

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 Redacció

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

Envío de manuscritos:

[http://www.fundacionletamendi.com/revista-fo-
liamistica/envio-de-manuscritos/](http://www.fundacionletamendi.com/revista-fo-
liamistica/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.

CONFLICTO DE INTERESES EN LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA¹

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

Resumen: La investigación biomédica en los últimos años se financia fundamentalmente por la industria farmacéutica. Esta dependencia modifica las relaciones entre los centros, los equipos de investigación y las empresas del sector, creando condiciones para que proliferen los conflictos de intereses y sus potenciales consecuencias negativas, para las personas enfermas y para los sistemas de salud. En este contexto, los intereses y motivaciones de los investigadores tienen un papel relevante: identificar posibles conflictos y sus potenciales consecuencias negativas, y conocer los procedimientos preventivos cuando la mera declaración del conflicto no basta es imprescindible. En este sentido velar por el respeto a los principios éticos de veracidad, confiabilidad, responsabilidad e integridad debería ser una premisa de la comunidad científica, con el compromiso por parte de los centros de investigación en fomentar y garantizar que estos se cumplan. La declaración del conflicto de intereses es un primer paso y debería ser un procedimiento exigido a todos los investigadores no solo por las revistas científicas, sino por los comités directivos de los centros de investigación.

Palabras clave: *conflicto de intereses, investigación biomédica, industria farmacéutica.*

Abstract: CONFLICT OF INTERESTS IN BIOMEDICAL RESEARCH

Biomedical research in recent years is fundamentally financed by the pharmaceutical industry. This dependence modifies the relations between the centers, the research teams, and the companies in the sector, creating conditions for the proliferation of conflicts of interest and their potential negative consequences for sick people and for health systems. In this context, the interests and motivations of the researchers have a relevant role: identifying possible conflicts and their potential negative consequences and knowing the preventive procedures when the mere declaration of the conflict is not enough is essential. In this sense, ensuring respect for the ethical principles of veracity, reliability, responsibility and integrity should be a premise of the scientific community, with the commitment of the research centers to promote and guarantee that these are fulfilled. The declaration of the conflict of interest is a first step and should be a procedure required of all researchers, not only by scientific journals, but also by the steering committees of research centers.

Key words: *conflict of interests, biomedical research, pharmaceutical industry.*

INTRODUCCIÓN

No cabe duda alguna sobre el cambio de paradigma que ha experimentado la industria farmacéutica y biotecnológica (IFB) en los últimos años. Tan solo hay que comprobar el perfil profesional de sus directivos. Los profesionales de las áreas de finanzas y comercialización han desplazado a los investigadores en los puestos de responsabilidad. Su interés por los proyectos de investigación en curso parece estar

¹ Este artículo tiene su origen en la conferencia pronunciada en el IDIBELL el 5.05.22 y en el posterior debate con los investigadores de dicho centro. A ellos, nuestro reconocimiento y agradecimiento.

centrado en el impacto que la información sobre los resultados tendrá en la cotización de las acciones de su empresa en la bolsa.

El objetivo legítimo de las empresas de la IFB de obtener beneficios para asegurar su viabilidad tiene un impacto considerable en las relaciones con los equipos de investigación, creando las condiciones para que proliferen los conflictos de intereses, con potenciales consecuencias negativas para las personas enfermas y para los sistemas de salud.

Nos proponemos identificar y describir los posibles conflictos de interés en la investigación biomédica (CIIB), sus potenciales consecuencias negativas, así como los procedimientos para prevenirlos y resolverlos cuando la sola declaración del conflicto no basta.

DEFINICIONES

Una de las primeras definiciones que se citan en la literatura describe el CIIB como “*el conjunto de circunstancias en las que el juicio profesional concerniente a un interés primario (como el bienestar del paciente o la validez de la investigación) tiende a ser influido excesivamente por un interés secundario (como un beneficio económico)*” (1). Esta definición pone el acento en el aspecto económico como una de las causas principales que pueden distorsionar el recto juicio del investigador.

Pero quizás la definición más conocida en la literatura anglosajona es la que consta en el manual del National Research Council de los Estados Unidos para promover la integridad en los centros de investigación. Define el CIIB como una situación en la que un individuo tiene “*interés en que el resultado de la investigación pueda proporcionarle una ventaja individual y como consecuencia, que ello, de manera real o aparente, pueda comprometer la integridad de la investigación*” (2)

El aspecto clave de esta definición es que describe una situación en la que el mismo individuo está sometido a la influencia de dos intereses contrapuestos, uno de los cuales podría corromper la motivación del otro e introducir un sesgo en su juicio profesional. Es una situación o circunstancia que no presupone una mala praxis, pero

que implica una duda o dilema moral y su resolución depende de la integridad personal, teniendo en cuenta que se puede ocasionar perjuicios a terceros y poner en duda la credibilidad de la investigación. Por ello es necesario identificar los principios éticos implicados.

PRINCIPIOS ÉTICOS RELEVANTES

En un reciente informe del prestigioso Hastings Center se revisan numerosos casos de conflictos de intereses que incumplen la normativa y la legislación que regula las relaciones económicas entre investigadores y empresas farmacéuticas en los Estados Unidos. Concluyen que es preferible establecer políticas basadas en la promoción de conductas éticas y procedimientos acordes a las mismas que la condena o el desprecio público (3). Con esta intención, proponemos como guía ética de la conducta de los investigadores los principios de veracidad, confiabilidad, responsabilidad e integridad.

Un objetivo básico de la investigación científica es poder garantizar la validez de los resultados. El buen científico diseña el proyecto de investigación previendo como evitar los sesgos y, mediante su juicio imparcial, interpretar y validar los resultados, protegiéndolos de la influencia de intereses ajenos al quehacer científico. Para ello su compromiso con la veracidad es imprescindible. La veracidad es una virtud que obliga a decir la verdad de forma sistemática, de forma habitual y, a su vez, también implica la obligación de no mentir, partiendo de la consideración de que la verdad científica se expresa como una probabilidad estadística y no como una certeza incuestionable. Esta virtud ética ha de orientar todo el proceso de la investigación, desde la justificación del proyecto, la fundamentación de la metodología, así como la evaluación y la publicación de los resultados; e implica el compromiso explícito de comunicar cualquier información relevante concerniente a las personas sujetos de la investigación.

La confiabilidad es la capacidad de inspirar confianza. La confianza es la convicción de que las personas y las instituciones cumplirán con los objetivos que les

son propios. La promoción de la investigación y su financiación, como cualquier otra iniciativa social, son inviables sin la confianza de la ciudadanía. El compromiso con la verdad genera vínculos de confianza entre todos los implicados. Y, por el contrario, una ocultación sistemática de alguna cuestión más o menos relevante genera desconfianza y rotura de vínculos.

La responsabilidad, entendida como el deber de responder de la conducta profesional, se ejerce en tres ámbitos. En primer lugar, en la relación con las personas sujetos de investigación, debiendo velar el investigador por el respeto de sus derechos; en segundo lugar, ante las instituciones que regulan la investigación y que velan por los intereses de la sociedad; y, por último, ante la propia comunidad científica y, más en concreto, con el centro y el equipo de investigación al que está adscrito. El ejercicio de esta responsabilidad se traduce en la rendición de cuentas (*accountability*), tanto individual como institucional, este ejercicio de transparencia sobre cómo y qué se hace, debe incluir las relaciones y vínculos con instituciones y empresas de la IFB. Todo ello debería contribuir a generar confianza en los investigadores y en la credibilidad de los resultados de sus investigaciones.

La integridad se manifiesta en el compromiso de actuar con honradez intelectual y responsabilidad ajustando la conducta personal a las normas de buena praxis que orientan la investigación biomédica (2). El compromiso por la veracidad, relacionado con el valor de la responsabilidad, significa admitir que, en algunas situaciones, sobre todo cuando estas son complejas y comprometidas, puede existir algún tipo de información o conducta que consiga desembocar en un conflicto de intereses. Es en esas circunstancias cuando la integridad personal desempeña un papel relevante.

Velar por estos principios es tarea colectiva de la comunidad científica. Pero corresponde a los responsables de los centros de investigación fomentar y garantizar entornos respetuosos con esos principios. Para ello deben ser referentes en la conducta a seguir, inculcar las normas de buena praxis en la formación de los jóvenes investigadores y velar por su cumplimiento (2).

CLASES Y EJEMPLOS DE CONFLICTOS DE INTERESES

Las relaciones económicas de los investigadores con las empresas farmacéuticas constituyen la principal causa del CIIB (1,2,3,4). No obstante, existe un conflicto que no suscita tanto interés y que, a menudo, pasa desapercibido; a juzgar por su ausencia en los artículos de referencia y es el que tiene lugar cuando coinciden en una misma persona el papel de investigador y el de médico asistencial de la persona sujeto de investigación. La responsabilidad del médico se ve escindida entre el deber de beneficencia, esto es, ofrecer a la persona que atiende la mejor alternativa terapéutica, efectiva y segura, y deber de no maleficencia al proponerle participar en una investigación no exenta de riesgos.

La Asociación Médica Mundial, en su Declaración sobre Conflicto de Intereses aprobada en su 60ª Asamblea, afirma: “*Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación*” (5). En ese sentido el consentimiento debe dejar claro que no se puede garantizar un beneficio individual a la persona que participa en el ensayo, que se han tomado las precauciones necesarias para minimizar los riesgos y que puede retirarse en cualquier momento sin que por ello se le prive de asistencia (6).

Sin duda alguna, el CIIB que suscita mayor interés y controversia son los emolumentos percibidos por los investigadores por sus colaboraciones profesionales con las empresas farmacéuticas. Algo más de tres cuartos de los 344 investigadores del cáncer recibieron financiación de las empresas del sector y el 32% no lo habían hecho constar en los artículos publicados en revistas médicas de impacto (3).

El conflicto de intereses que afecta a editores, revisores y evaluadores de artículos científicos y proyectos de investigación que previamente han percibido emolumentos de las empresas que manufacturan los fármacos pasan más desapercibidos, pero tienen una gran relevancia en la calidad de los resultados de los proyectos de investigación y en su difusión.

El que fuera editor de la revista *CHEST*, R. S. Irwin, mostró su sorpresa cuando, al hacerse cargo de la revista, comprobó la conducta inapropiada de los investigadores al comunicar los resultados de sus investigaciones, sin que fueran plenamente conscientes de dicha falta de ética (7). Como ejemplo cita al editor jefe de *Neuropsychopharmacology* que publicó un artículo del cual era coautor, evaluando favorablemente un tratamiento alternativo para la depresión promovido por una empresa de la que había recibido financiación previa (8).

Una variante del anterior conflicto se plantea cuando editores, revisores y evaluadores tienen vínculos familiares o comerciales con los autores o solicitantes de becas para la investigación. También se considera una práctica fraudulenta la duplicación de la publicación consistente en la publicación simultánea o subsiguiente de dos artículos en revistas diferentes con un contenido superponible en su mayor parte (7).

