

SALUD  
CIENCIAS SOCIALES  
HUMANIDADES

REVISTA  
FOLIA  
HUMANISTICA



Fundación  
Letamendi  
Foms

2022, núm 8 Vol. 2

ISSN: 2462-2753

## SUMARIO

### TEMA DEL DIA

Pág.

#### **CONFLICTO DE INTERESES EN LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA**

**1**

Morlans Molina M., Ramos Pozón S., Robles Olmo B., Montero Delgado F.

### PENSAMIENTO ACTUAL

#### **EUTANASIA, ÉTICA, DIGNIDAD, COMPASIÓN Y ATENCIÓN PRIMARIA**

**21**

Coscollar Santaliestra C.

#### **EUTANASIA Y ENFERMEDAD MENTAL: EL PROBLEMA DEL SUFRIMIENTO**

**37**

Medrano Albéniz J., Uriarte Uriarte JJ.

### ARTE, SALUD Y SOCIEDAD

#### **¿ES BUENO SER REY?**

**50**

Mateo-Sagasta A.

---

---

**Codirectores**

Marc Antoni Broggi i Trias (PCBC)  
Alexandra Albarracín Castillo

**Responsable de Redacción**

Beatriz Gutiérrez Muñoz

**Consejo científico**

Francesc Borrell-Carrió  
Juan Carlos Hernández Clemente  
Juan Medrano Albéniz  
Vicente Morales Hidalgo

**Correspondencia**

Web:

<http://www.fundacionletamendi.com>

Correo electrónico:

[info@fundacionletamendi.com](mailto:info@fundacionletamendi.com)

Envío de manuscritos:

[http://www.fundacionletamendi.com/revista-fo-  
liahumanistica/envio-de-manuscritos/](http://www.fundacionletamendi.com/revista-fo-<br/>liahumanistica/envio-de-manuscritos/)

**Información editorial**

*Folia Humanística* publica artículos por encargo solicitados a especialistas, así como aquellas propuestas enviadas por los autores y aceptadas tras su evaluación por pares de académicos especializados.

Los textos recibidos se publicarán en la lengua original (castellano, catalán, inglés y francés); los que se consideren de relevancia mayor serán traducidos al inglés y castellano.

Los artículos deben ser originales y acompañados del documento “derechos de autor” que encontrarán en la web, junto a las normas de presentación a seguir.

Cada artículo publicado al final tendrá especificado la referencia de citación, donde se incluirá el número DOI ®.

**Distribución**

La Revista *Folia Humanística* es de libre acceso a consultar online.

<http://www.fundacionletamendi.com/category/revista/>

---

***Folia Humanística*** es una revista internacional que tiene el doble objetivo de fomentar, por un lado, la reflexión y el debate público en el ámbito de la Salud, Ciencias Sociales y Humanidades, y por el otro, la colaboración entre distintos equipos de investigación nacionales e internacionales que dinamicen el diálogo entre la filosofía de la medicina, la salud pública y la justicia social. Dividida en “Tema del día”, (artículos para el debate), “Pensamiento actual”, (artículos críticos de novedades editoriales), y “Arte, Salud y Sociedad”, la revista se esfuerza en fortalecer las conexiones entre la investigación académica, la práctica clínica, las experiencias de los pacientes y sus implicaciones éticas y estéticas en la sociedad. Todo ello con la intención de favorecer la reflexión entre diferentes disciplinas sobre temas de actualidad y las tendencias más novedosas en el campo de las Humanidades y la Salud.

***Folia Humanística*** is an International Journal, born with the dual aim of fuelling the discussion and public debate on issues of health, social sciences and humanities and on the hand, of fostering cooperation between various research groups, both national and International, to spur the dialogue between philosophy and medicine, public health and social justice. The Journal is divided into three different sections: “main focus” (article for debate), “Contemporary thought” (critical reviews of new Publications) and “Arts, Health and Society” which all contribute to strengthening the links between academic research, clinical practice, the experience of patients and their ethical and esthetical implications for society. Ultimately, the intention of the Journal is to promote reflection at the crossroads of several disciplines on topical issues and new trends in humanities and health.

## EUTANASIA, ÉTICA, DIGNIDAD, COMPASIÓN Y ATENCIÓN PRIMARIA. La visión de un médico de familia

**Carlos Coscollar Santaliestra**

*“No morimos por estar enfermos, morimos por estar vivos” M. de Montaigne.  
“No hay muerte digna sin una atención primaria digna” A. Novoa, M. Melguizo.*

**Resumen:** Vivir de cerca el sufrimiento insoportable del paciente, en un contexto de desesperanza, promueven un sentimiento de empatía y de compasión que, necesariamente, mueve a la reflexión. La regulación de la eutanasia resuelve la cuestión legal, pero no así la ética, de una complejidad que hace imprevisible conciliar unanimidades, porque atañe al significado individual y colectivo de la muerte. La convivencia consiste en respetar lo plural y lo diverso, y requiere de un espacio jurídico y político que lo garantice. La solidaridad, la empatía y, finalmente, la compasión (compartidos por partidarios y contrarios a la regulación de la eutanasia) son sentimientos y emociones inevitables frente al sufrimiento ajeno, en especial, en un contexto eutanásico. Desde esa perspectiva y atendiendo al bienestar y derechos del paciente, debe construirse un espacio público que, respetando la posición del otro, no sea percibido como una imposición. Estos mismos argumentos, aconsejan una adaptación de los actuales códigos deontológicos, que dejan fuera de su “protección” a una mayoría de los profesionales favorables a la Ley. La respuesta paliativista a la demanda de regulación de la eutanasia no resuelve la cuestión ética de fondo y suele olvidar la Atención Primaria, como garante y responsable de los cuidados paliativos.

