

### *Nuestro objetivo*

La bioética es una disciplina que ha ido cobrando una importancia creciente a lo largo de las últimas décadas.

Reflexionar seriamente sobre temas que afectan a la vida y la salud de las personas supone no sólo un reto intelectual, sino un compromiso de responsabilidad con nuestro tiempo y con la sociedad. De ahí que la labor de formación y de investigación en bioética sea una tarea necesaria y apasionante.

La bioética se ha convertido en muchos casos en lugar de defensa de posturas radicales que, lejos de ejercer una labor de argumentación y decisión prudente, conducen a la condena y al desprecio de las opiniones diferentes.

El objetivo de esta revista es contribuir a la difusión y el desarrollo de la bioética, desde una perspectiva plural, abierta y deliberativa. En la que las opiniones valen por la fuerza de los argumentos que aportan. En la que se escuchan todas las posiciones y se valoran las aportaciones de las diversas aproximaciones y enfoques a las cuestiones. En la que no se buscan verdades absolutas, sino un ejercicio de prudencia, de responsabilidad, de reflexión, de auténtica deliberación.

en este número

Monográfico sobre Eutanasia

# Bioética Complutense

*Bioética Complutense* es una revista dedicada a temas de Bioética, con amplitud de perspectivas, disciplinas y enfoques, elaborada desde la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid. España.

ISSN: 2445-0812

Publicación semestral.

## Directora

D<sup>a</sup>. Lydia Feito Grande

## Consejo de redacción

D. Tomás Domingo Moratalla  
D<sup>a</sup> Rosana Triviño Caballero

Las opiniones expresadas en esta revista son responsabilidad exclusiva de sus autores y en ningún caso expresan la posición de los editores ni de la Universidad Complutense.



**Bioética Complutense** is licensed under a [Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Para sugerencias, aportaciones, opiniones, o cualquier comentario, contactar con:  
bioeticacomplutense@gmail.com



## Índice Nº41 Junio 2021

**Editorial** ..... p.1

### Artículos

- La narración del final: decidir estar vivo hasta la muerte – L. Feito .. p.2
- El derecho y la ética – D. Gracia ..... p.4
- Vida buena, dignidad y Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia – J. Rivas ..... p.7
- Deliberación desde el Comité de Ética Asistencial del Sector Teruel sobre la reciente Ley de Regulación de la Eutanasia – S. Benito, M. Escusa, L. Pereyra et al. .... p.11
- Impacto de una actividad formativa acerca de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido sobre el manejo de la terminología de final de vida y las actitudes de los profesionales de enfermería de Teruel – S. Benito, M. Escusa, C. Thomson et al. .... p. 20
- Participación de la enfermera en la ayuda para morir. A propósito de la ley que regula la eutanasia – C. Ferrer, J.C. Delgado, R. Toro .... p.24
- El final de la vida. Una ley de eutanasia – M.P. Núñez Cubero ..... p.30
- Datos y transparencia. Requisitos esenciales para el debate sobre la eutanasia – R. Triviño, D. Rodríguez-Arias, J. Rueda, M. Melguizo ..... p.37
- La ABFyC en la plaza pública en el proceso legislativo de la LORE: regular como derecho y como prestación lo que venía siendo un delito, en medio de una pandemia. Visiones personales de un observador interesado y atento – J. Júdez ..... p.39
- El profesional invisible en la ley de eutanasia española: la enfermera – J. Yagüe ..... p.55
- Eutanasia y enfermedades psiquiátricas en la nueva ley española: la enfermedad psiquiátrica bajo los supuestos de la ley, la voluntariedad y la necesidad de una pericia psiquiátrica rigurosa – L.E. Vasquez ..... p.59
- Eutanasia: compasión desorientada – J.M. Galán ..... p.64
- Reflexiones de una persona corriente – M.Eimil ..... p.70
- La eutanasia desde el punto de vista médico – J.M. Ribera ..... p.72
- Ley de eutanasia: aspectos éticos para la reflexión individual y profesional desde la visión enfermera – T.R. Velasco et al. .... p.79

# Bioética Complutense

*Bioética Complutense* es una revista dedicada a temas de Bioética, con amplitud de perspectivas, disciplinas y enfoques, elaborada desde la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid. España.

ISSN: 2445-0812

Publicación semestral.

## Directora

D<sup>a</sup>. Lydia Feito Grande

## Consejo de redacción

D. Tomás Domingo Moratalla  
D<sup>a</sup> Rosana Triviño Caballero

Las opiniones expresadas en esta revista son responsabilidad exclusiva de sus autores y en ningún caso expresan la posición de los editores ni de la Universidad Complutense.



*Bioética Complutense* is licensed under a [Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Para sugerencias, aportaciones, opiniones, o cualquier comentario, contactar con:  
bioeticacomplutense@gmail.com



## Índice Nº41 Junio 2021

- Eutanasia y perjurio deontológico desde misantropías veladas en la bioética – R. Roa-Castellanos ..... p.87
- Me da que pensar... La recientemente aprobada ley de eutanasia y el final de la vida – G. Álvarez ..... p.95
- Pinceladas del estudiante ... Hacia una sociedad con eutanasia – S. Martínez ..... p.97

### Sección de Bioética Narrativa. Artículos

- Presentación – T. Domingo Moratalla ..... p.100
- *El Padre*: El poder del olvido – M. Hernández ..... p.101
- Eutanasia y sociedades envejecidas. Narración y deliberación a través del cine – T. Costales ..... p.108

### Cajón de Bioética

- Cine y eutanasia – T. Domingo ..... p.115

### Informaciones

- *Curso de Bioética Narrativa- UNED* ..... p.116
- *XV Congreso de la Asoc. de Bioética Fundamental y Clínica* ..... p.117
- *Diploma de especialización en Bioética Clínica - UCM*..... p.118

**Novedades y bibliografía** ..... p.119

### Normas para los autores



Todos esperábamos que el año 2021 nos trajera una solución para la terrible pandemia que asola el mundo desde hace ya muchos meses. Lamentablemente, por ahora, no parece que la solución esté cercana. A pesar de los esfuerzos por vacunar a la población, seguimos asistiendo a nuevas olas de contagios. Y en las zonas más desfavorecidas quedan millones de personas sin vacunar, en buena medida abandonadas a su suerte en una muestra de insolidaridad global, por parte de los países desarrollados, de magnitud inconcebible.

Los debates bioéticos han ido desplazándose de los temas más acuciantes de decisiones sanitarias en situación de catástrofe (distribución de recursos escasos, falta de equipos de protección, abandono de las personas más vulnerables, etc.) a temas que tienen más que ver con la salud pública (gestión de las vacunas, principalmente).

Y en medio de esta confusión y ante un reto de dimensiones colosales, ha aparecido en España otro desafío no menos importante: una nueva regulación sobre la eutanasia, que ha venido a enfrentar a defensores y detractores, que nos ha colocado en una situación insólita y que nos ha llevado a muchos a insistir en la necesidad de una deliberación profunda, seria, sosegada y continuada.

Este es el objetivo de este número monográfico dedicado al debate sobre la regulación de la eutanasia: ofrecer un espacio de diálogo y dar voz a las reflexiones de muchas personas que aportan, con sus artículos, perspectivas, argumentos, matices, críticas y propuestas en el mejor afán de deliberación en un entorno de pluralidad y diversidad de opiniones.

Por supuesto, el debate está abierto e inconcluso, y generará nuevos análisis en el futuro. La entrada en vigor de la nueva ley nos exigirá evaluar su implementación, sus dificultades, su utilización y resultados, las deficiencias en la gestión, formación y seguimiento, o la satisfacción de la población y de los profesionales. No es menuda la empresa. Y exige dar lo mejor de nosotros mismos para evitar los enfrentamientos ideológicos estériles y más bien contribuir a un diálogo constructivo e integrador, donde se respeten las diferencias.

El tema de la eutanasia es uno de los más ácidos de la bioética. Representa uno de esos núcleos de controversia que tanto agradan a quienes se deleitan con el enfrentamiento y el sensacionalismo en los medios o en las redes, y que tanta serenidad y sosegados y profundos diálogos exige desde la bioética. Por eso queremos que este número sea una pequeña aportación a ese debate serio, con razones diversas.

Inauguramos, además, en este número, una nueva sección que tendrá continuidad en el futuro: Bioética Narrativa. Un espacio para aproximaciones narrativas a la bioética, con el objetivo de desarrollar una perspectiva creativa para el análisis contextualizado de los temas de la bioética. Con ello, como dice en la introducción el director de la nueva sección, Tomás Domingo Moratalla, lograremos dar nuevos matices y abordar las cuestiones bioéticas desde otra dimensión. En nuestro libro *Bioética Narrativa Aplicada* apostábamos por lograr así una bioética prodigiosa. No podemos conformarnos con menos. Ese es el objetivo.

Lydia Feito Directora

# La narración del final: decidir estar vivo hasta la muerte

Todo buen narrador sabe que tan importante como un buen comienzo es tener un buen final para una historia. Probablemente todos hemos sentido la decepción de una película o una novela que no tiene un buen final, que no convence, que acaba la narración de modo abrupto, inconsistente o absurdo. Y también probablemente todos nos hemos deleitado con el maravilloso cierre de una historia que, al acabar la última página, al ver el último fotograma o la última escena, nos deja con una ensoñación, con una promesa, con una sensación de haber asistido a algo único, concluido, con sentido, que ha merecido la pena conocer y vivir.

Algo parecido ocurre en la vida real. Todas las personas tienen una historia, la historia de su vida, su biografía, en la que hay un hilo argumental y también muchos eventos inesperados, rupturas o giros que requieren ser integrados e interpretados dentro del conjunto.

Cada uno de nosotros es un cúmulo de esperanzas y limitaciones, de proyectos por cumplir y de objetivos realizados, de frustraciones y alegrías, de sueños y sufrimiento, de desilusiones y logros. La vida es siempre sorprendente y difícil. Y cada persona busca su camino para ir construyendo su identidad entre otros y en el mundo.

Algunos logran construir un relato brillante y magnífico, otros, menos afortunados, elaboran una narración llena de dolor y obstáculos. Pero todos tenemos una historia que contar y esperamos que merezca la pena y que tenga un buen final.

Sabemos que vamos a morir pero esperamos que el trance sea llevadero, acorde con lo que cada uno considera que es el mejor modo de terminar: muchos prefieren que sea sin sufrimiento, en compañía de los seres queridos y con la convicción de una vida completa. Algunos prefieren que sea inconsciente o inesperado. Para algunas personas es importante asumir lo que suceda con entereza. Para otras lo más importante es tomar una decisión consciente y libre sobre su despedida y su final. Probablemente hay tantos modos de morir como personas.

Lo cierto es que el relato de nuestra vida muestra una voluntad de vivir, una cierta resistencia ante la muerte, una afirmación de que somos. Y por eso el recorrido debe tener un buen final.

Como decía M. Benedetti en un poema: *“todos sabemos que nada ni nadie habrá de ahorrarnos el final / pero así y todo hay que vivir como si fuéramos inmortales”*. Ese entusiasmo por estar vivo, por seguir adelante, es un rasgo humano que se extiende hasta el final. Por eso, hay que vivir hasta el final, porque, como recuerda P. Ricoeur, “los seres humanos no han nacido para morir, sino para inventar”.

Vivir hasta el final supone asumir que incluso llegar a la muerte es un acto de vida, el último acto de la persona, que cierra así su narración. Y por eso tiene sentido que, en la medida de lo posible, esa vida hasta el final sea elegida, que, al menos hasta un punto, se pueda decidir cómo queremos llegar a la muerte, cómo queremos vivir ese momento, cómo queremos despedirnos, y cómo queremos que sea el final.

Esto supone que cada uno elegirá algo diferente: para algunos lo más importante será tomar decisiones conscientes sobre el modo de morir, otros preferirán escamotear esa reflexión sobre el final de la vida, limitándose a experimentarla y, quizá, sufrirla, algunos elegirán hacerse cargo de la realidad del final y dotarle de sentido desde su espiritualidad. En todo caso, el morir debería ser un acto de vida.

Seguramente este es el sentido más profundo de ese estar “vivo hasta la muerte” de Ricoeur. Nos recuerda que quienes están en trance de morir se perciben como aún vivos y, por tanto, en la medida en que estén conscientes y lúcidos, capaces de construir la última pieza de su relato vital.

Por eso lo esencial es la movilización de recursos (espacios, acompañamiento, posibilidades de decisión, etc.) para seguir afirmando la vida, según las preferencias de cada cual: mantener la vida en lo posible, decidir acabar, prepararse para el final... todos son actos de vida, elecciones de cierre.

Conviene, desde esta perspectiva, atender a la historia de la persona. Y esto se consigue, en el ámbito sociosanitario, en el contexto de una relación clínica entendida como un pacto de cuidados que no sólo incluye acciones técnicas, sino un proceso continuo de decisiones compartidas (por eso la importancia de la planificación anticipada) que vayan generando una preparación para la decisión y su impacto emocional, que permitan centrarse en la deliberación sobre valores y preferencias como auténtico ejercicio de la autonomía. Por supuesto, es esencial proveer a la persona de todos los recursos, asistenciales (terapéuticos o paliativos), sociales, psicológicos, o simplemente de tiempo para hablar, para que ella pueda ir construyendo su narración, desde sus elecciones, dando sentido a su vida.

Esto es la clave para acompañar en ese tránsito final que es también una parte de la vida. Es la raíz de la calidad de la atención al final de la vida, es la clave de un cuidado excelente que humaniza el proceso de morir, respetando las decisiones sobre la vida ante la muerte.

Esta idea de la vida como narración exige tener en cuenta que hay dos perspectivas: la de quien cuenta su propia historia, y la de quien cuenta la historia de otro.

Porque la muerte es irrepetible e intransferible. Uno no puede morir en lugar de otro, aunque en ocasiones querríamos con-morir cuando acompañamos el final de un ser querido. Y, en cierto modo, morimos en parte, muere un trocito de nosotros. Pero la muerte siempre es de uno, es individual y personal. Por eso la reflexión sobre la muerte se hace desde la expectativa del propio final, desde la imaginación de lo que uno quisiera que aconteciera, desde sus temores y sus preferencias, y también desde la vivencia, siempre externa, de la muerte de otros, donde se impone la presencia atenta a su experiencia de sentido.

El ser humano sabe que muere. Esto nos hace únicos y trágicamente vulnerables. Pero también excelsos por ser capaces de vivir sabiendo que hay un incierto final, por construir nuestra historia desde la finitud, desde las muchas pequeñas muertes que se van produciendo a lo largo de la vida, por ir creciendo en la conciencia de nuestra radical limitación, y por la autenticidad de saber lo precioso que es ese tiempo fugaz en que estamos vivos.

Por eso no hay nada más radical que esa voluntad de vivir hasta el morir, de cerrar la biografía con el mejor final posible para nuestra historia. Y hay múltiples finales. A cada uno de nosotros probablemente nos gustaría que el relato acabara de un modo diferente.

En este tema es preciso diferenciar entre la perspectiva personal, la de quien cuenta su propia historia, desde sus preferencias, su sistema de valores y su modo de ver el mundo, y la perspectiva hacia otros, la que tiene que ver con la articulación de la pluralidad en una sociedad que convive con la diferencia. Nadie puede decirle a otro cómo debe morir, cómo debe afrontar esa última etapa, pues es una decisión personal, un acto de vida, y nadie debe decirle a otro cómo debe vivir.

Como en tantos otros temas bioéticos, donde se ponen en juego valores fundamentales y convicciones muy profundas, tendemos a confundir el espacio de los mínimos compartidos y el de los máximos personales.

La propuesta de una regulación del final de la vida, y el acompañamiento o ayuda en el proceso de morir, forma parte del debate sobre los mínimos de una sociedad compleja y plural, en la que es preciso articular diferentes convicciones en torno a si debe ser un derecho o no la decisión sobre la propia muerte asistida por un profesional sanitario. La reflexión sobre su idoneidad, pertinencia y características exige una deliberación profunda y continuada. En el fondo se trata de evaluar cómo queremos que sea el marco para la decisión individual, esa que tiene que ver con cómo cerrar el relato de cada uno. Y al hacerlo, también construimos una historia colectiva.

Las coordenadas de ese entramado influyen decisivamente en la narración personal del final de cada uno. Un cierre que determina cómo concluye el viaje de cada persona y si la epopeya de la existencia fue vida hasta el final.

**Lydia Feito**

# El comentario de Diego Gracia

## El comentario de Diego Gracia



### El Derecho y la Ética

En estos últimos meses hemos asistido a dos sucesos muy representativos de la confusión mental en que se desarrolla la cultura media de nuestro país, y de la que son ejemplo paradigmático nuestros gobernantes. Vengamos al primer caso. Se trata de que la farragosa Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, de Educación, no sabe muy bien qué hacer con la ética, síntoma evidente de que ignora en qué consiste. Su artículo 25 lleva por título “Organización del cuarto curso de la educación secundaria obligatoria”. Se trata, pues, de fijar los contenidos y las disciplinas que deben cursarse en ese año. Es de lo que tratan los primeros apartados del artículo. Tras redactarlos, debieron darse cuenta de que la ética brillaba escandalosamente por su ausencia en todo el cuerpo de la ley, y decidieron añadir este punto 7: “En algún curso de la etapa todos los alumnos y alumnas cursarán la materia de Educación en Valores cívicos y éticos. En dicha materia, que prestará especial atención a la reflexión ética, se incluirán contenidos referidos al conocimiento y respeto de los Derechos Humanos y de la Infancia, a los recogidos en la Constitución española, a la educación para el desarrollo sostenible y la ciudadanía mundial, a la igualdad de mujeres y hombres, al valor del respeto a la diversidad y al papel social de los impuestos y la justicia fiscal, fomentando el espíritu crítico y la cultura de paz y no violencia”.

Lo primero que llama la atención es eso de que deba explicarse “en algún curso”, no se sabe muy bien cuál, y que constituya el punto 7 de un artículo que regula el cuarto curso de la educación secundaria. Parece que tras redactar el artículo cayeron en la cuenta de que se habían olvidado de la ética, y decidieron añadir este séptimo punto, que se halla claramente fuera de contexto.

Olvidos como el presente suelen obedecer a causas profundas; tanto, que pasan ignoradas para los propios protagonistas. Ya decía Sócrates que el saber más difícil es el saber del no saber, el saber que no se sabe. El no saber es ignorancia. El no saber que no se sabe y creer que se sabe no es ignorancia, es estulticia. Y si la ignorancia es muy atrevida, según el dicho popular, qué decir de la estulticia. Porque la redacción de ese punto séptimo es prueba evidente de que sus redactores no solo no saben lo que es la ética, sino que además no se fían de ella, por lo que han puesto delante, como parapeto contra posibles maquinaciones oscurantistas, los “valores cívicos”. La ética se identifica con los valores cívicos. Y por si esto resultara confuso, lo aclaran acto seguido, fijando sus contenidos, que han de estar “referidos al conocimiento y respeto de los Derechos humanos y de la Infancia, a los recogidos en la Constitución española”, etc. Estos sí, todos con mayúscula, porque son los importantes. ¿De qué se hablará en esas sesiones de ética que deben incluirse no se sabe bien en qué curso de la educación secundaria obligatoria? No creo que se necesite ser un lince para pronosticar que en todos o casi todos los centros, la enseñanza se limitará a explicar Derechos humanos, en particular el Título I de la Constitución española.

Con lo cual caemos, una vez más, en la falacia hoy dominante, la de confundir Ética con Derecho. Una vieja costumbre teológica, que distinguía preceptos y consejos, ha llevado a pensar que los segundos quedan para quienes aspiran a nota, porque los verdaderamente importantes son los primeros, que la ley se encarga en convertir en normas de obligado cumplimiento. Esto, que es un error y nunca debería haber tenido vigencia, hete aquí que sigue, para desdicha de todos, de plena actualidad. Eso de la ética es una floritura un tanto rococó, un adorno cuando menos superfluo. Lo importante es el Derecho. Y su último vástago, el Bioderecho, esa especie de hijo putativo que le ha salido a la Bioética. La propia similitud de los términos hace pensar que uno de ellos ha de ser el importante, a la vez que relega al otro a la categoría de superfluo. Este ha de tener una función simplemente suntuaria, o poco más. Si un país pensara así, ¿qué le sucedería? Más o menos, lo que está pasando aquí.

La Ley Celaá se aprobó el 29 de Diciembre del pasado año, como regalo de Navidades y Año Nuevo. Pero ser “progresista” exige ir siempre más allá. ¿Sabrá alguien lo que están diciendo nuestros políticos cada vez, que son muchas, muchísimas, que pronuncian el término progresista? Es para echarse a temblar. La politología clásica defendió siempre que la virtud política por antonomasia era la prudencia, la llamada “prudencia política”. ¡Pobrecillos! ¡Qué ignorantes! ¡Y qué retrógrados! Lo realmente serio es ser progresista. ¿Qué en qué consiste esto? ¡Ah, eso ya es más oscuro! Oyendo a los políticos utilizar el término con tanta ligereza, es difícil que no surja la sospecha de que, procediendo de modo tan ligero como optimista, puede estarse tirando al niño con el agua sucia. Qué se le va a hacer, es que el agua estaba sucia.

Así que adelante con el progresismo. Y el 24 de marzo de este año el gobierno consigue que se apruebe la Ley Orgánica 3/2021, reguladora de la eutanasia. Ya arreglada la educación, acabemos de un plumazo con las angustias y los problemas de ese trance tan burgués y desagradable que es el proceso del morir. Ya está bien de que esto, como la educación, haya estado en manos de personas oscurantistas, ignorantes y un tanto sádicas, que parecían gozar viendo sufrir a las gentes.

El artículo 4 de la citada ley lleva por título “Derecho a solicitar la prestación de ayuda para morir”. En su punto primero reconoce el derecho de toda persona que cumpla los requisitos legales a solicitar y recibir la citada prestación. Y en el segundo añade: “La decisión de solicitar la prestación de ayuda para morir ha de ser una decisión autónoma, entendiéndose por tal aquella que está fundamentada en el conocimiento sobre su proceso médico, después de haber sido informada adecuadamente por el equipo sanitario responsable. En la historia clínica deberá quedar constancia de que la información ha sido recibida y comprendida por el paciente”.

Ya salió la palabra mágica de la cultura moderna, “autonomía”. Es bien sabido que el gran teórico de la autonomía fue Kant. Pero no pidamos tales sutilezas filosóficas y éticas a nuestros políticos y legisladores. No las necesitan. Además, todos sabemos que Kant era un idealista. Autonomía es lo que el Derecho entiende por tal: el acto humano realizado con información adecuada y sin coacción por persona capaz para decidir, por tanto mayor de edad, etc. Es así de sencillo. Los filósofos complican siempre las cosas, pero la autonomía se reduce a esto: información, capacidad jurídica y ausencia de coacción. Es lo que, mal redactado, parece que quiere decir el punto 2 del artículo 4.

Fue un psicólogo de la Universidad de Harvard, Lawrence Kohlberg, quien llevó a cabo un gran experimento para ver cómo evolucionaba el razonamiento moral en el niño según iba avanzando en edad. Y llegó a la conclusión de que podían distinguirse tres fases, que denominó “preconvencional”, “convencional” y “posconvencional”. Todo giran en torno al término “convención”, que es el modo como suele razonar moralmente el adolescente. Bueno y malo no es lo que él cree que debe hacer, sino lo que el grupo de amigos, la pandilla, o el medio, dicen que debe o no debe hacerse. Hay que vestir como la convención manda, hablar de igual modo, etc. Salirse de ahí no solo está severamente penalizado, sino que además acaba con la autoestima del pobre adolescente. Esto sucede en los años jóvenes pero, en la mayoría de los casos, continúa vigente a todo lo largo de la vida de los individuos. Hay repetidos estudios que demuestran que la mayor parte de las personas nunca salen de la fase convencional. Ahí se para su maduración moral. Como personas adultas que son, toman sus decisiones una vez informados y sin coacción, pero, ¡ah sorpresa!, no son autónomos, porque quienes mandan no son ellos sino el grupo, o cualquier otra instancia heterónoma, el derecho, las iglesias, los usos, las costumbres, las redes sociales, etc. Cualquiera, menos ellos. Porque eso de decidir por uno mismo y hacer lo que se debe resulta muy difícil. Que decidan otros. A mí, para ser buen chico, me basta con obedecer. ¡Y a esto lo llaman los legisladores autonomía!

La ley de eutanasia afirma que la decisión de quien quiera poner fin a su vida debe ser "autónoma". ¿Sabrán sus autores lo que dicen? Estoy seguro de que no. Y pienso, además, que si en algún momento de la historia es necesario educar en la autonomía y la responsabilidad es en el nuestro, en que vivimos al dictado de las redes sociales. Nunca como ahora han tenido tanto poder las técnicas de control social. Lo que los predicadores podían hacer desde los púlpitos medievales no era nada comparado con el poder actual de los medios de comunicación. Ser autónomo es tarea cada vez más difícil. No puede conseguirse más que con una exquisita formación en ética, eso de lo que ya ni se habla en los planes de educación. Es una tragedia social y cultural de inmensas consecuencias. Pero que resultará especialmente dañina en las situaciones más complicadas de la vida humana, aquellas en las que los sujetos somos más vulnerables. Como son los finales. ¿Qué hará, qué decidirá, qué pedirá el paciente, cuando vea en las caras de sus allegados que se ha convertido en una carga para los que son sus seres más queridos? ¿No podrá darse en muchos de estos casos una sutil coacción? ¿Acaso no es esto lo que pretende legalizarse? Y en estas condiciones, ¿cabe hablar de decisión autónoma?

Hay que ser muy romo para pensar que de este modo resolveremos los problemas. ¿Por qué no comenzamos por el principio? La verdadera transformación de la sociedad se consigue educando. ¿Por qué no empezar por ahí? El Derecho hay que verlo como lo que es, un mero epifenómeno de los valores imperantes en una sociedad. En otros términos, el resultado de la ética ciudadana. Seguimos ignorando que Ética no es igual a Derecho, ni Sociedad a Estado. El romanismo irredento de nuestra historia nos hace fundirlos y confundirlos. Fiarlo todo al Derecho, aunque se trate de los Derechos humanos, es suicida. Y suprimir la Ética de la formación escolar, también.

**Diego Gracia**  
Catedrático Emérito de Historia de la Medicina  
Universidad Complutense de Madrid

# Vida Buena, dignidad y Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia

## Introducción

La reciente aprobación y el previo debate de la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia (Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia) han vuelto a traer el debate sobre el carácter y los componentes éticos que puede tener la Ley.

En el preámbulo de la Ley, en el que se presentan las justificaciones y la necesidad de promulgación de esta Ley, se reconoce que la dignidad, o mejor dicho el reconocimiento de unas condiciones que se consideren incompatibles con la dignidad personal, han puesto sobre la palestra la necesidad de recoger los distintos que se esgrimen en su favor o en contra, porque no se puede olvidar que tanto los grupos partidarios como los que se oponen, argumentan que el elemento sobre el que pivota la eutanasia está en la dignidad y cómo se interpreta por cada grupo. En un mundo de ideas plurales, en el que todas las opciones pueden, racionalmente, tener cabida cuando son fruto de la reflexión y presentan una fundamentación potente que ayude a comprender cada una de las visiones, esto no significa que se compartan, sino que difícilmente se puede argumentar en *contra de*, si no se conocen los fundamentos de la argumentación, de cada argumentación.

En este trabajo se va a intentar exponer los argumentos de una y otra postura para intentar reconocer los argumentos y fundamentos de las distintas posiciones.

## Palabra dignidad, elementos semánticos

En esta cuestión voy a seguir el discurso del Prof. Ángel del Moral, que ha dedicado varios trabajos a la semántica de la palabra dignidad (del Moral, 2017; 2015).

A lo largo de la historia a este término se le han asignado distintos contenidos. Hay un sentido político social, que tiene que ver con un reconocimiento social, en función del desempeño de determinadas actividades u ocupar distintos puestos; un sentido religioso o teológico, que emana fundamentalmente de la cultura judeocristiana, al ser considerado como criatura de Dios y dotada por el mismo Dios de unas características que le hacen estar por encima de otras especies, es una *alteridad trascendente y que hace que Ésta se constituye en el origen y la finalidad de la existencia humana*; sentido ontológico, por el hecho de pertenecer a la especie humana, independiente de los atributos anteriores, que enraza con la propuesta kantiana del ser humano como fin en sí mismo, como sujeto y, por tanto dotado de dignidad (sobre la propuesta kantiana se hablará más adelante); sentido ético, cuya principal manifestación es que se sustenta en las capacidades racionales y volitivas de los seres humanos, concretadas en la idea de autonomía y de libertad, o de un actuar partiendo del vínculo de auto respeto y la autenticidad.

Pero es que además a lo largo de la historia, como recoge el Prof. Del Moral al término dignidad se le dotado de distintos calificativos que han hecho un poco más complejo su entendimiento. Recoge este autor:

*.. se han propuesto varias distinciones con respecto a su origen (intrínseca o extrínseca; autónoma o heterónoma; empírica o trascendental), su estructura (ontológica o ética), su forma expresiva (jurídica o moral), su modalidad expresiva (descriptiva o prescriptiva), sus consecuencias (facultad [derechos] o restricción [deberes]), sus condiciones de posibilidad (primigenia o primordial) y su extensión (individual o colectiva; antropocéntrica o cósmica).*

Así, este autor distingue dos sentidos, uno descriptivo y otro prescriptivo este último es el que nos puede interesar en este momento porque se trata de ver cómo se puede respetar y tratar adecuadamente al ser humano que posee una dignidad inherente e intrínseca. Por tanto, digno hace referencia a ser tratado de acuerdo a lo que se es. En el caso del ser humano habrá que considerar *lo que se es*, lo que puede caracterizar al ser humano para que sea tratado como tal.

En este recorrido histórico del concepto dignidad, es preciso recoger lo que expresaba Santo Tomás de Aquino. Este teólogo presenta la dignidad de las personas como fundada en la racionalidad de las mismas, de ahí colige que la naturaleza humana es “la más digna” de las naturalezas. Y es preciso reconocer que en un primer momento se vincula dignidad y humanidad, pero de tipo más cultural y no tanto como un vínculo esencial. Pero por otro lado no se puede olvidar que el concepto dignidad ha sido elemento sobre el que se han construido y elaborado los derechos de las personas en el ámbito social y político (Andorno, 2012; Aparisi Miralles, 2013; Chávez-Fernández Postigo, 2015).

### **Dignidad y vida buena**

La vida buena es uno de los anhelos del ser humano, tanto a nivel individual como a nivel colectivo, es, por tanto, un deseo de la humanidad en su conjunto. Este anhelo ya viene recogido por Aristóteles cuando expresa que la finalidad del ser humano en todas las acciones aspira a un fin último y supremo, afirma que este fin último que constituye la máxima aspiración del hombre, es la felicidad, la *Eudaimonia*, se puede entender la búsqueda de la vida buena, de la que hace feliz y consigue la realización personal (Aristóteles).

A nivel individual, que nos interesa en este momento, supone realizar un proyecto vital acorde con los valores personales y los valores de la propia vida, según Aristóteles desarrollar una vida virtuosa.

Pero cuando se habla de vida ¿a qué se hace referencia?, hay un sentido de vida más primario y más sustantivo que supone la existencia, desarrollo de facultades biológicas, en la tradicional evolución nacimiento, desarrollo, reproducción y muerte y las manifestaciones orgánicas que le son propias y que expresan en las facultades fisiológicas que se poseen. Hay otro concepto de vida que viene del mundo religioso de lo trascendental, y que se manifiesta en una vida trascendente más allá de la muerte que se expresa, de manera diferente, en diferentes religiones. Con esta idea de vida trascendente, se puede entender que la idea de vida buena tiene que ver con esta transcendencia, que en las religiones cristianas supone la creencia en la resurrección, por tanto, se puede entender que la vida buena que se propone sea alcanzar esta inmortalidad en relación con Dios. Así lo expone Javier Gafo (2003):

*Los argumentos de la moral católica a favor de la vida tienen sus razones en los siguientes puntos:*

- 1. La vida es un bien personal, por tanto, quitar la vida propia o ajena va contra la caridad debida a uno mismo o hacia los demás.*
- 2. la vida es un bien de la comunidad, el atentado contra la vida propia o ajena lesiona la justicia, así cada vida humana está ordenada como la parte al todo, eliminar una parte supone una injuria contra la comunidad.*
- 3. la vida es un don recibido de Dios, atentar contra la vida es usurpar un derecho que solo a Dios pertenece.*

Porque vida buena es la que busca la felicidad, y además una felicidad eterna, que, en definitiva, fue lo desarrollado por Aristóteles cuando presenta la finalidad del ser humano. Desde esta perspectiva se puede entender que la finalidad ontológica del ser humano es la felicidad y que en su búsqueda va a dedicar todas sus energías. Por tanto, la felicidad no viene de poseer, de tener, sino de la manera de ser y estar en el mundo. Por eso se puede decir que hay variadas expresiones de la búsqueda de la felicidad y de los caminos para alcanzarla. Aquí interviene el tema de la libertad del ser humano, se entiende que a través del ejercicio de los hábitos morales se va siendo libre, de manera que se puede afirmar que es, a través de los hábitos, es como el hombre gana en libertad, puesto que le facilita el hacer actos libres y buenos (*Cómo Distinguir La Buena Vida de La Vida Buena*, 2013).

Si, como se ha visto, hay un carácter intrínseco de la dignidad que exige el respeto por la persona y por su vida, es preciso identificar este concepto vida.

## **El concepto kantiano de dignidad**

Cuando se hace referencia a la dignidad hay una figura de referencia hacia la que todos miran por su planteamiento de la dignidad humana que ha traspasado culturas y tiempos y ha adquirido carácter universal, es la propuesta que hace E. Kant. La formulación kantiana es: *"El hombre, y en general todo ser racional, existe como fin en sí mismo, no sólo como medio."*

Para Kant dignidad caracteriza el valor interno de la persona humana, basada en su racionalidad moral, su capacidad autolegisladora moral, es decir su autonomía moral, que Kant denomina "valor de dignidad". Como expone Jesús Conill (2002):

*"En este "valor de dignidad" se funda un humanismo ético, de carácter eleuteronomico, porque su contenido fundamental es la libertad, cuyo lema podría formularse así: "hacer de la libertad virtud" (y así hacerse digno de ser feliz) y que tiene el firme propósito de hacer valer la dignidad."*

Kant propone la autonomía moral como la base para el respeto a la dignidad de las personas. Esta postura se opone a los sistemas que defienden la moral heterónoma, la que acata la ley que procede de otro. El caso más significativo es el de las religiones que presentan que la única ley a seguir y respetar es la que emana de Dios, y que se supone superior a la de los hombres (Valls, 2015).

También es cierto que sin dotarla de determinado contenido la idea de dignidad queda vacía por lo que interesa conocer qué contenidos garantizan la protección de la dignidad humana, o qué acciones pueden atentar contra ella, etc.

Es interesante señalar que algunos autores (Beade, 2016) marcan la importancia del respeto por la razón, lo que supone indicar que el hombre es un ser libre y moralmente por sus acciones, como una disposición al libre pensamiento en el que se fundan los derechos humanos inalienables. De ahí también que la idea de dignidad en Kant tenga una potente base en elementos socio políticos.

## **Hacia una propuesta de respeto a la dignidad humana**

Tomás de Aquino la expresa implícitamente al decir que la dignidad humana se fundamenta en su racionalidad, dice que la naturaleza humana es "la más digna" de las naturalezas. Efectivamente, en un contexto de amplia tradición católica y con un peso importante de la misma en la toma de decisiones esta defensa de la vida es absolutamente respetable y pesa en la toma de postura.

Como señalan Ferrer y Álvarez (2003), sobre ningún otro tema existe tanta divergencia entre la concepción laica y la cristiana de la existencia, dados los diferentes puntos de partida de cada uno de ellos, así para los cristianos la relación fundamental y definitiva es la de su criatura con Dios. Solo Dios es señor de la vida y todo sufrimiento cobra sentido en Dios. Sin embargo, en la concepción laica el centro de la realidad está en el ser humano mismo, así se reconoce que la vida humana produce los valores y se juzga a sí misma a partir de esos valores, en este sentido la vida vale en tanto es la condición para realizar los valores.

Pero nuestra sociedad es plural, con diferentes maneras de ver y entender la vida, sin que se pueda decir que una sea superior a otra, siempre que se cuente con la argumentación y fundamentación suficiente y adecuada.

En posturas diferentes, lo que se entiende como ética laica (Sádaba, 2015; 2004) considera que el valor vida tiene que ver con la ley que me impongo y el ejercicio de mi libertad para poder realizarla. Así este autor expresa: si la moral moderna rompe con la heteronomía y soy yo quien decido, entonces no se ve por qué hay que mantener el hilo de la vida, cuando todas las circunstancias hacen razonable cortarlo. La eutanasia entra en los derechos de primera generación, es decir en la libertad. Otro argumento hace hincapié en la inmoralidad de permitir el sufrimiento humano o el dolor de cualquier criatura sentiente... Añade la ética como la medicina, tiene como tarea ineludible eliminar el sufrimiento.

Por otro lado, podemos reinterpretar el texto bíblico del pecado original, al que tradicionalmente se da un sentido de pérdida de beneficios que tenía la pareja primigenia de la humanidad Adán y Eva, al comer del árbol del

conocimiento del bien y del mal. Beneficios expresados en una existencia idílica en un paraíso. La pérdida supuso para el ser humano perder ese estatus y entrar en el mundo del dolor y del sufrimiento. Pero también cabe interpretar, que el comer esta fruta permitió abrir los ojos y entrar en el conocimiento del bien y del mal (así expresa la serpiente: “¡No, no moriréis! Antes bien Dios sabe que en el momento que comáis se abrirán vuestros ojos y seréis como dioses, conoceréis del bien y del mal” Gn 34-5. En la moral heterónoma que se supone aporta la religión, este pasaje lo elimina al dejar amplia libertad a la pareja para llevar a cabo una acción autónoma con sus correspondientes consecuencias.

Porque, como indica Scarpelli (recogido por Ferrer y Álvarez, 2003), el tema de la eutanasia es una cuestión de libertad religiosa y lo expresa de la siguiente manera, supone un escrupuloso respeto tanto del que entiende que el amor de Dios le lleva a soportar cualquier dolor físico, como también la voluntad de una diversa religión que no quiere ofender la vida someténdola a la humillación del dolor o el sufrimiento extremos.

Se puede atentar contra la dignidad cuando se toma la decisión por otra persona, sin tenerlo como interlocutor válido y coherente con sus valores personales, o cuando se instrumentaliza para otras finalidades, por ejemplo, las económicas.

En consecuencia, se puede decir que se respeta la dignidad de la persona cuando se aceptan sus planteamientos de vida coherentes con sus valores y su trayectoria, que no está instrumentalizado por otras instancias o cuando no participa en la toma de decisiones que le afectan directamente. Por eso hay que ser especialmente cuidados con las personas que no están en condiciones de decidir por sí mismos, o que no ha podido dejar expresadas sus voluntades. Es el momento de considerar la vulnerabilidad y fragilidad como elementos a considerar que no deben condicionar las decisiones de terceras partes, sino considerar como se puede defender el valor de su vida y cómo fomentar su participación en las decisiones que atañen a su vida.

**Fco. Javier Rivas Flores**  
Médico. Vocal Junta Directiva ABFyC

## Referencias bibliográficas

- Andorno, R. (2012). El principio de dignidad humana en el bioderecho internacional. *Boletín Del Consejo Académico de Ética En Medicina*, 8(0).
- Aparisi Miralles, Á. (2013). El principio de la dignidad humana como fundamento de un bioderecho global. *Cuadernos de Bioética*, XXIV (2), 201–221.
- Aristóteles. (1985). *Ética Nicomáquea. Ética Eudemia* (I. E. Lledó y B. J. Pallí, Eds.). Editorial Gredos.
- BEADE, I. (2016). Acerca del concepto de dignidad humana en la filosofía kantiana: del hombre como fin en sí mismo al hombre como ciudadano del mundo. *Revista de Estudios Kantianos*, 27–42. [http://www.sekle.org/images/revista\\_1/6467-22280-1-PB.pdf](http://www.sekle.org/images/revista_1/6467-22280-1-PB.pdf)
- Chávez-Fernández Postigo, J. (2015). El fundamento antropológico del bioderecho. Una reflexión biojurídica. *Cuadernos de Bioética*, XXVI (1), 13–23.
- Cómo distinguir la buena vida de la vida buena.* (2013). Revista Istmo. <https://www.istmo.mx/2013/02/19/como-distinguir-la-buena-vida-de-la-vida-buena/>
- Conill, J. (2002). La dignidad humana como concepto”. *Eidón. Revista de La Fundación de Las Ciencias de La Salud*, 11, 50–53.
- del Moral, Á. (2015). RELECTURA DEL CONCEPTO DE “DIGNIDAD” DESDE UN MARCO SEMIÓTICO. VII *Jornadas de Investigación En Filosofía*.
- del Moral, Á. (2017). DIGNIDAD Y PERSONA. X *Congreso Nacional (y III Estatal) de Bioética de La A.N.M.B.C.A.*
- Ferrer, J. J., & Álvarez, J. C. (2003). *Para fundamentar la bioética: teorías y paradigmas teóricos en la bioética contemporánea*. Desclée de Brouwer; Universidad Pontificia Comillas.
- Gafo, J. (2003). *Bioética teológica*. Universidad Pontificia Comillas; Desclée de Brouwer.
- Sádaba, J. (2004). *Bioética Laica*. Gedisa.
- Sádaba, J. (2015). Eutanasia y Ética. *Revista de Bioética y Derecho*, extra, 237-246. <https://doi.org/doi.org/10.1344/rbd2015.Extra.14715>
- Valls, R. (2015). El concepto de dignidad humana. *Revista de Bioética y Derecho [En línea]*, 278–285. [www.bioeticayderecho.ub.edu/master](http://www.bioeticayderecho.ub.edu/master)

# Deliberación desde el Comité de Ética Asistencial del Sector Teruel sobre la reciente Ley de Regulación de la Eutanasia

## RESUMEN

En relación a la reciente aprobación de la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia en España, desde el Comité de Ética Asistencial del Sector Teruel, analizamos aspectos acerca del conflicto ético que puede presentar el respeto pleno, por parte de los profesionales sanitarios colegiados de la provincia de Teruel, al principio de autonomía que demanda el paciente. Además, exploramos los argumentos a favor y en contra de la regulación de la ayuda médica a morir según diversos colectivos profesionales.

## ABSTRACT

In view of the recent adoption of the Organic Law for the Regulation of Euthanasia in Spain, this study aims to analyze the ethical conflict that can arise when registered health professionals within the province of Teruel fully respect the principle of autonomy as requested by their patients. Furthermore, it explores the arguments for and against the regulation of the provision of medical assistance in dying as per the views of different surveyed professionals.

---

## Introducción

Ante la aprobación en el Congreso de los Diputados de la Ley Orgánica 3/2021 de 24 de marzo de Regulación de la Eutanasia (LORE) (1), desde el Comité de Ética Asistencial (CEA) del Sector Teruel se decide iniciar un trabajo de investigación y reflexión con el objetivo de conocer las actitudes de los profesionales de medicina y enfermería de Teruel acerca de la eutanasia y el suicidio medicamente asistido (SMA) (2) y a la luz de ellos promover la reflexión, aportando propuestas que pueden y deben tener los CEA en el desarrollo de esta Ley.

Es necesario que utilicemos un lenguaje común y, siguiendo la propuesta de consenso para un uso correcto de las palabras de final de vida que Simón Lorda inició hace más de 12 años (3), nos referimos a eutanasia con las mismas consideraciones que plantea en Aragón la Ley 10/2011 de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte (4), la administración de un fármaco para producir la muerte de un paciente que lo ha solicitado de forma voluntaria y reiterada, por padecer una enfermedad incurable que siente como inaceptable y no ha podido ser calmada por otros medios. En la misma línea, se define SMA a la actuación profesional que tiene como objetivo proporcionar al paciente los medios para que él se produzca la muerte. Adecuación de las medidas terapéuticas es la retirada o no instauración de una medida de soporte vital o de cualquier otra intervención que, dado el mal pronóstico del paciente, solo contribuye a prolongar en el tiempo una situación clínica. Sedación paliativa se refiere a la administración de fármacos en las dosis y combinaciones necesarias para lograr el alivio de uno o varios síntomas refractarios. Documento de voluntades anticipadas (DVA) es una manifestación escrita, hecha para ser incorporada al

Registro de Voluntades Anticipadas, por una persona capaz que, consciente y libremente, expresa las opciones e instrucciones sanitarias que deben respetarse en el caso de que no pueda expresar personalmente su voluntad; así como la asignación de un representante que vele por sus deseos. Planificación anticipada de las decisiones sanitarias (planificación compartida de la atención) consiste en el proceso de reflexión y comunicación entre profesionales, pacientes y familiares sobre la atención que le gustaría recibir cuando no pueda decidir por sí misma. El DVA es por tanto, una herramienta dentro del proceso de planificación, como resultado del proceso de comunicación (5). Por último, la objeción de conciencia (6) es la negativa a cumplir un cometido profesional exigido aduciendo razones morales o de conciencia de carácter individual, privado y concreto.

## Hechos

Ante cualquier análisis ético lo primero es deliberar sobre los hechos. Podemos sacar a la luz los valores que estos hechos han traído de sacralidad de la vida y exaltación del curar como fin último de la medicina, y como contravalor el “encarnizamiento terapéutico” cuando no se considera que ayudar a un buen morir es un fin tan lícito y encomiable como salvar vidas (7). Esto ha empezado a cambiar como consecuencia de la aparición de los derechos de los pacientes y del desarrollo de los cuidados paliativos (CP). La 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 (8) manifiesta que los usuarios tienen derecho a participar en las decisiones que tienen que ver con su salud y por tanto con su vida, al consentir o rechazar tratamientos aunque ello suponga anticipar su muerte. La Ley 10/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte, enfatizan la importancia de la “muerte digna” (4). En ella se regula además la necesidad de que existan CEAS.

Todo esto ha proporcionado seguridad a los profesionales sanitarios, dejando claro que decisiones de omisión y retirada de tratamientos y/o soportes son buenas prácticas y denotan calidad asistencial. Con todo, se precisa un buen conocimiento de estos escenarios de final de vida, para evitar confusiones en el manejo de la situación y de herramientas de deliberación y comunicación.

Pero, hasta hoy la eutanasia y el SMA no eran prácticas autorizadas en España. La solicitud de las mismas y la denuncia del sufrimiento que ha ocasionado el rechazo y la condena también forma parte de estos hechos. Ha existido una tendencia de apoyo a la regulación de la eutanasia y el SMA en España que ha ido aumentando tal y como reflejan encuestas y estudios como los del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) en 2009, o de las empresas Ipsos Mori, en 2015 y Metroscopia en 2017, 2019, y más (9). Además la Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente (DMD) ha apoyado el derecho de toda persona a disponer con libertad de su cuerpo y de su vida, y a elegir libre y legalmente el momento y los medios para finalizarla (10).

En cuanto a la LORE, el capítulo I se dedica al objeto, ámbito y definiciones. El capítulo II explicita cuáles son los requisitos para poder solicitar la prestación de ayuda para morir y las condiciones para su ejercicio. El capítulo III regula el procedimiento para llevar a cabo dicha prestación, planteando la creación de una Comisión de Garantías y Evaluación. El capítulo IV se centra en las condiciones que garanticen el acceso en condiciones de igualdad y equidad, incluyendo esta prestación en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud. De la misma forma garantiza el derecho a la objeción de conciencia de los profesionales directamente implicados. El capítulo V regula la creación de las Comisiones de Garantías y Evaluación en todas las Comunidades Autónomas. Además, la entrada en vigor de la LORE dispone que la muerte por eutanasia será considerada muerte natural y modifica la Ley Orgánica 10/1995 del 23 de noviembre del Código Penal en su artículo 143, apartado 4, para despenalizar las conductas eutanásicas que se ajusten a los supuestos de esta ley (11).

## Nuestros hechos

Siguiendo con el objetivo de esta revista que es contribuir a la difusión y desarrollo de la bioética, desde una perspectiva plural, abierta y deliberativa; en la que se escuchan todas las opiniones y se valoran todas las aportaciones sobre los diferentes enfoques a las cuestiones; en la que no se buscan verdades absolutas sino un ejercicio de prudencia, de responsabilidad, de reflexión, de auténtica deliberación; se une nuestro objetivo intentando conocer las actitudes de los sanitarios registrados en los Colegios Profesionales de la provincia de Teruel sobre la regulación de la eutanasia y el SMA. Mediante un estudio observacional, descriptivo y transversal cuyo método de recogida de datos es un cuestionario estructurado a través de la plataforma “Google Forms” constituido por 25 preguntas con variables tipo Likert. El número total de profesionales colegiados en la provincia de Teruel es de 1751. El cuestionario ha tenido una participación considerable, obteniendo 166 respuestas totales.

En cuanto al perfil del entrevistado se obtiene que el 79,4% fueron mujeres. El grupo de edad más representado es el de 21 a 30 años con un 25%, pero todos los grupos de edad cuentan con una representación ecuánime exceptuando el grupo de edad de mayores de 60 años con una representación del 10,9%. El 93,5% de los encuestados trabaja en el ámbito público. El 76,5% trabaja en área de salud urbana y el 23,5% en área de salud rural. El 13,8% y el 17,8% adolecen de formación en bioética y CP respectivamente.

En cuanto a la religión profesada por parte de los encuestados, el 38,2% se considera agnóstico, ateo o no creyente, el 32,9% católico no practicante, el 20,6% católico poco practicante y el 7,1% católico practicante. El 81% de los encuestados considera que la religión influye de una manera importante en la actitud frente a la eutanasia.

El 90,8% de los encuestados creen que cada persona tiene derecho sobre cómo quiere vivir y elegir cuándo y cómo quiere morir. El 59,8% cree que la razón más importante que lleva a una persona enferma a pedir terminar con su vida es el hecho de perder su autonomía física y la libertad como persona y el 19,5% sentir un dolor físico insoportable.

Al 85,7% de los encuestados le parece bien que se haya regulado en España la eutanasia y al 82,8% le parece bien que se haya regulado en España el SMA. Por otro lado, el 83,9% cree que los sanitarios deberían tener derecho a negarse a llevar a cabo la eutanasia o el SMA. En cuanto a la objeción de conciencia el 59,2% de los encuestados no contempla su solicitud y el 28,1% la solicitaría.

## Deliberación sobre valores y deberes

Como muestra de la pluralidad de nuestra sociedad y la controversia que suscita la regulación de la eutanasia existen diferentes publicaciones y manifiestos emitidos por diferentes organizaciones en nuestro país.

En 2003 el Observatorio de Bioética y Derecho de la Universidad de Barcelona (12) plantea la regulación de la eutanasia en base a que el derecho a la vida no se puede imponer sobre el deber de vivir en cualquier circunstancia, en contra de su propia voluntad, y priorizando el respeto de la libertad de la persona en la toma de decisiones sobre su propia vida, incluida su muerte.

En 2005 el Instituto Borja de Bioética publicó el artículo “Hacia una posible despenalización de la eutanasia: Declaración del Instituto Borja de Bioética” (13) argumentando que en el marco de la apuesta por la vida es un proceso que puede culminar en el último acto humano en la medida que se sabe afrontar con lucidez y responsabilidad. Considerando que la defensa de la vida es un valor ético, y debe ser jurídicamente protegido, pero que se podría admitir una excepción en el caso de la eutanasia tal y como ha sido descrita y por tanto, se debería plantear cómo tipificar estos casos desde la perspectiva médica y/o sanitaria y cómo recogerlos en una norma jurídica.

En 2006 se expresó el Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya con el “Informe sobre la eutanasia y la ayuda al suicidio” (14) en el que se debía asegurar un equilibrio entre los derechos fundamentales a la vida, dignidad y libertad.

El Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España, reafirmó en su asamblea general de 2018 que “el médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente ni siquiera en caso de petición expresa por parte de éste”(15).

En 2020 el Comité de Bioética Nacional señala en su informe “sobre el final de la vida y la atención en el proceso de morir, en el marco del debate sobre la regulación de la eutanasia: propuestas para la reflexión y la deliberación” (16) que el problema reside en confundir lo lícito en determinados contextos con lo exigible, y que la existencia del derecho precisa razones más allá de los deseos de la persona, ya que implica poner en sus manos un poder que le permite controlar la conducta de otros, determinar lo que éstos deben hacer o no hacer, y hacerlo con el respaldo del Estado.

Algunos de los argumentos que señala en contra de la regulación de la eutanasia son:

1. Vida como derecho inalienable.
2. La prevalencia del principio de beneficencia.
3. Práctica contraria a los fines, por lo que no es un acto médico.
4. Pacientes en situación incurable se verían abocados al no ver otra posibilidad para acabar con su sufrimiento.
5. Intereses de terceras partes.

De los argumentos que define a favor destacan:

1. La no obligación a vivir.
2. La prevalencia del principio de autonomía y del respeto a la libertad para decidir.
3. Evitar el sufrimiento, cuando los CP no consiguen aliviarlo.
4. Evitar un fin doloroso ante una enfermedad irreversible.

