

# Eutanasia. Libertad de expresión

## TEDH. *Case of Lings v. Denmark*, 12 de abril de 2022

Por María Susana Ciruzzi<sup>1</sup>

---

*“No está dispuesto a sufrir todos estos sufrimientos,  
a morir todas estas muertes”.*

Hermann Hesse

### 1. Los hechos

En el caso que aquí se comenta, el 23 de septiembre de 2019 la Corte Suprema de Dinamarca condenó a 60 días de prisión en suspenso a un médico retirado, miembro de una asociación que aboga a favor de la eutanasia, por dos hechos de suicidio asistido y uno de tentativa de suicidio asistido, con fundamento en lo dispuesto por el artículo 240 del Código Penal dinamarqués.

Alrededor de 2015, el Dr. Lings había fundado la Asociación “Médicos en Favor de la Eutanasia”. Con la finalidad de abogar por la legalización de la muerte voluntaria, preparó una guía denominada “Medicamentos idóneos para el suicidio”, disponible en internet. La guía contempla un procedi-

<sup>1</sup> Abogada y especialista en Derecho Penal (UBA). Especialista y magíster en Bioética (FLACSO). Doctora y posdoctora (UBA). Nuland Program on Bioethics University of Yale USA. Miembro de la Asociación Argentina de Medicina y Cuidados Paliativos. Miembro del Comité Nacional de Cuidados Paliativos y secretaria de la Subcomisión de Derechos de la Niñez y Adolescencia (Sociedad Argentina de Pediatría). Miembro del Consejo Asesor en Cuidados Paliativos (Sociedad Argentina de Medicina). Académica titular de la Academia de Ciencias Forenses de la República Argentina.

miento detallado de cómo cometer suicidio, así como un listado de alrededor de 300 fármacos apropiados para suicidarse, junto a la descripción de la dosis requerida y posibles combinaciones farmacológicas. La guía también explica la mejor forma en que la persona puede asegurar la muerte tomando los tipos y dosis recomendadas de fármacos, incluidas distintas combinaciones, o bien tomando una dosis completa de un fármaco combinado con la colocación de una bolsa plástica en la cabeza, sujeta por una banda elástica alrededor del cuello. Debe destacarse que la publicación de esta guía en internet es absolutamente legal en Dinamarca.

En febrero de 2017, el Dr. Lings había sido denunciado ante la Policía por la Autoridad de Seguridad del Paciente, cuando en una entrevista radial había relatado cómo había asistido en la muerte de un paciente que padecía una enfermedad terminal pulmonar, al haberle administrado el fármaco Fene-mal. Como consecuencia de esta denuncia, en marzo 2017 se revocó su licencia profesional, con la consecuencia de que ya no podía prescribir medicación ni para sí mismo ni para otros.

Tres han sido los cargos por los que el Dr. Lings fue condenado. En el primero, cuando ya había sido revocada su licencia profesional, el 23 de marzo de 2017 indicó un medicamento para asistir al suicidio de un paciente, quien falló en el intento. Como ya no podía prescribir medicación, solicitó la ayuda de otro profesional (quien a la sazón se convertiría en coautor del hecho). El Dr. Lings relató cómo el paciente se contactó con él, informando que sufría de una enfermedad neurológica y que no quería seguir viviendo. Hablaron numerosas veces tanto telefónicamente como por mail. La sentencia destaca que, desde la tentativa de suicidio, el paciente recibió tratamiento para su dolor físico y la ansiedad, habiendo mejorado su condición.

En el segundo hecho, el acusado fue condenado por suicidio asistido, habiendo indicado al paciente un fármaco –Fenemal– sabiendo que lo usaría para cometer suicidio. El paciente sufría parálisis casi total debido a un accidente cerebrovascular; para él la vida ya no valía la pena y deseaba morir. El Dr. Lings reconoció haber visitado al paciente, habiéndole brindado información de cómo suicidarse en base a las recomendaciones plasmadas en la guía compartida en internet y lo puso en contacto con quien pudiera proveerle la medicación.