**Palabras clave:** *Eutanasia, ética, dignidad, compasión, Atención Primaria.*

### **Abstract: EUTHANASIA, ETHICS, DIGNITY, COMPASSION AND PRIMARY CARE. THE VISION OF A FAMILY DOCTOR**

Living closely the unbearable suffering of the patient, in a context of hopelessness, promotes a feeling of empathy and compassion that necessarily moves to reflection. The regulation of euthanasia resolves the legal issue, but not ethics, of a complexity that makes unanimously reconciling, because it concerns the individual and collective meaning of death. The coexistence consists in respecting diversity and requires a legal and political space that guarantees it. Solidarity, empathy and, finally, compassion (shared by supporters and professionals who are against euthanasia regulation) are inevitable feelings in an euthanasic context. From that perspective and attending to the well-being and rights of the patient, it must be built a public space that shouldn't be perceived as an imposition. For the same reason is necessary an adaptation of the current deontological codes, which leave most professionals favourable to the Law out of their "protection". The palliative response to the demand for euthanasia regulation does not resolve the ethical issue of the substantive and usually forgotten Primary Care, as guarantor and responsible for palliative care.

**Key words:** *Euthanasia, Ethics, Dignity, Compassion, Primary Care.*

En el año 1976 iniciaba una larga aventura. Contemplada desde el interior de una pandemia inagotable, que ha roto algunas ilusiones ya vacilantes, la aventura de ser médico de familia resultaba inimaginable y ha devenido extraordinaria.

Nada hay de ordinario en la bien intencionada voluntad de “salvar vidas”. Puede parecer atrevido y arrogante reconocer tan pretencioso y elevado objetivo. Resuenan, todavía, ecos lejanos de ingenuas razones que pronto decantaron, de un modo tan imperceptible como inevitable, mi decisión de ser y hacer de médico. Pero así es como lo recuerdo y nada hay de inconveniente en tan colosal, ingenua y juvenil pretensión inicial. Es cierto que la implacable cotidianidad pronto atemperó tan ambiciosos objetivos. En la actualidad, mis “ingenuas y juveniles pretensiones”, se ciñen al compromiso hipocrático de *primum non nocere*, evitando intervenciones que no añaden beneficio alguno, acompañando y aconsejando de modo comprometido y proactivo, a mis pacientes. Alguien podría pensar que se trata de una claudicación o de una versión empedecida. Sin embargo, quien conozca los riesgos reales de transitar sin rumbo claro por un sistema tan complejo y lleno de incertidumbres, como el sanitario, entenderá que el menoscabo de tal objetivo es tan solo aparente. Es una modalidad adaptada del inicial y pretencioso objetivo de “salvar vidas” que exige, con frecuencia, conducirse contracorriente en un albero donde se lidian intereses variopintos y de dimensiones inimaginables. Es una opción elegida para, “salvando la vida de los otros”, “salvar” la propia.

Una de las circunstancias sobrevenidas, que no estaba en el imaginario inicial, no ha consistido tanto en la necesaria reflexión acerca del buen morir; si no, más bien, en los nuevos contenidos y significados incorporados por el debate en torno al derecho a la eutanasia. Es decir, al derecho a elegir el modo y el momento de morir, como expresión última y radical del principio de autonomía<sup>1</sup>. La irrupción de los avances de una medicina tecnificada y el reconocimiento de los derechos de los pacientes, dos

---

<sup>1</sup> Principio de autonomía: derecho a decidir libre y responsablemente (autodeterminación) en el ámbito que afecta a su cuerpo y a su vida, sin condicionantes externos, asumiendo la responsabilidad que pudiera derivarse.

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: “El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles”. “Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito”. En: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>

El principio de autonomía del paciente, en el proceso de morir, puede articularse mediante una toma de decisiones informada adecuada en ese momento o mediante la realización de un documento de voluntades anticipadas.

incorporaciones recientes a la larga historia de la relación médico-paciente, han modificado, de forma sustancial, tanto los fines de la medicina como el modelo de esa relación.

Puede parecer una paradoja que la vocación de “salvar vidas” (y su correlato actual) se vea enfrentada a esta necesidad sobrevenida de pensar, de modo operativo, sobre el buen morir, que incorpora de manera inexcusable, considerar el respeto a la voluntad del paciente y que, ateniéndose a ella, pide la intervención del médico (eutanasia). Precisamente, la experiencia de estos 45 años, acompañando a muchos pacientes en este tránsito, compartiendo la vivencia individual de la muerte, el sigilo social que la hace casi invisible y casi evitable, y la construcción del necesario relato vital que la acompaña, me ha conducido a no apreciar diferencia alguna entre pretender “salvar vidas” y una forma de entender el buen morir, en el sentido más amplio de esta expresión. La convicción y el compromiso con sortear el daño evitable, que se han ido haciendo cada vez más patentes y necesarios, ha ido entretejiendo una forma de interpretar el mandato original, vocacional y actualizado de “salvar vidas”, y el sobrevenido de ayudar a bien morir, sin vivir contradicción alguna.

