


# Trabajo social en las prestaciones de ayuda para morir en la Comunidad Autónoma de Madrid

Sonia García Agaña  
Universidad Complutense de Madrid  

<https://dx.doi.org/10.5209/cuts.88602>

Recibido: 8/05/23 • Aceptado: 15/11/23

**ES Resumen.** En España las prestaciones de ayuda para morir (eutanasia y suicidio médicamente asistido) fueron legalizadas en 2021 a través de la Ley Orgánica 3/2021 de regulación de la eutanasia, legislación en la que se incluyen actuaciones propias del trabajo social. Por ello, el objetivo de este artículo es comprender la concepción de la dimensión social y del trabajo social en la Ley Orgánica 3/2021 de regulación de la eutanasia y, en concreto, en la Comisión de Garantía y Evaluación de la Comunidad de Madrid. Para ello, se realiza un estudio exploratorio cualitativo a través de la técnica de la entrevista semiestructurada en profundidad a informantes clave expertos/as. La muestra está conformada por siete profesionales especializados/as en la materia con relación directa (vocales) o indirecta con la Comisión de Garantía y Evaluación autonómica. Los principales resultados indican que los/as profesionales de trabajo social no cuentan con el mismo reconocimiento que el resto de figuras profesionales en la Comisión de Garantía y Evaluación madrileña, aspecto que dificulta la perspectiva biopsicosocial e integral que se persigue actualmente desde Sanidad.

**Palabras clave:** Eutanasia; suicidio médicamente asistido; trabajo social; Comunidad de Madrid

## ENG Social work in the context of assisted dying in the Autonomous Community of Madrid

**Abstract.** In Spain, assisted dying (euthanasia and medically assisted suicide) was legalized in 2021 through Basic Law 3/2021 on the regulation of euthanasia. Social work initiatives are included in this legislation. The aim of this article is to identify how the social dimension and social work are conceived in Basic Law 3/2021 on the regulation of euthanasia and, specifically, in the Guarantee and Evaluation Commission of the Community of Madrid. For this purpose, a qualitative exploratory study was carried out using in-depth semi-structured interviews with expert key informants. The sample was made up of seven specialist professionals with a direct (member) or indirect relationship with the Guarantee and Evaluation Commission. The main results indicate that social work professionals do not have the same recognition as other professionals in the Guarantee and Evaluation Commission. This hinders the biopsychosocial and holistic approach that the healthcare authorities are currently pursuing.

**Keywords:** Euthanasia; medically assisted suicide; social work; Community of Madrid.

**Sumario.** 1. Introducción. 2. Marco teórico. 2.1. Definición conceptual. 2.2. Trabajo social en ley orgánica 3/2021 de regulación de la eutanasia. 3. Diseño y método. 3.1. Delimitación del objeto de estudio. 3.2. Justificación metodológica. 3.3. Técnica de investigación. 3.4. Diseño muestral. 3.5. Análisis de datos. 4. Resultados. 4.1. Demanda de regulación de las prestaciones de ayuda para morir y agentes sociales implicados. 4.2. Conformación y composición de la Comisión de Garantía y Evaluación de la Comunidad de Madrid. 4.3. El trabajo social en la Comisión de Garantía y Evaluación de la Comunidad de Madrid. 5. Discusión. 6. Conclusiones. 7. Bibliografía.

**Como citar:** García Agaña, Sonia (2024). Trabajo social en las prestaciones de ayuda para morir en la Comunidad Autónoma de Madrid. *Cuadernos de Trabajo Social* 37(1), 83-93. <https://dx.doi.org/10.5209/cuts.88602>

## 1. Introducción

El presente artículo versa sobre el papel del trabajo social como figura profesional especializada en la dimensión social de las solicitudes de prestaciones de ayuda para morir –eutanasia y suicidio médicamente asistido–, recogidas en la Ley Orgánica 3/2021 de regulación de eutanasia (LORE) y, en concreto, su función dentro de la Comisión de Garantía y Evaluación (CGE) de la Comunidad de Madrid.

Para ello, se realiza una primera definición conceptual que aborda la noción de eutanasia y suicidio médicamente asistido, así como otros aspectos y fenómenos estrechamente relacionados para, posteriormente, presentar de forma teórica el marco legislativo que ha permitido la inclusión del trabajo social en las prestaciones de ayuda para morir. Todo ello con el fin de esclarecer la conjetura (hipótesis cualitativa) de partida; trabajo social ha tenido –y tiene– dificultades en ser reconocido como figura profesional necesaria dentro de los contextos descritos. Para ello, se establece como objetivo general «comprender la concepción de la dimensión social y del trabajo social en la LORE y, en concreto, en la CGE de la Comunidad de Madrid». Por último, para operativizar dicho objetivo, se establecen como objetivos específicos los siguientes:

1. Describir el proceso de demanda de regulación de las prestaciones de ayuda para morir y los agentes sociales implicados.
2. Detallar el proceso de creación y composición de la CGE en la Comunidad de Madrid.
3. Conocer el papel del trabajo social en las prestaciones de ayuda para morir y, en concreto, en la CGE de la Comunidad de Madrid.
4. Explorar, de forma transversal, el posicionamiento del resto de figuras profesionales reconocidas en la CGE de la Comunidad de Madrid ante la inclusión del trabajo social en la misma.

Respecto al interés, se considera conveniente investigar este acontecimiento por la novedad que supone no solo la regulación de las prestaciones de ayuda para morir en España (octavo país del mundo), sino también su abordaje desde la perspectiva social. Es preciso que desde trabajo social se investiguen debates actuales y de relevancia capital dados no solo en la sociedad civil, sino también en las diversas colectividades profesionales con sus disímiles posicionamientos al respecto; cabe conocer qué procesos subyacentes han permitido que en una ley orgánica con predominancia de la perspectiva médica y jurídica se permita la inclusión de la dimensión social y del trabajo social como profesión especializada en la misma. Más aún, cuando este reconocimiento no se ha logrado en todas las comunidades autónomas españolas.

En cuanto al estado de la cuestión, las investigaciones están enfocadas fundamentalmente en una descripción teórica de la evolución terminológica, histórica y legislativa de los cuidados paliativos, la eutanasia y suicidio médicamente asistido (Álvarez, 2022; Gómez, 2022), así como una descripción de aspectos relacionados con la teoría, técnica y ética del trabajo social en procesos de finalización de vida (Novellas, 2017; Novellas et al., 2018). Otras propuestas suponen un análisis descriptivo de las CGE como organismo (González, 2022; Martínez, 2021). También, destaca la propuesta de Jiménez (2022) –más cercana a la aquí presentada– donde el autor pone de manifiesto que la LORE obvia la dimensión social a través de un análisis reflexivo e interpretativo de la legislación.