Mención especial merece el denominado autor “fantasma”, término con el que se describe al escritor profesional contratado por la empresa promotora de la investigación que escribe un manuscrito que no firma y en su lugar lo hace un autor invitado por su prestigio académico y que no ha participado en la investigación (9). Ello ha dado lugar a litigios sobre la autoría del artículo, afectando a la credibilidad de los resultados de la investigación (10) y a encubrir y propiciar la publicación de verdaderos fraudes científicos, como ha ocurrido en la actual pandemia del SARS-CoV-2, lo que ha obligado a retractarse a dos de las revistas científicas de mayor difusión e impacto, fomentando las dudas sobre el rigor de la revisión por pares (11).

POSIBLES EFECTOS NEGATIVOS

Entre los efectos más perniciosos del CIIB está la influencia que la remuneración previa por parte de las empresas farmacéuticas pueda tener en la conducta de los investigadores, influencia que se ejerce de una manera inintencionada, inconsciente e indirecta. De manera inintencionada porque los investigadores son incapaces de ser objetivos a pesar de su intención de ser

imparciales. Ello ocurre de manera inconsciente a pesar de toda prevención y de forma indirecta introduce un sesgo que puede afectar en como los investigadores obtienen y evalúan la información que influirá en sus decisiones y obviamente en los resultados de la investigación. Todo ello no es más que una característica propia de la conducta humana que tiende a favorecer a quien le ha beneficiado (1,3,4,7,9).

Con ser este sesgo relevante, no tiene la misma implicación ética que la manipulación voluntaria de datos. Una de las prácticas denunciadas para que los resultados favorezcan los intereses del promotor es disminuir la dosis del fármaco standard lo que potencia la eficacia del fármaco experimental (7). Pero más grave aún resulta la manipulación de los resultados que pretenden minimizar el riesgo ocultando efectos secundarios del fármaco que pueden perjudicar a las personas que son o van a ser tratadas con el mismo.

En este aspecto, resulta paradigmático el caso de los antiinflamatorios de nueva generación inhibidores de la ciclooxigenasa 2. El editor del *Butlletí Groc*, órgano del Institut Català de Farmacología, especializado en el seguimiento y la comunicación de los efectos adversos de los medicamentos posteriores a su comercialización; fue demandado por libelo por la compañía Merck, Sharp & Dohme, fabricante del Vioxx®, por haber publicado los graves efectos cardiovasculares secundarios al uso de dicho fármaco. El editor resultó libre de cargos y pudo demostrarse que la compañía ocultó los efectos adversos al limitarse a publicar los resultados de los 6 primeros meses de tratamiento, cuando dichos efectos aún no eran manifiestos de forma significativa (12).

Los costes para el sistema de salud de estas malas prácticas son incuestionables en forma de tratamientos de poca o nula efectividad, así como los perjuicios personales y costes adicionales del tratamiento de los efectos adversos. Un agravante es la persistencia de dichos sesgos en las guías de práctica clínica, por la dificultad inherente al consenso necesario para su rectificación debido al conflicto de intereses de algunos de sus autores (7,9).

Es incuestionable que la publicidad sobre estos casos cuando trasciende al público se traduce en una pérdida de confianza en los equipos de investigación y en

el mismo sistema, lo que ha llevado a Marcia Angell, la que fue editora en jefe de *The New England Journal of Medicine*, a afirmar que “*sería ingenuo concluir que el sesgo es solo una cuestión que afecta a unas pocas instancias aisladas. Permeabiliza todo el sistema*”. Y concluye con esta afirmación rotunda: “*los médicos ya no pueden confiar en la literatura médica como fuente de información válida y fiable*” (13).

La consecuencia de todo ello es la pérdida de confianza no solo de los profesionales asistenciales, sino también de la ciudadanía en la credibilidad de los investigadores y de sus instituciones, mermando las posibles fuentes de financiación y el soporte público necesario para impulsar cualquier proyecto de interés social.

ARGUMENTOS QUE MINIMIZAN EL IMPACTO DEL CIIB

En una amplia revisión del debate en torno al CIIB se recogen y citan los argumentos más frecuentes a favor de abordar dicho conflicto, pero también aquellos, menos frecuentes que tienden a minimizar su impacto en la investigación (14). Entre estos, cabe citar que la comercialización de la atención sanitaria y la investigación biomédica por parte de la industria farmacéutica responde a las necesidades de los pacientes y de los profesionales, ya que la investigación tiene un coste elevado que solo las empresas del sector pueden financiar. Es evidente que la investigación financiada con fondos públicos y por organizaciones sin afán de lucro no consigue llenar el vacío. Así, pues, la colaboración entre investigadores y empresas farmacéuticas es valorada como necesaria y natural (15,16).

Los vínculos comerciales pueden influir en los individuos, pero dichas influencias pueden ser identificadas, hacerse conscientes y, con ello, manejables. El CIIB supone el riesgo de comprometer el juicio del investigador, pero por sí solo no determina que ello vaya a ocurrir. Los profesionales pueden permanecer íntegros cuando interactúan con las empresas y esta relación no tiene por qué ser negativa (15,17). Lo negativo es la corrupción. Presuponer que el vínculo equivale a corrupción

es un prejuicio. Se admite que esta interacción puede influir en la conducta de los investigadores, pero ello no tiene por qué ser negativo (18).

Un argumento de peso es que las interacciones entre investigadores y empresas resultan beneficiosas para las personas enfermas y los profesionales asistenciales, en definitiva, para el sistema de salud en cuanto que se genera información indispensable sobre la eficacia y seguridad de fármacos nuevos (19). Los que así piensan arguyen que el movimiento en pro de la declaración del CIIB ha socavado la confianza del público en las instituciones sanitarias y que el aislamiento académico con respecto a la industria podría llevar al estancamiento de la investigación.

Todo ello ha llevado a los partidarios de minimizar el CIIB a acuñar y utilizar el neologismo *pharmaism* para describir el prejuicio de creer que las personas asociadas a las empresas farmacéuticas son, con mayor probabilidad, más deshonestas que las otras y piden cautela y prudencia a la hora de desacreditar a los profesionales honestos que trabajan en y para la IFB (15,17).

LA GESTIÓN DEL CIIB

Existe un consenso generalizado entre aquellos que piensan que el CIIB puede tener un impacto negativo en los resultados de la investigación, por ello se dice que el procedimiento adecuado para prevenir dichos efectos negativos es la declaración pública de los vínculos que relacionan a los investigadores con la IFB. Los comités editoriales de las revistas científicas así como los comités de selección para financiar proyectos de investigación deben exigir lo que ya se hace de forma generalizada, la declaración exhaustiva y detallada de la financiación recibida por parte de la IFB tanto por haber llevado a cabo proyectos de investigación, como por asesorías y divulgación científica y, de manera especial, si hay vínculos permanentes ocupando cargos en las empresas o participando en el accionariado (3,4,5,7,9).

Cabe destacar la responsabilidad institucional de los Comités de Ética de Investigación cuyo objetivo esencial es velar por los derechos de las personas sujetos de investigación (20). Y ello empieza por una rigurosa evaluación de la metodología del proyecto que debe continuarse con el seguimiento atento de la investigación hasta su conclusión para detectar los posibles efectos secundarios. Es preceptivo publicar los ensayos con resultados negativos para evitar los posibles perjuicios y una manera de hacerlo factible es la creación de registros internacionales donde se inscriba el proyecto una vez aprobado y pueda hacerse su seguimiento como el International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP), el registro de ensayos clínicos en menores de edad de la Organización Mundial de la Salud (21). El registro de ensayos clínicos de la European Medicament Agency (EMA) (22) ha sido creado para facilitar el cumplimiento de la regulación de la Unión Europea en materia de ensayos clínicos internacionales con personas como sujetos de investigación (23).

No es menor la responsabilidad de los directivos y los ombudsperson de los centros de investigación que deben velar por la buena práctica de los investigadores. Ello conlleva la formación de los investigadores jóvenes no solo en metodología de la investigación, sino también en los valores que orienten un trabajo que vele por la seguridad de las personas que participan y por la transparencia y fiabilidad de los resultados (2,4,5). Otra iniciativa es la redacción de guías de buena práctica adaptadas a la realidad del centro (24, 25) y en cuya redacción deben comprometerse los investigadores senior y jefes de equipo cuya conducta ejemplar debe ser un referente para los investigadores en período de formación. Refuerza la buena práctica que los comités de dirección y los ombudsperson promuevan la utilidad y faciliten el uso de un formulario específico para la declaración del CIIB (26).

Por lo que se refiere a la responsabilidad de los editores de revistas científicas, el Committee on Publication Ethics (COPE), fundado en 1997 y constituido por la mayoría de los editores jefe de las revistas científicas (27) "*proporciona a los editores un fórum para debatir los problemas relativos a la integridad de los trabajos publicados en sus revistas*". Así mismo, proporciona 17 diagramas de flujo prácticos en forma de

algoritmos que facilitan a los editores el procedimiento a seguir cuando se sospecha o detecta una posible mala práctica en el original sometido a publicación (28).

Con todo, hay un consenso generalizado de que el procedimiento si no más efectivo, como mínimo básico y previo a cualquier otra medida es la declaración del CIIB (3,4,5,7,9). Pero lo que es discutible, es hasta qué punto es suficiente para evitar los posibles perjuicios y, si en virtud del vínculo con la IFB, es conveniente que la persona afectada por el CIIB se abstenga de participar como investigador, revisor de un artículo científico o evaluador de un proyecto de investigación. Puede suceder que sea el propio interesado quien decline su participación, pero se puede dar el caso que, al hacerse pública la declaración del conflicto, sea una tercera persona quien recuse la participación del declarante. ¿Qué ocurre si hay discrepancias sobre la conducta a seguir? y ¿Quién tiene la potestad para decidir? El análisis de un caso concreto nos puede proporcionar argumentos para fundamentar las respuestas a dichos interrogantes. Veámoslo.

EL CASO THE LANCET VERSUS HICKIE Y ROGERS

En 2009, Richard Horton, editor jefe de The Lancet, encargo a Ian Hickie y Naomi Rogers un artículo de revisión sobre tratamientos antidepresivos adaptados al ritmo circadiano. El profesor Hickie era el director del *Brain and Mind Institute* de la Universidad de Sidney y la Dra. Rogers una investigadora experta en tratamientos antidepresivos. El artículo fue revisado por pares y publicado dos años después. En él se analiza la eficacia y seguridad de 5 análogos de la melatonina, concluyendo que la agomelatina tiene potenciales efectos antidepresivos (29).

Acompaña el artículo una extensa declaración de intereses de los autores donde hacen constar su colaboración previa con los Laboratorios Servier, que manufacturan la agomelatina. El número de The Lancet del 12 de enero de 2012 publica 6 cartas críticas con Hickie y Rogers, en las que se les acusa implícita o explícitamente de tener un CIIB por su colaboración previa con la empresa Servier. Horton, editor jefe de The Lancet, cuestiona la integridad de Hickie y Rogers en

mensajes publicados en Twitter (13.000 seguidores) en los que da a entender de una manera velada que la colaboración con Servier puede haber sesgado las conclusiones. Hickie y Rogers publican una carta en *The Lancet* defendiendo su integridad y criticando el uso de Twitter por parte de Horton y escriben una carta al ombudsperson de la revista solicitando amparo, carta que no tiene respuesta (30).