La controversia en torno a la eutanasia tiene profundas raíces que se nutren de los diferentes modos de entender, en última instancia, la dignidad y la vida humanas. Tanto la defensa más radical de la eutanasia, como el rechazo más vehemente, apelan a la defensa de la dignidad humana. ¿Cómo es posible que la defensa de un mismo principio pueda conducir a conclusiones y posiciones militantes tan opuestas y enfrentadas? La pregunta pone sobre la mesa el ineludible debate sobre el concepto de dignidad. Es evidente que hay una cuestión terminológica de fondo, que necesita una aclaración inicial, para definir con más precisión de qué se está hablando. Es imposible el acuerdo, siquiera el acercamiento, si palabras iguales designan conceptos diferentes. No hacerlo, convierte este debate, y cualquier otro, en una suerte de torre de Babel. La precisión terminológica no va a resolver el desencuentro ni la controversia, pero debe permitir conocer mejor el alcance de los argumentos del otro (y de los propios), propiciando el respeto de ambas posiciones que solo puede concretarse en la no imposición de una frente a la otra.

La confusión terminológica afecta tanto a qué entendemos por eutanasia, como a qué significado damos al término dignidad humana. El de la eutanasia puede delimitarse con cierta facilidad; el de dignidad humana, arraigado en creencias y valores individuales, incorpora muchos más elementos, de modo que no parece sencilla la unanimidad a la hora de definir un concepto compartido. El objetivo, en un contexto de debate público, democrático e integrador, sería reconocer y respetar el significado otorgado por ambas partes, identificando aquellos componentes que permiten una aproximación compartida. Contribuir a la convivencia, requiere respetar lo plural y lo diverso, y un espacio jurídico y político que lo garantice.

En la actualidad, el término eutanasia, se refiere a la intervención que causa la muerte directa (relación causa-efecto, única e inmediata), a petición expresa, reiterada e informada, en un contexto de sufrimiento sin posibilidad de ser mitigado y realizado por profesionales sanitarios con relación clínica significativa (1).

Se distingue entre eutanasia activa, pasiva y suicidio médicamente asistido. Éste último se refiere a la actuación del profesional, limitada a proporcionar al paciente los medios imprescindibles para que sea él mismo quien se produzca la muerte. Otras situaciones, que no suelen originar discrepancias, porque son admitidas como un ejercicio de buena práctica médica (*lex artis*), son la limitación del esfuerzo terapéutico (frente a obstinación o encarnizamiento terapéutico), el rechazo del tratamiento o denegación del consentimiento como expresión de la autonomía del paciente (con salvedades impuestas ante peligros para la salud pública o emergencia vital súbita e inesperada sin constancia previa de voluntades anticipadas), y la sedación paliativa. Donde falta el acuerdo es en incorporar, bajo el mismo paraguas protector que proporcionan términos como “muerte digna”, “buena muerte”, “humanización del proceso de morir”, “ayuda a morir” ... la provocación intencionada de la muerte del enfermo, es decir, de la eutanasia, propiamente dicha.

Si la eutanasia siempre es activa, directa y voluntaria, sobrarían los calificativos de pasiva, indirecta o involuntaria, pues hacen referencia solo a cuestiones o intervenciones que quedan al margen de su genuino concepto.

El término eutanasia pasiva, se ha usado, y se sigue usando, de modo habitual y cuasi coloquial, para distinguir dos aproximaciones, en apariencia, claramente diferenciables. Sin embargo, su uso debería evitarse, porque da pie a la confusión terminológica. Entendida como la cesación, retirada u omisión de intervenciones terapéuticas que se limitan a prolongar la vida biológica de un paciente que se encuentra en situación de enfermedad terminal o irreversible (1), es simplemente un modo de referirse a la limitación del esfuerzo terapéutico como respuesta a la obstinación terapéutica. Hace referencia a conductas omisivas que, desde el punto de vista legal, no parece que puedan acarrear responsabilidad para el facultativo, siempre y cuando se cuente con el consentimiento o solicitud expresas del paciente. Cuando este falte, y no haya posibilidad de salvar su vida, en aras de su mejor interés y con la colaboración de sus allegados, se debe elaborar un “consentimiento presunto”, que permita establecer cuál hubiera sido la voluntad del paciente (2). Resulta una práctica habitual de los profesionales, y aceptada por organizaciones profesionales e, incluso, por la doctrina de la Iglesia<sup>2</sup>, beligerante frente a cualquier otra modalidad de eutanasia. La limitación al esfuerzo terapéutico podría expresarse del siguiente modo: no encarnizarse no es tipo alguno de eutanasia, ni siquiera matizado su significado, como pasiva. Por tanto, la “eutanasia pasiva”, simplemente, no es eutanasia.