Con todo, la diferenciación que supone este artículo respecto a los anteriores es que se busca no solo describir, sino dar explicación a las cuestiones que plantean el resto de autores/as como principales a través de informantes clave especializados/as en los procesos de finalización de vida y que mantienen relación laboral directa o indirecta con la CGE de la Comunidad de Madrid.

## 2. Marco teórico

### 2.1. Definición conceptual

El objeto de estudio al que se pretende aproximación es relativo a la LORE y a la CGE que se conforma a nivel autonómico por mandato de dicha ley orgánica. Por tanto, se acude a las definiciones que otorga la legislación de las nociones que en el contexto de este artículo han de abordarse.

En primer lugar, cabe definir las prestaciones de ayuda para morir, establecida en la LORE como “el conjunto de prestaciones y auxilios asistenciales que el personal sanitario debe prestar, en el ámbito de su competencia, a los pacientes que soliciten la ayuda necesaria para morir” (Ley Orgánica 3/2021, 2021, p. 34038). Estas comprenden, por un lado, la eutanasia (activa y directa) como el “acto deliberado de dar fin a la vida de una persona, producido por voluntad expresa de la propia persona y con el objeto de evitar un sufrimiento” (Ley Orgánica 3/2021, 2021, p. 34037). Y, por otro lado, el suicidio médicamente asistido, o prescripción de una sustancia letal y/o su suministro por parte del/la profesional que ha de facilitar los medios necesarios, así como asesoramiento sobre la dosis necesaria para que el/la paciente se lo autoadministre (Ley Orgánica 3/2021, 2021).

Estas definiciones aparecen ligadas al contexto que la LORE contempla ante ciertos padecimientos o enfermedades. En concreto señala, por un lado, los padecimientos graves, crónicos e imposibilitantes, entendidos como los que limitan o imposibilitan la autonomía física y el desarrollo de las actividades diarias, conllevando sufrimiento físico y/o psíquico constante e insoportable (Ley Orgánica 3/2021, 2021). Además, se trata de limitaciones que perdurarán con seguridad o gran probabilidad sin posibilidad de curación o mejoría, pudiendo darse la dependencia total de soporte tecnológico. Y, por otro lado, enfermedades graves e incurables (o incurables avanzadas) que producen “sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables sin posibilidad de alivio que la persona considere tolerable, con un pronóstico de vida limitado” (Ley Orgánica 3/2021, 2021, art. 3.c).

Por tanto, todas estas definiciones en un momento u otro del proceso están interrelacionadas con enfermedades o situaciones terminales, es decir, procesos de “enfermedad incurable, avanzada e irreversible con un pronóstico de vida limitado a semanas o meses” (Organización Médica Colegial de España, s.f., p.

8), en los que concurren la falta de respuesta a tratamientos curativos, síntomas intensos y diversos, y un gran impacto en la persona afectada, la familia (o personas significativas) y el equipo terapéutico debido a la muerte próxima. Es por todo ello que se requieren y solicitan generalmente cuidados paliativos, o la “atención total y activa de los pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo” (European Association for Palliative Care, 2013, p. 7).

De esta forma, a través de la multidisciplinariedad se controlan los síntomas y el dolor de forma prioritaria, pero también los problemas psicológicos, sociales y espirituales ligados al padecimiento a través de un abordaje multidimensional y que va más allá de lo individual.

Además, existen algunos otros conceptos asociados a los de índole médica expuestos que son necesarios abordar por su tratamiento durante las entrevistas, como la objeción de conciencia, entendido como el derecho individual de los/as profesionales sanitarios/as de no atender aquellas demandas de actuación sanitaria que resultan incompatibles con sus propias convicciones (Ley Orgánica 3/2021, 2021). O los documentos de declaración anticipada (en Madrid Documento de Instrucciones Previas) por el cual “una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente” (Ley 41/2002, 2002, art. 11.1).

## 2.2. Trabajo social en Ley Orgánica 3/2021 de regulación de la eutanasia

A través de un cambio de paradigma importante surge en 2020 la Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia por la que en junio de 2021 entra en vigor la Ley Orgánica 3/2021 de regulación de la eutanasia. Esta, según se expresa en el propio preámbulo, trata de responder a la demanda social de legislación sobre eutanasia y suicidio médico asistido, demanda prolongada en el tiempo y no exenta de debate y polarización en las opiniones, pero cuya regulación responde en todo caso a la “obligación del legislador atender a las demandas y valores de la sociedad, preservando y respetando sus derechos y adecuando para ello las normas que ordenan y organizan nuestra convivencia” (Ley Orgánica 3/2021, 2021, p. 34037).

Para ello, se asienta en la posibilidad de compatibilizar los derechos fundamentales de las personas recogidos en la Constitución Española (CE) como el de derecho a la vida, integridad física y moral (art. 15 CE) y, por otro lado, la dignidad humana (art. 10 CE), la libertad (art. 1.1 CE), el derecho a la intimidad (art. 18.1 CE) y la autonomía de la voluntad. Ante esta responsabilidad para con la sociedad, se consideró fundamental legislar al respecto proporcionando garantías a través de requisitos claros, un procedimiento concretado y una serie de mecanismos que velen por la buena *praxis*. Se trató de evitar, por tanto, recurrir a la mera despenalización por la inseguridad jurídica que esto puede generar.

A lo largo del desarrollo de los capítulos de la legislación, podemos encontrar concretados aspectos fundamentales como el objeto y las definiciones, los requisitos, el modelo al que pertenece, etcétera. Pero, lo que realmente aquí nos incumbe son las Comisiones de Garantía y Evaluación, pues es donde la ley orgánica enmarca la labor profesional del trabajo social, órganos administrativos creados por los gobiernos autonómicos (quienes determinan también su régimen jurídico), a excepción de Ceuta y Melilla, que es el Ministerio de Sanidad quien los desarrolla. Su función principal es la de resolver las reclamaciones de pacientes a los/as que su médico/a responsable les haya denegado la solicitud de prestación para morir. En cuanto a su composición, están conformadas por mínimo siete miembros, de los/as cuales debe haber de forma obligada y en todo caso un/a jurista, un/a médico/a y un/a enfermero/a. Al establecerse en la ley orgánica estatal que el resto de miembros deben ser de disciplinas disímiles, pero no estar concretadas, los perfiles profesionales y la cantidad de representantes de cada uno quedan sujetos a lo que se establezca en el desarrollo legislativo de cada comunidad autónoma. Es por ello que trabajo social puede formar parte, o no, quedando su inclusión o exclusión sujetas a decisión política autonómica.