Las consecuencias de todo ello es que la reputación de Hickie y Rogers fue cuestionada ampliamente, tanto en su país como en los foros internacionales pero el artículo no se retiró como se ha hecho con otros artículos fraudulentos (11). Se puede consultar en la edición electrónica (29) y ha sido citado en 353 publicaciones. El profesor Hickie continua como director del *Brain and Mind Institute* y la Dra. Rogers prosigue su carrera como investigadora. Horton aún es el editor jefe de *The Lancet*. Podríamos concluir, parafraseando el título de la comedia de Shakespeare, *much a do about nothing*, o sea, mucho ruido y pocas nueces.

Ahora bien, una de las primeras constataciones que se desprende del análisis del caso es que la declaración de los intereses de los autores, siendo un procedimiento necesario, no es suficiente ya que, de hecho, las acusaciones de parcialidad se basan en dicha declaración. Una segunda consideración es la conducta del editor jefe de *The Lancet*. ¿Por qué utiliza Twitter para difundir sus dudas sobre el proceder de los autores? Si los editoriales son el medio por el que los consejos editoriales de las revistas dan a conocer su opinión ¿no hubiera sido más razonable publicar un editorial en el que se describiera el proceso de revisión del artículo, que probablemente fue laborioso, si tenemos en cuenta el período de dos años transcurridos entre el encargo del artículo y su publicación? Ello hubiera facilitado que los lectores obtuvieran sus propias conclusiones. Y, por último, no deja de ser desconcertante la actuación del ombudsperson, dando por callada la respuesta en una interpretación de su función exclusivamente como defensora de los derechos de los lectores, negligiendo el supuesto deber de velar por los derechos de los autores.

En este caso hay personas que por su posición podrían haber ejercido su autoridad para dirimir el conflicto. Si no lo hicieron ¿fue porque sus competencias en

ese sentido no eran suficientemente explícitas o por las posibles consecuencias de la repercusión mediática al tomar partido de una manera oficial e institucional? En un interesante análisis del caso, Mayes y colaboradores consideran las declaraciones y acusaciones de los protagonistas como *expresiones realizativas* (*performative utterances*) según la teoría de los actos lingüísticos de Austin (31) y que para que dichas declaraciones puedan ser valoradas como *afortunadas* (*happy*) o *desafortunadas* (*unhappy*) es necesario un acuerdo social sobre quien tiene autoridad para refrendarlas (30). Quizás esa sea una de las cuestiones pendientes para poder resolver los CIIB.

DISCUSIÓN

Las inversiones millonarias que requiere la investigación biomédica que sustenta el desarrollo de la IFB ha modificado sustancialmente el marco de las relaciones entre los centros y equipos de investigación y las empresas del sector. El impacto que la información anticipada sobre los resultados de los ensayos clínicos con nuevos fármacos o productos biotecnológicos tiene en la cotización de las acciones de la empresa promotora de la investigación, es un ejemplo claro del nuevo paradigma que podríamos calificar como de comercialización de la investigación, en el que las leyes del mercado pueden influir en las reglas y métodos que regulan los procesos de investigación biomédica.

En este contexto, los intereses y motivaciones de los investigadores tienen un papel relevante y pensar que los investigadores no tienen sus intereses personales en los proyectos de investigación en los que participan es un sinsentido. Es obvio que hay motivaciones personales legítimas en toda investigación que persiguen y consiguen beneficios tan legítimos como el reconocimiento personal en el ámbito laboral y en el académico, así como una compensación económica adecuada. El problema surge cuando dichos intereses pueden desvirtuar la integridad de la investigación (1,3,4,7,9).

Obviamente, hay que diferenciar claramente el CIIB, en el que se plantea una situación potencialmente problemática y, que, a priori, no puede calificarse como inmoral, del fraude y la corrupción, en los que conscientemente se ocultan y manipulan datos para falsear los resultados en provecho de las empresas promotoras y con grave perjuicio de las personas, como ya hemos citado con anterioridad (7,8,10,11,12). Constituyen delitos graves que deben ser denunciados y penalizados, pero que no pueden considerarse como CIIB al ser motivados por una decidida voluntad de manipular los resultados de la investigación en beneficio personal.

El CIIB se caracteriza por una situación sutil sobre la que planea un dilema no siempre evidente. Y que obliga al investigador a interrogarse sobre la integridad de sus motivos y decisiones y hasta qué punto pueden estar influidas por su relación con la IFB. Es decir, desde una perspectiva externa, cabe plantearse la duda razonable de que la relación previa o actual con el promotor u otras empresas de la IFB pueda influir, más o menos conscientemente, no tan sólo en la evaluación de los resultados, sino en la justificación del proyecto de investigación y en el diseño de su metodología.

La declaración del CIIB tiene como objetivo hacer pública cualquier relación que pueda suponer una posible interferencia en la actividad investigadora de quien la hace. El debate sobre su necesidad no deja de ser una traslación en el ámbito de la investigación del debate entre los defensores a ultranza de la libertad individual y de la capacidad autorreguladora de las leyes del mercado y quienes piensan que para garantizar la igualdad y el respeto de los derechos de las personas hay que regular los mercados.

Los detractores de la declaración del CIIB argumentan que su exigencia genera dudas sobre la integridad de los investigadores y que fomenta el prejuicio de que las personas que tienen vínculos con la IFB son menos honestas que aquellas que no los mantienen. Admiten que la relación con la IFB puede influir en la conducta de los investigadores, pero argumentan que en su integridad personal radica la capacidad de prevenir los posibles sesgos (15,16,17,18,19). Otro argumento de peso es que la financiación de los proyectos de investigación proviene mayoritariamente

del sector privado debido a la falta de inversión del sector público. La investigación se estancaría y decaería sin la financiación de la IFB (15,16).

Pero hay autores que consideran que el sesgo no es personal sino estructural, sistémico y que son necesarias medidas para prevenirlo (13) más allá de las que ponen el acento en la formación científica y ética de los jóvenes investigadores (2,3,4,5). En ese sentido, la declaración del CIIB desempeñaría una función preventiva para que los investigadores tuvieran presente en todo el proceso, desde la formulación de la pregunta inicial sobre el porqué de dicha investigación, incluyendo el diseño de la metodología hasta la evaluación y publicación de los resultados, los posibles sesgos derivados de sus vínculos con la IFB. La declaración exhaustiva del CIIB es un ejercicio de transparencia que exige rigor e integridad a quien lo declara y permite la supervisión de los resultados teniendo en cuenta los vínculos de los investigadores, no solo por parte de los editores, revisores y lectores de las revistas científicas, sino también por las agencias reguladoras del medicamento y productos sanitarios.

La declaración del CIIB debería ser un procedimiento exigido a todos los investigadores no solo por las revistas científicas, sino por los comités directivos de los centros de investigación quienes deberían velar por la transparencia de las relaciones de sus investigadores con la IFB, pidiendo explicaciones sobre las mismas y procediendo adecuadamente según la información obtenida. Ello permite a la institución velar y asegurar la integridad de sus miembros. La pertenencia a un centro de investigación con una clara política en favor de la declaración del CIIB es un aval sobre la integridad de sus miembros ante la comunidad científica.

Ahora bien, si la declaración del CIIB supone una medida necesaria y un paso adelante para garantizar la veracidad de los resultados de las investigaciones, no resulta suficiente para resolver las discrepancias en la interpretación de la posible influencia en los resultados de la relación de los investigadores con la IFB. En ese sentido, la polémica surgida en torno a la publicación de Hickie y Rogers en *The Lancet*, descrita anteriormente (29,30), resulta paradigmática, ya que fue la declaración del CIIB de los autores la base de las críticas posteriores. Es evidente,

pues, que la mera declaración del CIIB no protege de las suspicacias de la comunidad científica.

El caso nos lleva a reflexionar sobre el papel de editores, revisores, ombudspersons y, también, de todas aquellas personas que participan en las comisiones de evaluación para financiar proyectos de investigación. A ellos debería corresponder la responsabilidad de ponderar los posibles sesgos debidos a las relaciones que los autores hacen constar en su declaración de CIIB. Deben asegurarse de la integridad de los investigadores, así como de la metodología de la investigación, con especial atención a la evaluación de los resultados (27,28).

En ese sentido, el proceso de revisión puede resultar relevante para dirimir el conflicto. Cuando existe un conflicto de intereses declarado, el editor debe tomar precauciones especiales, entre ellas, seleccionar a revisores que no tengan vínculos ni con los autores ni con la empresa promotora. Pero, además, debe advertirles del conflicto de intereses ya que los revisores desconocen la identidad de los autores. El proceso de revisión debe ser especialmente escrupuloso y las posibles dudas deberían poder ser aclaradas y, en caso contrario, abstenerse de publicar el artículo. Si el proceso de revisión es riguroso, los editores deben responder de la integridad de los autores. Cualquier duda al respecto recae directamente en los revisores y en definitiva va en detrimento de la credibilidad de la revista. Ante las dudas, los ombudspersons deberían poder fiscalizar todo el proceso de revisión y actuar como garantes del mismo, defendiendo no solo los derechos de los lectores, sino también los de los autores.

CONCLUSIONES

La mayoría de los proyectos de investigación están financiados por las empresas de la IFB, siendo minoritaria la aportación del sector público o de las organizaciones sin afán de lucro. La supervivencia de las empresas del sector depende de los beneficios económicos y la consecución de estos, influye en su

relación con los centros de investigación y los investigadores. La comercialización de la investigación es el nuevo paradigma en que se desarrolla la actividad investigadora.

Centrar la respuesta en el terreno personal y promover la integridad de los investigadores mediante cursos de formación específicos en bioética, la elaboración de guías de buena práctica, y la promoción de órganos institucionales que, como los comités de ética, velen por la calidad científica y ética de la investigación no resuelve una problemática que tiene una raíz estructural y que exige medidas más allá de los compromisos personales.

La declaración del CIIB es un primer paso en ese sentido y debería ser un procedimiento exigido a todos los investigadores no solo por las revistas científicas, sino por los comités directivos de los centros de investigación quienes deberían velar por la transparencia de las relaciones de sus investigadores con la IFB. La pertenencia a un centro de investigación con una clara política en favor de la declaración del CIIB puede suponer una sólida garantía sobre la integridad de sus miembros ante la comunidad científica.

Un problema pendiente de abordar es la resolución del conflicto cuando se discrepa sobre la influencia de los vínculos con la IFB en el contenido de la publicación o en los resultados de la investigación. En ese sentido, el proceso de revisión puede resultar relevante para dirimir el conflicto, debiendo ser especialmente escrupuloso y contar con el aval de los editores y la supervisión de los ombudsperson.