Son interesantes algunas reflexiones, bien argumentadas, que partiendo de la aceptación compartida y mayoritaria de la “eutanasia pasiva”<sup>3</sup> (limitación del esfuerzo terapéutico), se preguntan si, desde el punto de vista moral, hay distinción

---

<sup>2</sup> Declaración “Iura et Bona” sobre eutanasia de la Congregación para la Doctrina de la Fe de 1980: “Es también lícito interrumpir la aplicación de tales medios, cuando los resultados defraudan las esperanzas puestas en ellos. Pero, al tomar una tal decisión, deberá tenerse en cuenta el justo deseo del enfermo y de sus familiares, así como el parecer de médicos verdaderamente competentes”. “Es siempre lícito contentarse con los medios normales que la medicina puede ofrecer”. “Ante la inminencia de una muerte inevitable, a pesar de los medios empleados, es lícito en conciencia tomar la decisión de renunciar a unos tratamientos que procurarían únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia”. En [https://www.vatican.va/roman\\_curia/congregations/cfaith/documents/rc\\_con\\_cfaith\\_doc\\_19800505\\_euthanasia\\_sp.html](https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19800505_euthanasia_sp.html)

<sup>3</sup> Entrecorrido “eutanasia pasiva”, para no caer en la contradicción de desaconsejar su uso e inmediatamente después utilizarlo. Pretende poner énfasis en el concepto, especialmente para quienes, aceptando tal procedimiento, rechazan la eutanasia activa (eutanasia).

entre “matar o dejar morir”. Si una de las posiciones contrarias más combativas se fundamenta en una forma de entender la dignidad humana que contempla la vida como un valor absoluto, la aceptación de la eutanasia pasiva supone incorporar al debate el valor de la calidad de vida y, por tanto, no solo la mera supervivencia biológica del vitalismo extremo (3). De ese modo, la aceptación de la eutanasia pasiva sería un modo de relativizar o decantar el conflicto, en apariencia irresoluble, que enfrenta el paradigma de la sacralidad<sup>4</sup> e inviolabilidad de la vida frente a la posibilidad de relativizarla al introducir una valoración cualitativa. Por otro lado, lo que importa, desde el punto de vista ético, no sería tanto el carácter activo o pasivo, sino que se mantenga constante la intención (del paciente o del colaborador necesario) y el resultado de la acción. Quienes argumentan en este sentido concluyen que, si moralmente la eutanasia activa y la pasiva son equivalentes, si una es declarada aceptable, también debe serlo la otra (3). Seguir aceptando tal distinción, sería dar un mayor peso a la voluntad o autonomía del paciente cuando “consiente o tolera” (eutanasia pasiva), que cuando “requiere o pide” (eutanasia activa).

Suele hacerse referencia a la vida como el origen o la causa necesaria, sin cuya presencia no cabría deliberación ética, ni moral. Aceptar la eutanasia, sería eliminar la razón que da origen a la deliberación de valores e interpretaciones diferentes, a la condición que habilita la existencia y el reconocimiento del resto de valores éticos y derechos humanos que son y existen si, y sólo si, existe la vida. La vida tendría una prioridad frente a los demás valores y derechos. En la misma dirección que lo hace la visión sagrada, es una argumentación que interpreta la vida como un valor absoluto. La obligación de respetar la vida sería previa a la obligación de respetar la libertad y, por tanto, habría que poner límites éticos y legales al ejercicio ilimitado de la autonomía. Sin embargo, cabría destacar aquí que, incluso las posiciones más fundamentalistas sobre este tema, incorporan un cierto relativismo al aceptar excepciones como la legítima defensa, la pena de muerte y la muerte en la guerra defensiva. Todas ellas, se corresponden con respuestas a agresiones

---

<sup>4</sup> El cristianismo, que supuso un giro interpretativo frente a tradiciones anteriores, en el modo de entender la eutanasia, es quien alimenta la idea de sacralidad e inviolabilidad, al contemplar al hombre como creación de Dios a su imagen y semejanza.

ilegítimas. De este modo, consideran éticamente aceptable acabar con la vida de otro por el bien de uno mismo (legítima defensa), perder la vida en beneficio del prójimo (acto de heroísmo). Bajo ese punto de vista, pudiera apreciarse una cierta contradicción, cuando lo que se rechaza es la opción de acabar con la vida de otro por el bien de esa persona (eutanasia), o bien, poner fin a la propia vida en beneficio de uno mismo (suicidio).