Igualmente en la legislación, con un fuerte carácter médico y jurídico –evidente por el contexto que regula–, se contempla de forma vaga la dimensión social. No se hace una referencia explícita a los/as profesionales del trabajo social, pero se señalan a lo largo del texto actuaciones propias de la profesión, tales como el acceso a las prestaciones de conformidad a la normativa de dependencia, asegurar recursos y medios de apoyo a las personas con discapacidad, o confirmar que la petición se realiza con absoluta libertad, autonomía y conocimiento, sin presiones de cualquier índole que pudieran provenir de entornos sociales, económicos o familiares desfavorables, entre otras. Es por ello que, aunque no se reconozca de forma manifiesta en la ley orgánica, trabajo social formará parte de los equipos asistenciales que trabajarán con este tipo de casuísticas. Pese a esto, tan solo ocho comunidades autónomas (Asturias, Comunidad de Madrid, Cataluña, Comunidad Valenciana, Castilla y León, Extremadura, Navarra y País Vasco) han determinado finalmente como inexorable la figura del trabajo social en las Comisiones de Garantía y Evaluación.

Ante este hecho, el Consejo General del Trabajo Social (2021) reivindicó que el trabajo social es una figura fundamental en las Comisiones de Garantía y Evaluación. Reconocimiento que no se busca tan solo en pro de intereses corporativistas, sino porque se considera que confluye el conocimiento sobre el ámbito sanitario y el de la intervención social y en la que se destaca, entre muchas otras, la función de información (sobre todo para la población más vulnerable).

Así, el trabajo social en estas casuísticas tiene un papel fundamental en el diagnóstico de posibles necesidades psicosociales no intervenidas o satisfechas, pues bajo su entrenamiento teórico, ético y técnico pueden detectarse situaciones que otros perfiles profesionales pueden no llegar a contemplar por la idiosincrasia de su formación (Dubus, 2010). Un diagnóstico que por la posición de cercanía con los/as

pacientes y su entorno permite a los/as trabajadores/as sociales una situación de conocimiento profundo que resulta de relevancia capital para los procesos deliberativos éticos, llevando a cabo funciones de apoyo que promuevan la autodeterminación, el respeto por el valor y la dignidad individual, y la interacción e interdependencia de los/as pacientes y sus entornos (Csikai, 2004).

Es por ello que el Consejo destaca que, aunque la decisión de finalizar la vida sea individual, deben ser contemplados aspectos contextuales que median, como son los morales, familiares o económicos, o la posibilidad de información plena, percibiendo que obviar la dimensión social de la finalización de la vida supone limitar el enfoque biopsicosocial, lo que imposibilita una visión holística de la cuestión (Consejo General del Trabajo Social, 2021). Esta problemática derivada de obviar la dimensión social en la mayoría de las comunidades autónomas desemboca, inevitablemente, en la deshumanización de la asistencia sanitaria, pues esta requiere que todas las dimensiones sean atendidas y evaluadas con la misma importancia dada su influencia en los procesos de salud, enfermedad o fallecimiento (Boladeras, 2015; Román, 2013; Tizón, 2007).

No obstante, la Comunidad de Madrid sitúa al trabajo social como profesión necesaria para la valoración en la CGE. Para ello, al igual que las otras comunidades autónomas, recibe el mandato de realizar el desarrollo legislativo de la LORE establecido en los artículos 16 (objeción de conciencia sanitaria) y 17 (creación y composición de las comisiones). Debido a esto, y a lo previsto en la Ley Orgánica 3/1983, de 25 de febrero, de Estatuto de Autonomía de la Comunidad de Madrid, le corresponde realizar dicho desarrollo a través del Decreto 225/2021, de 6 de octubre, del Consejo de Gobierno, por el que se crean y regulan el registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la ayuda para morir y la Comisión de Garantía y Evaluación, del que nos interesa especialmente lo referido su creación y regulación como órgano administrativo colegiado de composición multidisciplinar adscrito al Servicio Madrileño de Salud. Se dispone que la composición consta de la Presidencia, ocupada por una persona licenciada o graduada en medicina, la Vicepresidencia, ocupada por una persona licenciada o graduada en derecho, nueve personas licenciadas o graduadas en medicina, nueve personas licenciadas o graduadas en derecho con máster en bioética, tres personas licenciadas o graduadas en enfermería, una persona licenciada o graduada en psicología y una persona graduada o diplomada en trabajo social. Es decir, de veinticinco vocalías, una pertenece a trabajo social, sin posibilidad de suplencia. Finalmente, la Resolución 419/2021 de la Viceconsejería de Asistencia Sanitaria y Salud Pública nombra a los miembros de la CGE siguiendo las directrices presentadas.

### 3. Diseño y método

#### 3.1. Delimitación del objeto de estudio

El objeto de estudio aborda cómo se concibe la dimensión social y el trabajo social en la CGE de la Comunidad de Madrid. Si bien, dada la idiosincrasia legislativa del objeto, se considera ineludible abordar el mismo desde un conocimiento general del proceso estatal para poder comprender de forma coherente y amplia el desarrollo finalmente dado en la Comunidad de Madrid, delimitación geográfica a la que se acota debido a las posibilidades de investigación.

- Tema general: dimensión social y trabajo social en las prestaciones de ayuda para morir.
- Ámbito temático: trabajo social en la CGE de la Comunidad de Madrid.
- Ámbito territorial: Comunidad de Madrid.
- Ámbito temporal: 2021-2022.

#### 3.2. Justificación metodológica

El diseño de la presente investigación es de carácter cualitativo, pues se busca la reconstrucción de un fenómeno mediante el discurso y los significados desde la perspectiva de los/as informantes clave. Si bien, tiene fines exploratorios, de aproximación al objeto, pues se trata de un fenómeno novedoso, poco explorado y que atañe a aspectos relacionados fundamentalmente con la presencia de dilemas morales y éticos. Esto, genera que muchos/as profesionales prefieran no participar en investigaciones que traten la temática aquí presentada, aspecto que afecta a las posibilidades del diseño muestral.

#### 3.3. Técnica de investigación

La técnica de investigación utilizada es la entrevista de investigación semiestructurada a través de un guion de grandes bloques temáticos y subtemas, tratando de captar e interpretar la información significativa de un fenómeno social que necesita de la libre manifestación de las personas entrevistadas y de sus intereses, creencias y deseos. Se escoge, no solo porque la problemática sea poco conocida, sino también porque existe una amplia complejidad de dimensiones que genera que las respuestas puedan ser en cierto modo imprevisibles.

Para todo ello, las personas entrevistadas son informantes clave, “conocedores expertos del fenómeno, con una visión directa y profunda del mismo que los sitúa en una posición de observación privilegiada” (Corbetta, 2007, p. 358).