La Comisión de Comités Sociosanitarios de Comités de Ética de Euskadi, publicó en diciembre de 2020 su “Informe de posicionamiento ético y valorativo acerca de la posible despenalización y regulación de la eutanasia y el suicidio medicamente asistido” (17). En él, estiman moralmente aceptable la despenalización y regulación de esta ley y que el desarrollo de los CP no está condicionado ni entra en conflicto con la regulación de las ayudas médicas para morir. Sobre la objeción de conciencia, dejan claro que debe respetarse pero no planteada de forma genérica, sino razonada para cada caso concreto. Abogan, además, por la participación de los CEA en los procesos de asesoramiento, seguimiento y evaluación y de los profesionales de la psicología cuya ayuda ante las necesidades emocionales de las personas que soliciten la eutanasia garantice que la capacidad y autonomía es completa.

La Comisión Deontológica del Colegio Oficial de Enfermería de Madrid, publicó en diciembre de 2020 su “Informe sobre la proposición de Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia” (18) donde piden creación y composición de las Comisiones de Garantía y Evaluación, con la inclusión de las enfermeras como miembros, para unificar criterios a nivel nacional para evitar variabilidad en función de las distintas ideologías políticas. Por otro lado, consideran que los registros de objetores de conciencia previstos en la ley se realice por medio de colegios profesionales. Su mayor aportación es destacar el rol de las enfermeras para

aportar la visión profesional de los cuidados y participar de forma proactiva en políticas sanitarias, especialmente en los cuidados y atención al final de la vida, ya que, se entiende que en el proceso deliberativo se debe incluir a la enfermera como miembro del equipo responsable.

El Comité de Profesionalismo del Colegio de Médicos de Madrid (19), en febrero de 2021, exponen que, las sociedades occidentales se produce una progresiva tanatofobia, ocultar la muerte, que se ha intentado compensar con iniciativas ciudadanas de reflexión sobre el fenómeno de la muerte “Death café” o promoción de culturas de “ciudades compasivas”, pero con un escaso desarrollo.

La Sociedad Española de Psiquiatría pone de manifiesto, en un informe publicado en febrero de 2021 (20), que no se hace mención explícita a los trastornos mentales y valora la necesidad de una serie de reflexiones éticas en torno a la implicación de su padecimiento. La enfermedad mental puede limitar la autonomía del paciente, y el padecimiento de una enfermedad física crónica e invalidante, y la presencia de síntomas depresivos puede afectar a la autonomía y competencia de los pacientes en la toma de sus decisiones. Por lo referido, consideran la necesidad de asegurar durante el proceso la voluntad y decisión de la persona, libre de influencias internas (psicopatología) o externas (socioeconómicas).

La Asociación de Bioética Fundamental y Clínica (ABFyC) (21), en su documento de marzo de 2021, sostiene que el final de vida debe ser una prioridad, sobre todo en el contexto de un sufrimiento no aliviado, protegiendo a los más vulnerables y consideran que se deben proporcionar recursos de formación, capacitación y toma de decisiones.

Como representación ciudadana, se incluye la Asociación Federal del Derecho a Morir Dignamente (DMD) (10). Esta asociación impulsa valores de libertad como el derecho a decidir sobre el final de la propia vida y entre sus propuestas se encuentra que se preste especial atención a la selección de los miembros de la Comisión de Garantía y Evaluación para evitar el sesgo ideológico. Proponen que se establezcan sistemáticas comunes en todo el proceso, tanto en la solicitud como en la evaluación y que la actividad de la Comisión de Garantía y Evaluación sea transparente. Con relación a la tramitación, solicitan que se reduzcan en lo posible los tiempos de documentación, además de un cuidado exquisito de la confidencialidad. Solicitan que sea la persona demandante quien elija al profesional. Refieren a la necesidad de entender el trabajo en equipo y entienden que la enfermera debe participar durante todo el proceso. Sobre la objeción de conciencia piden que no se admita la objeción institucional y que el hecho de ser objetor no debe servir para eximirse del deber de participar en el proceso de formación establecido por las administraciones públicas.

## **Conclusiones y propuestas**

Los profesionales sanitarios encuestados creen en el respeto pleno del principio de autonomía y que las personas tienen derecho sobre cómo quieren vivir y elegir cuándo y cómo quieren morir, pareciéndoles a casi todos apropiada la regulación de la eutanasia y el SMA en España. La mayoría de ellos creen que, a través de los Colegios Profesionales, deberían haber participado en la redacción de la ley. Acerca de la Objeción de conciencia, creen que deberían tener derecho a negarse a llevar a cabo la eutanasia o el SMA, pero más de la mitad cree que no solicitaría objeción de conciencia.

Una vez analizada la LORE y en consonancia con las conclusiones surgen las siguientes propuestas del CEA del Sector Teruel:

1. Asegurar en el procedimiento para la realización de la eutanasia o SMA, la voluntad y decisión de la persona, libre de influencias internas (psicopatología) o externas (socioeconómicas). Estimar que no exista una enfermedad mental que asocie ideas de autolisis y que en los procedimientos de valoración, se estime la capacidad de decisión del individuo de forma especializada y se acredite la presencia de una enfermedad de carácter orgánico crónico e invalidante fundamentalmente.

2. Garantizar el acceso universal a CP o a las ayudas sociales a todas las personas, incluyendo aquellas que soliciten eutanasia o SMA.
3. Los Comité de Ética Asistencial (CEA) pueden ayudar al paciente, al médico/a responsable o al consultor, y a la cualificación de los miembros de la Comisión de Garantía y Evaluación. Formación para llevar a cabo el proceso deliberativo. Asesoramiento de los casos que precisen una valoración ética, especialmente en casos de reclamaciones. La competencia para asesorar sobre aspectos de bioética debe quedar preservada de manera clara para los CEA.
4. Asegurar que la Comisión de Garantía y Evaluación sea un organismo técnico, orientado a la verificación administrativa, que tiene que dirimir si el caso concreto cumple o no las características exigidas por la ley, con el máximo rigor y transparencia; con la mínima invasión de la intimidad, y máxima confidencialidad. Consideramos que puede haber conflictos éticos por lo que entendemos que debería contar con la participación del CEA correspondiente.
5. Promover y dar formación en la Planificación anticipada de decisiones. Debería facilitarse los mecanismos para que se realice un adecuado registro en la historia clínica electrónica y que cuente con un indicador que recuerde que es de obligada lectura para poder respetar la autonomía del paciente.
6. Modificar los Documentos de Voluntades Anticipadas (DVA) para que se adapten a los requisitos de la LORE.
7. Las enfermeras /os deben participar en todo el proceso y sus actuaciones deben quedar claramente definidas en los protocolos que se elaboren.
8. Objeción de conciencia no institucionalizada ni genérica, ya que se trata de una opción estrictamente personal. Asegurar estricta confidencialidad tanto para los pacientes como para los profesionales. Con respecto al rol de enfermería, consideramos que si no queda clara su participación en el proceso eutanásico desde el inicio y se limita a la mera administración (y/o presencia/acompañamiento en SMA), es más fácil que en este colectivo se produzcan más objeciones de conciencia.
9. Máxima difusión de información de la LORE a profesionales sanitarios y a los ciudadanos. No sólo sobre la LORE, sino también sobre los escenarios del final de vida, la promoción de los DVA, dentro de la Planificación anticipada de decisiones.

Como conclusión genérica nos atrevemos a decir que la deliberación siempre debe permitirnos enfrentarnos a la toma de una decisión que nos permita descubrir la mejor solución ante una cuestión planteada, sin un prejuicio ni perjuicio.

**Silvia Benito Costey**

Licenciada en Medicina y Cirugía. Especialista en Pediatría.  
Máster en Cuidados Paliativos Pediátricos. Vocal del CEA Sector Teruel.  
Coordinadora de la Red de Paliativos Pediátricos del Sector Teruel.  
Miembro del Comité Científico de la Revista Atalaya Médica de Teruel.

**Milagros Escusa Julián**

Graduada en Enfermería. Experto Universitario en Procesos e Intervenciones enfermeras en el ámbito de los cuidados generales. Experto Universitario en Enfermería en la Unidad de Medicina Interna.  
Diplomado en Salud Pública. Guía de Práctica Clínica de Trastorno Mental Grave.  
Vocal del CEA Sector Teruel.

**Lorena Pereyra Grustán**

Licenciada en Medicina y Cirugía. Especialista de Psiquiatría.  
Vocal del CEA Sector Teruel.

**Ana María Sangüesa Lacruz**

Graduada en Enfermería.  
Enfermera interna residente de geriatría.

**Marta Cristina Agudo Rodrigo**

Licenciada en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.  
Médica ESAD del sector Teruel. Máster en Cuidados Paliativos. Secretaria de la SECPAL.  
Vocal del CEA Sector Teruel.

**Juana María Vicario Bermúdez**

Licenciada en Medicina y Cirugía. Especialista de Medicina Interna.  
Vocal del CEA Sector Teruel.

**Isabel Rilova Fernández**

Diplomada en Enfermería.  
Secretaria del CEA Sector Teruel.  
Enfermera en Hospital de Día de Oncología en el Hospital Obispo Polanco de Teruel.

**Enrique Orea Castellano**

Diplomado en Enfermería.  
Vocal del CEA Sector Teruel. Profesor en la Escuela Universitaria de Enfermería de Teruel.

**Marta González Pérez**

Licenciada en Medicina y Cirugía. Especialista de Cirugía General y del Aparato Digestivo.  
Secretaria del Comité de Tumores de Mama. Vocal del CEA Sector Teruel.

**Concha Thomson Llisterri**

Licenciada en Medicina y Cirugía. Especialista de Aparato Digestivo.  
Doctora en Medicina. Máster en Gestión y Metodología de la Calidad Asistencial.  
Máster en Bioética Clínica. Vocal del CEA Sector Teruel.

**Concepción Gómez Cadenas**

Diplomada en Enfermería. Especialista en Enfermería Geriátrica.

**David Navarrete Villanueva**

Graduado en Enfermería.  
Máster en Iniciación a la investigación en Ciencias de la Enfermería.  
Investigador predoctoral en formación del grupo de investigación GENUD (Universidad de Zaragoza)

## **Bibliografía**

(1) *Ley orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia*. («BOE» núm. 72, de 25 de marzo de 2021, pp 34037 a 34049. Recuperado de <https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/03/24/3>

(2) *Estudio sobre las actitudes de los profesionales sanitarios de Teruel con relación a la Eutanasia y el Suicidio Médicamente Asistido*. Dictamen favorable del CEICA P120-617: aprobado en reunión del día 27/01/2021, Acta N° 02/2021.

(3) Simón Lorda, P., Barrio Cantalejo, I.M., Alarcos Martínez, F.J., Barbero Gutiérrez, J., Couceiro, A., Hernando Robles, P. (2008). *Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las*

palabras. Rev Calidad Asistencial, 23 (6): 271-85. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/s1134-282x\(08\)75035-8](https://doi.org/10.1016/s1134-282x(08)75035-8)

(4) Ley 10/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte. (BOE 115, 14 de mayo de 2011, pp 49076 a 49093). Recuperado de <https://www.boe.es/eli/es-ar/l/2011/03/24/10>

(5) Saralegui, I., Lasmarías, C., Júdez, J., Pérez de Lucas, N., Fernández, J., Velasco, T. (2018). *Claves en la planificación compartida de la atención. Del diálogo al documento*. Monografía SECPAL sobre Cronicidad Avanzada; Tamayo Velázquez, M.I. (et al.). *Guía para hacer la voluntad vital anticipada*. Sevilla: Consejería de Salud, 2012; Simón Lorda, P. (2013). *Planificación anticipada de las decisiones. Guía de apoyo para profesionales*. Consejería de Apoyo y Bienestar Social de Andalucía.

(6) *Guías de ética en la práctica médica*. (2008). *Ética de la Objeción de conciencia*. Fundación de Ciencias de la Salud.

(7) *The goals of medicine* (1996). Hastings Center Report, 26 (6). Special Supplement.

(8) Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (BOE núm. 274, de 15/11/2002) Recuperado de <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41/con>.

(9) Centro de Investigaciones Sociológicas: *Atención a pacientes con enfermedades en fase terminal*. Estudio no 2803. Mayo-junio 2009. [www.cis.es](http://www.cis.es). Recuperado de [http://www.cis.es/cis/export/sites/default/Archivos/Marginales/2800\\_2819/2803/es2803.pdf](http://www.cis.es/cis/export/sites/default/Archivos/Marginales/2800_2819/2803/es2803.pdf).

Metroscopia. Encuestas. [www.metroscopia.org](http://www.metroscopia.org) 7 de marzo de 2017. Recuperado de <http://metroscopia.org/muerte-digna/>

Serrano del Rosal, R., Heredia Cerro, A. (2018). *Actitudes de los españoles ante la eutanasia y el suicidio médico asistido*. Rev. Esp. Investig. Sociol. 161:103-12.

Molina Martínez, M.A., Serrano del Rosal, R. (2014). *Regulación de la eutanasia y el suicidio asistido en España ¿Hacia qué modelo se dirige la opinión pública?* Arbor: Ciencia, pensamiento y cultura.

Ortiz-Gonçalves, B., Albarrán, Juan E., Labajo González, E., Santiago-Sáez, A., Perea-Pérez, B. (2018). *Decisiones al final de la vida: resultados del cuestionario validado por expertos*. Gaceta Sanitaria. 32(4):333-8.

Rodríguez-Calvo, M.S., Soto, J.L., Martínez-Silva, M.I., Vázquez-Portomeñe, F., Muñoz-Barús, J.I. (2019) *Actitudes hacia la eutanasia y el suicidio médicamente asistido en estudiantes universitarios españoles*. Rev. Bioét. 27(3): 490-9.

(10) *Quiénes somos. Derecho a Morir Dignamente*. (2020). Recuperado de <https://derechoamorar.org/quienes-somos/>

(11) Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal (BOE núm. 281, de 23 de noviembre de 1995). Recuperado de <https://www.boe.es/eli/es/lo/1995/11/23/10/con>

(12) Casado, M., Royes, A., Antón, P., Atienza, M., Badia, A., Buisan, L. (2003). *Documento sobre la disposición de la propia vida en determinados supuestos: declaración sobre la eutanasia*. Observatorio de Bioética y Derecho.

(13) Fabre, Abel, Busquets Alibés, E., Camacho Díaz, J.A., Cambra Lasasosa, F.J., Cardona Iguacen, X., Cusí Sánchez, V. (2005). *Hacia una posible despenalización de la eutanasia*. Instituto Borja.

(14) Armengol, R., Boladeras, M., Broggi, M.A., Camps Cervera, V., Espasa, R., Hernández, J. (2006). *Informe sobre la eutanasia y la ayuda al suicidio*. Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya.

(15) Asamblea General Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Organización Médica Colegial de España. *Posicionamiento del CGCOM ante la eutanasia y el suicidio asistido*. Madrid, 21 de mayo de 2018.

(16) De Montalvo, F., Altisent, R., Bellver, V., Cadena, F., De los Reyes, M., De la Gángara, A. (2020). *Informe del comité de bioética de España el final de la vida y la atención en el proceso de morir, en el marco del debate sobre la regulación de la eutanasia: propuestas para la reflexión y la deliberación*. Comité de Bioética de España.

(17) Zurbanobeaskoetxea, L., De la Rica, J.A., Argote, B. (2020). *Informe de posicionamiento ético y valorativo acerca de la posible despenalización y regulación de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido*.

(18) Velasco, T., Rodríguez, Y., Cabrejas, A.M., Guerra, M.I., Barbado, A. (2020) *Informe de la Comisión Deontológica sobre la Proposición de Ley de la Eutanasia*. Madrid.

(19) Alonso Babarro, A., De Montalvo Jaaskelainen, F., Calatayud Gastardi, J., Cuervas-MonsMartínez, V., Chivato Pérez, T., Elola Somoza, F.J., Gil de Miguel, A., Hermoso Iglesias, J., Oreja-Guevara, C., Collado Yurrita, L.R., Rojas Estapé, M., Valdés y Llorca, C & Amaya Pombo, C. (2021). *Documento de Posicionamiento sobre la Proposición de Ley de Eutanasia en el Ejercicio de la Profesión del Comité de Profesionalismo del Colegio de Médicos de Madrid*. Monografías de los Comités Científicos del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid.

(20) *Documento de posicionamiento de la sociedad Española de Psiquiatría sobre la Proposición de Ley orgánica sobre la regulación de la eutanasia*. (2021).

(21) Júdez, Javier (coord.) y Seoane, J.A. Miembros: Feito, Lydia; Martínez, Koldo; Novoa, Abel; Rivas, F. Javier; Ruiz, Rafael e Saralegui, Iñaki. (2021). *Reflexiones, consideraciones y propuestas de la asociación de bioética fundamental y clínica (ABFYC) en torno a la regulación de la ayuda médica para morir*. Documento del grupo de trabajo elevado a la Comisión científica y a la Junta ABFYC.

# Impacto de una actividad formativa acerca de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido sobre el manejo de la terminología de final de vida y las actitudes de los profesionales de enfermería de Teruel

## RESUMEN

Con motivo de la reciente aprobación de la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia en España, el Comité de Ética Asistencial del Sector Teruel realizó una propuesta formativa dirigida al personal sanitario del Sector con el propósito de analizar la Ley y aclarar los conceptos de final de vida. Se pretende evaluar el impacto de dicha formación sobre el manejo de la terminología de final de vida y sobre las actitudes en relación a la eutanasia y al suicidio médicamente asistido.

## ABSTRACT

Following the recent adoption of the Organic Law for the Regulation of Euthanasia in Spain, the Health Care Ethics Committee of Teruel elaborated a training proposal for health personnel within the Sector that aimed to analyse the new Law and to clarify notions related to the end of life. This study aims to assess the impact of such training on the usage of terminology about the end of life by health personnel and on their attitudes in relation to euthanasia and physician-assisted suicide.

---

## Introducción

Ante la aprobación en el Congreso de los Diputados de la Ley Orgánica 3/2021 de 24 de marzo de Regulación de la Eutanasia (LORE)<sup>1</sup>, desde el Comité de Ética Asistencial del Sector Teruel se decide preparar una charla formativa con el fin de clarificar, distinguir y analizar los diferentes escenarios relacionados con las prácticas clínicas de final de vida, además de reflexionar sobre los aspectos legales y éticos relacionados con la eutanasia y el suicidio medicamente asistido (SMA).

Para una mejor comprensión resulta imprescindible utilizar un lenguaje común que facilite la reflexión y deliberación. Nos referimos a eutanasia con las mismas consideraciones que plantea la Ley 10/2011 de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte<sup>2</sup>. La eutanasia es, por tanto, la administración de un fármaco para producir la muerte de un paciente que lo ha solicitado de forma voluntaria y reiterada, por padecer una enfermedad incurable que siente como inaceptable y no ha podido ser calmada por otros medios. Se define SMA a la actuación profesional que tiene como objetivo proporcionar al paciente los medios para que él se produzca la muerte. Adecuación de las medidas terapéuticas es la retirada o no instauración de una medida de soporte vital o de cualquier otra intervención que, dado el mal pronóstico del paciente solo contribuye a prolongar en el tiempo una situación clínica.

Sedación paliativa es la administración de fármacos en las dosis y combinaciones necesarias para lograr el alivio de uno o varios síntomas refractarios, con el consentimiento explícito, implícito o delegado. Homicidio es el acto de matar a alguien sin que concurren las circunstancias de alevosía, precio o ensañamiento. Homicidio Piadoso se refiere a las actuaciones homicidas realizadas por aquellos ligados al paciente por vínculos de familia, de amistad, de amor. El rechazo al tratamiento es la retirada o no instauración de un tratamiento porque, aunque el profesional pueda considerarlo clínicamente indicado, el paciente no da su consentimiento informado válido para iniciarlo o lo retira cuando el tratamiento ya había sido iniciado. Objeción de conciencia se refiere a la negativa a cumplir un cometido profesional exigido aduciendo razones de conciencia<sup>3,4</sup>.

## **Objetivo**

Evaluar el impacto de una actividad formativa acerca de final de vida en el marco de la LORE en cuanto al manejo de la terminología y los conceptos de final de vida sobre los profesionales de enfermería con colegio profesional en la provincia de Teruel.

Como objetivo secundario se pretende explorar si la actividad formativa supone algún cambio sobre las actitudes de las enfermeras de Teruel en relación a la eutanasia y al suicido medicamente asistido.

## **Método**

Estudio observacional, descriptivo y transversal cuyo método de recogida de datos es un cuestionario estructurado a través de la plataforma “Google Forms” constituido por 25 preguntas con variables tipo Liker. El número total de profesionales de enfermería colegiados en la provincia de Teruel es de 1061.

Se realizó el envío del enlace al cuestionario mediante correo electrónico a todos los profesionales de enfermería colegiados en Teruel y se recogieron 103 respuestas.

Posteriormente tuvo lugar una charla formativa de 3 horas en la que se abordó la LORE de una forma integral, se expuso el papel de la enfermera en la práctica de la eutanasia y se aclararon conceptos de final de vida en forma de casos clínicos.

Tras la charla se invitó a realizar nuevamente la encuesta enviando nuevamente el enlace mediante correo electrónico a todos los profesionales de enfermería colegiados en Teruel que habían asistido a la charla formativa. Se recogieron 70 respuestas.

## **Resultados**

En cuanto a la terminología de final de vida es posible observar, tal y como muestran las gráficas 1 y 2, una tendencia por parte de los profesionales de enfermería colegiados en Teruel a mejorar en el reconocimiento de las situaciones de final de vida tras la charla formativa realizada.

Por otro lado, en cuanto a la objeción de conciencia, también se percibe una tendencia creciente hacia la no solicitud de la misma tras la charla formativa como se puede observar en las gráficas 3 y 4.

## **Conclusiones**

Los resultados de este estudio muestran que ante temas tan sensibles como la eutanasia y el SMA es necesario tener los conceptos claros ya que confusiones en los términos para referirse a los diferentes escenarios de final de vida acarrear actitudes pro objeción de conciencia. Es llamativo que tras la formación se etiquete mejor estos escenarios y que la voluntad de objetar disminuya considerablemente.

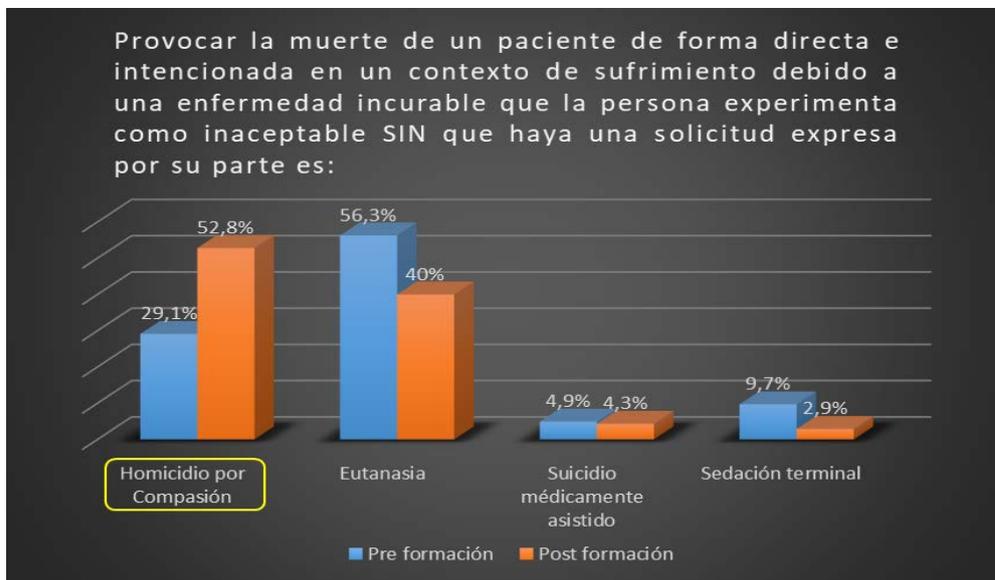
Los profesionales debemos conocer las leyes que ordenan nuestro ejercicio profesional y no hacerlo puede conllevar actitudes contrarias a la prestación de algunos servicios (en este caso, la ayuda médica para morir) por desconocimiento de las condiciones y garantías que la norma exige. Podríamos entender también, que la disminución en la voluntad de objetar se deba a la clarificación de la ley, lo cual significa que cuando se objeta

por desconocimiento de la misma, además de ser una falsa objeción, podría conllevar actuaciones maleficientes al negarle un derecho reconocido a un paciente, no por cuestionamiento ético, sino por falta de profesionalidad o desinterés.

Debido a la posición específica de los profesionales de enfermería en el cuidado de pacientes terminales y cuidados paliativos, éstos también están íntimamente involucradas en la participación en el proceso completo del cuidado a los pacientes que han solicitado la eutanasia.

Y aunque existe una opinión general favorable a la eutanasia, muchos profesionales de enfermería no quieren participar de manera activa en alguna parte del proceso. Sería interesante continuar profundizando en el tema y averiguar si la falta de voluntad para asumir la responsabilidad de la participación activa en la eutanasia viene de una falta de formación o de otra razón. Consideramos que los profesionales de enfermería tienen las capacidades necesarias para participar en las decisiones al final de la vida de un paciente, pero el miedo a lo desconocido y la falta de formación puede jugar en contra de que puedan decidir con claridad.

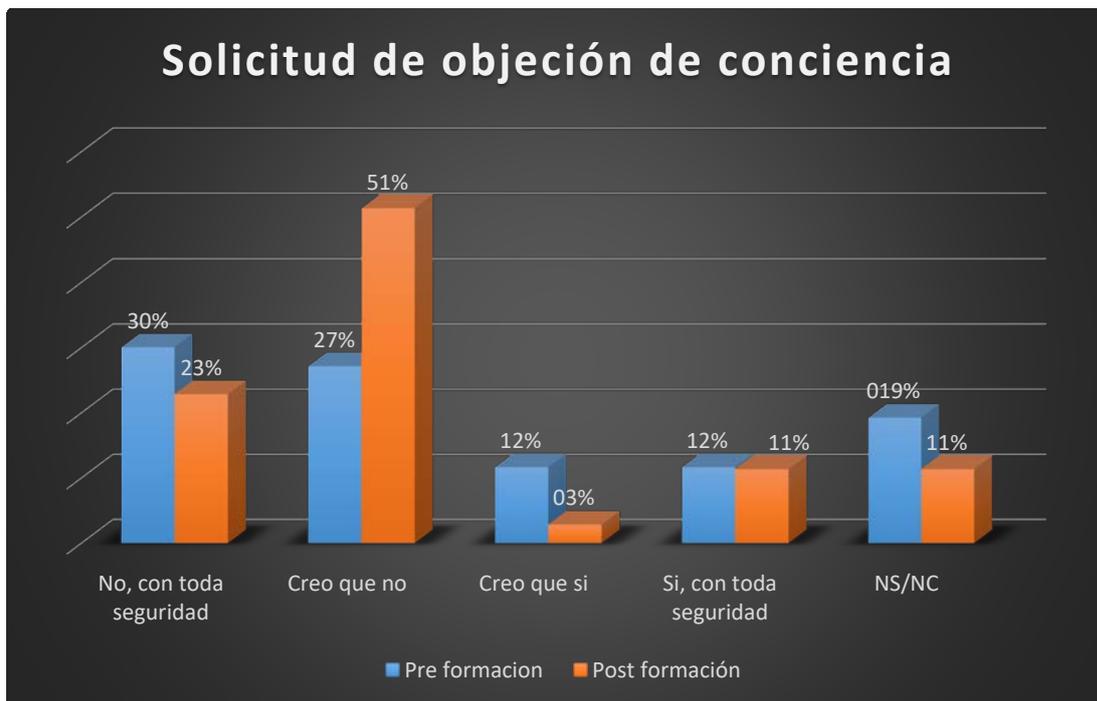
*“La eutanasia es ciertamente compatible con el cuidar y es moralmente posible”<sup>5</sup>.*



**Gráfica 1. Respuestas del personal de enfermería colegiado en Teruel a la pregunta mencionada en el título pre y post actividad formativa.**



**Gráfica 2. Respuestas del personal de enfermería colegiado en Teruel a la pregunta mencionada en el título pre y post actividad formativa.**



**Gráfica 3. Resultados del personal de enfermería colegiado en Teruel acerca de si harían uso del derecho a la objeción de conciencia pre y post actividad formativa.**

**Silvia Benito Costey.** Licenciada en Medicina y Cirugía. Especialista en Pediatría.  
 Autora de correspondencia: [silvia.costey@gmail.com](mailto:silvia.costey@gmail.com)

**Milagros Escusa Julián.** Graduada en Enfermería.

**Concha Thomson Llisterri.** Licenciada en Medicina y Cirugía. Especialista de Aparato Digestivo.

**Alba Ferrer Gamero.** Graduada en Enfermería. Especialista en Salud Mental.

**Juana María Vicario Bermúdez.** Licenciada en Medicina y Cirugía. Especialista de Medicina Interna.

**Ana María Sangüesa Lacruz.** Graduada en Enfermería.

**Isabel Rilova Fernández.** Diplomada en Enfermería.

**David Navarrete Villanueva.** Graduado en Enfermería.

**Concepción Gómez Cadenas.** Diplomada en Enfermería. Especialista en Enfermería Geriátrica.

# Participación de la enfermera en la ayuda para morir. A propósito de la ley que regula la eutanasia

## RESUMEN

La ley que regula la eutanasia incorpora al ordenamiento jurídico un nuevo derecho individual como es la prestación de ayuda para morir. En la Ley la referencia a las enfermeras es escasa. Sin embargo, la enfermera juega un papel esencial en el proceso de final de la vida. En este proceso la enfermera aporta presencia cuidadora a la ética sanitaria. Así, atiende, de forma holística, las necesidades del paciente a la vez que aporta conocimiento al equipo sanitario.

## ABSTRACT

The Law of Euthanasia incorporates into the legal system a new individual right: the request of help to die. The reference to nurses in this law is scarce. However, the nurse plays an essential role in the end-of-life process, since she acts as a care provider in healthcare ethics. In this sense, she looks after the patient's needs holistically, providing also her knowledge to the healthcare team.

## PALABRAS CLAVE

Enfermera, cuidados, final de la vida, eutanasia.

## KEY WORDS

Nurse, care, end of life, euthanasia.

---

## Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia

La Ley Orgánica 3/2021, de regulación de la eutanasia (LORE), pretende dar una respuesta jurídica, sistemática, equilibrada y garantista, a una demanda sostenida de la sociedad española en relación con la prestación de ayuda para morir. La Ley tomando como referencia el principio de autonomía de la voluntad, introduce en nuestro ordenamiento jurídico un nuevo derecho individual como es la eutanasia. Así, por un lado, regula la ayuda a morir y por otro despenaliza la eutanasia en determinados supuestos. La LORE modifica el Código Penal en su artículo 143, añadiendo un nuevo apartado que deja la eutanasia como una práctica legalmente aceptable siempre que se cumplan los requisitos y garantías contemplados en la norma.

Dentro de los objetivos que persigue esta ley, se encuentra el de determinar “los deberes del personal sanitario” que atiende a las personas solicitantes de la ayuda para morir. Las dos profesiones sanitarias recogidas en la ley son: médicos y enfermeras<sup>1</sup>. Eso sí, con una más que notable diferencia. La palabra “médico” aparece cuarenta y cinco veces y la palabra “enfermería” tan solo dos veces, que son fáciles de identificar:

1. El artículo 8.2 especifica que una vez finalizado el proceso deliberativo “...el médico responsable recabará del paciente solicitante su decisión de continuar o desistir de la solicitud de prestación de ayuda para morir. En el caso de que el paciente manifestará su deseo de continuar con el procedimiento, el médico responsable deberá comunicar esta circunstancia al equipo asistencial, especialmente a los profesionales de enfermería...”. ¿Quiere esto decir que la enfermera queda fuera del proceso deliberativo?
2. En la composición de las Comisiones de Garantía y Evaluación, la Ley estipula que estas tendrán un carácter multidisciplinar y que entre sus miembros “se incluirán personal médico, de enfermería y juristas”. La inclusión de enfermeras en dicha Comisión fue una enmienda propuesta por el Senado durante la tramitación de la ley.

### **Participación enfermera en el proceso de morir**

La escasa referencia a las enfermeras en la LORE resulta preocupante. En especial su exclusión del proceso deliberativo, que según la ley se dará entre el paciente y el médico sin participación de la familia, ni de la enfermera. En este sentido nos hacemos eco de las palabras del filósofo J.M Esquirol (2016) que vienen a decir que “Todos somos médicos y enfermeros, porque el gesto humano más fundamental de todos es el de curar y amparar (cuidar). Entiendo que la eutanasia consiste en aminorar el sufrimiento en el último tramo de la vida, y si es necesario, acortar este tramo”.

Es sabido, que la deliberación es un “proceso de ponderación de los factores que intervienen en un acto o situación concretos, a fin de buscar la solución óptima o, cuando esto no es posible, la menos lesiva”. Esta deliberación puede ser individual o colectiva, pero los casos complejos es conveniente que sean analizados por más de un profesional. Así, cuestiones importantes como puede ser la petición de ayuda a morir, es aconsejable no dejarlas al juicio de una sola persona. Sirva de ejemplo, las decisiones de Comités de Ética Asistencial donde las decisiones son tomadas de forma colectiva (Gracia, 2001).

Otros países donde la eutanasia está legalizada han dado mayor relevancia al papel desempeñado por la enfermera en el proceso de ayuda para morir. En Bélgica la Ley relativa a la Eutanasia (2002) estipula que las solicitudes de esta prestación deben ser discutidas por el equipo de salud que tenga contacto regular con el paciente. En Canadá, la enfermera participa en la evaluación de la competencia y capacidad del paciente, en facilitar información sobre la prestación de la ayuda, en el apoyo al paciente y a su familia durante todo el proceso y en la provisión de cuidados después de la muerte (Colegio Enfermería de Madrid [CODEM], 2020). En Nueva Zelanda la Ley de Elección del Final de la Vida (2020) estipula que la información sobre la prestación debe ser realizada por un profesional de la salud. Además, si el médico o la enfermera sospechan la existencia de presiones sobre el enfermo, estos pueden suspender la prestación. Del mismo modo si el paciente desea revocar su decisión debe comunicárselo al médico o a la enfermera implicados en la prestación de la ayuda para morir. En el estado de Australia Occidental, la Ley de Muerte Asistida Voluntaria (2019) estipula que la enfermera que participe en la ayuda para morir debe haber ejercido como tal al menos dos años, y cumplir con una serie de requisitos. Además, serán el médico o la enfermera los profesionales que informen al enfermo solicitante de la ayuda para morir sobre la posibilidad de acceder a los cuidados paliativos.

En España, la escasa participación de la enfermera en el proceso de ayuda a morir obvia el mandato de la Ley de Ordenación de las Profesionales Sanitarias (2003). Efectivamente, esta indica que el equipo de profesionales debe ser la unidad básica de las organizaciones asistenciales “para realizar efectiva y eficientemente los servicios que

---

<sup>1</sup> En este trabajo, siguiendo las recomendaciones del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), el término enfermera, se utiliza en sentido genérico y designa a la vez a hombres y a mujeres que ejercen la profesión de enfermería.

les son queridos”, así “Cuando una actuación sanitaria se realice por un equipo de profesionales, se articulará de forma jerarquizada o colegiada, en su caso, atendiendo a los criterios de conocimientos y competencia, y en su caso al de titulación, de los profesionales que integran el equipo, en función de la actividad concreta a desarrollar, de la confianza y conocimiento recíproco de las capacidades de sus miembros, y de los principios de accesibilidad y continuidad asistencial de las personas atendidas”.

La ley andaluza de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte (2010), en relación con los deberes de los profesionales respecto a la limitación del esfuerzo terapéutico indica que “dicha limitación se llevará a cabo oído el criterio profesional del enfermero o enfermera responsable de los cuidados...”.

Más recientemente la Ley que regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios por parte de los enfermeros (2010) establece “la necesidad reconocer simultáneamente los crecientes espacios competenciales compartidos interprofesionalmente y los muy relevantes espacios específicos de cada profesión”.

En relación con el paciente, no se debe olvidar que la Ley de libertad de elección en sanidad (2009), recoge el derecho que asiste al ciudadano a elegir libremente a su médico y enfermera comunitaria. Si como dice la citada ley “la libertad de elección fortalece la capacidad de los ciudadanos para participar realmente en la toma de decisiones relacionadas con su salud”, parece obvio que la enfermera deberá estar junto a su paciente cuando este tenga que afrontar decisiones relacionadas con el proceso de su muerte.

Desde el punto de vista profesional, el Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) en su Preámbulo destaca como uno de los deberes fundamentales de las enfermeras “aliviar el sufrimiento” del enfermo, tomando en consideración “los derechos humanos, el derecho a la vida y a la libre elección, a la dignidad y al respeto”. Así, considerar la dignidad humana implica que el paciente pueda “morir con dignidad”, es decir de acuerdo con sus valores y creencias. El mismo Código señala como un importante valor enfermero “la compasión”, entendida esta como el acompañamiento en el sufrimiento del otro, tratando de aliviar, reducir o eliminar este padecimiento. La compasión permite ver la situación desde la perspectiva del otro y, por tanto, definir y llevar a cabo las acciones necesarias para cubrir sus necesidades. Porque en el ámbito asistencial el fracaso no es la enfermedad o la muerte, sino la falta o escasez de ayuda frente al sufrimiento (Busquets, 2020).

En España, dos de los códigos autonómicos más recientes determinan como un deber de la enfermera su participación en el proceso de final de la vida. El Código de Ética y Deontología de la Enfermería de Navarra (2019) hace referencia a que “En el proceso de final de la vida, la enfermera respetará las creencias y valores que han dado sentido a la vida de la persona atendida, y facilitará los medios necesarios para que la muerte sea de acuerdo a su idea de buena muerte, respetando la normativa vigente”, en el mismo sentido el Código de Ética de las Enfermeras de Cataluña establece que “La enfermera, en el marco de la legislación vigente, vela por que en el proceso de final de vida se respeten las creencias y valores que han dado sentido a la vida de la persona atendida y por que muera de acuerdo con su propio ideal de buena muerte”. Más interesante resulta aún, en relación con el tema que tratamos, cuando hace referencia a que “La enfermera tiene la responsabilidad de participar en la toma de decisiones clínicas sobre el final de la vida con el equipo de salud y la persona atendida, o con la familia y/o personas significativas cuando la persona atendida no puede decidir o así lo desea. Es especialmente importante que aporte su valoración profesional ante las decisiones relacionadas con la adecuación y/o limitación del esfuerzo terapéutico, el rechazo al tratamiento y la sedación”.

La referencia que hacen ambos códigos a la “legislación vigente” puede aplicarse al momento en que LORE entre en vigor.

La preocupación por la ausencia de enfermeras en el proceso de deliberación fue puesta en conocimiento del Gobierno, por el Colegio de Enfermería de Madrid, durante la tramitación parlamentaria de la LORE. La respuesta del Gobierno fue que “se ha optado por un término amplio capaz de incluir al conjunto de personas que participarán en el proceso de ayuda para morir”. Estos términos amplios han sido “equipo asistencial”, “equipo sanitario” y “equipo profesional” (CODEM, 2020), redacción que lleva a una cierta confusión. El artículo 4.2 de la Ley recoge “La decisión de solicitar la prestación de ayuda para morir ha de ser una decisión autónoma, entendiéndose por tal aquella que está fundamentada en el conocimiento sobre su proceso médico, después de haber sido informada (la persona) adecuadamente por el equipo sanitario responsable”. Se entiende que la enfermera, que forma parte del equipo sanitario, debe participar el proceso de información para la toma de la decisión autónoma por parte del paciente. ¿Implica que la enfermera al informar, también participa en el proceso de deliberación? Cuando en el ya comentado artículo 8 se dice que el médico informará a los profesionales de

enfermería al finalizar en el proceso deliberativo. La respuesta no puede ser otra que la afirmación de la participación de la enfermera en el proceso de deliberación. Pues, la enfermera es la responsable del cuidado del paciente, está a su lado las veinticuatro horas del día, sin olvidar, como ya se ha dicho, el derecho del paciente a elegir libremente a la enfermera que le acompañe en este proceso.

La permanencia de la enfermera cuidando conduce a pacientes y enfermeras a hablar e intercambiar información y a satisfacer la necesidad de comunicación. Esta presencia cuidadora lleva a conocer los aspectos más íntimos del paciente. De forma estos dan a conocer a su enfermera aquello que le es propio, sus miedos, sus problemas, sus necesidades y sus deseos. Por lo que no sería de extrañar, qué dada la cercanía fuera la enfermera el primer profesional en recibir la petición de ayuda para morir. La presencia enfermera da lugar a una relación terapéutica ligada a la estrategia del cuidado holístico. Watson (2004) hace referencia a que el cuidar es el valor fundamental de la enfermera, esta relación es algo más que la simple realización de tareas, comprende aspectos de la salud relacionados con la relación interpersonal enfermera-paciente. Así, el cuidado no es un acto aislado, ni está suspendido en el vacío. Tiene lugar en contextos sociales, institucionales y en redes de relaciones que le confieren un significado. Porque, no se puede olvidar que cuidar implica una responsabilidad compartida, en palabras de Feito (2009): “La existencia del sentimiento de solidaridad con los otros seres humanos es la base del comportamiento moral. El acto de cuidar tiene una dimensión ética intrínseca que enriquece el discurso ético sanitario y ayuda a situarlo desde la perspectiva del paciente y la familia que reciben la atención” (Busquets, 2005).

Siendo así ¿cómo no va a participar la enfermera en el proceso deliberativo? cuando la deliberación es un procedimiento que intenta enriquecer el análisis de los hechos con el fin de tomar decisiones prudentes.

En relación con la prestación de la ayuda para morir tanto en la forma de eutanasia como de suicidio asistido la LORE establece que “el médico responsable, así como el resto de profesionales sanitarios asistirán al paciente hasta el momento de su muerte”. Aquí parece claro que se refiere a que directamente será la enfermera quien deberá prestar al paciente los necesarios cuidados en la agonía, proporcionando confort y bienestar a la persona solicitante de la ayuda para morir, procurando, además, el apoyo adecuado a la familia.

Henderson (1971) definió la función de la enfermera como “Ayudar a toda persona sana o enferma, a satisfacer sus necesidades, siempre que esta no pueda por sí misma por falta de fuerza, voluntad, conocimientos o ayudar a morir con dignidad”. Efectivamente, hoy en día las enfermeras disponen de las herramientas necesarias para prestar ayuda para morir con dignidad, respetando los valores del paciente. Existen diagnósticos enfermeros como “sufrimiento moral”, “riesgo de compromiso de la dignidad humana” y “deterioro en la toma de decisiones independientes” que tienen como objetivo salvaguardar la libertad en la toma de decisiones y procurar una muerte digna, descartando cualquier presión externa sobre la asistencia sanitaria que el enfermo desea. (NNN Consult, 2021). Las intervenciones enfermeras estarían relacionadas con la protección de los derechos del paciente, es decir con un ejercicio de abogacía y de compromiso (Fry, 2002), que conducen al apoyo en la toma de decisiones, prestando, además, al paciente los cuidados holísticos y paz espiritual que este requiere en el proceso de su muerte.

## Conclusiones

1. Las decisiones en el ámbito de la salud se suelen tomar en un marco de incertidumbre, al estar condicionadas por gran número de factores que no pueden controlarse totalmente. En muchos casos la decisión técnica no es suficiente, pues para llegar a una decisión prudente se necesita de la deliberación moral. Así, ante un problema ético, como es el caso de la petición de ayuda para morir, un grupo de personas con intereses y formación diferentes aportan una mayor racionalidad en la toma de decisiones. Es conveniente que entre este grupo profesional se encuentren enfermeras. Los equipos interdisciplinarios son más eficaces y necesarios, cuando las decisiones a tomar son complejas y el resultado está lleno de incertidumbre.
2. Son varias las normas legales y deontológicas que avalan la participación de la enfermera en los procesos de toma de decisiones al final de la vida. Los ámbitos competenciales de la enfermería deben ir en aumento, tratando de evitar conflictos con otras profesiones y evolucionando de forma cooperativa y transparente.
3. En la redacción de la LORE para referirse a la enfermera se podían haber evitado los rodeos lingüísticos con términos como “equipo asistencial” o “equipo sanitario” y haber hecho referencia directa a la

enfermera igual que hace con “médico responsable” o “médico consultor”. Esto no parece un olvido, sino más bien un grave desconocimiento del derecho del ciudadano a la presencia de su enfermera. Igual que cuando en atención primaria el paciente ejerce su derecho a la libre elección de enfermera como garantía del cuidado individualizado, basado en la relación de confianza.

4. La enfermera debe ser la responsable de los cuidados durante todo el proceso de muerte. Esta participación debe ir desde el inicio con su colaboración en la información y en el proceso de deliberación con el enfermo hasta la prestación de los cuidados post mortem. En la cuestión ética las enfermeras pueden participar desde una doble vertiente, desde la propia disciplina organizando y atendiendo las necesidades de cuidados y aportando su conocimiento al equipo sanitario.
5. Creemos que, en el proceso de adaptación de la LORE, las enfermeras y otros profesionales van a participar “de facto” en el proceso de deliberación en la atención al final de la vida, debido a la importante labor que estas profesionales vienen realizando en los equipos asistenciales interdisciplinares que prestan una atención integral a las personas en proceso de morir.

**Carmen Ferrer Arnedo**

Enfermera. Presidenta del Comité de Ética Asistencia del Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela (Madrid). Junta Directiva Sociedad Madrileña de Ética Enfermera (SMETICAE)

**Juan Carlos Delgado Antolín**

Enfermero. Miembro del Comité de Ética Asistencia del Hospital Universitario de Getafe (Madrid). Junta Directiva Sociedad Madrileña de Ética Enfermera (SMETICAE)

**Rafael Toro Flores (autor de correspondencia)**

rtorof10@gmail.com

Enfermero. Miembro del Comité de Ética Asistencia del Hospital Universitario Príncipe de Asturias (Madrid). Junta Directiva Sociedad Madrileña de Ética Enfermera (SMETICAE)

## Referencias bibliográficas

1. Busquets M (2005). Gestión del cuidado en enfermería. Barcelona: Cuadernos Fundació Victor Grifols y Lucas nº 12.
2. Busquets M. (1 de abril 2020) Lo importante es el cuidado. [Mensaje en un blog] Recuperado de: <https://www.fundaciogrifols.org/es/web/fundacio/-/1-important-es-tenir-cura>
3. Colegio de Enfermería de Madrid. Comisión Deontológica (2020). Informe sobre la Proposición de Ley de regulación de la eutanasia. Madrid
4. Colegio Oficial de Enfermería de Navarra/ Nafarroako Erizainen Elkargo Ofiziala (2019). Código de Ética y Deontología de la Enfermería de Navarra
5. Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). (2012) Código Deontológico del CIE. Ginebra
6. Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya (2013). Código de Ética de las Enfermeras y Enfermeros de Cataluña. Barcelona.
7. Esquirol J.M. (2016) Notas sobre el tiempo, la muerte y la eutanasia. Barcelona. Cuadernos de la Fundació Victor Grifols i Lucas
8. End of Life Choice Bill Act. 2020. New Zealand. 16 nov 2019. Victorian Legislation.
9. Gracia D. (2001). La deliberación moral: el método de la ética clínica. Med Clin (Barc), 117, 18-23
10. Feito Grande L. (2009) Ética y enfermería. Madrid. Universidad Pontificia de Comillas.
11. Fry S, Johnstone MJ, Ethics in Nursing Practice: A Guide to Ethical Decision Making. Second Edition. United Kingdom: Blackwell Publishing; 2002.
12. Henderson V (1971). Principios Básicos de los Cuidados de Enfermería. Basilea. Consejo Internacional de Enfermería. S Karger
13. Ley Orgánica 3/2021 de regulación de la eutanasia. 24 de marzo 2021. BOE núm. 72

14. Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte. Andalucía. 7 de mayo 2010. BOJA núm. 88
15. Ley 44/2003 de ordenación de las profesiones sanitarias. 21 de noviembre 2003. BOE núm. 280
16. Ley 6/2009, de 16 de noviembre, de Libertad de Elección en la Sanidad de la Comunidad de Madrid.
17. Rel Decreto 1302/2018, de 22 de octubre, por el que se modifica el Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros. 7 de mayo 2010. BOJA núm. 88
18. NNN Consult. [sede Web]. Elsevier BV. 2021[acceso 24 de abril de 2021] Disponible: <https://www.nnnconsult.com/nanda>
19. Voluntary Assisted Dying Act 2019. Western Australia. 19 dec 2019. Legislation Gov. Nº 27
20. Watson J (2004). Caring science: a core science for health professions. Fildelfia: FA Davis.

# El final de la vida. Una ley de eutanasia

## Introducción

Desde que se presentó el Primer Proyecto de Ley de Eutanasia en nuestro Parlamento (2017), habíamos considerado que este debate entraba dentro de la reflexión que toda sociedad plural y secular debía abordar, ya que no es el debate en sí, sino las decisiones, las que pueden ser éticas o no. Lo que debía preocuparnos es la inversión del sistema de valores que se ha introducido en nuestra sociedad y que condiciona las decisiones.

La tecnología ha prolongado la vida, pero también se ha alargado, a veces, el proceso de morir con sufrimiento para el enfermo y familia. Cuando una curación no es posible, y los tratamientos se hacen fútiles... persiste el deber de cuidar a nuestros pacientes, de aliviarlos y acompañarlos en el trance final. Hoy, la ley aprobada ha puesto al mismo nivel ético el derecho a la vida y el derecho a la muerte y no son equiparables "*La ley, la Constitución se debe al respeto absoluto a la vida humana*".

La dignidad es inherente al ser humano y no la pierde cuando la vida parece extinguirse, y la persona se deteriora. No hay una "muerte digna", es una persona la que muere y con toda su dignidad, la persona es digna "per se". Mejor hablar de muerte en paz. No caigamos en el riesgo, al reforzar con mucha intensidad el derecho a morir, de convertir el derecho en la "obligación" de morir.

## La sociedad actual frente al final de la vida

La Eutanasia está en el Juramento Hipocrático: "*Jamás daré a nadie medicamento mortal, por mucho que me soliciten, ni tomaré iniciativa alguna de este tipo. Por el contrario, viviré y practicaré mi arte de forma santa y pura*". Los Códigos de Deontología Médica han incluido siempre este tipo de conducta, y la Eutanasia era un capítulo del Curso de Deontología Médica, llamado más tarde Ética Médica. Lo que podría aceptarse como una excepción, se ha convertido en un derecho. ¿Cómo hemos llegado hasta aquí?

La Biotecnociencia ha prolongado la vida en cantidad, a veces incompatible con una "calidad de vida". Se vive hasta los 80, 90, 100 años. ¿En qué condiciones?, ¿Hay que hacer "todo" lo que ciencia y técnica ofrecen hoy? Los profesionales estaban formados para hacer todo lo que estaba en sus manos... porque "mientras hay vida hay esperanza". La familia e incluso el mismo paciente pedían que se hiciera todo por su salud. Pero se han dado cambios importantes en la vida de la sociedad que han conducido a la Sociedad del Bienestar. Se da un valor relevante, una "Supervaloración" a todo lo joven, lo bello, lo fuerte, situación que ha sido denominada por Woody Allen como "*la Cultura del Triunfo*", de forma que no hay cabida para el enfermo, el anciano, el moribundo.

La muerte ha desaparecido de nuestro medio cotidiano y familiar. Hablar de la muerte hoy es tabú, se evita pensar en ella y al mismo tiempo se ha dado una secularización de la sociedad que no puede dar una explicación última sobre la muerte. No se acepta la vulnerabilidad, y por otra parte se reconoce al paciente una autonomía personal sobre un exceso de tecnología, que a veces, se quiere y otras se teme.

La tecnología ha hecho que parezca conseguirse la inmortalidad, y mientras, algunos tienen conservados sus cuerpos por criogenización a la espera de que se descubra el tratamiento para el proceso que llevó a su muerte. Otros, los llamados filósofos "transhumanistas" aseguran que la vida se prolongará, cientos de años, y que, incluso, un hombre "post humano" podrá alcanzar la inmortalidad. En la actualidad, se constata que la medicina sofisticada y de alta tecnología, es fría y poco humana. Se calcula que un 80% de enfermos mueren fuera de casa en Hospitales o Residencias, lo cual lleva a morir solo, en un marco artificial, entre gente indiferente, fuera del entorno habitual. Y surge la pregunta: ¿es más humanizante la medicina tecnificada y sofisticada?, ¿se debe hacer todo lo que ciencia y técnica ofrecen hoy? Porque no es lo mismo ayudar al que está viviendo que impedir morir al que está muriendo.

Se han dado casos de auténtico encarnizamiento terapéutico, lo que hoy llamamos Obstinación Terapéutica, que han llevado a lo que expresa la ley cuando escribe: *“el debate sobre la eutanasia se aviva periódicamente, a raíz de casos personales que conmuevan a la opinión pública (BOGC, pag, 2)*. Se ha llegado a un momento en que el final de la vida, ha suscitado un debate a varios niveles: científico, filosófico, social, ético (moral) y jurídico.

### **Debate científico**

Este debate hace referencia a los criterios de muerte, al proceso de la muerte y al estado vegetativo persistente. Teniendo en cuenta la dimensión científica, se ha dado un cambio de paradigma, la causa de la muerte ya no es solo debida a una parada cardiorrespiratoria, o a lo que hoy llamamos muerte en asistolia o corazón parado. Desde hace años se habla, de manera incorrecta, de muerte cerebral que debe llamarse muerte encefálica, porque para que pueda afirmarse, en estos casos, la muerte, no solo el cerebro pierde su actividad, sino que debe hacerlo al mismo tiempo el tronco cerebral, o tronco encefálico, al tiempo que el corazón y la respiración se mantienen todavía en unos aparatos de “soporte vital”, cuando el paciente está ya, encefálicamente muerto. La muerte en estos casos es certificada después de proceder a unos tests de valoración, que marcan cuando hay que suprimir el soporte vital, (desconectar al paciente). Esta situación ha permitido proceder a la retirada de órganos para trasplante.

