

M^a Dolores García-Arnaldos, Teresa de Asúa Corchado

Responsabilidad moral y cuidado: a vueltas con la eutanasia

RESUMEN: Algunos problemas en el final de la vida se originan al haber extendido el «servicio a la vida» más allá de la tarea de curar. El objeto de este trabajo es explorar cuestiones bioéticas que se plantean ante el umbral de la muerte. Se analiza el caso particular de la eutanasia desde la teoría de la responsabilidad de H. Jonas. La responsabilidad es siempre responsabilidad ante alguien y va más allá de la obligación. Pero es necesaria una clarificación acerca de cuáles son los límites de la responsabilidad médica en los casos de enfermedades terminales y de particular sufrimiento.

PALABRAS CLAVE: Cuidado; Sufrimiento; Responsabilidad.


Moral responsibility and care: reflections on euthanasia

ABSTRACT: Several end-of-life issues arise from extending «service to life» beyond the task of healing. The purpose of this paper is an exploration of the bioethical issues that are at stake at the threshold of death. In particular, the case of euthanasia is analysed from the perspective of H. Jonas' theory of responsibility. Responsibility is always towards someone and goes beyond obligation. But there is a need for clarification of the limits of medical responsibility in cases of terminal illness and particular suffering.

KEYWORDS: Care; Suffering; Responsibility.

Introducción

El área de la atención al final de la vida es uno de los ámbitos en donde médicos y profesionales sanitarios se enfrentan a complejos problemas, como el de la eutanasia o los cuidados paliativos. Estos problemas cuestionan no solo cuáles son las bases éticas de la práctica y asistencia sanitaria sino *cómo* han de aplicarse los principios éticos a dichos problemas para responder a los nuevos interrogantes planteados por el desarrollo tecnológico y por la pandemia de covid-19 producida por el virus SARS-CoV-2.

► **M^a Dolores García-Arnaldos**, Departamento de Lógica y Filosofía Teórica, Universidad Complutense de Madrid, España. **Teresa de Asúa Corchado**, Facultad de Ciencias Experimentales, Universidad Francisco de Vitoria (Madrid), España. **Autor de correspondencia:** (✉) dolores.garcia.arnaldos@usc.es —  <https://orcid.org/0000-0001-9998-8060>

En este contexto, se analiza el papel de la responsabilidad y el cuidado en el ámbito sanitario. En particular, en relación con las personas que sufren, con los moribundos, especialmente en el caso de la eutanasia.

En la primera parte se presenta el debate actual y se cuestiona en qué medida la eutanasia contribuye al fomento del cuidado en las relaciones interpersonales o si puede llegar a minar las relaciones humanas basadas en la confianza.

En la parte final, analizamos la contribución del enfoque de la responsabilidad de H. Jonas (1995) quien no se conformaba con una *teoría* de la responsabilidad, sino que buscaba que se convirtiese en *práctica*. Sostenía que la «responsabilidad es el cuidado, reconocido como deber, por otro ser».¹ La responsabilidad es siempre responsabilidad ante alguien. Pero es necesaria una clarificación acerca de cuáles son los límites de la responsabilidad médica en los casos de enfermedades terminales y de particular sufrimiento.

La atención y cuidado de quien sufre

Jonas (1997) establece que la finalidad de la Medicina es la del *cuidado* de la salud. La salud en sí no se nota, «pasa desapercibida» (Jonas 1997, p. 100). Fue la enfermedad la que dio origen al estudio del cuerpo humano en vistas a conocer las causas de la enfermedad y poder así curarla y prevenirla. A su vez, con la aparición de una enfermedad, es inevitable hacer referencia al malestar y al dolor. Pero, analizar el dolor no es lo mismo que sufrirlo en primera persona. A la experiencia del sufrimiento se le han añadido en la actual pandemia, en muchos casos, las medidas de distanciamiento y la reducción del contacto con la familia y los amigos.