BIBLIOGRAFÍA

1. Thompson DF. Understanding financial conflicts of interest. *N Engl J Med.* 1993; 329: 573-6.
2. Committee on Assessing Integrity in Research Environments. National Research Council. Institute of Medicine. Integrity in Scientific Research. Creating an Environment That Promotes Responsible Conduct. Washington, National Academic Press, 2002.

3. Johnston, J, Brumbaugh, B. Conflict of Interest in Biomedical Research and Clinical Practice. *Hastings Center Bioethics Briefings*. June 3, 2022 <https://www.thehastingscenter.org/briefingbook/conflict-of-interest-in-biomedical-research/>
4. Conflict of Interest Theme Issue. *JAMA* 2017; 317(17):1705-1812.
5. Asociación Médica Mundial. Declaración sobre Conflicto de Intereses. Nueva Delhi 2009. <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-la-amm-sobre-conflictos-de-intereses/>
6. Grup de Recerca en Humans. Qüestions sobre la Recerca Biomèdica: ¿Què n'ha de saber el ciutadà? Barcelona, Comitè de Bioètica de Catalunya, 2015. https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/Sistema_de_salut/CBC/recursos/documentos_tematica/guia_recerca_llarga.pdf
7. Irwin, R.S. The Role of Conflict of Interest in Reporting Scientific Information. *CHEST* 2009; 136: 253-259.
8. Holden C. The undisclosed background of a paper on a depression treatment. *Science* 2006; 313:598–599.
9. Dadhich, J.P. Tackling Conflict of Interest and Misconduct in Biomedical Research. *INDIAN PEDIATRICS* 2012; 49: 527-531.
10. Ross JS, Hill KP, Egilman DS, Krumholz HM. Guest authorship and ghost writing in publications related to rofecoxib: a case study of industry documents from rofecoxib litigation. *JAMA* 2008; 299:1800-1812.
11. The Lancet, NEJM retract controversial COVID-19 studies based on Surgisphere data. Retraction Watch, 5 de junio de 2020. <https://retractionwatch.com/2020/06/04/lancet-retracts-controversial-hydroxychloroquine-study/>
12. Spanish drug editor wins case brought by Merck, Sharp & Dohme. *BMJ* 2004; 328: 307. <https://doi.org/10.1136/bmj.328.7435.307-b>
13. Angell M. Industry-sponsored clinical research: a broken system. *JAMA* 2008; 300:1069–1071.
14. Purdy, S, Little, M, Mayes, C, Lipworth, W. Debates about Conflict of Interest in Medicine: Deconstructing a Divided Discourse. *Bioethical Inquiry* 2017; 14:

- 135–149.
15. Kingdom, W. Pharmaism. *Medical Writing* 2013; 22: 262–263.
 16. Corboy, J. The relationship between physicians and Pharma: Playing the devil's advocate. *Neurology Clinical Practice* 2014; 4: 161–163.
 17. Citrome, L., J. Karagianis, G. Maguire, and A. Nierenberg. Pharmaism: A tale of two perspectives. *International Journal of Clinical Practice* 2014; 68: 659–661.
 18. Rosenbaun, L. Understanding bias—The case for careful study. *N Eng J Med* 2015; 372: 1959–1963.
 19. Barton, D., T. Stossel, and L. Stell. After 20 years, industry critics bury skeptics, despite empirical vacuum. *International. Journal of Clinical Practice* 2014; 68: 666–673.
 20. Real Decreto 1090/2015, de 4 de diciembre, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos, los Comités de Ética de la Investigación con medicamentos y el Registro Español de Estudios Clínicos. <https://www.boe.es/eli/es/rd/2015/12/04/1090>
 21. WHO. International Clinical Trials Registry Platform. <https://www.who.int/clinical-trials-registry-platform/clinical-trials-in-children>
 22. European Medical Agency. Clinical Trials in The European Union. <https://euclinicaltrials.eu/home>
 23. REGULATION (EU) No 536/2014 OF THE EUROPEAN PARLIAMENT AND OF THE COUNCIL of 16 April 2014 on clinical trials on medicinal products for human use, and repealing Directive 2001/20/EC. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A32014R0536>
 24. Guia de Bones Pràctiques en Recerca en Ciències de la Salut. Institut d'Investigació de Recerca Biomèdica de Bellvitge (IDIBELL) 29/10/19. <https://idibell.cat/wp-content/uploads/2020/07/IDI-DOC-045.v02-GBP-IDIBELL.pdf>
 25. Code of Good Practice in Research. Universitat Autònoma de Barcelona. <https://www.uab.cat/doc/codeofgoodpractice.pdf>
 26. Declaration of Interest Form. Institut d'Investigació de Recerca Biomèdica de

Bellvitge (IDIBELL).

https://docs.google.com/document/d/1OkpAyNnZ_QOgNlznJiLpkT8uwNPjf_Z/edit

27. Committee on Publication Ethics. About COPE:

<http://publicationethics.org/about>.

28. Committee on Publication Ethics. COPE flowcharts:

<http://publicationethics.org/flowcharts>

29. Hickie, I.B., N.L. Rogers. Novel melatonin-based therapies: Potential advances in the treatment of major depression. *The Lancet*. 2011; 378: 621–631. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21596429/>

30. Mayes C, Lipworth W, Kerridge I. Declarations, accusations and judgement: examining conflict of interest discourses as performative speech-acts. *Med Health Care and Philos* 2016; 19:455–462.

31. Austin JL. Como hacer cosas con palabras. Barcelona, Paidós, 1971.

Morlans Molina M.(a), Ramos Pozón S.(b), Robles Olmo B.(c), Montero Delgado F.(d)

a: Vicepresident Comitè Bioètica de Catalunya.

b: Doctor en Filosofia. Profesor lector, Escola d'Infermeria. Universitat de Barcelona.

c: Consultor en Neurología, Hospital General de Sant Boi, Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Profesor asociado de Bioética y Neurología, Universitat de Vic.

d: Licenciado en Filosofía, Master en Bioética.

Cómo citar este artículo:

Morlans Molina M., Ramos Pozón S., Robles Olmo B., Montero Delgado F. Conflicto de intereses en la investigación biomédica. *Folia Humanística*, 2022; 8 (2) 1-20 Doi: <http://doi.org/10.30860/0089>.

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 autonomía¹. La irrupción de los avances de una medicina tecnificada y el reconocimiento de los derechos de los pacientes, dos

¹ 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 Iglesia², 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”³ (limitación del esfuerzo terapéutico), se preguntan si, desde el punto de vista moral, hay distinción

² 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

³ Entremedio “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 sacralidad⁴ 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

⁴ 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)⁵. “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

⁵ ¿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)⁶, 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

⁶ “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.

EUTANASIA Y ENFERMEDAD MENTAL: EL PROBLEMA DEL SUFRIMIENTO

Juan Medrano Albéniz

José Juan Uriarte Uriarte

Resumen: La Ley 3/2021 de regulación de la eutanasia no excluye de este derecho a las personas con enfermedad mental y su redacción actual hace pensar que serán pocas las que cumplan los criterios para la prestación de ayuda a morir. No obstante, es posible que en el futuro sea modificada de manera que más personas con enfermedad mental puedan solicitar y obtener la PAM sobre la base de un sufrimiento psíquico. Este concepto es problemático porque es difícil separarlo de los síntomas de la propia enfermedad, como se verifica en la casuística de otros países que tienen regulada la eutanasia.

Palabras clave: *Eutanasia - prestación de ayuda para morir - sufrimiento psíquico – suicidio – demencia – enfermedad mental grave.*

Abstract: EUTHANASIA AND MENTAL DISEASE: THE PROBLEM OF SUFFERING

Law 3/2021 regulating euthanasia does not exclude people with mental illness, but its current wording suggests that there will be few who meet the criteria established by law. However, it is possible that in the future this Law would be modified, and more people with mental illness could request and obtain aid in dying on the basis of mental suffering. This concept is problematic because it is difficult to separate subjective suffering from the symptoms of the disease itself, as verified in the casuistry of other countries that have regulated euthanasia.

Key words: *Euthanasia - assistance in dying - mental suffering – suicide – dementia – severe mental disease.*

El 25 de junio de 2021 entró en vigor la [Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia \(LORE\)](#) (1) que despenaliza en nuestro país el suicidio asistido y la eutanasia, y los convierte en prestaciones sanitarias con el nombre global de “prestación de ayuda a morir” (PAM). La norma (Art. 3) prevé dos supuestos para la solicitud y aplicación de la PAM en personas que hayan sido consideradas capaces de tomar la decisión:

b) *«Padecimiento grave, crónico e imposibilitante»:* situación que hace referencia a limitaciones que inciden directamente sobre la autonomía física y actividades de la vida diaria, de manera que no permite valerse por sí mismo, así como sobre la capacidad de expresión y relación, y que llevan asociado un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable para quien lo padece, existiendo seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones vayan a

persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable. En ocasiones puede suponer la dependencia absoluta de apoyo tecnológico.

c) «Enfermedad grave e incurable»: la que por su naturaleza origina sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables sin posibilidad de alivio que la persona considere tolerable, con un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva.

Dado que la LORE no hace ninguna consideración específica sobre el colectivo, la PAM es aplicable, en primer lugar, a personas con trastorno mental (PTM) con padecimientos físicos o sufrimiento que encajen en los supuestos previstos por la ley y, en segundo lugar, a las PTM cuya enfermedad mental encaje en dichos supuestos. Esta matización es importante, porque hasta 2023 la legislación canadiense excluye las enfermedades mentales de los supuestos de PAM (allí, “ayuda médica para morir”). A la luz de la redacción de la LORE, sería discriminatorio que se denegara la PAM por enfermedad física a una PTM capaz, pero surge la duda de si los supuestos de la LORE son aplicables a las enfermedades mentales. Habría que dejar al margen, lógicamente, la demencia, que con sus problemas y dilemas recae también (a veces exclusivamente) en otras especialidades como Neurología o Geriátrica, pero que entraña una situación terminal e irreversible, unas dificultades de comunicación y una discapacidad y dependencia reconocibles en la redacción de la ley.

Comenzaremos por el segundo supuesto de la LORE: la gravedad de algunos cuadros psiquiátricos es innegable y, de hecho, se ha generalizado el concepto de TMG (Trastorno Mental Grave) para referirse a ciertos diagnósticos combinados con evolución desfavorable y discapacidad asociada. Otra cuestión es cómo se entiende esa gravedad y si puede asimilarse a, por ejemplo, una Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) o una neoplasia, cuadros clásicamente vinculados en la casuística y en el imaginario a las solicitudes de PAM.