En declaración testimonial, su viuda reconoció que el paciente trató de viajar a Suiza para acceder a la eutanasia, pero no encontró ningún psiquiatra dispuesto a firmar un certificado médico que atestara la capacidad mental del paciente. Por ello, contactó al Dr. Lings solicitando su ayuda. Una vez conseguido el fármaco, su mujer se lo entregó al paciente quien expresó “*al fin tengo lo que necesito*”. En mayo de 2017 la familia y el paciente tuvieron una cena de despedida y al día siguiente la esposa recibió un llamado del geriátrico, que le informaba que el paciente estaba profundamente dormido y no despertaba, falleciendo posteriormente.

En el tercer hecho, se condena al Dr. Lings por asistencia al suicidio. Se trataba de una paciente de 85 años que sufría muchas comorbilidades, pero que no estaba gravemente enferma. Deseaba morir y ella misma se consiguió el medicamento para lograrlo. El 17 de julio de 2018 contactó al Dr. Lings por e-mail solicitando su asistencia. Intercambiaron un mínimo de 9 mails entre esa fecha y el 8 de

agosto de 2018. El condenado le confirmó que la medicación obtenida era excelente y le recomendó que repasara la guía de asistencia al suicidio que se encuentra disponible en internet. Incluso, la ayudó a buscarla. El 6 de agosto de 2018 el Dr. Lings le confirmó a la paciente que era una buena idea combinar la medicación con una bolsa plástica alrededor de su cabeza, habiéndole escrito: “Si puede soportarlo, será efectiva en un 100%. Recuerde en ese caso que es importante colocar una banda elástica alrededor del cuello”. El 10 de agosto de 2018, la paciente fue hallada fallecida en su cama, con una bolsa plástica sobre su cabeza.

## 2. El planteo jurídico

El Dr. Lings sostiene que su condena viola el artículo 10 del CEDH, mientras que los distintos tribunales locales han entendido que la conducta reprochada asienta en la letra del artículo 240 del Código Penal danés, por el cual se considera delito asistir a otra persona en acabar con su vida.

Resulta importante destacar que en el ordenamiento jurídico danés las “recetas” o guías de suicidio, disponibles por ejemplo en Internet, destinadas a un público general impersonal no pueden ser castigadas como delito. Para que la instigación o determinación/asistencia al suicidio pueda ser considerada delito debe tratarse de una conducta realizada por el autor con la intención específica de asistir a una persona en particular a cometer suicidio. La instigación general y la descripción de métodos para cometer suicidio no dirigidas a individuos específicos no resulta una conducta punible.

Por su lado, el recurrente sostiene que con la condena se ha violentado su derecho a la libertad de expresión, en los términos del artículo 10 del CEDH. Surge un interesante planteo de colisión de derechos. Por un lado, el derecho a la libertad de expresión que garantiza, en el caso en análisis, la libertad de compartir por Internet información apersonal y general sobre formas adecuadas de suicidarse, pero que se encuentra especialmente limitado cuando se condena al sujeto que facilita esa misma información a una persona concreta a través de la realización de actos específicos. En una mirada preliminar, parece una diferencia antojadiza y sutil; sin embargo, a poco que se analizan los bienes jurídicos en juego se apreciará mejor la disquisición que el TEDH propone.

Es importante resaltar que no se encuentra en juego la discusión acerca de la incriminación de la eutanasia o suicidio asistido. Tampoco se alega un derecho a una muerte digna. Es más, del relato que se comparte de cada uno de los hechos por los cuales el Dr. Lings fue condenado, muy particularmente el tercer caso aparece como todo lo contrario a una muerte con dignidad: una persona que en solitario decide quitarse la vida, no solo a través de la ingesta de fármacos especialmente prescriptos, sino asegurando el resultado con una bolsa de plástico en la cabeza fijada con una banda elástica alrededor de su cuello. Si bien en el segundo caso hay un atisbo de cierta dignidad, como es la cena de despedida, lo cierto es que ressemble más a un mero trámite, que a la presencia confortable y amorosa de los seres queridos y del profesional que asiste al enfermo. En consecuencia, no es materia controvertida la posible existencia de un derecho a morir, ni la obligación de garantizar la dignidad del paciente.

En este sentido, no está de más recordar que la dignidad<sup>2</sup> es un derecho, un principio y una regla de interpretación, que especialmente dota de sustento a las legislaciones occidentales, emplazando al hombre en el centro del ordenamiento jurídico y político internacional.