Hoy en día es particularmente difícil buscar un significado al sufrimiento. Hay multiplicidad de relaciones que se entrelazan y generan nuestra identidad; pero a veces, ese entramado relacional se difumina y al deshacerse ese contexto en el que entraba en juego la identidad personal, también se diluye el valor del sufrimiento y de su significado. Las relaciones no siempre son capaces de

¹ «Responsabilidad es el cuidado, reconocido como deber, por otro ser, cuidado que, dada la amenaza de su vulnerabilidad, se convierte en “preocupación”. (...) ¿qué le sucederá (...) si yo no me ocupo de ello?» (Jonas. 1995, p. 357).

sostener la percepción personal del dolor ni tampoco de saber gestionar y compartir el sufrimiento.

Uno de los escenarios donde surgen múltiples conflictos es el de la enfermedad terminal. Los conflictos se originan al haber extendido, según Jonas, el «servicio a la vida» más allá de la tarea de curar, también cuando el enfermo desea la muerte, pero no se la puede dar a sí mismo. Este caso, dice Jonas, plantea la cuestión de si forma parte de los objetivos o del deber de la medicina aplazar el umbral de la muerte. De ahí la importancia de definir no solo el «derecho a morir» sino la «obligación de vivir» que se presupone antes del propio derecho y que permite determinar hasta qué punto la medicina llega o puede llegar a percibir la vida.

Para acercarnos a un problema de dimensiones tan enormes como la salud, la vida y que contempla, precisamente, su momento culminante, la muerte, es preciso analizar las múltiples implicaciones que tiene la eutanasia, al menos esbozando las líneas de debate de una problemática de orden moral y jurídico que involucra a muchos ciudadanos.

La eutanasia a debate

El término «eutanasia» no presenta ambigüedad en su significado etimológico, «buen morir», o «buena muerte» (cf. May-Delston 2016, p. 421). Pero cuando hablamos hoy de eutanasia, en realidad, ¿a qué nos estamos refiriendo? En principio, se consideran tres opciones (cf. Ciccone 1994, p. 12 y ss.):

- 1) la protección ante una obstinación terapéutica que solo es capaz de prolongar una agonía con múltiples sufrimientos;
- 2) el evitar una muerte entre aparatos de alta tecnología y personas extrañas alrededor, más atentas a los instrumentos y los datos que estos proporcionan que a la persona que está muriendo;
- 3) una muerte sin dolor, pedida voluntariamente o no, por una persona que antes o después de grandes sufrimientos, va a encontrar la muerte.

El problema con el que nos encontramos en los dos primeros casos es el de los límites: ¿hasta dónde se permite, insistir en los intentos para salvar al enfermo de

una muerte «prematura»? y ¿dónde comienza el deber de suspenderlos para que, frente a la muerte inevitable, el paciente sea ayudado a aceptarla? En este sentido conviene distinguir entre aliviar el sufrimiento y el empeñarse en «salvar vidas».

El tercer caso, en cambio, no manifiesta tanto una lucha contra la muerte sino una muerte deseada y buscada. Usar el mismo término para expresar cosas tan distintas genera confusión, y esta se agudiza cuando se ha comenzado a hablar de «derecho a morir con dignidad», como veremos después. Por lo tanto, dar una definición del concepto es en sí mismo un problema que abordan numerosos estudios, aunque podemos coincidir en términos generales que, la eutanasia se ubica en el campo de la interrupción o supresión de una vida humana.

En la *Declaración sobre la eutanasia*, adoptada por la 39^a Asamblea Médica Mundial, Madrid, octubre 1987 se señala lo siguiente:

La eutanasia, que es el acto de terminar deliberadamente la vida de un paciente, aun a pedido del propio paciente o a solicitud de los parientes cercanos, no es ética. Esto no impide que el médico respete el deseo de un paciente de dejar que el proceso natural de muerte siga su curso en la fase terminal de la enfermedad.