A su vez, la incurabilidad no está claramente definida en Psiquiatría, donde se prefiere el concepto de “resistente”, o incluso “refractario”, al de “incurable”, y donde

es más que raro que sus profesionales desistan de seguir intentando alternativas terapéuticas. Tales alternativas están apoyadas muchas veces en guías para el tratamiento de esos trastornos “resistentes” que contemplan todo tipo de intervenciones; así se plantean combinaciones de procedimientos psicoterápicos, farmacológicos, físicos o quirúrgicos; con o sin indicación; rutinarios o (semi)experimentales. Al contrario que otros especialistas, como decía hace ya 20 años Pablo Malo (2), “los psiquiatras no se rinden nunca”. Por otra parte, no hay enfermedades mentales que conlleven una reducción previsible del pronóstico de vida, salvo en el caso de PTM con adicciones en las que lo que determina el pronóstico no es la adicción en sí, sino sus consecuencias somáticas (encefalopatía VIH, cirrosis hepática, EPOC o neoplasia por tabaquismo, por ejemplo). Queda, pues, la cuestión del sufrimiento, que no es menor si consideramos que, aunque no sea sencillo formularlo con una mínima seguridad, el pronóstico de algunas patologías psiquiátricas es claramente desfavorable, en tanto que, por ejemplo, las formas más graves de depresión pueden asociarse a una “fragilidad progresiva”, ya sea por el propio curso de la enfermedad, ya sea por factores (reducción de la alimentación, riesgo cardiovascular asociado). Lo mismo puede decirse del cuadro psiquiátrico más psicofísico: la anorexia nerviosa.

En relación con el primer supuesto de la LORE, hay enfermedades mentales graves y crónicas y también “imposibilitantes” (una traducción del “disabling” de otras legislaciones que parece destinada a evitar “discapacitantes”, pues connota negativamente a la discapacidad). Es cierto que algunas patologías psiquiátricas inciden en actividades de la vida diaria causando discapacidad, pero es extraordinario que la persona llegue a no poder valerse por sí misma. Y es más que difícil de concebir una situación psiquiátrica que entrañe la “dependencia absoluta de apoyo tecnológico”. Es costoso pensar en una enfermedad mental que limite de manera continuada la “capacidad de expresión y relación”. Aunque las condiciones son sumatorias (es decir, deben darse simultáneamente una “imposibilidad” una dependencia de apoyo tecnológico y una limitación de la capacidad de expresión y

relación), aparece de nuevo el sufrimiento psíquico, que la LORE establece debe ser “*constante e intolerable para quien lo padece, existiendo seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones vayan a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable*”.

En cualquiera de los dos supuestos, hay que plantearse hasta donde es esto sostenible en Psiquiatría, especialmente, porque el sufrimiento es justamente el núcleo de muchas patologías psiquiátricas y lo que pone en marcha actos suicidas que tanto la Psiquiatría como un creciente clamor político y social pretenden prevenir y evitar. ¿Cómo asumir que algo que en la práctica habitual debe solucionarse se pueda convertir en un motivo para ayudar a morir? ¿Cuándo el sufrimiento de una PTM ha de ser aceptado como motivo de PAM por la especialidad que “no se rinde nunca”? El cuestionamiento al respecto no es un mero ejercicio intelectual, puesto que no es imposible que la LORE se modifique con el paso del tiempo de modo que la PAM para personas con enfermedades mentales sea algo más que un supuesto teórico que suscita planteamientos éticos y filosóficos.

Acudir a la experiencia en otros países podría ser de ayuda. Las normas que inicialmente despenalizaron la eutanasia y el suicidio asistido se centraban en enfermedades físicas y terminales, como la pionera *Death with Dignity Act* de Oregon (EEUU) sobre suicidio asistido. Sin embargo, pronto otros países (Benelux) adoptaron como causa de estas intervenciones un criterio subjetivo de sufrimiento parangonable al elegido por la LORE. Se posibilitó así el acceso a lo que nuestra legislación ha dado en llamar PAM para personas con patologías *imposibilitantes* (discapacitantes), no terminales, PTM o, potencialmente, otros grupos de pacientes. En 2015, una encuesta realizada por Bolt y colaboradores (3) entre médicos neerlandeses, encontró que la mayor parte estaría de acuerdo en proveer eutanasia o suicidio asistido a pacientes con cáncer (85%) u otra enfermedad física avanzada (82%), un tercio aceptaría estas actuaciones en PTM y en el caso de la demencia incipiente y en la demencia avanzada el porcentaje se situaría en el 40% y el 29-33%, respectivamente. Un 27% consideraba aceptable la PAM para personas cuya queja fuera que están cansados de vivir. Y en

esa línea se llegó a contemplar en 2016 -en Países Bajos- la posibilidad de PAM para personas que sientan que su vida llegó a su fin y deseen morir, aunque no estuvieran enfermos (4). En un escrito remitido al Parlamento por los entonces ministros de Sanidad y Justicia se afirmaba que *“las personas que estén convencidas de que su vida terminó deberían poder ponerle fin de una forma digna, de acuerdo a unos criterios estrictos y cautos”*. Se reservaría la medida a las personas de edad avanzada, ya que, según expresaban los ministros, el sentimiento de *“vida realizada se presenta principalmente en las personas de edad”*.

Las estadísticas disponibles sobre su aplicación en Países Bajos indican que la PAM por demencia se encuentra en torno al 2% y por enfermedad mental grave, en el 1% (5), la tendencia al aumento de muertes por PAM hace que también haya habido un incremento gradual de PTM fallecidas por este procedimiento. Sin embargo, ya en 2020, las 88 PAM relacionadas con enfermedad mental supusieron el 1,26% del total (6), en tanto que en 2021 las PAM en personas con demencia no avanzada representaron el 2,6% de las muertes totales (206 sobre 7666) y las motivadas por enfermedad mental ascendieron al 1,5% (115 sobre 7666) (7), un repunte que el tiempo dirá si es coyuntural o refleja una tendencia al alza de las PAM en las que el motivo de solicitud fue esencialmente una patología mental. Los diagnósticos (es decir, el trastorno psiquiátrico que puso en marcha la petición y realización de la PAM) son variados e incluyen cuadros que no se identifican habitualmente como graves, lo que de nuevo remite a que lo determinante es el sufrimiento alegado por la persona (8). Este sufrimiento, al que Lengvenyte y colaboradores identifica como *“dolor psicológico”*, tendría las siguientes dimensiones: impresión de irreversibilidad de la situación, vivencia de pérdida de control, sensación de vacío, desbordamiento emocional, pérdida de actividad o motivación, aislamiento social, heridas narcisísticas, dificultades cognitivas en el día a día, e impresión de cambio radical en la propia personalidad (8).

Por otra parte, van Veen y colaboradores (9) indican que la sensación de irreversibilidad del sufrimiento que lleva a PTM a pedir la de PAM se asocia a tres

temas fundamentales: incertidumbre sobre el diagnóstico, pronóstico y posibilidades de recuperación; esperanza / desesperanza; y aceptación o rechazo del tratamiento. Este último elemento podría sorprender, pero más del 50% de las PTM fallecidas por PAM del estudio de Lengvenyte y colaboradores ya citados (8) tenían antecedentes de rechazo del tratamiento. Aunque habrá también pacientes oncológicos que mueren por PAM y que habrán rechazado el tratamiento, la analogía con las PTM no es exacta si consideramos el diferente pronóstico vital, el riesgo de dependencia a medio plazo y la toxicidad de las terapias oncológicas en relación la con la enfermedad mental y sus tratamientos. Como contrapartida, las guías del organismo equivalente a lo que en nuestro país es la Organización Médica Colegial en Bélgica, indican que *“no debe concluirse que una enfermedad mental es incurable o no tiene visos de mejorar a menos que se hayan ensayado ‘todos los tratamientos posibles basados en la evidencia’”,* por lo que en caso de que un paciente rechace *“ciertos tratamientos basados en la evidencia, los médicos no podrán aplicar la eutanasia”* (10).

Otra visión para conceptualizar el sufrimiento de origen psiquiátrico y su condición de irreversible o irremediable es indagar sobre la opinión de los profesionales que han participado en evaluaciones de demandas de PAM por esta causa, como hacen van Veen y colaboradores en un reciente artículo (11) que recoge los resultados de las entrevistas semiestructuradas a las que respondieron once psiquiatras holandeses con experiencia en el campo. Sus opiniones demuestran las limitaciones de la psiquiatría a la hora de establecer diagnósticos, pronósticos y, probablemente, tratamientos razonables:

“Todos conocemos ejemplos de personas con, por ejemplo, depresión resistente al tratamiento, a la que más o menos hemos renunciado... y luego, unos años después, para tu sorpresa, descubres que han encontrado el camino y se han recuperado. Eso hace que [establecer un sufrimiento psiquiátrico irremediable] sea muy difícil”.

“Creo que [en psiquiatría] es muy complicado [establecer una situación clínica como irremediable]; con cáncer simplemente lo sabes. La quimioterapia no funciona, no hay otras opciones y luego el tumor comienza a crecer y luego...”
“[Hiperbólicamente] creo que, si el mismo paciente es atendido por 10 psiquiatras diferentes, obtendrás 10 opiniones completamente diferentes [en la descripción del paciente y la percepción de que se trate o no de una situación clínica irreversible]”.
(Participante 7 de las entrevistas semiestructuradas) Y prosiguen:

“Solo tenemos que aceptar que siempre habrá cierto grado de incertidumbre. En el momento en que yo, como psiquiatra independiente, digo: "Creo que se han cumplido los criterios legales", surge una incertidumbre. Hay un intervalo de confianza a su alrededor. ... Debido a que se trata de una elección dicotómica de vida o muerte, queremos una certeza absoluta del 100% ... Pero esto no es posible”. (Participante 8)

El pronóstico no solo es incierto, sino que enlaza con el éxito del tratamiento y, de nuevo, con el momento, al parecer difícil de establecer en la especialidad, en la que no queda ya procedimiento, técnica o combinación que ensayar o tecla que tocar:

“En psiquiatría, casi nunca se da el caso de que no haya ninguna opción de tratamiento, también se puede brindar atención basada en la recuperación, atención de apoyo o atención clínica a largo plazo con actividades diurnas. Quiero decir, siempre hay alguna forma de atención posible. Porque la gente generalmente no muere por eso”. (Participante 10)

“Casi nunca es posible predecir nada en psiquiatría. ... Y, al mismo tiempo, también creo que es un poco cobarde seguir diciendo que [siempre hay opciones de tratamiento], porque eso no te lleva a ninguna parte. ... Creo que, en última instancia, no ayudas a las personas con este punto de vista”. (Participante 7)

“Nuestras pautas basadas en evidencia [se basan en personas que querían recibir tratamiento], nunca se ha demostrado que un tratamiento pueda ser efectivo si alguien no lo quiere en absoluto. Independientemente de si es factible en la práctica.