### 3.4. Diseño muestral

Al ser una investigación exploratoria (no se pretende saturación) con un diseño metodológico cualitativo que utiliza la técnica de la entrevista semiestructurada, los criterios de inclusión muestral se basan en la significación estructural, es decir, se trata de abordar las diversas dimensiones a través de informantes significativos/as y relevantes para comprender el fenómeno estudiado. En este caso concreto como hemos mencionado, se establece como tipo de muestreo el «muestreo de expertos/as».

En cuanto al criterio de selección, los perfiles escogidos son los que se encuentran actualmente reconocidos por el Decreto 225/2021 de la Comunidad de Madrid como miembros de la CGE (medicina, enfermería, derecho, trabajo social y psicología). Para ello, se realizan las entrevistas a profesionales que ejercen en la Comunidad de Madrid y que conocen cómo ha sido el proceso. Entre estos/as profesionales hay miembros de la CGE madrileña, pero por preservar el anonimato respecto al cargo se obvia su especificación.

Tabla 1. Diseño muestral

Denominación	Perfil	Experiencia objeto de estudio
E1	Trabajo social	Vocal del Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid. Trabajadora social sanitaria.
E2	Trabajo social	Trabajador social en cuidados paliativos.
E3	Enfermería	Enfermero en equipo de cuidados paliativos.
E4	Medicina	Vicepresidenta del Comité de Ética de un hospital madrileño. Médica internista en cuidados paliativos.
E5	Psicología	Psicóloga clínica en equipo de cuidados paliativos.
E6	Derecho	Asesora jurídica en hospitales de la Comunidad de Madrid.
E7	Asociación Derecho a Morir Dignamente (ADMD)	Vocal de la junta directiva de ADMD de Madrid.

Fuente. Elaboración propia.

### 3.5. Análisis de datos

Respecto al análisis de la información, se ha realizado un análisis cualitativo del discurso para el que, siguiendo a Penalva et al. (2015), se requiere un proceso entendido como *continuum* de análisis a nivel textual (discurso en dimensión de objeto), a nivel contextual (contexto, posición de la persona que realiza el discurso) y una aproximación al nivel interpretativo o sociológico (componentes ideológicos). Para ello, el audio de las entrevistas fue grabado previo consentimiento informado, transcritas de forma literal y analizadas posteriormente con ayuda del programa informático *Atlas.Ti*.

## 4. Resultados

### 4.1. Demanda de regulación de las prestaciones de ayuda para morir y agentes sociales implicados

La demanda de regulación de las prestaciones de ayuda para morir surge fundamentalmente porque la sociedad civil se conforma como agente impulsor en torno a la concepción del derecho a morir dignamente. En este proceso de demanda no se destaca ningún otro agente impulsor o colectividad profesional que apoye o canalice la demanda de la sociedad civil. En cuanto a trabajo social, cabe señalar que desde los colegios oficiales no ha habido debate ni posicionamiento a favor o en contra.

“Como profesión, en general, no ha habido aún ningún debate abierto a favor o en contra. [...] A pesar de que estaba ya ahí la ley en puertas no era un tema prioritario realizar un posicionamiento como disciplina en ese momento.” (E1)

“Ha sido la sociedad civil sin ninguna duda, una demanda social y además en un contexto también muy concreto, el de los movimientos de pacientes o movimientos de asociaciones en torno a la muerte digna.” (E6)

Dentro de este contexto inicial, las expectativas y el acogimiento por parte de los/as profesionales se relacionan con sensación de incertidumbre y de revuelo. Sobre todo, porque se regula un contexto totalmente novedoso en nuestro país, anteriormente tipificado como delito en el Código Penal. Ante esto, el principal aspecto señalado como productor de incertidumbre es la poca concreción de la Ley Orgánica, que algunos/as profesionales perciben como una ley de mínimos, básica, o que está por desarrollar a pesar de contar con legislación propia de cada comunidad autónoma.

“Es una ley de mínimos que se ha sacado, en mi opinión, demasiado rápido.” (E3)

“Cuando la ley ya sale y se pone en vigor, ha sido un revuelo para los médicos y una inquietud importante.” (E4)

Otro de los factores considerados como generador de incertidumbre es que la entrada en vigor de la LORE constituye también un cambio de paradigma que ha generado cierta disparidad, escisión y polarización, creando posicionamientos entre quienes abogan fundamentalmente por los cuidados paliativos y quienes defienden la regulación de la eutanasia como paso necesario.

“Es muy difícil conciliar a gente, a profesionales, tanto médicos como enfermeros y enfermeras que están adiestrados y, además, bueno, absolutamente interiorizado que ellos trabajan para salvarte. [...] Que su conocimiento técnico se ponga al servicio ya no de sanarte o de mantenerte, sino de poner fin a tu vida... pues yo creo que eso, a ver, cuesta.” (E6)

Esto se debe también a que mientras que algunos/as profesionales señalan que la cobertura de los cuidados paliativos es suficiente y entienden que la demanda era dar un paso más allá en pro de ampliar a su máximo exponente el derecho de autodeterminación, otros/as profesionales consideran que cuidados paliativos requiere de una legislación estatal específica con una dotación presupuestaria mayor, y que debería haberse legislado con anterioridad a las prestaciones de ayuda para morir. Además, algunos/as profesionales lo argumentan desde la opinión de que la atención biopsicosocial que ofrecen los equipos de cuidados paliativos puede suponer un decrecimiento de las solicitudes de prestaciones de ayuda para morir.

“Yo creo que sí, que impulsando cuidados paliativos las demandas eutanasia... En un aspecto, eh, en el tema de enfermedades terminales irreversibles bajaría muchísimo”. (E4)

“Una ley que tratara el tema de la medicina paliativa o el conjunto de derechos de los pacientes en el proceso final de la vida, yo creo que era, a ver... un paso intermedio que mermaba el reconocimiento por... o, a ver, cómo decirte, la pérdida de miedo a llamar a la eutanasia por su nombre.” (E6)

Sin embargo, expresan también que la eutanasia es algo diferente, y que puede haber personas que a pesar de tener cubiertas sus necesidades en cuanto al control de síntomas, necesidades psicosociales o económicas, decidan solicitar la prestación de igual forma. Es por ello que el cambio de paradigma antes citado se conforma como la principal fuente de reticencias, pues los/as profesionales señalan cierto temor de llamar a la eutanasia por su nombre, y una tendencia a procesos de autodeterminación intermedios que no lleguen a contemplar las prestaciones de ayuda para morir.