Uno de los puntos candentes del debate es si la eutanasia puede ser considerada como la expresión intrínseca del fracaso del proceso asistencial de acompañamiento del paciente y su familia. Dicho proceso ha de contemplar no sólo los aspectos físicos de la enfermedad o de la discapacidad sino también los aspectos psicológicos, espirituales, familiares, sociales que cualquier enfermedad o discapacidad implica.

Además, si eutanasia, como hemos visto, significa una «muerte sin dolor», hoy con este término se quiere indicar, más bien, una acción o una omisión que, por su naturaleza o por la intención que la mueve, causa la muerte de un paciente para poner fin a su sufrimiento. Para ello, la muerte se provoca sin dolor, ni físico ni el de la angustia que viene asociada a la conciencia de morir. Ello requiere una muerte en estado de inconsciencia inducida (Ciccone 1994, p. 15).

Otro aspecto del debate es si es aceptable la diferenciación entre eutanasia activa y pasiva (May-Delston 2016, p. 421). En cuanto a la distinción, Masiá señala: «Una cosa es provocar la muerte mediante la omisión deliberada de un

cuidado *debido, necesario y con sentido* (activa por omisión), y otra es la omisión responsable de un cuidado *no debido, no necesario y sin sentido* (a lo que algunos llaman eutanasia pasiva, pero que sería mejor no llamar eutanasia sino omisión de medios extraordinarios desproporcionados)» (Masiá 1990, p. 126). Puesto que hace referencia a la muerte como consecuencia de una omisión, interrupción o rechazo de cuidados cuyo fin era ofrecer el sostén indispensable para la vida, debería llamarse en todo caso “eutanasia omisiva” (Ciccone 1994, p. 15). Es más, para la CEDM (Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial Española) retirar medios desproporcionados es un acto ético, que denota una utilización prudente y responsable de la práctica médica. «Llamar eutanasia pasiva a lo que es una correcta abstención de lo inútil crea un espejismo peligroso: el de creer que hay una variante virtuosa de eutanasia. Matar adrede a un enfermo no puede ser unas veces bueno y otras malo, según el procedimiento (acción u omisión), que hayamos usado para conseguirlo» (CEDM, 1993). La distinción de estos términos también puede generar confusión si se los identifica además con el hecho de «cumplir el deseo del enfermo de que se ponga fin a su vida» o «juzgar sobre la dignidad o el valor de una vida (propia o ajena)». Como Masiá señala, no sólo nos encontramos con un problema de lenguaje, sino que además hay un problema de actitudes cultural y éticamente divergentes ante el fenómeno de la muerte (Masiá 1990, p. 127).

Actualmente se esgrimen argumentos, tanto a favor como en contra, de la eutanasia voluntaria.

Según Young (2019), los defensores de la eutanasia voluntaria sostienen, generalmente, que debe haber disposiciones legales y médicas para facilitar que se permita morir o que se ayude a morir a una persona en las siguientes circunstancias: en el caso de que sea una persona que padece una enfermedad terminal; si es poco probable que alcance a beneficiarse del descubrimiento de una cura para su enfermedad; y que, por resultado directo de la enfermedad, sufra ya sea un dolor intolerable o solo pueda vivir en una total dependencia de otros o de medios tecnológicos de soporte vital; si, además, tiene un deseo duradero, voluntario y competente de morir (o, expresó su deseo de recibir ayuda para morir en el caso de que se cumplan las condiciones anteriores, antes de perder la competencia para hacerlo), y no pueda poner fin a su vida sin ayuda.

En cambio, los opositores a la eutanasia voluntaria centran sus argumentos en distintos aspectos. Algunos de los argumentos en contra se refieren

únicamente a si está justificado que la práctica de la eutanasia voluntaria sea legal, mientras que a otros les preocupa tratar de socavar la moralidad de la eutanasia en sí. Young formula los siguientes:

1. En la actualidad ha mejorado la atención con cuidados paliativos efectivos. En ese sentido, la eutanasia voluntaria sería innecesaria puesto que se puede aliviar el dolor y la agonía.