Más complejo es pretender una aproximación entorno al concepto y significado de la dignidad humana, razón última esgrimida por los unos y los otros, para mantener posiciones frente al reconocimiento del derecho individual a la eutanasia, en apariencia, irreconciliables. El término dignidad humana es tan elusivo en su definición, como palpable y real en el modo en el que se vive, se alude, se reclama e, incluso, se protege. Compartimos un importante consenso en torno a los derechos fundamentales y los valores democráticos. Sin embargo, no es así en torno al principio que los fundamenta: la dignidad humana. El simple ejercicio individual de intentar definir su significado nos pone a todos en la misma e incierta casilla de salida. Podemos coincidir en que es un término que significa algo muy valioso, que se refiere a un valor interno, intrínseco (no demanda mérito moral alguno), insustituible, inviolable e irrenunciable que le corresponde al hombre por razón de ser, y que nos reconocemos y nos concedemos por convención, mutuamente. La dignidad es ser tratado como lo que se es, en la consideración de que el hombre no es un simple medio, sino un fin en sí mismo. La pregunta, por tanto, sería ¿qué es el hombre?, o ¿qué aspectos diferenciales le otorgan la particularidad de merecer ser tratado *dignamente*? Es aquí donde se dirime la confrontación entre legítimos valores y creencias, en contextos culturales, religiosos y sociales diferentes. Sería ingenuo pretender siquiera aventurar una respuesta a este dilema. Sin embargo, me parece muy interesante y aclaradora, la idea que vincula la dignidad humana, por un lado, a la inteligencia racional -que concede al ser humano conciencia de sí mismo- y, por otro, a la libertad que le permiten elegir y actuar de manera intencionada (voluntad) y ser responsable de sus elecciones (valor moral).

Llegados a este punto, podemos decir que “la dignidad humana, vinculada a la libertad como capacidad de elegir, la entienden los dos bandos de manera muy diferente” (4). “Quienes defienden la eutanasia, entienden que la dignidad pertenece a todos los humanos, porque todos somos libres primaria y activamente”, conciben la libertad como “base primera de acción”. No se trataría de una libertad “abandonada al puro capricho, sino que se obliga ella misma en atención al respeto que le produce verla presente en todos, no solamente en mí mismo sino en los otros”. “Ni se trata de considerar la eutanasia un acto bueno porque sea la expresión de la libertad personal, sino una excepción, el camino menos malo, en circunstancias extremas”. “Nuestra dignidad radica en el poder de darnos la ley que respeta la libertad igual de todos”. A la palabra “dignidad” añadiremos “humana” por cuanto consideramos que la misma dignidad no la ostentan los seres no libres (determinismo biológico)<sup>5</sup>. “La dignidad simplemente humana, la de todos los individuos del género humano, la poseemos por ser libres moralmente, esto es, porque somos autónomos, legisladores o autores de la propia ley”. Esta posición asume que vivir es necesario, pero no es suficiente. Que la vida es un derecho, pero no puede ser una imposición. La legitimidad de las decisiones se fundamenta en el derecho a la libertad.

Del otro lado, quienes se oponen a la eutanasia, “entienden la libertad como secundaria o segunda” a una ley o norma que, según su criterio, existe de por sí, desde siempre, “en la naturaleza, en la voluntad divina o allí donde sea (ley universal), y la libertad humana, por tanto, ha de elegir seguirla o secundarla”. Se trata de una “aceptación pasiva de una norma previa que el sujeto libre no crea”, que obligaría a respetar la vida como valor supremo, inviolable, sagrado y condición necesaria que proporciona legitimidad. Por tanto, se trata de dos concepciones significativamente diferentes del ser humano y de su libertad.

Planteado en estos términos, y entendiendo la complejidad de conciliar posiciones que parten de acepciones tan diferentes como legítimas de la dignidad

---

<sup>5</sup> ¿Podemos hablar de “dignidad animal”? La controversia es relevante, oportuna y actual. Pero es un debate que excede el interés del presente artículo y que tiene un significado y repercusiones difíciles de aventurar.

humana, donde se confrontan valores diferentes y en el que no existen argumentos apodícticos, no debería resultar difícil entender o, al menos, convivir con la posición del otro y respetar sus opciones. Como proponen Miguel Melguizo et al (5): “debe ser posible un acuerdo ético de mínimos que tenga como referencia los derechos humanos y que pueda ser asumido por toda la sociedad. El único secreto de la ética de mínimos es promover la justicia y la igualdad como suelo, pero asumiendo y respetando una ética de máximos de valores (religiosos, ideológicos, morales) no necesariamente compartida por todos y no imponible a los demás”. Se hace necesario, por tanto, un debate y un encuentro no fundamentado en valores absolutos que, impidiendo la deliberación, conduce a la imposición desde posiciones fundamentalistas o desde una mayoría, en el mejor de los casos, cambiante.

Siendo así, y en ejercicio del respeto reclamado, es difícil privar al paciente de una opción, que muchos identificamos como un derecho, cuando padeciendo un sufrimiento físico o psíquico insoportable, en contexto de una enfermedad terminal grave e incurable o discapacidad grave y crónica, hace una petición expresa, reiterada, libre y autónoma de poner fin a su vida.

Por último, me parece que es oportuno señalar una cuestión que nos interpela cuando convivimos con el sufrimiento ajeno, y que conforma ineludiblemente la respuesta individual. Me refiero a la solidaridad, la empatía, las emociones y la compasión.