Entonces, creo que hay una gran tensión allí para la que nuestra profesión no tiene respuesta”. (Participante 4)

Uno de los participantes abunda en la idea de que conocer que existe la opción de la eutanasia puede ser tranquilizador para los pacientes:

“Creo que la motivación de alguien puede verse influenciada cuando la eutanasia resulta ser una posibilidad real si nada funciona. Y si usted, como paciente, se atreve a confiar en que esta posibilidad, la eutanasia, está al final del túnel, entonces puede continuar ese túnel por un poco más de tiempo”. (Participante 10)

Si analizamos todos estos elementos, y salvo por el hecho de que fallecen más mujeres que varones, nos encontramos con elementos comunes entre la PAM en PTM y lo que en un estudio sobre la materia Calati y colaboradores (12) llaman “suicidio tradicional”. Las causas más frecuentes son en ambos casos la depresión y los trastornos de la personalidad; por otra parte, el “sufrimiento psíquico intolerable” aducido es superponible a lo que sienten una mayoría de las personas que recurren al suicidio “tradicional”, hasta el punto de que las PTM que solicitan u obtienen PAM se asemejan mucho a las que fallecen por suicidio, incluso en el perfil psicopatológico. Por ello, los autores apuntan el riesgo de sustituir en las PTM los suicidios por PAM, remarcando que si bien las personas que solicitan y obtienen PAM por causas somáticas (cáncer) suelen tener una clara autodeterminación y control, las PTM con clínica y sufrimiento persistente y activo que puede originar ideación suicida no siempre cumplen ese perfil. Esto lleva a la paradoja, de nuevo, de que el “sufrimiento psicológico intolerable” es al mismo tiempo un objetivo de los programas de prevención de suicidio, y un criterio para obtener PAM. Asimismo, un sufrimiento psicológico insoportable puede limitar la capacidad de autodeterminación y control (es decir, de toma racional de decisiones y, por ende, la capacidad), y por consiguiente excluiría la posibilidad de PAM. Por fin, algunos correlatos del sufrimiento, como el acceso a recursos económicos o de apoyo -recuérdese que el aislamiento social figura como determinante en el estudio de Lengvenyte y colaboradores (8)- pueden cambiar con el tiempo y modificar sensiblemente esa percepción.

Los mismos autores, tras revisar la casuística de Países Bajos, encuentran que un porcentaje de pacientes que tras solicitar PAM no llegan a dar el paso (13). Esto suele interpretarse como que para algunas personas saber que podrían recurrir en algún momento a la PAM anima a continuar con un tratamiento que hasta entonces ha podido resultar infructuoso y agotador, pero que contrasta con lo que sucede con las personas con cáncer avanzado, donde no suele darse este fenómeno, tal vez porque no hay cambios esperables ni espontáneos en la enfermedad ni en las circunstancias externas. Un último elemento de complejidad es la evaluación de la capacidad de la PTM que solicita la PAM. El enfoque y las herramientas que propone el Manual de Buenas Prácticas en Eutanasia (14) -MiniMental, *Aid to Capacity Evaluation* (ACE) (15), Herramienta MacArthur de Evaluación de la Capacidad para Tratamiento (MacCAT-T) (16)- se centran, como es habitual en este tipo de valoraciones, en aspectos esencialmente cognitivos, pero que para algunos autores (17) minusvaloran factores psicológicos, emocionales y biográficos que deberían tomarse en cuenta.

CONCLUSIONES

En este somero repaso, se han identificado diversos problemas en torno a la PAM en PTM. Algunos, como una certera valoración de la capacidad, son aplicables a todas las personas que solicitan PAM, y pueden ser especialmente complicados en la demencia (18). Otros aluden específicamente a la Psiquiatría, como la incurabilidad de las enfermedades mentales o la viabilidad de continuar ensayando tratamientos. Pero tal y como está redactada y concebida la LORE, quedan en un segundo plano, ante la relevancia que cobra el sufrimiento; y pensando en la aplicación práctica de la ley en el futuro, (y no olvidemos se va construyendo desde el presente), habría de separarse el sufrimiento como síntoma de enfermedad mental del sufrimiento vital o derivado de otras causas. También sería necesario verificar si ha sido posible emplear los necesarios procedimientos terapéuticos, e incluso sociosanitarios, para mitigarlo. Esto es esencial no solo para evitar que la ideación suicida de origen psicopatológico

dé lugar a PAM, o para que la práctica psiquiátrica no deba convivir con la contradicción de prevenir unas muertes y facilitar otras, sino, sobre todo, para no confundir la ayuda a los pacientes con el abandono de toda esperanza. Por parte de quien sufre la enfermedad y de quien debe tratarla. Uno de los argumentos para ampliar la PAM a las PTM en Canadá (19) ha sido que excluirlas sería discriminatorio. Nada, en realidad, sería más discriminatorio que facilitar la eutanasia o el suicidio asistido a personas cuyo sufrimiento psicológico pueda aliviarse.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ley Orgánica 3/2021 de 24 de marzo de regulación de la eutanasia (BOE n.72 de 25.03.2021). Accesible (verificado en mayo de 2022) en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2021-4628
2. Malo P. Los psiquiatras nunca se rinden. Txori-Herri Medical News n. 88, 31 de julio de 2001. En Malo P, Medrano J, Uriarte JJ. THMNews. Los Editoriales, pp 223-225. Accesible (verificado en mayo de 2022) en: <http://www.txorisherri.com/THMkuark0106.pdf>
3. Bolt EE, Snijdewind MC, Willems DL, et al. Can physicians conceive of performing euthanasia in case of psychiatric disease, dementia or being tired of living? J Med Ethics 2015;4(8):592-8. DOI: 10.1136/medethics-2014-102150. Accesible (verificado en mayo de 2022) en: <https://jme.bmj.com/content/41/8/592>
4. Anónimo. Holanda propone ampliar la eutanasia a quienes estén cansados de vivir. El Mundo, 13 de octubre de 2016. Accesible (verificado en mayo de 2022) en: <https://www.elmundo.es/sociedad/2016/10/13/57ffc565ca4741cc1c8b4602.html>
5. EFE. En Holanda se practicaron 5.516 eutanasias en 2015, 56 a pacientes con trastornos psiquiátricos. El Mundo, 14 de mayo de 2016. Accesible (verificado

en mayo de 2022) en:

<https://www.elmundo.es/sociedad/2016/05/14/57375dcfe2704efb1a8b461e.html>

6. Boztas S. Highest ever number of euthanasia procedures in 2020. Dutch News, 23 de abril de 2021. Accesible (verificado en mayo de 2022) en: <https://www.dutchnews.nl/news/2021/04/highest-ever-number-of-euthanasia-procedures-in-2020/>
7. Anónimo. Euthanasia deaths rise again in 2021, most patients had terminal cancer. Dutch News, 31 de marzo de 2022. Accesible (verificado en mayo de 2022) en: <https://www.dutchnews.nl/news/2022/03/euthanasia-deaths-rise-again-in-2021-most-patients-had-terminal-cancer/>
8. Lengvenyte A, Strumila R, Courtet P, Kim SYH, Olié E. "Nothing Hurts Less Than Being Dead": Psychological Pain in Case Descriptions of Psychiatric Euthanasia and Assisted Suicide from the Netherlands: «Rien ne fait moins mal qu'être mort»: La douleur psychologique dans les descriptions de cas d'euthanasie et de suicide assisté psychiatrique aux Pays-Bas. Can J Psychiatry 2020;65(9):612-620. DOI: 10.1177/0706743720931237. Accesible (verificado en mayo de 2022) en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0706743720931237>
9. van Veen SMP, Ruissen AM, Widdershoven GAM. Irremediable Psychiatric Suffering in the Context of Physician-assisted Death: A Scoping Review of Arguments: La souffrance psychiatrique irrémédiable dans le contexte du suicide assisté: Une revue étendue des arguments. Can J Psychiatry 2020;65(9):593-603. DOI:10.1177/0706743720923072. Accesible (verificado en mayo de 2022) en: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0706743720923072>
10. Ordre des Médecins. Directives déontologiques pour la pratique de l'euthanasie des patients en souffrance psychique à la suite d'une pathologie psychiatrique. Belgique. Accesible (verificado en mayo de 2022) en:

<https://ordomedic.be/fr/avis/ethique/euthanasie/directives-deontologiques-pour-la-pratique-de-l-euthanasie-des-patients-en-souffrance-psychique-a-la-suite-d-une-pathologie-psychiatrique>

11. van Veen SMP, Ruissen AM, Beekman ATF, Evans N, Widdershoven GAM. Establishing irremediable psychiatric suffering in the context of medical assistance in dying in the Netherlands: a qualitative study. *CMAJ* 2022; 194 (13) E485-E491; DOI: <https://doi.org/10.1503/cmaj.210929>. Accesible (verificado en mayo de 2022) en: <https://www.cmaj.ca/content/194/13/E485>
12. Calati R, Olié E, Dassa D, et al. Euthanasia and assisted suicide in psychiatric patients: A systematic review of the literature. *J Psychiatr Res* 2021;135:153-173. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2020.12.006. Accesible (verificado en mayo de 2022) en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022395620311146>
13. Thienpont L, Verhofstadt M, Van Loon T, et al. Euthanasia requests, procedures and outcomes for 100 Belgian patients suffering from psychiatric disorders: a retrospective, descriptive study. *BMJ Open* 2015; 5: e007454. DOI: 10.1136/bmjopen-2014-007454. Accesible (verificado en mayo de 2022) en: <https://bmjopen.bmj.com/content/5/7/e007454.full>
14. Comité Técnico. Manual de buenas prácticas en eutanasia Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. Ministerio de Sanidad, 2021. Accesible (verificado en mayo de 2022) en: https://www.sanidad.gob.es/en/eutanasia/docs/Manual_BBPP_eutanasia.pdf
15. Anexo: Instrumento de Ayuda para la Evaluación de la Capacidad Resumido de: Joint Centre for Bioethics. Aid To Capacity Evaluation (ACE) (en línea). *Evidencia* 2012;15(1):17-8. Accesible (verificado en mayo de 2022) en: <https://www.fundacionmf.org.ar/files/fa5fcc1287de9e47f3ee26180726a782.pdf>
16. Ventura T, Navío M, Álvarez I, Baón B, Grupo Investigación Servet. Herramienta de Evaluación de la Capacidad para Tratamiento (MacCATT) de Thomas Grisso y Paul S. Appelbaum. Madrid: Panamericana, 2014.

Accesible (verificado en mayo de 2022) en:

https://biadmin.cibersam.es/Intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=389_004a894f-2ae8-4770-901a-5095ac1009b7.pdf

17. Zhong R, Xu Y, Oquendo MA, Sisti DA. Physician Aid-in-Dying for Individuals with Serious Mental Illness: Clarifying Decision-Making Capacity and Psychiatric Futility. *Am J Bioeth* 2019;19(10):61-63. DOI: 10.1080/15265161.2019.1654018. Accesible (verificado en mayo de 2022) en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31557113/>

18. van Veen SMP, Widdershoven GAM, Beekman ATF. Physician-assisted death for patients with dementia. *JAMA Psychiatry* 2022 May 4. Online ahead of print DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2022.0808.

19. Komrand MS. Oh, Canada! Your New Law Will Provide, Not Prevent, Suicide for Some Psychiatric Patients. *Psychiatric Times*, 1 de junio de 2021.

Accesible (verificado en mayo de 2022) en:

<https://www.psychiatrictimes.com/view/canada-law-provide-not-prevent-suicide>

Medrano Albéniz J.(a), Uriarte Uriarte JJ.(a)

a: Médico psiquiatra, Red de Salud Mental de Bizkaia, Osakidetza (Servicio Vasco de Salud) y Txori-Herri Medical Association.