2. Nunca podemos tener pruebas suficientes para garantizar la creencia de que la petición de una persona moribunda sea competente, duradera y genuinamente voluntaria.

3. Por otra parte, según la «doctrina del doble efecto»² está permitido, por ejemplo, aliviar el dolor (efecto bueno) administrando un medicamento como la morfina, sabiendo que hacerlo acortará la vida, pero es inadmisibles administrar el mismo medicamento con la intención directa de terminar la vida de un paciente (efecto malo). Esto último se aplica independientemente de si el medicamento se administra a petición de la persona.

4. Otro argumento es el de la pendiente resbaladiza: si la sociedad permite que se legalice la eutanasia voluntaria, habremos puesto un pie en una pendiente resbaladiza que nos llevará eventualmente a apoyar otras formas de eutanasia, incluida, en particular, la eutanasia no-voluntaria.

Además de estos argumentos, habría que analizar otros tipos de eutanasia que no son tan explícitos. Hay una eutanasia más sutil, llamada también «eutanasia de abandono»: entendiéndolo por ello, la falta de asistencia en la fase terminal de la enfermedad, o el transportar de una ciudad a otra a un enfermo grave que a menudo muere en el transcurso de la búsqueda de una cama en un hospital, entre otros casos (Cfr. García-Arnaldos 2020).

² Se permite actuar de modo que se prevé un efecto negativo, siempre que el mal se produce como un efecto secundario (indirectamente) al perseguir un acto que se busca directamente, dicho acto al que se dirige directamente es en sí mismo moralmente bueno o, al menos, moralmente neutral; y, además, el mal no debe ser un medio para el bien.

Eutanasia: ¿Buena muerte o bien morir?

Los defensores de la eutanasia voluntaria como opción/derecho, apelan a veces a la compasión y ayuda justa a las personas que así lo deseen condicionados por el sufrimiento, la voluntad, el tiempo.

En el caso del *sufrimiento*, como ya hemos indicado arriba, se plantea la dificultad de encontrarle un sentido; pero ¿cómo medir el sufrimiento de una persona, y, más aún, su sentido? ¿quién determina dicho sentido? Una época de dolor o conflictos a lo largo del tiempo puede convertirse en un proceso de aprendizaje, de superación, y en momentos como una enfermedad terminal, en el sentimiento de vulnerabilidad absoluta puede existir para las personas un proceso de humanización y de aceptación (cfr. Svenaeus 2000). La cuestión es ¿cómo podemos, pues, predecir si un acontecimiento doloroso va a tener o no sentido?

En cuanto al aspecto de la condición de la autonomía del paciente, en la que expresa su voluntad: el enfermo debe tener derecho a decidir si quiere o no seguir viviendo. Su voluntad debe prevalecer.³ Pero habría que clarificar en qué medida la voluntad de estas personas es libre, ¿hasta dónde llega su capacidad de decisión en momentos así?

Otro de los motivos que se esgrimen es la compasión (cfr. Shand 2021). No obstante, ¿es la compasión siempre una razón adecuada?, «¿qué se opone éticamente a la voz de la compasión?», pregunta Jonas (1997). Si se entiende que el ser humano no puede someterse únicamente a sus deseos, a su voluntad, sino que necesita de algo externo a él mismo, se podría considerar la noción de «persona» en sentido social, es decir, aquella que lo es en virtud también de las relaciones intersubjetivas que se establecen desde el mismo inicio de la vida humana.