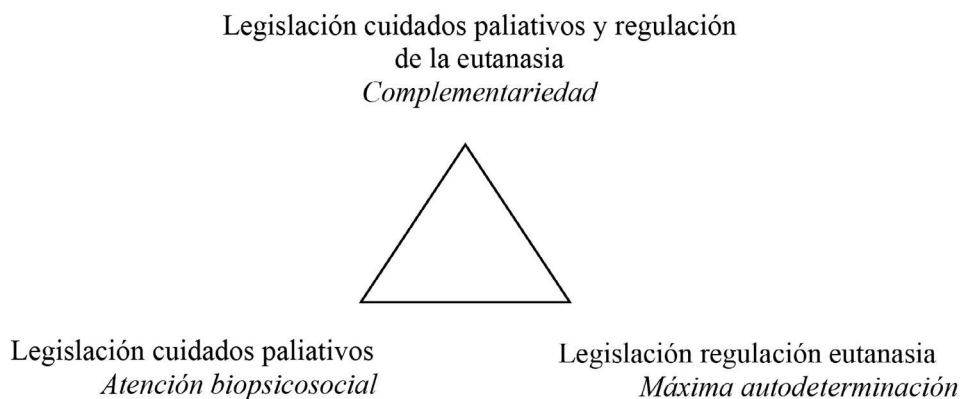
“De pronto vimos que un paciente, cualquiera de nuestros pacientes nos podía solicitar la eutanasia y vamos a tener que ayudarlo en el proceso y además ejecutar la ayuda, la prestación a morir, o sea, ponerle su vía y ponerle sus fármacos, y hombre, todos entendemos el sufrimiento y podemos entender que alguien quiera ya fallecer y no llegar a etapas de su vida de gran sufrimiento, pero para un médico también cuesta mucho. [...] Los pacientes yo creo que se pueden sentir más apoyados y probablemente las demandas de eutanasia serán menores y se sentirán mejor cuidados y... Creemos, ¿eh? Luego puede haber otras personas que quieran eutanasia, porque es verdad que es diferente, son temas diferentes.” (E4)

“Los paliativos no son el antídoto de la eutanasia porque precisamente la persona que pide adelantar su muerte es una persona que el tiempo que le queda de vida, ya sean semanas, ya sean meses o ya sean días, no lo quiere. No lo quiere con o sin paliativos.” (E7)

Si bien, a pesar de la existencia de estas posiciones dicotómicas, otros/as profesionales consideran que todo forma parte de un *continuum* y que han de entenderse como contextos complementarios que han de desarrollarse a la vez.

“Tampoco son una cosa o la otra. Yo creo que forma parte de un continuo. [...] Creo que, no sé, no hubiéramos podido esperar a que se resolviese esto para implementar la ley de eutanasia.” (E5)

Figura 1. Principales posturas respecto a la prioridad de la legislación del final de vida



Fuente: Elaboración propia.

#### 4.2. Conformación y composición de la Comisión de Garantía y Evaluación de la Comunidad de Madrid

La CGE de la LORE en la Comunidad de Madrid se ha conformado en torno a cargos nominativos. Esto supone que no ha habido un proceso abierto al conjunto de los/as profesionales sociosanitarios/as, aspecto que ha conllevado conflicto y una visión por parte de algunos/as profesionales de ser “un proceso poco transparente” (E3). Este hecho generó incertidumbre respecto a cómo la libre designación podía influir en el desarrollo normal de la legislación y de las solicitudes.

“Teníamos miedo antes de que se constituyesen los Comités y que de repente nos encontrásemos con personas, médicos y juristas de los Comités, que claramente estuviesen en contra de la eutanasia.” (E7)

Otros/as profesionales, a su vez, hablan de debate en la Comisión, puesto que no se están aceptando algunas solicitudes que, por ello, deberán recurrirse por la vía contencioso-administrativa. Sin embargo, se expresa voluntad y compromiso por los/as profesionales que participan en la Comisión, aunque están de acuerdo en que en algunas ocasiones es difícil conjugar las opiniones de veinticinco personas con profesiones disímiles, al igual que sus perspectivas.

“Hay muchos profesionales diferentes, con diferentes ideologías, porque muchos casos se están... no se están aceptando. O sea que, bueno, pues que hay debate en las comisiones.” (E4)

También, se destaca la desigualdad en la configuración de la Comisión, pues trabajo social tan solo cuenta con una vocalía de las veinticinco estipuladas.

“Intentamos como Colegio que hubiera dos, por aquello de si en algún momento una no está, y la respuesta fue un poco que tampoco había suplentes de los demás, pero claro, no es lo mismo. [...] Si hay una trabajadora social y falta una. ¿Quién valora ese informe social como que esté bien hecho y cómo opina si ella no está?” (E1)

#### 4.3. El trabajo social en la Comisión de Garantía y Evaluación de la Comunidad de Madrid

Respecto a la Comunidad de Madrid, profesionales entrevistados/as exponen que el Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid facilitó que se reconociera la profesión como necesaria. Esto, pudo darse gracias a los artículos 4 y 5 de la LORE, que establecen la necesidad de adoptar medidas necesarias para garantizar el acceso de las personas con discapacidad a la prestación ofreciendo los apoyos pertinentes para el pleno ejercicio de sus derechos. Y, también, por lo referido a conocer la situación del/la paciente en cuanto a las prestaciones reconocidas en materia de atención a la dependencia, lo cual supone la necesidad de informes sociales.

“El Ministerio daba tres meses a las comunidades autónomas para el desarrollo de la ley dentro de las comunidades autónomas, y Madrid solamente sacó la configuración de la Comisión de Evaluación. [...] Cuando ya estábamos en ese periodo, bueno, pues empezamos a pensar que había que hacer incidencia en que hubiera alguna trabajadora social, en relación a ese «otros profesionales» que puedan entrar en la Comisión. Empezamos a movernos como Colegio, [...] y a través de una colegiada de Madrid accedimos a poder tener una reunión con el Departamento de Bioética de la Comunidad de Madrid, de derecho y bioética, y con la Dirección General. Una vez que ellos consideraron que era adecuado, nos plantearon que no podía ser la elección de la profesional a través del Colegio; lo iban a decidir desde la Consejería dentro de las profesionales del SERMAS.” (E1)

Además, la selección de los/as trabajadores/as sociales fue también nominativa pues “la Comunidad de Madrid, la Consejería de Sanidad, eligió a la persona que consideró adecuada para formar parte de esa Comisión.” (E1)

Conjuntamente, cabe recordar que a nivel estatal solo ocho comunidades autónomas cuentan con trabajadores/as sociales en sus Comisiones, situación devenida de la falta de concreción de los perfiles profesionales en la Ley Orgánica y que se valora como generador de desigualdad.

“Genera una desigualdad, falta de equidad a nivel nacional.” (E1)

Sobre todo, porque sin un/a trabajador/a social en las Comisiones, no se puede evaluar el contenido del informe social con el conocimiento y el rigor que se requieren. Más aún, teniendo en cuenta que los informes, tanto sociales como clínicos, son «fotos fijas» en procesos muy poco estables.