Hay, sin embargo, que precisar que hay una diferencia esencial entre la muerte encefálica y el estado vegetativo persistente, ya que en éste las funciones del tronco encefálico permanecen en actividad manteniendo la vida vegetativa y por tanto el paciente está vivo, mientras que en la muerte encefálica el paciente ha dejado de tener todas sus funciones y por tanto está muerto, aunque siga conectado a un respirador.

No se puede considerar la muerte como un acto o un momento final, sino más bien un proceso que habrá que acompañar, y en el que el paciente todavía podrá decidir. No en vano afirmaba Hans Jonas en el año 2000 que *“Guardamos una ignorancia científica respecto al punto exacto que separa la vida y la muerte”*

### **Debate filosófico**

La valoración que hoy se hace de la perfección humana, y de los requisitos que definen a la persona, ha hecho surgir una pregunta, ¿se puede dejar de ser persona en algún momento de la vida? Algunas afirmaciones de filósofos modernos utilitaristas o autonomistas, sostienen que existen “Humans non persons” (Humanos no personas), aquellos que han perdido o no han llegado a tener capacidades cognoscitivas, y “Persons non humans” (Personas no humanas), atribuyendo esta categoría a algunos primates. Por otra parte, se relaciona la calidad de vida con la dignidad de la persona, y la muerte digna, suscitando el debate de la dignidad.

Podemos definir la calidad de vida, como la Independencia para las necesidades de la vida cotidiana, con una capacidad para la vida de relación expresada en horas de vida social con la familia, personal sanitario, amigos, y con el control del dolor y demás síntomas (insomnio, apetito, estreñimiento...). Los profesionales disponemos hoy de un arsenal terapéutico, no solo para prolongar la vida, sino para controlar el dolor y otros síntomas.

El concepto de dignidad no es un concepto extrínseco de “apariencias”, sino un concepto intrínseco. *“La dignidad, se fundamenta en el ser, y porque tiene dignidad es merecedor de respeto, y por el mero hecho de ser persona, de tener una esencia concreta, debe respetarse y tratarse de un modo cualitativamente distinto. La dignidad de las personas radica en su SER, y no en su OBRAR (F. Torralba)”*.

Así, hablar de muerte digna no tiene sentido La dignidad es inherente al ser humano. Todo ser humano tiene dignidad y la muerte acompaña esa dignidad. Toda muerte es digna. La Congregación para la Doctrina de la Fe, en su Carta *Samaritanus Bonus* sobre el cuidado de las personas en las fases críticas y terminales de la vida, del 22 de septiembre de 2020, afirma que *“la llamada “muerte digna” es rechazable porque se basa en una concepción antropológica utilitarista, condiciona la vida al bienestar, la belleza, al deleite de la vida física e ignora las dimensiones espirituales de la existencia... La Vida Humana tiene valor en sí misma”*.

Para el filósofo Immanuel Kant, en su última etapa, es fundamental la idea filosófica de la dignidad humana. En este sentido, afirma Kant, *“el hombre es un fin en sí mismo, no un medio para usos de otros individuos, la existencia de las personas es un valor absoluto y, por ello, son merecedoras de todo el respeto moral. Los seres*

humanos tienen valor y no precio. Y comenta Adela Cortina en su *Ética Mínima*: “Cada cual debe tratarse a sí mismo y a los demás, nunca simplemente como medio, sino siempre como un fin en sí mismo... Sin embargo, lo que constituye la única condición bajo la cual puede algo ser fin en sí mismo, no posee simplemente un valor relativo, o sea, un precio, sino un valor intrínseco: la dignidad”.

### Debate social

El debate social está en la calle. Algunos grupos de la sociedad piden poner fin a la propia vida. Se ha introducido como un slogan el concepto del “no sufrir” “que no sufra”. Los legisladores se han hecho eco e intentan responder: “La ley intenta recoger estos deseos y dar una respuesta jurídica, sistemática, equilibrada y garantista a una DEMANDA sostenida de la sociedad actual, como es la eutanasia... (BOCG pag.1) ... y es obligación del legislador atender a las demandas y VALORES de la sociedad, preservando y respetando sus derechos (BOCG pag.2)” El primer proyecto de Ley presentado en 2017, refiere un porcentaje del 77,5% de individuos favorables a esta ley sin dar a conocer la representación de los grupos encuestados.

El cine nos ha dejado ver imágenes de este tipo de actuaciones como son las películas: *Mar Adentro*; *Las Invasiones Bárbaras*; *Million Dollar Baby*; *El Paciente Inglés*.

### Debate ético

Las conductas de este tipo plantean una serie de cuestiones, sobre hechos, valores y deberes. ¿Es el ser humano dueño de su vida, o simple administrador de la misma? ¿Puede una persona poner fin a su vida o a la de otra persona? Evidentemente tiene poder físico para hacerlo, pero ¿debe? ¿es moral? ¿es ético?

Uno de los cuatro principios de la Bioética, es el principio de autonomía, según el cual la persona es considerada, como un agente autónomo, moral y responsable y como tal ha de ser incorporada a la toma de decisiones en todo aquello que le concierne. Estos cuatro principios se ordenan también jerárquicamente, siendo de primer nivel los principios de dignidad y justicia y de segundo nivel los de beneficencia y autonomía. Es evidente que el ejercicio de la autonomía no es equiparable al ejercicio de protección de la vida. La autonomía precisa de la vida para poderse ejercer.

Las Cuestiones éticas al final de la vida surgen:

- 1) Entre 1965 a 1982 cuando la ciencia y la técnica plantean si los nuevos tratamientos no producen una prolongación fútil de la vida y se ponderan las decisiones de “no iniciar” o “retirar un tratamiento” (Casos de Baby Doe y Karen Quinlan, entre otros).
- 2) De 1983 a 2000 se inicia el debate de la eutanasia, mientras se reflexiona sobre el encarnizamiento terapéutico o la posibilidad de dejar morir.
- 3) En 2000 se comienza a hablar de muerte “digna”, ante el deterioro que enfermedades crónicas y degenerativas pueden llegar a producir.
- 4) En 2002, se introduce el término “due care” o cuidado debido.

Si tenemos en cuenta la dimensión asistencial:

- 1) Siempre la enfermedad había llevado a una muerte natural, pero...
- 2) A partir de 1970 se comienza a hablar de muerte controlada en Estados Unidos, cuando las personas quieren decir algo sobre su proceso de morir y se introducen las Instrucciones Previas o Voluntades Anticipadas.
- 3) En 1980 se habla de muerte preventiva a la vez que se inicia el movimiento legal Pro Eutanasia, se prefiere la muerte ante la posibilidad de que se prolongue la vida por una obstinación terapéutica.

- 4) Ya en 1990 se introduce la muerte paliativa, en la que hay que distinguir bien la sedación paliativa, de la sedación terminal. Los cuidados paliativos se van introduciendo lentamente en la Europa Continental, tras la inauguración en 1967 del movimiento *Hospice* por Cycely Saunders en el Reino Unido, para la asistencia a pacientes en fase terminal *con la finalidad de “morir, viviendo”*; *“Importas porque eres tú, hasta el último momento de tu vida”*.

Casi coetánea Elisabeth Kübler-Ross, doctora completamente dedicada desde 1969 al cuidado de los pacientes en fase terminal, recorría los Estados Unidos enseñando el cuidado de enfermos al final de la vida, y asegurando: *“La forma como tratamos al hombre enfermo en sus últimos días refleja el grado de evolución mental y espiritual que hemos alcanzado en nuestra cultura”*.

Hasta los años 60, ante un enfermo incurable y con grandes dolores o sufrimiento, se podían administrar calmantes y sedantes, aun cuando estos medicamentos le aceleraran la muerte, una vez que el enfermo había arreglado sus asuntos con Dios, los Sacramentos si su fe religiosa se lo pedía, y haber firmado ante notario sus obligaciones con la familia y la sociedad, si se precisaba. A estos casos se aplicaba el principio del doble efecto: buscar la acción positiva, y simplemente tolerar la negativa.

Desde el Vaticano, el Papa Pío XII, en 1957 hacía referencia al tema de la reanimación, y al tratamiento del dolor con inclusión de la morfina. El Papa supo plantear, con los conceptos de su tiempo, la cuestión de la abstención o retirada de un determinado tratamiento, aunque, en bastantes casos, se siguiera más rápidamente la muerte del enfermo. Y cuando los médicos se quejaban de sentirse desprovistos de tratamientos contra los dolores crónicos intensos de algunos procesos al final de la vida, y eran reticentes a la morfina, el Papa Pío XII recomendaba el recurso a tales narcóticos, cuando se daba una seria indicación médica.

Así se entra abiertamente en el campo de la Eutanasia, creándose un auténtico paradigma de la confusión semántica, con sus matices de: activa, omisiva, pasiva, directa, indirecta, voluntaria, no voluntaria, involuntaria... Hoy la Eutanasia ha quedado definida como *“La acción u omisión que, por su naturaleza o en la intención, causa la muerte con el fin de eliminar cualquier dolor”* (Congregación para la Doctrina de la Fe, 5 de mayo de 1980). Más tarde han seguido otras definiciones de eutanasia muy semejantes a ella, como la definición de la Ley Holandesa de Eutanasia, o la del Código Penal Español de 2010, que añaden *“a petición del propio paciente”*. La nueva ley de nuestro país la define como *“el acto deliberado de dar fin a la vida de una persona, producido por voluntad expresa de la propia persona y con el objeto de evitar un sufrimiento... En nuestras doctrinas bioética y penalista existe hoy un amplio acuerdo en limitar el empleo “eutanasia” a aquella que se produce de manera activa y directa”* (BOCG. Pag.2). La ley no considera la omisión, una forma de eutanasia.

Los elementos que constituían la eutanasia, contemplaban la intención (también la omisión) de causar la muerte de una persona, con enfermedad irreversible o incurable, capaz por sí misma de causar la muerte en un tiempo breve, con el fin de eliminar el sufrimiento y a petición de la propia persona. (La nueva ley ha introducido algunas modificaciones que quedan recogidas más adelante). La motivación para tal decisión, se basan por parte del paciente en a) un sufrimiento intolerable para el que se pide la liberación del mismo y b) la autonomía para juzgar y decidir sobre las condiciones en que quiere vivir. Por parte del médico a) la compasión y deber de hacer lo mejor para el paciente y b) el respeto a la autonomía de éste.

*“La Compasión, nos dice la Carta Samaritanus Bonus de la Doctrina de la fe, (22 septiembre 2020), no consiste en precipitar o provocar la muerte del prójimo, sino que estamos llamados a acoger al enfermo y sostenerlo en medio de las dificultades, y poder ofrecerle afecto, atención, protección y medios para aliviar el sufrimiento... La vida es un don que se nos ha dado”*.

Hay que definir claramente lo que no es eutanasia: no lo es el no iniciar o interrumpir un tratamiento cuando el enfermo lo pida de manera seria, explícita, reiterada y voluntaria. Tampoco lo es el no iniciar o interrumpir un tratamiento cuando su inicio o continuación no tenga sentido según los criterios médicos; así como el comenzar un tratamiento para el dolor, aunque pueda acelerar la muerte. Para no incitar a la eutanasia hay que luchar contra la obstinación (antiguamente encarnizamiento) terapéutica, que se define como la prolongación del proceso de morir por medio de tratamientos que no tienen mas sentido que prolongar la vida biológica del paciente.

Si antes se ponderaban los medios como ordinarios y extraordinarios, o bien proporcionados y desproporcionados, ahora se definen como medios obligatorios y medios optativos.

En esta lucha contra la obstinación terapéutica se ha introducido el concepto de “Limitación del esfuerzo terapéutico” LET, mejor definido hoy como, “Adecuación del tratamiento”, y que consiste en el final de los esfuerzos por luchar contra la muerte, en un caso concreto, y restringir, limitar o no iniciar medidas de apoyo vital, reanimación cardio-pulmonar RCP... en suma, se trata de no entrar en obstinación terapéutica, siendo necesario conocer o pedir el consentimiento y mantener los cuidados paliativos.

La cuestión es cómo saber cuándo hay que limitar o adecuar un tratamiento, para lo que nos servirá el concepto de “futilidad”. Un tratamiento es fútil si no mejora el pronóstico, los síntomas, ni las enfermedades recurrentes, produce molestias desproporcionadas al beneficio esperado a nivel personal, familiar, o socio-económico. La futilidad puede ser cuantitativa, grado de probabilidad de que un tratamiento médico produzca un resultado, y se dice fútil si conlleva menos de 1% de beneficio para el paciente. Es cualitativa si consiste en un tratamiento que meramente preserva un estado de inconsciencia permanente o no llega a poder poner fin a la dependencia de los cuidados intensivos.

Por lo que se refiere a la Sedación al final de la vida, se trata de un sueño profundo, inducido y mantenido en el que habrá que hacer bien la diferencia en la intención, si busca el “no prolongar” o “terminar” la vida. Cicely Saunders, fundadora del movimiento *Hospice*, escribe “*tratar o no tratar, pero nunca la intención de procurar la muerte*”. Sin olvidar que cuando curar ya no es posible, persiste el deber de cuidar.

### Debate jurídico

Las razones que se alegan pro Eutanasia son: el derecho a una muerte digna, el derecho a no sufrir y el derecho a decidir sobre la propia vida. La Eutanasia y el Suicidio asistido han estado siempre en el Código Penal español, aunque las penas habían disminuido considerablemente en el C. Penal de 2010. En él no se hacía una diferencia entre eutanasia o suicidio asistido, decía: “*Todo el que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro*” ..., *será castigado con penas de...* El debate se reducía prácticamente a las Instrucciones Previas. La persona podía expresar por escrito personal o bien por un representante legal, los tratamientos o el rechazo a los mismos que desearía se tuvieran en cuenta si, llegado el momento, no pudiera expresarse. *El documento no era, en ningún caso, legitimador de conductas eutanásicas, y establecía como límites: que la situación no fuera la prevista y pusiera en duda lo que el paciente quisiera en ese caso; que su deseo fuera en contra del ordenamiento jurídico; o en contra de la “lex artis”*. Hoy cabe en estas Instrucciones pronunciarse por la eutanasia. Algunos juristas se han mostrado escépticos sobre el valor de estas instrucciones, ya que es muy diferente escribir en pleno estado de salud lo que se desea y lo que se querrá cuando el peso de la enfermedad haya modificado la lucidez y las fuerzas del paciente.

La primera proposición de la ley española actual data del 30 de enero de 2017 y afirma: “*existe un amplio consenso que afirma que la finalidad de la medicina en el siglo XXI tiene dos objetivos de la misma categoría e importancia*”: i) *prevenir y curar enfermedades* y ii) *ayudar a morir en paz a los ciudadanos, mediante el desarrollo de una medicina paliativa que alivie su sufrimiento y respete sus decisiones*.

Hay que recordar que los redactores de “The Goals of Medicine” (Los fines de la medicina), publicado por Daniel Callahan y Mark J. Hanson en el Hastings Center en 1996, señalan cuatro fines de la medicina: i) la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud; ii) Curar a los enfermos y cuidar de los crónicos; iii) Rehabilitación de las lesiones y secuelas y alivio del sufrimiento; iv) evitar la muerte prematura y velar por una muerte en paz. Evitar una muerte prematura quiere decir no adelantar la muerte por una intervención innecesaria como es una acción eutanásica, “*estar vivo hasta la muerte*” que decía Paul Ricoeur a sus 90 años en 2003. Velar por una muerte en paz, sin obstinación terapéutica que prolongue el proceso de morir.

La nueva ley (17 diciembre 2020) abre su página primera afirmando que, “*la presente ley pretende dar una respuesta jurídica, sistemática, equilibrada y garantista a una demanda sostenida de la sociedad actual como es la eutanasia*”. En su primer proyecto daba resultados de encuesta. ¿Dónde, cuándo y a quiénes se ha dirigido la encuesta?

Afirma la ley: “*la legalización y regulación de la eutanasia se asientan sobre la compatibilidad de unos principios esenciales que son basamento de los derechos de las personas y, que son así recogidos en la Constitución española. Son, de un lado, los derechos fundamentales a la vida y a la integridad física y moral, y de otro, bienes constitucionalmente protegidos, como son la dignidad, la libertad o la autonomía de la voluntad*. (BOCG, pag.2). ¿Qué diferencia hace la ley entre derechos fundamentales y bienes? Estos derechos y bienes no

son equiparables porque se basan en valores de diferente nivel: la vida, valor fundamental y la autonomía de la voluntad, valor secundario porque precisa de la vida que es la base de todos los derechos. *“Todos tienen derecho a la vida, este derecho a la vida no existe en función de un derecho, sino de un hecho de la naturaleza”* (Comité de Bioética de España)

Y sigue la ley: *“Se busca respetar la autonomía y voluntad de poner fin a la vida, en una situación de enfermedad grave e incurable, o de una enfermedad grave, crónica e imposibilitante, padeciendo un sufrimiento insoportable, que no puede ser aliviado en condiciones que considere aceptables... Con ese fin, la presente ley regula y despenaliza la eutanasia (BOCG, pag.2)”*

*“Cuando una persona plenamente capaz y libre se enfrenta a una situación vital que, a su juicio, vulnera su dignidad e integridad como es la que define el contexto eutanásico antes descrito, el bien de la vida puede decaer en favor de los demás bienes y derechos con los que debe ser ponderado, toda vez que no existe un deber constitucional de imponer o tutelar la vida a toda costa y en contra de la voluntad del titular del derecho a la vida... Por esta misma razón, el Estado está obligado a proveer un régimen jurídico que establezca las garantías necesarias y de seguridad jurídica (BOCG, pag.3)”*

La vida es el bien supremo que la persona tiene para poder ejercer sus valores y derechos, sin ella no puede hacer nada, pero no es un bien absoluto y se puede sacrificar para salvar a otros o dar la vida por su Fe. *“Toda persona mayor de edad, en plena capacidad de obrar y decidir puede solicitar y recibir dicha ayuda, siempre que lo haga de forma autónoma, consciente e informada, y que se encuentre en los supuestos de enfermedad grave e incurable o de enfermedad grave crónica e imposibilitante, causantes de un sufrimiento físico, o psíquico intolerables (BOCG, pag.3)”*

La ley distingue entre dos conductas eutanásicas diferentes: *“1ª La administración directa al paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario competente y 2ª La prescripción o suministro por parte del profesional sanitario de una sustancia, de manera que ésta se la pueda autoadministrar, para causar su propia muerte (BOCG, pag. 4)”*. Esta segunda modalidad, conocida como suicidio asistido, ha sido más propia de Estados Unidos y países afines que se rigen por una filosofía liberal, según la cual, una persona puede disponer de su vida, pero nadie puede disponer de la vida de otro. A esta argumentación ha respondido Warren Reich, miembro fundador del Instituto Kennedy de Bioética de la Georgetown University en Washington, que *“la confianza médico-paciente tiene como base el razonamiento de que el cuidado nunca incluye el suicidio asistido”*.

*“Al mismo tiempo, mediante la posibilidad de Objeción de Conciencia se garantiza la seguridad jurídica y el respeto a la libertad de conciencia del personal sanitario llamado a colaborar... el profesional puede negarse y así lo hará constar e informar a su paciente... No obstante, los derechos de los solicitantes a la eutanasia tienen que quedar cubiertos”*.

Es legítimo manifestar que, si el Estado da un derecho, es su función dar los medios para que uno se pueda beneficiar de él, sin imponer este derecho, como un deber, a los médicos. La libertad de uno termina donde comienza la libertad del otro. La objeción de conciencia tiene que ser real, sin marcar a los profesionales objetivos. *“El personal sanitario no mata”*, afirma el Comité de Bioética de España. Y Axel Kahn, genetista y miembro del *Comité National d’Ethique de France*, agnóstico de bronce, como él mismo se define, escribe: *“Desconfío de las acciones humanas irreversibles”*. No es posible volverse atrás, una vez se ha aplicado la eutanasia.

### **La alternativa a la eutanasia: una muerte en paz**

Parece más adecuado el término morir en paz que el de muerte digna, ya que, como toda persona es digna, su muerte también lo es. Morir en paz es: morir rodeado del cariño de los suyos, eliminando los dolores y el sufrimiento, morir de muerte natural, sin actuaciones innecesarias, con la asistencia médica precisa y apoyo espiritual si se desea, entendiéndose que no todas las personas desean ayuda religiosa, pero sí que cada persona, del color o la tendencia que sea, tiene en su interior una capacidad de trascendencia y necesita, a veces, expresar sus sentimientos de culpabilidad, de rechazo, de rebelión y para ello, necesita de alguien que sepa escuchar.

Dejar morir en paz, pide el desarrollo de cuidados paliativos, un acompañamiento de los enfermos en fase terminal, el rechazo a la obstinación terapéutica, y los cuidados médicos, que pida su situación. El paciente al final de su vida está en un estado de máxima vulnerabilidad, con dolor físico; psíquico de desánimo ante el

deterioro y debilidad por la enfermedad; social al sentirse separado de los suyos y responsable del sufrimiento de ellos; espiritual, las imágenes y sucesos de la vida, desdibujados, pasan muchas veces por su imaginación. La familia también experimenta un dolor físico, por la sobrecarga de trabajo; psíquico porque la muerte no deja de ser una ruptura; social porque el cuidado de su enfermo limita otras actividades y relaciones; espiritual por culpabilidad unas veces y otras por remordimientos de no hacer lo que sería necesario.

### **Cuidados paliativos**

Paliar significa dar temporalmente un bienestar, controlar el dolor y los síntomas que acompañan las enfermedades graves, especialmente en su fase terminal, (vómitos, alteraciones del ritmo intestinal o urinario, insomnio...). Supone además ayuda emocional y social porque una buena comunicación es el centro de todo buen cuidado, ofrecer cuidado espiritual si lo desea y tratando de no medicalizar demasiado los cuidados paliativos, sino más bien ofrecer un ambiente humano que haga vivir al paciente hasta su muerte.

Los enfermos en esos momentos, tienen cierto miedo y temor hacia lo desconocido a donde caminan, agradecen la compañía, que no es sino tomar en consideración la calidad de vida, una atención integral, que les ayude a convivir con una enfermedad sin límite que le llevará hasta una muerte en paz.

Acompañar es sentarse en silencio y convencerles de que merecen nuestra atención. Es el gesto acogedor, la palabra tierna, la mirada respetuosa, la proximidad, una actitud de vela hacia y con el paciente. Es demostrarle que tiene valor para nosotros porque como afirma Paul Ramsey (uno de los pioneros de la Bioética): *“Hay nobleza y dignidad en la asistencia a los moribundos”* Y cito a Lèvinas, el filósofo francés que afirma que el rostro del otro nos interroga, cuando escribe: *“Antes de la muerte hay siempre una última oportunidad, y si se muere por falta de sentido... Somos todos responsables”*.

**M<sup>a</sup> Pilar Núñez Cubero**

Doctora en medicina. Ginecóloga

Profesora de Bioética

Subdelegada de bioética de la Orden de Malta

Miembro de la EACME

# Datos y transparencia. Requisitos esenciales para el debate sobre la eutanasia

(Artículo publicado originalmente en *The Conversation*, el 23 de marzo de 2021)

## Datos y transparencia. Requisitos esenciales para el debate sobre la eutanasia

En un contexto de tensión política, polarización ideológica y pandemia, la *Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia (17/12/2020)* sitúa nuevamente la muerte médicamente asistida en el debate social. Contiene como principal novedad la legalización de la eutanasia (la administración de una sustancia letal por un profesional sanitario competente a una persona que solicita esa ayuda a morir) y del suicidio médicamente asistido (poner a disposición de una persona que desea morir una sustancia letal que ella misma se puede administrar). Para acceder a estas prestaciones, la norma establece como condición que los pacientes las soliciten libre y reiteradamente, en pleno uso de sus facultades, tras recibir información suficiente y haber discutido las alternativas de tratamiento y cuidados paliativos. Además, la ley prevé una serie de garantías para que cada ayuda a morir se lleve a cabo con control y supervisión, y que los médicos y demás profesionales sanitarios directamente implicados puedan objetar a realizarlas por razones de conciencia.

España se suma así a una lista creciente de países que han dado pasos legislativos similares: Países Bajos, Bélgica, Luxemburgo, Canadá y Colombia han despenalizado la eutanasia o el suicidio médicamente asistido, mientras que Suiza, varios estados de Estados Unidos y el Estado de Victoria en Australia han legalizado el suicidio asistido.

La ley está pensada para que se respete la autonomía de quienes experimentan un sufrimiento físico o psíquico insoportable por encontrarse en una situación de padecimiento grave, crónico e imposibilitante, o por sufrir una enfermedad grave e incurable. Sin embargo, relativiza el valor absoluto de la vida humana y constituye un reto para la deontología médica que, si bien ha prohibido tradicionalmente provocar la muerte de manera intencionada, no puede castigar los actos médicos que cumplen la legalidad.

Buena parte de los desacuerdos acerca de la eutanasia se refiere a los efectos hipotéticos de la ley, a las circunstancias en las que se encuentran las personas que solicitan ayuda para morir y a las condiciones en las que se prestaría esa ayuda. Las discrepancias de este tipo no se deben a cuestiones fundamentalmente ideológicas o de principios, de modo que podrían resolverse con información detallada sobre cómo se muere en España. Por ejemplo, hay quienes sostienen que la eutanasia se solicita por falta de cuidados paliativos; otros piensan que la ley garantizará que se respeten los requisitos de acceso a la prestación. En ausencia de estudios empíricos que las confirmen o desmientan, tales afirmaciones reflejan solo la opinión de quienes las enuncian, por mucho que se trate de personas expertas o investidas de autoridad. Disponer de datos actualizados y fiables sobre las prácticas de final de la vida —incluida la eutanasia y el suicidio médicamente asistido— posibilita un debate riguroso, que evite afirmaciones cuya verdad o falsedad están aún por demostrar. Mientras no se puedan corroborar tales opiniones, corresponde abstenerse de presentar como hechos lo que en realidad son creencias o especulaciones. Reducir la complejidad del final de la vida a eslóganes y simplificaciones no solo constituye una falta de respeto a la inteligencia, sino también una irresponsabilidad: está en juego comprender las implicaciones de la ley, sus usos y posibles abusos. Cada año aparecen en los medios casos aislados de eutanasias o suicidios asistidos realizados al margen de la legalidad y situaciones en las que se acusa a profesionales de haber practicado eutanasias que en realidad no son tales. Lo cierto es que ni siquiera se conoce la frecuencia de estas prácticas ni las circunstancias en las que se producen en la actualidad. Aun así, hay quien se aventura a pronosticar las consecuencias —catastróficas para algunos, para otros esperanzadoras— de aplicar la nueva ley.

Los datos sobre las condiciones y circunstancias de la atención al final de la vida deberán ser públicos en aras de la transparencia y la rendición de cuentas. Es así como se introduce rigor en la discusión pública y la propia práctica. Las instituciones responsables deberán facilitar el seguimiento y evaluación de la ley mediante estudios similares a los que otros países llevan realizando desde hace varias décadas. ¿Cuántas solicitudes de eutanasia o suicidio médicamente asistido se recibirán? ¿Cuántas de esas peticiones acabarán siendo atendidas y cuántas denegadas? ¿En qué circunstancias sociales y de salud se encuentran las personas que solicitan esas ayudas? ¿Qué eficacia tienen los mecanismos de garantía y supervisión contemplados en la ley? Sin información detallada sobre estos aspectos es imposible prever y evaluar los efectos del cambio legislativo en las prácticas sanitarias y su impacto en valores esenciales, como la seguridad o la confianza en la relación clínica y las instituciones.

Si realmente aspiramos a algo más que a alimentar nuestra confusión y la división estéril entre posturas aparentemente antagónicas, el debate social sobre la ley debe cumplir unos requisitos mínimos de claridad y compromiso con la verdad. Por un lado, es esencial un esfuerzo de precisión conceptual, pues una proporción elevada de la sociedad, incluidos los profesionales sanitarios, no siempre identifica correctamente los diferentes escenarios de atención al final de la vida y su estatus legal en España. Como en otros países, es necesario distinguir la eutanasia de ciertas prácticas que ya eran legales, como la sedación terminal o la adecuación de los tratamientos de soporte vital, y de otras que seguirán siendo ilegales, como las muertes médicamente asistidas sin petición expresa por parte del paciente.

Una ciudadanía crítica debería estar en condiciones de justificar sus propios posicionamientos, sean estos contrarios o favorables a la ley reguladora de la eutanasia. Los datos y la transparencia son un antídoto contra el adoctrinamiento y la manipulación. Los necesitamos como agua de mayo si queremos arrojar luz al debate sobre la muerte médicamente asistida en España.

**Rosana Triviño Caballero.** Profesora Humanidades Médicas, UCM  
Autora de correspondencia: rosanatr@ucm.es

**David Rodríguez-Arias.** Profesor de Bioética, UGR

**Jon Rueda.** La Caixa INPhINIT Fellow y doctorando en filosofía, UGR

**Miguel Melguizo.** Médico de Familia y Profesor Asociado Departamento de Medicina, UGR

En representación del grupo **ESPACyOS**  
Ética Salubrista para la Acción, Cuidado y Observación Social: <https://espacyoscom.weebly.com/>

## La ABFyC en la plaza pública en el proceso legislativo de la LORE: regular como derecho y como prestación lo que venía siendo un delito, en medio de una pandemia. Visiones personales de un observador interesado y atento<sup>1</sup>

El 24 de marzo de 2021 el Boletín Oficial del Estado publicó la *Ley Orgánica 3/2021 de regulación de la eutanasia (LORE)*<sup>2</sup>, tras la propuesta de enmiendas aprobada en el Senado, el 10 de marzo, votadas en el Congreso el 18 de marzo<sup>3</sup>.

Por fin, la **XIV Legislatura** de nuestra moderna democracia parlamentaria, iniciada en diciembre de 2019, culminaba la tramitación de una ley de “**ayuda médica para morir**” (AMpM) que modifica el **artículo 143 del Código Penal de 1995** (de la inducción, cooperación y ejecución al suicidio, ubicado en el Libro II de “Delitos y sus penas”, Título I “Del homicidio y sus formas”), despenalizándolos en los supuestos regulados por la ley. Veinticinco años de intentos y propuestas respaldadas desde el activismo<sup>4</sup>.

El Congreso aprobaba, por una mayoría parlamentaria asociada a instrucciones de partido (sin voto de conciencia), la **proposición de ley 122/000020** registrada por iniciativa de grupo parlamentario (en este caso, el Socialista), el **24 de enero de 2020**. Mayoría holgada de **202 votos a favor** (PSOE, Podemos, BNG, ERC, Junts per Catalunya, Más País, Bildu, PNV, CUP, Ciudadanos) frente a **141 en contra** (PP, Vox, UPN, Foro Asturias) y **dos abstenciones** (CDC)<sup>5</sup>. No se precedió esta ley o se acompañó, como sucedió en la XII Legislatura<sup>6</sup>, con una legislación básica de derechos y deberes en el final de la vida, para acompasar las existentes en 10 CCAA (entre 2010 y 2018), que se interrumpió en su trámite en el Senado<sup>7</sup>.

Ese día, 18 de marzo de 2021, vigente un **estado de alarma** que concluiría el 9 de mayo, la actualización nº 335 del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias del Ministerio de Sanidad notificaba que en España, hasta el momento, se habían reportado un total de 3.212.332 casos confirmados de COVID-19 y 72.910 fallecidos. Con 3.090 nuevos casos el día anterior y una incidencia

<sup>1</sup> Las opiniones expresadas son solo del autor y no representan las de la ABFyC. Firmo con mis roles en la Asociación porque creo que es el mejor marco para desplegar una deliberación social sobre este proceso y porque parto de la reflexión realizada en el seno de la misma.

<sup>2</sup> «BOE» núm. 72, de 25 de marzo de 2021 Referencia: BOE-A-2021-4628. URL consolidado: <https://bit.ly/2TW6N3o>

<sup>3</sup> El mismo 25 de marzo, el Boletín Oficial de las Cortes Generales, del Congreso de los Diputados publicaba el texto definitivo. Ver URL del BOCG nº 46-9: <https://bit.ly/3gURIqO>

<sup>4</sup> Alonso I, Gol X. El Parlamento en bucle infinito. 25 años de propuestas para despenalizar la eutanasia, fallidas. Revista DMD nº 79. Junio 2019. Ver URL: <https://derechoamorrir.org/2019/06/03/revista-de-dmd-no-79/>

<sup>5</sup> Diario de sesiones del Congreso de los Diputados (Pleno y Diputación Permanente) de 18 de marzo de 2021, página 33

<sup>6</sup> La XIII Legislatura duró sólo 126 días, entre el 21 de mayo y el 24 de septiembre de 2019 (2ª más corta de la historia reciente de España).

<sup>7</sup> Durante la XII Legislatura (iniciada el 19 julio 2016), la de la moción de censura exitosa de junio de 2018, seguida de convocatoria de elecciones anticipadas anunciadas el 5 de marzo de 2019, se interrumpió la tramitación de la Proposición de Ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida. (122/000051), aprobada en el Congreso (iniciativa de Ciudadanos, tramitada en la Comisión de Sanidad) con un Dictamen de Comisión respaldado por 316 votos a favor y 23 votos en contra, y que estaba en debate en el Senado al terminarse anticipadamente la legislatura.

acumulada a 14 días de 128 casos diagnosticados/100.000 habitantes)<sup>8</sup>. A punto de culminar los noventa días antes de la entrada en vigor de la LORE, cuando esto se escribe, el último balance oficial ofrecido con datos consolidados a 18 de junio (actualización nº 400), se han notificado, hasta el momento, 3.757.442 casos confirmados de COVID-19 y 80.652 la cifra total de fallecidos, con 1.895 casos diagnosticados el día previo y una incidencia acumulada a 14 días de 95,91 casos diagnosticados/100.000 habitantes<sup>9</sup>, en pleno esfuerzo vacunal (con 35,5 millones de dosis administradas, 22,6 millones con al menos una dosis – casi 48% población- y casi 14 millones de personas con pauta completa de vacunación -29,4% población).

Los legisladores, desoyendo peticiones fundamentadas, como las presentadas en el documento de **Reflexiones, consideraciones y propuestas de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica (ABFyC) en torno a la regulación de la ayuda médica para morir**<sup>10</sup>, mantuvieron tres exiguos meses para su **entrada en vigor**, que habrán ya vencido, cuando esto se lea, el **25 de junio de 2021**. En contraste con la mayoría de las pocas jurisdicciones que han ido regulando la AMpM Conviene citar las reflexiones introductorias del documento *“Reflexiones, consideraciones y propuestas”*:

*“La ABFyC viene prestando atención explícita al contexto de atención a la cronicidad avanzada y al final de la vida. Entiende este contexto como relacional, deliberativo, comunicativo, humanizador, de acompañamiento y no-abandono, ofreciendo recursos para la clarificación de preferencias y la adopción de decisiones. En este ámbito se sitúa el **Grupo de Trabajo sobre la Planificación Compartida de la Atención (GdT-PCA)**, creado hace 4 años, que ha colaborado activamente, desde 2017, en la creación de la **Asociación Española de Planificación Compartida de la Atención (AEPCA)**, [aportando cinco de sus nueve miembros fundacionales, uniendo esfuerzos] con otras personas de otros ámbitos ajenas a la ABFyC.*

*Además, de manera complementaria, la ABFyC promueve la deliberación dentro de este contexto amplio que puede denominarse de “ayuda médica a morir” (AMaM) sobre unas actuaciones más específicas, para situaciones excepcionales, de “ayuda médica para morir”. Así se creó el **Grupo de Trabajo sobre la Ayuda Médica para Morir (GdT-AMpM)** promovido hace dos años (bajo el nombre inicial de “muerte médicamente asistida”), que partió como un compromiso de la ABFyC, de debate en la plaza pública, desde una “estudiada neutralidad”<sup>11</sup>. En una **Jornada, el 30 de noviembre de 2018**, se debatió sobre el modelo de los Países Bajos (con Agnes van der Heide) y el estadounidense (con Art Caplan), así como las premisas de un abordaje jurídico de cuestiones en el final de la vida (con José Antonio Seoane)<sup>12</sup>. Un año después, en nuestro último **Congreso, el 4 de octubre de 2019** en Madrid continuamos con una ponencia marco (Javier Júdez<sup>13</sup>) junto a un complemento de perspectiva jurídica (José Antonio Seoane<sup>14</sup>) en diálogo con una conferencia de Tim Quill<sup>15</sup>. La ponencia marco y sus reflexiones y propuestas se empezaron a debatir en foros como la **Jornada de Bioética de Puerta de Hierro (21 noviembre 2019)**. Había previsión de otras deliberaciones en los congresos de semFYC; SECPAL, y otros foros autonómicos de bioética en 2020. Entonces llegó la COVID19 y todos los planes cambiaron.”*

No para los legisladores. Durante la pandemia no ha habido tiempo (o voluntad) de generar una legislación actualizada de Salud Pública, de emergencias sanitarias, y su regulación en las medidas excepcionales, en estados de alarma o de excepción. Pero sí se ha completado la tramitación legislativa algo

<sup>8</sup> Ver URL: <https://bit.ly/3qk5xmH>

<sup>9</sup> Ver URL: <https://bit.ly/3j3jlQW>

<sup>10</sup> Documento que denominaremos en el texto como “Reflexiones, consideraciones y propuestas”: remitido el 9 de marzo de 2021 por el Grupo de Trabajo elevado a la Comisión Científica y a la Junta, que lo abrieron, en versión final de 13 de marzo (suscrita por 15 personas), a adhesiones adicionales de socios y no-socios: <https://bit.ly/3vKtcxL>

<sup>11</sup> <https://bit.ly/3zRVsSk>

<sup>12</sup> <http://www.asociacionbioetica.com/videos/jornada-de-bioetica-abfyc-30-11-18>

<sup>13</sup> [https://www.youtube.com/watch?v=0Opimepi6p8&feature=emb\\_logo](https://www.youtube.com/watch?v=0Opimepi6p8&feature=emb_logo)

<sup>14</sup> <https://www.youtube.com/watch?v=5UaQla-a0W0&list=PL42V5VwWph4UiDvVaHH-sFD2Fey6DzQMv&index=30>

<sup>15</sup> [https://www.youtube.com/watch?v=K3zuLzdLm-4&feature=emb\\_logo](https://www.youtube.com/watch?v=K3zuLzdLm-4&feature=emb_logo)

arrebatada, por la escasa participación social y “técnica”, de la LORE. Si bien podremos coincidir todos que “[...] la regulación de la **ayuda médica para morir** (ya sea en formato de **administración** –eutanasia– o de **prescripción** –el denominado “suicidio médicamente asistido”– es objeto de debate, confrontación y polémica desde hace décadas, al menos en las sociedades occidentales. También en España”, en esta materia, “[...] la legislación rara vez es el final de la controversia social. Tan importante como una **buena norma** (sin entrar aquí a analizar los méritos y riesgos de despenalizar o no) es una **implementación cabal de la misma.**”

Si bien, el proceso legislativo concluyó, en mi opinión, mantienen **vigencia** las consideraciones generales y finales, así como elementos sustantivos de las propuestas elaboradas en **“Reflexiones, consideraciones y propuestas”**, a la hora de desempeñarnos conforme a unas buenas prácticas.

En efecto, *“la regulación jurídica de materias con una relevante presencia y diversidad de valores como la de los confines de la vida, donde la experiencia de cada individuo es intransferible, debe ser especialmente cuidadosa, tanto con el proceso previo a la legislación como con el legislativo y el post-legislativo.”*

Respecto al proceso **previo a la legislación** (y que permanece una vez se legisla pues tiene que ver con los valores y prioridades sociales construidos), el documento **“Reflexiones, consideraciones y propuestas”** echó de menos *“procesos de deliberación social más robustos y clarificadores, alejados de los lugares comunes y las posiciones maximalistas.”* Abundaban en esta línea las consideraciones generales al inicio del documento que mantienen su plena vigencia:

#### **“Consideraciones generales**

*Los miembros de la ABFyC sostienen posturas plurales sobre la conveniencia o no de una despenalización de la ayuda médica para morir, tanto en su modalidad de prescripción (suicidio médicamente asistido) como en la de administración (eutanasia).*

*Debería continuar la deliberación sobre cómo contribuir mejor, de manera explícita, a la mejora de la atención en los contextos de cronicidad avanzada y de final de la vida para todas las personas, en un marco relacional, deliberativo, comunicativo, humanizador, de acompañamiento y no-abandono, ofreciendo recursos para la clarificación de preferencias y la adopción de decisiones. Este es el marco en el que deberían imbricarse todas las decisiones en situaciones excepcionales de AMpM.*

*Nos comprometemos, a seguir siendo foro de deliberación y promoción de herramientas para profesionales, instituciones y ciudadanos. Volveremos a rendir cuentas en este sentido en una actividad conjunta con el GdT-PCA para el próximo Congreso de la ABFyC del 4-6 de noviembre de 2021, en Vitoria-Gasteiz<sup>16</sup>.*

*Afrontar la atención al final de la vida es una prioridad, y aún más en un contexto de sufrimiento no aliviado que requiere medidas para aliviarlo. Exige lo mejor de los profesionales sanitarios, adecuadamente formados, y del sistema de salud, con protocolos y coordinación asistencial coherente, que cuide a sus ciudadanos, desde el compromiso de acompañamiento y no-abandono.*

*Asimismo, debería establecerse un compromiso entre la atención a cada individuo y la protección de aquellos más vulnerables, articulando una regulación que pondere ambas necesidades. Este equilibrio, resultado de la deliberación social y profesional, puede implicar que haya un proceso con garantías reforzadas para ciertas situaciones que exijan condiciones adicionales o más tiempo para la verificación de los requisitos, precisamente para proteger de*

<sup>16</sup> Ver URL: [http://www.asociacionbioetica.com/congreso\\_2021/](http://www.asociacionbioetica.com/congreso_2021/)

posibles abusos a otros más vulnerables. Este tiempo o estas condiciones no pueden ser burocráticos ni estériles.

*Deberían ofrecerse recursos de formación, capacitación y toma de decisiones para aquellos que afronten situaciones amenazantes, generadoras de un sufrimiento no aliviado, y contemplen la posibilidad de opciones en situaciones excepcionales, para la deliberación tanto de profesionales (objetores de conciencia o eventuales participantes en procesos de AMpM) como de pacientes y familiares.*

*Son decisivos el seguimiento y la evaluación de la “ayuda médica a morir”, incluyendo la “ayuda médica para morir”, buscando colaboraciones y promoviendo la investigación en este ámbito, por ejemplo, con un “Observatorio de la atención en el final de la vida en España”.*

*Sería deseable mejorar algunos aspectos de la actual propuesta legislativa antes de su publicación en el BOE.*

*Estas propuestas reflejan exclusivamente la preocupación y el ponderado parecer de los miembros, y no representan los de la Junta o de todos los asociados; no obstante, las elevamos como elementos para la deliberación social.”*

En relación al **proceso legislativo**, desde un punto de vista deliberativo, el documento “Reflexiones, consideraciones y propuestas” mostraba sorpresa por “el voto cautivo “por partidos” en esta materia, a diferencia de lo acaecido en otros muchos países que han regulado en este ámbito, donde se vota en conciencia (se pueden ver los resultados de las votaciones parlamentarias de las legislaciones mencionadas, con especial significación para aquellas que, al ser recientes, dialogan teniendo sobre la mesa la experiencia previa de otras legislaciones implementadas).” También proponía “avanzar de manera complementaria como sociedad para mejorar la atención global a la cronicidad avanzada y al final de la vida.”

Sobre esto añadiré algunas valoraciones personales más adelante. Pero, antes, mencionar que existe una última etapa, no menos trascendente, **tras la legislación**, que es, de hecho, en la que nos encontramos.

*“Tener una norma no impide seguir deliberando como comunidad. Por ello, tanto o más crucial que la aprobación legítima y democrática de una norma es su **implementación** y el desarrollo de **buenas prácticas** al servicio de los objetivos que la norma pretende promover. En materias de conciencia y de valores de gran implicación para las personas hay que ser prudentes y articular  **cursos de acción intermedios** que ponderen los valores en juego.”*

Con este fin, sea cual sea la posición particular de cada cual respecto a esta legislación, es oportunidad de renovar y redoblar nuestro compromiso “**con los objetivos señalados de mejora continua de la atención humanizada al final de la vida, y con la deliberación sobre las opciones para situaciones excepcionales en ese marco relacional, comunicativo y deliberativo”**.”

**Modificar las líneas rojas de una sociedad: una oportunidad perdida de bordarlo, que requiere que hagamos de la necesidad, virtud**

La trascendencia de una legislación como la de regulación de la AMpM, inserta en uno de los confines de la vida, en su final, tiene que ver con la modificación de las llamadas líneas de rojas en una sociedad, que separan lo aceptable de lo rechazable.

Además, en este caso, afecta al corazón de la actividad y rol de las profesiones sanitarias y de sus tradiciones éticas y deontológicas. Razón de más para que el proceso de deliberación social sea lo más robusto posible. Pues si bien los profesionales sanitarios, como ciudadanos, se deben a la sociedad, también ésta debe escuchar atenta las reflexiones que los profesionales puedan devolverle, para seguir construyendo valores. No es tema sencillo el de la deliberación social en sociedades pluralistas donde se ha perdido la homogeneidad y el imperio del “código/creencia” única. Esto requiere una gestión de la razón cordial, de la cordura, de la ética cosmopolita, de la solidaridad, de la interdependencia, de la escucha, de la depuración de actitudes de cuidado, de la clarificación y construcción de valores, de la recuperación de identidades perdidas. El lector atento reconocerá en estas palabras el magisterio de Diego Gracia, de Adela Cortina, de Xavier Etxeberria de Victoria Camps, etc.

La complejidad y la demanda social suele manifestarse, por último, en forma de litigiosidad judicial y jurisprudencia. Mediante esta herramienta democrática puede llegarse a desafiar también el estatus jurídico y la regulación de un tema en una jurisdicción determinada. Son ilustrativos en este tema los casos de Canadá (caso Carter en 2014, que llevó a la legislación de “medical aid in dying” de 2016; caso Truchon en 2019, que ha llevado a su modificación en marzo de 2021) o diversas sentencias en Alemania o Italia.

Países Bajos acumuló varias décadas y decenas de procesos judiciales y protocolos e iniciativas de profesionales y sociedades científicas antes de legislar en 2002 (dándose 12 meses para entrada en vigor de la legislación).

Cuando uno compara el proceso social y legislativo de nuestra norma cabe preguntarse qué legislación se ha ponderado y cuál no. Y de la ponderada, con qué criterios se identifican las apuestas realizadas por el legislador español. ¿Cómo da cuenta de ellos el legislador? Especulen ustedes.

Mi percepción personal, como observador atento e interesado desde hace más de 20 años<sup>17,18,19,20,21,22,23,24,25</sup>, es que tanto por el momento legislativo elegido (pandemia), por el contexto (ley de AMpM desgajada de las leyes de atención integral al final de la vida), por la articulación conformada (exiguamente referenciada y comparativa) así como por la técnica legislativa (ámbitos de aplicación más allá de escenarios de final de la vida; modalidades, colapsando la administración y la prescripción en un contexto eutanásico homogeneizador; proyección a escenarios con sujetos incapaces de hecho, sin apenas cualificación de esos procesos), y por el menosprecio a la etapa de implementación (con escasos tres meses, claramente imprudentes e insuficientes), se ha marrado una ocasión para aprender de las lecciones de las

<sup>17</sup> Júdez Gutiérrez FJ. Cuando se desea morir antes que seguir viviendo. ¿Calidad frente a cantidad de vida? En: Feito Grande L, editor. Estudios de bioética. Madrid: Dykinson; 1997. p. 67-117. Accesible en: <http://www.dykinson.com/libros/estudios-de-bioetica/9788481552911/>.

<sup>18</sup> Júdez J. Suicidio médicamente asistido en el final de la vida. Med Clin (Barc). 2005; 125(13): 498-503. Accesible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16238928>

<sup>19</sup> Júdez J. Suicidio asistido y eutanasia: un debate clásico y trágico, con pronóstico reservado. An Sist Sanit Navar. 2007; 30 Suppl 3: 137-61. Accesible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18227887>

<sup>20</sup> Júdez J. El final de la vida: esperar lo mejor, preparándose para lo peor. En: Gracia D, Martínez Martínez JA, editores. La Bioética en la Educación Secundaria. Aulas de Verano (Instituto Superior de Formación del Profesorado). Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia; 2007. p. 151-231. Accesible en: <https://sede.educacion.gob.es/publivera/detalle.action?cod=12273>

<sup>21</sup> Júdez J. De la impotencia y fracaso de la bioética cuando renuncia a los que tiene que ser: el caso de la planificación anticipada de la asistencia sanitaria. En: Feito L, Gracia D, Sánchez M, editores. Bioética: el estado de la cuestión. Madrid: Triacastela; 2011. p. 253-80. Accesible en: <http://www.triacastela.com/listaproductos.asp?IdProducts=HUM0032>

<sup>22</sup> Júdez J. La facilitación como herramienta básica de Planificación Anticipada de la Asistencia Sanitaria. Fundamentos del programa "KAYRÓS-Conversaciones que ayudan" (inspirado en Respecting Choices®). Tesis Doctoral (Ciencias Clínicas en Medicina). Universidad de Murcia, 2 octubre 2014

<sup>23</sup> Ética en el final de la vida (Foro Arrupe, marzo 2016). Sesión completa: <https://bit.ly/3zZ3ysL>

<sup>24</sup> La planificación anticipada de los cuidados en el final de la vida (Cátedra de Profesionalismo y Ética Clínica – Universidad de Zaragoza, Colegio de Médicos de Zaragoza, Zaragoza, 16 marzo 2017). Ver URL: [https://www.youtube.com/watch?v=g54hyujr\\_2o&feature=youtu.be](https://www.youtube.com/watch?v=g54hyujr_2o&feature=youtu.be)

<sup>25</sup> Saralegui I, Lasmarías C, Júdez J, Pérez de Lucas N, Fernández J, Velasco T et al. Claves en la planificación compartida de la atención. Del diálogo al documento. En: Cronicidad avanzada. Monografías SECPAL 2018, 87-9.

legislaciones existentes y regular equilibradamente el conjunto de la atención al final de la vida. Toca rescatar por la **deliberación personal, profesional, organizativa y social**, así como por las **buenas prácticas** y el buen hacer prudente y responsable, que **hagamos de la necesidad, virtud**, renovando y mejorando la asistencia en las etapas con patologías avanzadas y finales de la vida.

### La ABFyC en la plaza pública. Comentarios personales

La ABFyC, sociedad plural y multiprofesional, de aproximaciones interdisciplinares, ha rehuído, tradicionalmente, realizar posicionamientos en torno a temas controvertidos. La dinámica habitual se ha caracterizado por ofrecer herramientas y foros para la deliberación, junto a designar a miembros cualificados para órganos consultivos o de ética en los que defienden las posiciones argumentadas que consideren. Socios (y exsocios) de la ABFyC nutren universidades, CEAs, CEIs, CESS, Comités Asesores regionales, el CBE, centros sanitarios y sociosanitarios, en toda España.

En los últimos años, la ABFyC, al hilo de las transformaciones de los debates sociales y las nuevas tecnologías de comunicación, ha hecho un esfuerzo por reavivar el debate interno y contribuir a la deliberación social “en la plaza pública”. Ha reactivado su Comisión Científica y los grupos de trabajo. El recorrido en torno a dos de ellos, en “**planificación compartida de la atención**” y en “**ayuda médica a/para morir**” así lo muestra, junto a las actividades y foros de debate.

Por eso, resulta reseñable el esfuerzo de realizar un documento público, elaborado por un grupo nutrido de miembros (15), entre el *Grupo de Trabajo*, la *Comisión Científica* y la *Junta Directiva*, que buscara aportaciones en positivo en la etapa legislativa y con perspectiva deliberativa pre- y post-legislativa, sin hacer un análisis a favor o en contra exhaustivo (desde una posición inicial de “neutralidad estudiada”), y que se abriera a las adhesiones públicas de socios y no-socios. A pesar del corto marco de oportunidad ligado a propuestas de mejora de una legislación que estaba sobre la mesa, en medio de un contexto de estado de alarma y de pandemia, alrededor de 80 personas, de toda España y diversos ámbitos profesionales, dieron ese paso explícito.

El documento “*Reflexiones, consideraciones y propuestas*” planteaba 7 propuestas de mejora en 6 puntos. ¿Cuáles fueron las 7 recomendaciones planteadas? ¿Qué queda de este esfuerzo una vez aprobada la legislación sin atender ninguna de ellas? Creo que permanece lo sustantivo. Veámoslo, empezando primero por la última propuesta.

“6.) *Ampliación del plazo de entrada en vigor de la Ley y de desarrollo de un plan de implementación de la Ley.*”

***Propuesta 7: ampliar el plazo de entrada en vigor y aplicación de la ley al menos hasta los 12 meses (¡el plazo que se da para tener coordinada la oferta formativa!), para implementar con unas mínimas garantías el proceso de buenas prácticas, social, divulgador, formativo, logístico que requiere la Ley.***”

Este plazo no se ha modificado. Las consecuencias las hemos vivido todos aquellos que, en mayor o menor medida, hemos participado en algunas de las facetas en las que las diferentes Comunidades autónomas han intentado desplegar los procesos de implementación requeridos: creación de registro de objeción de conciencia, creación de la comisión de garantías y evaluación correspondiente, seguimiento de los trabajos impulsados por el consejo interterritorial (al menos en las facetas de manual de buenas prácticas y del protocolo de evaluación de la capacidad), y desarrollo de la puesta en marcha (documental, administrativa y de los procesos clínicos)<sup>26</sup>.