Así, la Declaración Universal de Derechos Humanos proclama que “todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos” y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos considera que “conforme a los principios enunciados en la Carta de Naciones Unidas, la libertad, la justicia y la paz del mundo tienen por base la dignidad inherente a todos los miembros de la familia humana, y de sus derechos iguales e inalienables”, reconociendo que estos derechos “derivan de la dignidad inherente a la persona humana”.

Es cierto que quien escoge la eutanasia no escoge entre la vida y la muerte, sino entre dos maneras de morir (Pohier) (Broggi, 2013: 278-793), y si bien el TEDH en sus fundamentos no se adentra sustancialmente en el tema, sí abre un espacio que permite una referencia a la modificación que la muerte voluntaria, en sus distintas formas, va ganando en la consideración social y jurídica de nuestras comunidades.

Así lo hace en los considerandos 22, 23, 26 y 28 del fallo. Allí afirma que el tema de la eutanasia y el suicidio asistido ha sido considerado por el Consejo de Ética en Dinamarca, un organismo independiente establecido en 1987 que brinda asesoramiento al Parlamento, ministros y autoridades públicas en cuestiones éticas en el cuidado de la salud al mismo tiempo que respeta la integridad y dignidad humanas.

En los años 1996, 2003 y 2012, el Consejo en Ética publicó informes y recomendaciones sobre eutanasia y suicidio asistido, con una mayoría de sus 17 miembros pronunciándose en contra de la legalización de la eutanasia y el suicidio asistido. Este Consejo ha ponderado factores como el derecho a la autonomía personal frente a la santidad de la vida humana, como un estándar ético fundamental y la incompatibilidad de la eutanasia con una relación éticamente apropiada entre el médico y el paciente. Volvió a discutir el tema en 2021 a raíz de la sentencia pronunciada por el Tribunal Constitucional Federal de Alemania en febrero de 2020, cuando afirmó que la prohibición legal del suicidio asistido era inconstitucional.<sup>3</sup>

En 2018, y previo a la modificación de la Ley de Cuidado de la Salud, que introdujo la posibilidad de rechazar tratamientos médicos<sup>4</sup> o de consentir con la adecuación del esfuerzo terapéutico,<sup>5</sup> el Parla-

2 Es una manera de expresar el valor inherente y fundamental que se halla en la existencia individual de las personas. Se introduce desde la Declaración Universal de los Derechos Humanos de la ONU. Expresión que hace referencia a los derechos básicos y al respeto radical inherentes a todo ser humano por el mero hecho de serlo, que son anteriores a su reconocimiento positivo por parte de las leyes. Existe un consenso social casi universal de que la vida pierde esa dignidad cuando es considerada como solo fisiología, como una expresión meramente biológica y cuantitativa. La persona tiene valor y dignidad, y no precio como las cosas materiales. Todo hombre posee un valor en sí mismo y no según sus circunstancias particulares. La dignidad humana se fundamenta en la autonomía de la voluntad y en la libertad de la persona.

3 BVerfG, Judgment of the Second Senate of 26 February 2020 - 2 BvR 2347/15 -, paras. 1-343, [http://www.bverfg.de/e/rs20200226\\_2bvr234715en.html](http://www.bverfg.de/e/rs20200226_2bvr234715en.html)

4 La negativa a aceptar un tratamiento médico es un derecho personalísimo del paciente, quien puede rechazar la propuesta médica conforme sus propias valoraciones y proyecto de vida.

5 La adecuación del esfuerzo terapéutico es una indicación médica tendiente a conformar los tratamientos médicos al estado evolutivo del paciente. Supone la posibilidad de ir modificando la implementación de los procedimientos médicos de acuerdo con los objetivos terapéuticos en el curso de una enfermedad, tomando en cuenta las valoraciones y principios del paciente.

mento danés analizó el significado del concepto morir con dignidad y el derecho a la autonomía personal, llegando a la conclusión de que era necesario asegurar que los profesionales de la salud pudieran decidir la adecuación del esfuerzo terapéutico sin temer una denuncia por homicidio consentido.