La empatía es la capacidad y la intención de imaginar cómo siente el otro en una determinada situación o, en otros términos, supone el propósito de ponerse en el lugar del otro, es decir, concebir lo que siente, compartiendo, en última instancia, sus emociones. Puede pensarse que esta respuesta, tan común ante el sufrimiento ajeno, es una respuesta refleja, no consciente, automática y fisiológica. Sería la expresión de un eficaz mecanismo de adaptación que favorece el comportamiento prosocial, evitando causar daño a otros. Sin embargo, parece que la empatía no se trataría, en exclusiva al menos, de un fenómeno biologicista, porque conocer el estado emocional del otro, no es exactamente lo mismo que experimentar sensaciones y emociones equivalentes o parecidas. Desde este punto de vista, se haría necesario una complicidad o intencionalidad previa que permitiría imaginar la emoción (sufrimiento)

del otro, y de un juicio de valor sobre su relevancia, en función del contexto en el que se produce. Es decir, no sería suficiente, ni siquiera necesario (aunque lo facilite), el vínculo con la otra persona, para poder compartir emociones (empatizar). De ese modo, la empatía permitiría establecer vínculos con personas distantes, física, social y culturalmente, “mediante un acto individual, subjetivo, de representación mental sobre el sufrimiento, situación y contexto de otro sujeto” (6).

Volviendo al sufrimiento que acompaña a quien demanda la eutanasia, la empatía, por tanto, no surge tan solo por conocimiento o proximidad. Permite, así, una sintonía solidaria con el sufrimiento del otro en un contexto de desesperanza. La ausencia de empatía, en esas circunstancias, podría interpretarse como una expresión de crueldad. Y también lo sería, a mi modo de ver, si esa empatía quedara reducida a una emoción compartida, sin despertar compasión. Prohibir o rechazar la eutanasia, cuando se hace sin prestar atención a estos aspectos, niega, de alguna manera, la dimensión emocional de la vivencia personal al enfrentarse a una enfermedad en condiciones de sufrimiento insoportable. Es decir, es no dar cabida a la compasión, no permitir pasar de la simple y pasiva observación del sufrimiento (lástima), a la acción que supone el sufrir juntos (com-pasión)<sup>6</sup>, con la voluntad de paliar tal sufrimiento. La compasión supone empatía, emoción, pero es su dimensión intencional, la que le proporciona su especificidad, generando un impulso y una conducta de querer hacer algo para aliviar el sufrimiento.

En ciertos ámbitos, suele hacerse referencia a los cuidados paliativos como la alternativa o contestación a la solicitud de eutanasia. Para ello se toman la licencia de reinterpretar la demanda del paciente: “cuando solicita la muerte, en realidad está pidiendo «vivir de otra manera, morir sin sufrimiento»”. “Por tanto, la petición de eutanasia realmente expresa una demanda de ayuda para una serie de necesidades no cubiertas y que han conducido a la persona enferma a ese estado físico y psicológico” (7). Consecuentemente, se muestran contrarios a la eutanasia, al asumir que la demanda proviene de una falta de recursos en cuidados paliativos. Proponen una respuesta obvia, innecesaria y oportunista, porque nadie pone en cuestión la

---

<sup>6</sup> “Cuando tu miedo toca el dolor del otro, se convierte en lástima; cuando tu amor toca el dolor del otro, se convierte en compasión” (Stephen Levine).

necesidad y el derecho a disponer de cuidados paliativos. Resolver el dolor y el sufrimiento no tratados, la depresión o la sensación de abandono, es un compromiso compartido que no distingue entre partidarios y contrarios a la eutanasia. Y, por otro lado, la respuesta es manifiestamente insuficiente, dado que, aun aceptando esta unilateral y paternalista reinterpretación de la demanda individual de eutanasia, seguirá habiendo casos que, pudiendo ser minoritarios, demanden una respuesta que solo puede decantarse por la prohibición o por la regulación. El discurso “paliativista” genera expectativas que la experiencia diaria desmiente: el dolor es, a veces, muy difícil de controlar y hay un tipo de sufrimiento psicológico que con frecuencia es muy resistente al tratamiento.

Por otro lado, en esta aproximación se oculta que los cuidados paliativos son fundamentalmente una responsabilidad de la Atención Primaria. El acompañamiento al final de la vida no es una opción, constituye una de las razones de ser de la Atención Primaria: el corolario de un largo acompañamiento, cuando éste se hace más necesario. Es la mejor garantía para respetar los derechos y dar respuesta a las necesidades del paciente. No hay mejor opción que asegure la continuidad, la accesibilidad y el cuidado integral. Pero, además de un compromiso irrenunciable, es un derecho de los profesionales de medicina y enfermería que, privados de esta experiencia (mucho más allá de una vivencia profesional), quedan despojados de parte de su competencia y de su razón de ser profesional. En palabras de Abel Novoa y Miguel Melguizo (8): “no hay muerte digna sin una atención primaria digna. Esta afirmación no es una defensa corporativista de nuestra especialidad sino una consecuencia lógica de garantizar lo que la ley define como contexto eutanásico”. Tal contexto podríamos describirlo como aquel que garantiza al paciente “un proceso deliberativo sobre su diagnóstico, posibilidades terapéuticas y resultados esperables, así como sobre posibles cuidados paliativos, asegurándose de que comprende la información que se le facilita. Honestamente, pensamos que ello solo es posible tras una relación longitudinal y de confianza en atención primaria”. “El cuidado de los moribundos debe volver al núcleo de lo que hacen los médicos, y no debe convertirse en la reserva exclusiva de los especialistas en cuidados paliativos. El médico que mejor conoce al paciente, su médico, es el médico más adecuado para acompañarlo