<sup>26</sup> Ver URL: <https://bit.ly/3vK6lTf>

Casi todo está por hacer. La formación y difusión, que debería preceder a la aplicación, sólo se podrá hacer en marcha. Entra en vigor la LORE, con los procesos y herramientas todavía en la cocina. Y se irán componiendo los “platos” según avance el tiempo, según vayan apareciendo las solicitudes. Estas irán surgiendo, pues detrás de la legislación hay un activismo organizado desde hace décadas. Es previsible que vayan de menos a más hasta el nivel propio de nuestro país que, hoy por hoy, desconocemos (así ha sucedido en todas las jurisdicciones hasta ahora). Los esfuerzos de las CCAA no están siendo pequeños, pero como en los programas-concurso de cocina en los que una prueba incluye en su dificultad el tiempo de cocinado, una prueba puede resultar muy difícil o imposible cuando por los ingredientes a utilizar, por las técnicas culinarias a emplear, no hay margen en el tiempo disponible para completarlo. En esas circunstancias, los platos salen a medio cocinar. No otra es la situación en la actualidad, pues la sociedad española si bien podía llevar años discutiendo sobre si “eutanasia sí” o “eutanasia no”, cuando te remangas a organizar lo que esto implica hay muchos detalles que hay que ir respondiendo. Por eso, todas las jurisdicciones se han dado al menos 12 meses para la puesta en marcha de legislaciones de esta naturaleza.

En este sentido, el contexto y modo de tramitación de la porfiada legislación en este ámbito contrasta con otras experiencias legislativas que resultan más ejemplares por la calidad del debate social, la participación de los profesionales y la dinamización que cataliza el propio proceso legislativo. Especialmente significativos, en este sentido, son los últimos procesos en Canadá, Australia o Nueva Zelanda.

Me limito aquí a recapitular, con sana envidia, el ejemplo del estado de Victoria de Australia, donde el pre-marco legislativo se ubicó en un contexto de final de la vida, promoviendo un “*Inquiry into End of Life Choices*” legislativo<sup>27</sup> que dio lugar a 49 recomendaciones para el ejecutivo: 48 sobre paliativos y PCA (ACP). El ejecutivo aceptó 44 de las 49 y estableció un panel ministerial para abordar la propuesta 49, sobre regular el “voluntary assisted dying”, cuyos informes<sup>28</sup> dieron forma a la ley de 2017 para discutir la regulación concreta atendiendo, al menos, a la elegibilidad, la recepción de petición (perspectiva paciente), la recepción de una petición (perspectiva profesional), la gobernanza y salvaguardas, la notificación y revisión, así como la implementación. Se comparó y dio cuenta explícita, en este proceso, la legislación internacional existente en el mundo (a la altura de 2017 cuando fue aprobada la ley) y se propuso una legislación que, una vez aprobada<sup>29</sup>, con 68 salvaguardas en 7 bloques (acceso, solicitud, evaluación, medicación, administración, protección del clínico, informe obligatorio, ofensas y revisión/evaluación) se pondría en marcha, 18 meses después para poder completar un proceso de implementación<sup>30</sup> con herramientas y etapas explícitas. Me muevo entre la **admiración** (por ver lo que se puede hacer socialmente en 4 años por parte de un legislativo y un ejecutivo) y la **congoja** (por el contraste por lo que hemos hecho... teniendo esto disponible a nuestro alcance).

El insuficiente cocinado será suplido ya con la ley en vigor. Y es previsible que, como se ha descrito en Países Bajos<sup>31</sup>, Bélgica<sup>32</sup>, Canadá<sup>33</sup>, o el estado de Victoria de Australia<sup>34</sup>, sin una explicación clara, además de la distinta pericia en el desarrollo de la ley, habrá una variabilidad geográfica en su aplicación:

---

<sup>27</sup> Parliament of Victoria. Legislative Council. Legal and Social Issues Committee. Inquiry into end of life choices Y Government Response. Ver URL: <https://www.parliament.vic.gov.au/402-lsic-lc/inquiry-into-end-of-life-choices>

<sup>28</sup> Voluntary Assisted Dying Bill. Victoria State Government. Ver URL: <https://bit.ly/3gVXmc5>

<sup>29</sup> Voluntary Assisted Dying. Victoria State Government. Ver URL: <https://bit.ly/3gPVPFE>

<sup>30</sup> Voluntary Assisted Dying Implementation Conference. Melbourne, 17-19 May 2019 [a un mes de la entrada en vigor aproximadamente]. Ver URL: <https://bit.ly/3xK9gwx>

<sup>31</sup> Groenewoud AS, Atsma F, Arvin M, et al. Euthanasia in the Netherlands: a claims data cross-sectional study of geographical variation. *BMJ Supportive & Palliative Care* Epub ahead of print: [June 2021]. doi:10.1136/bmjspcare-2020-002573. [Para el seguimiento de los Comités Regionales ver URL: <https://www.euthanasiecommissie.nl/>]

<sup>32</sup> Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie. Neuvième rapport aux Chambres législatives 2018 – 2019. Service public fédéral, Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Ver URL: <https://www.health.belgium.be/fr/sante/prenez-soin-de-vous/debut-et-fin-de-vie/euthanasie>

<sup>33</sup> Medical Assistance in Dying. Government of Canada. Ver URL: <https://bit.ly/3gX7gdx>

<sup>34</sup> Voluntary Assisted Dying Review Board. Victorian Agency for Health Information. Ver URL: <https://www.bettersafecare.vic.gov.au/about-us/vadrb>

unas autonomías respecto a otras; ámbitos rurales frente a urbanos; ámbito asistencial de los profesionales implicados, papel de enfermería, escenarios y patologías, modalidad elegida, etc. Es preocupante que no haya una obligación estructurada de monitorización y evaluación de los primeros años de la ley, así como un plazo previsto y planificado de su revisión *ex post*. Ante la eventual situación de que los requerimientos de unos “informes anuales” sea magra e insuficiente, no sería mala idea organizar, como apunta el documento de “Reflexiones, consideraciones y propuestas”, un “**observatorio sobre la atención al final de la vida**”. Veámoslo, al hilo del comentario de la siguiente propuesta de dicho documento.

*“1.ª) Distinción entre prescripción (suicidio médicamente asistido) y administración (eutanasia).”*

*Propuesta 1: modificar el título de la Ley por el de “ayuda médica para morir”, término que se utiliza constantemente en la ley.*

*Propuesta 2: diferenciar entre administración y prescripción, tanto para la realización como para la objeción de conciencia.”*

No se ha optado por esta conveniente clarificación y ajuste a las prácticas conocidas en bioética y legisladas en otras jurisdicciones desde hace décadas. Esto es previsible que genere algunas controversias y diferencias de interpretación, según se vaya difuminando la “voluntad” del legislador en la “letra” de la legislación, aplicada por 17 intérpretes autonómicos. Como contrapeso a este riesgo, se requiere una actitud de revisión/monitorización que, si bien no está exigida por la propia legislación (más allá de vagos informes anuales), nada impide que se realice mediante iniciativas profesionales, de sociedades o de ámbito autonómico o nacional, a modo de “**observatorio sobre la atención al final de la vida**”. En esta línea se debe comprometer la ABFyC a unir fuerzas en sinergia con otros que compartan esta preocupación.

El fenómeno que puede producirse y que se ha empezado a observar en estas semanas previas a la implementación, es el de la “**tentación de (sobre)medicalización**” de estas opciones, con presión implícita, por ejemplo, a buscar alternativas intravenosas (con posible sesgo informativo), generando una tendencia que favorezca el entorno en hospital (por más “eficiente” y en la zona de confort de los profesionales, no así de los pacientes y sus seres queridos), inexistencia de modalidad de prescripción (falta de medicación, seguimiento de protocolos de jurisdicciones con ambas alternativas, pero predominio de administración, con menor estudio de protocolos que solo contemplan la prescripción -EE.UU.- o la priorizan – Victoria, Australia-), con la consiguiente **eliminación del fenómeno de “válvula de escape”** descrito en la experiencia de Oregón y la **posible “neerlandización” o “flamenquización” de la práctica del AMpM, reducida en la práctica a la administración -eutanasia- frente a una insignificante prescripción -suicidio médicamente asistido-**.

Para algunos esto puede resultar irrelevante. Por mi parte, le daría menos importancia si fuera fruto de un proceso deliberativo y consciente. Argumentado. Pero si resulta fruto de un proceso de deslizamiento por la ausencia de finura en la deliberación o en el diseño de los procesos, creo que estaremos generando **artefactos**, que nos colocan en una posición más vulnerable a la hora de la implementación.

*“2.ª) Revisión de la definición y el requisito del carácter “imposibilitante” del padecimiento.”*

*Propuesta 3: mantener la redacción actual del Código penal o elegir una redacción que no confunda los escenarios de la AMpM, no lesione los derechos de las personas con discapacidad y no vulnere los compromisos adquiridos por España tras la firma y ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.”*

No se modificó esta definición. Habrá que seguir muy de cerca los **escenarios distintos al del final de la vida** y, aún más, cuando concurren situaciones de **“incapacidad de hecho”**. Estando el ámbito de la discapacidad en profunda transformación de sus elementos de apoyos y su visión de la “capacidad”. Teniendo un debate pendiente social sobre el “capacitismo”. Este escenario requiere al menos tanto debate como el que se ha realizado ya en Bélgica<sup>35</sup>, Países Bajos<sup>36</sup> y, sobre todo, más recientemente, en Canadá<sup>37</sup>, del que conviene seguir de cerca, tanto para las lecciones aprendidas como para la filosofía de revisión legislativas *ex post*<sup>38</sup> que insertan en la regulación de este ámbito.

Esta propuesta está interrelacionada con la siguiente.

**“3.ª) Revisión de la inclusión de la ayuda médica para morir expresada en un documento de instrucciones previas.**

***Propuesta 4: revisar la inclusión en la ley de la ayuda médica para morir expresada en un documento de instrucciones previas en personas incapaces de hecho en el momento presente”***

Este fue el punto más conflictivo en la discusión del texto propuesto por el Grupo de Trabajo en la deliberación con la Comisión Científica y la Junta Directiva. Por eso conviene transcribir la justificación y el deseo de profundizar en la deliberación de estos aspectos.

*“Postulamos revisar la inclusión de la ayuda médica para morir, en el caso de pacientes incapaces que hayan expresado su voluntad en un documento de instrucciones previas, que se articula, de manera confusa y simplificada, en los artículos 5.2 y 6.4. La solicitud expresada en un documento sin mayor cualificación contradice los requisitos del procedimiento previsto en la ley (art. 8), concebido como un proceso deliberativo entre el médico responsable y un paciente autónomo que incluye plazos y ratificaciones, con posibilidad de revocación o desistimiento, hasta la realización de la ayuda.*

*Muy pocas legislaciones (Países Bajos, Bélgica y Luxemburgo) han regulado esta posibilidad, y solo lo han hecho tras más de 20 años de experiencia con los procesos de ayuda médica para morir (eutanasia) y con rendición de cuentas de estos. La aplicación a personas incapaces con deseos expresados previamente es un ámbito de enorme complejidad y controversia, con posiciones diversas en el seno de nuestra Asociación, cuya deliberación nos comprometemos a promover a corto plazo. Un documento de instrucciones previas no garantiza por sí mismo completar el proceso deliberativo y las decisiones y solicitudes del paciente previstas en el procedimiento para la realización de ayuda para morir regulado en la Proposición de Ley. (El paciente solo podría expresar de forma genuinamente autónoma la primera solicitud –incluida en el documento de instrucciones previas–; las restantes decisiones, ratificando la anterior, solo podrían ser expresadas por su representante).”*

El compromiso de “profundizar y promover la deliberación” se materializó en el webinar del 13 de mayo *“Deliberando en torno a la ayuda médica para morir (1): Peticiones escritas previas de anticipar la*

<sup>35</sup> 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

<sup>36</sup> Nooijer K, van de Wetering VE, Geijteman ECT, Postma L, Rietjens J, van der Heide A. Schriftelijke euthanasieverklaringen van wilsonbekwame patiënten met dementie. Een systematisch literatuuronderzoek. *NED TIJDSCHR GENEESKD.* 2017;161: D988 [Revisión sistemática de la literatura sobre la eutanasia en la demencia]

<sup>37</sup> Vulnerable Person Standard. Ver URL: <http://www.vps-npv.ca/stopc7>

<sup>38</sup> Para ver la respuesta legislativa (la ley C-7 de reforma de la AMPM/MAiD) al caso Truchon ver la web del Departamento de Justicia de Canadá: <https://www.justice.gc.ca/eng/csj-sjc/pl/ad-am/c7/p1.html>. También las audiencias y deliberación social en What We Heard Report. Department of Justice. Canada. Ver URL: <https://bit.ly/3g1zzH6>

muerte en sujeto incapaz", seguido en directo por más de 300 participantes y disponible en el Canal de YouTube de la ABFyC<sup>39</sup>, con más de 600 visualizaciones 5 semanas después.

En el mismo, analizando la experiencia de Bélgica y Países Bajos, así como el proceso de revisión de la regulación de Canadá, se propuso *"cambiar el enfoque por el que bastaría solicitar la AMpM a través de un documento de instrucciones previas, de validez legal pero desconocida vinculación al proceso de reflexión personal, centrando la importancia en el proceso deliberativo de planificación compartida de la atención que acompaña la trayectoria de enfermedad del paciente, que debe irse reflejando en la historia clínica electrónica [HCE], fomentando la autonomía relacional y la toma de decisiones compartida, antes de llegar a situación de incapacidad."* Este enfoque ofrece muchas más garantías de protección de enfermos en situación de alta vulnerabilidad. Por tanto, con requisitos más parecidos al proceso de deliberación que lleva a la solicitud ratificada y voluntaria de los sujetos capaces, cuanto más cuando se están proyectando deseos para escenarios hipotéticos cuando no se están viviendo, para un futuro, en el que, si no estamos en situaciones de inconsciencia (como se requiere en la legislación análoga de Bélgica para utilizar un documento escrito previo), podemos estar ante una persona que expresa deseos y muestra intereses aunque sean "experienciales" y no "críticos" en el sentido dworkiniano que veremos más adelante.

Por tanto, debe ser **requisito de buena práctica** para que dicha solicitud pueda considerarse, el pleno conocimiento previo de la enfermedad, evolución, pronóstico, alternativas y tratamiento, facilitado por parte del equipo responsable, debiendo quedar constancia escrita en la HCE. En **procesos evolutivos y variables como las demencias**, deben comentarse las fases, los posibles marcadores de aplicación de intensidades variables de tratamiento<sup>40</sup>, ponderando las preferencias individuales y el peso que el paciente le quiera dar a dichas preferencias anticipatorias o a la evaluación de las condiciones *in situ* por parte del representante y los profesionales sanitarios.

No menos está en juego. En efecto, como he desarrollado en otro lugar<sup>41</sup>, *"la base de nuestro sistema de derechos (en las democracias occidentales desde luego) descansa sobre la autodeterminación y la autonomía individual. En España estos valores socio-ético-jurídicos se consagran positivizados en la 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. Es la base de la doctrina y los procesos de consentimiento informado. ¿Cómo gestionar pues el deterioro cognitivo de aquellos que han sido previamente competentes? Y ¿cómo hacerlo sin perder de vista que el propio proceso de deterioro cognitivo es gradual y tiene distintas fases o estadios? ¿Dónde reside nuestra identidad? ¿En el hecho de disponer del mismo cuerpo individual? ¿En lo que conforma el andamiaje neurológico sobre el que reposa nuestra "personalidad psicológica"? ¿En el diverso equilibrio entre nuestra estructura, nuestro funcionamiento y nuestra psicología? ¿En la "identidad narrativa" de nuestra "historia" o biografía? ¿Cambiamos o siempre somos los mismos? Si cambiamos, ¿cómo permanecemos siendo "nosotros mismos"? ¿Qué circunstancia quiebran esa continuidad existencial? Por otro lado, ¿valen igual nuestros valores y preferencias sobre lo que queremos hacer aquí y ahora (autonomía contemporánea) que sobre lo que estimamos ahora que preferimos en un hipotético escenario que podemos experimentar en el futuro (autonomía prospectiva)? ¿No decimos que tenemos derecho a cambiar de opinión y la última decisión es la que vale (núcleo de la autonomía de la voluntad tal y como la concebimos)? Además, no es lo mismo estimar nuestra elección en caso de que nos suceda algo, que cuando nos sucede y lo vivimos y afrontamos. Esta es la crítica habitual que los colectivos de personas con discapacidad hacen al "capacitismo". ¿Qué pasa con la capacidad de afrontamiento, con las experiencias de adaptación, con la resiliencia ante lo que no elegimos y nos sucede?"*

<sup>39</sup> Ver URL: <https://www.youtube.com/watch?v=jNQErMnAng>

<sup>40</sup> Ver las propuestas actualizadas de herramientas para facilitar la deliberación, específicas de la demencia. The Dartmouth Dementia Directive. Ver URL: <https://sites.dartmouth.edu/dementiadirective/>. También: Dementia Values and Priorities Tool. Compassion & Choices. Ver URL: <https://values-tool.compassionandchoices.org/>

<sup>41</sup> Júdez J. La solicitud de eutanasia expresada por anticipado en documentos de instrucciones previas. Revisión bibliográfica y buenas prácticas ante la nueva regulación legislativa en España en la atención a las demencias. Trabajo de Fin de Máster (Cuidados Paliativos), 2021 (inédito; en proceso de publicación).

*Los antecedentes del debate sobre la capacidad, los procesos de deterioro cognitivo y la expresión de deseos previos, en la bioética conformada a partir de finales de los 70, no pueden soslayar el debate clásico en torno a la demencia (como concepto general de pérdida de capacidad cognitiva y de toma de decisiones) que parte de Parfit (1984), polariza Dworkin (1996), ante el que replican, notoriamente, Dresser (1995) y Jaworska (1999)” y ha tenido revisiones recientes en la literatura bioética anglosajona.*

*“Parfit enmarca un lado del espectro de la identidad individual que se puede perder con cambios psicológicos, asumiendo sucesivos y distintos “yoes” a lo largo de nuestra vida. Por tanto, nuestra identidad va cambiando y la filosofía de trasladar nuestras preferencias previas como base para preservar nuestra identidad, se debilitaría.*

*En el otro lado del espectro, y más influyente, se situó Dworkin, para el cual existe una “autonomía precedente” que tendría primacía, que custodia “intereses críticos” frente a los “intereses experienciales” (placer, ausencia de dolor, placidez, disfrute de actividades, etc.) que podemos tener, siendo incompetentes, pero que ceden prioridad ante los intereses críticos. En suma, para Dworkin: “El derecho a la autonomía de una persona competente requiere que se respeten sus decisiones pasadas sobre cómo debe ser tratada en caso de demencia, incluso si contradicen los deseos que tiene en un momento posterior”. Esta es la apoyatura principal para el enfoque de la autonomía y el derecho a expresar preferencias.*

*Dresser cuestiona que los intereses experienciales deban ceder ante supuestos intereses críticos. ¿Cómo se ponderan y acrisolan estos? Para Dresser la mayoría de la gente vive el día a día, sin una diferencia tan marcada entre estos dos tipos de intereses. Y precisamente en la demencia, en estadios moderados-avanzados donde no se muestran agitación, sufrimiento, sino una vida en el presente aparentemente apacible, en un entorno adecuado, pueden primar más los intereses experienciales.*

*Jaworska por su parte, destaca no tanto que sean diferentes en identidad las personas que han perdido recuerdo o lo tienen alterado y presentan desconexión, en diversos grados, con su identidad pasada, sino que pueden retener la capacidad de valorar, la posibilidad de realizar interacciones con su entorno, tener preferencias en el momento ante alternativas. En la medida en que las personas con demencia sean capaces de valorar, las decisiones actuales en su nombre deberían tener en cuenta sus valores actuales, lo que, en la práctica, podría anular el valor de un documento de instrucciones previas (DIP).*

*Estos argumentarios han influido en los debates en los Países Bajos al hilo del desarrollo e implementación de su legislación [...]. Pero sigue habiendo un déficit de datos empíricos descriptivos de las experiencias y vivencias de las propias personas con deterioro cognitivo.*

*Al mismo tiempo, según el envejecimiento de la población es un hecho, y el éxito de la medicina prolonga la esperanza de vida, la demencia pasa a ser una realidad cuantitativamente significativa y un halo de temor, negatividad y rechazo ante la prospectiva de verse afectado por un deterioro cognitivo condiciona la percepción social y personal. Algo que evoca, en cierto sentido, el tabú del “diagnóstico de cáncer”. En esta pandemia hemos vuelto a hablar de edadismo (discriminación por la edad), gerontofobia (rechazo al mayor, al frágil y dependiente con muchos años). Actualmente se postulan, en plataforma de derechos humanos, desarrollar una declaración de derechos de la persona mayor. Paralelamente, se ha producido una importante transformación del concepto de discapacidad (física y mental!), con importantes repercusiones en el sistema de tutela, guardia, custodia e identificación de apoyos para vivir, fomentándose la participación, en lo posible de las personas, incluso siendo incapaces. No sólo es importante consentir. También tiene su papel el disentir y el asentir.*

*En los últimos años, se han producido, al menos, tres novedades destacables en la literatura:*

a) Acompañar los procesos de deterioro cognitivo con un camino paralelo comunicativo y relacional que permita documentar de manera más fidedigna los deseos y preferencias de la persona afectada.

b) La demencia como experiencia transformativa.

c) Propuestas de narrativas y vivencias “en positivo” de la eventual pérdida de deterioro cognitivo.”

Baste este adelanto, a modo de resumen, como muestra de algunas lecciones aprendidas de la experiencia de Bélgica y Países Bajos, así como de la literatura bioética en inglés:

*“La LORE ha sido aprobada y ha entrado en vigor. Regula el derecho a la prestación de AMpM en determinadas circunstancias como “enfermedad grave e incurable” y “padecimiento grave, crónico e incapacitante”. No sólo articula una actuación ante un sujeto capaz en circunstancias de final de la vida, sino que abre la posibilidad de solicitudes realizadas mediante documentos de instrucciones previas (DIP) en sujetos incapaces de hecho y en circunstancias de sufrimiento constante e insoportable, pero no necesariamente de final de la vida. Este es un ámbito de enorme complejidad y posible en sólo tres países en el mundo (Países Bajos, Bélgica y Canadá). El trabajo prudente, responsable es más necesario que nunca, aprendiendo de la experiencia de estas jurisdicciones y de la reflexión bioética. Los procesos de deterioro cognitivo no son tallas únicas que se resuelvan con una marca y una frase genérica sobre situaciones hipotéticas futuras en un documento al que se le otorga valor legal, cuando afecta a la actuación de un tercero (en este caso un profesional sanitario) y a la posible expresión contradictoria de interés experienciales del sujeto incapaz de hecho que requiere apoyos. Se precisan modelos de escalas deslizantes, para conjugar la evaluación de la capacidad, la exploración del sufrimiento asociado a la situación clínica y a las preferencias del afectado sobre los niveles de atención, para identificar momentos críticos de ese proceso evolutivo (marcadores), que se beneficiarán de la facilitación y acompañamiento a lo largo de la trayectoria de enfermedad, documentada en la HCE, contribuyendo a su robustez caso de que se formulen solicitudes de AMpM. La monitorización y evaluación de esta regulación es una obligación ética consustancial a la trascendencia de lo regulado. No se concibe como un derecho a la carta, sino como un derecho regulado en circunstancias excepcionales de último recurso donde otras alternativas no han aliviado el sufrimiento, que se revela como inevitable. Especial lucidez precisan los rincones más complejos y en la penumbra de esta regulación, como la AMpM a través de DIP, que no ha sido cualificado o caracterizado son suficiente detalle en la norma [incluso formulado de manera confusa al invocar, ante el incapaz de hecho, la “obligación de aplicar lo establecido en un DIP o documento equivalente” sin mayor matiz, frente a lo constatado en el uso de estos documentos en esta circunstancias que requieren si cabe mayor deliberación que en los sujetos capaces]. Tendrá que cualificarse con las buenas prácticas clínicas responsables y prudentes que apuesten por ubicar los DIP en un proceso comunicativo, deliberativo y relacional de PCA, que acompañe el proceso de enfermedad y quede documentado longitudinalmente en la HCE.”*

Queda mucho por deliberar en estos escenarios que son la excepción de la excepción. En el caso de las demencias, en sus diferentes fases. En el caso de las enfermedades mentales, como apunta el posicionamiento de la *Sociedad Española de Psiquiatría (SEP)*<sup>42</sup>. En el caso de la discapacidad física y mental (en pleno proceso de transformación del criterio de autonomía y de apoyos (tutela, curatela, etc.), con contaminación cruzada a los procesos de deterioro cognitivo progresivo e imparable en el final de la vida.

---

<sup>42</sup> Ver URL: <https://bit.ly/3d5W4u2>

*“4.ª) Inclusión de la formación en bioética de los profesionales y miembros de los órganos participantes en el procedimiento y revisión del papel de los comités de ética asistencial.*

*Propuesta 5: incluir una mención explícita de los CEA como recurso para el paciente, el médico responsable o el consultor, para la cualificación de los miembros de la Comisión de Garantía y Evaluación, y para los elementos de formación para llevar a cabo el proceso deliberativo descrito en la proposición.”*

Es chocante esta omisión consciente del legislador. ¿Cuánto de la misma es explicable por el modo elegido de tramitación de esta norma -Comisión de Justicia solo- y no haberse acompasado, como en la XII Legislatura, con una norma básica de derechos y deberes en el final de la vida -desarrollada en Comisión de Sanidad?

Sin embargo, por lo visto en estas semanas, como no puede ser de otro modo, los CEAs y los profesionales formados en bioética van a jugar un papel destacado en los protocolos, las Comisiones de Garantía y Evaluación, y la aplicación cabal de esta norma en un contexto prudente y responsable, como asesores de médicos responsables, consultores, otros profesionales sanitarios, e incluso miembros de las propias Comisiones. También en los necesarios procesos de formación que, consecuencia de la ausencia de tiempo material, están todavía por desplegar en su justa medida.

Aquí cabe un papel para redes capilares como la de la ABFyC y entiendo que la **formación** debe tener **tres dimensiones**:

a) **Formación básica y avanzada en el contexto común y estándar de planificación compartida de la atención**<sup>43</sup>. Es la capa principal, para toda persona con enfermedad crónica avanzada y procesos de final de la vida. Con ello se acompaña, se abren espacios de comunicación estructurados a lo largo de la trayectoria de enfermedad, y se documenta en la HCE, deliberando, desde la autonomía relacional, en torno a la toma de decisiones compartidas que se van afrontando, así como planificando eventuales escenarios previsibles de incapacidad.

b) **Formación en el manejo del “deseo de anticipar la muerte” (DAM)**<sup>44</sup>, como expresión de sufrimiento considerado intolerable por el afectado, que requiere exploración multidimensional, para identificar y abordar componentes evitables y problemas que tienen alternativas, frente a elementos inevitables que ameritan acompañamiento y no-abandono.

c) Dentro del abordaje de la DAM, un nivel adicional de **manejo de las solicitudes explícitas de AMpM**, cuando el DAM es sostenido, decanta tras haberse eliminados los componentes de sufrimiento evitable mediante mejores recursos o resignificación de las amenazas y se formula solicitud siguiendo la LORE, que desemboque en la prestación de AMpM.

Parece fundamental que la formación en el tercer nivel, surja en un contexto robusto de los dos primeros niveles. Y esto porque los atajos son imprudentes e inmorales, así como porque hablamos de procesos de largo aliento y abordaje continuado asistencial.

<sup>43</sup> Miembros del Grupo de Trabajo de PCA de la ABFyC están siendo activos en la creación de la AEPCA (<https://aepca.es/>) y el desarrollo de una PCA bien implantada en sólida bioética y comunicación clínica.

<sup>44</sup> La ABFyC debe profundizar en esta línea en la que hay terreno común más allá de defensores o detractores de la AMpM. Ver, por ej.: Consorcio para el diseño de un proyecto formativo sobre el DAM. Estrategias de formación para profesionales de la salud sobre cómo abordar el deseo de adelantar la muerte y el sufrimiento relacionado. Actualidad SECPAL 2021; (13): 18-21 (Abril-Junio).

Será útil aprender de los procesos formativos desplegados en las jurisdicciones que ya han desplegado leyes semejantes. Destacaría la formación de los médicos SCEN (*Support and Consultation Euthanasia Netherlands*) en Países Bajos<sup>45</sup> y la capacitación previa a la participación en procesos de AMpM desarrollada en el estado de Victoria de Australia.<sup>46</sup>

Conviene subrayar, además, que el cambio de eje de referencia para esta formación es fundamental: **manejo del sufrimiento considerado intolerable**. No estamos acostumbrados a este marco de trabajo explícito en la provisión de atención sanitaria. De ahí, la fundamental necesidad de formación y desarrollo de capacidades imprescindibles en el **triple nivel PCA-DAM-AMpM**.

“5.ª) *Establecer un procedimiento de supervisión a posteriori*

***Propuesta 6: establecer un mecanismo de supervisión y revisión a posteriori bien articulado como en las legislaciones existentes en el mundo que han regulado este ámbito, y no a priori.***”

No se ha modificado tampoco el novedoso mecanismo “ex ante” planteado por el legislador español. **Sorprende la aplicación de los mismos procesos y circuitos ante cualquiera de los dos escenarios de aplicación**. Hay más diferencias, entre el sujeto capaz y el incapaz de hecho, y no precisamente hablan bien de la labor fina del legislador, como hemos comentado. No ha actuado así Canadá al modificar su legislación de AMpM en marzo de 2021. Ha establecido un nuevo ámbito en situaciones de “no final de la vida” pero con procesos y salvaguardas diferentes al de final de la vida. Y ha establecido una ponderación cuidadosa a evaluar en los próximos años en el caso de las solicitudes de personas en las que una enfermedad mental es la única condición médica (al menos hasta 2023). Deberían tomar nota las Comisiones de Garantía y Evaluación a la hora de establecer sus procesos y reglamentos internos y aplicar la función que les da la ley de “sugerir mejoras”.

Además, lo reitero, es fundamental un adecuado **seguimiento, evaluación y rendición de cuentas**, de la implementación de la LORE en el contexto de atención al final de la vida. La ABFyC seguirá comprometida con el desarrollo de herramientas en este sentido de camino al próximo **Congreso en Vitoria del 4-6 de noviembre de 2021**, tras los primeros meses de aplicación de la legislación.<sup>47</sup>

**Coda: ¿Derecho a la carta o de último recurso?**

Termino volviendo a lo que considero un elemento sustantivo para gestionar la implementación de la LORE. No hay en este trabajo (ver las notas 16-19 y 22), como tampoco, hoy por hoy, por parte de la ABFyC, una discusión primaria de razones a favor o en contra de regular la AMpM. Para una recapitulación reciente y sencilla, puede verse el resumen que realiza el documento de posicionamiento de la SEP (nota 41):

*“El debate ético primario sobre la eutanasia y su repercusión sobre la profesión médica ha sido abordado por diversas instancias en nuestro país – por ejemplo, el Comité de Bioética de España<sup>48</sup> o la Organización Médica Colegial de España<sup>49</sup> - y fuera de él – por ejemplo, la*

<sup>45</sup> Kimsma GK. Chapter 11. Euthanasia consultants professional assessment before euthanasia and physician-assisted suicide in the Netherlands. En: Youngner SJ, Kimsma GK. Physician-assisted death in perspective. Assessing the Dutch experience. Cambridge University Press, 2012.

<sup>46</sup> <https://www.vicmedlawtraining.com.au>

<sup>47</sup> [www.asociacionbioetica.com](http://www.asociacionbioetica.com)

<sup>48</sup> Comité de Bioética de España (2020). Informe del Comité de Bioética de España sobre el final de la vida y la atención en el proceso de morir, en el marco del debate sobre la regulación de la eutanasia: propuestas para la reflexión y la deliberación. Madrid. Disponible en: <https://bit.ly/3gNs4W0>

*Asociación Médica Mundial<sup>50</sup>- y no forma parte de los objetivos del presente documento. Cabe recordar que todas estas organizaciones han alertado sobre los riesgos que se derivan de la primacía absoluta del principio de autonomía, incluso sobre la dignidad intrínseca de la persona, especialmente en contextos con graves carencias de tipo económico, social y asistencial.”*

La deliberación social y profesional debe proseguir para facilitar las deliberaciones personales. Hay posicionamientos frontales a la ley, como los de la AEBI<sup>51</sup> o los de algunos Colegios de Médicos (como el ICOMEM<sup>52</sup>) que enfatizan aspectos importantes para muchos profesionales que no pueden perderse de vista. Hay visiones críticas desde el derecho (Federico de Montalvo, Ana de Marcos, Vicente Bellver). Visiones que buscan un enfoque que rescate cursos intermedios y mantenga un equilibrio en la construcción de valores: en la bioética clínica<sup>53,54</sup>. Y hay posicionamientos que buscan equilibrio ante la pluralidad de sus asociados o miembros, con consideraciones de interés para la deliberación, tanto previas a la aprobación de la ley, como el de CSCE de Euskadi<sup>55</sup>, el Comité Consultivo de Colegios de Médicos de Cataluña<sup>56</sup>, como con esta ya aprobada, como los de CODEM<sup>57</sup>, el CEA de Teruel<sup>58</sup>, la SECPAL/AECPAL<sup>59</sup> o la ya mencionada de la SEP.

Nada hemos hablado del asunto de la objeción de conciencia. Y no vamos a profundizar mucho al respecto. Toda regulación de AMpM incluye el derecho profesional de la objeción. Tampoco ha sido el mejor día el de nuestros legisladores al regular este punto, con un registro *a priori*. En todo caso, también sobre esto deben promoverse buenas prácticas. Si un médico no puede o no desea atender la solicitud de AMpM de un paciente, debe darle una explicación oportuna y clara del motivo y, además, debe remitir o trasladar al paciente a otro médico a su debido tiempo. Las promesas vagas, el no trasladar a los pacientes durante las ausencias, provocar retrasos o indicar a última hora o demasiado tarde que el médico ha reconsiderado su decisión de practicar la AMpM son muestras de falta de profesionalidad. Son palabras de los médicos neerlandeses (el KNGM). Y yo coincido.

Si bien no es ya el tiempo del debate “ley sí o ley no”, más allá de las iniciativas que, en democracia, pueden desplegarse ante una ley ante la que se discrepa, es importante reagrupar algunas cuestiones fundamentales para navegar durante los próximos meses en nuestra sociedad plural para desenvolvemos prudente y responsablemente en el proceso continuado de deliberación social, organizativo, profesional y personal que requiere la implementación de la ley que tenemos. La principal, quizá sea, qué tipo de derecho se ha regulado.

---

<sup>49</sup> Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (2018). Posicionamiento del CGCOM ante la eutanasia y el suicidio asistido. Disponible en: [https://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/np\\_eutanasia\\_21\\_05\\_18.pdf](https://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/np_eutanasia_21_05_18.pdf)

<sup>50</sup> Asociación Médica Mundial (2019). Declaración de la AMM sobre la Eutanasia y el Suicidio con ayuda médica, 2019. Disponible en: <https://bit.ly/3wRzRHR>

<sup>51</sup> Ver URL: [http://aebioetica.org/archivos/Nota\\_eutanasia\\_F.pdf](http://aebioetica.org/archivos/Nota_eutanasia_F.pdf)

<sup>52</sup> Ver URL: [https://www.icomem.es/adjuntos/adjunto\\_2952.1610532106.pdf](https://www.icomem.es/adjuntos/adjunto_2952.1610532106.pdf)

<sup>53</sup> 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 May;53(5):102058.. doi: 10.1016/j.aprim.2021.102058. PMID: 33873137.

<sup>54</sup> Altisent R, Nabal M, Muñoz P, Ferrer S, Delgado-Marroquín MT, Alonso A. Eutanasia: ¿es esta la ley que necesitamos? *Aten Primaria*. 2021 May;53(5):102057.. doi: 10.1016/j.aprim.2021.102057. PMID: 33887603.

<sup>55</sup> Ver URL: <https://bit.ly/3gPqUba>

<sup>56</sup> Consejo de Colegio de Médicos de Cataluña. Comunicado del CCMC ante la inminente aprobación de la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia. 14 de enero de. 2021. Ver URL: <https://bit.ly/3gVe23B>

<sup>57</sup> Ver URL: <https://www.codem.es/documentos-3/ley-regulacion-eutanasia>

<sup>58</sup> Ver URL: [http://www.comteruel.org/documentos/2021\\_InformeEutanasia.pdf](http://www.comteruel.org/documentos/2021_InformeEutanasia.pdf)

<sup>59</sup> Ver URL: <https://bit.ly/3vP1yjs>

## **El derecho regulado de AMpM no es un derecho básico a la carta, sino uno de último recurso.**

Conviene releer los documentos del KNGM sobre el papel de los médicos en la AMpM<sup>60</sup>. No existe colectivo con más deliberación a sus espaldas. No cabe duda sobre su posición a este respecto: no existe un estándar médico que incluya la AMpM como norma. Es esta, una excepción generada a solicitud de algunos pacientes en circunstancias que hay que explorar y cualificar para resolver el conflicto entre la beneficencia, la no-maleficencia, la autonomía y la justicia (equidad) implicadas en dichas circunstancias. Por tanto, se trata de un **proceso de último recurso** que requiere haber recorrido actuaciones previas para intentar resolver los componentes evitables generadores de sufrimiento y quedarnos con los inevitables que, acompañados desde el no-abandono, abren una actuación excepcional que debe realizarse con salvaguardas sociales.

Muchos de los promotores de legislaciones de AMpM tienen un horizonte distinto: el de la libre disposición de la propia vida. Sin embargo, defender un derecho a la carta como libre disposición o derecho a morir genérico (más allá de la libertad de desearlo y ser asistido en circunstancias específicas) es, a mi parecer, distorsionar el **equilibrio articulado en nuestra sociedad** (y en el resto de las jurisdicciones que han regulado la AMpM) **entre los derechos individuales y la salvaguarda de bienes jurídicos y sociales relevantes** como la vida, especialmente en condiciones de fragilidad, vulnerabilidad y dependencia. Tanto más cuanto se pretende requerir la participación de profesionales sanitarios que tienen en su ADN siglos de compromiso con el cuidado de la vida en los momentos de fragilidad y vulnerabilidad. No veo que se consiga un equilibrio social adecuado con ese enfoque.

**Hay un mejor balance entre las circunstancias personales y las sociales en la regulación como último recurso.** En esto, sí creo que deberíamos establecer un **consenso** los que promovemos la bioética como herramienta para la deliberación en una sociedad plural. Además, debemos **renovar nuestro compromiso con la atención integral a la cronicidad avanzada y del final de la vida**, lo que exige una apuesta decidida por el desarrollo mejorado de los **cuidados paliativos**, de la **planificación compartida de la atención** y del **soporte** a la atención multidimensional en la **experiencia de sufrimiento**, con especiales salvaguardas reforzadas en las situaciones de **dependencia** que no son de final de la vida. Esto requiere, inexorablemente, un **compromiso continuo con la educación. Ciudadana y profesional.** Seguimos.

**F. Javier Júdez Gutiérrez**

Vicepresidente de la Junta Directiva,  
Presidente de la Comisión Científica y  
Coordinador de los Grupos de Trabajo de PCA y de AMpM de la ABFyC

---

<sup>60</sup> End of Life Care including Euthanasia. Publications in English. KNGM. Ver URL: <https://bit.ly/3d5oB2P>

# El profesional invisible en la ley de eutanasia española: la enfermera

## RESUMEN

Tras la aprobación el pasado mes de marzo de Ley Orgánica 3/2021 de 24 de marzo de regulación de la eutanasia con entrada en vigor el día 25 de junio de 2021, la escasa publicidad del papel de la enfermera en esta ley hace necesario reivindicar su papel; habida cuenta que será el profesional último que terminará en el proceso de final de la vida del ciudadano que pida la eutanasia.

## PALABRAS CLAVE

Enfermería, eutanasia, legislación.

## KEY WORDS

Nursing, euthanasia, legislation.

---

## Introducción y desarrollo

Reivindicar el espacio profesional de una disciplina se me antoja innecesario, pero en lo que respecta a la Enfermería, seguimos siendo una profesión infravalorada. Esta invisibilidad no viene dada por la ciudadanía, ya que estamos bien ubicadas en las preferencias de los usuarios en la sanidad pública; me refiero a otros estamentos, disciplinas y profesionales; donde nuestro protagonismo no logra ser el que le corresponde.

Evidentemente me refiero a la nueva ley sobre la eutanasia, donde el pasado 25 de marzo de 2021 se publicó en el BOE la Ley Orgánica 3/2021 de regulación de la eutanasia, con entrada en vigor el día 25 de junio de 2021, pero que puede ser extensivo a la legislación en general, especialmente a temas de relevancia. Existe escasos ejemplos donde la Enfermería logra tener su normal posición en el escenario jurídico. Por esta razón este artículo pretende demostrar que, en la literatura jurídica, existe poca o escasa referencia a nuestra profesión. Relacionado con el tema que nos ocupa, excepcionalmente en la Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte (Ley andaluza de muerte digna), podemos encontrar a la enfermera en el artículo 21. Deberes respecto a la limitación del esfuerzo terapéutico, en el punto 2:” *Dicha limitación se llevará a cabo oído el criterio profesional del **enfermero o enfermera** responsable de los cuidados y requerirá la opinión coincidente con la del médico o médica responsable de, al menos, otro médico o médica de los que participen en su atención sanitaria. La identidad de dichos profesionales y su opinión será registrada en la historia clínica*”, donde el papel de la enfermera garantiza los derechos de los pacientes, especialmente en la limitación del esfuerzo terapéutico (Yagüe Sánchez & Domínguez Guerrero, 2011).

Algunos Colegios Profesionales de Enfermería<sup>1</sup> en sus comisiones de Ética y Deontología han estudiado esta ley para asesorar a los/as enfermeros/as ante las posibles dudas que crea esta ley. Parece que el núcleo fundamental es conocer el papel que tiene en el proceso de final de la vida, un rol que no está claramente definido; entiendo

---

<sup>1</sup> Con fecha de 26 de marzo de 2021 el CODEM (Colegio Oficial de Enfermería de Madrid), a través de su Comisión Deontológica, ha elaborado un documento a modo de resumen con el contenido de la nueva Ley (cuyo texto ya ha sido publicado por el BOE) donde pretende reflejar cuál es el papel que la norma confiere a las enfermeras. El objetivo es ejercer labores de representación y posicionamiento con relación a un ámbito donde la profesión de enfermería está directamente implicada. Disponible en: <https://www.codem.es/acciones-colegio/nueva-ley-eutanasia-papel-enfermera>

que podemos considerar como un error cometido por parte del legislador. Aunque en el documento elaborado por el CODEM (Colegio Oficial de Enfermería de Madrid), entiende que la enfermera, en su papel de administradora de la sustancia letal al paciente, puede ejercer su derecho a la objeción de conciencia. Por otro lado, el informe del Consejo Internacional de Enfermeras, en su Declaración de Posición del sobre la Función de la Enfermera que Dispensa Cuidados a los Pacientes Moribundos y a sus Familiares (Enfermeras, 2006), destaca que es las asociaciones enfermeras deberán *“Fomentar la participación de las enfermeras en los debates, la política general y la legislación relacionados con los problemas de la muerte y los moribundos, con inclusión de los cuidados a esos pacientes y a sus familias”*. No sabemos si esta parte la tuvo en cuenta el legislador, lo cierto es que los colectivos de enfermeras han lamentado que no se hayan contado con ellas para la elaboración de la ley.

Se puede desprender que la acción final de llevar a la práctica el acto de la eutanasia o el suicidio asistido corre a cargo de la enfermera<sup>2</sup>, tras la orden médica correspondiente. Pero esto es un argumento que se puede concluir por la práctica habitual pero no porque se plasme en la propia ley. En el artículo 3 sobre definiciones, en su apartado g) I y II. encontramos el eufemismo de “profesional sanitario competente” para calificar a la enfermera como la que administra directamente o suministra una sustancia al paciente. No se entiende esta designación. Estamos, pero no aparecemos. Cabe apuntar que en la disposición adicional séptima se insta a través administraciones sanitarias competentes a proveer de los mecanismos oportunos para dar la máxima difusión a la Ley entre los profesionales sanitarios y la ciudadanía en general, así como para promover entre la misma la realización del documento de instrucciones previas<sup>3</sup>.

En esta ley, la palabra o término “enfermera” no aparece en ningún momento; algo que debe rechinar, teniendo en cuenta que somos el profesional que proporciona cuidados, especialmente al final de la vida. Y la palabra “enfermería” aparece en dos ocasiones; una en el Capítulo III, sobre el Procedimiento para la realización de la prestación de ayuda para morir, específicamente en el Artículo 8 punto 2:” *...En el caso de que el paciente manifestara su deseo de continuar con el procedimiento, el médico responsable deberá comunicar esta circunstancia al equipo asistencial, especialmente a los profesionales de enfermería, así como, en el caso de que así lo solicitara el paciente, a los familiares o allegados que señale...*”. La segunda la encontraremos en el CAPÍTULO V sobre Comisiones de Garantía y Evaluación, en su Artículo 17. Creación y composición en el primer apartado podemos leer:” La composición de cada una de ellas tendrá carácter multidisciplinar y deberá contar con un número mínimo de siete miembros entre los que se incluirán personal médico, de *enfermería* y juristas<sup>4</sup>”.

Existe suficiente bibliografía sobre la opinión de las enfermeras sobre la eutanasia y el suicidio asistido, pero no se observa en qué o de qué manera se hace realmente su papel. Tras consultar determinadas fuentes, especialmente las de grupos profesionales, asociaciones y colegios profesionales, el punto de mira de esta ley por parte de la enfermera se ha inclinado en el discernir sobre lo apropiado o no de la ley. No se ha tenido mucha información respecto a la labor que va ejercer en el futuro.

Parece -por lo consultado- que la esencia del debate es estar a favor o en contra de la ley, de elegir entre eutanasia o cuidados paliativos; pero poco o muy poco de lo que la ley nos depara.

### **Derecho comparado. Marco normativo**

Siguiendo la línea sobre el debate entre eutanasia y cuidados paliativos, es preciso constatar que los cuidados paliativos están extendidos por buena parte del mundo, pero la eutanasia solo es legal en un grupo de países de

---

<sup>2</sup> Recojo una noticia donde el senador de Geroa Bai, Koldo Martínez comenta : *“...que la ley no especifica qué profesional será el responsable final, aunque ha asegurado que el PSOE le ha aclarado que será el personal de enfermería”* añadiendo con respecto a las citas de la enfermera en la ley: *“Una cita paupérrima para un colectivo de profesionales que desde el primer momento está junto con el paciente y muchas veces mucho más cerca y de manera más continuada que el propio médico, e insultante para quienes luego van a tener la responsabilidad de ser las personas encargadas de la inyección de los fármacos que acabarán con la vida del paciente”* Para mayor información léase la noticia en: [bit.ly/3oKQOkc](http://bit.ly/3oKQOkc)

<sup>3</sup> Nota del autor: Esta circunstancia acarreará otro problema añadido, donde las instrucciones previas o testamento vital serán los documentos donde se refleje la intención del otorgante a que se le realice la eutanasia. En Andalucía, la enfermera ocupa un lugar destacado como registrador de voluntades vitales anticipadas. Además, en la plantilla donde se recoge los deseos del otorgante, como es lógico pensar, no aparece el término eutanasia. Esta eventualidad tendrá que ser subsanada...entiendo.

<sup>4</sup> Debemos puntualizar que en el redactado anterior se solicitaba que la comisión la crearan "siete sanitarios y juristas", pero fue cambiado por el texto que ahora aparece. Todo ello fue una autocorrección del propio Partido Socialista Obrero Español.

corte occidental. Entre ellos destacan Holanda (Países Bajos), Bélgica, Luxemburgo, Canadá y Colombia, mientras que el suicidio asistido es legal en Suiza y en algunos estados de EE UU y de Australia.

En Holanda (Países Bajos) a raíz de la publicación del «Informe Rammelink» se produjeron numerosas reacciones, y el Gobierno<sup>5</sup> aprobó en noviembre de 1993 una «reglamentación» de la eutanasia. Desde el punto de vista legislativo es una ley de referencia y distintas revistas especializadas en bioética tuvieron cierto interés en debatir estas cuestiones; especialmente cuando se realiza un análisis comprobando que en el caso holandés se cumple la versión empírica del argumento de la «pendiente resbaladiza».

En un artículo del profesor Juan Jesús Mora titulado “Despenalización de la eutanasia en los países bajos. El proyecto de ley Korthals/Borst” (Mora Molina, 2002), encuentro una alusión directa a la enfermera. Literalmente se describe: “Los parlamentarios neerlandeses instaron a los miembros del Gabinete para la creación de una comisión informativa; en dicha comisión se incluyeron a quince miembros: siete juristas, tres facultativos, dos psiquiatras, una enfermera y dos teólogos”

El origen de la ley belga sobre eutanasia, vigente desde el mes de mayo del año 2002, es una propuesta presentada en el Senado en diciembre de 1999. Anteriormente, en diciembre de 1997, se había producido en el Senado belga un amplio debate sobre el tema de la eutanasia<sup>6</sup>. Desde 2014, también en menores de edad. Esta modificación implica ampliar los supuestos de eutanasia no solo a los menores emancipados, sino a los menores dotados de discernimiento (Guerra Vaquero, 2019). Aquí la práctica de la eutanasia corresponde al médico., aunque en la ley aparece la frase “miembros del equipo de cuidados”, donde podemos entender se encuentra la enfermera.

En Luxemburgo, la legislación al respecto viene dada por la Ley de 16 de marzo de 2009 sobre la eutanasia y el suicidio asistido (Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide<sup>7</sup>), define la eutanasia como un “procedimiento médico mediante el cual un médico termina intencionalmente la vida de otra persona a petición expresa y voluntaria de esta última”. Por su parte el suicidio asistido consiste en “hecho que un médico ayude intencionalmente a otra persona a cometer suicidio, o proporcione a ésta los medios para ese fin, bajo la solicitud expresa y voluntaria de ésta”. En ambos casos el fin último, es dar muerte o ayudar a dar muerte a una persona con una enfermedad incurable, para acortar su sufrimiento y período de agonía. En el Art. 6.1 de la ley, se crea una Comisión Nacional de Control y Evaluación de la aplicación. Esta comisión está compuesta por nueve miembros, nombrados en función de sus conocimientos y experiencia en las materias que son competencia de la Comisión. Tres miembros serán doctores en medicina. Un miembro será propuesto por el Colegio de Médicos. La organización representativa de médicos y dentistas propone dos miembros, uno de los cuales tiene cualificación y experiencia específicas en el tratamiento del dolor. Tres miembros son juristas, entre ellos un abogado propuesto por el Consejo de Abogados, un magistrado propuesto por el Tribunal Superior de Justicia y un profesor de derecho de la Universidad de Luxemburgo. Un miembro pertenece a las profesiones de la salud y es propuesto por el Consejo Superior de determinadas profesiones sanitarias. Finalmente, dos miembros son representantes de una organización cuya finalidad es defender los derechos del paciente. No se encuentra alusión específica a la enfermera, aunque en el punto de que el miembro sea de una determinada profesión sanitaria, cabría esperar incluir a una enfermera.

En febrero de 2015, el Tribunal Supremo de Canadá decidió modificar el Código Penal con el objetivo de satisfacer la carta de derechos y libertades del país. Así, en junio de 2016 publicó una nueva legislación (Ley C-14, de 17 de junio de 2016 por la que se modifica el Código Penal y se aprueban modificaciones conexas a otras leyes), que prevé exenciones en los delitos de homicidio culposo, atribuidos a aquellos que ayuden al suicidio, con el fin de permitir a **médicos y enfermeros**<sup>8</sup> prestar asistencia en el proceso de muerte, entre otros aspectos.

---

<sup>5</sup> El ministro de justicia holandés, Hirsch Ballin, justificó el voto democristiano (partido que encabezaba la coalición en el gobierno) alegando que la legalización de la eutanasia gozaba de un amplio respaldo popular y que los médicos la practicaban casi sin control de los tribunales.

<sup>6</sup> En Cuadernos de Bioética, Asociación Española de Bioética y Ética Médica, encontramos el artículo de Vega Gutiérrez, J., & Ortega, I. (2007). *La práctica de la eutanasia en Bélgica y la «pendiente resbaladiza»*. Cuadernos de Bioética, 18 (1) 71-87. El autor trata de verificar empíricamente la pendiente resbaladiza para el caso de la eutanasia, donde podremos encontrar el término enfermera en referencia a una acusación de asesinato de tres ancianos en 2004.

<sup>7</sup> Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide. Recogido de: <http://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2009/03/16/n2/jo>

<sup>8</sup> En la ley se recoge el concepto de **enfermero profesional**, conocido como “nurse practitioner” o “infirmier praticien” (inglés o francés), como la figura profesional de un enfermero titulado que, de acuerdo con las leyes de una provincia, tiene derecho a ejercer como enfermero practicante, o bajo una designación equivalente, y a realizar diagnósticos, ordenar e interpretar pruebas de diagnóstico, prescribir sustancias y tratar pacientes de manera autónoma.