En 2012, un estudio comparativo entre 42 países de la Unión Europea evidenció que 36 tenían prohibida la eutanasia y suicidio asistido y solamente 4 preveían la posibilidad de que el médico prescribiera drogas letales sujeto a salvaguardas específicas (Suiza, Bélgica, Países Bajos y Luxemburgo). Con posterioridad, la muerte voluntaria (sea en su forma de eutanasia o de suicidio asistido) ha sido contemplada en España, Países Bajos, Luxemburgo, Suiza, Alemania, Italia, Austria, Estonia, Finlandia y Bélgica.<sup>6</sup>

La mayoría del TEDH entendió que la conducta del Dr. Lings, en especial en los hechos dos y tres, por un lado, facilitó el acceso a la medicación idónea para cometer suicidio y, por el otro, intensificó el deseo de morir de la paciente. Además, se destacó que su conducta no solo era reiterada, sino que evidencia una cierta sistematicidad en su accionar.<sup>7</sup> La minoría entendió que tal sistematicidad no existía y que, en el tercer hecho, el condenado no fue mucho más allá de lo que claramente podía leerse en la guía disponible en Internet.<sup>8</sup>

Siguiendo el razonamiento del TEDH, resulta claro que la libertad de expresión del Dr. Lings se encuentra limitada, especialmente en lo que hace al derecho de brindar información al paciente dentro de la relación asistencial para que pueda ejercer su libre autodeterminación. La pregunta es si esa restricción a su libertad de información resulta razonable o arbitraria.

Comparto la opinión del TEDH en el sentido de que esa limitación al derecho de brindar información del Dr. Lings, y consecuentemente la limitación al derecho a recibir información del paciente, resultan razonables en pos de la protección de derechos de terceros.

Sin dejar de destacar que existe un amplio margen de discrecionalidad para que cada Estado decida la forma de regular la muerte con dignidad o la muerte voluntaria, en tanto es claro que no existe consenso amplio al respecto, lo cierto es que mientras un país decida que tal conducta es ilícita, bajo determinadas circunstancias de tiempo, modo, lugar y sujetos corresponde sancionar aquellas acciones que de manera intencional o con claro desprecio a la norma conculcan la prohibición.

Por otro lado, justamente el dato de la realidad en cuanto a la falta de un consenso amplio sobre la prohibición o legalización de la muerte voluntaria, sumada a la decisión –en el ordenamiento jurídico danés– de reconocer un amplio derecho a la información (en su doble vertiente de brindar y recibir), a través de acceso general e inespecífico en Internet, abre una posibilidad para que el propio Estado pueda permitirse analizar la validez jurídica penal de mantener la prohibición o permitirse evaluar este tipo de conductas corriendo el velo del derecho penal e introduciendo una visión bioética a conductas personales controvertidas que ponen en juego derechos esenciales de las personas que padecen enferme-

6 TEDH. *Case of Koch v. Germany*, Application No. 497/09, 19 de julio de 2012, Court (Fifth Section), párr. 26.

7 TEDH. *Case of Lings v. Denmark*, Application No. 15.136/20, Court (Second Section), 12 de abril de 2022, párr. 54.

8 *Idem*, nota 8, párrs. 57 y 58.

dades graves, limitantes o amenazantes de la vida<sup>9</sup> o bien evidencian “contraintuitivamente” que existen individuos sufrientes que desean morir, o al menos no desean seguir viviendo en las condiciones en las que se encuentran; y para quienes el derecho penal no parece ser la mejor ni más humana respuesta.

### 3. A modo de cierre

*Ciertos pensamientos son plegarias.  
Hay momentos en que,  
sea cual fuere la actividad del cuerpo,  
el alma está de rodillas.*  
Víctor Hugo

Muchos pacientes, enfrentados a un sufrimiento intolerable, quieren poder contar con sus médicos sin temor a ser juzgados, ni mucho menos abandonados. Como bien lo sentenció Freud: “Recordará, amigo Schur, aquella primera conversación entre nosotros. Entonces me prometió que no me abandonaría cuando llegara el momento. Esto de ahora ya es pura tortura y no tiene ningún sentido”. Igual reclamo realizó Kafka a su médico: “Mátame, si no serás un asesino”.

Pensar en desear la muerte, solicitar ayuda para terminar con la vida propia, reclamar al médico su presencia y acompañamiento cuando ya no se puede curar ni paliar, parece despuntar en las sociedades modernas como un nuevo derecho que reclama la preeminencia de la dignidad (concepto subjetivo y polisémico) por sobre la cantidad de vida, afirmando que –bioéticamente– la vida en su expresión meramente biológica no es un bien ontológicamente absoluto.