Cómo citar este artículo:

Medrano J., Uriarte JJ. Eutanasia y enfermedad mental: el problema del sufrimiento. *Folia Humanística*, 2022; 8 (2) 37-49. Doi: <http://doi.org/10.30860/0091>.

¿ES BUENO SER REY?

Alfonso Mateo-Sagasta

Resumen: Con idea de poner en cuestión la mejor calidad de vida que disfrutaba la aristocracia en el pasado, nos asomamos a una enfermedad que parecía cebarse con especial inquina en los miembros de ese grupo: la gota. Para ello, seguimos el avance de la enfermedad hasta el mismo óbito de un personaje tan relevante como Felipe II, y en el proceso, aprovechamos para repasar las teorías médicas del momento, los métodos de diagnóstico y tratamiento, así como el papel que desempeñaron los galenos y su consideración en la sociedad.

Palabras clave: *Felipe II, gota, enfermedad terminal, galenos.*

Abstract: IS IT GOOD TO BE A KING?

With the idea of questioning the best quality of life that the aristocracy enjoyed in the past, we looked out to a disease that seemed to be baited with special resentment in the members of that group: the gout. To do so, we are going to follow the disease progression until the moment of the death of one of the most important characters of the period, the king Felipe II, and in the process, we take the opportunity to review the medical theories of the moment, the diagnostic and treatment methods, as well as the role played by the galenos and their consideration in society.

Key words: *Felipe II, gout, terminal disease, galenos.*

En la parodia *La loca historia del mundo* (1981), Mel Brooks, en el papel de Luis XVI, repite varias veces “Es bueno ser rey” mirando a la cámara, mientras consume estupefacientes, abusa de las mujeres y dispara a pobres como si tirara al plato. Y es verdad que, si tuviéramos que viajar al pasado, todos elegiríamos ser rey antes que mendigo, noble antes que campesino, obispo antes que villano. Aunque hay aspectos en que las ventajas pueden no ser tan evidentes, y no me refiero a cuando el cargo le costaba la cabeza al dueño, sino al sanitario. Lope de Vega, en el Acto I de *Los pleitos de Inglaterra*, dice que “También enferma un rey de lo mismo que un villano”, y era cierto cuando el mal eran los celos, pero la realidad también señala que había dolencias que se cebaban especialmente con los nobles, como era el caso de la gota.

Primaban todavía en España en el siglo XVI las teorías humorales de Hipócrates y Galeno sobre las químicas de Paracelso, y por supuesto estaban lejos de saber qué eran los cristales de ácido úrico. Pensaban que la ciencia era un sistema completo de carácter estático del que se sabía todo lo que había que saber, de modo que la función del galeno se centraba en conocer una serie de aforismos racionales y

unos cuantos buenos silogismos, y la buena praxis médica se basaba en aplicarlos en el momento oportuno.

En ese contexto, la gota se definía como un humor -flujo viscoso- viciado que se originaba por un desequilibrio entre los cuatro humores que mantienen el organismo en funcionamiento, debido a un consumo excesivo de carnes rojas y vino. Los detritus fluían entonces gota a gota a través de las articulaciones causando dolor e inflamación, lo que con el tiempo daba lugar a concreciones llamadas tofos, semejantes al yeso o a los ojos del cangrejo, que podían llegar a ulcerarse e infectarse y a rasgar la delgada piel, y que, en última instancia, había que cortar y extirpar con un estilete. Lo que estaba claro era que envenenarse la sangre consumiendo manjares no estaba a la altura de cualquiera, y desde el primer momento ese mal estuvo asociado a personas ricas y opulentas, como nobles, reyes y obispos, de modo que convertimos en pregunta la aseveración de Mel Brooks: ¿Era bueno ser rey?

Veamos cual fue, por ejemplo, el proceso de la enfermedad y muerte de Felipe II, el hombre más poderoso del planeta en su época, dueño de medio mundo y con enorme influencia sobre el resto, y, por tanto, con todos los cuidados médicos del momento a su alcance. Lo haremos siguiendo la *Historia de Felipe II, rey de España*, del cronista Luis Cabrera de Córdoba, y la obra de Jehan Lhermite, *El Pasatiempos. Memorias de un gentilhombre flamenco en la Corte de Felipe II y Felipe III*. Ambos dejaron constancia pormenorizada de los últimos días de un proceso que había empezado muchos años antes.

Felipe II padeció su primer ataque de gota con treinta y seis años, y a los sesenta y tres las crisis ya eran recurrentes, como las que sufrió en 1592 y en 1596. La primera vez el séquito real tuvo que detenerse varios días en Estella, y la segunda en la Casa Real de Aceca (Villaseca de la Sagra), a tres leguas de Toledo, donde pasaron la Pascua. En este caso, Su Majestad se vio aquejado, además, de un flujo de vientre que iba acompañado de fiebre continua. Es de suponer que, en ambos casos, los médicos aplicarían los métodos diagnósticos habituales, que no eran otros

que determinar las perturbaciones del pulso –el pulso lleno y fuerte indicaba un exceso de sangre- y la valoración en cuanto a tono, aroma, oleosidad y dulzor de la orina.

Decía Quevedo en *El Libro de todas las cosas y otras más*, que la ciencia aplicada al diagnóstico era la siguiente: “dos refranes para entrar en casa; el *qué tenemos* ordinario, venga el pulso, inclinar el oído, *¿ha tenido frío?* Y si él dice que sí primero, decir luego: *Se echa de ver. ¿Duró mucho?* Y aguardar que diga cuánto, y luego decir: *Bien se conoce*”. Y con eso estaba todo dicho. En *El sueño de la muerte*, don Francisco es más explícito en su sátira: "Mucho va del culo al pulso; que antes no va nada, y solo van los médicos, pues inmediatamente desde él van al servicio y al orinal a preguntar a los meados lo que no saben, porque Galeno los remitió a la cámara (heces) y a la orina, y como si el orinal le hablase al oído, se le llegan a la oreja, avahándose los barbones con su niebla..." Sátira en la que abunda Salas Barbadillo cuando define la medicina en cuatro versos:

"...la ciencia que se fía
de acechar la salud por orinales
y que por un latir de un pulso leve
los pasos mide de la vida breve".

Como dice el proverbio que Sebastián de Covarrubias incluye en la entrada de la voz "Médico" de su *Tesoro de la Lengua Castellana o Española* (1611), "Mear claro, y una higa para el médico". Pero con burla o sin ella, lo cierto es que los campesinos acudían a las consultas de los médicos en las ciudades llevando en botellas la orina de sus enfermos, porque pensaban que con eso era suficiente para lograr un diagnóstico.

Aunque si los métodos de diagnóstico parecen limitados, ¡qué decir de los tratamientos! Se usaban remedios para el dolor -como la triaca-, se ordenaban regímenes alimenticios, se aplicaban perfumes, pero había dos que no podían faltar y que se consideraban infalibles: purga y sangría.

En tanto que la enfermedad se debía siempre a una alteración humoral, y dado que los humores circulaban por la sangre, la evacuación de esa sangre perniciosa se imponía con una lógica terapéutica aplastante. “Serás como mala sangre que mata y está en las venas”, dice Lope de Vega, quien en más de una comedia habla de la destemplanza de los humores como causa de las enfermedades.

En este periodo las enfermedades infecciosas eran tratadas sin discriminación con sangrías; las sanguijuelas eran el mejor remedio contra la fiebre, más efectivas cuanto más cerca se aplicasen a la zona infectada. Pero la capacidad curativa de las sangrías no se centraba solo en las infecciones: se recomendaban cuando se estimaba que había demasiada sangre, cuando se sospechaba que estaba inflamada y en previsión de reacciones si se había producido algún accidente o para mitigar un dolor. En fin, para casi todo, como cuenta con humor Juan Ruiz de Alarcón en uno de sus epigramas. En una ocasión, escribe don Juan, fue a llamar a un doctor para que atendiera a un enfermo, y este, sin saber el dolor ni la enfermedad que tenía le dijo: “Mientras se ensilla mi mula, mancebo, id, y que le sangren decid; que yo voy luego”. Tan saludables se consideraban las sangrías, que el médico de Felipe III recomendaba a sus pacientes hacérselas varias veces al año como medida preventiva, cosa que en Francia se veía como algo inconcebible. En el saber popular francés, la primera sangría salvaba la vida, y la fe que se tenía en ella hacía que la reservaran para los grandes peligros, de modo que a menudo llegaban tarde y morían sin haberse beneficiado de sus virtudes. Pero los médicos franceses no estaban contaminados por esas supersticiones y participaban de las máximas de Galeno, de lo que también se burlaban sus comediantes, como Molière en *El enfermo imaginario*. Al final del acto III, cuando Argán decide hacerse médico él mismo y rinde examen ante un tribunal, el tratamiento a los casos que le presentan de hidropesía, asma, fiebre o cefalea, viene a ser el mismo: “Clysterium donare, postea seignare, ensuite purgare”, es decir: lavativa, sangría y purga. A ese respecto, Molière iba precedido por un aluvión de sátiras de otros tantos poetas españoles. Quevedo, cómo no, en *El Libro de todas las cosas y otras más*, remata la visita del médico que hemos narrado

antes con la prescripción de una “ayuda”, una lavativa, y un pequeño consejo: “*si dice que no la puede recibir, decir: Pues haga por recibilla*”. Y en otra parte de la misma obra resume la actuación de los galenos, que no era otra que sangrar y poner ventosas al enfermo durante todo lo que durase la enfermedad, hasta el momento en que “*si vive y te paga, di que llegó tu hora, y si muere di que llegó la suya*”. En esa idea abunda en el entremés *El médico*, donde el personaje Blas Mojón responde a la pregunta qué es medicina:

“Sangrar ayer, purgar hoy,
mañana ventosas secas”,

Ni don Luis Cabrera de Córdoba ni Jehan Lhermite hacen referencia a las sangrías y enemas que seguramente le practicaron a Felipe II, de los que no se libró su padre Carlos I cuando contrajo unas fiebres palúdicas en la Vera de Extremadura en 1558. El emperador no acabó de recuperarse de sus delirios a pesar de las sangrías y lavativas, de beber agua con vinagre y cerveza para calmar la ardiente sed y de purgarse con píldoras de ruibarbo para controlar los vómitos de bilis. Murió dos meses más tarde, aunque en su caso no fuera la gota -que padecía desde que cumplió veintiocho años- lo que lo llevó a la tumba. Tampoco dicen nada los cronistas sobre los otros posibles tratamientos que se usaban en la época para aliviar los dolores de la gota, como vendar ranas puestas de vientre sobre la parte dolorida, aplicar miga de pan mojada en leche tibia o ingerir renacuajos crudos. De lo que sí estamos razonablemente seguros es de que no lo castraron, una solución radical de haber seguido uno de los aforismos de Hipócrates, que afirmaba que los eunucos ni padecían gota ni se quedaban calvos.

