2 (2015), 1–4.
- Terman, S. A., Miller, R. B., Evans, M. S., *The best way to say goodbye: a legal peaceful choice at the end of life*, Life Transitions Publications, Carlsbad, Calif. 2007.
- White, B., Willmott, L., Savulescu, J., "Voluntary palliated starvation: a lawful and ethical way to die?". *Journal of Law and Medicine* 22/2 (2014), 376–386.