En esta ley se puede encontrar mención expresa a los enfermeros. Se define la Ayuda Médica a Morir por la que un médico o enfermero profesional (Sánchez Barroso, 2019) administre a una persona una sustancia que le cause la muerte, a petición de dicha persona o prescriba o suministre una sustancia que le cause la muerte. Estaríamos en el escenario tanto de eutanasia como de suicidio asistido.

Colombia legaliza la eutanasia a través de la Sentencia T-970 del 2014, proferida por la Corte Constitucional, por medio de la cual se ordena al Ministerio de Salud emitir una directriz para que todas las prestadoras del servicio de salud conformen un grupo de expertos interdisciplinarios que cumplan varias funciones, cuando se solicite el derecho a morir dignamente (Lampert Grassi, 2019). Es importante señalar que no existe una ley específica para la eutanasia, la legislación se realiza mediante sentencias del Tribunal Constitucional. Destacaría, a diferencia de nuestra ley, que la solicitud de eutanasia debe ser aprobada por el Comité científico interdisciplinario para el derecho a morir con dignidad, el que estará conformado por un médico pediatra, un abogado y un psicólogo clínico. Siguiendo la vieja frase: La enfermera ni está ni se la espera. Para terminar, el profesional que ejerce la acción directa del proceso de eutanasia es el médico, siguiendo el requisito 4 se confirma que: “Para que el procedimiento sea legal, la eutanasia debe ser practicada por un **profesional de la medicina**, preferiblemente agotando el procedimiento que establece la Resolución 1216 de 2015 y con la autorización del respectivo Comité Científico-Interdisciplinario para Morir Dignamente. Este procedimiento debe realizarse en el marco del sistema de salud y es gratuito. Colombia es el único país que tiene regulado el derecho a la muerte digna en todo Latinoamérica<sup>9</sup>.

## Conclusiones

Debido al papel relevante que tiene la enfermera en esta ley sobre el proceso de la eutanasia, considero que sería apropiado garantizar su trabajo bajo el paraguas de unas políticas institucionalizadas, donde se fijen claramente el papel que juega cada profesional.

A diferencia de otros países, donde el papel del profesional que va a ser el administrador de sustancias letales corre a cargo del médico, en nuestra ley no aparece directamente esta mención; si bien se puede dar por recogido o entendida quien será. Parece tener un lenguaje subliminal, si se me permite esta expresión.

**Javier Yagüe**

Enfermero Gestor de Casos de la Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna y Cuidados Paliativos del Hospital Universitario Puerta del Mar. Servicio Andaluz de Salud.

Experto en Bioética y Bioderecho

Máster en Investigación en Cuidados de la Salud

Miembro de los Comités de Ética Asistencial y de Investigación. Hospital Universitario Puerta del Mar.

Editor del blog: <http://blogbioeticaybioderecho.blogspot.com/es/>

---

<sup>9</sup> ABECE sobre la Reglamentación del Derecho a Morir Dignamente. Ministerio de salud. 2015. Recogido de: <http://bcn.cl/29fyr>

# Eutanasia y enfermedades psiquiátricas en la nueva ley española: la enfermedad psiquiátrica bajo los supuestos de la ley, la voluntariedad y la necesidad de una pericia psiquiátrica rigurosa

## RESUMEN

El presente artículo realiza una breve reflexión sobre la figura de la eutanasia y su aplicación respecto a pacientes que padecen enfermedades psiquiátricas bajo los supuestos de la nueva Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia recientemente aprobada en España. Particularmente realiza unas breves consideraciones legales respecto a la enfermedad psiquiátrica como padecimiento grave, crónico e incapacitante, al requisito de la voluntariedad, así como, la necesidad de realizar una pericia psiquiátrica rigurosa en el caso de que el solicitante de la prestación de ayuda para morir padezca de alguna enfermedad mental o trastorno psiquiátrico.

## ABSTRACT

This article makes a brief reflection on the figure of euthanasia and its application to patients suffering from psychiatric disorders under the assumptions of the new Organic Law for the Regulation of Euthanasia recently approved in Spain. In particular, it makes brief legal considerations regarding psychiatric illness as a serious, chronic, and incapacitating condition, the requirement of voluntariness, as well as the need to carry out a rigorous psychiatric expertise in the event that the applicant for assistance to die suffers from a mental illness or psychiatric disorder.

## PALABRAS CLAVE

Eutanasia, Enfermedad, Psiquiatría, Regulación, España.

## KEY WORDS

Euthanasia, Illness, Psychiatry, Regulation, Spain.

## La enfermedad psiquiátrica como padecimiento grave, crónico e imposibilitante

La nueva Ley Orgánica 3/2021 de 24 de marzo regula una figura sumamente controvertida como lo es la eutanasia y reconoce el derecho de toda persona que cumpla con los requisitos previstos en dicha ley a la denominada prestación de ayuda para morir, convirtiéndose así España en el cuarto país europeo en legalizar la eutanasia activa. El artículo 1 de la ley establece que toda persona que cumpla con las condiciones exigidas tendrá el derecho a la eutanasia y podrá solicitar y/o recibir la ayuda necesaria para morir siguiendo el debido procedimiento y con las garantías que establece la ley.

Ahora bien, la eutanasia es una figura que tradicionalmente no está exenta de debate debido a las consideraciones éticas que implica su aplicación. Con la aprobación de la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia emergen una serie de escenarios y de supuestos que deben ser debatidos a los efectos de clarificar el contenido, alcance y límites de los nuevos derechos que establece. Uno de los aspectos que deben ser clarificados es si bajo los supuestos normativos de la ley en cuestión, una persona que tenga un sufrimiento psiquiátrico insoportable a consecuencia de una enfermedad mental tendría o no el derecho a solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir.

Aunque los casos de pacientes que solicitan la eutanasia por motivos psiquiátricos no son tan abundantes, cada vez se escuchan casos más sonados en los que se discute si se justifica que una persona que padece un trastorno mental tenga derecho a solicitar la eutanasia. En Holanda, en enero de 2018, una chica llamada Aurelia Brouwers que para ese entonces tenía 29 años y que había sido diagnosticada con diversos trastornos mentales entre ellos: ansiedad, depresión, trastorno límite de la personalidad y episodios psicóticos. Ante el sufrimiento que tales condiciones le generaban, solicitó ante las autoridades competentes de Holanda el procedimiento de eutanasia para terminar con su vida<sup>1</sup>.

El 31 de diciembre de 2017 recibió una llamada del Real Colegio de Médicos Holandés (KNMG) en la que se le autorizaba el procedimiento de eutanasia. Es así como unos días después personal médico de la denominada "Clínica para el Final de la Vida" en la Haya se trasladó hasta su domicilio para facilitarle la prestación de ayuda para morir. El caso de Aurelia fue sumamente mediático tanto por los medios holandeses como por los medios de comunicación internacionales.

Otro caso renombrado fue el de Noa Pothoven, también de nacionalidad holandesa, que tenía diversos padecimientos mentales debido a que en su adolescencia sufrió abusos sexuales y agresiones lo que a su vez desencadenó depresión y diversos trastornos alimenticios que la llevaron a solicitar la Eutanasia. No obstante, a diferencia de Aurelia, a Noa le fue denegada la solicitud debido a que tenía 17 años alegando que para solicitar el procedimiento «su cerebro debía estar aún plenamente desarrollado y eso sucede a los 21 años». Ante la negativa de la solicitud, el 2 de junio de 2019 Noa decidió cometer suicidio<sup>2</sup>. Si bien en el caso de países como Holanda la tasa de solicitudes de eutanasia por motivos de padecimiento mental es relativamente baja, con cada año que pasa la tendencia es al alza.

Ante la reciente aprobación de la ley de eutanasia en España surge la siguiente interrogante: ¿Puede un trastorno o enfermedad mental constituir causa para solicitar la prestación de ayuda para morir? Entre los requisitos que establece la ley, el artículo 5.1 consagra que la persona que la solicita debe sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante en los términos establecidos en esta Ley, la cual debe estar certificada por el médico responsable. En ese sentido, según el artículo 3 se entiende por 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"*.

En ese sentido, la ley también considera como supuesto permisible el padecimiento grave, crónico e imposibilitante a aquella: *"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*

<sup>1</sup> <https://www.bbc.com/news/stories-45117163>.

<sup>2</sup> <https://www.bbc.com/news/world-europe-48541233>.

*persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable. En ocasiones puede suponer la dependencia absoluta de apoyo tecnológico"* (Artículo 3.1).

Pero, ¿puede el sufrimiento psíquico equipararse al sufrimiento físico de una persona? Resulta que las enfermedades vinculadas a la salud mental son más complejas de diagnosticar y de tratar que las enfermedades físicas debido a que poseen elementos mucho más subjetivos y difíciles de valorar. Además de la dificultad del diagnóstico de este tipo de enfermedades, respeto a la mencionada ley.

La falta de precisión de términos como “persistir en el tiempo” o “pronóstico de vida limitado” dificultan su interpretación sobre todo cuando se trata de enfermedades mentales. (PAYÁN ELLACURIA, 2020). Ahora debe determinarse si un trastorno mental entraría dentro de los supuestos de dicha definición. Según la quinta edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) de la *American Psychiatric Association* (APA), se entiende por trastorno mental: *"un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental"*.

Por su parte, según la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10), el trastorno mental se asocia a un comportamiento o un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren con la actividad del individuo. De manera que aunque una enfermedad mental puede llegar a significar un sufrimiento psíquico constante e insoportable no necesariamente implican un "pronóstico de vida limitado".

En el ya mencionado caso de Aurelia Brouwers, una Comisión Regional de Revisión de la Eutanasia verificó que todo el proceso se llevó a cabo conforme a la ley holandesa. Aunque sus dolencias no eran terminales, la ley de ese país establece supuestos como que el sufrimiento sea insoportable y que sus perspectivas de mejora sean nulas.

Respecto a la legislación española, como indica un reciente documento, a propósito de la aprobación de ley de eutanasia, la Sociedad Española de Psiquiatría manifestó que *"existe un acuerdo general en considerar que los trastornos psiquiátricos, a diferencia de otras enfermedades, no conducen por sí mismos a la muerte. No obstante, no es raro que los trastornos psiquiátricos presenten resistencia a los tratamientos, tengan a veces un curso crónico o generen una gran necesidad de apoyos"*. *Tal es el caso de la esquizofrenia, el trastorno bipolar, los trastornos mentales de base orgánica y algunas formas especialmente graves de depresión y de trastorno de personalidad"*.

En ese sentido, aunque un trastorno mental per se no cause la muerte, las enfermedades mentales no tienen cura y lo que hace el tratamiento en el mejor de los casos es aliviar ciertos síntomas y/o mejorar la calidad de vida del paciente. Pero debido a que los psicofármacos alteran la química cerebral, es frecuente que los medicamentos generen efectos adversos que puedan incluso desmejorar la condición médica del paciente. Pero, aunque no necesariamente limita la vida de la persona, en el caso de los trastornos mentales graves estos sí entrarían dentro del supuesto de "padecimiento grave, crónico e imposibilitante" conforme al artículo 3 de la ley. Por lo que del análisis de las definiciones suministradas por la ley española, en principio parece permitir la solicitud de eutanasia ante un padecimiento mental o psiquiátrico intolerable e imposibilitante.

### **Enfermedad psiquiátrica, consentimiento informado y voluntariedad**

Ahora bien, como lo establece el artículo 5 además del padecimiento físico o psíquico, la ley consagra el deber del paciente de prestar consentimiento informado previamente a recibir la prestación de ayuda para morir. Por lo que la decisión debe ser informada y voluntaria. A los efectos del artículo 3 se entiende como consentimiento informado: *"la conformidad libre, voluntaria y consciente del paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada..."*.

En ese sentido, la ley privilegia la autonomía de la persona conforme lo señala el artículo 4.2 que establece que la decisión ha de ser autónoma y *"fundamentada en el conocimiento sobre su proceso médico, después de haber sido informada adecuadamente por el equipo sanitario responsable"*. Además se establece que en la historia clínica debe quedar constancia de que la información respecto a su condición médica fue recibida y comprendida por el paciente. También establece que debe garantizarse que la persona que solicita la prestación de ayuda para morir reciba la información, forme y exprese su voluntad otorgando su consentimiento de manera que su decisión sea individual, madura y genuina, sin intromisiones, injerencias o influencias indebidas. (Artículo 4.3)

Es así, como la autonomía y la voluntad son elementos determinantes al momento de emitir el respectivo consentimiento el cual debe estar libre de vicios. Pero ese elemento volitivo puede verse restringido y/o limitado dependiendo de la condición médica del paciente en el caso de padecer determinadas enfermedades mentales y/o ciertos trastornos psiquiátricos.

Aurelia Brouwers, dijo en una grabación antes de morir lo siguiente: «Tengo 29 años y **he elegido someterme voluntariamente a la eutanasia. Lo he elegido porque tengo muchos problemas de salud mental. Sufro de forma insoportable y no tengo esperanza. Cada aliento que tomo es tortura**»<sup>3</sup>. No obstante, dicha declaración, es común, que en el caso de ciertas enfermedades mentales la persona sienta el deseo de cometer suicidio o de terminar con su vida. Pero la ley exige la voluntariedad que se basa en el principio de autonomía para considerar la solicitud de eutanasia ajustada a derecho. Además debe tener plena capacidad de obrar. Pero, ¿Cómo se puede diferenciar en el caso de los pacientes psiquiátricos, si el deseo que manifiestan de morir es genuino de su propia voluntad o no es más que una consecuencia de la enfermedad psiquiátrica que padece?

### **Necesidad de una pericia psiquiátrica rigurosa**

La necesidad de acudir a una pericia psiquiátrica rigurosa en el caso de pacientes con enfermedades mentales que solicitan la eutanasia fue establecida por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, en el caso Haas v. contra Suiza de 20 de enero de 2011. En dicho caso, el recurrente padecía del trastorno bipolar grave por más de veinte años y había estado internado en diversas clínicas psiquiátricas habiendo incluso intentado en dos oportunidades el suicidio. El paciente solicitó el suministro de pentobarbital sódico que es una sustancia que proporciona una muerte indolora. En suiza el suministro de dicho medicamento requiere de prescripción médica y su uso debe ser prescrito por un médico psiquiatra luego de cumplir con un riguroso protocolo.

Ahora bien, en el caso de pacientes con enfermedades mentales que solicitan la eutanasia, lo que se busca con el establecimiento de un protocolo psiquiátrico riguroso es distinguir aquellos supuestos en los que la decisión de suicidio responde a una verdadera voluntad de morir de aquellos otros momentos en que la decisión no es más que un síntoma del trastorno de la enfermedad mental que padece la persona.

Como ha señalado el tribunal en otras ocasiones: (...) *El derecho a la autodeterminación, en el sentido del artículo 8.1 [del Convenio] incluye el derecho de un individuo a decidir de qué forma y en qué momento debe terminar su vida, siempre y cuando sea capaz de forjar libremente su propia voluntad al respecto, y actuar en consecuencia (...)*. Con fundamento en el artículo 8 del Convenio Europeo de Derechos Humanos, el tribunal estableció que en el caso de personas con enfermedades mentales es necesario que éstas se sometan a un examen pericial psiquiátrico que verifique el sentido de la voluntad de la persona.

Es cierto que la ley establece un procedimiento para garantizar que la decisión de los pacientes de solicitar la prestación de ayuda para morir sea voluntaria, informada y libre de vicios. Pero como lo indica el informe sobre eutanasia y enfermedad mental emanado de la Sociedad Española de Psiquiatría, la ideación suicida y el deseo de morir es común en ciertas condiciones psiquiátricas.

Por lo que debido a que el fundamento que la ley da para justificar la eutanasia es la autonomía y la voluntariedad, en el caso de tratarse de pacientes psiquiátricos, se debe tener una extrema prudencia a la hora de autorizar el procedimiento de eutanasia para este tipo de pacientes. Tal pericia debe ser rigurosa y sumamente cautelosa debido a la dificultad para determinar la voluntariedad ante el padecimiento de una enfermedad mental. Esto a los efectos de garantizar una ley que respete la genuina voluntad de la persona y que no se llegue a convertir en un mero procedimiento formalista que pueda incentivar su uso de manera desproporcionada lo que pudiera ocasionar a su vez un grave problema de salud pública.

**Luis Ernesto Vasquez Leal**  
abg.luisvasquez@gmail.com  
Abogado, Docente e Investigador

---

<sup>3</sup> <https://www.bbc.com/news/stories-45117163>.

## Bibliografía

American Psychiatric Association - APA. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (5a. edición).

Boletín Oficial del Estado Núm. 72, de 25 de marzo de 2021. Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. Recuperado de en: <https://www.boe.es/boe/dias/2021/03/25/pdfs/BOE-A-2021-4628.pdf>.

Organización Mundial de la Salud. (2020). Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. CIE-10. Recuperado de: [https://eciemaps.mscbs.gob.es/ecieMaps/browser/index\\_10\\_mc.html](https://eciemaps.mscbs.gob.es/ecieMaps/browser/index_10_mc.html).

Payan, E. (2020). Análisis jurídico-penal de la Ley Orgánica de regulación de la eutanasia: una propuesta de lege ferenda. e-Eguzkilore.: Zientzia Kriminologikoen Aldizkari Elektronikoa (Revista electrónica de Ciencias Criminológicas). Recuperado de: <https://ojs.ehu.eus/eguzkilore/article/download>.

Sociedad Española de Psiquiatría. (2020). Eutanasia y enfermedad. Recuperado de: [http://www.sepsiq.org/file/Grupos%20de%20trabajo/SEP-Posicionamiento%20Eutanasia%20y%20enfermedad%20mental-2021-02-03\(1\).pdf](http://www.sepsiq.org/file/Grupos%20de%20trabajo/SEP-Posicionamiento%20Eutanasia%20y%20enfermedad%20mental-2021-02-03(1).pdf).

Tribunal Europeo de Derechos Humanos (Sección 1ª). Caso Haas v. contra Suiza. Sentencia de 20 de enero de 2011.

# Eutanasia: compasión desorientada

## RESUMEN

Entre los argumentos para la justificación de la eutanasia se esgrime la compasión como un factor que puede justificar el deseo de un agente para facilitar o provocar la muerte a una persona que sufre. Se discute sobre la licitud de esta motivación y se analiza el impacto sobre la profesión médica de la legislación de la eutanasia en España. El cuidado de la vida y de la salud debe excluir cualquier acción eutanásica o de ayuda al morir, aunque sea a petición de una persona autónoma.

## ABSTRACT

Among the arguments for the justification of euthanasia, compassion is used as a dimension that can justify the desire of an agent to facilitate or cause the death of a person who is suffering. In this article, the legitimacy of this motivation is discussed. Additionally, the impact of euthanasia legislation in Spain on the medical profession is analyzed. The position defended is that care of life and health must exclude any action for euthanasia or assisted suicide, even if it is at the request of an autonomous person.

## PALABRAS CLAVE

Eutanasia; deseo de adelantar la muerte; compasión; ética profesional; cuidados Paliativos.

## KEY WORDS

Euthanasia; Desire to hasten death; Compassion; Professional ethics; Palliative Care.

---

La compasión, según la Real Academia de la Lengua Española consiste en un sentimiento de pena, de ternura y de identificación ante los males de alguien. Como consecuencia surge el deseo y la acción de aliviar, reducir o eliminar por completo tal situación dolorosa. La perversión es trastornar el orden o estado de las cosas.<sup>1</sup>

## Compasión por el sufriente

Una persona sufre cuando acontece algo que percibe como una amenaza importante para su existencia, personal y/u orgánica, y al mismo tiempo, cree que carece de recursos para hacerle frente.<sup>2</sup>

El sufrimiento ajeno genera malestar en quien lo observa con capacidad de empatía, ya sea por la interpretación que realiza el observador<sup>3-4</sup> o porque el sufriente expresa explícitamente su experiencia de dolor existencial o físico que no es capaz de soportar y lo comunica fehacientemente al interlocutor.

---

<sup>1</sup> Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua (2021). Madrid: Real Academia Española. Recuperado de <https://dle.rae.es/>.

<sup>2</sup> Bayés, R. (2001). Psicología del sufrimiento y de la muerte. Barcelona: Martínez Roca.

<sup>3</sup> Davis, M.H. (1980). A multidimensional Approach to Individual Differences in Empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10, 85

<sup>4</sup> Davis, M.H. (1983). Measuring Individual Differences in Empathy: Evidence for a Multidimensional Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44 (1), 113-126.

Comúnmente, desde una perspectiva ética, se entiende que estar vivo es un valor *per se* y que la vida es el sustento de cualquier posibilidad biográfica de desarrollo personal, de ejercicio de derechos, de formar parte activamente de los vínculos sociales.

Se considera que la eutanasia es el acto de suprimir la vida de una persona por compasión hacia su sufrimiento. Es decir, una de las razones que pretenden justificar el acto de matar a otra persona al final de su vida o cuando padece graves limitaciones funcionales es el sentimiento de malestar en quien la realiza para finalizar con dicho sufrimiento, finalizando con la vida de quien lo padece. La compasión siempre se ha considerado una virtud en nuestra cultura, pero la compasión que genera eutanasia lleva al acto violento que implica el uso de la fuerza, para suprimir la vida. Supone una agresión contra la vida de una persona con el objetivo de finalizarla. Esto hace que nos preguntemos sobre la bondad de una compasión con tales consecuencias ya que hasta ahora suprimir la vida de una persona a manos de otra ha sido considerado un delito y una acción moral reprochable.

Existe un riesgo añadido. Lo que se inicia como una permisividad por supuesta compasión ante el sufrimiento proclamado por otra persona que pide morir, se volverá por la misma dinámica interna en un impulso ante la percepción de que la situación de otro le puede hacer sufrir y el convencimiento de que es mejor evitarla radicalmente suprimiendo su vida en lugar de cuidarla y aliviar su sufrimiento. La consecuencia sería pasar de la permisividad ante la auto-muerte solicitada a la pretensión de una hetero-muerte provocada y no pedida por evolución de la consideración de cierto grado de vulnerabilidad, fragilidad y limitación como socialmente indeseables e intolerables, llegando así a la calificación de algunas vidas con la etiqueta de “escaso valor social” ya que generan grandes cargas emocionales, costes de oportunidad para sus cuidadores y gastos económicos a sí mismos y a la sociedad. Este es el fundamento del llamado argumento de la pendiente resbaladiza que se ha aludido en contra de la legalización de la eutanasia.

Merece la pena recordar, aunque esta lección debería estar ya sabida, que provocar activamente una muerte humana es una actuación que como regla general se considera inmoral y está penada por la ley. No obstante, algunas sociedades permiten que en su seno se den ciertos modos de provocar la muerte, como son la pena de muerte (extinguida en España) o la interrupción provocada del embarazo. Ahora se pretende legalizar la eutanasia. En España el Tribunal Constitucional se ha manifestado en varias ocasiones en contra del caso de suprimir la vida en el final de la misma y, en síntesis, la doctrina expresada por el Alto Tribunal hasta el momento reitera que “el derecho a la vida no incluye la facultad de disponer de ella a su titular”.<sup>5</sup> Desconocemos si la postura del Alto Tribunal seguirá siendo consistente con el no al derecho a morir, una vez se materialice la aprobación de la próxima ley. Personalmente siento curiosidad por conocer cuál será su dictamen y si fuera favorable a la ley, qué nuevos argumentos contrarios a los hasta ahora defendidos por dicho tribunal, se expondrían.

Precisamente la negativa ética a la eutanasia es porque debemos evitar un mal (muerte provocada) aunque su intención sea hacer un bien (suprimir el sufrimiento insostenible). Este intercambio me parece desproporcionado y motivado en la mayoría de los casos por una desesperación extrema y una compasión desorientada.

La vida, aunque sufrida, es siempre mayor bien que la muerte y ésta no es la única alternativa para contrarrestar el sufrimiento al que evidentemente hemos de combatir. Además, el respeto mutuo a la vida es un elemento básico de la ética personal, de las relaciones interpersonales y condición básica para la convivencia social.

La dimensión social del ser humano es un requisito imprescindible para su desarrollo. A partir de ahora a consecuencias de la nueva ley, habrá la posibilidad de suprimir vidas frágiles, insatisfechas, dependientes, sin utilidad social. Con la decisión de darse muerte antes que sufrir insosteniblemente se impone un concepto de la vida que merece la pena vivir frente a la que no merece la pena vivir pensándose que no toda vida es igualmente valiosa puesto que hay algunas desvalorizadas, primero por los propios que la viven y luego lo serán por su entorno. Como actor invitado a la fuerza, el médico pasará de sanador a ejecutor de la muerte.

Si se ayuda a morir para aliviar el sufrimiento suprimiendo la vida se produce un grave coste de oportunidad al haberse elegido la vía de provocar la muerte y haber perdido la oportunidad de aplicar otras alternativas para aliviar ese sufrimiento y recuperar el bienestar y la esperanza. Claro que esta segunda opción significa tener la posibilidad de recibir los Cuidados Paliativos, que debieran ser capaces de aliviar el sufrimiento más insostenible, requiere de formación especializada de los profesionales sanitarios y de disponer de los medios

---

<sup>5</sup> STC, 53/1985 de 11 de abril, Fundamento Jurídico séptimo

adecuados en el sistema de provisión de servicios de salud. Esto no parece interesar a muchos políticos que han optado por la vía expeditiva de la muerte en directo obviando la aprobación de una ley estatal que garantice los Cuidados Paliativos.

### Los médicos, agentes eutanásicos

Aunque el hecho de provocar la muerte puede realizarlo cualquiera, los legisladores, han encargado la ejecución de la eutanasia a los profesionales de la medicina y de la enfermería restringiéndola a estos actores y con un control externo por parte de las administraciones sanitarias.<sup>6</sup> A pesar de las prohibiciones deontológicas algunos profesionales están dispuestos a aplicarla. Estudios holandeses<sup>7</sup> y australianos<sup>8</sup> sugieren que la eutanasia se lleva a cabo mejor cuando existe un vínculo emocional entre el paciente y el médico. Podemos preguntarnos ¿Es prudente para el médico ser demasiado empático si no va a ser capaz de gestionar su malestar ante el sufrimiento humano? ¿Qué puede ocurrir si se siente el dolor del paciente demasiado profundamente? Lo que se llama compasión en la eutanasia puede ser en realidad un disfraz de la propia incomodidad y los sentimientos de insuficiencia mientras el sufrimiento es observado por un médico que cuenta a nivel personal con poco que ofrecer para aliviarlo ya sea por impericia profesional, por falta de capacidad personal de afrontamiento de estas situaciones que no dejan de ser difíciles, o por encontrarse con casos extremos y darse cuenta de que no poseen una experiencia de manejo clínico en las mismas. Es más sencillo y genera menos malestar empático en los propios profesionales provocar la muerte que acompañarla y ayudar a afrontar el proceso del final de la vida.

Por otra parte, ¿Debe fomentarse el uso de la prestación eutanásica entre los pacientes al final de su vida? En otras palabras ¿existe una indicación médica de eutanasia que el facultativo deba ofrecer a su paciente cumplidos unos criterios?<sup>9</sup> Yo entiendo que no, porque la eutanasia y el suicidio asistido no se considera un acto médico entre los profesionales de la medicina. Más bien es una delegación del Estado de la posibilidad de suprimir una vida que pretende hacer del médico el ejecutor de la misma.

Tradicionalmente, los fines de la medicina han sido: salvar y prolongar la vida; promover y conservar la salud y aliviar el dolor y el sufrimiento. La Medicina ha trabajado siempre por la preservación de la vida, aunque sea consciente de que debe permitir la muerte sin prolongar artificialmente la vida cuando ésta llega a su fin natural. Hipócrates en su famoso juramento defendió que *“Jamás daré a nadie medicamento mortal, por mucho que me soliciten, ni tomaré iniciativa alguna de este tipo; tampoco administraré abortivo a mujer alguna”*. En la versión del juramento hipocrático de la Convención de Ginebra, se incluye: *“La salud y la vida del enfermo serán las primeras de mis preocupaciones”*. *“Tendré absoluto respeto por la vida humana”*.<sup>10</sup>

Incluso hoy la Asociación Médica Mundial (AMM) ha declarado. *“La AMM reitera su fuerte compromiso con los principios de la ética médica y con que se debe mantener el máximo respeto por la vida humana. Por lo tanto, la AMM se opone firmemente a la eutanasia y al suicidio con ayuda médica. Ningún médico debe ser obligado a participar en eutanasia o suicidio con ayuda médica, ni tampoco debe ser obligado a derivar un paciente con este objetivo”*.

El código de ética médica de la Organización Médica Colegial en España indica en su artículo 36.3.- *“El médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de éste”*. En el 12.3.- *“Si el paciente exigiera del médico un procedimiento que éste, por razones científicas o éticas, juzgase inadecuado o inaceptable, el médico, tras informarle debidamente, quedará dispensado de actuar.”* En Art 32.2- *“El reconocimiento de la objeción de conciencia del médico es un presupuesto imprescindible para garantizar la libertad e independencia de su ejercicio profesional. No es admisible una objeción de conciencia colectiva o institucional.”*

<sup>6</sup> Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

<sup>7</sup> van der Maas y col; Maurice AM deWachter (1992) "Eutanasia en los Países Bajos", Informe del Centro Hastings, marzo-abril: 23-30.

<sup>8</sup> Helga Kuhse y Peter Singer (1988) "Prácticas y actitudes de los médicos con respecto a la eutanasia", Medical Journal of Australia, 148 (6): 623-626.

<sup>9</sup> Si se dice que la eutanasia y el suicidio asistido es un derecho y una prestación del sistema nacional de salud, desde el punto de vista de la relación clínica debemos plantearnos si la eutanasia es una indicación médica o sólo una solicitud del paciente que no debería ser propuesta por su médico.

<sup>10</sup> "Declaración de Ginebra" adoptada por la Asociación Médica Mundial (AMM) en 1948 y ha sido revisada y enmendada en diferentes ocasiones (1968, 1983, 1994, 2005, 2006 y 2017).

*En el Art 35.3.- “De la objeción de conciencia no se puede derivar ningún tipo de perjuicios o ventajas para el médico que la invoca.”<sup>11</sup>*

Entonces, si la eutanasia no se puede considerar un acto médico ¿por qué se pide a los médicos que ejecuten la prestación eutanásica? Posiblemente por tres motivos principales:

- Porque se piensa que la intervención sobre la vida y la salud corresponde a los profesionales sanitarios y en especial a los médicos. Al igual que son los veterinarios los que acaban con la vida de los animales irracionales cuando es necesario.
- Por aprovechar el compromiso social con la protección de la vida y de la salud del colectivo médico y al forzar que sean los médicos los que la apliquen, darle así a la eutanasia una falsa apariencia de legitimidad.
- Quizás el legislador supone que al obligar al médico a ejecutar a su paciente o facilitarle medios para su suicidio, sabiendo que éste tiene un compromiso con el cuidado de su vida, se evitará un abuso de la ley que pudiera darse si se encarga esta actuación a otros agentes sociales, sin un compromiso deontológico de este calibre.

Considero estas motivaciones un error y una irresponsabilidad por parte de los políticos que deteriorarán la confianza de la población en la profesión médica, si la ley progresara.

¿Existen otros que pudieran aplicar esta medida? Si a los políticos que han aprobado esta ley se les preguntara si estarían ellos mismos dispuestos a aplicarla, ¿qué nos responderían? Si a los ciudadanos que se supone que están a favor, por lo que parece que recogen algunas encuestas, a la aplicación de la eutanasia se les propusiera que hubiera voluntarios que aplicasen esta ley ¿cuántos se prestarían a ser esos voluntarios? Me supongo que muchos declinarían esa posibilidad. Prefiero pensar, que a pocos les va a gustar acabar con la vida de un semejante y menos aún van a ser quienes estén dispuestos a hacerlo. Es más fácil pensar que alguien que no son ellos mismos lo hará y es más sencillo apuntarse a un emotivismo colectivo fácil de expresar y aparentemente gratis sin implicaciones para la propia responsabilidad directa e individual dando el plácet a la ley de eutanasia, que ofrecerse para cuidar moribundos y personas con grandes discapacidades y ayudarles a enfrentar la situación sin dejarse abatir por ella.

Sin embargo, los sanitarios sí nos ofrecemos a este cuidado de quienes presenten un sufrimiento persistente y que exija una gran pericia profesional para aliviarlo. Pero lo hacemos respetando la vida y la salud de las personas y tratando de contrarrestar el sufrimiento, no sólo con nuestro saber científico sino implicándonos con nuestra solidaridad humana, que la profesión ampliamente ha demostrado ante el riesgo de morir infectados por COVID-19 en esta interminable pandemia. Pretender degenerar esta relación de la profesión médica con la sociedad e invertir estos valores profesionales benéficos para el conjunto social me parece un error histórico y una perversión de la profesión médica y también de la profesión enfermera.

### **El riesgo de ejercer una autonomía inauténtica**

La petición de una persona con un sufrimiento insoportable de que le maten o ayuden a morir suele estar acompañada de una limitación de la libertad derivada de la misma causa por la que hace la petición. La libertad limitada se puede generar por desconocimiento de otras posibles estrategias de afrontamiento, por miedo, debilidad de carácter, desesperanza profunda, síndromes depresivos y/o ansiosos de gran intensidad entre otras diversas razones.<sup>12</sup> En el proyecto de ley español se incluyen algunas medidas para evitar algunos de estos peligros que condicionan la libertad del que la solicita, aunque no todos.

La argumentación ética más relevante que intenta fundamentar la eutanasia consiste en la potenciación radical del principio de autonomía personal situándolo en un plano superior sobre la obligación moral del respeto y cuidado a la propia vida, obligación ética que permanece incluso cuando ésta es frágil, dependiente o abocada a su fin próximo por incurabilidad. ¿Matar, matarse o dejarse matar es la única salida o solución a esta problemática? ¿Es la alternativa más civilizada? ¿Más considerada con el ser humano? Creo sinceramente que no.

<sup>11</sup> Código de ética médica de la Organización Médica Colegial en España (2011). Madrid: Organización Médica Colegial. Recuperado de: [https://www.cgcom.es/codigo\\_deontologico/files/assets/common/downloads/codigo%20de%20etica.pdf](https://www.cgcom.es/codigo_deontologico/files/assets/common/downloads/codigo%20de%20etica.pdf)

<sup>12</sup> Cristina Monforte-Royo C, Villavicencio-Chávez Ch, Tomás-Sábado J, Mahtani-Chugani V, Balaguer A (2012) What Lies behind the Wish to Hasten Death? A Systematic Review and Meta-Ethnography from the Perspective of Patients PLoS ONE 7 (5) e37117

Un punto difícil de valorar en la aplicación de la ley es la autenticidad de la solicitud de eutanasia tal y como ésta la incluye.

En la evaluación de estas circunstancias se plantea el problema de determinar si ha existido suficiente grado de libertad en la solicitud de eutanasia ya que, por las consecuencias letales del procedimiento, tendría que constatar un grado de autonomía y libertad máximos<sup>13</sup> y sin embargo suele ser una decisión marcada por condicionantes que restringen dicha libertad que nublan la capacidad de tomar decisiones.

Existen otras dificultades para poner en práctica el proyecto de ley entre las que destaca un problema técnico como es el medir y verificar el sufrimiento intolerable o insoportable, ya que el concepto de sufrimiento es subjetivo, aunque haya condiciones objetivas donde se pueda suponer que cabe el experimentarlo. No obstante, sabemos por observación que las personas sufren de diversa manera ante circunstancias personales equivalentes, por razones complejas que no voy ahora a profundizar. Esto quiere decir que, ante unas mismas condiciones objetivas, las personas pueden experimentar distintas sensaciones de malestar y sufrimiento subjetivas. Aunque es cierto que existen escalas para tratar de evaluar el sufrimiento insoportable, en definitiva, quien define si padece o no dicho sufrimiento intolerable es el propio interesado.

Desde una perspectiva ético-jurídica, a pesar de la voluntad legisladora de la mayoría de las cortes españolas, matar a una persona de modo intencionado, aunque sea en las condiciones descritas, se viene considerando por la casi totalidad de los países en todo el mundo un mal a evitar porque lleva a suprimir la vida humana de unos ciudadanos a manos de otros ciudadanos. No sé si en España somos más atrevidos, más listos o simplemente más imprudentes.

La ética liberal defiende la idea de que el ejercicio de la autonomía personal no debe ser coartado más que para proteger los otros derechos civiles y siempre en el menor grado posible. Esta presunción liberal está siendo hoy asumida extremadamente por otras tendencias, incluso las colectivistas o socialistas, lo que no deja de llamar la atención. En el liberalismo el principio de autonomía personal es el criterio básico para distinguir lo bueno de lo malo. Sin embargo, los derechos humanos son en primera instancia derechos de no maleficencia. El derecho a la vida, más que el derecho a vivir, consiste en el derecho a que ninguna persona atente sobre la misma y puede

darse una autonomía radicalizada y desvinculada de la solidaridad heterónoma que es precisa para la vida individual provocando soledad, insolidaridad y deseos de morir como única salida a un sufrimiento vivido como insoportable. Otras fundamentaciones filosóficas que apoyan la eutanasia son el emotivismo, el utilitarismo, el subjetivismo o el contractualismo, que evitan razones y argumentos basados en el principio de justicia o en un autonomismo de corte kantiano que considero de mayor rigor en sus fundamentos que el autonomismo liberal.<sup>14</sup>

No debemos hacer el bien a nadie en contra de su voluntad, pero sí estamos obligados a no hacerle nada malo, aunque así nos lo pida. Y con más motivo, cuando frente a la solución final al sufrimiento intolerable que significa la muerte existen otras alternativas que respetan la vida frágil. Así hemos de afirmar que el principio de no-maleficencia en una ética civil debe ser considerado absoluto, y en tanto que tal, previo al mismo principio de autonomía.

Por otra parte, se propaga la idea de que la eutanasia es una decisión personal y para sí mismo, pero se deja abierta la posibilidad de que se pueda aplicar por la decisión del sustituto o representante legal si esto se incluyese en la Declaración de Voluntad Anticipada. Entonces: ¿es una decisión personal o es del sustituto? Si es del sustituto ¿cabe que el sustituto interprete sin fundamentos que la voluntad del enfermo es finalizar su vida y trate de imponer su propia voluntad?

También se presenta como argumento eutanásico el de evitar un grave daño como es la vivencia de sufrimiento insoportable a través de la actuación radical de la supresión de la vida. Pero en la nueva ley, esta supresión de la vida humana se permite en lugar de reforzar los medios terapéuticos existentes y disponibles hoy en el sistema nacional de salud que sí son respetuosos con la vida humana como la terapia intensiva del dolor y los cuidados paliativos.

---

<sup>13</sup> Simón P. (2000) El consentimiento informado. Madrid: Triacastela.

<sup>14</sup> Gracia D. (1990) *Primum non-nocere*. El principio de no maleficencia como fundamento de la ética médica. Madrid: ANZOS.

## Conclusiones

- El cuidado de la vida y de la salud, por las razones que se han expuesto, debe excluir cualquier acción eutanásica o de ayuda al morir, aunque sea a petición de una persona autónoma.
- Existe una obligación absoluta para los profesionales sanitarios y para el sistema público de salud de aplicar los medios paliativos exigibles cuando alguien está presentando un sufrimiento insoportable derivados de su mal estado de salud. No hacerlo sería maltratar al paciente y ciertamente debería ser objeto de sanción penal de quienes deniegan estos auxilios. El maltrato de los enfermos privándoles del alivio que necesitan es una conducta reprobable y cuya responsabilidad debería ser exigida por los tribunales. Pretender resolver esta cuestión con el mayor de los maltratos como es provocar la muerte no deja de ser una salida criminal a una situación indeseable.

**José María Galán González-Serna**

jmgalan1962@gmail.com

Médico internista y Máster en Bioética

Socio Fundador de la Sociedad Andaluza de Cuidados Paliativos

# Reflexiones de una persona corriente

La eutanasia es, claro que sí, una **pendiente resbaladiza**.

Es un **tobogán por el que, imparables, se deslizan reflexiones** que se muestran ante los que queremos pensarla sin barandillas.

Los pensamientos sobre la eutanasia se encadenan entre sí y, lejos de una sencilla reflexión sobre ciertos, limitados, trillados, principios y la vida-muerte, constituyen un rico entramado que cada uno de nosotros deberá tejer y destejer. El brocado resultante nunca será un trabajo final, y en cada época, nuestra y del mundo, los hilos cambiarán y los motivos serán distintos.

La **vida**, que todos en el debate defendemos. No se trata de *la vida* en abstracto, sino de *la vida de* cada persona, que valora su vida porque es *su* existencia. Ineludiblemente, con la **existencia** surge la cuestión de su **sentido**.

Sin la vida no hay más y se dice por eso que la vida no se puede cuestionar, porque **es un absoluto en sí misma**. Nos debemos a la vida. ¿No es eso una trampa que cierra el paso a ulteriores reflexiones? **La vida tiene valor por el sentido del que se dota**. Ese “se dota” no nace de una fuente impersonal (“me la dotan de sentido”). El sentido tampoco posee un origen sólo personal (“sentido del que la doto”). Es un sentido compartido, “dotamos de sentido yo y los otros -el mundo, la época- a mi vida”. Mi vida se va haciendo y por eso, porque voy elaborando (vamos elaborando) cada día mi existencia, **le voy dando su significado, ineludiblemente, aunque no quiera. Y su significado podrá ir cambiando**.

Cada decisión que tomo viene motivada por un valor. **¿Hay valores universales** aplicables a priori a la reflexión previa a mis actos? Se elaboran **imperativos** que, **categorícamente**, intentan encarrilar mis acciones. Hay unas predisposiciones transculturales altamente generalizables que pueden considerarse unos mínimos comunes que permiten la convivencia y la realización de los seres humanos. Pero luego, **dependiente de cada realidad, de modo relativo y no menos vinculante** que lo pretendidamente universal, voy inventando mis valores. Ese proceso continuo de invención de mis valores nace de mi experiencia cotidiana, preñada de **interacciones entre mi perspectiva y la de los otros**. ¿Hay un fundamento universal inmutable que constituya el esqueleto de todos mis actos? ¿Podría ser la **eudaimonia**? **¿Quizá la virtud**?

No tiene un precio mi vida, su resultado no está sujeto a tasación, tiene **dignidad**. Siempre tiene dignidad, porque es una vida. No hay vidas indignas, ni las más miserables, porque la **dignidad** es consustancial al existir de la persona. Emplear la dignidad como guía para definir el sentido de una vida es emplear un atributo de la vida. No me sirve para construir mi vida: decir que quiero vivir una vida digna es lo mismo que decir que quiero vivir una vida. Que **por ser mi vida, será digna**. Esa dignidad de nuestras vidas sirve como recordatorio del **respeto profundo y único que le debemos al otro**, que nunca es sólo un medio, no es sólo un instrumento, que es un fin en sí mismo. Pero la dignidad no sirve como guía para decirnos cómo tiene que ser una vida ni el significado que ha de tener una vida.

El sentido de mi vida lo voy definiendo (siempre en un contexto) con autonomía y lo iré aplicando con intención, con voluntad. Tendré **autonomía** como **legisladora** de mi vida mientras una **mente consciente** y pensante produzca mi hilo discursivo, crítico, constructivo y responsable que me es propio de mí como persona única. Querré obrar, tendré voluntad de ser/estar/hacer en tanto en cuanto yo, como ser humano, soy ser que se define por la acción/verbo y que necesita del querer/voluntad para su conjugación. ¿Quiere esto decir que sin autonomía y sin voluntad mi vida deja de tener un sentido? El sentido propio con que yo doto a mi vida en ese caso queda suspendido, pero **permanece el sentido del que dotan los otros mi vida**. Pues en el sentido de mi vida intervengo yo como máxima legisladora, pero también interviene El Otro.

**El Otro** es **El Rostro** que **me interpela** y me obliga a salir de mí y a protegerle y a facilitarle su construcción como persona. Del mismo modo, yo soy Rostro para otros, y es en esa reciprocidad en que me baso para pensar que ante una pérdida de autonomía y voluntad **los otros dotarán mi vida de sentido. Mi vida, pues, tendrá siempre sentido**, o bien en el sentido que yo autónomamente decido o bien en el sentido fruto de la reciprocidad del yo-otro.

Pero el Otro no cobra su sentido para mí sólo en ausencia de mi autonomía. El Otro configura **mi identidad** desde mi nacimiento, no existe la unicidad aislada de cada cual, **somos un uno que se complementa en los otros**. ¿Acaso, pues, nuestra voluntad es a veces heterónoma y, por tanto, no ejercemos de yo, sino que somos máscaras huecas de otros que “nos actúan”? No, resulta más bien que yo, que soy una perspectiva, recojo la perspectiva del otro para poder completar mi visión del mundo y poder elegir la acción que dote del máximo sentido posible mi vida en cada momento. Vida que implica al Otro.

Esto no quiere decir que mi libertad quede coartada por El Otro. Esto me sitúa en una posición en que **el ejercicio de mi libertad**, que pasa por un proceso de razonamiento de mis circunstancias, **debe contemplar también la perspectiva de los otros**. El resultado final será cualquiera que sea, pero habré ponderado el impacto de mi decisión en los demás.

Soy continuo cambio, pero sigo percibiéndome como una misma persona. La **continuidad de mi identidad** tolera, sin embargo, las modificaciones diarias que me remodelan y, aún más, me enriquecen en el crecimiento personal. Si a veces, conservando mi yo, no reconozco ya como valores algunos que en mi vida previa eran principales, **¿podré asegurar que lo que hoy para mí es un valor casi absoluto siga siéndolo más adelante si mi identidad se ha diluido** en algún proceso mórbido en el que yo he dejado de ser yo?

En el devenir de mi vida, a la que he sido arrojada, sé que me **encontraré la muerte**. La presencia de la muerte, a la que me vuelvo porque es la forma plena de vivir, **me invita a elaborar mi existencia con apremio**. La finitud de la vida no es obstáculo, es motivo para su realización cotidiana, realización como dotación continua de sentido. Pero así como me encuentro involuntariamente viviendo mi vida, **mi muerte**, como parte de mi vida en la que soy autónoma (no siempre lo he sido en mi vida) **puede ser objeto de decisiones**. Del mismo modo que tomo decisiones en mi vida para dotarme de sentido, puedo tomar decisiones sobre mi muerte para dotarla de un sentido.

¿De qué trata, pues, la reflexión sobre la eutanasia? Más allá de la vida y la muerte, de la autonomía, de la beneficencia, de la no maleficencia. Más allá de unas disposiciones legales. Más allá de unas posiciones estáticas. **Pensar sobre la eutanasia nos lleva a plantearnos el sentido de nuestra vida y cómo lo vamos modelando, el encaje o no de la dignidad en la discusión, el concepto de libertad, la mismidad y la alteridad, la existencia de valores absolutos o la creación y contextualización de valores en función de las situaciones**. Pensar a hombros de Aristóteles, Kant, Husserl, Heidegger, Arendt, Levinas, Ortega, Sartre y tantos otros que han trascendido por sus palabras.

Cualquiera que sea nuestra posición en el debate no deberíamos participar en él sin haber caminado antes hacia adentro buscando lo que cada uno creemos que fundamenta nuestro pensamiento y ser/estar en el mundo.

**Miriam Eimil Ortiz**  
Neuróloga. Título de Experta en Ética Médica (Ffomc)  
Hospital de Torrejón, Madrid.  
meimilortiz@yahoo.es

# La eutanasia desde el punto de vista médico

(Resumen de la conferencia pronunciada en el Seminario de Derecho Penal del “Instituto Universitario de Investigación de la Fundación Ortega y Gasset-Marañón” el 29.3.2021)

La eutanasia admite muchas lecturas, incluso cuando la discusión aparezca focalizada en un aspecto específico; en este caso su visión desde la medicina. Por ello quizás sería deseable un pequeño ajuste al enunciado. Mejor titularlo “La eutanasia desde el punto de vista de *un* médico”. No pretendo asumir ninguna representación de la profesión y, en cambio, deseo dejar claro que existen otras muchas posibles lecturas del tema, aunque aparezca como telón de fondo la perspectiva médica. Cualquier enfoque merece respeto y puede ser legítimo. Mi voluntad es la de ser respetuoso con todos.

Tampoco pretendo analizar en detalle los contenidos de la ley recién aprobada, ni su mejor o peor encaje en el mundo del derecho. La redacción de sus distintos apartados aparece expresada en un lenguaje jurídico muy por encima de mis conocimientos en ese terreno y mucho más próximo a lo que representan Vds. En cualquier caso tendré que aludir y expresar mi parecer acerca de algunos de sus aspectos. A efectos expositivos establezco seis enunciados o puntos clave que sirven para hilvanar la presentación.

## **Los problemas que genera el debate sobre la eutanasia son muy reales, vienen de antiguo, tienen carácter universal y deben afrontarse de forma multidisciplinar**

No estamos ante un fenómeno nuevo. El objetivo central de la eutanasia, alcanzar una muerte dulce y apacible, un “buen morir” en su sentido literal, es tan antiguo como la humanidad (1). Dado que fallecer es consustancial con la vida los esfuerzos por conseguir que ello se produzca de forma apacible, con el menor nivel posible de agresividad, dolor y sufrimiento, es algo por lo que siempre se ha luchado en cualquier cultura a lo largo de la historia. Por razones obvias la profesión médica ha estado desde el principio en el punto de mira de la sociedad. La discusión, enfocada fundamentalmente en cómo alcanzar el objetivo final de morir sin sufrimiento, también en las eventuales repercusiones penales derivadas de ello, permanece abierta en España desde hace más de un siglo, pero se ha acentuado de manera importante e ininterrumpida a partir del último tercio del siglo XX. De ser un tema centrado en aspectos médicos y, en menor medida, jurídicos se ha abierto a otras disciplinas en un abanico cada vez más amplio de “participantes en la discusión” y compromete a muchos sectores sociales (2).

Además de a los profesionales sanitarios, con los médicos en primer lugar por ser quienes mayoritariamente dirigen y ejecutan las decisiones, compromete al mundo del derecho, que debe hilar muy fino para establecer condiciones y fronteras; al de la bioética, una disciplina que ha crecido imparable a lo largo del último medio siglo, al de la psicología y a otros. Afecta, también al entorno cultural dominante en cada caso, a las convicciones religiosas, a las conciencias y a la sensibilidad individual de las personas. Incluso ha entrado en un terreno político en la medida en la que las proposiciones sobre esta cuestión aparecen en los programas de los partidos apelando con frecuencia a los sentimientos más viscerales del individuo.

Nos encontramos ante un debate social de primer orden, sin soluciones unívocas, ante el que los avances en pro de unos criterios de actuación consensuados y comunes se establecen muy despacio y siempre dejando unos huecos difíciles de cubrir. El único tema de consenso que nadie cuestiona es el que origina la discusión, la necesidad de buscar fórmulas que, sin ser lesivas para ninguna sensibilidad, permitan una muerte lo más alejada posible de los sufrimientos que suelen acompañar este trance.

Se trata de un fenómeno universal. Lo es desde la perspectiva geográfica, el debate aparece en cualquier latitud y en todos los entornos culturales. Pero, también, cuando el foco se pone en el mundo de las creencias personales, en el de la situación social o económica del individuo afecto, en el tipo de patología que haya conducido a esa situación o en cualquier otro aspecto.

A medida que crecen las posibilidades tecnológicas, el nivel de vida y la esperanza de alcanzar edades cada vez más altas, el interés por el tema aumenta de forma exponencial. Han nacido asociaciones específicas para analizar mejor el problema, denunciar malas prácticas y ofrecer posibles respuestas (3), se han multiplicado los “comités” dedicados al estudio de esta cuestión procedentes de las instituciones más variadas. Han surgido publicaciones, congresos, coloquios y foros dedicados al tema. La legislación, dura e imprecisa en sus inicios, se ha ido modificando en muchos lugares, tendiendo, a asentarse sobre unos criterios más abiertos y matizados. Pero lo más evidente, a mi juicio, es que la medicina y los médicos seguimos estando en el trasfondo de la polémica por todo tipo de razones, aunque ni siempre, ni en todos los casos se deriven directamente de la profesión.

### **Al médico no se le forma en los problemas en torno al hecho de morir, incluidos los relativos a la eutanasia**

Durante la carrera de medicina se enseñan los principios básicos de las enfermedades, la manera de reconocerlos (diagnóstico) y de tratarlos. También, contenidos técnicos y habilidades necesarios para el ejercicio profesional. Sin embargo, en los programas curriculares no existe un apartado que aborde de forma reglada cuáles pueden ser los problemas concernientes al tema de la muerte y del morir, ni las normas-guía más adecuadas, las claves que uno debe tener presente en estos casos.

La resultante es que el médico recién egresado se topa, más pronto que tarde, ante esa situación. El paciente y/o los familiares esperan y solicitan respuestas. Miran al médico para que asuma el papel de una especie de director de orquesta ante un problema sobrevenido, complejo y terrible. Mientras este médico adquiere una experiencia para la que nadie le ha preparado, no sabe cómo actuar. Tiene que improvisar o dejarse guiar por una intuición que no siempre es sabia. Con el tiempo debe llegar a integrar, entre otras cosas, dos principios fundamentales. El primero, que el protagonista es el enfermo, más allá de las presiones que puedan ejercer su entorno familiar o el medio sanitario. El segundo, que es necesario aprender a convivir con estas presiones externas y llegar a dominarlas.