en el camino hacia la muerte, para ser su *amicus mortis*" (9). Es difícil imaginar, para el paciente que hace una solicitud de eutanasia o que requiere de cuidados paliativos, un profesional o un equipo diferente a su médico y enfermera de atención primaria. La falta de recursos, la falta de tiempo, una situación laboral cada vez menos sostenible y ciertas fantasías generadas en la sociedad de control e inmortalidad, proporcionan muchas razones para la "dimisión de responsabilidades en el morir". Pero no son razones suficientes para eludir esta responsabilidad, ni para constituir equipos especializados, cuya razón de ser solo debería justificarse constituyéndose como unidades de apoyo a la Atención Primaria. En un contexto de necesidades y carencias "los cuidados paliativos corren el riesgo de intentar sobrevivir gracias a las debilidades del sistema y si su existencia depende de estas debilidades, no contribuirán a cambiar ese sistema" (10).

Una última cuestión que suele generar gran controversia es ¿hasta qué punto la eutanasia puede formar parte de la práctica médica? Hemos definido los términos y condiciones que definen la eutanasia y, entre ellos, figuraba la condición de que fuera "realizado por profesionales sanitarios con relación clínica significativa" (1). Resulta difícil concebir la práctica de la eutanasia, garantizando las condiciones de un contexto eutanásico tal y como los hemos definido anteriormente, fuera de lo que es una relación clínica significativa o practicada por profesionales no sanitarios o ciudadanos *ad hoc*. "La ayuda médica para morir es un proceso con indiscutibles aspectos éticos y necesidad de fuertes salvaguardas, pero, en nuestra opinión, cuenta con argumentos morales suficientes como para poder ser considerado, en un contexto con suficientes garantías, un acto médico legítimo y un avance en derechos sociales" (8). Reconocer el derecho en el paciente, supone el compromiso de garantizar que ese derecho puede ejercitarse. Sin embargo, no hay razón alguna para que un profesional sienta la obligación de ser el garante de tal derecho, si se manifiesta en desacuerdo en colaborar en la asistencia médica para morir. El ejercicio del derecho de objeción de conciencia, fundamentado en las convicciones y creencias del profesional, debería resolver esta cuestión.

¿Qué dicen al respecto el Juramento Hipocrático trasladado a los vigentes códigos deontológicos y las declaraciones de organismos e instituciones profesionales

a nivel internacional? En ese sentido hay coincidencia cuando el Código de Deontología Médica declara que “el médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de éste” (capítulo VII, artículo 36.3) (11), y en el mismo sentido se manifiesta la Asociación Médica Mundial, en su resolución de 2019 “el suicidio con ayuda médica, como la eutanasia, es contrario a la ética y debe ser condenado por la profesión médica” (12). En última instancia, desde la perspectiva de una ética civil, la promulgación en 2021 de la Ley de regulación de la eutanasia proporciona una solución jurídica, aunque no necesariamente ética y, si a lo referido nos acogemos, tampoco deontológica. Confrontados los argumentos, aceptando la complejidad del dilema ético y asumiendo que ninguna de las posiciones dispone de argumentos incondicionalmente ciertos y necesariamente válidos, el vigente código deontológico de la Organización Médica Colegial deja en la inopia deontológica, si no a la mayoría de los médicos como parecen indicar las encuestas disponibles, sí a un número muy significativo. Nadie espera que, blandiendo la literalidad del código deontológico, se lleven a cabo sanciones disciplinarias de ninguno de los colegiados por colaborar en el ejercicio de un derecho reconocido de la ciudadanía. Es cierto que la aprobación legal no es equivalente a corrección moral o ética. Pero es difícil conciliar el participar en intervenciones, que garantizan el ejercicio de derechos reconocidos por la ley, y sentirse señalados por vulnerar el código deontológico profesional. Puede ser el momento de plantearse su adecuación, con un posicionamiento que, reconociendo la complejidad del dilema y aceptando las convicciones y valores de unos y otros, no deje fuera a una parte muy importante de sus representados. Los códigos deontológicos deben adaptarse a una realidad compleja y cambiante, conformada por posiciones éticas diferentes y suficientemente argumentadas. Sobre la base de valores comunes, deben proteger los derechos y sensibilidades diversas, con el fin de convivir con la diversidad. No es previsible una solución que permita resolver el antagonismo a través de la negación o exclusión de una de las dos posturas.

He descrito la posición desde la que contemplo y redacto este texto. Y me cuento entre los que piensan que la Ley ha venido a resolver la cuestión jurídica o legal. Sin embargo, el dilema y la deliberación ética no terminan en un texto legal. El

reconocimiento del valor de la autonomía individual, la preeminencia de los derechos individuales, el derecho y la capacidad de elección individual (al menos en apariencia, o en respuesta a una demanda social creciente), no resuelven ni el problema social acerca del significado del “buen morir”, ni todos los problemas relacionados con la muerte y con el envejecimiento, que equivocadamente, se han depositado en manos de la medicina. Como señala O’Mahony “nuestras necesidades al final de la vida son sociales y existenciales, no médicas. Lo que puede hacer la medicina es muy limitado y debería estar definido explícitamente” (9). Debe desterrarse la fantasía de que el médico, la medicina, dispone de todas las claves, porque no es así. La muerte, también, debe ser desmedicalizada: “es tan difícil aconsejar a alguien cómo debe morir, como aconsejarle cómo debe vivir”.