Estas casuísticas hacen surgir una percepción compleja sobre el reconocimiento del trabajo social, pues algunos/as profesionales señalan que, aunque se contemple el perfil profesional dentro de la legislación autonómica, desde la dimensión política no se lleva a cabo ese reconocimiento de forma real y efectiva.

“Hasta qué punto tienen en cuenta la parte social de los pacientes cuando ni siquiera obligan a que haya un informe social con esa petición de solicitud de eutanasia...” (E3)

“Yo creo que tiene más que ver con un... Hagámoslo más... Interdisciplinar, pero aún no sabemos muy bien cómo, cómo lo vamos a organizar.” (E5)

“Yo creo que ni se echa en falta si no está, ni se dimensiona adecuadamente el hecho de que esté. Y, de hecho, una buena prueba es que están donde están, pero en un número de vocalías absolutamente insignificante.” (E6)

En cuanto a los informes sociales, se expresa que no son obligatorios en todas las solicitudes, puesto que esto debería estar recogido en el desarrollo normativo y los procedimientos de las comunidades autónomas y, al menos en la Comunidad de Madrid, no se recoge. Este hecho se concibe como un error por parte de los/as profesionales entrevistados/as, pues creen necesario que al igual que se evalúan los aspectos físicos se evalúen los condicionantes sociales.

“La ley no te lo exige y la respuesta frente a ese análisis social ha sido de oye, vamos a ver, eso no es un elemento *sine qua non* de la tramitación y del análisis del caso, entonces, vamos a centrarnos en si es mayor de edad, si es español o residente en... [...] Es otra dimensión que te permite conocer más a la persona que lo solicita y al final, es que lo que estás valorando son hechos objetivos pero que se confrontan con expectativas absolutamente subjetivas. [...] Esa dimensión, yo creo que se objetiva muchísimo mejor o es más rica en matices si me apuras, desde la dimensión de trabajo social.” (E6)

Además, se trata de abandonar la concepción de vincular en pro de disminuir estas peticiones y su tramitación, y realizar otras funciones relacionadas con el conocimiento de la dimensión más subjetiva de la petición, ofreciendo información y acompañamiento. No obstante, estas actuaciones aún no se recogen ni en la legislación estatal ni en la autonómica, así como tampoco se explicita en los procedimientos o protocolos de la misma.

“En mi opinión debería haber una valoración social pormenorizada de la situación social de los pacientes que hacen una prestación de ayuda para morir.” (E3)

“Lo que está claro es que los condicionantes sociales tienen un peso y muchas veces tienen un peso terriblemente grande [...] Lo que yo creo que es importantísimo valorar qué peso tiene cada factor a la hora de decidir.” (E5)

Asimismo, existe otra dificultad, y es que cuando se requieren los informes sociales algunos/as profesionales no quieren elaborarlos por las posibles implicaciones que pudieran tener, a pesar de que no tiene por qué ir acompañado de una evaluación profesional que disponga si se está a favor o en contra (no son vinculantes), sino que tienen una función meramente informativa. Si bien, se expone que los motivos principales que median, además de la concepción ideológica o moral de cada profesional, son la falta de información, formación y la incertidumbre ante las consecuencias legales.

“Hay bastantes resistencias de las trabajadoras sociales de base para hacer estos informes. [...] Es un tema muy delicado, con muchos vértices, donde media el tema ideológico de cada profesional, el de los equipos donde se trabaja, cómo asumir la tarea que aún no está clara, la falta de formación, las posibles consecuencias legales... creo que pueden ser elementos que están afectando.” (E1)

También, se expresa que la falta de recursos en el ámbito sanitario es un factor que está conllevando dificultad en el acceso a las prestaciones de ayuda para morir, y que está fomentando una tendencia a la objeción de conciencia y falta de redacción de informes sociales. Esto, se une a la falta de concreción que ofrece la legislación, falta de información y un exceso de carga burocrática para los/as profesionales de los diversos ámbitos.

“Hay gente que tiene tanta carga de trabajo (como comentaba antes con el desmantelamiento de la Atención Primaria), que la única alternativa que les queda ante una solicitud de eutanasia que es compleja, es objetar. Objetar no porque estén ideológicamente en contra, sino porque no tienen el tiempo para dedicarse a ello.” (E7)

Asimismo, algunos/as profesionales consideran la necesidad de un informe social pormenorizado y obligatorio devenido de un posicionamiento discursivo en torno a la vulnerabilidad y las prestaciones sociales, pues consideran que la vulnerabilidad socioeconómica puede ser clave para que una persona quiera acceder a las prestaciones de ayuda para morir.

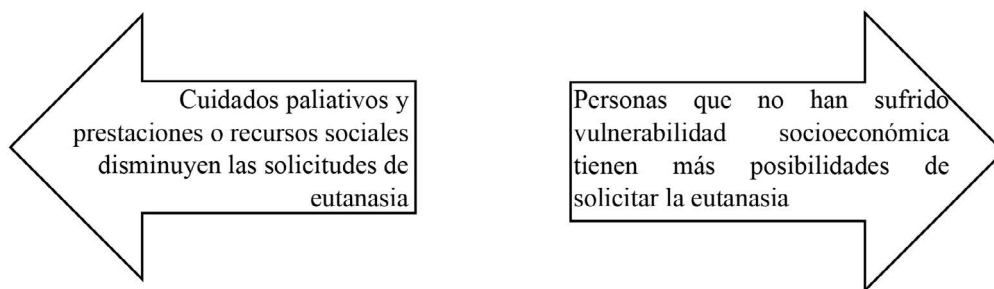
“El sufrimiento social puede llevar a una persona a pedir morir, pues el no tener recursos económicos, no tener quien les cuide...” (E4)

En contrapunto a este discurso, profesionales como el vocal de la Asociación Derecho a Morir Dignamente argumentan que generalmente personas de clase media-alta y con capital cultural elevado solicitan las mismas, y siempre después de haberse tenido en cuenta y sopesado las demás prestaciones o recursos de toda índole.

“La eutanasia, la muerte voluntaria mayoritariamente la pide gente de clases sociales medias altas y con estudios medios altos. Incluso, de los datos que hay publicados, 40% mínimo con estudios universitario. Es decir, y esto incluso demuestra que solo aquellas personas que han podido dedicar su vida a disfrutarla, desarrollarse plenamente, son aquellos que luego al final de la vida creen que pueden acceder a la eutanasia. [...] La muerte voluntaria va de un punto de serenidad en la vida en el que ya no se puede disponer de ningún medio material, social, económico, sanitario, el que sea, espiritual, para compensar.” (E7)



Figura 2. Relación cuidados paliativos, recursos sociales y solicitudes de eutanasia



Fuente: Elaboración propia.