En cuanto a la condición temporal, al tratarse de una enfermedad terminal, en qué medida está justificado adelantar ese momento final. ¿Es parte de la responsabilidad del médico evitar esa agonía, estando en su mano y siendo la voluntad del enfermo? ¿Quién elige el momento de la muerte? ¿Cómo se puede

³ Cfr. el Preámbulo de la Ley 4/2017, 9 de marzo, de Derechos y Garantías de las Personas en el Proceso de Morir, de la Comunidad de Madrid: «El respeto a la autonomía del paciente ha implicado un cambio en la relación clínica, en la que deben prevalecer las preferencias del paciente en la toma de las decisiones que afecten a su salud.»

saber si el tiempo restante de una persona, poco o mucho, puede ser valioso para ella, o incluso indispensable para morir en paz? Cuántas veces un solo segundo basta para cambiar la vida, para llegar a una conclusión que se ha buscado durante años. ¿Debe el médico elegir o dejar elegir al enfermo? Para responder a todos estos interrogantes una voz autorizada que aporta luz desde un enfoque que sigue siendo actual, es la de Hans Jonas.

El enfoque de la responsabilidad de Hans Jonas

Uno de los aspectos que Jonas (1997) subraya en torno al problema de la eutanasia es que, aunque el individuo tiene derecho a disponer de su propia vida, y tal derecho puede ser ejercido plenamente por él solo, otros están involucrados en su elección. Curiosamente, Jonas no justifica moralmente la eutanasia.

Como es de suponer, la complicación surge cuando el enfermo pide morir al médico y le solicita que le ayude a realizar esa acción: ¿a quién corresponde realizar la intervención de eutanasia? Algunos sostienen que, efectivamente, el médico tiene que realizar el acto eugenésico hacia su paciente.

Sin embargo, según Jonas, si se le atribuye al médico la tarea de «dar la muerte», se alteraría el papel que el médico ha desempeñado desde siempre con la consecuente pérdida de la confianza, ya que el paciente verá no solo al que le cura, sino al que cuando ya no pueda curarlo, está autorizado a quitarle la vida. Esto se complica si consideramos a los pacientes que se encuentran en condiciones tales que son incapaces de elegir entre la vida y la muerte.

En este sentido, Jonas establece una diferencia. Por una parte, a los pacientes en estado inconsciente vegetativo, a los que se les ha preservado artificialmente vida técnicamente, y sometidos a respiración artificial, en tales condiciones se les debe permitir morir, ya que de otro modo hiere la dignidad de la persona. Por otra parte, en los casos de eutanasia activa y directa, Jonas sostiene que debe ser excluida por parte del médico, incluso cuando entre en conflicto con el derecho del paciente a morir.

Como vemos, Jonas retoma la distinción clásica que generó tantos debates, entre *matar* y *dejar morir*. Subraya que es imposible señalar un límite entre los dos casos, pero sigue habiendo una diferencia y, plantea una pregunta: ¿hasta dónde llega la responsabilidad médica para cumplir la voluntad del paciente que le pide que muera?

Hay que tener en cuenta que el médico trata la enfermedad o dolencia en el sujeto que la padece, con toda la complejidad que eso significa. Así, si bien por una parte al tratar el organismo humano, el cuerpo es el elemento objetivo, por otra, la persona es la que está en juego. Según Jonas, el médico tiene la responsabilidad de intentar aliviar el dolor lo máximo posible, aunque suponga acortar la vida. Sin embargo, debe excluirse la administración de una inyección letal con la que dar fin a la vida de un paciente. Para Jonas, un médico no ha de convertirse nunca en un verdugo. Más que el «derecho a morir», lo importante es el deber de respeto y cuidado hacia los enfermos terminales. En este sentido, la responsabilidad del médico es análoga a la de un capitán de barco (Jonas 1997, pp. 99-109). La responsabilidad del capitán para con los pasajeros es la de garantizar una travesía segura desde la salida hasta la llegada, independientemente de si los viajeros emprenden el viaje con buenos fines o no, o para bien o mal de sí mismos y de los demás. Del mismo modo, el médico no se ocupa de averiguar cómo utilizará las funciones restauradas el paciente, ni si el enfermo «merece» ser curado. Esta analogía resulta eficaz para hacer ver hasta dónde puede llegar la responsabilidad médica y no exigir más allá de esos límites.