Pueden aparecer muchas “cuestiones-problema”. Van más allá de la eutanasia, y tocan aspectos muy variados (4). De inicio cabría hablar acerca de la forma más adecuada para comunicar la noticia y de sus condicionantes. Junto a ello, el médico se ve obligado con frecuencia a participar en cuestiones ajenas a su ejercicio profesional, al menos en un sentido estricto. Se le pide opinión para asuntos relacionados con el manejo del entorno, con la posibilidad de una atención religiosa, o acerca del lugar dónde morir. En el plano médico debe tomar decisiones relativas a la supresión o no de la hidratación y de la nutrición, al manejo de fármacos, al control de los síntomas, al tipo de cuidados recomendables en cada caso, a evitar el llamado “ensañamiento terapéutico” o a decidir sobre la eventual aplicación de la orden de “no resucitar”.

También debe opinar sobre las muchas cuestiones relacionadas directa o indirectamente con la eutanasia. Es importante conocer la eventual existencia de un documento de directrices anticipadas y reflexionar sobre la forma más adecuada de ser fiel a sus contenidos. Y, si llega el caso, afrontar y asumir decisiones con mayores o menores niveles de seguridad y de convencimiento, pero que pueden generar confrontación.

Como marco envolvente cabe añadir la evidencia de que vivimos en una sociedad que huye de todo lo relacionado con la muerte; la evita como tema de conversación y de reflexión. Una sociedad que ha crecido y ha sido educada en un contexto donde el poder de la ciencia y de la tecnología se consideran poco menos que infinitos y que admite mal la falta de una solución eficaz para cada caso concreto. La muerte representa el fracaso, el fallo de alguien o de algo. La consecuencia inmediata es la tendencia a buscar un culpable. El médico suele ser el principal candidato para ocupar ese lugar.

## La situación actual es inasumible

La eutanasia es un tema actual sobre el que existen infinitas visiones. Existe siempre el riesgo de incorporar un componente ideológico a la hora de las decisiones concretas. Los posicionamientos de unos y otros han ido creando una atmósfera donde los matices tienen poca fuerza y en la que se tiende a que uno deba optar entre el blanco y el negro con pocas alternativas intermedias. Esta atmósfera viciada afecta a cualquier esfera del problema, pero toca más directamente a quienes por su profesión la tienen más próxima y la viven de una manera más inmediata, a los médicos.

Cabe recordar el papel que han jugado y juegan los medios de comunicación a la hora de exponer y denunciar situaciones límite ocurridas durante los últimos decenios que están en la mente de todos. También el drama vivido por los fallecidos y que viven todavía muchas de las personas de su entorno próximo. Son situaciones que generan tensión y que dificultan sobremanera el complejo papel del médico implicado. Se piden respuestas y compromisos inmediatos a administraciones y profesionales.

En España, el artículo 143 del código penal todavía hoy castiga y convierte en delito determinadas actuaciones, muchas de las cuales tienen un trasfondo que implica directamente al médico de turno. Esta ha sido una razón complementaria para la reciente puesta en marcha de la “Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia”.

## Existe una gran confusión en la terminología que rodea a la eutanasia

Importa recordar que la forma de nominar, definir y valorar la eutanasia se ha ido modificando continuamente durante el último medio siglo, con la repercusión correspondiente en lo que respecta a la praxis médica. En mi opinión, detrás de estos esfuerzos por buscar definiciones –y nombres- que se aproximaran a formulaciones más o menos políticamente correctas, se esconde una enorme dosis de hipocresía social (5), que, peor aún, condiciona y hace más difícil actuar con el grado de naturalidad recomendable.

En los primeros debates reglados, años sesenta y setenta, se contraponían dos únicos conceptos, **eutanasia pasiva y activa**. La primera, la no adopción de medidas tendentes a prolongar la vida o su interrupción ante situaciones límite buscando expresamente suprimir o reducir dolor y sufrimiento, siempre ha sido contemplada con una alta dosis de benevolencia. La segunda, las medidas directamente orientadas a reducir el sufrimiento sobre el supuesto evidente de acelerar la muerte, ha estado estigmatizada desde su origen y penalizada por la ley.

Más tarde, en un intento de matizar conceptos y, tal vez, de cubrir de manera más precisa la eventual responsabilidad legal de las partes implicadas, se introdujo la subdivisión entre **eutanasia activa directa e indirecta**. Posteriormente, a mi juicio, siempre con el propósito poco explícito de orillar los problemas que se pueden desprender de la eutanasia activa directa, aparecieron nuevas variantes terminológicas y, probablemente, también conceptuales. La más conocida es el llamado **suicidio asistido** (6), donde el médico proporciona información y medios, pero es el paciente quien los solicita y quien ejecuta como protagonista activo.

Otra variante terminológica es la **sedación terminal**. En ella, siempre con el objetivo de evitar sufrimientos, se seda al paciente para mantenerlo inconsciente hasta su muerte. A mi juicio, en la mayoría de casos, resulta muy difícil establecer una frontera nítida entre sedación terminal y eutanasia activa. El 17 de marzo de 2015, la Asamblea Nacional Francesa oficializó el término al aprobarlo con 436 votos favorables contra 34 negativos y 83 abstenciones.

Sobrevolando a todo ello se han introducido otras expresiones. La más representativa hace referencia a la muerte digna o **“morir con dignidad”** (7). Recojo dos comentarios sobre la manera de entender este concepto. Proceden de autores poco discutibles en sus ámbitos respectivos. Franz Ingelfinger, profesor en la Universidad de Harvard y director entonces del *New England Journal of Medicine*, editorializaba en 1974 que “mientras que la sociedad siga pidiendo los cuidados que la medicina ofrece, constituye algo decepcionante pretender que el proceso de morir pueda estar revestido de dignidad. Lo máximo que el médico puede y debe hacer es mitigar las indignidades a que es sometido el paciente” (8).

Desde otra óptica, nuestro José Luis López Aranguren declaraba en una entrevista en 1988 que “nos morimos para los demás. Nos ofrecemos en espectáculo. Por eso pido a la muerte que sea un espectáculo decoroso, que no desdiga de lo que fue nuestra vida, que lo sea en compañía y no en “el aislamiento tecnológico” y que lo sea en el propio entorno en el que se ha vivido” (9). Declaraciones, complementarias y tremendamente lúcidas, procedentes de dos personalidades ubicadas en mundos muy alejados cultural y profesionalmente, que ayudan a entender la complejidad del concepto y lo difícil de su interpretación y aplicación.

Insistiré en que el lenguaje nunca es inocente, como demuestra la búsqueda continuada de una terminología aceptable por todos, que cubra ese eufemismo de lo llamado “políticamente correcto”.

### **Problemas, experiencias, polémicas, conocimientos e ignorancias**

Situaciones límite como las que encontramos en periódicos y telediarios son excepcionales. Sin embargo, su enorme repercusión mediática ha servido para avivar conciencias y las convierte a los ojos de muchos ciudadanos en algo parecido al prototipo clásico de los problemas relacionados con la eutanasia. Lo habitual son los pacientes en situación terminal irreversible, conscientes o no, con un horizonte vital muy limitado, aunque poco preciso, que pueden afrontar sufrimientos y disfunciones de todo tipo. Personas a las que es imprescindible apoyar con las medidas necesarias para conseguir un control eficaz de sus manifestaciones. Ese es el campo de batalla donde aparecen la mayoría de las decisiones complejas que deben afrontarse dentro del marco genérico de la eutanasia.

Me adelanto a señalar que las unidades de cuidados paliativos, su desarrollo, dotación y función, nunca se deben presentar, como han hecho algunos críticos de la actual ley, como una alternativa a cualquier forma de eutanasia. No lo son. Más bien representan, desde un punto de vista conceptual –también en la práctica-, un paso previo a este planteamiento, lo que con frecuencia las convierte en el marco físico donde se dirime el problema (10).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) fundamenta su definición de cuidados paliativos en que “todas las personas tienen derecho a recibir cuidados de calidad durante sus enfermedades más serias y a dignificar su muerte liberándola de dolores insoportables y prestando atención a sus necesidades espirituales y religiosas” (11). Aliviar el sufrimiento y dignificar la muerte son las dos ideas principales que subyacen en el concepto de eutanasia.

Las unidades de cuidados paliativos y la atención que ofrecen se deben entender como un derecho positivo recogido en la cartera de servicios de las consejerías de sanidad de las CCAA y desarrollado en función de las prioridades que estas establezcan. Evidentemente, deben ser potenciadas y dotadas todo lo posible. Su existencia y su función no son discutibles. Plantearlas como alternativa a la eutanasia representa un error conceptual, intencionado casi siempre. Objetivamente, constituye un intento por desviar el problema de fondo. No están en juego las unidades de cuidados paliativos. Lo están algunos problemas específicos que se pueden plantear en el marco de esas unidades o en otros niveles asistenciales ubicados en el propio hospital, en residencias o en el domicilio del paciente.

El primer problema, y más habitual y frecuente, es conseguir un buen control de los síntomas, especialmente del dolor y la disnea, pero también de otras limitaciones funcionales como la inmovilidad, la incontinencia de esfínteres, las úlceras por presión, la agitación, el delirium, la ansiedad, los trastornos del sueño, las dificultades de comunicación, las limitaciones sensoriales, etc.

En la medicina actual existen argumentos suficientes para afirmar que uno de los temas más preocupantes, el dolor, siempre se puede controlar. También resolver, o paliar en mayor o menor medida, el resto de los problemas expuestos. La cuestión es que las medidas para lograrlo con frecuencia suponen recortar el tiempo de vida previsible. Estaríamos aplicando, en sentido estricto, formas de eutanasia pasiva. En otros casos de eutanasia activa indirecta o de sedación terminal. Curiosamente, la mayor parte de quienes demonizan la eutanasia activa no suelen tener ningún reparo en aceptar cualquiera de estas medidas siempre que vengan disfrazadas con otra denominación.

Otro dilema frecuente gira en torno a las decisiones sobre suprimir o no la alimentación y la hidratación (12). El nivel de ignorancia al respecto es bastante alto en el ciudadano normal, pero también, con frecuencia, entre los propios profesionales sanitarios. La evidencia derivada de ensayos controlados no confirma que los protocolos de alimentación precoz sustitutiva en pacientes críticos generen beneficios clínicos (13). Mantener una sonda de alimentación gastro-intestinal en un paciente terminal busca conseguir efectos positivos por alguna de las siguientes vías, prolongar la vida, mejorar el estado nutricional, mejorar la calidad de vida o reducir los problemas de deglución. No existen estudios que hayan demostrado ninguno de estos eventuales beneficios.

Por lo que respecta a la hidratación conviene también aclarar algunas cosas. La sensación de sed depende del grado de hidratación de la mucosa bucal y no de los fluidos administrados. A la mala hidratación de esta mucosa se puede llegar por muchas causas, algunas muy frecuentes en estos pacientes. Entre ellas los efectos indeseados de algunos fármacos, las infecciones locales por hongos, la oxigenoterapia, respirar por la boca, etc. La prevención y el tratamiento de la sed deben orientarse a evitar y corregir la sequedad de boca. Además, la restricción líquida limita el riesgo de vómitos y de retención fluida con la eventual aparición de edemas periféricos o pulmonares, ascitis, derrame pleural, etc. Las evidencias positivas basadas en información clínica solvente acerca de la hidratación artificial en pacientes terminales son muy escasas (14). No existen publicaciones de calidad para sugerir que la hidratación artificial mediante sueros o sondas mejore la supervivencia cuando el paciente no pueda ingerir fluidos por vía oral.

### **Algunos comentarios sobre la ley**

Decía al principio que no pretendía entrar a fondo en el texto de la ley, extensa y con gran variedad de apartados. Realizaré unos breves comentarios que me parecen relevantes. El primero acerca de la necesidad de la ley, algo cuestionado directamente por determinadas personas e instituciones, para quienes la mera palabra “eutanasia” supone un tabú cuando no una invitación explícita al homicidio y, si se trata de médicos, algo incompatible con el juramento hipocrático y con las esencias mismas de la medicina. Simplemente, niegan la mayor.

El presidente del Colegio de Médicos de Madrid opinaba en una entrevista que la eutanasia “atenta contra la esencia de la medicina” y podría equipararse con “matar al paciente” (15). Son declaraciones impropias de un cargo representativo con poca cabida en un país democrático y plural, donde las evidencias de las necesidades percibidas y transmitidas desde la ciudadanía son de signo contrario. Críticas más sutiles en la misma dirección se han centrado en aspectos específicos concretos. El ejemplo más claro es el de quienes buscan descalificarla afirmando que, previamente, habría que potenciar los servicios paliativos. Ya he comentado este punto.

Junto a ello numerosas entidades, colectivos que trabajan en el campo de la bioética, sociedades científicas, asociaciones y colegios profesionales, incluso algunos particulares, han estudiado a fondo el texto aprobado, destacando insuficiencias en el mismo o la necesidad de modificar o expresar mejor determinados artículos. Un buen ejemplo sería el texto elaborado por la “Asociación de Bioética Asistencial y Clínica” que aparece comentado en este número. Muchas de las sugerencias que ofrecen estos documentos son oportunas y confío en que, junto a las experiencias que se desprendan de la puesta en práctica de la ley, ayuden a su mejora posterior.

A mi juicio una ley de esta naturaleza era necesaria, aunque sólo fuera por dos razones básicas. La primera la demanda social expresada de manera amplia por los medios de comunicación y a través de numerosas encuestas. Una de ellas, realizada por Metroscopia, indicaba que más del 80% de los españoles creían necesario regularizar la eutanasia. Otra razón evidente es la necesidad de un soporte jurídico que neutralice el nefasto artículo 143 del código penal.

Entiendo que una ley como ésta necesita cumplir como mínimo dos condiciones inexcusables, claridad y garantías. Claridad en cuanto al quiénes, a los porqués y a los cómo. Y garantías que aseguren el respeto a los protagonistas, a sus voluntades, a los sucesivos pasos previstos hasta culminar el proceso y, también, a las creencias personales de quienes pueden verse involucrados en su aplicación, incluidos médicos y enfermeros.

La claridad del texto me ofrece pocas dudas. Lo es desde su extenso preámbulo y su capítulo primero donde no sólo se explicitan los motivos de la ley y sus objetivos, sino que también se define el sentido de las diferentes palabras y expresiones que aparecen a lo largo del proceso. También es garantista. La palabra “garantía” y lo que ella implica se repite machaconamente en todos sus distintos capítulos y artículos.

Se insiste hasta la saciedad en el carácter de protagonista que tiene el paciente, en su papel central para la toma de decisiones y en la metodología que debe seguirse hasta culminar el proceso, con pasos múltiples, complejos y siempre abiertos a la rectificación. Con relación al médico el artículo 16 abre expresamente la puerta a la objeción de conciencia si cualquier profesional potencialmente implicado decide acogerse a ella.

### **A modo de conclusión**

Más allá de la Ley actual, hay que recordar que siempre que se solicite su competencia profesional resulta imprescindible que el médico mantenga la cabeza fría y no permita que las emociones interfieran con las decisiones, un riesgo grande en estos casos. Debe hacer primar la razón sobre los sentimientos. Para ello ayuda intentar el esfuerzo de asumir lo que puede representar la propia muerte a la hora de confrontarse con las muertes ajenas.

En último término recordar con el médico humanista gallego Domingo García Sabell que “somos los que acompañamos al enfermo sin poseer todas las claves de sus padecimientos. Sin llegar a la realidad última y aquilatada del proceso morboso. Por eso nuestra compañía tiene más valor. Somos los que damos la mano”. Frases que mantienen su validez también en las situaciones que dan origen a estas reflexiones. Quedémonos con el mensaje de “dar la mano” como expresión simbólica de lo que debe ser nuestro trabajo.

**José Manuel Ribera Casado**  
Catedrático emérito UCM  
Académico de número de la RANME

### **Notas y referencias**

- 1.- El Prof. Diego Gracia lo analiza muy bien en el capítulo “Salir de la vida” en “Como arquero al blanco. Estudios de bioética”. Editorial Triacastela. Madrid. 2004. 395-432.
- 2.- Ribera JM, Rodríguez Aguilera C. Eutanasia: entre la vida y la muerte. Temario 1988. Ed. Difusora Internacional. Barcelona 1989. 216-235.
- 3.- En España la asociación “Derecho a Morir Dignamente” existe desde hace 37 años. Y cuanta con más de 2500 asociados. Pionera en la lucha por la implantación de los “testamentos vitales”, ha sido una de las instituciones más activas para el desarrollo de la Ley actual. Recientemente el tribunal supremo la ha reconocido como de “utilidad pública” (Ver “El País” 13 de febrero de 2021. Pg. 25). Asociaciones similares existen en muchos países.
- 4.- Ribera Casado JM. Reflexiones sobre la propia muerte. Editorial Mezquita. Madrid. 1982.
- 5.- Un buen ejemplo de esta actitud bastante hipócrita fue expresado hace más de medio siglo por G Williams: “Un médico al administrar una sobredosis de narcótico a un enfermo teniendo en mente terminar con su existencia es culpable de pecado, mientras que la administración de igual sobredosis en circunstancias similares con el objeto de aliviar el dolor le libra de todo pecado, aunque su experiencia profesional le indique que la consecuencia inevitable de tal proceder será la muerte del paciente” (G Williams.- The sanctity of life and the criminal Law. NY Knops 1957). Hablando de intenciones la declaración pontificia *Jura et Bona* reconoce que “si no hay otros medios... está claro que la muerte no es querida o buscada de ningún modo, por más que se corra el riesgo, simplemente se intenta mitigar el dolor de manera eficaz usando a tal fin los analgésicos....” (Declaración pontificia *Jura et Bona*. Roma 1980).

- 6.- Concepto introducido en EEUU hace 30 años buscando soslayar los problemas éticos y legales asociados a la eutanasia. Entre las primeras y más importantes publicaciones está: Quill TE, Cassel CK, Meier DE. Care of the hopelessly ill. Proposed clinical criteria for physician-assisted suicide. *N Engl J Med* 1992; 327:1380-1384.
- 7.- La literatura es muy extensa. Un libro clásico y sencillo es el de Derek Humphry (*Dying with dignity*. Birch Lane Press Book. New York 1992. Pgs: 315).
- 8.- Ingelfinger FJ. Empty slogan for the dying. *N Engl J Med* 1974; 291:845-46.
- 9.- A López Aranguren este tema le inquietó mucho en sus últimos años y lo abordó en numerosos artículos y conferencias. Entre ellos en “La vejez como autoretrato personal y social. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid. 1992”.
- 10.- Ribera Casado JM. Geriatria y cuidados paliativos: algunas reflexiones. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2013; 48:89-93.
- 11.- Organización Mundial de la Salud. Paliative care-the solid facts. Geneve. WHO. 2004.
- 12.- Ribera Casado JM. Feeding and hydration in terminal stage patients. *Eur Geriatr Med* 2015; 6:87-90.
- 13.- Caser MP, Van der Berghe G. Nutrition in the acute case of clinical conditions. *N Engl J Med* 2014; 370:1227-36
- 14.- Boland et al. Artificial hydration in the terminally ill patients. *Br J Hosp Med* 2013; 74:397-401
- 15.- Hace poco más de un año el Colegio de Médicos de Madrid afirmaba con datos de una encuesta propia, que nueve de cada diez médicos veían con agrado la regulación de la eutanasia. En estas semanas, con motivo de la aprobación de la ley, una nueva junta directiva del ICOMEM, alejada ideológicamente de la anterior, señalaba a través de su presidente las afirmaciones que reproduzco (*El País*, 25 de marzo de 2021, p. 3, suplemento de Madrid). Un ejemplo más de la polarización del tema.

# Ley de eutanasia: aspectos éticos para la reflexión individual y profesional desde la visión enfermera

## RESUMEN

La muerte más allá de un hecho biológico supone un acontecimiento social, espiritual y antropológico, lo que implica abordar los distintos principios y valores de cada época, que pueden influir tanto en las formas de actuar, pensar y sentir de los pacientes como de los profesionales sanitarios. La eutanasia ha sido uno de los escenarios clásicos de mayor controversia, siendo clave desde el punto de vista ético, realizar un análisis tanto individual como profesional de las enfermeras, tras su reciente aprobación en España.

## ABSTRACT

Death beyond a biological fact supposes a social, spiritual and anthropological event, which implies addressing the different principles and values of each era, which can influence both the ways of acting, thinking and feeling of patients and professionals sanitary. Euthanasia has been one of the classic scenarios of greatest controversy, being key from the ethical point of view, to carry out an individual and professional analysis with a view to its recent approval in Spain.

## PALABRAS CLAVE

Eutanasia, consideraciones éticas, enfermería.

## KEY WORDS

Euthanasia, ethical considerations, nursing.

---

## Introducción

España se ha convertido en el cuarto país europeo en regular la eutanasia<sup>1</sup> y el octavo a nivel internacional. Para contextualizar el marco normativo es importante señalar que la primera regulación que se estableció en torno al derecho de los pacientes a poder tomar decisiones con respecto a su vida y su proceso de enfermedad, fue en 2002 bajo la Ley de Autonomía del paciente<sup>2</sup>, que recogía entre otros aspectos, el derecho al consentimiento informado, participar en el proceso de toma de decisiones incluso en situaciones de incapacidad a través de un documento de instrucciones previas y el rechazo a determinados tratamientos, aunque pudiera derivarse de ello su muerte. Posteriormente a nivel autonómico, se han recogido diez regulaciones sobre los derechos y garantías que debían de tener las personas en el proceso de morir, quedando expresamente detalladas las medidas de limitación/adequación de tratamientos de soporte vital, al igual que los cuidados y la sedación paliativa, aunque actualmente no existe una ley nacional al respecto.

---

<sup>1</sup> Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. Boletín Oficial del Estado de 25 de marzo de 2021.

<sup>2</sup> Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado de 15 de noviembre de 2002.

Desde el punto de vista social, tanto las encuestas realizadas a la ciudadanía<sup>3</sup> como a los profesionales sanitarios<sup>4</sup>, evidenciaban una tendencia creciente de apoyo con respecto a la regulación de la única práctica dentro del proceso de morir que no estaba legislada, la eutanasia y en menor medida el suicidio médicamente asistido (SMA).

Aunque cada vez ha cobrado mayor importancia el salvaguardar como derecho el proceso de morir acorde a los principios de autonomía y libertad que ha definido cada persona a lo largo de su vida, es uno de los ámbitos donde existe mayor controversia. Por ello, será clave realizar un análisis ético desde las distintas corrientes y argumentaciones filosóficas para generar un espacio deliberativo que permita a los profesionales implicados en el proceso eutanásico, en nuestro caso especialmente a las enfermeras, reflexionar tanto desde el punto de vista individual, como a nivel profesional.

### **Aspectos éticos en torno al final de vida y la eutanasia**

Antes de analizar el debate ético en torno al final de vida y en concreto el relativo a la eutanasia y el SMA, habría que tener en cuenta una serie de consideraciones que rodean la situación actual del proceso de morir.

El primer aspecto es el tabú social que hay en torno a la muerte; nos preparamos para todos los acontecimientos de nuestras vidas, pero no para morir. La muerte como tabú ha generado negación y dificultad para plantear reflexiones hasta casi llegado el momento final. Unido a ello, se ha trasladado el lugar de fallecimiento de los domicilios quienes eran los pacientes junto con sus familiares quienes gestionaban la atención y cuidados, a los hospitales, pasando dicha responsabilidad a los profesionales sanitarios. Por otra parte, gracias a los avances científicos y tecnológicos se han conseguido resolver situaciones y enfermedades hasta hace unos años impensables, produciendo incluso un cambio en el propio concepto de muerte (muerte cerebral). No obstante, dichos avances también han generado una idealización y confianza desmedida en la tecnología, pudiendo caer en el denominado imperativo tecnológico, generando nuevos escenarios donde más allá de prolongar la vida (en términos de cantidad), se puedan dar situaciones de mayor agonía (vulnerando la calidad en dicho proceso), propiciando un alargamiento de la existencia que no se acompañe de la identidad de la persona.

Otro aspecto clave, por tanto, será explorar trayectorias de enfermedad, posibilidades terapéuticas y límites de la atención en función de los valores del paciente; sin embargo, los profesionales señalan grandes dificultades en la práctica clínica para abordarlo. De hecho, la carencia formativa en habilidades de comunicación, cuidados paliativos, bioética y deliberación dificulta un abordaje integral durante todo el proceso de atención, en el que la planificación compartida de la atención, junto con el abordaje paliativo precoz debe guiar la toma de decisiones, asegurando que se respete la autonomía del paciente, especialmente cuando la mayoría de las muertes derivan de enfermedades crónicas<sup>5</sup>.

Por último, la gran confusión terminológica en torno al final de vida, no solo entre pacientes y familiares, sino entre los propios profesionales sanitarios<sup>6</sup>, también obstaculiza en muchas ocasiones poder deliberar de forma proporcionada y realizar una toma de decisiones adecuada. En este sentido será clave diferenciar especialmente las distintas situaciones que se pueden dar; eutanasia, SMA, sedación paliativa o limitación/adecuación del tratamiento de Soporte Vital (véase tabla 1).

<sup>3</sup> Centro de Investigaciones Sociológicas (2009): Atención a pacientes con enfermedades en fase terminal. Estudio nº 2803.

<sup>4</sup> Tamayo Velázquez M.I., Simón Lorda P. y Cruz M. (2012). Euthanasia and physician-assisted suicide: Knowledge, attitudes and experiences of nurses in Andalusia. *Nursing Ethics*.19(5), 677-91

<sup>5</sup> Gómez X., Martínez., M., Blay C., y otros (2014). Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in need of palliative care in the general population: A cross-sectional study. *PalliatMed*. 28: 302-311

<sup>6</sup> García Caballero R., Real De Asúa D., García Olmos L. y Herreros B. (2021). ¿Sabes los internistas qué es la limitación del esfuerzo terapéutico?. *Revista Clínica Española*. 221, 274-278

<b>PRÁCTICA</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>MUERTE</b>
<b>Eutanasia</b>	Aliviar sufrimiento total	Causa directa de la acción del profesional
<b>Suicidio Medicamento Asistido</b>	Aliviar sufrimiento total	Causa directa de la acción del paciente, suministrada por el profesional
<b>Sedación Paliativa</b>	Control síntoma refractario	Causa indirecta derivada del principio del doble efecto
<b>Limitación/ Adecuación Soporte Vital</b>	Evitar medidas fútiles	Derivada de la evolución de la enfermedad

Tabla 1. Prácticas realizadas al final de vida

Así, dentro del debate ético en el proceso de final de la vida, cabe valorar si hay diferencias entre provocar la muerte (eutanasia) expresado por un paciente con enfermedad incurable de forma reiterada, acortar la vida (sedación paliativa) en una situación de terminalidad, o permitir la muerte (limitación de tratamientos de soporte vital) como proceso de evolución de la enfermedad, si el objetivo común es el alivio del sufrimiento.

Las diferentes reflexiones éticas sobre la eutanasia a lo largo del tiempo han dejado constancia de los diferentes posicionamientos tradicionales, desde los comités de bioética y de los profesionales de enfermería.

#### Posiciones tradicionales

Algunos de los argumentos tradicionales a favor y en contra de la eutanasia quedan recogidos en la siguiente tabla:

<b>ARGUMENTOS EN CONTRA</b>	<b>ARGUMENTOS A FAVOR</b>
Vida como valor superior a otros bienes	Derecho a vivir, pero no la obligación a vivir
Prevalencia del principio de beneficencia y la salvaguarda de la vida	Prevalencia del principio de autonomía y del respeto a la libertad para decidir
La potenciación de los cuidados paliativos evitaría las solicitudes de eutanasia	A pesar de los cuidados paliativos hay sufrimientos que no consiguen aliviarlo, incluyendo situaciones de no terminalidad
Práctica contraria a los fines de la medicina y la enfermería, y en todo caso, no es un acto médico o sanitario	Acto sanitario incluido en los fines de la medicina y la enfermería, como obligación moral del alivio del sufrimiento total
No resuelve los problemas del enfermo, sino que, directamente lo destruye	Evitar un fin doloroso ante una enfermedad irreversible
Dificultad en el posible arrepentimiento del paciente a última hora	El temor de ser mantenido con vida a cualquier precio
Posibles intereses de terceras partes	No querer convertirse en una carga para los familiares y para la propia sociedad
Pendiente resbaladiza	Evitar situaciones de irregularidad, mediante un control estricto

Tabla 2. Argumentos a favor y en contra de la eutanasia

## Posiciones de comités de bioética

Desde el año 2003 varias publicaciones de distintos comités de bioética en relación con la regulación de la eutanasia, han dejado constancia de los diferentes posicionamientos a favor o en contra (véase tabla 3).

COMITÉ	POSICIÓN	ARGUMENTOS
<b>Observatorio de Bioética y Derecho de la Universidad de Barcelona (2003)</b>	A favor de la regulación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Derecho a la vida contra Obligación Vivir</b></li> <li>- <b>Derecho a la libertad</b></li> </ul> <p><i>El reconocimiento del derecho a la vida tiene en nuestro ordenamiento una vocación garantista: frente al Estado y frente a los demás ciudadanos. No se trata de un derecho absoluto: el derecho a la vida puede entrar en colisión con otros derechos y debe ser ponderado. La concepción del derecho a la vida que implica el mantenimiento de ésta incluso en contra de la voluntad de su titular, debe ceder paso a concepciones más acordes con el respeto al derecho de autodeterminación de las personas y con el carácter laico del Estado.</i></p>
<b>Instituto Borja de Bioética (2005)</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Política Sanitaria</b></li> <li>▪ <b>Política Social</b></li> <li>▪ <b>Apoyo Afectivo</b></li> <li>▪ <b>Apoyo Sanitario</b></li> <li>▪ <b>Contexto Eutanásico</b></li> </ul> <p><i>En el marco de la apuesta por la vida, la reflexión sobre la eutanasia se adentra en el inexorable proceso del morir de la persona, un proceso que puede culminar en el último acto humano en la medida que se sabe afrontar con lucidez y responsabilidad. Esta lucidez y responsabilidad pueden significar una firme decisión de anticipar la muerte ante su irremediable proximidad y la pérdida extrema y significativa de calidad de vida. En estas situaciones se debe plantear la posibilidad de prestar ayuda sanitaria para el bien morir, especialmente si ello significa apoyar una actitud madura que concierne, en definitiva, al sentido global de la vida y de la muerte. Consideramos que la defensa de la vida es un valor ético, y debe ser jurídicamente protegido. Sin embargo, se podría admitir una excepción en el caso de la eutanasia tal y como ha sido descrita. Por tanto, se debería plantear cómo tipificar estos casos desde la perspectiva médica y/o sanitaria y cómo recogerlos en una norma jurídica.</i></p>
<b>Comité de Bioética de Cataluña (2006)</b>	A favor de la regulación	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Dignidad como respeto</b></li> <li>▪ <b>Dignidad como libertad</b></li> <li>▪ <b>Dignidad y derecho a la vida</b></li> <li>▪ <b>Dignidad y proceso de morir</b></li> </ul> <p>Es preciso conjugar tanto la voluntad de la persona para tomar decisiones libres y coherentes con sus convicciones sobre el valor de la vida, como la obligación constitucional de proteger la vida de las personas vulnerables. Para ello referían que se debía asegurar un equilibrio entre los derechos fundamentales a la <b>VIDA, DIGNIDAD y LIBERTAD</b>.</p>
<b>Comité de Bioética Nacional (2020)</b>	En contra de la regulación	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Límites de la autonomía</b></li> <li>▪ <b>Desvalorizar la vida</b></li> <li>▪ <b>Normativa</b></li> <li>▪ <b>Potenciar los cuidados paliativos</b></li> <li>▪ <b>Situación derivada de la Pandemia</b></li> </ul> <p><i>Para que un deseo o una pretensión puedan...transformarse en un auténtico derecho, es necesario poder situar dicha pretensión en el marco de las relaciones sociales como algo razonablemente exigible. Es decir, la existencia del derecho exige razones más allá de los meros deseos de la persona, ya que implica poner en sus manos un poder que le permite controlar la conducta de otros, determinar lo que éstos deben hacer o dejar de hacer, y hacerlo con el respaldo del Estado. El</i></p>

		<p><i>problema reside, pues, en confundir lo lícito en determinados contextos con lo exigible. Y también en transformar, en atención a las características singulares de un caso concreto, una hipotética excepción o atenuación al deber moral y legal de no matar, en un derecho e, incluso, más allá, en una prestación con cargo al sistema público. El Estado no tendría ya en sus manos la salud de sus ciudadanos/as, sino la propia vida, soslayando uno de los principales límites del Estado liberal, en virtud del cual, la vida de los ciudadanos/as no puede estar a disposición de los poderes públicos.</i></p>
<p><b>Comisión Sociosanitaria de Comités de Ética de Euskadi (2020)</b></p>	<p>A favor de la regulación</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Práctica aceptable si se garantiza seguridad clínica y jurídica de pacientes y profesionales</b></li> <li>▪ <b>Garantizar y desarrollar el acceso a los cuidados paliativos sin entrar en colisión con la eutanasia</b></li> <li>▪ <b>Compromiso moral de los profesionales para facilitar cerrar la biografía del paciente</b></li> <li>▪ <b>Situaciones especiales para tratar con prudencia (trastorno mental, deterioro cognitivo, discapacidad)</b></li> <li>▪ <b>Papel de los CEA durante el proceso</b></li> </ul> <p><i>Cuando ninguna otra ayuda (clínica, social ni espiritual) ha conseguido mitigar un sufrimiento continuado e intolerable para esa persona, resulta entonces perfectamente entendible que la eutanasia y el SMA sean considerados como fines de la medicina.....Sólo en el marco del compromiso con la persona que muere o vive una vida intolerable para ella, es decir, de la promesa de poner a su servicio los recursos y conocimientos disponibles para aliviar su sufrimiento o para su bien morir, es desde donde puede considerarse moralmente aceptable una intervención cuya intención sea acabar con la vida del paciente. Solo desde dicho compromiso, el imperativo real de la muerte se convierte en imperativo moral de facilitar la muerte como el mejor modo de “cerrar una biografía” concreta.</i></p>

Tabla 3. Argumentos Comités de Bioética

### Posiciones desde enfermería

Desde la visión enfermera, a partir de una revisión bibliográfica<sup>7</sup>, encontramos argumentos tanto a favor como en contra. Estos se asientan principalmente en la naturaleza ontológica moral de la enfermería, la ética principialista, utilitarista, de la virtud, del cuidado y la ética relacional, así como en la consistencia moral y la naturaleza del bien social.

- **La naturaleza ontológica moral de la enfermería: el fin de la profesión y la relación clínica**

#### *Argumentos en contra*

La regulación de la eutanasia puede suponer por un lado la erosión de la confianza pública en la profesión, al igual que también puede influir en la relación enfermera-paciente, alcanzando implicaciones morales únicas para las enfermeras, pudiendo afectar a su integridad.

#### *Argumentos a favor*

Debido a la relación especial que se establece entre enfermeras y pacientes, en concreto como *testigos principales* durante el proceso, permite una mejor comprensión del contexto en el que se toman las decisiones sanitarias, puesto que las enfermeras son las que mantienen un contacto continuo con el paciente, ejerciendo como defensoras ante el resto del equipo sanitario. Sin embargo, algunos autores describen como dificultades durante el proceso el fenómeno denominado *enfermera en el medio*, puesto que la responsabilidad que tienen las enfermeras sobre el cuidado de sus pacientes, en determinados contextos no coincide con su poder para poder

<sup>7</sup> Pesut, B., Greig, M., Thorne, S., Storch, J., Burgess, M., Tishelman, C. y otros(2019). Nursing and euthanasia: A narrative review of the nursing ethics literatura. *Nursing Ethics*,1-16

influir en la toma de decisiones sobre la atención. En concreto, en el contexto de la eutanasia, se señala la paradoja de que la enfermera podía ser el testigo principal del sufrimiento, pero sin tener los medios para aliviarlo, puesto que, a pesar de estar en condiciones de administrar y titular la medicación, no puede prescribirlo.

- **Teorías Éticas: principlialismo, utilitarismo, ética de la virtud, ética el cuidado, ética relacional**

#### *Argumentos en contra*

- Ética principlialista: en contra del absolutismo de la autonomía, no se puede imponer un derecho que obligue a otros a acabar con sus vidas, ya que la decisión de un individuo de solicitar la eutanasia afecta significativamente a quienes lo rodean. En ese sentido se enfatiza que, como tal, la decisión no puede ser puramente privada.
- Ética utilitarista: no se puede determinar si la legalización de la eutanasia conduce a un "equilibrio máximo de bien sobre el mal".

#### *Argumentos a favor*

- Ética principlialista: bajo el principio de autonomía, el respeto a las personas requiere también el respeto en la toma de decisiones. Se basa en la creencia de que los individuos poseen su muerte, al igual que han poseído su vida. En ese sentido, las solicitudes de eutanasia no son una indicación de la incapacidad de los profesionales de la salud para brindar atención, sino más bien una expresión de la autonomía o el derecho de un individuo a hacer una elección que considere coherente con la persona que es y la vida que ha llevado. Por tanto, para mantener la verdadera autonomía de un paciente, las enfermeras deben ayudarle a encontrar sentido a la vida, incluso en tiempos de sufrimiento, especialmente al explorar solicitudes de ayuda para morir.
- Ética utilitarista: si para el control de un síntoma refractario, se considera moral y legalmente aceptable el aumento de dosis de opioides, aunque pueda acortar la vida, la inyección letal en la eutanasia, también podría serlo ya que al final implica las mismas consecuencias, el alivio del sufrimiento y la muerte del paciente.
- Ética de la virtud: puesto que morir es un evento de la vida, y no morir bien frustraría el objetivo de florecimiento y bienestar tanto para el paciente como para el profesional, la eutanasia podría facilitar la eudaimonia.
- Ética del cuidado: si el acto de cuidar implica "sentir con el otro la eutanasia", podría justificarse éticamente si las acciones del individuo que solicita ayuda para morir son racionales y no infringen los derechos de los demás.
- Ética relacional: basada en el respeto mutuo y el compromiso.

- **Consistencia Moral: coherencia moral a través de acto y doctrina del doble efecto**

#### *Argumentos en contra*

Bajo el principio del doble efecto, se justificaría a la enfermera que proporciona grandes dosis de opioides para controlar el dolor y que, a través de ese acto de forma no intencionada, se acelera la muerte. La diferencia que se argumenta con respecto a la eutanasia es la intención de matar como opción moralmente inaceptable, y opuesta a la doctrina del doble efecto, que se caracteriza porque:

- La acción en sí no debe ser intrínsecamente mala.
- El buen efecto no debe ser una consecuencia directa del mal efecto.
- El buen efecto debe estar "destinado directamente"; el efecto negativo sólo "intencionado indirectamente" o "tolerado".
- El efecto bueno debe ser igual o mayor que el efecto malo.

#### *Argumentos a favor*

No hay diferencia moralmente significativa entre un acto (causar la muerte) y una omisión (permitir la muerte), puesto que tanto los estados iniciales (estar muriendo) y finales (estar muertos) son los mismos, siendo el profesional sanitario la persona involucrada en la actuación (acciones o inacciones) y por tanto el agente

éticamente responsable, sin existir distinción moral significativa entre la intención o causalidad directa (eutanasia) e indirecta (sedación paliativa), puesto que ambos actos conducen a la muerte.

- **Naturaleza del bien social: obligación relacional de intereses comunes**

#### *Argumentos en contra*

La eutanasia puede producir un mayor riesgo a los grupos vulnerables, como los discapacitados, ancianos y empobrecidos, reflejando que existe un peligro muy real de que los pacientes y sus familiares opten por la eutanasia debido a recursos inadecuados para su atención. Por el contrario, se enfatiza la necesidad de impulsar los cuidados paliativos, cuestionando el alivio del sufrimiento a través de la eutanasia, cuando muchos pacientes y familias no tienen acceso a unos cuidados paliativos de alta calidad o no comprenden su objetivo de mejorar la calidad de vida.

#### *Argumentos a favor*

La regulación de la eutanasia impulsaría una mayor cobertura con respecto a los cuidados paliativos, puesto que ante cualquier solicitud de ayuda a morir, lo primero siempre sería asegurar cuidados paliativos integrales, de forma que el paciente se encuentre lo más confortable posible dentro de su proceso de enfermedad, antes de tomar la decisión final. No obstante, la protección de las personas más vulnerables debe ser un requisito que siempre se debe asegurar.

#### **Conclusiones**

La regulación de la eutanasia supone un gran reto no solo desde el punto de vista profesional, sino sobre todo individual.

Las implicaciones morales que la eutanasia puede tener tanto sobre la profesión como la propia personalidad de los profesionales implicados, en nuestro caso las enfermeras, requieren de una profunda deliberación.

En este sentido, será fundamental que, a partir de los distintos posicionamientos, argumentos, enfoques y teorías éticas, las enfermeras realicen un proceso reflexivo con respecto a sus propios valores, tomando decisiones conforme a sus creencias personales, incluyendo la defensa de un abordaje paliativo integral y la planificación compartida de la atención como eje central de la asistencia sanitaria.

**Tamara Raquel Velasco Sanz**

tavela01@ucm.es

Doctora en Enfermería. Máster en Bioética y Derecho. Máster en Cuidados Paliativos.  
Miembro de la Comisión Deontológica Codem.

**Ana María Cabrejas Casero**

anacc\_1605@hotmail.com

Enfermera. Máster en Investigación en Bioética. Máster en Investigación en Cuidados de la Salud.  
Miembro de la Comisión Deontológica Codem.

**José Antonio Barbado Albaladejo**

katakumi100@hotmail.com

Doctorando en Enfermería. Miembro de la Comisión consultiva de la Oficina Regional de Salud Mental de la Comunidad de Madrid. Máster en Gestión Sanitaria. Miembro de la Comisión Deontológica Codem.

**M<sup>a</sup> Isabel Guerra Llamas**

mariaigu@ucm.es

Doctora en Enfermería. Máster en Investigación en Cuidados de la Salud. Experto en Bioética.  
Miembro de la Comisión Deontológica Codem.

**Yolanda Rodríguez González**

yolirg86@hotmail.com

Enfermera. Máster en Investigación en Bioética. Experto Universitario en Urgencias y Emergencias.  
Miembro de la Comisión Deontológica Codem.

## Conflictos de interés

Los autores señalan que no hay conflicto de intereses.

## Referencias bibliográficas

1. Abel, F., Busquets, E., Camacho, JA., Cambra, F.J, Cardona, X, Cusí, V.,(2005)l. Hacia una posible despenalización de la eutanasia. Instituto Borja.
2. Armengol R., Boladeras M., Broggi MA., Camps, V., Espasa, R., Hernández, J., (2006). Informe sobre la eutanasia y la ayuda al suicidio. Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya.
3. Casado M., Royes A., Antón P., Atienza M., Badia A., Buisan L., (2003). Documento sobre la disposición de la propia vida en determinados supuestos: declaración sobre la eutanasia. Observatorio de Bioética y Derecho.
4. Centro de Investigaciones Sociológicas (2009): Atención a pacientes con enfermedades en fase terminal. Estudio nº 2803. Recuperado de: [http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/2800\\_2819/2803/es2803.pdf](http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/2800_2819/2803/es2803.pdf)
5. Zurbanobeaskoetxea L., de la Rica JA., Argote B., Cantero B., Goikoetxea M., Arana O., y otros (2020). Informe de posicionamiento ético y valorativo acerca de la posible despenalización y regulación de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido. Comisión sociosanitaria de comités de ética de Euskadi
6. De Montalvo F., Altisent R., Bellver V., Cadena F., De los Reyes M., De la Gángara A. y otros (2020). Informe del Comité de Bioética de España sobre el final de la vida y la atención en el proceso de morir, en el marco del debate sobre la regulación de la eutanasia: propuestas para la reflexión y la deliberación. Comité de Bioética de España.
7. García Caballero R., Real De Asúa D., García Olmos L. y Herreros B. (2021). ¿Saben los internistas qué es la limitación del esfuerzo terapéutico? Revista Clínica Española. 221, 274-278
8. Gómez, X., Martínez, M., Blay C., y otros (2014). Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in need of palliative care in the general population: A cross-sectional study. *PalliatMed*.28: 302-311
9. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado de 15 de noviembre de 2002. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-22188-consolidado.pdf>
10. Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. Boletín Oficial del Estado de 25 de marzo de 2021 Recuperado de: <https://www.boe.es/boe/dias/2021/03/25/pdfs/BOE-A-2021-4628.pdf>
11. Pesut, B., Greig, M., Thorne, S., Storch, J., Burgess, M., Tishelman, C. y otros (2019). Nursing and euthanasia: A narrative review of the nursing ethics literature. *Nursing Ethics*,1-16
12. Tamayo Velázquez MI., Simón Lorda P. y Cruz M. (2012). Euthanasia and physician-assisted suicide: Knowledge, attitudes and experiences of nurses in Andalusia. *NursingEthics*.19(5), 677-91

# Eutanasia y perjurio deontológico desde misantropías veladas en la bioética

## RESUMEN

La eutanasia está de moda. No se ha asociado a conceptos como misantropía, despoblación y/o propuestas filosóficas anti-vida. Sin embargo, su imposición pública a través de las técnicas llamadas *Muddling through* sigue metodologías de políticas públicas alejadas de las justificaciones racionales. Precisamente, este punto se asemeja a los juramentos médicos clásicos de las culturas mediterráneas (el Juramento Hipocrático y la oración de Maimónides). Según la visión médica clásica racional, los profesionales de la salud no pueden conceder la muerte debido a una súplica emotiva. En cambio, los consejos profesionales internacionales han admitido, en la actualidad, este procedimiento antiguo (pre-juramentos) aunque implica la mala praxis contra la que lucharon los médicos pitagóricos e hipocráticos.

Inducir a los colegas a cometer perjurio o incitar al perjurio es un delito considerado por varias naciones. Profundizar en las razones humanísticas incluyendo el derecho comparado, las etimologías, la historia de la materia, conduce a una lectura diferente del tema.

## ABSTRACT

Euthanasia is in vogue. It has not been associated with concepts such as misanthropy, depopulation, and/or anti-life philosophical proposals. Nevertheless, its public imposition through the so-called *Muddling through* techniques follows public policies methodologies distant from rational justifications. Precisely, this point resembles the classical medical oaths from the Mediterranean cultures (Hippocratic's oath and Maimonides' prayer). Under the rational classical medical view, death cannot be granted by health professionals due to emotive plea. In contrast, international professional councils have admitted, nowadays, this ancient (pre-oaths) procedure although it implies the mala praxis that Pythagorean and Hippocratic physicians battled against to.

To induce colleagues to commit either perjury or suborning perjury is a crime considered for several Nations. Going deeper into humanistic reasons by including comparative law, etymologies, history of the subject leads to a different reading of the issue.

## PALABRAS CLAVE

Juramentos medicos, perjurio, incitar al perjurio, misantropía, euthanasia

## KEYWORDS

Medical oaths, Perjury, Suborning perjury, Misanthropy, Euthanasia

## Introducción

Con el correr de los recientes lustros, en relación inversamente proporcional, la omisión para las humanidades del significado práctico de la palabra “misanthropía” o de otras etimologías conceptuales en el

análisis de la Eutanasia, en adición a la incapacidad de reconocer la deleznable labor histórica de paradigmas anti-vitales, apuntalados en técnicas de políticas públicas o cosificaciones / reificaciones humanas, concurre con un aumento de manifestaciones culturales y de las posturas académicas progresivas que ven en la inducción de la muerte de congéneres una elogiada “solución final”. En palabras de Habermas (1997), el encuadre cumple la correlación detallada en su obra “*Teoría y Praxis*”, de una intelectualidad sin contradiscurso, o falseación, en términos de Popper, que deviene en una impuesta aplicación social.

El apogeo de las ideologías Anti-vida y misántropas, ha tomado una inusitada fuerza en los tiempos recientes. La sociedad actual en estos polémicos temas no sólo tiende a *romantizar* -lo que no en vano han sido considerados delitos-, sino que ha buscado afanosamente *normalizarlos* por vía de leyes.

Desconocer antecedentes como la acción pionera –y no por pionera, buena- que en esta materia tuvo la *Hemlock Society* (organización promotora de la eutanasia convertida en la actual *Final Exit Network*), o de su creador, el británico Derek Humphry, periodista y controversial ideólogo, presuntamente uxoricida (Marker, 1993) e inductor del homicidio de su suegra, de acuerdo con la nota mortuoria de su suicida segunda esposa<sup>1</sup>, deja ver cuán poco es sabido acerca de la genealogía eutanásica y sus motivaciones, en una situación globalizada que contraría el Vitalismo o “*gran arte de preservar las vidas y la salud*” de los juramentos profesionales médicos clásicos.

La observación se cumple, bien sea en su vertiente grecolatina (*Juramento Hipocrático*), o Judaica (*Oración o Juramento de Maimónides*), objeto de curiosa, inmediata y gradual intervención internacional justo tras la Segunda Guerra Mundial (1948) que quitan la restricción de aplicar la eutanasia de los juramentos profesionales. Preocupa, entonces, desde un claro aspecto secular, que el incumplimiento deontológico de los compromisos profesionales-racionales sanitarios clásicos, así como los antecedentes para la preservación vitalista y organicista de las ciencias y artes médicas, tienda a ser ignorado en materia de Ética y Bioética reciente.

## Etimologías

De acuerdo con la etimología de la palabra, el prefijo *Eu-* denota “bueno” o el proceso natural logrado *fácilmente*. Ergo, sin intervención de terceros. El sufijo –Tanasia, implica un sustantivo compuesto por los vocablos tanos (muerte) y se compone igualmente de la raíz –*sis* (acción), e –*ia* (sustantivo y cualidad derivada de un proceso ejecutado por un ser humano), es decir, un estado mortal tras un proceso de intervención o procedimiento ejecutado por un tercero ajeno al intervenido (*como en asepsia, autopsia, anestesia, etc.*) como se lee en Gómez de Silva (2005).

La paradójica estructura proporcional se tiene en *Eutocia*, que es el parto natural y fácil que no necesita ayuda alguna, y su opuesto *Distocia* que es el mal parto, parto complicado o difícil, que requiere de intervención externa. Similarmente, *Atanasia* significa sin muerte, mientras *Distanasia* o *Cacotanasia* quieren decir mala muerte mientras la *Ortotanasia* significa muerte correcta<sup>2</sup>.

Esto, que muchos saben pero que parece fútil, nos dirige a algo que puede iluminar el camino a la luz de la etimología.

Estamos llamando eutanasia a la distanasia. La muerte natural o buena muerte es aquella que no requiere la intervención de terceros cuando sucede, como el buen parto o el parto fácil. De hecho, implicaría en las verdaderas eutanasias las muertes súbitas o sin prolongados sufrimientos, intervenciones o agonías.

La etimología es de utilidad por cuanto su propia etimología nos dice que el prefijo *Etimon-*, significa Verdad, y la palabra completa traduciría *ciencia o estudio de la verdad por medio de la palabra*, pues al ir a

<sup>1</sup> URL (31-05-2021): <https://www.nytimes.com/1991/12/08/magazine/a-fight-to-the-death.html?sec=health>

<sup>2</sup> URL (31-05-2021): <http://etimologias.dechile.net/?eutanasia>

la raíz lingüística original encontramos la descripción genuina de las cosas, o la llamada “*cosa en sí*” como objetividad kantiana, sin las posteriores distorsiones culturales, históricas o ideológicas que pueden confundir el intelecto y la teoría. Tampoco es casual que uno de los baluartes académicos hispanos haya sido la obra *Etimologías* de Isidoro de Sevilla, quien con este procedimiento dilucida múltiples materias y enseñanzas de distintos campos cognitivos.

### Razonamiento de un marco jurídico ampliado

Al graduarse, los médicos del mundo suelen ser juramentados en su graduación. Kao y Parsi (2004) al analizar estos compromisos suscritos, por ejemplo, encontraron que apartados de los mismos acusan el posible incumplimiento del mismo, le relacionan en su realización a la calidad de la reputación del jurador, y recompensan la adherencia al compromiso profesional del mismo.

Por su parte, si bien en la normativa española, a diferencia de Latinoamérica o Norteamérica, no existe formalmente el delito del *Perjurio*, entendido como la violación o el incumplimiento de los juramentos solemnes, el *Falso Testimonio* sí existe “*en causa judicial*” (Art. 458, Código Penal de España -CPE-) y asemeja esa conducta tipificada, agravándose en virtud de las responsabilidades profesionales como espíritu de ley (Arts. 459-461, CPE).

El perjurio puede notarse que puede ser cometido por un sujeto actuante directo y consciente, o puede ser *inducido* por un -o unos- terceros indirectos. Así las cosas, la observación cobra importancia en el devenir histórico del debate de la eutanasia durante los últimos años, y en el actuar que gremios profesionales o académicos, con esta la intencionalidad de implantar la eutanasia legalmente, han querido cometer para lograr sus metas políticas o filosóficas, sin importar el hacer incurrir a otros profesionales en la violación de sus compromisos deontológicos ya jurados.

Valga decir que para la justicia estadounidense, en adición a la condena del perjurio como acción directa y volitiva de quien lo comete, se considera también punible y criminal en términos de la integralidad federal, la conducta conexas de *inducir a otros a cometer perjurio* (delito denominado en inglés como *Suborning perjury*)<sup>3</sup>.

El que grupos profesionales induzcan al delito a otros profesionales para cometer actos contrarios a la legislación vigente en varios países como es la eutanasia, dentro de múltiples naciones, debe ser firmemente rechazado y la incompatibilidad entre leyes debe favorecer aquellas clásicas que mantenían a una sociedad en mayor concordia y paz en comparación a las misántropas y distópicas realidades actuales.