Esto también lleva a plantearnos los límites de la ciencia, reconociendo que el imperativo tecnológico, que tanto nos deslumbra, también nos engaña, generando falsas expectativas. La medicina se ha acostumbrado a intervenir en la naturaleza para modificarla sin admitir que el hombre es un ser finito y temporal y que la conciencia de la propia decrepitud, el sufrimiento refractario frente a la autopercepción de mortalidad que se retrasa a pesar de los propios deseos, ha creado un nuevo grupo de pacientes para quienes el cuidado humanizado va mucho más allá de los cuidados

<sup>9</sup> A partir de la década de 1990 se ha comenzado a modificar la terminología empleada en estas situaciones, tendiendo a abandonar la expresión “enfermo terminal”, introduciendo el concepto más flexible de “enfermedades crónicas evolutivas con pronóstico de vida limitado o situaciones de enfermedad avanzada”. Estas entidades se caracterizan por presentar una enfermedad progresiva, con evolución en crisis e impacto progresivo en la capacidad funcional y la adaptación, generando una alta necesidad y demanda de recursos, teniendo un pronóstico de vida limitado. Esta concepción más abierta se complementa con la introducción del concepto de “atención paliativa”, definido como todas aquellas acciones terapéuticas que tengan como objetivo mejorar la calidad de vida, practicadas de acuerdo con necesidades y en cualquier momento de la evolución (no vinculado necesariamente con el pronóstico), reservando la atención específica de los servicios de cuidados paliativos al criterio de complejidad. También la literatura médica utiliza las expresiones de “enfermedad amenazante o limitante de la vida”, como aquellas entidades patológicas que requieren la atención en cuidados paliativos. Por la primera, se refieren a aquellas dolencias en las que existe un tratamiento curativo pero que puede fallar; mientras que, por las segundas, entienden aquellas situaciones sin esperanzas razonables de curación.

paliativos<sup>10</sup> y reclama una concreta intervención en el acortamiento del proceso de muerte, aun cuando ello implique el acortamiento del proceso de vida.

La Organización Mundial de la Salud considera que la calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, normas y sus inquietudes. Debemos tener presente que los objetivos terapéuticos se van modificando conforme pautas objetivas y subjetivas: cuando ya no es posible curar y la evolución de la enfermedad sigue su curso, el acento estará puesto primordialmente en el manejo de los síntomas y en asegurar el confort del paciente, teniendo como objetivo fundamental fortalecer la calidad de vida que el paciente (o sus subrogantes, en caso de inconsciencia o incapacidad) entiendan como la mejor y la más respetuosa de sus valores personales.

Las razones por las cuales un paciente puede requerir o desear la muerte voluntaria son profundas, personales y variables. En la mayoría de los casos giran en torno a tres grandes temores: la pérdida de autonomía (87.4 %), mala calidad de vida (86.1 %) y pérdida de dignidad (68.6 %) (Al Rabady et al., 2019).

La regulación de la eutanasia y el suicidio asistido a través del derecho penal no parece tener muchos adeptos alrededor del mundo. Un reciente estudio realizado en 11 unidades de cuidados paliativos en Francia así lo demuestra (Leboul et al., 2022). Se realizaron entrevistas en profundidad a pacientes, familiares y profesionales, la primera de ellas a las 48 horas de la solicitud y la segunda una semana posterior. Cuando se preguntó cuál era el motivo de la solicitud surgieron como los principales: a) asumir la posibilidad de transgredir lo prohibido, b) un pedido de reconocimiento al sufrimiento intolerable, c) solicitud de cambio de prácticas clínicas, d) reclamo de un sentido de libertad frente a los límites de la medicina y e) imaginar un futuro deseable para uno mismo.

Importante resulta la conclusión de este estudio:

El pedido de eutanasia aparece como la expresión del propósito de sustraerse del impasse de una existencia paralizada por el sufrimiento. Crea un espacio de discusión, lo cual promueve la negociación con los pacientes acerca de las prácticas de cuidado y las terapias y fortalece su sentido de autonomía [...] resulta importante instar a los profesionales de la salud a adoptar una actitud proactiva y “escuchatoria”, interactuando con los pacientes no como una forma momentánea de orientar la acción sino más bien con la apertura mental de instar al intercambio de opiniones y comprensión de las necesidades individuales y familiares.