Así, entre las tareas del médico está evitar la muerte «prematura» pero también evitar el encarnizamiento terapéutico, como decíamos al inicio, y las técnicas que prolonguen artificialmente la vida o lleguen a postergar la muerte más allá del límite natural de la finitud humana. La pregunta que Jonas pone al respecto es ¿hasta qué punto, por el bien del ser humano, debemos continuar modificando la naturaleza y en qué momento una persona debe asumir que su orden debe ser también aceptado como adecuado para ella?

Para Jonas, la responsabilidad del médico es mucho más que una cuestión técnica y profesional ya que el médico tiene que tratar con personas en toda su complejidad y singularidad. El médico trata al enfermo por su propio bien, entendiendo por bien «la integridad de todas las funciones orgánicas». No obstante, como hemos visto, los deseos del enfermo o paciente o familia/sociedad pueden entrar en conflicto con ese criterio de lo que es «bueno». En el caso en que se dejase en manos únicamente del médico toda decisión y tomar o no partido por los deseos del enfermo/familia/sociedad, en ese momento entrarían en juego perspectivas extra-médicas y otro tipo de responsabilidades sociales generales.

Conclusión

La medicina, por una parte, establece principios generales que se basan en el conocimiento del organismo humano que deben aplicarse a las personas enfermas; por otra, tiene una función preventiva. En el ámbito de la atención al final de la vida, es de esperar un mayor desarrollo de los principios aplicables a modo de prevención.

El tratamiento del dolor del enfermo terminal que se pone ante la muerte requiere el fomento en la sociedad de una educación que ayude a gestionar las experiencias negativas. Puesto que el valor humano radica en la propia vida, se trata de optar por la responsabilidad del cuidado, también y especialmente, en momentos de sufrimiento y dolor. El dolor no es sustancialmente negativo si se ha acompañado previamente a las personas con un mayor conocimiento de sus propias experiencias que les ayude a afrontar la tribulación y el sufrimiento.

Finalmente, frente a esta responsabilidad, el médico se puede oponer o no a la voluntad del enfermo o sus parientes; surge, entonces, el problema de asumir, en vez del papel de aquel que le mantiene sano y vivo, el papel de aquel que ayuda humanamente a morir. ¿Se trata entonces de una corresponsabilidad? Teniendo en cuenta lo señalado hasta ahora, sostenemos que, en estos casos, la responsabilidad médica individual hacia el enfermo se alarga a una responsabilidad más amplia que se asume según la categoría profesional o por una autoridad superior. En cualquier caso, una cosa es la obligación y otra, la responsabilidad, el toque humano (*warm «human touch»*), el cuidado entendido como responsabilidad activa que, más que fundarse en obligaciones, se funda en los valores elegidos y ejercidos. Esto nos lleva a la pregunta acerca de qué valores son los adecuados para fundar la práctica médica y la medicina, cuestión que rebasa los objetivos de este trabajo.

Conflicto de intereses: Las autoras declaran que no tienen ningún posible conflicto de intereses
Aprobación del comité de ética y consentimiento informado: No es aplicable a este estudio. **Contribución de cada autor:** M.D.G.A, T.A.C. escribieron y desarrollaron las ideas del artículo. Han leído y aprobado el manuscrito final. **Contacto:** Para consultas sobre este artículo debe dirigirse a: (✉) dolores.garcia.arnaldos@usc.es

Referencias

Ciccone, L. (1994). *Eutanasia*. Buenos Aires: Ciudad Nueva.

Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial Española. Declaración de la Comisión de Deontología de la OMC sobre el significado de la expresión «eutanasia pasiva». En: *Revista OMC*, mayo 1993.