Ambos delitos (el perjurio y la inducción al mismo) abarcan la violación del Juramento en escenarios que van más allá de la conducta cometida estrictamente ante los tribunales judiciales, teniéndose por injusto el NO cumplir *sobre un compromiso juramentado ante la sociedad*, lo cual es lógico, coherente en su ánimo preventivo para la legislación, y acertadamente disuasorio en términos éticos.

No honrar lo juramentado vulnera la confianza y la verdadera justicia social en sus efectos entre actores o grupos de interés, hace perder la honorabilidad y el decoro profesional, y estalla el Contrato Social que configura los Estados-Nación, configurando una total inaceptabilidad para esa conducta por su degradación nuclear de las bases que posibilitan una sociedad medianamente justa.

Jurar en vano menoscaba **la confianza** entre personas, instituciones, y en las reglas de juego social, que, para la visión institucionalista del premio Nobel, Douglas North (1993), determinan, precisamente, lo que es *el valor estructural de las instituciones*.

---

<sup>3</sup> URL (31-05-2021): <https://www.criminaldefenselawyer.com/crime-penalties/federal/perjury.htm>

## Sobre los juramentos médicos

En el actual siglo XXI, según un estudio de la *Academia Americana de Medicina*, cerca de la mitad de los juramentos profesionales en las Facultades de Medicina de EE. UU emplearon la clásica fórmula hipocrática (Kao & Parsi, 2004).

En otras variedades, el juramento o plegaria de Maimónides se mantiene, especialmente en centros educativos de origen semita (judío y árabe), dado que este juramento suele anotar que Moshé ben Maymon, discípulo de Averroes, fue médico de Saladino (Karchmer, 2012), afamado sultán medieval de la estirpe de Ismael. Igual hacen parte significativa de las otras opciones el Juramento de Louis Lasagna, el Juramento Médico de la declaración de Génova o el Juramento de la Asociación Médica Mundial (Crawshaw & Link, 1996) que termina siendo desvirtuada a una simple promesa en 2017.

Es curioso que de lejos el más empleado, también en varias instituciones de Iberoamérica, es el Juramento Hipocrático, y que en la historia de corrección del ejercicio de la praxis médica tenga un núcleo que recuerda la controversia que le originó. Estamos hablando que este compromiso mediterráneo juramentado impedía tres abusos profesionales corrientes en la época por parte del personal sanitario, y que están rechazados taxativamente en el Juramento, al incluir igual la prevención contra la codicia económica, también presente en Maimónides.

No hablamos de los también reprochables abusos sexuales por lascivia sobre los pacientes o el violar la confidencialidad sobre la situación orgánica de los pacientes. Hablamos de dos temas que también quedan proscritos de las costumbres médicas clásicas: la eutanasia y el aborto (Jonsen, 2000).

La redacción invoca la realidad de todos los tiempos “*No me dejaré llevar por ninguna súplica que me convenza para suministrar a nadie ninguna droga letal, como tampoco la aconsejaré*”.

La situación sobre la Eutanasia invoca un tema entendible como normal en las situaciones donde aparece como opción, pero que entraña una falacia: la llamada ***falacia de la falsa compasión o argumento ad misericordiam*** utilizando una emoción, aquella revestida -en efecto- de *súplica*, para que el argumento sea aceptado<sup>4</sup> y el galeno pase a la praxis en infracción a lo juramentado.

Y en ese mismo **4º punto del Juramento Hipocrático**, donde está ubicada la cláusula que prohíbe la eutanasia, con el implícito significado numerológico del “*trabajo*” como sinónimo de *esfuerzo* para los discípulos de Pitágoras, que traducía este número para la escuela pitagórica, *se rechaza la práctica del aborto*. Los pitagóricos, Hipócrates, e Aristóteles, que forjan importantes bases para el esplendor de la Civilización Occidental, confluyen así en un característico vitalismo primigenio que hizo grande y racional a la cultura mediterránea.

No puede haber ni orden, ni medicina, ni Justicia, o demás ejercicio o reconocimiento de las virtudes si no hay Vida. Los vivos han de permitir la vida a los demás por su condición de estar vivos dentro de las leyes ecológicas o de la naturaleza para su especie. En este caso, gregarias y racionales son las leyes que han de caracterizar al ser humano. No se puede ser *juex y parte* por razonamiento jurídico justo en esta esencialidad. El derecho fundamental es a la vida. No hay derecho a la muerte, por digna que argumente ser la súplica, al suponer esta alternativa la perversa “***solución final***” nazi, el comunismo tan emotivista como manipulador de Peter Singer (enemigo declarado de la ética de la Civilización Occidental -grecolatina y judeocristiana- desde su obra *Rethinking Life and Death: the Collapse of our Traditional Ethics*), o la administración de la muerte a seres humanos, que para Humphrey Derek pasó a llamarse del “Último recurso” a la “Salida Final”, donde en la realidad los seres humanos son despojados de su dignidad viéndoseles como problema a resolver, a través de su muerte.

---

<sup>4</sup> URL (31-05-2021): [https://www.falacias.org/falacias/argumentum\\_ad\\_misericordiam/](https://www.falacias.org/falacias/argumentum_ad_misericordiam/)

Las Humanidades médicas deben reparar en los sesgos cognitivos del debate propios de la eutanasia, por cuanto es el espíritu mismo de la profesión lo que exige la defensa vital, sin sus desequilibrios o sesgos cognitivos de *grupo de interés*, tal y como bien se sabe que pueden ser un prevenible *encarnecimiento terapéutico*, un asesinato piadoso (en inglés, *mercy killing*), eutanasias pasivas o activas no entendidas como *homicidios dolosos o preterintencionales*, o un suicidio asistido velado colindante, o un acto promovido institucionalmente por los intereses económicos que puedan estar estrictamente preocupados por el peso económico de pacientes crónicos en una sociedad envejecida; o por la vanidad de ganar un debate, unas elecciones, o una ley que es vendida como *progresista, cuando en verdad es regresar a las épocas de las cavernas o de una naciente civilización en la cual se mataban o dejaban morir a los débiles: infantes, enfermos y ancianos reificados*.

### **Técnicas incriminadas en política pública**

La discusión señala que el norte de las profesiones sanitarias ha ido incumpliendo compromisos deontológicos con explicaciones justificantes. Los debates bioéticos zanjados por medio de la ley, hecho reciente en otros 6 países, son argüidos como referencia. También, se va escalando la dimensión empezando con la despenalización de ciertas conductas y ascendiendo a su plena implantación a través de las décadas.

Utilizar este bullir de aparentes nuevos sucesos para justificar normativas progresivas no es nuevo, pero sí engañoso y manipulador para las grandes masas.

Los estudios de política desde hace décadas han denominado esta estratagema como “*Muddling through*” (que traduce *salir avante o salir del paso*). Desde 1959, año en que Charles Lindblom publicó un artículo en la revista disciplinar *Public Administration Review* titulado “*The Science of Muddling Through*”, se ofreció esta posibilidad de astuta e incrementada persistencia para imponer políticas públicas internacionalmente, que los pueblos rechazarían en primer lugar por derecho consuetudinario (costumbres), conveniencia racional, o sentido común (Schweizer, 2012). También se le conoce como incrementalismo (Rehn & Lidhal, 2012).

Para la economía, este procedimiento se conoció y formó la modalidad “*Crawling peg*” que ha caracterizado cambios nacionales de inclementes ajustes económicos, o que merman la soberanía nacional en el manejo, autoabastecimiento, soberanía, y producción de los recursos nacionales propios (Cameron & Wise, 2004).

La gradual *normalización* se da al modificar la cultura por medio de imaginarios colectivos.

Para lograr lo anterior, el activismo se vale desde las discusiones académicas que vende el asunto inconveniente o ilegal, como posible y “*bueno*”, luego persuaden a la opinión pública de la aceptación de este como conveniente, se hace uso de la temática en el cine y otros medios instrumentalizados bajo sesgos cognitivos manipulados emotivamente, hay profusión de tal causa ideológica en los libros, internet y la televisión, o francos activismos mediáticos de ONGs (acciones conocidas como la *Ventana de Overton* o argumentaciones de tipo *Pendiente Resbaladiza o Slippery slope arguments, en inglés*, a fin de normalizar metódicamente temas polémicos e ilegales) que se convierten en futuros pretextos para dar el salto a acciones mayores, que, aunque pueden llegar a ser anti-éticas, amorales e ilegales, son promovidas de forma unilateral desde tales grupos de interés específico, para después buscar cambiar legislaciones. En el tema de la Eutanasia y el aborto a lo largo de los años, han modificado incluso los juramentos profesionales al ver los cambios de la AMM.

En el fondo, estos falsos avances revelan burda y llana manipulación social tecnificada. La pregunta en este sentido es *¿Hay un acto decisivo válido y consciente cuando se es víctima de una estafa paulatina?*

La respuesta en lógica es negativa por cuanto un engaño, una coacción o una simple falsedad está viciando el proceso de decisión libre. Sin plena libertad no hay acto ético. Esto es de suma importancia cuando aparatos ideológicos están queriendo incluso abolir la *Objeción de Conciencia* a los médicos por extremismos político-ideológicos que plantean estas *soluciones finales* como meta para la institucionalización de las propuestas anti-vitales<sup>5</sup>.

### El neomalthusianismo anti-vida

En el auge de la Eutanasia y de muchas otras acciones que plantean matar a manera de solución personal o social, desde un aspecto aprobatorio cultural y académico, en buena medida pueden estar enraizadas en los planteamientos apocalípticos de Thomas Malthus. Este autor, pastor protestante, nada menos y nada más que el *padre de la Economía Política*, supone un lugar discreto pero medular en el iluminismo inglés.

En el contexto de sus contemporáneos y discípulos académicos figura Malthus como admirado autor de los Economos políticos de todas las escuelas: Adam Smith, David Ricardo, Locke, Marx, Keynes, todos bebieron de su pseudocientífica obra “*Ensayos sobre la población*”, donde lo que era un aspecto favorable para el mundo clásico (la población) fue problematizado y negativizado con base en el miedo de una ausencia de recursos y un mito de la sobrepoblación que no llegó a cumplirse, pero ha ido instaurando una misantropía basal e imperceptible en la cultura occidental.

Debe acotarse que la pseudociencia obedece a que considera que los recursos, como los alimentos para Malthus, se circunscriben a una curva de crecimiento aritmético, mientras que la mal asumida población, se rige por una curva de expansión logarítmica inatajable.

La verdad biológica, en cambio, para cualquier población de la biodiversidad (macro o incluso microbiológica), describe los desarrollos poblacionales de las diversas especies con la ecuación<sup>6</sup>:

$$X_{n+1} = rX_n (1-X_n)$$

Es decir, una parábola invertida. No es una recta infinita, ni es una expansión absoluta como mal entienden los misántropos e ideólogos anti-vida. Para la humanidad, aunque cueste creerlo, esa curva ya se halla en estado deficitario en términos de reposición poblacional humana como el gobierno de la China lo ha entendido, flexibilizando la reproducción al pasar de la política punitiva de los 70's de apenas poder tener *un solo hijo*, a la de *dos hijos* en 2015, y recientemente a la de *3 hijos* en vista de su congelada a contrafle curva demográfica<sup>7</sup>.

Pero, si se quiere ver, Malthus contribuyó a instaurar en la colonizadora Inglaterra victoriana una soterrada misantropía hacia biotipos humanos “inferiores” o de “menor valor” para justificar las acciones geopolíticas británicas y anglosajonas. Una base teórica auto-indulgente, que en complemento con las mucho más serias y científicas ideas darwinianas sirvieron de justificación no sólo a la sociobiología de Herbert Spencer (*Darwinismo social*), en las que se fijó incluso Hitler, sino a ver otras poblaciones humanas como “*controlables*” en aras a un beneficio mayor de los “*mejores*” exponentes (auto-definidos) de la especie humana.

---

<sup>5</sup> URL (31-05-2021): <https://www.elmundo.cr/costa-rica/villalta-senala-que-objecion-de-conciencia-puede-ser-una-reaccion-contra-avances-en-derechos-humanos/>

<sup>6</sup> URL (31-05-2021): <https://ichi.pro/es/una-unica-ecuacion-que-gobierna-el-mundo-130239865144153>

<sup>7</sup> URL (31-05-2021): <https://cnnespanol.cnn.com/2021/05/31/china-parejas-tres-hijos-tasa-natalidad-trax/>

La concepción de ver a la humanidad como “plaga” por parte de jóvenes influidos por *ambientalistas neomalthusianos* (P. ej. Paul R. Ehrlich, Eric Pianka o el pionero de esa escuela, también suicida y también presunto uxoricida, Garret Hardin, autor de *La Tragedia de los Comunes*) que en el contexto del Cambio Climático o de las crisis económicas recientes, han cundido las arenas académicas de esa *misantrópia basal* para la cultura de los pesimistas y anti-libertarios tiempos actuales.

A manera de ilustración sobre la gravedad de estos planteamientos ideológicos, con el ascenso de los nazis al poder, varios Gauleiters del NSDAP<sup>8</sup> fueron autorizados para *aplicar secretamente la eutanasia* en ciertos asilos de enfermos mentales, con el objetivo de erradicarlos, lo cual de acuerdo a Karl Brandt, médico personal de Hitler, había sido directamente planeado por el (psicópata) Führer antes de la guerra (Proctor, 1988). Había que ahorrar recursos para la supervivencia de los fuertes y más adaptados.

La creencia homicida justificante con almirados discursos ideológicos, como marco paradigmático, se volvió a basar en la tergiversación de lo aparentemente “bueno” (recuérdese el prefijo **Eu-** en **eutanasia**) y lo “digno” que se argumenta discursivamente para acabar la otredad y que ha caracterizado la epistemología de estos procesos homicidas y genocidas, de tener en cuenta las magnitudes poblacionales afectadas (O Malthuna, 2006).

El afamado genocida, rey Leopoldo II sobre el Congo belga, los reales fascismo y nazismo (nacional socialismo)<sup>8</sup> fueron movimientos ideológicos totalitarios que convencieron a los de su condición que los demás no tenían por qué vivir y que era lícito “*acabar con la vida*”, o aniquilar, grupos humanos enteros tales como congolesees, o polacos, judíos, gitanos, homosexuales, enfermos mentales, etc.

## Conclusión

La eliminación volitiva de grupos humanos biodiversos, pero tipificados con base en *características biológicas deseables o indeseables* (genéticas, de estado sanitario, de etnia, de origen, de edad, de una espuria “dignidad”) lejos de una casualidad es la base de la llamada **Eu-genesia**: una ideología elitista de falsos superiores (Roll-Hansen, 2005) que no tienen la razón para ser acatados.

El fenómeno de la vida depende de la biodiversidad en todas sus formas y estados: biológica, social y cultural. La ayuda al débil, y la debilidad en sí misma, nos ha hecho realmente humanitarios, incrementando nuestra fortaleza al socorrer al necesitado por medio de las virtudes y la reverencia por la vida de A. Schweitzer, al ser esta el fenómeno sublime de este astro sobre la inmensa mayoría del universo.

La eutanasia, así vista, es un llamado a evolucionar en nuestras formas científicas y académicas, pero a fin de evitarla por Bio = Ética al recordar la definición y fórmula de Fritz Jahr.

**Ricardo Andrés Roa-Castellanos**

Bioeticista. Virólogo. PhD en Ciencias Biomédicas

---

<sup>8</sup> (*Nationalsozialistische Deutsche Arbeiterpartei / Partido Nacionalsocialista Obrero Alemán*)

## Referencias Bibliográficas

1. Bendor, J. (1995). A model of muddling through. *American Political Science Review*, 819-840.
2. Cameron, M. A., & Wise, C. (2004). The Political Impact of NAFTA on Mexico: Reflections on the Political Economy of Democratization. *Canadian Journal of Political Science/Revue canadienne de science politique*, 301-323.
3. Crawshaw, R., & Link, C. (1996). Evolution of form and circumstance in medical oaths. *Western journal of medicine*, 164(5), 452.
4. Gómez de Silva, G. (2005). Breve Diccionario de la Lengua Española. México DF: FCE.
5. Habermas, J. (1997). *Teoría y praxis: estudios de filosofía social*. Madrid: Tecnos.
6. Jonsen A. A. (2000). Short History of Medical Ethics. Oxford: Oxford University Press.
7. Kao, A. C., & Parsi, K. P. (2004). Content analyses of oaths administered at US medical schools in 2000. *Academic Medicine*, 79(9), 882-887.
8. Karchmer, S. (2012). Códigos y juramentos en medicina. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 10(4), 224-234.
9. Marker, R. (1993). Deadly compassion. Nueva York: William Morrow Publishers.
10. North, D. C. (1993). The new institutional economics and development. *Economic History*, 9309002.
11. O'Mathúna, D. P. (2006). Human dignity in the Nazi era: implications for contemporary bioethics. *BMC Medical Ethics*, 7(1), 1-12.
12. Robert Proctor (1988) "*Racial Hygiene: Medicine Under the Nazis*". Capítulo "Lives Not Worth Living", Harvard University Press, p. 181
13. Rehn, A., & Lindahl, M. (2012). Muddling through in innovation—On incremental failure in developing an engine. *Journal of Business Research*, 65(6), 807-813.
14. Roll-Hansen, N. (2005). Richard Weikart. From Darwin to Hitler: Evolutionary Ethics, Eugenics, and Racism in Germany. xi+ 312 pp., illus., bibl., index. New York: Palgrave.
15. Schweizer, R. (2012). The internationalization process of SMEs: A muddling-through process. *Journal of Business Research*, 65(6), 745-751.

# Me da que pensar...

## la recientemente aprobada ley de eutanasia y el final de la vida

El proceso de morir forma parte de la vida, es el final de la vida, por tanto aún estamos vivos en esos últimos momentos. Por otro lado todo aquello que vive muere, de manera que ambas, **la vida y la muerte, van indisolublemente unidas**. Sin embargo, a pesar de que los seres humanos somos conscientes de nuestra propia muerte, de que en algún momento más o menos lejano nuestra vida llegará a su fin, no reflexionamos a menudo ni sobre la muerte, ni sobre el final de la vida, aún sabiendo que efectivamente sucederá.

Aunque a nivel individual haya personas en la sociedad que reflexionen sobre el final de la vida, no es un tema de conversación sobre el que la sociedad en general quiera reflexionar, o le resulte fácil hacerlo, solo hay que probar a poner el tema sobre la mesa con algún amigo o conocido, no tendremos mucho éxito y procurará cambiar tema. De hecho, a quienes de algún modo nos interesa, ya no la muerte en sí misma, sino el proceso del final de la vida, sabemos muy bien con qué personas hablamos sobre ello. Solo lo comentamos con aquellos con los que sabemos previamente que están interesados. Posiblemente porque sabemos que solo en algunos foros podemos compartir nuestras reflexiones y conocer la opinión de otros acerca de algo que nos preocupa, o que nos da que pensar, en definitiva contrastar nuestras reflexiones con las de otros.

Esta introducción no hace sino poner de manifiesto que en nuestra sociedad este no es un tema sobre el que se debata con facilidad. Pero aunque en la mayoría de los casos las personas responderían que nadie debe continuar viviendo contra su voluntad y con un gran sufrimiento al final de su vida, solo **un porcentaje muy pequeño de la población ha utilizado la posibilidad de dejar por escrito cuáles son las condiciones en las que no quiere que se prolongue su vida en el proceso de morir**. Parece por tanto que a título individual no se quiere, en general, tomar una decisión al respecto. Podría ser que no se hubiera explicado suficientemente a la

población cómo hacerlo y que ésta fuera la razón de que hubiera un porcentaje tan bajo de registros de últimas voluntades, testamento vital o voluntades anticipadas.

La *ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia*, en su *Disposición adicional séptima. Formación*, establece que:

*“Las Administraciones sanitarias competentes habilitarán los mecanismos oportunos para la máxima difusión a la presente ley entre los profesionales sanitarios y la ciudadanía en general, así como para promover entre la misma la realización del documento de instrucciones previas”.*

Esperamos que las Administraciones sanitarias pongan el énfasis suficiente en promover la realización del documento de instrucciones previas, porque posiblemente esta sea una posibilidad mejor para enfrentarse al proceso final de la vida, que cuando ha llegado ese momento final en el que se puede tomar la difícil decisión de poner punto final a la propia vida porque si no el sufrimiento es insoportable.

**Promover la realización de documentos de instrucciones previas supone pensar cómo queremos que sea el final de nuestra vida, qué queremos y qué no queremos.** Esta reflexión no es fácil de realizar y de materializar en un documento que recogerá hasta dónde queremos que se empleen medios técnicos para mantenernos con vida.

Entendemos que el marco de **la relación clínica planteada como un proceso, y no como un momento puntual entre el profesional y el paciente**, o el usuario de los servicios sanitarios, **es especialmente adecuado para plantear esta cuestión**. Sin embargo no resulta fácil hacerlo, no solo a la ciudadanía sino también a los propios **profesionales sanitarios. Habitualmente más centrados en resolver problemas de salud que en afrontarlos**, esta posición hace que a los profesionales les resulte bastante difícil afrontar algo, como es la muerte, que no tiene

solución. A menudo los profesionales viven la muerte de una persona como una derrota, cuando la realidad de la vida lleva asociada la muerte, y por tanto no siempre constituye una derrota.

La misma *“Disposición adicional séptima. Formación”* en su título habla de formación, y el tercer párrafo recoge textualmente:

*“La Comisión de formación continuada de las profesiones sanitarias, adscrita a la Comisión de recursos humanos del Sistema Nacional de Salud, abordará, en el plazo de un año desde la entrada en vigor de esta Ley, la coordinación de la oferta de formación continua específica sobre la ayuda a morir, que deberá considerar tanto los aspectos técnicos como los legales, formación sobre comunicación difícil y apoyo emocional”.*

Reconoce por tanto la propia ley la necesidad de formación de los profesionales sanitarios, y aunque se refiere a la aplicación de lo regulado en esta Ley, cuyo contenido está estrechamente relacionado con el final de la vida, entendemos que a los profesionales sanitarios les resultaría de mucha utilidad la formación específica para establecer una relación clínica de calidad cuando la vida de los pacientes se acerca al final. En una relación clínica de calidad se establecería un proceso de deliberación en el que el profesional sanitario conocería los valores, aquello que es más importante para la persona, siendo este conocimiento un paso previo para respetar tanto los valores de la persona, como su autonomía y como el derecho a decidir sobre su propia vida.

En esta reflexión, que ha surgido a partir de la promulgación de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia **planteamos la necesidad de la formación y de la adquisición de habilidades para lograr una relación clínica en la que el profesional sanitario se pueda sentir cómodo y facilitar con ello una relación clínica de calidad en momentos difíciles, precisamente cuando no puede resolver el problema de salud pero sí ayudar a afrontarlo.**

La reivindicación del valor de la relación clínica es hoy especialmente necesaria porque corremos el riesgo de que la digitalización, que es bienvenida, le afecte de forma negativa.

**Gracia Álvarez Andrés**, Máster en Bioética por la Universidad Complutense de Madrid.  
Enfermera y siempre alumna.

Correo electrónico: [graciaal@gmail.com](mailto:graciaal@gmail.com)

## Hacia una sociedad con eutanasia

*Resumen:* breve reflexión acerca de las implicaciones sociales de la nueva ley de la eutanasia en España, la importancia de la información y de la bioética en este cambio de paradigma que se está viviendo.

*Palabras clave:* bioética, eutanasia

---

La semana pasada presencié una banal discusión en el supermercado de mi barrio. El altercado se había originado por un desafortunado intercambio de opiniones acerca de la vacunación contra la pandemia —ese trascendental telón de fondo que cubre nuestros días, que atenúa las notas de nuestras voces como la sordina de un piano, que tantos problemas éticos y no éticos nos ha prodigado—. En cierto punto del debate se enarboló el clásico argumento de «es que es mi derecho». En sintonía con el clásico ‘dilema’ que se repite *ad infinitum* en cada cambio del paradigma social, el de la libertad del individuo frente a la responsabilidad de grupo, ha nacido este año la nueva ley de la eutanasia en España.

En los países occidentales vivimos en el fantasma del cristianismo. A pesar de que nos sulfuremos en afirmar lo contrario, es vox populi que nuestra forma de experimentar la unión familiar, la mirada al cosmos o la sexualidad son herencia directa del credo católico, al igual que el biologicismo que puebla muchas de las humanidades es fruto de la revolución científica y el fetichismo de la ‘Ciencia’; la medicina no es un sujeto aparte. La concepción de la vida como una lucha, el cariz de romanticismo que los medios hacen de la lucha contra enfermedades como el cáncer, la nueva identidad del paciente como guerrero y la patología como la batalla... Se diluyen homogéneamente múltiples sustratos, tradiciones y creencias en un cóctel del sabor de la culpa y la estigmatización de quienes «no quieren luchar», que se refleja en los a priori que sesgan nuestros juicios.

No hace falta concentrarse en las personas con afecciones terminales; solo necesitamos volver la mirada hacia las personas que padecen depresión. En torno a ellas hay un discurso generalizado que

remite a una fantasmática agencia de nuestra trayectoria vital, una demonización de la atención psicológica y, en última instancia, un paternalista afán por determinar qué es y qué no es depresión. Los marxistas podrán realizar un mismo análisis de la condición de la clase trabajadora, del discurso neoliberal de que el que se muere de hambre es «porque no quiere trabajar», y las feministas con las mujeres víctimas de violencia sexual, o las personas gays, lesbianas, bisexuales y trans con qué es y qué no es homofobia. Aquello que reconcilia a unos y a otras y que ha permitido a la humanidad trabajar durante siglos no es otra cosa que la intersubjetividad. Todos y todas nosotras, en mayor o en menor medida, creemos en un orden imaginario que volcamos en el mundo material y que modela nuestros deseos. Sin embargo, pareciera que esta cinta de Moebius solo se vuelve inteligible para aquellos quienes estamos excluidos de sus cláusulas. Se dice habitualmente que los medios de comunicación son el cuarto poder, y retomando el anterior ejemplo, los últimos meses nos han asediado los titulares y los testimonios sobre un mediático caso de violencia de género, ¡y cuál ha sido la sorpresa —que no la decepción— que había personas posicionándose a favor o en contra de víctima o maltratador! Del mismo modo, proliferan las entrevistas de personas acomodadas que dado su estatus económico pueden superar otras barreras sociales, que niegan cualquier tipo de discriminación hacia sus personas, reinscribiendo así los valores éticos de la dignidad e igualdad humanas en el marco del sentir, de la preferencia, y de la libertad de opinión. Después de que los sucesos se evaporen por el ardiente paso del tiempo, únicamente quedan las ideas que integramos con nuestro conocimiento previo. Con todo, en el ocaso todos hemos escuchado hablar sobre machismo y misoginia, sobre homofobia y transfobia, así como sobre racismo y clasismo, pero me aventuraría a afirmar rotundamente que nadie nos hemos informado con corrección acerca de qué es un -ismo u otro. No existe divulgación sobre la división global y sexual del trabajo y el modo en el que se perpetúan y naturalizan las relaciones de producción a través de escasez de oportunidades, no se imparten cursos en las escuelas que expliquen los ardides de los maltratadores para alertarse, ni tampoco se escuchan charlas sobre diversidad fuera de los mítines políticos, que con frecuencia los usan como propaganda.

Con la eutanasia se produce un efecto social similar. Es, junto con el del aborto, los dilemas fetiche que flanquean a la profesión médica en las



cenar familiares. El clásico derecho a la vida, la deificada vocación del médico, lo inhumano de quitar otra vida; o por otro lado el derecho a fenecer, la obligación del doctor de cumplir la voluntad, la importancia de la decisión personal. Se ha configurado en nuestras mentes una ‘cultura del sufrimiento’ en la que muchas veces se justifica el encarnizamiento terapéutico.

Abordar temas como el referido es harto complejo, puesto que se trata de un conflicto tanto íntimo, puesto que todos poseen experiencias vívidamente emocionales al respecto; como colectivo, dado que como sociedad necesitamos fundamentar una serie de valores bioéticos que nos orienten a la acción; no únicamente a las médicas, sino también a los ciudadanos que vivimos en dicho marco de legalidad. Es difícil discernir dónde termina un valor más o menos consensuado y dónde empieza nuestra opinión, y qué porcentaje de nosotros estamos volcando en nuestro discurso. Quizás no seamos capaces de llegar a un consenso último, pero sí hemos de velar por allanar lo máximo posible el camino a las generaciones venideras, puesto que estamos asistiendo al inicio de una nueva era histórica; la era en la que el paciente, ya considerado y con toda la aureola de humanidad que siempre le ha faltado, pide —e incluso exige— que se le ayude a morir. ¡Los griegos se habrían llevado las manos a la cabeza!

Meses después de haber recibido una formación básica en el tema uno se enfrenta a que a menudo el principal problema de dichos debates es la desinformación. Con respecto a este asunto, es del todo comprensible que sea más seductor elevar dedos admonitores contra los que están a favor de la eutanasia sin saber qué es —su significado es mucho más profundo que su etimología helena ‘eu’ de bien y ‘thanatos’ de muerte—, o censurar y tildar de chapados a la antigua a quienes son menos proclives a su aceptación, o inventar escenarios (que algunos rozan la calidad novelística del realismo del siglo XIX por su ingenio y minuciosidad) que busquen polarizar a los que no se han pronunciado al respecto... que explicar la distinción ontológica, irreductible y fundamental para el diálogo entre limitación de esfuerzo terapéutico, sedación terminal, retirada de tratamiento, suicidio médicamente asistido, y eutanasia. ¡Pero claro, ignoramos que no es igual de rompedor ni sensacionalista que citar a obispos arengando a sus feligreses a rechazarla o clamar la autodestrucción! No es que se espere mucho de los medios, que ya denigran a diario a las víctimas, dan pábulo a rumores y difunden secretos de dudosa moralidad;

pero se espera que, puestos en jaque la salud y las últimas decisiones de las personas humanas —tautología que parece que es necesario reiterar—, se tenga un mínimo de decencia y se considere escuchar cuáles son los valores que se articulan en la generación de un concepto tan complejo y aparentemente paradójico como es el ‘ayudar a morir’.

Con razón han llovido las críticas sobre la nueva ley que de modo tan prematuro ha sido promulgada. Tras una lectura preliminar, uno de los aspectos más caóticos que cabe destacar es la no distinción entre administración y prescripción, y la confusión e indecisión por entero justificadas inmanentes a ayudar a morir a personas incapaces que expresaron su deseo tiempo atrás. A menudo se piensa y se desdeña la conciencia de las médicas y se cree erróneamente que un paciente que solicita la eutanasia es el comercial enfermo terminal, vendido por las grandes productoras de Hollywood, que padece unos dolores terribles después de años de lucha contra sus síntomas generalizados que le originan un sufrimiento ineludible del que se quiere librar. Las lágrimas ruedan por las mejillas y el ensordecedor pandemonio de los aplausos inunda la sala de cine mientras se observa al clásico médico —con total seguridad un hombre blanco, aunque ese es otro tema de conversación— ponerle la inyección letal. Cuán felices seríamos si no existiesen en este campo las posverdades, los puntos de vista que disienten y la flagrante ausencia de una formación en bioética a los sanitarios. Ser médica no se limita a memorizar cuatrocientos libros para dárselas de intelectual en redes sociales como algunos estudiantes acostumbran a hacer, sino también formarse una actitud humana crítica con respecto a los sistemas de valores y la pluralidad de la vida de los individuos. Para este menester, la bioética es la piedra angular. Si estamos tratando de regular la ayuda médica a morir, ¿qué menos que escuchar lo que tienen que decir los duchos de la bioética, que tanto se han dedicado a reflexionar y fundamentar el ámbito de la moral que ejercemos cada día en la profesión? ¿Cómo no vamos a recurrir a los CEAs, que tanto ha costado implementar en hospitales? ¿Qué clase de broma es que no se los haya mencionado de modo explícito después de años de velar por preservar los derechos de todos?

Los cursos de acción a seguir son complicados. Hay quien dice «hay otras formas de eutanasia que no son poner una inyección», y precisamente en dicha desinformación se encuentra uno de los problemas. La limitación de esfuerzo terapéutico, por ejemplo, consiste en una no

implementación o retirada de técnicas de soporte vital al saber que no existe esperanza de mejora del paciente. Con toda la deliberación subyacente, se trata de una decisión propuesta por el equipo sanitario que busca evitar un gasto inútil de los recursos y que es aceptable siempre que sea proporcionada. Como apunta en un artículo Antonio Pardo, la terminología 'dejar morir' puede ser confusa al parecer que es la muerte del paciente el objetivo del doctor, en cuyo caso no sería aceptable desde la ética. Por su parte, la sedación terminal opta por medicar al paciente de modo que pierda la conciencia (a menudo de forma irreversible) para aliviar su sufrimiento físico y psíquico con su consentimiento explícito, implícito o delegado. El suicidio médicamente asistido es, por último, la administración al paciente de los medios intelectuales y/o materiales para que él pueda finalizar su vida cuando lo desee. Ninguno de ellos es eutanasia, a pesar de que una proporción importante de las personas así lo crean. Tal vez sea este un buen comienzo. Después será el momento de abordar otras creencias erróneas aledañas al fin de la vida, como pueden ser los cuidados paliativos y la convicción de algunos de pensar que son exclusivos para quienes han decidido 'rendirse', así como enfatizar en la necesidad de una asistencia integral —no únicamente en las postreras de la enfermedad, sino durante todo el proceso clínico— que humanice a los pacientes.

Nos hallamos al principio del camino, y todavía es pronto como para afirmar que un cambio profundo se ha dado en el seno de nuestra sociedad, pero no estamos lejos de una catástrofe si no se toman pronto cartas en el asunto. Las reflexiones de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica (ABFyC) no podrían estar más acertadas cuando pidieron que se elongase el plazo de entrada en vigor de la nueva ley unos cuantos meses más. Es necesario un cambio en el paradigma del final de la vida en las mentes de las personas —una modificación intersubjetiva que únicamente el tiempo, la prudencia y la formación exhaustiva de profesionales y básica de conciudadanos podrá realizar— antes de remitir al libre albedrío una experiencia tan integradora y trascendental como es el final de la vida.

**Saúl Martínez Cabello**

saumar02@ucm.es

Estudiante de 1º de medicina de la Universidad Complutense de Madrid.



## Sección: Bioética Narrativa

La bioética narrativa es una nueva forma de hacer bioética. Es nueva y, sin embargo, hunde sus raíces en las raíces mismas de la bioética. Además, su objetivo no es otro que el de impulsar a la misma bioética, sin atributos, sacándola de ciertos impasses en los que se encuentra sumergida. Esta ha sido, al menos, la intención de nuestros desarrollos en “bioética narrativa”. Lo que hemos elaborado hasta ahora es básicamente una “propuesta” y una “perspectiva”: una propuesta, en el sentido más originario de la palabra, es decir, una idea (o forma de trabajo) que se propone a alguien con un determinado fin, y una perspectiva, es decir, una forma de ver, de encarar los problemas y realidades.

En esta nueva sección queremos agrupar e impulsar aquellos trabajos que se orientan en esta propuesta y en esta perspectiva. Pueden ser muy diversos, como la bioética misma y la propia narrativa. Se trata de hacer bioética mediante la narración. ¿Qué sucede cuando acercamos la bioética a la narración, en todas sus formas? ¿Qué acontece cuando aproximamos este mundo narrativo a la bioética? El mundo de la bioética se deja decir, expresar y pensar narrativamente; la narración es, puede ser, un lugar de encuentro de la vida misma en su vulnerabilidad y en su búsqueda de realización.

Esta sección es así un lugar que reservamos para este modo peculiar y riguroso de hacer bioética. Tienen cabida los artículos que buscan una fundamentación de la propuesta y también aquellos que la ponen en práctica: una película que nos hace pensar sobre un tema de bioética, un libro, una obra de teatro, una exploración literaria-auto-biográfica, una exposición, unas fotografías....

Abrimos pues un lugar para la participación en que bioética y narración confluyan para intentar hacer todos, entre todos, una bioética mejor, *una bioética prodigiosa*, imaginando posibilidades para responder mejor a la vida, a sus desafíos, también a su cotidianidad. Imaginación narrativa y responsabilidad ética serán nuestros aliados.

**Tomás Domingo Moratalla**

## *El Padre*: el poder del olvido

### Resumen

La película “El Padre” es una narración perfecta para explorar la vida humana en su complejidad. El tiempo nos hace y deshace. Proponemos un ejercicio comprensivo de bioética narrativa. Se ha escogido una narración cinematográfica para tratar la cuestión del olvido y las historias que no pueden ser contadas, que no tienen voz o la han perdido

**Palabras clave:** bioética, narración, memoria, olvido

### Abstract

The movie “The Father” is a perfect narration which explores the human life and its complexity. Time will make and unmake us. A comprehension exercise on narrative bioethics will be proposed. This cinematographic narration has been chosen to deal with the matter of oblivion and the stories that cannot be told because they have no voice or they have lost it

**Keywords:** bioethics, narration, memory, oblivion

### Introducción: ¿Quién eres cuando no sabes quién eres?

¿Quién eres cuando no sabes quién eres?

La película de *El Padre* iza esta pregunta como bandera y los espectadores navegarán a través de las olas del olvido que envuelven a su protagonista, Anthony (Anthony Hopkins) para procurar junto a él una respuesta.

A través de sus arrugas, sus profundos ojos de mar perdidos en el abismo de la incertidumbre y las lagunas de recuerdos inexistentes, el público se verá sumergidos en una historia que, curiosamente, se caracteriza por no tener suelo firme a causa del Alzheimer, y se tambaleará entre la realidad y el delirio.

Junto a narraciones como las que presenta este trabajo, es posible plantearse cuestiones y problemas del ámbito bioético que, de otra manera, no se tendría la posibilidad de abordar por falta de experiencias en la historia de cada cual. Los hechos de la vida son limitados, pero a través de las narraciones se abre un horizonte repleto de nuevos valores desconocidos hasta el momento, así como la oportunidad de salvar los máximos posibles deliberando sobre el mundo de las acciones. De ahí que el planteamiento que se va a seguir para trabajar *El padre*, es el que se trabaja desde la bioética narrativa.

Hoy en día las cuestiones éticas, tal y como afirma el profesor Diego Gracia, y así lo recogen los profesores Tomás Domingo y Lydia Feito, tienden a estar relacionadas con la vida humana y con la calidad de esta vida. Es por ello por lo que se puede afirmar que los problemas éticos se analizan desde un punto de vista bioético.<sup>1</sup> Es más, para abordarlos de manera más global y completa no es posible dejar al margen las narraciones, que son herramientas que contribuyen a pensar de manera diferente, son horizontes para la comprensión<sup>2</sup>.



<sup>1</sup> cf. Domingo Moratalla y Feito Grande, *Bioética narrativa aplicada*, Guillermo Escolar Editor, Madrid, 2020, p.44.

<sup>2</sup> *Ib.* p.29.

El cine es uno de los espacios de aplicación de la bioética narrativa, a través de él se permite la exploración de la vida humana mediante elementos de ficción que facilitan el aprendizaje acerca del trato con los otros, con el mundo y con nosotros mismos. Las narraciones cinematográficas juegan un papel parecido al de las ciencias naturales, pues a través de ellas se abre la posibilidad de experimentar, imaginar, suponer hipótesis sobre el vivir humano cuya base es la verosimilitud<sup>3</sup>.

Es por ello por lo que se ha escogido una narración cinematográfica para tratar la cuestión del olvido y las historias que no pueden ser contadas, que no tienen voz o la han perdido.

El propósito es enfrentarse a la *dysnarrativa* desde un punto de vista cercano pero prudente, y con el método deliberativo enfrentarnos al dramatismo de este relato viéndolo como un aprendizaje para lidiar con las dificultades de la vida a través de la pantalla.

*El Padre es una historia sin historia*, un relato sin recuerdos, palabras temerosas de ser abandonadas y no tener un rostro conocido que las escuche y las acompañe con respuestas cercanas; es un augurio a la más profunda soledad. Cuando ni siquiera queda el *si mismo*, cuando no hay identidad propia, se condena al individuo a los deseos y voluntades ajenos, pues no tener historia es lo mismo que no tener conocimiento de la propia vida<sup>4</sup>.

### Contextualización de la película

Pongámonos en contexto. Anthony es un hombre de ochenta años, divertido, irónico, agradable, que disfruta viviendo solo en su apartamento en Londres y rechaza cualquier tipo de ayuda externa. Su hija Anne (Olivia Colman) se preocupa en exceso por su padre, no quiere que viva solo dada su avanzada edad y los lapsus de memoria que se apoderan de él; además la mujer afirma al inicio de la película que se mudará pronto a París junto a su pareja, y le insiste a Anthony de la necesidad de una solución.

Los primeros signos de la enfermedad mental de Anthony se muestran cuando, en el apartamento, aparece en pantalla un hombre que dice llamarse Paul (Mark Gatiss), vivir allí y ser el marido de Anne. Vemos cómo Anthony no da crédito a la historia de Paul, quien es un extraño para él, y le revela entre risas que su hija se va a mudar con su nuevo novio a París. Paul intenta hacerle entrar en razón, y le confiesa que después de haber discutido con su cuidadora se mudó con Anne y él al apartamento de la pareja, lugar donde se encuentran en ese momento. Anthony estalla de ira afirmando que todo aquello es una conspiración contra él, y que jamás se irá de la que cree es su casa.



En ese momento entra Anne en el apartamento, Anthony no la reconoce y esto se refleja también para los espectadores, pues en pantalla vemos a Anne representada por otra actriz (Olivia Williams). No obstante, habla con ella disimulando su lapsus de memoria, e intenta normalizar la situación sin dejar de dudar sobre si realmente se encuentran en su propio apartamento o en el de su hija.

En próximas escenas conocemos a Laura (Imogen Poots), la nueva cuidadora de Anthony a la que Anne ha hecho llamar para que cuide de su padre, poniéndole en aviso de su peculiar carácter. En su mente, la joven tiene el rostro de su fallecida hija Lucy, a la que Anthony adoraba y se refiere a ella en varias ocasiones como su hija predilecta despreciando así a Anne, olvidando que su hija pequeña ya no vive.

Este la recibe amablemente, para acto seguido cambiar el tono jovial por uno realmente grosero y decirle a Laura que las intenciones de su hija, como manifiesta en repetidas veces a lo largo de la película evidenciando así el deterioro de su psique, no son otras que adueñarse de su apartamento.

<sup>3</sup> *Ib.* p.145.

<sup>4</sup> *Ib.* p.56.

Anne se derrumba después de este episodio y presenciamos una discusión con Paul sobre la importancia de tomar una decisión respecto al futuro de su padre, pues el hombre desea que se le interne en un centro especializado donde Anthony recibiría los cuidados necesarios para su enfermedad, pero Anne se muestra reticente a la idea de dejar a su padre interno. Cabe destacar que, en esta ocasión, Paul (Rufus Sewell) se nos muestra con un rostro distinto al del hombre que se presentó con este nombre anteriormente ante Anthony, poniéndonos a los espectadores, una vez más con el cambio actor, en la piel de Anthony al vivenciar la confusión de no reconocer a quienes previamente ya nos han presentado.

De esta manera se plasma en la película el difícil proceso deliberativo que atraviesan los familiares de los pacientes de Alzheimer y/o demencia senil, acerca de cuál sería la mejor de las acciones de cara a salvaguardar el bienestar de los enfermos, pero sin dejar de lado los suyos propios. Somos testigos, gracias al personaje de Anne, el constante sufrimiento que produce la vivencia de estar siendo olvidado por la persona que te ha dado la vida, en este caso, pero podríamos extrapolarlo al olvido por parte de cualquier ser querido. La toma de decisiones sobre el futuro que quienes ya no pueden decidir por sí mismos es uno de los ejes que la narración que nos ofrece *El padre* nos permite trabajar.



La enfermedad de Anthony empeora y cada vez es más dependiente de los cuidados ajenos. En la película este decaimiento se muestra con detalles como la imposibilidad de vestirse por sí mismo, el pensamiento de estar en su hogar cuando realmente se encuentra en casa de su hija Anne, o el hecho de confundir a esta con su cuidadora Laura. Para que el espectador comprenda qué está sintiendo Anthony con este último ejemplo, se presenta a ambas mujeres protagonizando la misma escena en secuencias distintas.

Cuando llega el momento en que Anthony no reconoce a Laura, el espectador ve en la pantalla, una vez más, el rostro de Olivia Williams, pero esta vez se desvela que esta misma mujer con la que ya tuvo confusión al principio de la película, es la enfermera que se encarga de cuidarlo todos los días en la residencia de ancianos en la que reside desde hace meses, del mismo modo que el médico de Anthony es Mark Gatiss, el hombre que decía ser Paul en las primeras escenas.

La realidad es que Anne se fue a París y visita a su padre algunos fines de semana, pero Anthony no recuerda nada, lugares y personas del pasado con su nueva y volátil realidad.

En la última escena de la película, la que da peso a la cuestión que nos ocupa y sobre la que merece la pena trabajar, Anthony, en medio de un mar de dudas y con una salud mental completamente deteriorada, le pregunta a Laura quién es él exactamente. Ella le recuerda su propio nombre con ternura, y el hombre afirma que es un nombre muy bonito que, seguramente, le puso su madre. En este momento se derrumba y reclama a su madre en medio de un mar de lágrimas.

Se reflexionará a continuación sobre los elementos más significativos sobre los que trabajar bioéticamente que se presentan en la narración de *El padre* y el confuso relato de Anthony.

### **Hermenéutica narrativa: las metáforas de la película**

La película *El padre* se caracteriza, entre otras cosas, por la incertidumbre que la recorre a lo largo de sus noventa y siete minutos de duración. Los hechos se plantean a los espectadores como cambiantes, dudosos, lo que implica un estado de sospecha permanente. La mente de Anthony es la guía y el reflejo de lo que se muestra en la pantalla y, al tratarse de una mente en proceso progresivo de vacío, aquellos acontecimientos que en un principio se toman como reales, giran ciento ochenta grados en escenas posteriores.

«No hay hechos, sino interpretaciones»<sup>5</sup> sostuvo Friedrich Nietzsche. *El padre* es una narración más que pertinente para percatarse de cómo la verdad y la mentira se convierten en sombras escurridizas que hacen cambiar de opinión sobre la trama y sus acontecimientos a causa de la volatilidad con la que se nos presentan a lo largo de la película.

<sup>5</sup> cf. Conill, *El poder de la mentira. Nietzsche y la política de la transvaloración*. Tecnos, Madrid, 1997.

La hermenéutica se va a convertir, pues, en una herramienta esencial para el abordaje y el proceso de comprensión de los sucesos que protagoniza Anthony. El arte de interpretar, en palabras de Gadamer recogidas por Tomás Domingo Moratalla, se convierte de este modo en el arte de no tener razón, es decir, el reconocimiento de que el otro puede tener razón y nosotros estar equivocados<sup>6</sup>.

El espectador, de esta manera, se convierte, nos convertimos, en parte protagonista del relato. La actitud de quienes están al otro lado de la pantalla para poder interpretar ha de ser activa y prudente, ya que a través de la observación y escucha atentas, así como del ejercicio de empatía se podrá, de alguna manera, vivenciar el relato que Anthony narra, darle forma, jugar con él desde la vida de cada uno.

Advertir que para ello es interesante, como se decía, abandonar la pretensión de llegar a una verdad absoluta al más puro estilo platónico, y abrazar la concepción nietzscheana que sostiene que la verdad es una mentira que se ha olvidado de que lo es<sup>7</sup>, del mismo modo que Anthony encarna a lo largo de la película recuerdos irreales, pero que sin, duda, para él tuvieron lugar, o así lo hubiera deseado, haciendo posible una verdad ficticia a través del olvido.

Lo interesante a la hora de explorar una narración, y esta es la propuesta hermenéutica que se presenta en este trabajo, no es enfrentarse al relato con afán de llegar a la meta de la verdad, sino de interpretar a través del método deliberativo para posteriormente, después de la puesta en común con otras interpretaciones, tomar decisiones con prudencia y responsabilidad. Como sostiene Nietzsche y recoge Stefan Zweig, «quien cree estar en posesión de la verdad, ¡cuántas cosas no deja escapar!»<sup>8</sup>.

La tarea por realizar, por lo tanto, consiste en interpretar, hacer hermenéutica de los elementos que no se expresan únicamente con el lenguaje, de hecho, el relato que ofrece Anthony es confuso y en muchas ocasiones contradictorio, hasta que finalmente no queda un ápice de historia en él, únicamente olvido.

Retomando las palabras de Nietzsche sobre esta cuestión, se puede afirmar que las metáforas son la manera en la que el individuo se relaciona con el mundo, siendo este siempre concebido de forma individual y personal, «Toda metáfora intuitiva es individual y no tiene otra idéntica y, por tanto, sabe siempre ponerse a salvo de toda clasificación»<sup>9</sup>.

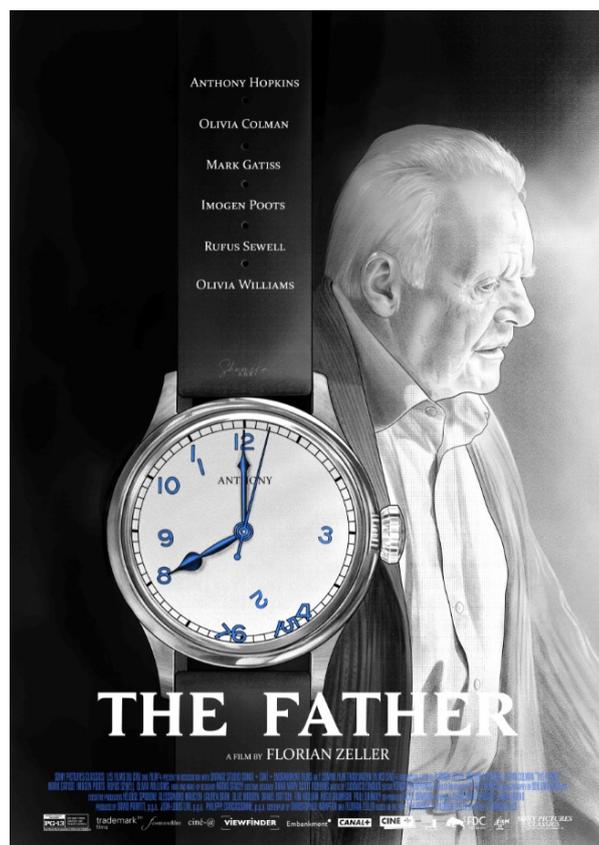
Se muestran a continuación algunas de las metáforas de *El padre*, no buscando en ellas un único sentido o una validez absoluta, sino para que con ellas y a través de estas se pueda acceder a la narración de la película de un modo más directo, más íntimo y personal, siendo el espectador quien extraiga sus propias conclusiones en base a la relación personal con los distintos elementos.

La primera metáfora sobre la que se incide en la película en distintos momentos y de forma recurrente a lo largo de toda su duración, es la que rodea al objeto más preciado de Anthony, su reloj.

Acusa a las mujeres que se encargan de sus cuidados de intentar robárselo, del mismo modo que lo hace con el marido de su hija Anne. A lo largo de la película se ve a un Anthony angustiado y desconcertado por la desaparición constante del estimado objeto, pero la realidad es que él mismo es quien esconde su más preciado tesoro, para después olvidar dónde lo ocultaba.

La función de un reloj es la de marcar el transcurrir del tiempo, y ayudar a su poseedor a ubicarse en el momento del día en el que se encuentra. Podría verse el hecho de que Anthony adore su reloj, pero que lo pierda sin cesar y acuse a los demás de arrebatárselo, como la metáfora de la huida de la propia vida, del escaso tiempo de vida del protagonista y de la pésima situación de los momentos presentes.

Anthony podría representar al reloj sin agujas, al objeto despojado de su función, un recipiente que ha perdido la noción y todo recuerdo del transcurrir de los acontecimientos y, a su vez, la ligera permanencia del



<sup>6</sup> Domingo Moratalla, “Capítulo IX. Bioética hermenéutica” en *Bioética: el pluralismo de la fundamentación*, Jorge José Ferrer, et al. Universidad Pontificia Comillas, Madrid, 2016.

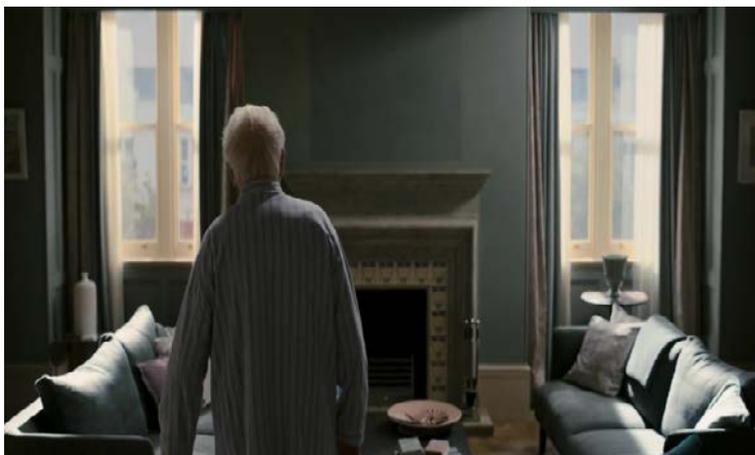
<sup>7</sup> cf. Conill, *El poder de la mentira. Nietzsche y la política de la transvaloración*. Tecnos, Madrid, 1997.

<sup>8</sup> Zweig, *La lucha contra el demonio (Hölderlin. Kleist. Nietzsche)*, Acantilado, Barcelona, 2016, pp. 264-265.