No encuentro respuestas definitivas a preguntas como las que plantea Daniel Callahan: “¿debe ser parte de las obligaciones del médico aliviar el sufrimiento mediante un homicidio consentido?” y, desde la perspectiva del paciente, “¿es una petición moral legítima que un paciente le pida a su médico que le mate o le ayude a suicidarse?” (13).

A modo de corolario y en la misma línea que proponen Novoa y Melguizo (8), pudiera interpretarse que una aproximación basada en el respeto al derecho de cada persona a decidir sobre su vida y su muerte (autonomía), daría por finiquitado el debate y el conflicto. Sin embargo, como también propone David Callahan (13), no es tanto el derecho a elegir (eutanasia), como las razones que fundamentan la elección (significado de la muerte en nuestras vidas). Y en ese sentido, superando la visión individualista que pone el foco en el derecho a elegir, no debería quedar oculta la visión comunitaria de avanzar hacia un enfoque capaz de “hacerse cargo”. Esta propuesta interpela a la ciudadanía, asumiendo que la “libertad para decidir morir, no es solo un problema privado sino también público” (8) que, evitando la muerte silenciada y en soledad, asume “la responsabilidad que las consecuencias de respetar esas decisiones libérrimas tienen en la sociedad” (8). “El énfasis social ha ido dirigido al establecimiento de un conjunto de derechos sobre nuestra muerte, en lugar de intentar estimular nuestra comprensión colectiva de la muerte” (13).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Simón Lorda P, Barrio Cantalejo IM, Alarcos Martínez FJ, et al. Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras. Rev Calid Asist. 2008;23(6):271-285. DOI:10.1016/S1134-282X(08)75035-8.
2. Corcoy M. Fin de la vida. Regulación de la eutanasia y muerte digna. En: Morir en libertad. Royes A (coord.). Observatorio de Bioètic y Dret. Barcelona. Edicions de la Universitat de Barcelona. 2016. p. 107-126.
3. Casado M. Argumentos para el debate en torno a la eutanasia. En: Morir en libertad. Royes A (coord.). Observatorio de Bioètic y Dret. Barcelona. Edicions de la Universitat de Barcelona. 2016. p. 17-34.
4. Valls. R. La dignidad humana. En: Morir en libertad. Royes A (coord.). Observatorio de Bioètic y Dret. Barcelona. Edicions de la Universitat de Barcelona. 2016. p. 35-42.
5. Melguizo Jiménez M, Simón Lorda P, Arribas Marcos B. Eutanasia y suicidio asistido. AMF 2015;11(7):384-391.
6. Baum E. Eutanasia, empatía, compasión y Derechos Humanos. Rev Bio y Der. 2017; 39: 5-21.
7. Eutanasia: una visión desde la deontología médica. Comisión de Ética y Deontología. Col·legi Oficial de metges de les Illes Balears. Mayo 2021. Consultado 16 de enero 2022. <https://bit.ly/3txHdkZ>
8. Novoa Jurado A, Melguizo Jiménez M. La Medicina de Familia ante la ley sobre la ayuda médica para morir: responsabilidad y garantías. Aten Primaria 2021;53(5). DOI: 10.1016/j.aprim.2021.102058.
9. O'Mahony. The Way We Die Now: The View from Medicine's Front Line. New York: Head of Zeus; 2016.
10. Novoa A. Sin paliativos. Análisis clínico-existencial de Seamus O'Mahony sobre la muerte y el morir en la era del individualismo y la medicina tecnocientífica. Plataforma NoGracias. 2020. Consultada el 22 de enero de

2022. <http://www.nogracias.org/2020/01/12/sin-paliativos-analisis-clinico-existencial-de-seamus-omahony-sobre-la-muerte-y-el-morir-en-la-era-del-individualismo-y-la-medicina-tecnocientifica-por-abel-novoa/>
11. Código de Deontología Médica. Organización Médica Colegial de España. 2011. <https://bit.ly/3tQCKKw>. Consultado el 22 de enero de 2022.
12. Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la Eutanasia y el Suicidio con Ayuda Médica. Asamblea General de la AMM, Tiflis, octubre 2019. <https://bit.ly/33zByR7>. Consultado el 22 de enero de 2022.
13. Callahan D. The Trouble Dream of Life: In Search of a Peaceful Death. New York: Simon & Schuster Ltd; 1996.

### **Carlos Coscollar Santaliestra**

Médico de Familia, Zaragoza.

#### **Cómo citar este artículo:**

Coscollar C. Eutanasia, ética, dignidad, compasión y atención primaria. *Folia Humanística*, 2022; 8 (2) 21-36 Doi: <http://doi.org/10.30860/0090>.

© 2022 Todos los derechos reservados a la *Revista Folia Humanística* de la Fundación Letamendi Forns. This is an open access article.