<sup>10</sup> Los cuidados paliativos son un cuidado integral humanizado que procura garantizar la mejor calidad de vida del paciente, aun en la enfermedad, asistiendo a todas sus necesidades físicas, sociales, psicológicas, emocionales y espirituales, con el acompañamiento y contención de la familia. Son un modelo de atención que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades que amenazan o limitan la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana, evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicológicos, sociales y espirituales. La OMS define a los cuidados paliativos como el cuidado total, activo y continuado de los pacientes y sus familias por un equipo multiprofesional cuando la expectativa médica no es la curación. El control del dolor y otros síntomas y de los problemas psicológicos, sociales y espirituales es primordial.

Otro estudio llama nuestra atención: en los grupos de pacientes terminales, las personas tienen el doble de posibilidad de morir por suicidio.<sup>11</sup> Allí podemos leer que: a) para aquellos que se encuentran cerca del final de la vida y desean aliviar el proceso de muerte, su motivación radica en “acortar la muerte”, no en “acortar la vida”, y en consecuencia las medidas de prevención tradicionales respecto del suicidio no son la respuesta más adecuada (Marjorie Wallace – SANE, Mental Health Charity); b) 1 de cada 7 personas que se suicidó, padecía cáncer o una enfermedad neurológica, cardíaca o pulmonar; c) Existen entre 3000 y 6500 tentativas anuales de suicidio entre las personas terminalmente enfermas (Dignity in Dying).

El siguiente testimonio es claro:

Mi hermano se suicidó mientras era un paciente terminal que sufría cáncer. Murió solo, sin poder despedirse de su familia. Como muchos de los pacientes terminales en este país, él simplemente quería tener el control sobre cómo morir y la única opción disponible era que tomara las cosas en sus propias manos.

Como bien enseña Gawande,

Nos enfrentamos a la dificultad de mantener una distinción filosófica coherente entre brindar a los pacientes el derecho a interrumpir procesos externos o artificiales que prolongan sus vidas y otorgarles el derecho de detener los procesos naturales e internos que producen lo mismo [...] En la raíz, el debate es acerca de a cuál error le tememos más: al error de prolongar el sufrimiento o al error de acortar una vida valiosa (Gawande, 2014: 243-244).

Quizás, un primer gran paso sea modificar el abordaje de las cuestiones de fin de vida, aun aquellas que son tan controversiales, para permitirnos pensar sin temor y consensuar sin presiones ni prisa.

Los cuidados paliativos me han enseñado a mirar cuando no quiero ver, a quedarme cuando quiero salir corriendo y que el preludio de la compasión es el deseo de ver y de estar. Porque de la empatía<sup>12</sup> y la compasión<sup>13</sup> surge la medicina diseñada para el otro: el cuidar.

En definitiva, estamos llamados a tomar la decisión de qué sociedad queremos ser. Porque como afirmaba Bacon, “Quien no quiere pensar es un fanático; quien no puede pensar, es un idiota; quien no osa pensar es un cobarde”.

11 BMJ 2022; 377 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.o1014> (Published 21 April 2022. BMJ 2022;377:o1014.

12 Respuesta afectiva que reconoce e intenta comprender el sufrimiento individual a través de la resonancia (repercusión) emocional.

13 Es una respuesta afectiva que perfecciona los elementos clave de la empatía, mientras suma características propias y distintas, como estar motivado por el amor, el rol altruista de la persona y la acción, constituida por pequeños actos supererogatorios de bondad y amabilidad.

## Referencias bibliográficas

- Al Rabadi, L.; LeBlanc, M.; Bucy, T. et al. (2019). Trends in Medical Aid in Dying in Oregon and Washington. *JAMA Netw Open*. 2(8). doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.8648
- Broggi, M. A. (2013). *Por una muerte apropiada*. Barcelona: Anagrama.
- Gawande, A. (2014). *On Being Mortal. Medicine and what matters in the end*. Nueva York: Metropolitan Books.
- Leboul D.; Bousquet, A.; Chassagne, A.; Mathieu-Nicot, F.; Ridley, A.; Cretin, E.; Guirimand, F. y Aubry, R. (10 de enero de 2022). Understanding why patients request euthanasia when it is illegal: a qualitative study in palliative care units on the personal and practical impact of euthanasia requests. *Palliative Care and Social Practice*. doi: 10.1177/26323524211066925. PMID: 35036915; PMCID: PMC8755925.