<sup>9</sup> Nietzsche, *Sobre verdad y mentira en sentido extramoral*, Tecnos, Madrid, 1998, p.26.

deseo por poseer lo que ya se ha perdido y lo que se escapa a velocidad vertiginosa. El reloj perdido podría interpretarse como las vivencias se escurren entre los dedos del protagonista.

El segundo hecho que se presenta encarnado en una potente metáfora es el vacío progresivo de la mente de Anthony. Durante el transcurrir de la película se observa el apartamento de Anne repleto de muebles y distintos objetos decorativos, pero se destaca uno que será muy significativo, el cuadro de la niña que está haciendo una pirueta con un vestido rojo, el cual se dice fue pintado por Lucy, la hija menor de Anthony. En el transcurrir de los acontecimientos, el apartamento va perdiendo los elementos que lo constituían, si bien en las primeras escenas el lugar se presentaba como de acaba de describir, según avanza la película el espectador será testigo de la pérdida progresiva de los utensilios que residían en las habitaciones.



Los muebles pierden contenido, las estancias cada vez son más huecas, pero se incide en la desaparición del cuadro mencionado. Esa pintura, por las palabras que Anthony emite en distintos momentos llenas de cariño y añoranza por su hija Lucy, podría representar metafóricamente momentos felices, un pasado cerrado y una hija perdida todavía presente para el protagonista. Anthony no es consciente del fallecimiento de Lucy, y nadie a lo largo de la película tiene intención de recordarle el accidente con el que perdió la vida, por lo que el anciano cuando ve el cuadro la siente real.

El vacío creciente del apartamento sería, por lo tanto, el vacío de la mente de Anthony, incluso el color de las paredes del salón varía de un tono cálido cuando descansaba sobre ellas el cuadro, a un tono frío cuando se aprecia únicamente el lugar que ocupó.

El olvido, cuando es a sabiendas, meditado y escogido, puede ser una gran ventaja para el desarrollo y crecimiento personal, así como la consecución de los deseos frustrados o irrealizados. Es más, en el segundo tratado de la *Genealogía de la moral*, Nietzsche sostiene que «sin capacidad de olvido no puede haber ninguna felicidad»<sup>10</sup>. Esto es así porque la memoria hace que los recuerdos sean inmortales, pero en ocasiones son vivencias, sucesos, de los que preferiríamos no tener consciencia. Cuando esos recuerdos promueven un malestar desbordante, es preferible derriuir el palacio de la memoria, y, en este caso, el olvido sería un aliado para una mente sana.

Tomando el olvido desde esta perspectiva, pero sin alternativas, podemos observar cómo Anthony vive en el presente concepciones de sí mismo afables, divertidas y risueñas, así como creencias de su entorno que nunca tuvieron lugar, pero que su mente fantasiosa los hace reales después de haber olvidado un pasado aparentemente infeliz. Un ejemplo de ello tiene lugar cuando el anciano Anthony presenta ante Laura, su nueva cuidadora. Cuando ella le pregunta a qué se dedicó cuando era joven, él asegura que fue bailarín. Su hija, Anne, con sorpresa, le corrige diciendo que fue ingeniero, a lo que Anthony le reprende exclamando “¿y tú qué sabes!?” para acto seguido ponerse a bailar y demostrar sus habilidades.



Su mente se ha ido volviendo de manera continuada un recipiente vacío donde únicamente habita el olvido que ha roto con su historia, con su identidad. Un olvido que le puede convertir, en bailarín profesional o en un niño perdido en busca de su madre.

<sup>10</sup> Nietzsche, “Tratado segundo”, *La genealogía de la moral*, Alianza, Madrid, 2000, p. 76.

## El método deliberativo aplicado a *El padre*

El problema que se podría encontrar en la defensa del planteamiento narrativo o de la bioética narrativa, sería el peligro del relativismo<sup>11</sup> y la caída en un reduccionismo de opiniones subjetivas sobre, en este caso, la película. La bioética narrativa se nutre de la variedad de interpretaciones, y la misma deliberación que trabaja con argumentos, parte de las experiencias contadas como modo de tomar en consideración diferentes aproximaciones<sup>12</sup>, pero no todas tienen la misma validez. Como se recordaba anteriormente, el papel del método deliberativo será crucial a la hora de hacer este tipo de filosofía práctica, y como todo método consta de unos requisitos y pautas necesarias.

El método deliberativo de Diego Gracia es un método de reflexión y ponderación que busca la realización de valores mediante una serie de acciones y decisiones. El objetivo que persigue es la toma de decisiones prudentes y responsables<sup>13</sup>.

Aboga por la inteligencia práctica oponiéndose a una forma de pensar puramente teórica, racionalista y positivista, pues «en la aplicación del método deliberativo no se trata de enseñar juicios ya hechos, sino de aprender a formar los juicios, a construirlos, en procesos abiertos de reflexión con uno mismo y con los demás»<sup>14</sup>.

Todo ello lo hará a través de las narraciones, pues «nuestra mente es narrativa, de principio a fin»<sup>15</sup>, y trae consigo la posibilidad de que la propia interpretación del relato que se tiene en frente puede ser superada o completada por interpretaciones ajenas, atacando así la soberbia personal.

El objetivo de la deliberación no es otro que el de conseguir un conocimiento más completo y rico que nos facilite la toma de decisiones. Para ello es crucial que se ejercite a través de la imaginación, con la que se podrá responder a la pregunta *¿qué pasaría si...?*, y la narración.

Estos elementos son refigurativos, nos enseñan a ponernos en el lugar del otro y a asumir el relato ajeno, tarea que precisamente se ha hecho al visionar *El padre* y tomar el lugar de Anthony. Ahora se trata de aplicar el método deliberativo a la película. Para ello son necesarios tres momentos claves de los que no se puede prescindir<sup>16</sup>.

El primero es el trabajo previo al visionado de la película, en el que se pondrá de manifiesto qué es lo que lleva al espectador a situarse frente al relato en cuestión, cuál el problema fundamental sobre el que va a girar la trama.

En el caso de *El padre*, la pregunta que se plantea, y junto a ella el principal problema que gira en torno a la narración, es con la que se comenzaba este trabajo: *¿Quién eres cuando no sabes quién eres?*

El segundo momento clave del método deliberativo aplicado a esta narración sería, durante el visionado de la película, apreciar qué respuesta da la película a la pregunta anterior, así como los valores en juego y la manifestación de las experiencias de sus protagonistas.

En *El padre*, como se vio anteriormente, las experiencias principales toman fuerza desde el personaje de Anthony, el hombre con una enfermedad mental que le ha hecho perder su identidad personal, así como cualquier recuerdo sólido sobre su historia. Pero también se experimentará desde Anne, la hija de este, a través de la que vemos el dolor que sufre quien convive con un ser querido con Alzheimer. La mujer se encuentra ante el problema de no saber cuál es la decisión más conveniente de cara al futuro de su padre y al suyo propio, así como ante la dificultad de conciliar los cuidados de su progenitor con la vida familiar.

Se podría afirmar, por lo tanto, que los principales valores que *El padre*, pone en juego son los siguientes:

La identidad personal.

La salud mental.

La vida biográfica.

El olvido

Los cuidados en el final de la vida.

El tercer y último momento, así como el más importante, se trabaja después de haber visto la película, en el que se entra a discutir, a dialogar y a interpretar con las narraciones, relatos y experiencias que en ellas se encuentran.

Este último punto es lo que se ha hecho a lo largo de estas páginas. Se ha trabajado el relato de Anthony desde las emociones que transmite y las que suscita. Se ha abordado la pregunta sobre la identidad personal desde el triunfo del olvido y su invasión a cada resquicio de la mente.

<sup>11</sup> cf. Domingo Moratalla y Feito Grande, *Bioética narrativa aplicada*, Guillermo Escolar Editor, Madrid, 2020, p.67.

<sup>12</sup> *Ib.* p.49.

<sup>13</sup> *Ib.* p.29.

<sup>14</sup> *Ib.* p.30.

<sup>15</sup> *Ib.* p.31.

<sup>16</sup> *Ib.* pp. 174-179.



Desde esta interpretación se puede proponer que, cuando no se sabe quién eres, quedas a merced de los relatos ajenos, pero también se puede ser quién se desee cuando una voluntad enferma toma protagonismo, como se nos muestra con las diversas ocurrencias de Anthony.

No tener historia propia implica el desconocimiento de la propia vida, y ante ese vacío se puede pintar con trazos de locura el lienzo del pasado, hecho que acarreará un sufrimiento irremediable a quienes rodean al enfermo y que tendrán que lidiar con los problemas éticos que trae consigo el proceso del final de una vida que ha sido olvidada por quien la vivió.

La película *El padre* no solo permite hacer un análisis de la narración cinematográfica, del estudio de sus protagonistas o de las vivencias y ausencias de Anthony, sino que regala el acceso a empatizar, traer el relato de una persona con Alzheimer a la vida propia, así como el enfrentamiento ante una tesitura que, quizá, de otra manera no se podría experimentar de manera anticipada.

Después del proceso deliberativo se podrá trabajar, reflexionar e imaginar sobre futuribles y preguntas que no han tenido todavía lugar, tales como *¿y si pierdo la memoria?*, *¿y si la pierdo mi padre?*, *¿y si soy olvidada por la persona que amo?*

Estas cuestiones presentan a través de la pantalla una realidad que puede ocurrir, por lo que a través de las narraciones ajenas se puede trabajar, y de hecho de hace, problemas éticos y los valores que están en juego.

«El dramatismo de los relatos es probablemente la mejor escuela para afrontar las dificultades de la vida»<sup>17</sup>.

**Melissa Hernández Iglesias**  
Doctora en Filosofía.  
Universidad Complutense de Madrid.

---

<sup>17</sup> *Ib.* p.61.

## Eutanasia y sociedades envejecidas. Narración y deliberación a través del cine

### Resumen

El cine puede ser un valioso instrumento de deliberación moral y de denuncia social. En este artículo, el relato cinematográfico nos servirá como punto de partida para el análisis de los problemas éticos que la eutanasia puede plantear en las sociedades envejecidas. No podemos concebir la nueva ley de regulación de la eutanasia en España obviando en el contexto social y cultural en el que se inscribe. La ética narrativa y la deliberación serán la fundamentación y metodología empleadas.

**Palabras clave:** eutanasia, sociedades envejecidas, deliberación moral, narración, cine.

### Abstract

Cinema can be a valuable instrument of moral deliberation and social denunciation. In this article, the film story will serve as a starting point for the analysis of ethical problems that euthanasia can pose in aging societies. We cannot conceive the new law on the regulation of euthanasia in Spain by ignoring the social and cultural context in which it is registered. Narrative ethics and deliberation will be the foundation and methodology used.

**Key words:** euthanasia, aging societies, moral deliberation, narration, cinema.

### Introducción

#### Bioética y deliberación narrativa

La reflexión poética puede desembocar en una reflexión ética. Sólo la imaginación puede dar el salto entre lo que es y lo que debería ser: “*Y sus ojos y su conciencia ven y organizan el mundo no como es sino como debe ser. Se produce entonces la gran metáfora poética que anuncia ya la gran metáfora social.*”<sup>1</sup> La metáfora y el relato al ser modos de producción e innovación de sentido, son esenciales para la ética.<sup>2</sup> La ética y, por consiguiente, la bioética, no pueden conformarse con la mera aplicación de normas o principios abstractos. Se trata también de una cuestión de imaginación, invención y creatividad<sup>3</sup>. En la metodología deliberativa, ampliamente utilizada en bioética, la imaginación y la creatividad son claves a la hora de identificar los cursos intermedios de acción<sup>4</sup>. De esta forma, el enfoque narrativo desarrollado por pensadores contemporáneos como José Ortega y Gasset, Paul Ricoeur o Martha Nussbaum<sup>5</sup> enriquece a la bioética tanto en su fundamentación, como en su aplicación.

Precisamente, la **deliberación narrativa** será la metodología empleada en este trabajo. La deliberación, aristotélicamente hablando, se define como un método de análisis ético cuyo objetivo es la toma de decisiones responsables y prudentes. Esta metodología tiene en cuenta la contingencia de los asuntos humanos y asume que se mueve en la incertidumbre y la complejidad<sup>6</sup>. Autores como Tomás Domingo Moratalla y Lydia Feito Grande proponen completar y matizar el método deliberativo de Diego Gracia<sup>7</sup> con el enfoque narrativo<sup>8</sup>. La deliberación narrativa que nos proponen, enfatiza los contextos y los matices particulares buscando una articulación de perspectivas. Coherentemente, recalca el papel fundamental de la imaginación y la creatividad

<sup>1</sup> Felipe, L. (2018). *Nueva antología rota* (3). Visor libros, p. 127.

<sup>2</sup> Domingo, T. (2007). Bioética y hermenéutica. La aportación de Paul Ricoeur a la bioética. *VERITAS Revista de Filosofía y Teología*, 2(17), 281-312.

<sup>3</sup> Domingo, T. (2007). Bioética y hermenéutica. La aportación de Paul Ricoeur a la bioética. *VERITAS Revista de Filosofía y Teología*, 2(17), 281-312.

<sup>4</sup> Feito, L., y Domingo, T. (2020). *Bioética narrativa* (2). Guillermo Escolar, p.143.

<sup>5</sup> Feito, L., y Domingo, T. (2020). *Bioética narrativa* (2). Guillermo Escolar, pp.17-60.

<sup>6</sup> Feito, L., y Domingo, T. (2020). *Bioética narrativa aplicada*. Guillermo Escolar, pp. 106-107.

<sup>7</sup> Gracia, D. (2001). La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Medicina Clínica*, 117(1), 18-23.

<sup>8</sup> Feito, L., y Domingo, T. (2020). *Bioética narrativa* (2), pp. 145-150.

requeridas en el proceso. De esta forma, el acceso a la verdad se realiza esbozando respuestas ante el conflicto ético que intentan desde lo concreto, alcanzar un relato común, de lo humano<sup>9</sup>.

## Cine

En palabras de Julián Marías, el cine hace salir al intelectual de la abstracción ya que presenta los escorzos concretos de la realidad humana<sup>10</sup>. En bioética, el séptimo arte puede constituir un elemento muy valioso de deliberación moral. De forma análoga a los relatos literarios, el cine nos somete a variaciones imaginativas que pueden hacernos salir de nuestro egoísmo y ampliar nuestra pobre visión del mundo<sup>11</sup>. Por todo ello, utilizaremos la gran pantalla para sumergirnos en un contexto muy concreto: los problemas éticos de la eutanasia en las sociedades envejecidas. Las películas objeto de estudio serán la adaptación de la novela gráfica de Paco Roca *Arrugas* (2011) dirigida por Ignacio Ferreras y *Amour* (2012) de Michael Haneke.

### Consideraciones previas: ancianidad y cambios demográficos.

Durante las últimas décadas, los países desarrollados han experimentado un cambio demográfico sin precedentes caracterizado por un aumento del segmento de población por encima de los 65 años. En 2019, en España, un 19,3% sobre el total de población eran personas mayores. Se constata que, tanto en cifras como en previsiones, dicha tendencia va en aumento. El envejecimiento poblacional es una de las mayores conquistas de nuestro tiempo y un gran avance humano<sup>12</sup>. Sin embargo, presenta grandes retos desde un punto de vista económico y sanitario ya que supone una mayor carga de enfermedad y mayor necesidad de asistencia médica y cuidados de larga duración<sup>13</sup>. Desgraciadamente, estos cambios se han visto acompañados con una evolución en las actitudes y valores sociales en torno a la ancianidad. Mientras que en las sociedades primitivas y agrícolas el anciano era considerado un sabio, un maestro, en las sociedades industriales, el anciano pasa a ser concebido meramente como un sujeto inactivo y pasivo, un jubilado<sup>14</sup>. De forma que carecemos de nociones profundas sobre el significado individual y social de la vejez<sup>15</sup>. La pandemia de COVID-19 ha puesto estas tensiones de manifiesto y en muchos aspectos, ha mostrado la falta de solidaridad y justicia hacia los mayores<sup>16</sup>. Resulta esclarecedor que un 90% de los voluntarios de ONG que participan en programas de acompañamiento a mayores, sean a su vez, personas mayores<sup>17</sup>. En este contexto de vulnerabilidad sanitaria y social, se incorpora la nueva Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

### Deliberación narrativa

La función de las narraciones utilizadas es triple. Por un lado, nos permitirán empatizar con el colectivo. La película *Arrugas* finaliza con una breve y conmovedora dedicatoria: “*Dedicada a todos, ancianos de hoy, ancianos de mañana*”. Por otro lado, constituyen una denuncia social de la situación de soledad y vulnerabilidad a la que se enfrentan las personas mayores. Retomando al poeta León Felipe: “...antes denuncia nuestras miserias el poeta que el moralista”<sup>18</sup>. Y finalmente, estas películas nos invitan a reflexionar acerca de cuestiones tan vitales como el final de la vida y la enfermedad.

En nuestro ejercicio deliberativo nos centraremos en el conflicto principal de valores y analizaremos de forma comparada los cursos de acción que nos sugieren ambas películas. También haremos un ejercicio de imaginación y creatividad para explorar otras alternativas posibles sin comprometer la rigurosidad que la problemática requiere. En el debate sobre la eutanasia, los principales valores en juego son la **protección de la**

<sup>9</sup> Feito, L., y Domingo, T. (2020). *Bioética narrativa* (2), p.150.

<sup>10</sup> Marías, J. *Reflexiones sobre el cine*, Discurso de entrada a la Real Academia de Bellas Artes, 16 de diciembre de 1990.

<sup>11</sup> Feito, L., y Domingo, T. (2020). *Bioética narrativa aplicada*, p.147.

<sup>12</sup> Comité de Bioética de España. (2020). *Informe del Comité de Bioética de España sobre el final de la vida y la atención en el proceso de morir, en el marco del debate sobre la regulación de la eutanasia: propuestas para la reflexión y la deliberación*. Madrid, España: Autor, p.67.

<sup>13</sup> Sánchez, M.A. (2013). *Bioética en Ciencias de la Salud*. Elsevier Masson, p.326.

<sup>14</sup> Sánchez, M.A. (2013). *Bioética en Ciencias de la Salud*, p.325.

<sup>15</sup> Sánchez, M.A. (2013). *Bioética en Ciencias de la Salud*, p.324

<sup>16</sup> Rueda, J. (2020). ¿No es país para viejos? La edad como criterio de triaje durante la pandemia de COVID-19. *Enrahonar. An International Journal of Theoretical and Practical Reason*, (65), 85-98.

<sup>17</sup> Comité de Bioética de España. (2020). *Informe del Comité de Bioética de España sobre el final de la vida y la atención en el proceso de morir, en el marco del debate sobre la regulación de la eutanasia: propuestas para la reflexión y la deliberación*, p.68.

<sup>18</sup> Felipe, L. (2018). *Nueva antología rota* (3). Visor libros, p. 126.



sedación y se cuenta con el consentimiento del paciente, no se contempla la objeción de conciencia por parte del profesional.

Ciertamente, esta alternativa es más respetuosa con el valor vida y con el principio de autonomía de la paciente y responde con responsabilidad y desde el cuidado, al sufrimiento de la misma. Sin embargo, su aplicación presenta dificultades y puede ser objeto de críticas ya que el diagnóstico de sufrimiento existencial refractario es cuanto menos complejo y contiene cierto grado de subjetividad. Además, acotar su uso también supone un reto y los posibles abusos que se cuestionan en la eutanasia podrían darse en este supuesto también. A pesar de todos estos matices, este planteamiento resulta muy enriquecedor a la hora de buscar una alternativa responsable y menos dolorosa moralmente ante un caso tan trágico y complejo. No se trata de un planteamiento muy novedoso, ya se han trabajado una serie de recursos como la adecuación del esfuerzo terapéutico o la retirada de tratamientos de soporte vital que resultan preferibles a opciones como la eutanasia por sus menores implicaciones éticas y legales<sup>24</sup>. En cualquier caso, el principio de “no abandono” al paciente debe prevalecer en todo momento<sup>25</sup>.

Paralelamente, podríamos cuestionarnos como hace la ética feminista, la concepción individualista de la autonomía y optar por una concepción ampliada: la autonomía relacional<sup>26</sup>. Ésta entiende que la libertad de las personas no puede descontextualizarse de la interrelación e interdependencia de las mismas. En el debate de la eutanasia, no son pocos los que señalan que no puede concebirse la autonomía de forma exclusivamente individual ya que se inscribe en los límites de la comunidad<sup>27</sup> y que la libertad humana no puede entenderse exclusivamente desde el individualismo y el egocentrismo<sup>28</sup>. El contexto social de soledad y vulnerabilidad de las personas mayores, afecta sin duda a su autonomía. En el supuesto que nos ocupa, esas presiones no parecen afectar a Anne ya que goza, a pesar de su terrible enfermedad, de una situación privilegiada. Su marido es su fiel compañero y pone todo su empeño y corazón en cuidar de ella. Además, la pareja posee medios materiales más que suficientes. En cambio, se ve claramente como George sufre de aislamiento y soledad lo que, sin duda alguna, afecta a su decisión y modula su autonomía. ¿Si George hubiese tenido más ayuda y apoyo, el desenlace hubiera sido el mismo? ¿Qué hubiese pasado si su hija se hubiese responsabilizado e implicado más? ¿A parte de un apoyo familiar, relacional, hubiese sido útil y necesario un apoyo institucional, social? La narración muestra como George se encierra en sí mismo y es incapaz de pedir ayuda y se obstina en encargarse el de todo. ¿Qué habría pasado si el médico y los profesionales sanitarios que atiende a Anne hubiesen ofrecido a George apoyo psicológico? ¿Y si existiesen más programas de apoyo para las familias de personas mayores dependientes? ¿Y si el sistema sanitario, la sociedad y las instituciones asumiesen más responsabilidad en el cuidado de las personas mayores? ¿Y si la soledad se abordara como un problema social y no simplemente individual?<sup>29</sup> ¿Y si...?

### Arrugas

Emilio empieza a sufrir pequeñas pérdidas de memoria volviéndose en ocasiones impredecible e irritable. Su hijo, sobrepasado por los cuidados que requiere, ingresa a Emilio en una residencia de ancianos. Ahí conocerá y entablará una amistad con Miguel, su cínico y pícaro compañero de cuarto. Durante su tediosa estancia en el geriátrico, Emilio descubrirá una desagradable verdad: padece Alzheimer y tarde o temprano dejará de valerse por sí mismo. Su inevitable destino es acabar en la terrorífica “planta de arriba” destinada a los pacientes con demencia. “*Está ahí tirada como si fuera una cosa. Están ahí todos abandonados como si fuesen trastos rotos en un desván (...) Yo no quiero acabar así*”, dice Emilio. De esta forma, la enfermedad incurable y crónica de Emilio contrapone una vez más el valor vida con la autonomía. Ante esta tesitura, Miguel confiesa a Emilio que ha ido recopilando pastillas por si las cosas “se le ponen feas” y que podría dejárselas.



<sup>24</sup> Sánchez, M.A. (2013), *Bioética en Ciencias de la Salud*, p.348.

<sup>25</sup> Gracia, D. (2004). *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética*. Triacastela, p. 426.

<sup>26</sup>Feito, L. (2010). Aspectos filosóficos de la relación entre las mujeres y la bioética: hacia una perspectiva global. Feito, L., Uríbarri, G., Alonso, C., Núñez, M.P., Goikoetxea, M., Riaño, I., Zubía, M., y López, M., *Mujer, mujeres y bioética*, (pp. 19-58), Universidad Pontificia de Comillas.

<sup>27</sup> Comité de Bioética de España (2020). *Informe del Comité de Bioética de España sobre el final de la vida y la atención en el proceso de morir, en el marco del debate sobre la regulación de la eutanasia: propuestas para la reflexión y la deliberación*, p.26.

<sup>28</sup> Zurriarán, R.G. (2019). Aspectos sociales de la eutanasia. *Cuadernos de Bioética*, 30 (98), 23-34.

<sup>29</sup> Camps, V. (2021). *Tiempo de cuidados. Otra forma de estar en el mundo*.

Emilio en seguida descarta esa opción porque “no le parece bien”. Se establece aquí un punto de inflexión, uno de los cursos extremos de acción, el suicidio, es directamente descartado. El otro extremo sería que Emilio se resignase y asumiese que acabaría siendo tarde o temprano un “desahuciado” más del piso de arriba. Sin embargo, ni Emilio ni Miguel son partidarios de esta otra opción. Emilio se revela: “No estoy muerto, ¿sabes? Todavía no estoy muerto. Puede que dentro de un año ya no sepa ni quien soy. Pero en este momento estoy vivo y esto es una piscina y yo quiero nadar y nado y punto.” Se trata de un curso intermedio y a la vez de un posicionamiento lúcido y valiente. Emilio tiene todavía tiempo para disfrutar, tomar sus propias decisiones, en definitiva, vivir plenamente, antes de que sea completamente dependiente de cuidados. Como diría Miguel Hernández: “No quiero morir-dormir/no quiero dormir muriendo/en un estéril jardín.../ ¡Yo quiero morir viviendo!”<sup>30</sup>

Miguel apoya a su amigo y además urde un plan para engañar al personal de la residencia, a los enfermeros y al médico para que ninguno de ellos constate el inevitable empeoramiento del estado de Emilio. Sin embargo, como no podía ser de otra manera, Emilio acaba en la planta de arriba. Miguel sumido en la tristeza sufre una transformación, inspirada por la amistad y el cariño que profesa a Emilio. Pasa de aprovecharse de los despistes y paranoias de sus compañeros de la residencia, a ayudarlos y en última instancia, decide mudarse al piso de arriba para cuidar de su amigo. Pese a que la patología Emilio esté muy avanzada, Miguel sostiene que “aunque no lo parezca, de lo que importa si que se entera”.

A diferencia de Haneke, Ferreras nos ofrece una solución óptima y virtuosa: el cuidado. La ética del cuidado frente a modelos de fundamentación más abstractos y racionales, se articula en términos de responsabilidad, compasión, particularidad y empatía<sup>31</sup>. El Comité de Bioética de España, señala que la única respuesta positiva ante la fragilidad, es el cuidado<sup>32</sup>. El desenlace, por tanto, respeta tanto la vida como la autonomía relacional de Miguel. Paradójicamente, autonomía y dependencia pueden no ser incompatibles<sup>33</sup>.

Arrugas denuncia la situación de los mayores de forma inteligente y sensible. Al igual que en la película Amor, muestra la complejidad de las dinámicas familiares, la soledad y el aislamiento. Paralelamente, refleja que, pese a las buenas intenciones y la dedicación del personal de la residencia, el planteamiento de los cuidados es en muchos aspectos inadecuado o insuficiente. Como crudamente denuncia Miguel: “Los clientes Rockefeller, los que pagan las facturas tus hijos, el gobierno... Ellos son los clientes de la residencia, ni tu ni yo”, “Aquí solo hay comer, dormir y cagar”. La función reivindicativa del arte es manifiesta en esta película. Una vez más, constatamos que la mejora del trato a los ancianos requiere de una transformación individual, social e institucional. En esta línea de pensamiento, la autora Victoria Camps propone frente al modelo neoliberal que cede los cuidados a empresas de servicios, un modelo comunitario donde la comunidad en su totalidad asuma la responsabilidad frente a los mayores<sup>34</sup>. En muchos casos, las residencias geriátricas en vez de ser espacios de vida y cuidados, son un lugar de fin de la vida para los residentes<sup>35</sup>.

Antonia, una de ancianas de la residencia, dice refiriéndose a su familia: “Yo estoy aquí porque no quiero molestarles. No quiero ser una carga para ellos...”. La alternativa de la eutanasia corre el riesgo de añadir presión sobre las personas mayores que en muchos casos, son concebidas por ellas mismas y por la sociedad, como cargas<sup>36</sup>. Uno de los principales argumentos en contra de la eutanasia es la llamada “pendiente resbaladiza”. La premisa es que al aceptar prácticas que se encuentran en el límite de lo aceptable, existe el riesgo de derivar en actos inaceptables<sup>37</sup>. En este caso, se materializaría en que pacientes mayores solicitaran la eutanasia bajo la asunción de que, en su estado, es la opción más conveniente para su familia y para la sociedad. La decisión de las personas a poner fin a su vida puede verse fuertemente influenciada por los factores sociales que hemos ido enumerando y denunciando tales como la soledad, el aislamiento social y la falta de acceso a servicios de apoyo de calidad. Las presiones tanto implícita como explícitas de tipo familiar, económico y cultural a las que están sometidas las personas mayores pueden derivar en algunas formas de coacción<sup>38</sup>. ¿Cómo podemos

<sup>30</sup> Fragmento del poema *Imposible* de Miguel Hernández.

<sup>31</sup> Feito, L. (2010). Aspectos filosóficos de la relación entre las mujeres y la bioética: hacia una perspectiva global. Feito, L., Uríbarri, G., Alonso, C., Núñez, M.P., Goikoetxea, M., Riaño, I., Zubía, M., y López, M., *Mujer, mujeres y bioética*, (pp. 19-58), Universidad Pontificia de Comillas.

<sup>32</sup> Comité de Bioética de España (2020). *Informe del Comité de Bioética de España sobre el final de la vida y la atención en el proceso de morir, en el marco del debate sobre la regulación de la eutanasia: propuestas para la reflexión y la deliberación*, p.40.

<sup>33</sup> Camps, V. (2021). *Tiempo de cuidados. Otra forma de estar en el mundo*, p. 128.

<sup>34</sup> Camps, V. (2021). *Tiempo de cuidados. Otra forma de estar en el mundo*, p. 137.

<sup>35</sup> Camps, V. (2021). *Tiempo de cuidados. Otra forma de estar en el mundo*, p. 64.

<sup>36</sup> Comité de Bioética de España (2020). *Informe del Comité de Bioética de España sobre el final de la vida y la atención en el proceso de morir, en el marco del debate sobre la regulación de la eutanasia: propuestas para la reflexión y la deliberación*, pp.41-42.

<sup>37</sup> Sánchez, M.A. (2013). *Bioética en Ciencias de la Salud*, p. 356.

<sup>38</sup> Comité de Bioética de España (2020). *Informe del Comité de Bioética de España sobre el final de la vida y la atención en el proceso de morir, en el marco del debate sobre la regulación de la eutanasia: propuestas para la reflexión y la deliberación*, p.42.

evitar que el reciente cambio de legislación con respecto a la eutanasia perjudique y acreciente la vulnerabilidad de nuestros mayores? Hemos podido comprobar que la autoconcepción de la vejez está condicionada por la concepción social de la misma<sup>39</sup> y, por ende, es susceptible de cambiar.

Afrontar dignamente la vejez es un reto humano que concierne tanto a los individuos en particular como a las sociedades en general. En última instancia, podemos remitirnos de nuevo al cine, pero esta vez como fuente de inspiración para un cambio de paradigma en torno a la vejez. El excéntrico, divertido y a la vez tierno documental *Muchos hijos, un mono y un castillo* (2018) de Gustavo Salmerón acaba con la siguiente sentencia de la protagonista, Julita: “No se me ocurre nada más que se me aproxima el día de la muerte. Que tengo 81 años y me veo que me estoy desmejorando, me veo que me estoy volviendo vieja, que no puedo andar, que necesito ayuda. Y entonces... pues quiero divertirme.”

## Conclusión

La reciente aprobación de la eutanasia en España no puede entenderse de forma aislada, es preciso constatar el contexto social en el que se inscribe. No puede ni debe separarse de la flagrante situación de fragilidad y vulnerabilidad de las personas mayores. Fundamentaciones de la bioética, como la ética narrativa o la ética del cuidado son especialmente sensibles a las particularidades y las situaciones de vulnerabilidad por lo que pueden resultar interesantes y enriquecedoras para este análisis. El nuevo panorama legal y sanitario es susceptible de añadir presión sobre las personas mayores y de suponer una fuente de abusos. Plantear la alternativa de la eutanasia cuando los cuidados son limitados e insuficientes es una irresponsabilidad. Por este motivo, se necesita urgentemente un cambio individual, social e institucional con respecto al trato a los mayores. La revalorización social de los ancianos y los refuerzos y las mejoras en su cuidado son imprescindibles para que, si en algún supuesto se baraja la alternativa de la eutanasia, la decisión de él o la interesada sea realmente autónoma y no se vea influida por una situación de injusticia social.

**Teresa Costales**

Farmacéutica

Especialista en “Bioética Clínica” (Universidad Complutense de Madrid)

## Bibliografía

1. Benito, E., Mate, J., y Pascual A. (2011). Estrategias para la detección, exploración y atención del sufrimiento en el paciente. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 18(7), 392-400.
2. Bruner, J. (1991). The narrative construction of reality. *Critical Inquiry*, 18(1), 1-21.
3. Camps, V. (2021). *Tiempo de cuidados. Otra forma de estar en el mundo*. Arpa.
4. Comité de Bioética de España. (2020). *Informe del Comité de Bioética de España sobre el final de la vida y la atención en el proceso de morir, en el marco del debate sobre la regulación de la eutanasia: propuestas para la reflexión y la deliberación*. Madrid, España: Autor.
5. Domingo, T. (2007). Bioética y hermenéutica. La aportación de Paul Ricœur a la bioética. *VERITAS Revista de Filosofía y Teología*, 2(17), 281-312.
6. Domingo, T. (2017). De la exigencia de lo cotidiano al gesto imperfecto. La vía hermenéutica de las éticas aplicadas. *Dókos. Revista filosófica*, 19(20), 37-69.
7. Feito, L. (2010). Aspectos filosóficos de la relación entre las mujeres y la bioética: hacia una perspectiva global. Feito, L., Uríbarri, G., Alonso, C., Núñez, M.P., Goikoetxea, M., Riaño, I., Zubía, M., y López, M., *Mujer, mujeres y bioética*, (pp. 19-58), Universidad Pontificia de Comillas.
8. Feito, L., y Domingo, T. (2020). *Bioética narrativa* (2). Guillermo Escolar.
9. Feito, L., y Domingo, T. (2020). *Bioética narrativa aplicada*. Guillermo Escolar.
10. Gracia, D. (2004). *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética*. Triacastela.
11. Gracia, D. (2001). La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Medicina Clínica*, 117(1), 18-23.
12. Marcos, A.M. (2019). ¿Es necesaria la regulación jurídica de la eutanasia en España? *El Cronista del Estado Social y Democrático de Derecho*, (79), 12-21.
13. Martínez, K. (2005). Sobre la moralidad de la eutanasia y del suicidio asistido. *Revista de Calidad Asistencial*, 20(7), 400-407.
14. Molina, E., y Ortega, J. (2007). Las sociedades envejecidas y los recursos sanitarios. *Revista Electrónica de Medicina Intensiva*, 7(2), A65.

<sup>39</sup> Camps, V. (2021). *Tiempo de cuidados. Otra forma de estar en el mundo*, p.112.

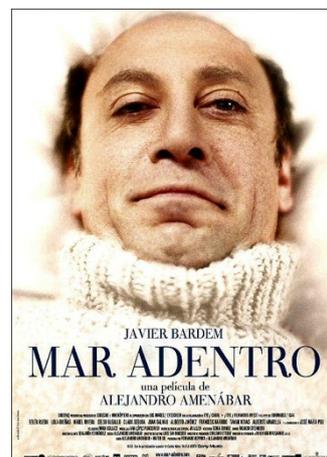
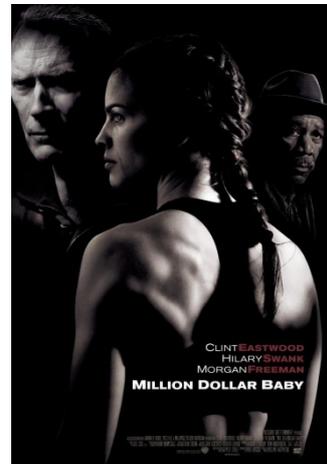
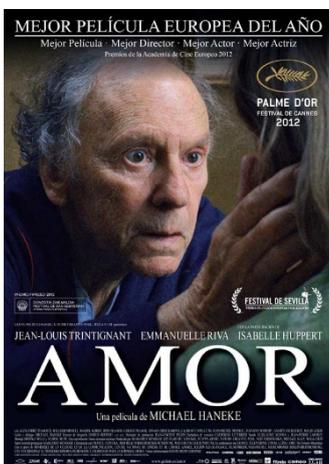
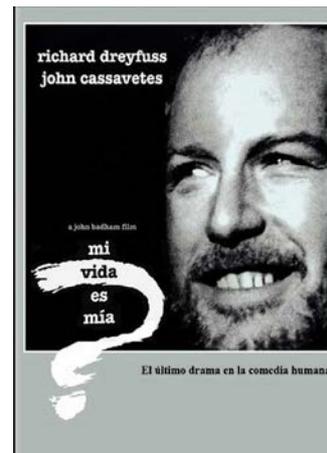
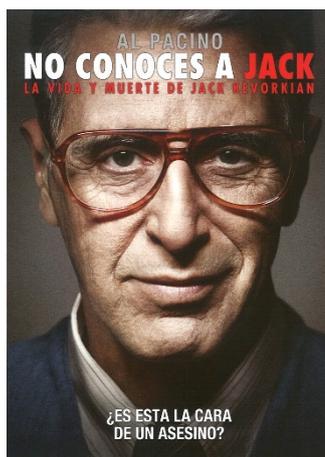
- 
15. Morales, I. (2018). El dolor y la enfermedad como transformación. Un análisis desde la fenomenología y la narración. *Cuadernos de Bioética*, 29 (97), 233-245.
  16. Nussbaum, M.C. (2005). *El conocimiento del amor. Ensayos sobre filosofía y literatura*. A. Machado Libros.
  17. Ollero, A. (2004). La invisibilidad del otro. Eutanasia y dignidad humana. *Aldaba: revista del centro asociado a la UNED de Melilla*, (32), 139-164.
  18. Pastor, L.M. (2019). Nota del editor: eutanasia y bioética. *Cuadernos de Bioética*, 30 (98), 11-17.
  19. Ricœur, P. (2006). La vida: un relato en busca de narrador. *ÁGORA Papeles de Filosofía*, 25(2), 9-22.
  20. Rosas, C.A. (2014). El paciente como “texto” según Ricœur: implicaciones en bioética. *Revista Bioética*, 22(2), 234-240.
  21. Rueda, J. (2020). ¿No es país para viejos? La edad como criterio de triaje durante la pandemia de COVID-19. *Enrahonar. An International Journal of Theoretical and Practical Reason*, (65), 85-98.
  22. Sánchez, M.A. (2013). *Bioética en Ciencias de la Salud*. Elsevier Masson.
  23. Shelley, P.B. (2016). *Defensa de la poesía*. Los libros de la Frontera.
  24. Soler, M.C. (2000). Cuidados paliativos e intervención psicosocial en demencia avanzada. *Medicina Paliativa*, 7(2), 70-75.
  25. Zurriarain, R.G. (2019). Aspectos sociales de la eutanasia. *Cuadernos de Bioética*, 30 (98), 23-34.

# Cajón de bioética y más

## Cine y eutanasia

En varias ocasiones hemos tratado en nuestra Revista el encuentro entre cine y eutanasia. También en este mismo número, en la sección de "Bioética narrativa", los dos trabajos recogidos giran en torno a este tema.

Hay gran cantidad de películas. En este momento quisiéramos tan solo desplegar el abanico cinematográfico al respecto. Ni buscamos exhaustividad, ni tampoco profundidad reflexiva. Valga esta pequeña muestra como ejemplo, y lanzarnos a pensar este tema tan cinematográfico.

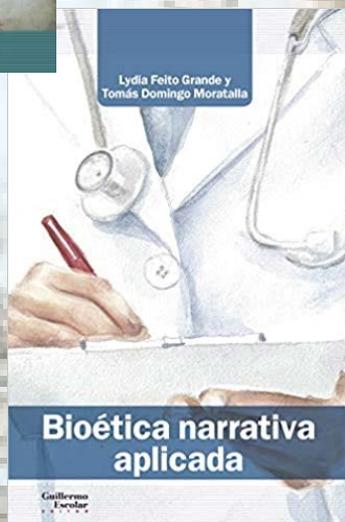
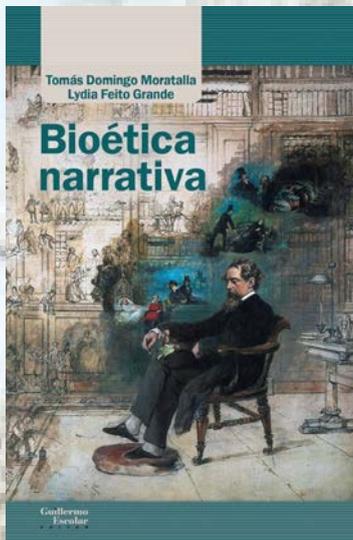


**Bioética narrativa. Hermenéutica, deliberación y narración**  
del 13 de diciembre de 2021 al 16 de mayo de 2022

6 créditos

CERTIFICADO DE ENSEÑANZA ABIERTA

**UNED**



Este curso está orientado a aquellas personas que buscan una forma novedosa e interesante de adentrarse en la bioética y sus problemas (inicio de la vida, final de la vida, investigación médica, u otros de especial relevancia).

Especialmente recomendado para aquellos profesionales de la salud que buscan formarse en la sensibilización, educación y capacitación en problemas éticos utilizando la narrativa.

Pensado también para educadores (buscando nuevas herramientas para enseñar ética/humanidades) de diferentes niveles, especialmente profesorado de enseñanza secundaria.

Recomendable para estudiantes de filosofía, educación, y humanidades en general.

También para aquellos que forman parte de comités de ética (en centros de salud, empresa, educativos y otros asimilados) y buscan nuevos modelos de fundamentación, reflexión y sensibilización.

## MÁS INFORMACIÓN

[https://formacionpermanente.uned.es/tp\\_actividad/idactividad/12424](https://formacionpermanente.uned.es/tp_actividad/idactividad/12424)

**Tomás Domingo Moratalla**

Email: [tdmoratalla@fsof.uned.es](mailto:tdmoratalla@fsof.uned.es). Telf. + 34 91 398 8245



# XV

BIOETIKA BATZAR NAZIONALA  
CONGRESO NACIONAL DE BIOÉTICA

## **Bioetika eta zaintzak pandemiaren garaian.**

Kalteberatasuna, krisia  
eta egunerokotasuna.

## **Bioética y cuidados en tiempos de pandemia.**

Vulnerabilidad, crisis y  
cotidianidad.

VITORIA-GASTEIZ

2021eko azaroak 4, 5 eta 6. Europa Jauregia.  
4, 5 y 6 de noviembre de 2021. Palacio Europa.



Asociación de  
**BIOÉTICA**  
Fundamental  
y Clínica



UNIVERSIDAD  
COMPLUTENSE  
MADRID

## DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN

# BIOÉTICA CLÍNICA

### DIRECCIÓN

Miguel Sánchez  
Lydia Feito

### COORDINACIÓN

José Miguel Hernández

### PROFESORADO

Miguel Sánchez, Lydia Feito, Rosana Triviño, Antonio González, Cristina Coca, Benjamín Herreros, Diego Real de Asúa, Beatriz Moreno, Andrés Santiago, Koldo Martínez, Helena García, Rocío Núñez, Francisco del Río, Inés Galende, Ana Ruíz, María Blanco, Igor Pinedo, Eduardo Asensi, María Herrera, Pablo Iglesias, Enric Benito

### PLAZAS

24 alumnos

### DURACIÓN

Del 21 de Octubre de 2021 al 16 de junio de 2022. Jueves, desde las 16:30 hasta las 20:30

### MODALIDAD

Online

### PRECIO

2.250 euros

La Universidad Complutense de Madrid pone en marcha la 3ª edición de su Diploma de Especialización en Bioética Clínica. Se trata de un Título Propio dirigido a profesionales sanitarios y de otras especialidades interesados en abordar los desafíos de la medicina actual.

La Bioética Clínica es una materia centrada en la resolución de los conflictos morales. Gracias a su implementación es posible alcanzar la humanización de la asistencia sanitaria. Además, es una herramienta con la que se logra incrementar la calidad de los centros en los que se desempeña la actividad clínica y/o asistencial. Todo esto apunta a que se trata de una especialidad imprescindible para el desarrollo de la medicina del futuro.

El Diploma de Especialización en Bioética Clínica permite al estudiante dirigir Comités de Ética Asistencial, actuar como Consultor de Bioética Clínica y gestionar los Comités de Ética de la investigación Clínica.

### PROGRAMA

- **MÓDULO 1:** *Ética general*
- **MÓDULO 2:** *Historia, fundamentación y métodos*
- **MÓDULO 3:** *Ética de la relación clínica*
- **MÓDULO 4:** *Ética de la investigación biomédica*
- **MÓDULO 5:** *Ética del origen de la vida*
- **MÓDULO 6:** *Ética del final de la vida*

### INFORMACIÓN

Miguel Sánchez: [migsan@ucm.es](mailto:migsan@ucm.es)

Lydia Feito: [lfeito@ucm.es](mailto:lfeito@ucm.es)

# Acontecimientos, Noticias, Novedades

- [American Society for Bioethics and Humanities. XXIII Annual Conference.](#) Bioethics and Humanities at the Crossroads. Indianápolis (EE. UU.) 11-16 octubre 2021.
- [XIII Congreso Internacional de la Asociación Española de Bioética y Ética Médica \(AEBI\).](#) Logroño. 22-23 octubre 2021
- [XV Congreso de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica.](#) Bioética y cuidados en tiempos de pandemia. Vulnerabilidad, crisis y cotidianeidad. Vitoria-Gasteiz. 4-6 noviembre 2021.
- [VI Congreso de aspectos éticos de la investigación.](#) Afrontando los nuevos tiempos. Comité de Ética de la Investigación (CEI) del Instituto de Salud Carlos III. Virtual. 23-24 noviembre 2021.
- [XIV World Conference on Bioethics, Medical Ethics and Medical Law.](#) Porto (Portugal) 7-10 Marzo 2022.
- [XVI World Congress of Bioethics \(WCB\).](#) Basilea (Suiza) 20-22 Junio 2022. Dentro de este marco también se celebrará: Congress of the Feminist Approaches to Bioethics (FAB). 18-19 de julio de 2022.
- [II Congreso internacional de Bioética.](#) Fundació Víctor Grifols i Lucas. Universidad de Vic. Nuevas fechas: 2022 (postpuesto)

## Bibliografía y fuentes de Bioética



- Esteban, J. Antropología hermenéutica de la gran salud. Comares. 2021.
- Roldán, I., Triviño, R., Navarro, M., Rodríguez-Arias, D., Roldán, C. (eds.) Hacer justicia haciendo compañía. Homenaje a Teresa López de la Vieja. Aquilafuente – Universidad de Salamanca. 2021.
- Rivero, P. Introducción a la bioética. Desde una perspectiva filosófica. Fondo de Cultura Económica. 2021.
- García Manrique, R. Se vende cuerpo. El debate sobre la venta de órganos. Herder. 2021.
- González, G. Ética y responsabilidad. La condición responsiva del ser humano. Tecnos. 2021.
- Terribas, N., Busquets, E. (eds.) Pedagogía de la bioética. Lectio. 2021.
- Kirchhoffer, D.G., Richards, B.J. (eds.) Beyond Autonomy. Limits and alternatives to informed consent in research ethics and law. Cambridge University Press. 2021.
- Groenhout, R.E. Care ethics and social structures in medicine. Routledge. 2021.
- Pence, G.E. Pandemic Bioethics. Broadview Press. 2021.
- Davies, K. Editing Humanity. The CRISPR revolution and the new era of genome editing. Pegasus Books. 2021.
- Owen, M. Measuring the immeasurable mind. Where contemporary neuroscience meets the Aristotelian tradition. Lexington Books. 2021.
- Ammann, A.J. Lethal decisions. The unnecessary deaths of women and children from HIV/AIDS. Vanderbilt University Press. 2021.

## Información para autores/as



1. El objetivo de la Revista *Bioética Complutense Magazine* es contribuir a la difusión y el desarrollo de la bioética, desde una perspectiva plural, abierta y deliberativa. Se incluyen todas las opiniones, siempre que estén justificadas, y se valoran las aportaciones de las diversas aproximaciones y enfoques a las cuestiones.

2. La Revista *Bioética Complutense Magazine* se publica semestralmente (dos números al año), en formato electrónico, bajo una licencia Creative Commons© de Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

**3. Artículos:** La Revista *Bioética Complutense* publica artículos originales en castellano, pero acepta originales en inglés (consultar otros idiomas). Los artículos no deberán exceder las 3.500 palabras (incluidas tablas y cuadros, si los hubiere); irán precedidos de título, resumen (máximo 80 palabras) y palabras clave, tanto en el idioma en el que hayan sido redactados como en inglés.

Al final del artículo se puede incluir un apartado de Referencias bibliográficas. En este apartado se consignarán las obras por orden alfabético, siguiendo el sistema de citación de la APA. Ejemplos:

- Nussbaum, M. (2010). *Sin fines de lucro. Por qué la democracia necesita de las humanidades*. Madrid: Katz.
- Fins, J.J. (2010). The humanities and the future of bioethics education. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 19, 518-21.
- Hare, R.M. (1994). Utilitarianism and deontological principles. En R. Gillon (ed.), *Principles of Health Care Ethics* (pp.149-157). Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Presidential Commission for the Study of Bioethical Issues. (Marzo 2015). Grey Matters. Topics at the Intersection of Neuroscience, Ethics and Society. Recuperado de [http://bioethics.gov/sites/default/files/GrayMatter\\_V2\\_508.pdf](http://bioethics.gov/sites/default/files/GrayMatter_V2_508.pdf)

En caso de que el artículo contenga notas, éstas irán situadas a pie de página, numeradas correlativamente conforme a las llamadas en superíndice incluidas en el texto. Las referencias bibliográficas incluidas en las notas seguirán el sistema de citación APA.

**4. Reseñas:** Las reseñas de libros, eventos y otras informaciones no excederán las 1.500 palabras. Incluirán el título y datos bibliográficos del libro, o los datos del evento.

5. Se admite la inclusión de tablas, cuadros, dibujos e imágenes.

6. Los originales deben ser enviados en formato Word (con el texto lo más limpio posible, sin introducir códigos) a la siguiente dirección de correo electrónico: [bioeticacomplutense@gmail.com](mailto:bioeticacomplutense@gmail.com)

El autor habrá de indicar su dirección de correo electrónico. Así mismo, adjuntará un breve curriculum (3 líneas máximo) y el dato de afiliación que desea hacer constar bajo su nombre.

7. Se acusará recibo de los manuscritos. El Consejo de Redacción decidirá, en base a los informes de los evaluadores, sobre la conveniencia de su publicación.

8. Los manuscritos presentados no deben haber sido publicados anteriormente ni estar en vías de publicación.

9. Deben expresarse los posibles conflictos de intereses que tengan los autores (relaciones financieras o personales que puedan influir en su trabajo de modo inadecuado).

10. Para cualquier modificación de estas normas, artículos con formatos excepcionales, o preguntas en general, dirigirse a la dirección de email de envío de originales.



## Information for authors



1. The objective of *Bioética Complutense* Magazine is to contribute to the dissemination and development of bioethics from a plural, open and deliberative perspective. All opinions are included, provided they are justified, and the contributions of the various approaches to issues are valued.

2. *Bioética Complutense* Magazine is published bianually (two issues per year), in electronic form, under a Creative Commons© license Attribution- NonCommercial-NoDerivatives (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

3. **Articles:** *Bioética Complutense* Magazine publishes original articles in Spanish, but accepts originals in English (see other languages). Articles should not exceed 3,500 words (including tables and charts, if any); shall be preceded by title, abstract (maximum 80 words) and keywords, both in the language in which they were written and in English.

At the end of the article may be included a References section. In this section works should be entered in alphabetical order, following the APA system of citation. Examples:

- Nussbaum, M. (2010). *Sin fines de lucro. Por qué la democracia necesita de las humanidades*. Madrid: Katz.
- Fins, J.J. (2010). The humanities and the future of bioethics education. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 19, 518-21.
- Hare, R.M. (1994). Utilitarianism and deontological principles. En R. Gillon (ed.), *Principles of Health Care Ethics* (pp.149-157). Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Presidential Commission for the Study of Bioethical Issues. (Marzo 2015). *Grey Matters. Topics at the Intersection of Neuroscience, Ethics and Society*. Recuperado de [http://bioethics.gov/sites/default/files/GrayMatter\\_V2\\_508.pdf](http://bioethics.gov/sites/default/files/GrayMatter_V2_508.pdf)

If the article contains notes, they will be located as footnotes, numbered consecutively as superscript calls included in the text. The bibliographical references in the notes should follow the APA citation system.

4. **Reviews:** Book reviews, events reviews and other informations will not exceed 1,500 words. They include the title and bibliographic data of the book or the event data.

5. The inclusion of tables, charts, drawings and pictures is accepted.

6. The originals must be sent in Word format (with text as clean as possible without introducing codes) to the following email address: [bioeticacomplutense@gmail.com](mailto:bioeticacomplutense@gmail.com)

The author must specify his/her e-mail address. Also, it must be attached a brief curriculum (maximum 3 lines) and affiliation data he/she wants to include with his/her name.

7. Receipt of manuscripts will be acknowledged. The Editorial Board will decide, based on the reports of the evaluators, on the desirability of publication.

8. Manuscripts submitted must not have been published previously or be in process of publication.

9. There must be expressed the potential conflicts of interest that authors may have (financial or personal relationships that may influence their work inappropriately).

10. For any modification of these rules, items with exceptional formats, or general questions, please contact the email address for sending originals.



# Bioética *Complutense*

ISSN: 2445-0812



Nº41  
Junio 2021  
*Segunda época*