En fin, llegado el año 1598, el rey Felipe II se vio de nuevo postrado por una crisis similar a las de los años 92 y 96 y, parafraseando a Jehan Lhermite, el tiempo transcurría sin que su Majestad diera muestras de poder salir pronto de Madrid. Sabemos que el 6 de mayo seguía incapacitado en la cama, porque en esa fecha y

lugar, tal y como lo firmaron los testigos -Nicolas Damant, caballero y canciller de Bramante, Guardasellos de su Majestad y consejero de Estado en los asuntos de los Países bajos, Alonso de Laloo, holandés, caballero y secretario de Estado de su Majestad, don Cristóbal de Moura y don Juan de Idiáquez-, efectuó la cesión de los Países Bajos a su hija Isabel Clara Eugenia. Mejoró a finales de mes, se restableció, cobró nuevas fuerzas y, contrariando la opinión de los médicos, a cuyo gobierno solía someterse escrupulosamente, se puso en camino hacia San Lorenzo el último día del mes de junio.

"Contrariando la opinión de los médicos", porque evidentemente había más de uno. Como dice Lope de Vega en la comedia *La ley ejecutada*,

"Cuando enferma un gran señor,
no viene un médico solo;
vienen mil y el mismo Apolo,
que dicen que fue doctor".

Ya no formaba parte del gabinete del rey Don Francisco Valles –el “Divino” Valles, como era conocido, precisamente, por aliviar al rey de una crisis gotosa-, fallecido en 1592, pero sí García de Oñate, Gómez de Sanabria y Luis Mercado, a quien Sprengel, en su Historia de la Medicina, definió con cierta sorna como el Santo Tomás de Aquino de la medicina y el primero de todos los médicos escolásticos, más expertos en cuestiones especulativas que científicas.

En cualquier caso, probablemente todos los médicos que formaban parte de la cámara del rey eran titulados universitarios, los conocidos como “latinos”, aunque puede que también hubiera entre ellos algún “romancista” que hubiese adquirido sus conocimientos por medio de la práctica -acreditando al menos cinco años de aprendizaje, tres en hospitales y dos como aprendiz de un médico titulado-. Tanto los unos como los otros estaban ya reunidos en el ejercicio de la medicina por el examen del Protomedicato. Además, claro está, contarían con el auxilio de barberos (para sacar dientes y muelas, sangrar y poner ventosas y sanguijuelas), cirujanos (para

curar las heridas), algebristas (para reparar los huesos), hernistas o saca potras, litotomistas (sacadores de piedras), oculistas o batidores de la catarata y boticarios.

Es poco probable, sin embargo, que formaran parte del grupo los que vivían de la superstición y bordeaban los límites fijados por la Inquisición para prácticas sospechosas, como desaojadores (ahuyentaban el mal de ojo, causa de tantas desgracias), ensalmadores (especializados en llagas, heridas y apostemas) o saludadores (hombres virtuosos, nacidos en Navidad o Viernes Santo, el séptimo hermano de una familia de siete y con la marca de una cruz en el cielo de la boca). Los saludadores daban salud con su aliento o imponiendo las manos, y eran únicos para curar la rabia y los zaratanes (cáncer de mama). Mariana de Habsburgo, por ejemplo, fue tratada de un zaratán por un saludador manchego de nombre injustamente olvidado.

Por otra parte, es también casi seguro que los médicos que se encargaron de velar por la salud de Felipe II eran de los que salva Cervantes en *El licenciado vidriera*, los "buenos médicos", porque si fueran de los malos, según su mismo juicio, habrían sido la "gente más dañosa a la República". Esos malos médicos eran los que respondían a la imagen popular del galeno subido en su mula, con barba larga, ostentosos guantes sahumados de ámbar, sortijón de esmeralda en el pulgar, ropilla larga y sombrero de tafetán. Esos de los que tanto se burlan en las comedias, que se solían representar como soberbios, arrogantes, corruptos y codiciosos. El médico es "de condición de carro, que, si no lo untáis, rechina", dice Quevedo en *El Parnaso español*, y Lope comenta en la comedia *San Diego de Alcalá* que "Jamás visita temí que de médico no fuese, que viniendo (aunque me pesé) por él, dice que por mí". Hasta Mateo Alemán, de quien se podría esperar más ecuanimidad dado que estudió medicina y era hijo de médico cirujano, dice en su *Guzmán de Alfarache*:

«Tal se me presentó su cara como la del deseado médico al enfermo. Digo deseado porque como habrás oído decir, tiene tres caras el médico: de hombre, cuando le vemos y no le habemos menester; de ángel, cuando de él tenemos necesidad, y de diablo,

cuando se acaban a un tiempo la enfermedad y la bolsa, y él por su interés persevera en visitar».

Pues bien, "contrariando la opinión de los médicos", el rey decidió partir hacia El Escorial, pero se encontraba tan débil y dolorido que no soportó el bamboleo del coche de caballos, por lo que tuvieron que fabricar una silla en forma de pequeña litera parecida a la "silla de gota" que hacía tiempo que usaba, y varios hombres, escogidos entre sus lacayos, se turnaron en cargarla bajo el abrasador sol de julio y el accidentado y abrupto camino. Cuatro días tardaron en hacer el recorrido, los portadores llegaron extenuados y el rey sofocado, aunque contento por alcanzar el lugar que tanto amaba.

La tensión del viaje cobró su escote, porque el 5 de julio el rey amaneció con fiebres tercianas, como cuenta Cervantes que le arraigaron a don Quijote al llegar al pueblo al final de su última salida. En el caso de don Alonso Quijano "el bueno", *"llamaron sus amigos al médico, tomole el pulso, y no le contentó mucho, y dijo que, por sí o por no, atendiese a la salud de su alma, porque la del cuerpo corría peligro"*. Tres días duró el caballero después del diagnóstico, pero el rey se recuperó a los ocho días y aún disfrutó de algunos en los que se dedicó a recorrer el monasterio por dentro y por fuera dejándose llevar en su silla, a pesar de la tortura constante que le suponían las cuatro fístulas abiertas que tenía en el dedo índice de la mano derecha, las tres del dedo corazón y la del pulgar del pie derecho, que no dejaban nunca de supurar.

Tanto movimiento acabó por agotarle, y la noche del 22 de julio tuvo una recaída en forma de fiebre terciana doble, "lo que los médicos llaman subintrante", que lo postró en cama y lo acompañó hasta la muerte.

El 31 de julio, noveno día de su enfermedad, surgió una nueva complicación. Sobre el tofo que le deformaba la rodilla derecha se le formó un apostema -absceso- que le subía por el muslo causándole un dolor punzante agudo, y el 6 de agosto "se vino a madurar y fue menester abrírselo con lanceta". La intervención fue a las nueve y media de la mañana y la llevaron a cabo tres cirujanos, asistidos por cuatro médicos

y varios gentilhombres de su cámara. A falta de anestesia, su confesor, fray Diego de Yépez, leyó arrodillado oraciones de un misal mientras el marqués de Denia, también de rodillas, le iluminaba con una vela.

En cuanto la lanceta sajó el absceso, brotó un flujo continuo y pestilente de "mala materia" -sangre corrompida, cocida y encrasada que se vuelve de color blanco-, aumentado por "dos bocas" más que se habían abierto de forma natural. Fue tanta la "podre", que una escudilla no fue suficiente para retener el caudal. Al principio la fiebre remitió, pero los siguientes días todo fue a peor con las curas. Los médicos se afanaban en exprimir con fuerza la pierna para drenar la materia que no dejaba de fluir, causando al enfermo un dolor insoportable, que llegó al paroxismo cuando probaron a levantársela para facilitar el drenaje por la corva. El rey, desesperado, gritó que no lo podía sufrir más, y que si seguían moriría en el tormento, lo que parece que enfrió momentáneamente el entusiasmo de los cirujanos.

Al mismo tiempo, tras la aparente mejoría inicial, el rey sufrió un acceso de fiebre hética con importantes oscilaciones de temperatura y una hidropesía (probablemente debida a la insuficiencia renal por la acumulación de ácido úrico en los riñones) que le hinchó como un globo el bajo vientre. Además, se quejaba de constante dolor de cabeza y ojos, y de una sed insaciable.

Todo parecía abocar al paciente a un estado caquético de lenta evolución, cuando, hacia el trigésimo día de su enfermedad, un caldo de ave y azúcar le provocó más de cuarenta cámaras de humor pestilente que, al no poder moverse por el agudísimo dolor, convirtieron el lecho en un muladar. De los cincuenta y tres días que duró la enfermedad, solo le cambiaron la ropa de cama dos veces y ambas en la primera semana. La mayor parte del tiempo se mantuvo acostado sin poderse girar hacia ningún lado, de modo que la inmovilidad, primero, y luego la humedad de sus propios excrementos le pudrieron la piel de los glúteos y de la espalda, abriéndole unas llagas extensas que los cirujanos no eran capaces de abordar.

Dada la gravedad de la situación, los médicos consideraron que era peligroso que el paciente se durmiera, y, para evitarlo, sus Altezas y sus gentilhombres de cámara se turnaron para entretenerlo y mantenerlo despierto, sobre todo cuando le acometían accesos de fiebre.

Llegaron así sus últimos días. Habiendo llegado su dolencia a un extremo en el que su pecho estaba "elevado y fuertemente alterado por la muerte", quiso refrescarse la boca con un poco de agua. Los médicos consintieron en ello, pero le advirtieron de que se guardara mucho de tragar una sola gota por el daño que le pudiera sobrevenir, pero el pobre desgraciado no pudo evitar tragar un poco, lo que le produjo un dolor tan agudo que se arrepintió en el acto de su desobediencia. Por fin, a las cinco de la mañana del domingo 13 de septiembre del año de 1598, expiró.

Pero a pesar del terrible cuadro que he dibujado, no faltaba quien pensase que el dolor, por agudo que fuera, era preferible a la pobreza, como el protagonista de *La vida y hechos de Estebanillo González*, una aparente autobiografía ficcionada de un pícaro de origen gallego que cuenta su vida como criado itinerante durante la Guerra de los Treinta Años (1618-1648). En el capítulo IX, el protagonista se declara enfermo de gota, lo que le resulta muy útil, tanto personalmente, porque justifica su inclinación a la bebida, como socialmente (si la gota es una enfermedad de ricos y yo tengo gota, es que yo soy rico), porque le proporciona una legítima adscripción a la élite y una nueva perspectiva de la vida y el mundo. Para él la gota era una enfermedad deseable, no todo iban a ser tristezas. A nosotros siempre nos quedará la duda. En cualquier caso, con o sin médicos, ricos o pobres, valga para todos como epitafio el discurso que Lope de Vega pone en boca de Dorotea: «*La hermosura no vuelve, la edad siempre pasa; posada es nuestra vida, correo el tiempo, flor la juventud, el nacer deuda; el dueño pide, la enfermedad ejecuta, la muerte cobra*». (*La Dorotea*, acto 5.º, escena IX).

Alfonso Mateo-Sagasta

Historiador, escritor.

Cómo citar este artículo:

Mateo-Sagasta A. ¿Es bueno ser Rey? *Folia Humanística* 2022; 8 (2): 50-60 Doi: <http://doi.org/10.30860/0092>.

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