- Declaración sobre la Eutanasia* de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, *Medicina Paliativa*, vol. 9, nº 1, pp. 37-40, 2002.
- Declaración sobre la Eutanasia* adoptada por la 39ª Asamblea Médica Mundial Madrid, España, octubre 1987, ratificada por la 170ª Sesión del Consejo Divonne-les-Bains, Francia, mayo 2005.
- García-Arnaldos, M. Dolores. (2020). Interdependencia y Cuidado. *Revista Iberoamericana de Bioética*, (13), 7.
- Jonas, Hans. (1995). *El principio de responsabilidad. Ensayo de una ética para la civilización tecnológica*. Barcelona: Herder.
- Jonas, Hans. (1997). *Técnica, medicina y ética. Sobre la práctica del principio de responsabilidad*. Barcelona: Paidós.
- Masiá, J. (1990). ¿Eutanasia o buena muerte?, Cuestiones éticas más allá y más acá de la muerte. En: *La eutanasia y el arte de morir*, Madrid: Ed. J. Gafo.
- May, Larry, and Jill B. Delston. (2016). *Applied ethics. A Multicultural Approach*. Londres: Routledge
- Sander-Staudt, Maureen: Care Ethics. *The Internet Encyclopedia of Philosophy* (IEP) (ISSN 2161-0002), <https://www.iep.utm.edu/care-eth/>
- Shand, J. (2021, June 21). Assisted Voluntary Euthanasia. *Daily Philosophy*. <https://daily-philosophy.com/john-shand-voluntary-euthanasia/>
- Svenaesus, F. (2000). *The Hermeneutics of Medicine and the Phenomenology of Health: Steps Towards a Philosophy of Medical Practice*. Netherlands: Springer.
- Young, Robert. (2019). Voluntary Euthanasia. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Edward N. Zalta (ed.), URL = <<https://plato.stanford.edu/archives/spr2019/entries/euthanasia-voluntary/>>.

Información sobre las autoras

► **Mª Dolores García-Arnaldos** es Profesora Asociada del Departamento de Lógica y Filosofía Teórica en la Universidad Complutense de Madrid, España. PhD en Lógica y Filosofía de la Ciencia por la Universidad de Santiago de Compostela, España. Su trabajo se centra en la epistemología, la metaética y la filosofía social. Es autora de *La relación mente-mundo en McDowell. Conocimiento y experiencia* (Apeiron, 2018), «El problema de la justificación del conocimiento básico» (*Anales del Seminario de Historia de la Filosofía*, 2019). Ha editado, junto a Sofía Miguens, un volumen dedicado a E. Anscombe: «Reason, Reasoning and Action» (*Enrahonar*, 2020). Contacto: Departamento Lógica y Filosofía Teórica, Universidad Complutense de Madrid (España). – (✉) dolores.garcia.arnaldos@usc.es – iD <https://orcid.org/0000-0001-9998-8060>

► **Teresa Asúa Corchado** es profesora de Biología Celular y Metodología de la Investigación en los grados de Biotecnología y Biomedicina de la Universidad Francisco de Vitoria (Madrid). Doctora en Ciencias Químicas por la Universidad Complutense de Madrid. Máster en Acompañamiento Educativo por la universidad Francisco de Vitoria. Tras largos años de enseñanza en colegios, uniendo la formación científica a su interés por los valores humanos, ha realizado un trabajo interdisciplinar junto con profesores de ciencias humanas y sociales, abarcando así diferentes facetas del ser humano. Autora de «Implication of the endocannabinoid system in the locomotor hyperactivity associated with congenital hypothyroidism» (*Endocrinology*, 2008). Contacto: Facultad de Ciencias Experimentales, Universidad Francisco de Vitoria. Carretera Pozuelo km 1800, 28223, Majadahonda, Madrid. – (✉) teresa.deasua@ufv.es

Como citar este artículo:

García-Arnaldos, M. Dolores; De Asúa Corchado, Teresa. (2023). «Responsabilidad moral y cuidado: a vueltas con la eutanasia». *Analysis* 35, no. 8: pp. 1-11.