Sumado a todos estos factores influyentes en la tendencia hacia la objeción de conciencia, se encuentra también la falta de mejor y más amplia formación para todos/as los/as profesionales –no solo para las Direcciones– que forman parte de los equipos asistenciales del ámbito sanitario, sobre todo por la novedad y complejidad del nuevo contexto.

“A la gente se le ha empezado a formar –a los médicos– en esta cuestión después de ya estar en vigor. [...] Nos acercamos al año de entrada en vigor, y las dudas todavía del personal son tremendas.” (E4)

“Cada vez, se atienden mejor los casos, cada vez se identifican mejor y se diferencian los diferentes escenarios del final de la vida, pero sigue habiendo confusión. [...] Todo lo que se salga de esa buena conducta es una negligencia, es una mala *praxis*, y no tenemos que consentirlo. Como sociedad tenemos derecho a que el sistema sanitario sepa reconocer nuestras necesidades en todo momento.” (E7)

Formación dificultada por los posicionamientos polarizados que han sido expuestos anteriormente, y que los/as profesionales perciben como una barrera para que se dé una formación suficiente y de calidad que cubra las necesidades del personal sanitario y de los/as profesionales del trabajo social.

“Estamos pendientes de organizar una formación [...], no terminamos de cerrar para que se lleve a cabo porque no está siendo fácil, porque en la gente de paliativos... hay muchos profesionales que no están a favor de esto.” (E1)

Por último, algunos/as profesionales consideran necesarias otras funciones relacionadas con la información, la valoración, el seguimiento o el acompañamiento a pacientes y personas significativas durante el proceso de enfermedad, solicitud de prestación de ayuda para morir y el posterior proceso de duelo. Pero, este tipo de actuaciones aún no se recogen ni en la legislación estatal ni en la autonómica, así como tampoco se explicita en los procedimientos o protocolos de la misma.

## 5. Discusión

Con todo, se ha conseguido alcanzar el objetivo general a partir de la operativización en objetivos específicos, pues los discursos han cubierto las necesidades de información. Además, otro de los puntos fuertes es que se ha conseguido dar explicación a planteamientos plasmados como fundamentales en otras investigaciones, aportando así no solo innovación sino fundamentación –aunque aproximativa– al conocimiento teórico sobre la materia.

En cuanto a las propuestas de análisis descriptivo de las Comisiones de Garantía y Evaluación, como las de González (2022) y Martínez (2021), se logra profundizar en la cuestión explicando cómo ha sido el proceso de conformación en la realidad práctica en la Comunidad de Madrid. Respecto a la propuesta de Jiménez (2022), el autor plantea que la figura del trabajo social sanitario queda al margen en las Comisiones de Garantía y Evaluación por decisión política autonómica, generando disparidad no solo en la composición de cada una de ellas, sino a lo largo del territorio nacional. Las personas entrevistadas en esta investigación confirman dicha aseguración, y señalan la desigualdad que esto produce a la hora de evaluar los casos, habiendo comunidades autónomas en las que no se pueda evaluar la dimensión social con el rigor que se requiere al no contar con profesionales del trabajo social especializados/as en estas cuestiones, o al no poder interpretar los informes sociales en el caso que deba hacerse por parte de la Comisión. Este, es un aspecto que Novellas (2017) señala como fundamental, pues “el trabajador social primeramente aporta al grupo sus aproximaciones diagnósticas y enmarca, a fin de atender a las necesidades planteadas por el equipo asistencial al que pertenece, la aplicación de una metodología y técnicas propias de su profesión” (p. 43). Se llega, por tanto, a una conclusión común, “no se puede hablar de factores sociosanitarios en los procesos de salud-enfermedad, determinantes sociales en salud, medicina social, etc., sin contar con la presencia de estos/as y su valoración diagnóstica” (Jiménez, 2022, p. 90), que enlaza con los presupuestos del Consejo General de Trabajo Social (2021) y de Novellas (2017), es decir, que obviar la dimensión social en fin de vida imposibilita el enfoque biopsicosocial del que habla legislación y textos oficiales.

## 6. Conclusiones

Tras la exposición de los resultados podemos concluir que siguen existiendo posicionamientos polarizados respecto a la regulación de las prestaciones de ayuda para morir en la sociedad, más aún cuando estos deben darse desde colectividades profesionales que aúnan multitud de perspectivas y concepciones al respecto. Estos posicionamientos están a su vez complejizados, pues van más allá de la diferenciación clásica entre conservadurismo o progresismo ya que median aspectos como la concepción de la influencia de la vulnerabilidad social –o no–, entre otros.

Si bien, algo en lo que ha habido consenso por parte de los/as entrevistados/as es que el proceso de conformación de la legislación, tanto por el cuándo como por el cómo se desarrolla, ha causado incertidumbre y revuelo para los/as profesionales sociosanitarios/as. Incertidumbre dada no solo por ser un contexto generador de dilemas éticos o por su novedad, sino también por el gran cambio de paradigma que supone pasar de actuaciones recogidas como delito en el Código Penal a su legalización. Este cambio ha supuesto posicionamientos dicotómicos entre los/as profesionales que consideran necesaria una ley estatal de cuidados paliativos únicamente o con prioridad a la LORE, y quienes concebían como ineludible la regulación de las prestaciones de ayuda para morir como último paso en la autodeterminación de los/as pacientes en procesos de finalización de vida. A pesar de ello, otros/as profesionales lo han entendido como contextos complementarios y pertenecientes a un *continuum*.

Asimismo, podría pensarse *a priori* que la perspectiva ética y moral de los/as profesionales que conforman los equipos asistenciales es el principal factor influyente en declararse como objetores/as de conciencia o, en el caso del trabajo social, negarse a realizar los informes sociales pertinentes. Sin embargo, se han expuesto otros factores de suma relevancia como la sobrecarga laboral, la consiguiente falta de recursos humanos, la rigidez y exigencia que suponen las solicitudes en cuanto al trámite burocrático, así como la falta de información clara y explícita (para profesionales y sociedad en general) y la falta de formación amplia y continuada para todos los perfiles profesionales independientemente de la posición jerárquica vertical.

En cuanto a trabajo social, no se considera necesario un posicionamiento a favor o en contra de las prestaciones de ayuda para morir a nivel individual o de las colectividades profesionales, pero sí a favor de que en una prestación recogida en la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud en la que es tan importante la perspectiva social, se reconozca la figura del/la trabajador/a social. Sobre todo, porque solo está reconocida como parte de las Comisiones de Garantía y Evaluación en ocho comunidades autónomas, y en la Comunidad de Madrid a pesar de estar presente tan solo cuenta con una vocalía de veinticinco y sin posibilidad de suplencia. Máxime cuando sin trabajo social no se puede desarrollar una atención desde el modelo biopsicosocial, que requiere reconocer con importancia igual la dimensión psicológica, social, física y espiritual de los/as pacientes y sus entornos, ni la humanización real y efectiva de la asistencia sanitaria que solo del modelo biopsicosocial se desprende; es el perfil profesional especializado que permite abordar la dimensión social y abandonar la perspectiva puramente clínica e individual. Todo ello, y tras el análisis de la información obtenida, confirma la conjetura de partida; el trabajo social ha tenido –y tiene– dificultades en ser reconocido como figura profesional necesaria dentro de los contextos descritos.

Con todo, la necesidad de reconocimiento externo debe ir acompañada de una búsqueda y obtención de información y formación, al igual que para el personal sanitario, porque ante un contexto legalizado y regulado los/as profesionales deben conocerlo, así como sus funciones, cómo se ha de actuar y los procedimientos adecuados. No hacerlo puede conllevar vulneración de los derechos de la ciudadanía y situaciones que supongan mala *praxis*.

## 7. Bibliografía

- Álvarez, L. (2022). *Acompañamiento desde el Trabajo Social Sanitario en los procesos de fin de vida: propuesta de intervención desde Trabajo Social*. [Trabajo Fin de Grado, Universidad de Oviedo]. Repositorio Institucional [https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/64184/TFG\\_LuciaAlvarezCordero.pdf?sequence=4&isAllowed=y](https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/64184/TFG_LuciaAlvarezCordero.pdf?sequence=4&isAllowed=y)
- Boladeras, M. (2015). *Bioética del cuidar, ¿Qué significa humanizar la asistencia?* Tecnos.
- Consejo General del Trabajo Social. (2021, 2 de julio). *Trabajo Social: Clave en las comisiones de la ley de la eutanasia*. <https://www.cgtrabajosocial.es/noticias/trabajo-social-clave-en-las-comisiones-de-la-ley-de-la-eutanasia/7260/view>
- Constitución Española. (1978). *Boletín Oficial del Estado*, 311. [https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/\(1\)/con](https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/(1)/con)
- Corbetta, P. (2007). *Metodología y técnicas de investigación social*. McGraw-Hill.
- Csikai, E. L. (2004). Social workers' participation in the resolution of ethical dilemmas in hospice care. *Health & Social Work*, 29(1), 67-76. <https://doi.org/10.1093/hsw/29.1.67>
- Decreto 225/2021, de 6 de octubre, del Consejo de Gobierno, por el que se crean y regulan el registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la ayuda para morir y la comisión de garantía y evaluación. *Boletín Oficial de la Comunidad Autónoma de Madrid*, 239, de 7 de octubre de 2021, pp. 11 a 27. [https://www.bocm.es/boletin/CM\\_Orden\\_BOCM/2021/10/07/BOCM-20211007-1.PDF](https://www.bocm.es/boletin/CM_Orden_BOCM/2021/10/07/BOCM-20211007-1.PDF)
- Dubus, N. (2010). Who cares for the caregivers? Why medical social workers belong on end-of-life care teams. *Social Work in Health Care*, 49(7), 603-617. <https://doi.org/10.1080/00981380903327921>
- European Association for Palliative Care. (2013). *Recommendations of the European Association for Palliative Care (EAPC) for the development of undergraduate curricula in palliative medicine at european medical schools*. <https://dadun.unav.edu/bitstream/10171/34516/1/Recommendations%20of%20the%20EAPC%20for%20>

the%20Development%20of%20Undergraduate%20Curricula%20in%20Palliative%20Medicine%20At%20European%20Medical%20Schools.pdf

- Gómez, T. (2022). *Eutanasia y Trabajo Social*. [Trabajo Fin de Grado, Universidad de Valladolid]. Repositorio Documental <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/57059/TFG-G5752.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- González, M. (2022). Algunas notas sobre las comisiones de garantía y evaluación de la eutanasia. En S. Cañamares, S. Pérez y M. González. (Cords.). *Eutanasia y laicismo* (pp. 231-238). Delta Publicaciones.
- Jiménez, J. M. (2022). Eutanasia en España: Un análisis interpretativo a la actual normativa desde el Trabajo Social Sanitario. *Trabajo Social Hoy*, 95, 77-92. <https://dx.doi.org/10.12960/TSH.2022.0005>
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *Boletín Oficial del Estado*, 274, de 15 de noviembre de 2002, pp. 40126 a 40132. <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41/con>
- Ley Orgánica 3/1983, de 25 de febrero, de Estatuto de Autonomía de la Comunidad de Madrid. *Boletín Oficial del Estado*, 51, de 1 de marzo de 1983. <https://www.boe.es/eli/es/lo/1983/02/25/3/con>
- Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. *Boletín Oficial del Estado*, 72, de 25 de marzo de 2021, pp. 34037 a 34048. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/03/24/3>
- Martínez, Á. A. (2021). La regulación de las Comisiones de Garantía y Evaluación autonómicas en aplicación de la Ley de Eutanasia en España. *Ética de los cuidados*, 14, 1-4. <http://ciberindex.com/p/et/e14008>
- Novellas, A. (2017). La atención de situaciones de final de vida desde el Trabajo Social. *Revista de Treball Social*, 210, 37-53. <https://www.revistarts.com/es/article/la-atencion-de-situaciones-de-final-de-vida-desde-el-trabajo-social>
- Novellas, A., Munuera, M. P., Lluch, J. y Gómez-Batiste, X. (2018). *Manual para la atención psicosocial y espiritual a personas con enfermedades avanzadas: Intervención social*. Obra Social La Caixa.
- Organización Médica Colegial de España. (s.f.). *Atención médica al final de la vida: Conceptos*. [https://www.cgcom.es/sites/default/files/conceptos\\_atencion\\_medica\\_final\\_vida\\_2009.pdf](https://www.cgcom.es/sites/default/files/conceptos_atencion_medica_final_vida_2009.pdf)
- Penalva, C., Alaminos, A., Francés, F. y Santacreu, Ó. (2015). *La investigación cualitativa: Técnicas de investigación y análisis con Altas.Ti*. PYDLOS.
- Román, B. (2013). Para la humanización de la atención sanitaria: los cuidados paliativos como modelo. *Medicina Paliativa*, 20(1), 19-25. <https://doi.org/10.1016/j.medipa.2012.10.002>
- Tizón, J. (2007). A propósito del modelo biopsicosocial, 28 años después: Epistemología, política, emociones y contratransferencia. *Atención Primaria*, 39(2), 93-97.